



Atención en Salud Mental por médicos no psiquiatras

Mental Health care by non-psychiatry physicians

José Luis Calderón-Viacava¹, María Edith Baca-Cabrejos

Resumen

El presente artículo está orientado a fundamentar la importancia del rol de los médicos no psiquiatras en la integración de la atención de la salud física con la salud mental, como una unidad en la que ambas muestran un impacto recíproco. A partir de la comprensión de la salud en un contexto globalizado, se examinan las bases conceptuales de la atención en salud desde un enfoque multidimensional que incorpora los desafíos del bienestar identificando los nudos críticos vigentes cuya superación facilitaría una ruta hacia el cuidado integral postulado por la medicina centrada en la persona. Este paradigma renovado necesita iniciarse con la detección y el diagnóstico, asociando la salud física y mental como una unidad dinámica. Para lograrlo, se presenta información sobre la situación de salud mental y su manejo en los servicios de salud y se propone, finalmente, un marco de atención adecuada a postulados de la medicina centrada en la persona.

Palabras clave: Salud mental, salud integral, bienestar, medicina centrada en la persona.

Abstract

The main objective of this article is to substantiate the importance of the non-psychiatrist physicians' role in the integrating process of physical and mental health care as a unit in which both exhibit a reciprocal impact. On the basis of a globalized context in the understanding of health, conceptual bases of health care are examined from a multidimensional perspective that incorporates the challenges of wellbeing, identifying the current critical knots whose improvement would facilitate a rout to the integral care postulated by the person-centered medicine. This renewed paradigm requires to start with detection and diagnosis linking both physical and mental health as a dynamic unit. To reach such purpose, information about mental health and its management within the health services is presented to, finally, suggest a care frame adequate to postulates of the person-centered medicine.

Key words: Mental health, integral health, wellbeing, person-centered medicine.

Introducción

El objetivo fundamental del presente artículo se orienta a sensibilizar a los médicos no psiquiatras en torno a la importancia de la salud mental en la salud general y en la vida de las personas. Se trata de proponer conceptos y estrategias colaborativas en el diagnóstico y tratamiento de la salud mental y comprometerlos al desarrollo de habilidades clínicas esenciales para detectar la disfunción mental. Las razones en favor de estos propósitos tienen que ver con las características distintivas de los problemas de salud mental: prevalencia alta,

compromiso sistémico, curso crónico y progresivo, generalmente manejables; grados o niveles clínicos (leve, moderado y severo), alto grado de afección, dolencia y padecimiento, frecuente discapacidad (moderada a severa), diagnósticos difíciles, tratamientos complejos y gran impacto social y económico.

La salud en un contexto globalizado

Desde su constitución fundacional en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como

¹Especialista en Medicina Interna. Maestría y Doctorado en Medicina. Miembro Titular de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Miembro Fundador de la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona. Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina. ID ORCID: 0009 0006 9943 9671.

²Psicóloga licenciada en la Universidad Ricardo Palma (URP). Lima. Postgrado en Psicología Clínica en la Humboldt Universität zu Berlin, Alemania. Maestría de Salud Pública en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Integrante de la Plataforma de Derechos y Salud. ID ORCID: 0009 0006 9943 9671.

“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El concepto de bienestar se refiere a las áreas física, mental, psicológica, emocional, social y espiritual que funcionan como una unidad indisoluble y que debe estar basada en “los principios de derechos humanos, justicia social y ambiental, solidaridad, equidad de género e intergeneracional y paz”⁽¹⁾.

Las evidencias científicas, a su turno, señalan que el bienestar está impactado por determinantes sociales, poblacionales, culturales, económicos, políticos, ambientales y comerciales. Esta influencia determinante convierte al bienestar en el mayor desafío de la medicina y la salud pública en un momento en que la carga de enfermedad mundial y la precariedad de los sistemas de salud son realmente dramáticas.

Bases conceptuales de la atención de la salud

La salud es un proceso continuo que se grafica como “salud-enfermedad-atención-salud” y que es resultado de la relación que la persona establece con su medio (naturaleza, sociedad y cultura) y de cómo el medio impacta a la persona⁽²⁾.

