



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud

ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DERECHOS DE LAS PERSONAS

Guía práctica para uso en servicios de
emergencia y consulta externa



PROGRAMA PERMANENTE DE CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud

ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DERECHOS DE LAS PERSONAS

Guía práctica para uso en servicios de
emergencia y consulta externa



EDITORES:

Nelson Morales Soto
Alberto Perales Cabrera

**PROGRAMA PERMANENTE DE CAPACITACIÓN
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
DE LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Colaboradores: Fausto Garmendia Lorena, Carlos Salgado Valenzuela, Lorenzo Jorge Barahona Meza, Carlos Saavedra, Gloria Luz Cueva Vergara, Leonardo Rodríguez, Miriam Cabra Bravo, Martha Elizabeth Palomino Gómez

Catalogación hecha por el Centro de Información y Documentación del INS

Atención de víctimas de violencia, derechos de las personas : guía práctica para uso en servicios de emergencia y consulta externa / editado por Nelson Morales Soto y Alberto Perales Cabrera ; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Permanente para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia. -- Lima : Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2010.
63 p. : 21 cm.

1. VIOLENCIA 2. VIOLACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS 3. ATENCIÓN AL PACIENTE 4. GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA 5. PERÚ

- I. Morales Soto, Nelson, ed.
- II. Perales Cabrera, Alberto, ed.
- III. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Permanente para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia.

ISBN: 978-9972-857-82-9

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°:

Tiraje: 1000 ejemplares.

© Ministerio de Salud, 2010

Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 431-0410

Telefax: (511) 315-6600 anexo 2669

Página web: www.minsa.gob.pe

© Instituto Nacional de Salud, 2010

Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 617-6200

Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe

Página web: www.ins.gob.pe

Auspiciadores:

Sociedad de Medicina de Emergencias y Desastres

Instituto de Derechos Humanos

Diseño y diagramación: Segundo Eliades Moreno Pacheco

Portada: *Representación de la ayuda externa a personas víctimas de violencia, para lo cual se ha tomado en cuenta los conceptos de color, el rojo para la violencia y el blanco para la ayuda externa, apoyándose en una gráfica de la unión de dos manos.*

Se autoriza su reproducción total o parcial siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

PRÓLOGO.....	7
INTRODUCCIÓN.....	11
I Justificación	13
II Objetivo	14
III Intervención inicial	15
a. Aproximación a la víctima	15
b. Anamnesis	16
c. Examen físico	17
<i>Examen del estado mental</i>	18
d. Instrumentos de evaluación.....	17
o Ansiedad (<i>Síntomas de Hopkins-25</i>).....	18
o Depresión (<i>Cuestionario de síntomas Hopkins</i>).....	19
o Estrés postraumático (<i>Cuestionario para trauma de Harvard</i>)	20
IV Cuadro clínico y tratamiento	22
a. Ansiedad generalizada.....	22
- Trastorno de pánico.....	22
b. Depresión.....	23
- Trastorno mixto ansioso depresivo.....	25
- Conducta suicida.....	25
c. Trastorno de estrés postraumático, TEPT.....	28
V Cuidados durante la crisis	31
o Aspectos a considerarse en la intervención	31
o Situaciones de desastre.....	31
o ... <i>Lo que no debe hacerse</i>	34
VI Los derechos de las personas	35
o Información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento.....	35

○ Notificación.....	35
○ Derechos humanos.....	35
○ Violencia de género.....	36
VII Diagnóstico y registro	37
○ Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud.....	37
○ La importancia del registro.....	38
VIII <i>Primum non nocere</i>.....	40
○ Confidencialidad y privacidad.....	40
○ Seguridad	40
IX Finalización de la consulta y pronóstico	41
○ Recomendaciones a la familia	41
○ Pronóstico	42
X El entorno de la atención	43
XI Preparativos para el desastre.....	45
XII Bibliografía	47
ANEXOS.....	49
1. Directorio y enlaces.....	49
○ Hospitales y servicios de emergencia, ambulancias.....	49
○ Autoridades, organismos y Organismos No Gubernamentales.....	50
○ Control de adicciones y otros servicios.....	50
2. Ley N.º 29414. Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud....	51
3. Contacto con instituciones	54
○ Universidad Nacional Mayor de San Marcos.....	54
○ Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia.....	57
○ Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres.....	59
○ Instituto de Derechos Humanos.....	61
4. Comunicación con los autores.....	63

AGRADECIMIENTO

A los docentes, personas e instituciones que impulsaron el Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia: Universidad Nacional Mayor de San Marcos/ Facultad de Medicina y Dr. Fausto Garmendia Lorena, Coordinador del Programa. Quienes contribuyeron al desarrollo del documento original: Universidad Nacional Mayor de San Marcos/ Facultad de Medicina; Comité de la Especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres; Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres. (Junta Directiva); Colegio Médico del Perú. (Comité de Recertificación en Medicina de Emergencias y Desastres). A los profesionales que colaboraron en la preparación del texto: Carlos Salgado, Lorenzo Barahona, Carlos Saavedra, Gloria Cueva, Leonardo Rodríguez, Miriam Cabra, Soledad Serpa, Elizabeth Palomino. Al Dr. Luis Alberto Salgado Tantte, Abogado y especialista en Derechos Humanos -Instituto de Derechos Humanos- quien revisó el original; al Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, y a los doctores Zuño Burstein Alva, César Cabezas Sánchez y Percy Mayta-Tristán, quienes hicieron posible la publicación de este libro.

Nelson Raúl Morales Soto,
Alberto Perales Cabrera

Pese a que la violencia tiene la misma edad que la humanidad y que desde un principio ha provocado diversos efectos sobre la salud e inclusive muertes y desapariciones, recién en las últimas décadas se está tomando conciencia que la violencia es un problema global de salud, que no ha excluido al Perú, desde épocas tan remotas como las culturas preincas hasta nuestros días.

Este libro, que tiene el formato de una guía práctica para el uso de profesionales de la salud, no especialistas en la materia, que laboran en los servicios de emergencia y en el primer nivel de atención en salud, está orientado a la mejor atención de las víctimas de violencia, es decir, a una atención integral, que comprende los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales e inclusive económicos. Esta obra, evidentemente, cubre amplios vacíos y de larga data, en la formación de profesionales de la salud y es un esfuerzo meritorio de los doctores Nelson Raúl Morales Soto, Alberto Perales Cabrera y un gran grupo de colaboradores.

Nos complace mucho que, aparte del valioso aporte de la formación y práctica profesional de los autores, en este libro se viertan los conocimientos y las experiencias adquiridas durante su participación en las actividades del Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia (PPCAIVV) de la Facultad de Medicina, UNMSM. Con respecto a ello es oportuno señalar que el PPCAIVV ha efectuado acciones de formación de recursos humanos, al mismo tiempo que investigaciones e intervenciones de proyección social en el campo de la violencia, violación de los derechos humanos y también en acontecimientos y violencia que se pueda desatar en situaciones de emergencia y desastres naturales, inclusive las ocasionadas por la mano del hombre.

La guía se inicia con la aproximación del profesional a la víctima, en tal forma que despierte confianza, seguridad y esperanza. Se destaca la importancia de la historia

clínica, componente sustancial del acto médico, cuyo valor desafortunadamente está en desmedro entre las nuevas generaciones de profesionales de la salud. Se describe la forma de realizar la anamnesis y el examen físico completos. Contiene elementos para una adecuada evaluación del estado mental de la víctima, usando cuestionarios validados para cuantificar las manifestaciones de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

A continuación, se incorpora información nosográfica para un mejor diagnóstico y tratamiento de condiciones como la depresión, ansiedad, trastorno de pánico, conducta suicida, estrés postraumático y situaciones de crisis psicológica que incluye a las que se padecen en los desastres, frecuentes y periódicos en nuestro país, cuyos conocimientos se debería extender a las autoridades locales y regionales, para que el impacto de estos penosos acontecimientos sea de menor cuantía para la población.

Se dedica un capítulo a la clasificación internacional de los desórdenes mentales para efectuar un mejor registro de estas condiciones, que permita, además, una adecuada comparación con otras realidades.

Un aspecto ético muy importante que contiene esta guía es la necesidad de que el profesional tratante mantenga la suficiente privacidad y confidencialidad y el adecuado tino para manejar las diferentes situaciones y, no solo por la naturaleza de las condiciones que se revelan, sino para no causar a la víctima un mayor daño psicológico y proporcionarle la apropiada seguridad para que no continúe su vulnerabilidad.

Se hace hincapié en que la atención a las víctimas no se circunscribe a una consulta inicial, sino que es imprescindible realizar un seguimiento de su evolución, que permita una completa recuperación en todos los aspectos vulnerados

En la parte de los anexos, la guía contiene muy valiosa información sobre directorios de centros de atención hospitalaria, ambulancias, organismos nacionales encargados de prestar seguridad y atención a las personas, a los cuales tanto las víctimas como los profesionales que las atienden, pueden recurrir para una prestación integral, oportuna y humanizada; se finaliza con una descripción resumida de algunas entidades que están trabajando en la capacitación de recursos humanos para la atención de las víctimas de violencia.

Tomando en consideración todos los aspectos que hemos analizado, llegamos a la conclusión que esta guía será un instrumento de referencia muy valioso para efectuar una atención integral de las víctimas de todas las formas de violencia, incluyendo a

las que se producen en circunstancias de emergencia y desastres. Es, así mismo, un importante aporte a la lucha por una cultura de solidaridad, tolerancia y paz.

Lima, enero del año 2010

Dr. Fausto Garmendia Lorena

Presidente, Academia Nacional de Medicina

Profesor Principal, Departamento de Medicina,

Investigador Permanente, Instituto de Investigaciones Clínicas,

Coordinador, Programa Permanente de Capacitación para la Atención de las Víctimas de la Violencia,

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

INTRODUCCIÓN

La violencia ha acompañado al hombre como ominosa sombra a través de su existencia. En su “Informe mundial sobre violencia, 2002” la Organización Mundial de la Salud señala que la violencia causa cada año, la muerte de 1,6 millones de personas, más de mil millones han sido afectados por la violencia masiva, la guerra, el terrorismo, la tortura o el conflicto étnico, hechos que han llevado al desorden mental a 450 millones de personas, a 45 millones a vivir como refugiados y a que 50 naciones requieran un proceso de reconstrucción.