El mapa conceptual de este proceso fundamentado en el bienestar se presenta en la matriz siguiente (Tabla 1):

Tabla 1
Dimensiones de la salud integral desde el bienestar

SALUD FÍSICA Bien estar	SALUD EMOCIONAL Bien sentir	SALUD MENTAL Bien pensar	SALUD ESPIRITUAL Bien ser	SALUD SOCIAL Bien actuar
Bienestar	Estabilidad Fortaleza Disfrute	Reflexión Racionalidad Razonabilidad Flexibilidad	Vitalidad Realización Trascendencia	Relaciones y vínculos saludables.
Estructura y función	Emociones Sentimientos Pasiones	Pensamiento Lenguaje Atención Concentración Memoria	Principios Valores Virtudes	Comportamiento Conducta Saludables

Según estudios de la OPS (2018), los trastornos mentales, en la mayoría de los países de la Región de las Américas, representan la mayor carga de enfermedad, afectando la calidad de vida de las personas. Desde principios del siglo XVIII, Arthur Schopenhauer puntualizó que la “salud no lo es todo, pero cuando falta, todo lo demás es nada”. Esta afirmación prospectiva de la salud, basada en el transcurrir de los milenios, lleva a que la OMS valore la salud mental como una dimensión esencial e indivisible de la salud, definiéndola entonces como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar

de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”⁽³⁾.

Desde esta comprensión holística y multidimensional de la salud mental, la OMS reconoce que ésta se haya impactada por los determinantes sociales señalados arriba. La comprensión de esta naturaleza multidimensional plantea el desafío médico de buscar el equilibrio (homeostasis) en el proceso de salud-enfermedad-atención-salud y exige una atención holística, integrada, integral, temprana y oportuna de la salud; es decir la plasmación de un mandamiento: “No hay salud sin salud mental”⁽⁴⁾.

Nudos críticos para abordar la salud desde un enfoque integral

Estudiantes de pregrado en cualquier disciplina de ciencias de la salud, debido a la importancia de profundizar cuanto antes en la llamada “especialización” se ven instados a abordar a la persona humana de manera fragmentada y tubular. Este sesgo aprendido en la formación universitaria se convierte en una barrera omnipresente cuando se trata de atender, cuidar, curar y mejorar la salud de una persona en forma integrada e integral y no como un conjunto de órganos despersonalizados.

El no tratar de manera integrada e integral la salud-enfermedad-salud se expresa en los sesgos siguientes:

1. La diferencia entre “curar” y “cuidar” la salud.
2. La separación de la medicina clínica con respecto a la salud pública.
3. La separación de la medicina clínica y salud mental.
4. El debilitamiento conceptual de la medicina.

Salud y medicina centrada en las personas

La salud centrada en las necesidades, problemas, perspectivas y expectativas de las personas-pacientes trasciende el significado de la atención basada en un concepto administrativo de salud. Así, son más relevantes los procedimientos administrativos tales como completar formatos y gestionar citas y tiempos de atención que un abordaje centrado en la persona, esto es, empezar el proceso a través de la acogida con contacto visual y escucha activa y empática, libre de sanción, estigma y/o discriminación. El dar un paso adelante significa superar la “unidad de admisión” por una “unidad de acogida”.

Por esta razón, “la medicina centrada en la persona es un principio y una estrategia clínica fundamental”⁽⁵⁾ y la OMS ha convertido a la “atención centrada en las necesidades y problemas de las personas usuarias de servicios de salud” en un mandato expresado en varias resoluciones mundiales y regionales que constituyen el fundamento del Objetivo N°4 Salud y Bienestar de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Este desafío de la Atención Primaria de Salud (APS) renovada luego de más de 40 años, conduce a superar el enfoque de tratar y curar órganos dañados para reorientarlo al verdadero cuidado de la salud y el bienestar de las personas. Este proceso se grafica de la manera siguiente (Figura 1):



Figura 1. El proceso de cuidado de la salud.

En este renovado paradigma de la salud, confluye un conjunto de disciplinas y especialidades que contribuyen a abordar la causalidad de los problemas de salud-enfermedad-atención-salud de manera integral (Figura 2).

El abordaje del diagnóstico en la medicina centrada en la persona

Según definiciones, basadas en evidencias, la persona es una unidad bio-psico-espiritual y socioambiental. Todas las dimensiones de esta unidad deben estar integradas tanto en la

práctica clínica centrada en las personas como en la salud pública.

La psicología, biología, bioquímica y biofísica son ciencias de la salud específicas y especializadas desde la dimensión “bio-psico”. La sociología contribuye con la determinación social en salud. La antropología aporta la comprensión de la salud desde perspectivas culturales y espirituales. Y la filosofía es esencial para construir y deconstruir paradigmas en el transcurrir histórico y evolutivo de las sociedades. En conjunto, estas disciplinas aportan a la dimensión social de las personas en el intento de identificar las causas de las causas de los problemas de salud y enfermedad en contextos globalizados y a la vez territorializados.