Cumpliendo con el compromiso contraído con el “Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia” desarrollado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Harvard Program in Refugee Trauma, bajo el auspicio de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, JICA ponemos a disposición de los médicos del país este libro que compendia conocimientos sobre la violencia y la atención de sus víctimas, situación que afecta severa y prolongadamente a una parte importante de nuestra población.

Las escuelas de medicina han puesto el énfasis en la enseñanza de los daños físicos causados por la violencia, es menor el desarrollo de la educación en lo concerniente a los daños mentales y sociales de este singular y extendido mal. Este documento intenta cubrir en parte este vacío. Confiamos en su utilidad y ofrecemos ampliar la información a través de los medios electrónicos anotados al final del texto. La información aquí contenida es solo un apoyo para el profesional de salud quien, con su juicio clínico aplicado a cada paciente, definirá lo más apropiado para el diagnóstico y tratamiento, resaltando que, en ciertos casos, deberá realizarse oportunamente la transferencia al especialista.

**Nelson Raúl Morales Soto,
Alberto Perales Cabrera**

I JUSTIFICACIÓN

La violencia, en cualquiera de sus formas, es capaz de ocasionar graves daños y dejar prolongadas secuelas tanto en sus víctimas directas como en las personas ligadas (familiares, amigos, testigos o socorristas). Con el tiempo, las lesiones físicas podrán cicatrizar pero difícilmente lo harán las psicológicas y morales comprometiendo así el desarrollo personal y social por lo que se debe privilegiar su atención.

Los daños físicos y algunos del entorno mental pueden ser fácilmente identificados en un servicio de emergencia pero aquellos que se ocultan pueden tener peor pronóstico por la actitud de la víctima, nunca debe desdeñarse el ocultamiento involuntario o la disimulación interesada. Debemos poner especial énfasis en las víctimas silentes de la violencia, aquellos que por temor, coacción, vergüenza o falta de conocimiento o de acceso a la justicia sufren calladamente los efectos de una situación que les causa dolor y desesperanza.

Los familiares de los desaparecidos viven una situación particularmente aflictiva. Por meses o años indagarán en todos los lugares posibles, cuando hayan tocado todas las puertas y recorrido todos los caminos seguirán buscando a su ser querido en pesadillas que los atormentará el resto de sus vidas.

II OBJETIVO

Esta Guía proporciona una herramienta de trabajo para detectar y atender a las víctimas de la violencia y violaciones de los Derechos Humanos, que padecen de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, y que acuden a los servicios de emergencia y la consulta ambulatoria.

El Programa de Refugiados por Trauma de la Universidad de Harvard (HPRT) (6) recomienda once puntos de acción:

- Pregunte a su paciente sobre la “historia del trauma”;
- Identifique los efectos físicos y mentales concretos;
- Diagnostique y trate la ansiedad generalizada, la depresión, el trastorno de estrés postraumático TEPT y el insomnio;
- Derive los casos de enfermedad mental grave;
- Refuerce y enseñe formas para sobreponerse;
- Recomiende actividades altruistas, laborales y espirituales;
- Reduzca comportamientos de alto riesgo;
- Esté culturalmente sintonizado al comunicarse y recetar;
- Recete medicinas psicotrópicas si es necesario;
- Concrete y programe visitas de seguimiento;
- Evite el agotamiento profesional intercambiando ideas con sus colegas.

III INTERVENCIÓN INICIAL

Nelson Raúl Morales Soto

La violencia desborda al individuo y compromete a la familia y al entorno social. Los efectos de la violencia pueden darse simultáneamente en lo somático, lo psicológico, lo moral y lo social en abigarradas combinaciones. No es raro que las víctimas hayan sido o aún sean presas del temor, la vergüenza, la desconfianza y la desesperanza. Por ello, será más fácil para ellas consultar por daños físicos que por lesiones en otras zonas. La impresión lograda en el primer contacto con el médico será crucial para construir una relación fundada en la confianza, consideración y colaboración.

a. Aproximación a la víctima

El contacto visual precede al verbal, el acercamiento inicial generará mutuas percepciones y sentimientos. Esto exige del médico una actitud amable y respetuosa que tienda un puente (todos los puentes son horizontales) permeable y comprensivo hacia la víctima y sus familiares (los padres pueden estar mucho más afectados que las propias víctimas cuando éstas son sus hijos), no olvide que es posible que ellos ya hayan pasado por interrogatorios hostiles con autoridades o perpetradores de violencia. Silencio, recelo, indiferencia o agresividad son a menudo escudos protectores que esconden una extrema fragilidad. El estado de integridad física del paciente, su expresión gestual, la actitud y postura, la marcha y respuestas orientan al profesional para el curso del interrogatorio.

Aproximación al paciente: anamnesis

- Acérquese para recibir a su nuevo paciente;
 - Salúdelo por su apellido (“Sr...Sra...Srta...”) o su nombre si es menor de edad;
 - Preséntese por su apellido y su actividad (“Soy el Dr...”)
 - Invítelo a sentarse y póngase a sus órdenes;
- (Mírelo al rostro y trátelo con gentileza, esa es la llave de la empatía).

b. Anamnesis

La palabra tiene poder, puede paliar la aflicción del paciente y ser parte de su tratamiento o puede incrementar su sensación de victimización. Los datos personales del paciente expresan el contexto individual y parte del escenario del problema.

Datos personales

- *Indagar y registrar: nombre y apellidos, edad, estado civil, ocupación, sexo y raza, escolaridad, religión, procedencia, residencia actual y anterior.*

Privilegiar al inicio la narración espontánea de la víctima, escuchar con atención mejorará su autoestima. Ampliar la información con preguntas claras y concisas usando un lenguaje y tono apropiados. Si el paciente no expresó –o evadió– la información sobre hechos de violencia, formular preguntas específicas o usar un modelo de historia estructurada.

Interrogatorio orientado

- *¿Alguna vez ha sufrido usted maltrato físico o mental o humillaciones por parte de otras personas?*
- *¿Ha sido -o se ha sentido- perseguido, señalado o amenazado por otras personas?*
- *¿Los maltratos sufridos le ocasionaron lesiones o le dejaron cicatrices o limitaciones?*

Complementar con la información de funciones biológicas, hábitos nocivos, antecedentes personales fisiológicos y patológicos y antecedentes familiares y del entorno social.

Información complementaria

- *Funciones biológicas: apetito, sed, orina, deposición, ánimo y sueño (¡énfasis!);*
- *Hábitos nocivos: alcoholismo, drogas, medicamentos, conductas de riesgo;*
- *Antecedentes personales: patológicos (enfermedades, traumatismos, cirugía, ortopédicos, inmunizaciones), funcionales (sexuales, reproductivos, hijos, laborales, recreativos), sociales, judiciales (condenas) y alergia o intolerancia a medicamentos;*
- *Antecedentes familiares: patología física y mental en líneas paterna y materna, hermanos y cónyuge; entorno social (persecuciones, migraciones).*

c. Examen físico

El hecho violento seguramente causó maltratos en el cuerpo del paciente y en su autoestima, es muy probable que ocurrido el acto de violencia el paciente haya sido sometido a interrogatorios y exámenes físicos policiales o médico legales que afectaron su intimidad, no es raro que la víctima haya tomado eso como un vejamen; por ello, el examen médico debe ser en extremo respetuoso guardando un peculiar recato.

Aproximación para el examen físico

- *Pida permiso al paciente (“¿me permite examinarlo/a?”);*
- *Proponga que esté presente un familiar o miembro del equipo de salud;*
- *Asegure medidas de privacidad, recato, confidencialidad y buen trato;*
- *Tenga en cuenta aspectos culturales que impliquen limitar el examen.*

La *descripción general* de la víctima de la violencia permite reconocer su *estado general, estado de conciencia, facies, actitud, integridad física* (la pérdida de segmentos o funciones corporales no solo es limitante, puede también ser asumida por la víctima como estigma permanente o huella imborrable de hechos crueles, acrecentando su sensación de exclusión o castigo), el *cuidado personal* y la *expresión gestual y verbal*.

Descripción general

- *Estado general: bueno, regular, malo, terminal;*
- *Estado de conciencia: alerta, somnolencia, estupor, coma;*
- *Facies y aspecto: no característica, eufórica, ansiosa, indiferente, depresiva, aterrada;*
- *Actitud: antálgica, opistótonos, parálisis;*
- *Integridad física: amputación de extremidades, pérdida de órganos sensoriales;*
- *Cuidado personal: pertinente, moderado, ausente, desaliñado, andrajoso, sucio;*
- *Expresión gestual y verbal: ausente, reducida, pertinente, exagerada, teatral, afasia.*

No es raro que la víctima concorra al examen con el perpetrador (familiar, acompañante, autoridad) y que ambos nieguen el origen violento de lesiones o cicatrices (negación, simulación, disimulación). La sospecha clínica debe conducir al registro cuidadoso de los hallazgos, la consulta a especialistas para consolidar los diagnósticos, el sustento con pruebas materiales de los hallazgos (fotografías autorizadas, exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes, patología, ADN, y otros). La confirmación de lesiones por violencia obliga a informar a la autoridad hospitalaria sobre el caso.

El *examen por regiones* asegura una evaluación sistemática del paciente, comprende la descripción de la cabeza, el cuello, el tórax, el abdomen, los genitales y las extremidades. Emplea las técnicas tradicionales como la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación. Se inicia por las *funciones vitales*: presión arterial, pulsos, respiración, temperatura e incluye el peso y talla.