Según el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona, la atención médica tiene las siguientes cuatro variables:

1. **Medicina de la persona.**
2. **Medicina para la persona.**
3. **Medicina por la persona.**
4. **Medicina con la persona.**

La comprensión de la medicina centrada en la persona implica una manera multidimensional de diagnosticar, que trasciende el diagnóstico de solo enfermedades. Entre las

variables a valorar desde este enfoque, se cuentan las siguientes:

- Una o más enfermedades.
- Factores de riesgo a nivel individual, familiar y en el entorno domiciliario, como violencia, pobreza o vulnerabilidad.
- Factores de protección a nivel individual, familiar y en el entorno domiciliario, como las redes de apoyo y soporte.
- Estado de bienestar según calidad de vida y resiliencia.

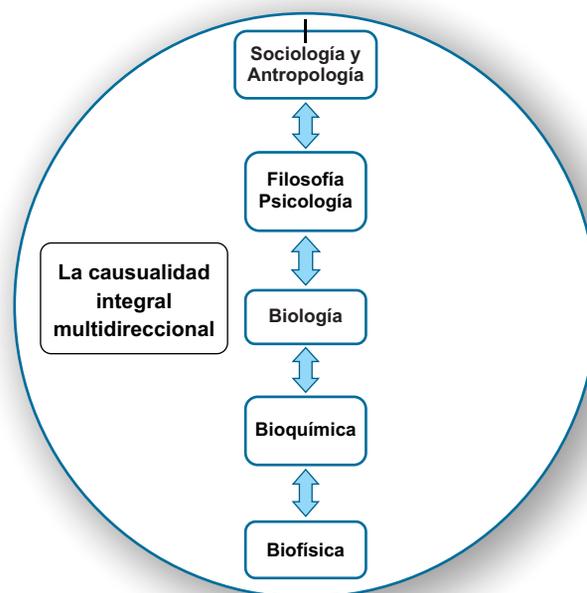


Figura 2. Causalidad multidireccional del proceso salud-enfermedad-atención-salud.

- Estado de la funcionalidad.
- Conciencia de enfermedad.
- Deseo y voluntad de curarse.

Integrando la salud mental al concepto de la salud

Los profesionales médicos tienen un rol protagónico en este desafío y para ejercerlo necesitan mejorar su nivel de información, formación y motivación, de modo tal que les permita colocar como fin último de la medicina y la salud pública, el bienestar en el cuidado integral del sufrimiento físico, emocional, mental y social de las personas que buscan en los servicios públicos y privados de salud una respuesta efectiva y oportuna.

Para hacerlo, hay que partir de datos clave en relación con el estado actual de la salud global. Según estimaciones sanitarias de la OMS (2019), antes de la pandemia del COVID 19, “siete de las 10 principales causas de muerte son enfermedades no transmisibles”. En el contexto pandémico, la situación se agravó. La Organización Panamericana de la Salud (2022), reporta que “la Región de las Américas ha sido una de las que ha sufrido mayores efectos a consecuencia de la pandemia, con 29% de los casos y 44% de las muertes confirmados, en comparación con 13% de la población mundial”⁽⁶⁾.

Todo dolor físico a corto, mediano y largo plazo desencadena sufrimiento mental, psíquico y emocional que aún no se ha terminado de medir globalmente, aunque algunos países de la región latinoamericana, como el Perú, han dado luces sobre el impacto de la pandemia en la salud mental.

Históricamente, la salud mental era concebida como la cenicienta de la salud, tanto en el imaginario social como para el mundo médico y económico. Aunque durante varios decenios la OMS ha procurado relevarla y convertirla en un pilar (Objetivo 4) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Tabla 2
Valoración de funciones biológicas y sociales como parte indispensables para el diagnóstico

Funciones biológicas básicas	Funciones sociales básicas
Apetito	Actividad física
Orina	Estado de ánimo
Deposiciones	Competencias cognitivas
Sueño	Salud familiar
Sed	Salud laboral
Sudor	Salud social
Temperatura	Salud sexual
Peso	

Tabla 3
El diagnóstico orientado hacia la recuperación total

Valoración del estado de salud actual	Orientación de la recuperación de la salud y bienestar
Personas saludables	Bienestar y promoción de la salud
Personas en riesgo	Detección temprana y disminución de riesgo
Personas enfermas	Detección temprana, tratamiento oportuno, integral y efectivo
Personas con limitación funcional	Adaptación, continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial
Personas dependientes de ayuda especial	Adaptación, continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial

(Naciones Unidas, 2015). Asimismo, asegura que la salud mental sea un elemento integral de salud general y como un derecho básico y fundamental constituyendo hoy en día “un componente esencial del acceso y cobertura sanitaria universal”⁽⁷⁾.