Examen del estado mental (3)

Descripción abreviada

Apariencia general	
Orientación	
Memoria	
Afecto	
Ánimo	
Cognición	
Signos neurológicos	

Fuente: Harvard Program in Refugee Trauma/Harvard Medical School/Massachusetts, General Hospital. Curando las Heridas de la Violencia Masiva y Tortura. Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por Estrés Posttraumático. Cambridge, 2006 (6).

d. Instrumentos de evaluación

- **Ansiedad** (*Síntomas de ansiedad, Hopkins – 25; Hopkins Symptoms Checklist 25(HSCL-25)*)

Marcar con una señal la casilla correspondiente.

Cuadro 1. Cuestionario de Síntomas de Ansiedad, Hopkins (C-25)

Síntomas de Ansiedad		(1) Nada	(2) Un poco	(3) Bastante	(4) Mucho
1	Se asusta súbitamente sin motivo				
2	Siente que tiene miedo				
3	Se desmaya, se mareo o se siente débil				
4	Siente nerviosismo o inquietud en su interior				
5	Su corazón late aceleradamente o más rápido de lo usual				
6	Temblor				
7	Se siente tenso/a o entrampado/a				
8	Dolores de cabeza				
9	Períodos de terror o pánico				
10	Siente inquietud o que no puede estar tranquilo				

Fuente: Harvard Program in Refugee Trauma/Harvard Medical School/Massachusetts, General Hospital. Curando las Heridas de la Violencia Masiva y Tortura. Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por Estrés

Postraumático. Cambridge, 2006 (6).

○ **Depresión**

Marcar con una señal la casilla correspondiente.

Cuadro 2. Cuestionario de Síntomas de Depresión, Hopkins (C-25)

Síntomas de Depresión		(1) Nada	(2) Un poco	(3) Bastante	(4) Mucho
11	Siente falta de fuerzas, lentitud				
12	Tiene sentimiento de culpa persistente. Remordimientos				
13	Llora fácilmente				
14	Ha perdido el interés sexual o placer				
15	Falta de apetito				
16	Dificultad para dormir o continuar dormido				
17	Se siente desesperanzado/a sobre el futuro				
18	Se siente triste				
19	Se siente solo/a				
20	Ha pensado acabar con su vida				
21	Se siente atrapado o aprisionado				
22	Se preocupa excesivamente por las cosas				
23	Siente falta de interés por las cosas				
24	Siente que todo requiere demasiado esfuerzo				
25	Se siente inútil				

Fuente: Harvard Program in Refugee Trauma/Harvard Medical School/Massachusetts, General Hospital. Curando las Heridas de la Violencia Masiva y Tortura. Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por Estrés Postraumático. Cambridge, 2006 (6).

Puntuación HSCL – 25 para ansiedad y depresión

1. A la respuesta de cada ítem asignarle la siguiente puntuación:
1 = Nada 2 = Un poco 3 = Mucho 4 = Bastante
2. **Total:** sumar los ítems del 1 al 25 y dividirlo entre 25 para obtener el total:
Sumar: ítem 1 + ítem 2 + ... + ítem 25; dividir el total entre 25= _____
3. **Ansiedad:** de manera similar, sumar los ítems del 1 al 10 y dividirlo entre el número de ítems para determinar la **puntuación de ansiedad**.
Sumar: ítem 1 + ítem 2 + ... + ítem 10; dividir el total entre 10= _____

4. **Depresión:** sumar los ítems 11-25 y dividirlo entre 15 para obtener la **puntuación de depresión** según DSM IV.

Sumar: ítem 11 + ítem 12 + ... + ítem 25; dividir el total entre 15= _____

Resultado: la entrevista con una puntuación de ansiedad o depresión con un total igual o mayor de 1,75 es generalmente considerada sintomática (“positiva”).

○ **Estrés postraumático**

Marcar con una señal la casilla correspondiente.

Cuadro 3. Cuestionario para Síntomas de Trauma de Harvard (DSM-IV)

(Solo síntomas de trastorno por estrés postraumático)

		(1) Nunca	(2) Un poco	(3) Bastante	(4) Mucho
1	Pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos más terribles y dañinos				
2	Siente que el evento está ocurriendo de nuevo				
3	Pesadillas recurrentes				
4	Sentimiento de indiferencia o distanciamiento de los demás				
5	Incapacidad de sentir emociones				
6	Se siente nervioso, aprehensivo o asustadizo y se sobresalta fácilmente				
7	Dificultad de concentración				
8	Problemas de sueño				
9	Se siente en estado de alerta constante				
10	Se siente irritable o tiene ataques de ira				
11	Evita actividades que le recuerdan el evento dañino o traumático				
12	Incapacidad para recordar partes de los eventos más dañinos o traumáticos				
13	Ha perdido interés en las actividades diarias				
14	Siente que no tiene futuro				
15	Evita pensamientos o sentimientos asociados con los eventos dañinos o traumáticos				
16	Tiene reacciones físicas o emocionales súbitas cuando recuerda los eventos más dañinos y traumáticos				

Fuente: Harvard Program in Refugee Trauma/Harvard Medical School/Massachusetts, General Hospital. *Curando las Heridas de la Violencia Masiva y Tortura. Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por*

Estrés Postraumático. Cambridge, 2006 (6).