El peso de la carga de enfermedad por trastornos mentales

La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (2018), en etapa prepandémica, de acuerdo con estimaciones de la OPS representaba el 19% de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), del total de enfermedades no transmisibles (59%). A su vez, en el informe regional de carga de enfermedad (2018)⁽⁸⁾, el Perú ocupa el sexto lugar entre 33 países que tienen mayor carga de trastornos mentales (Figura 3).

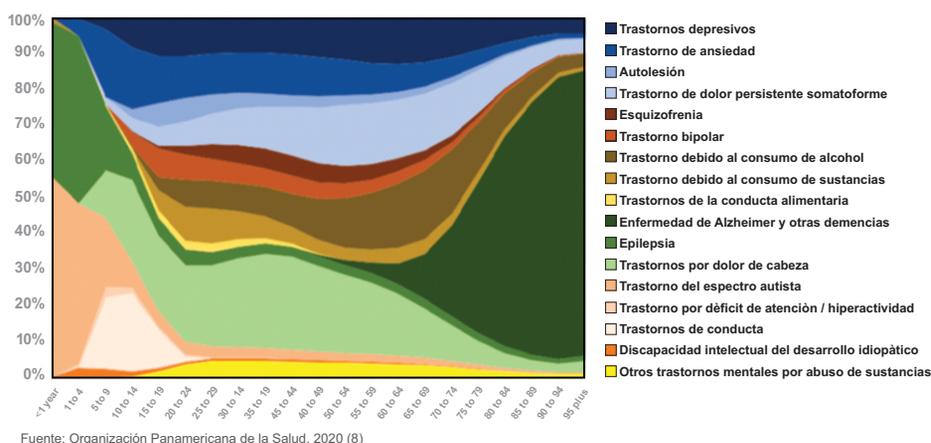


Figura 3. Carga de enfermedad por trastornos mentales y del neurodesarrollo y edad en el Perú.

De acuerdo con el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud en Perú (2016), las enfermedades neuropsiquiátricas ocupaban el primer lugar, representando el 17,5% del total. No obstante, en el último reporte (Perú, 2019)⁽⁹⁾, estas enfermedades ocupan el cuarto lugar de la carga, en la medida que se desagregaron las lesiones no intencionales y las condiciones neurológicas. Este último detalle no se da en los estudios de carga de trastornos mentales que presenta la OPS/OMS.

Lo más relevante es que en menos de una década el país ha logrado reducir un 20% de la brecha de atención (que en el 2015 ascendía a más del 90%) gracias al nuevo marco legal, normativo y presupuestal en salud mental.

Cifras invisibles en la medicina

En el Perú, una de cada cuatro personas, cada año, sufre de un trastorno mental y solo dos personas de cada 10, reciben algún tipo de atención especializada. Según datos nacionales, se estima que, en el Perú, existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse, debido a

dificultades en pensamiento, sentimientos, emociones o conductas. De estas, 67,8% (200 mil personas) presentan discapacidad moderada y severa. La depresión unipolar es la de mayor carga de enfermedad, causa la pérdida de 224 535 años de vida saludables (3,9% del total) y determina 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad⁽¹⁰⁾.

Dependencia y abuso del alcohol es otro problema presente especialmente en la población de 15 a 44 años, seguido por demencias, la esquizofrenia, violencia y adicción a distintas drogas. Asimismo, como parte de la violencia autoinfligida, aproximadamente 1000 personas mueren cada año por suicidio, más del 80% de las familias peruanas son escenario de actos violentos contra mujeres, y/o niños y el 20% de adolescentes mujeres y hombres manifiestan haber sido víctimas de violencia sexual en los últimos 12 meses⁽¹⁰⁾.

El impacto de la pandemia en la salud mental de niños, niñas y adolescentes

En el contexto del COVID 19, niñas y niños adolescentes fueron más vulnerables a los problemas de salud mental, aumentando su dolor psíquico por el encierro, el miedo, la incertidumbre, el estado de salud de sus padres o cuidadores y el duelo generalizado⁽¹¹⁾.

Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud y UNICEF (2021), el 36,5% de las niñas y niños de 1.5 a 5 años estuvo en la categoría de riesgo para presentar un problema de salud mental de tipo emocional, conductual o atencional. Un porcentaje similar (32,6%) de las niñas y niños de 6 a 11 años también ocupó la categoría de riesgo para presentar problemas similares. En el caso de adolescentes (12 a 17 años), la cifra fue de un 29,6%.

La presencia de problemas de salud mental en las niñas, niños y adolescentes es más frecuente en aquellos cuyos cuidadores principales tienen síntomas depresivos (69,4%), comparado a aquellos sin síntomas depresivos (29%)⁽¹²⁾.

Tabla 4

La respuesta actual en los servicios públicos especializados en salud mental

Servicios de salud mental	Servicios implementados del 2015 - 2017	Servicios implementados 2022	Servicios implementados 2023	Meta de implementación al 2028
Centros de salud mental comunitaria	31	248	276	393
Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en hospitales generales	20	43	48	77
Hogares protegidos	6	87	94	150
Establecimientos de primer nivel de atención con profesionales de psicología.	1,104	1,434	1,434	1,750

El 82 % de los CSMC se encuentran ubicados en todas las regiones y en 132 de las 196 provincias.

La respuesta en los servicios de salud no especializados en salud mental

La tarea de los profesionales de la salud como los médicos que ejercen la medicina centrada en la persona tienen el rol estratégico de transformar el paradigma de atención del proceso salud-enfermedad. Se trata de hacerlo transitar de un modelo reclusorio a un modelo de cuidado integrado e integral fundamentado en la comunidad, allí donde la gente vive, estudia, trabaja, juega y ama⁽¹³⁾, protegiendo la libertad y dignidad de las personas con sufrimiento psíquico o mental. Esta concepción transformadora, se fundamenta, como ya se ha señalado, en la Agenda Mundial 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁽¹⁴⁾.

Al manejar los problemas y trastornos de salud mental fuera de los límites de las instituciones psiquiátricas, se abre el campo para una actuación conjunta multisectorial y multidisciplinaria orientada a la reducción de las brechas de atención en este campo. Para tales efectos, la OMS (2011) publicó la primera versión (1.0) de su Programa de Acción denominado “Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada” dirigido especialmente a profesionales que no son psicólogos ni psiquiatras.

La versión 2.0 actualizada (en español) fue lanzada por la Organización Panamericana de la Salud en el 2017; con ella cual se viene entrenando con éxito a profesionales de la salud de todos los países de la Región de las Américas que trabajan en el sector público de la salud. Sin embargo, el sector privado aún tiene este desafío. El mhGAP Versión 2.0⁽¹⁵⁾ desarrollan los contenidos siguientes:

- Atención y prácticas esenciales de salud
- Esquema principal

- Psicosis
- Epilepsia
- Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente
- Demencia
- Trastornos por el consumo de sustancias
- Autolesión/Suicidio
- Otros padecimientos de salud mental importantes

Sin embargo, existen las clasificaciones internacionales de enfermedades que ayudan a subclasificaciones más finas y específicas:

- CIE-10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (OMS,1992). De hecho, la CIE-11 fue aprobada ya el año pasado y está en proceso de aprobaciones nacionales.
- DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (APA, 2013), y texto Revisado (2023).

Se considera que estas herramientas son suficientes para el involucramiento de los profesionales médicos en una respuesta unificada en torno a componentes físicos, psíquicos y sociales de la salud mental en los servicios públicos y privados de salud.

- Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (APAL2012).

Un marco de acción para la atención de la salud mental en la medicina centrada en la persona (Tabla 5)

Tabla 5
La salud mental en la medicina

Especialidades	Psicología clínica	Tratamiento integral	Psicofármacos	Tratamiento farmacológico
• Médico no psiquiatra.	• Evaluación psicológica clínica/psicosocial.	• Psicoterapia.	• Utilización racional.	• Esquizofrenia.
• Médico psiquiatra.	• Evaluación neuropsicológica.	• Farmacoterapia	• Reacciones adversas.	• Depresión mayor.
• Médico neurólogo.	• Psicoterapia.	• Rehabilitación psicosocial.	• Interacciones medicamentosas adversas.	• Trastorno bipolar.
• Psicólogo clínico.		• Terapia neurofisiológica.	• Modificaciones de los parámetros de laboratorio.	• Trastornos de ansiedad.
• Médico general/de familia.		• Terapia de rehabilitación.	• Fármaco-economía.	• Trastornos de la conducta alimentaria.
			• Farmacogenética.	• Trastorno límite de la personalidad.
			• Efecto placebo.	• Excitación psicomotriz.
				• Trastornos del sueño.
				• Déficit de atención con hiperactividad.
				• Trastornos en el embarazo y lactancia.
				• Demencias.
				• Trastornos mentales en las personas adultas mayores.

Atender la salud como unidad bio-psico-espiritual y socioambiental no es un cambio sencillo, en la medida que implica cambios previos en los enfoques existentes sumamente fragmentados. Un escollo es, como ya se ha señalado, la formación tubular en los estudios de pregrado, tanto en medicina como en todas las ciencias de la salud. Junto con la graduación viene la repartición territorial de la disciplina elegida y de los órganos corporales adscritos a cada una de estas. Otro obstáculo es el modelo administrativo prevalente en la atención de la salud para el cual más importante que centrarse en la persona, es hacerlo primero en los formatos administrativos previos a la consulta.

Una atención o medicina centrada en la persona reconoce el valor de la información, pero no la prioriza sobre

las necesidades y problemas de salud del paciente individual. Se debe establecer primariamente un contacto visual, una escucha acogedora, activa y empática, libre de sanciones, reconociendo el nivel de riesgo y auscultando no solo los “órganos despersonalizados”, sino a la persona en todas sus dimensiones⁽¹⁶⁾.

Figurativamente, un médico en posesión razonable de este enfoque necesita usar una lupa o microscopio para identificar las especificidades de las enfermedades físicas, emocionales y mentales y, a la vez, un telescopio que le permita percibir la multidimensionalidad de la persona que busca ayuda en un servicio de salud.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud.** Lograr el bienestar: un marco mundial para integrar el bienestar en la salud pública utilizando un enfoque de promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024.
- Bronfenbrenner U.** La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós; 1987.
- Organización Mundial de la Salud. Junio, 2022.** Disponible en web:
- <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>
- Organización Panamericana de la Salud.** Oct, 2020. Disponible en web: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Calderón JL.** Medicina y educación médica centradas en la persona. Presentado en el Simposio sobre Medicina y Salud

Centrada en la Persona: Diálogo Universitario y Diálogo Nacional. Casa Honorio Delgado, UPOCH, 19 diciembre 2013.

6. **Organización Mundial de la Salud.** Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022
7. **Resolución A/RES/74/2 - Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal.** Boletín de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de octubre del 2019.7. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-peru>
8. **Organización Panamericana de la Salud.** La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. 2020 Sep. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documento/salud-mental-perfil-pais-peru>
9. **Ministerio de Salud** el Perú. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2019. Perú: MINSA / CDC; 2023. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6280.pdf>
10. **Saavedra Castillo JE, Paz Schaeffer V, Vargas Murga H, Robles Arana, Pomalima Rodríguez R, González Farfán S, et al.** Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012: Publicado: 14 de enero de 2014. Anales de Salud Mental [Internet]. 2023 Oct. 16 [citado 2024 ago 2];29(Suplemento 1): Páginas: 1-397. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistas/asm/article/view/7>
11. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 - Nacional y Regional. Perú; Mayo 2017.
12. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2015. Perú; 2015
13. **Ministerio de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF.** La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la Covid-19 - Estudio en línea, Perú 2020. Lima - Perú. Abril 2021. Disponible en: <https://bvs.gob.pe/local/MINSA/5531.pdf>
14. **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
15. **Organización Panamericana de la Salud.** Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017.
16. **Antonovsky A.** Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publ; 1979.

Contribución de autoría: Los autores han participado en la concepción del artículo, redacción, revisión y aprobación de la versión final.

Conflicto de interés: Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Calderón-Viacava JL, Baca-Cabrejos ME. Atención en Salud Mental por médicos no psiquiatras. Diagnóstico (Lima). 2024;63(3):174-181.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.543>

Autor Corresponsal: José Luis Calderón Viacava

Correo electrónico: jcalderonv@gmail.com



ALAFARPE

**ASOCIACIÓN NACIONAL DE
LABORATORIOS FARMACÉUTICOS**

CORREO ELECTRÓNICO:

alafarpe@alafarpe.org.pe

WEB:

www.alafarpe.org.pe