Puntuación para síntomas de trauma

1. A la respuesta de cada ítem asignarle la siguiente puntuación:

1 = Nada 2 = Un poco 3 = Mucho 4 = Bastante

2. Total: sumar los ítems del 1 al 16 y dividirlo entre 16 para obtener el total:

Sumar: ítem 1 + ítem 2 + ... + ítem 16; dividir el total entre 16= _____

Resultado: la entrevista con una puntuación total igual o mayor de 2,5 es generalmente considerada sintomática, de trastorno de estrés postraumático.

IV CUADRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

a. **Ansiedad generalizada** (CIE-10: F41.1)

Lorenzo Jorge Barahona Meza

Este trastorno se caracteriza por la presencia de ansiedad persistente con los siguientes síntomas: sentirse constantemente intranquilo, con temblor corporal, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Existe el presentimiento que va a ocurrir una desgracia al paciente o a sus familiares. Es más frecuente en mujeres y relacionado a menudo con estrés ambiental crónico. Su curso es crónico y fluctuante. Es de tres a cinco veces más frecuente que los trastornos de pánico. Saavedra y colaboradores en su *Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana* del 2003, registra en 8,2% el trastorno de ansiedad generalizada en adultos.

Tratamiento

- *Psicofármacos*: alprazolam de 0,5 miligramos; una tableta cada 8 horas.
- *Psicoterapia de apoyo* y orientación del caso.
- *Participación de la familia* en la comprensión del caso y el apoyo familiar.

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica, CIE-10: F41.0)

Lorenzo Jorge Barahona Meza

El *trastorno de pánico* se caracteriza por la presencia de crisis recurrentes de ansiedad intensa, no limitadas a ninguna circunstancia de peligro y con una frecuencia de más de tres crisis en un mes. Es típica la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo, vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización), suele darse constante temor a morir, a perder el control o enloquecer; cada crisis suele durar unos minutos o a veces un poco más, la frecuencia y curso del trastorno son variables y es más frecuente en mujeres.

A menudo, el temor y los síntomas vegetativos que suelen ser prominentes en las crisis se incrementan y terminan por obligar al paciente a escapar del lugar donde se encuentre. El carácter imprevisible de las crisis conduce al paciente a desarrollar temor a estar solo, en las intercrisis el individuo está libre de ansiedad.

Tratamiento

Clonazepán 3 mg por día, mirtazapina 30 mg por día y sesiones de psicoterapia de apoyo.

b. Depresión (CIE-10: F.33)

Gloria Luz Cueva Vergara

Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, se acompaña de síntomas emocionales, del pensamiento, del comportamiento con signos de orden vegetativo y de los ritmos vitales que persisten por tiempo prolongado (no menos de dos semanas para ser criterio diagnóstico). Suele manifestarse en el curso de la vida en forma de episodios con curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos. Según el estudio epidemiológico realizado por el Instituto Especializado en Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, la prevalencia del episodio depresivo en Lima es de 18,2%; de 16,2% en la sierra y de 21,4% en la selva.

Tratamiento

- *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)*: no existe diferencias importantes en la acción antidepressiva de los distintos ISRS. Dosis recomendadas de los fármacos más usados: fluoxetina 20 a 60 mg diario; sertralina 50 a 100 mg diario; paroxetina 20 a 40 mg diario; citalopram 20 a 40 mg diario. En adolescentes se recomienda fluoxetina en dosis inicial de 10 mg diario, se puede aumentar gradualmente la dosis desde la tercera semana de tratamiento pudiendo llegar hasta 40 mg al día.
- *Antidepressivos tricíclicos*: se recomienda no usar tricíclicos por mayor riesgo de reacciones adversas y complicaciones graves en sobredosis. En caso de utilizarse, se recomienda amitriptilina 25 – 75 mg diario, de preferencia por la noche ya que es sedativo e induce al sueño.
- *Ansiolíticos*: el uso de ansiolíticos de la familia de las benzodiazepinas se recomienda en personas con síntomas de ansiedad importantes o con trastornos del sueño. Dosis recomendadas de los fármacos más usados: clonazepán 0,5 -2 mg/día; alprazolam 0,25-1,5 mg/día. Evaluar riesgo de dependencia con el uso a largo plazo.

Efectos adversos. *Antidepresivos*: se presentan en 10% de pacientes y remiten en 7 a 10 días (náuseas, vómitos, inquietud, ansiedad, heces blandas, diarrea, disfunción sexual, retardo en la eyaculación). *Ansiolíticos*: somnolencia, mareos, visión borrosa, alteraciones del equilibrio y la marcha, lentitud psicomotora.

- *Psicoterapia*: las terapias psicológicas son efectivas en el tratamiento de la depresión; la terapia cognitivo-conductual y la terapia conductual son efectivas en el control de los síntomas depresivos. La terapia interpersonal no tiene revisión sistemática, aunque es catalogada como de efectividad bien establecida. En adolescentes la terapia conductual es efectiva en el tratamiento de la depresión.
- *Apoyo familiar*
 - Lo más importante que alguien puede hacer por una persona deprimida, es ayudarla a aceptar y recibir el tratamiento adecuado. Esto puede implicar que tenga que aconsejar a la persona a que no abandone el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (ello dura entre 2-4 semanas).
 - Es posible orientar a obtener un tratamiento diferente si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones, puede requerirse que el familiar o amigo acompañen a la persona deprimida al establecimiento de salud, incluso, es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento.
 - El apoyo emocional implica brindar comprensión, paciencia, afecto y estímulo a la persona deprimida. Buscar formas de conversación o bien escuchar con atención lo que la persona aquejada manifiesta. No minimizar los sentimientos que experimenta el/la paciente, pero señalar la realidad de las cosas y ofrecer esperanza.
 - No ignorar comentarios o menciones respecto al suicidio. En esos casos, el personal de salud del primer nivel de atención deberá estar informado e informar a su vez al médico tratante.
 - Invitar a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine o realizar alguna actividad entretenida o que le guste. Fomentar la participación de la persona deprimida en actividades que antes le proporcionaban placer, pero no forzarla a realizar muchas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso.
 - No acusar a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezosa, ni esperar que salga de esa situación de un día para otro. Con

el tratamiento la mayoría de personas mejora. Es necesario tener eso en cuenta y repetírselo al paciente para que repare en la importancia que tiene el tiempo y la ayuda recibida,

- *Grupos de autoayuda*: estos grupos guiados por voluntarios sin entrenamiento han demostrado ser efectivos en aumentar la tasa de remisión de los síntomas depresivos. No se encontró diferencias significativas con grupos guiados por profesionales.

Trastorno mixto ansioso depresivo (CIE-10: F41.2)

Lorenzo Jorge Barahona Meza

Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos debe predominar claramente sobre el otro ni tener la intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado. Cuando síntomas depresivos y de angustia están presentes y son graves que justificarían un diagnóstico individual, deben recogerse ambos trastornos y no usarse esta categoría. Por otro lado, si hay síntomas que justifiquen este trastorno pero están relacionados con cambios biográficos significativos o con acontecimientos vitales estresantes, debe usarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación. Este tipo de pacientes se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aun mayor en la población general, pero la mayoría de afectados rara vez solicita atención médica.

Tratamiento

- *Psicoterapia de apoyo* individual y orientación familiar.
- *Psicofármacos*:
Amitriptilina 100 miligramos por día , vía oral.
Clonazepam 2 miligramos por día, vía oral.

Conducta suicida

Leonardo Rodríguez

Es la muerte autoinfligida intencionalmente, no es un acto realizado al azar o sin sentido, por el contrario, es la salida a un problema o una crisis que invariablemente está causando intenso sufrimiento; se asocia con frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insostenible, la disminución de alternativas y una necesidad de escapar. La persona suicida emite señales de angustia previas al acto.

La prevalencia de vida de los deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor encontrada en el país fue de 30,3%; 29,1% y 27,8% respectivamente; en la Sierra (2003) el 34,2% de la población había *deseado morir* alguna vez en su vida, 12,9% en el último año, 29,2% de la población había tenido un *intento suicida alguna vez en su vida*. En la selva un 32,5% de la población adulta alguna vez en su vida presentó *deseos de morir*; 3,6% de la población *intentó suicidarse alguna vez en su vida*. En el caso del sexo femenino, más de la mitad de los casos de intento de suicidio se relacionan con problemas con la pareja. En el caso de los hombres, la distribución es más heterogénea y la causa más frecuente son los problemas económicos.

Criterios para referencia al especialista u hospital especializado

Cuando el cuadro depresivo se acompaña de conducta suicida:

- Alto riesgo de suicidio, valorado minuciosamente por el profesional de salud a través de la historia y el examen clínico.
- Cuando persiste la depresión de manera significativa.
- La cronicidad del problema y la necesidad de una psicoterapia intensiva.
- En caso se requiera hospitalizar, por estar acompañado de un trastorno psiquiátrico mayor, por intentos de suicidio previos, por la severidad del método empleado para autoeliminarse, o de existir deficiente soporte sociofamiliar.

Tratamiento

Psicofármacos

- *Drogas tricíclicas*: amitriptilina y clomipramina
- *Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina*: fluoxetina 20mg/día, en las mañanas por un mínimo de 6 a 8 meses.

Todos igualmente eficaces, bien usados son muy útiles.

Efectos secundarios. En general suelen producir efectos anticolinérgicos: hipotensión ortostática y dificultades en la conducción cardíaca. Los tricíclicos producen efectos anticolinérgicos más intensos, aumentan el apetito y, por ende, los pacientes suben de peso, lo cual sería contraproducente en un/a paciente que consulta por obesidad, usamos entonces fluoxetina. Explicar al paciente que los efectos secundarios ocurren los primeros días de la ingesta (dolores de cabeza, intranquilidad, diarreas, mareos, somnolencia o insomnio y disminución del apetito) que ceden en la segunda semana que es cuando el paciente empieza a mejorar. En la tercera o cuarta semana se puede evaluar el caso para valorar el efecto del antidepresivo. En algunos casos de pobre respuesta clínica se puede subir la dosis a 40 mg ó 60 mg.

- *Benzodiazepinas*: si la intranquilidad e insomnio son muy intensos, pueden asociarse al tratamiento, sobre todo durante las primeras semanas hasta esperar que el antidepresivo haga efecto. Las dosis varían de caso en caso. En el petitorio tenemos además alprazolán, clonazepam y diazepam.
- *Terapia psicológica de apoyo*. Es indispensable brindarla en forma individual y también de tipo cognitivo conductual, puesto que la ideación suicida que presenta el/la paciente tiene que ver con el afronte que hace de su situación actual, ya sin recursos para resolver sus problemas, para él/ella, insolubles. Ayudar a enfocar sus problemas en su verdadera dimensión y a resolverlos. Las reuniones grupales con otras personas que han superado situaciones similares o que están en ese camino podrían ser de mucha ayuda para nuestros pacientes.
- *Apoyo a la familia*. También debemos ayudar a toda la familia pues existe patología familiar y debemos tener estrategias para entrevistarnos con todos los miembros en grupo y, sobre todo, al cónyuge, quien es probable que padezca de algún trastorno psiquiátrico. Puede ser conveniente hacer visitas domiciliarias para evaluar el problema *in situ* e intervenir dando información de lo perjudicial que es la violencia en la salud de toda la familia. También se puede dictar charlas en los colegios y en otros lugares de la comunidad, así puede tocarse estos problemas que siempre están presente pero nunca son tratados.
- *Rehabilitación*. Debe hacerse, de ser necesario, en las áreas ya afectadas hasta su recuperación. En este caso básicamente en el plano psicológico. Recomendar actividad física también puede mejorar la obesidad y la ansiedad del/la paciente.

Es indispensable que el/la paciente sea consciente del problema familiar, enfatizar en las consecuencias sobre sus hijos pero también diciéndole que todo puede mejorar. La/el paciente debe sentir que el centro de salud es un apoyo, por tanto también corresponde darle las facilidades para que sus hijos puedan acudir lo más rápido posible. Debe existir un médico o un psicólogo que sea el responsable pero siempre acompañado de un equipo multidisciplinario que es la forma en que deben afrontarse estos casos. También debe citarse al cónyuge para colaborar en el tratamiento de los hijos y de la pareja. Es necesario hacer visitas domiciliarias y entrevistas frecuentes para ofrecer ayuda profesional. Si ello es posible, se habrá avanzado bastante; de lo contrario es necesario insistir a través de otros medios como la DEMUNA o instituciones como la policía, el Ministerio de la Mujer, etc.

c. Trastorno de estrés postraumático, TEPT (CIE-10: F43.1)

**Alberto Perales Cabrera,
Martha Elizabeth Palomino Gómez**

Los síntomas cardinales son: 1) La reexperiencia del trauma por medio de recuerdos involuntarios repetitivos o de pesadillas; 2) Embotamiento emocional con la sensación de encontrarse afectivamente alejado de todos; y, 3) Síntomas de activación autonómica tales como irritabilidad, ansiedad y una exagerada respuesta de sobresalto (1)

El TEPT se desarrolla en personas que han vivido un episodio dramático en su vida sea como experiencia personal de guerra o conflicto armado, secuestro, tortura, violación, ser testigo de muerte violenta de un ser querido, vivir una situación de confrontación o amenaza de muerte o serio daño a su integridad física en forma personal o colectiva (desastres).

Un equipo de investigación formado en el Instituto Especializado de Salud Mental (2) encontró en la Encuesta de Salud Mental en Lima Metropolitana, una prevalencia de vida de 6%, mayor en mujeres (8%) que en varones (3,8%); en la sierra (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) (3) 9,7% en varones y 15,8% en mujeres, con una tasa total de 12,8%. Pedersen *et al.* (4) encuentran indicadores de sospecha de TEPT en 25% de la población altoandina de Ayacucho. Mollica R. (5) encontró en refugiados camboyanos (con experiencia de terrorismo de estado) 37% de TEPT.

Cuadro 4. Escala para Trauma de Harvard para Eventos Traumáticos

	Sí	No
1. Privación de bienes materiales (por ejemplo: comida, cobija)		
2. Condiciones de guerra		
3. Daño físico		
4. Encarcelamiento forzado y coacción		
5. Tortura		
6. Forzado/a a herir o matar a otros		
7. Desaparición o muerte de seres queridos		
8. Testigo de actos violentos hacia otros		
9. Daño cerebral (traumatismo encéfalo craneano)		

Fuente: Harvard Program in Refugee Trauma/Harvard Medical School/Massachusetts. General Hospital. Curando las Heridas de la Violencia Masiva y Tortura. Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por Estrés Postraumático. Cambridge, 2006 (6).

La Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), señala que las consecuencias de salud mental derivadas del conflicto armado desarrollado en el país en las décadas 80 y 90, constituyen un problema de salud pública caracterizado por un gran número de personas afectadas por la violencia masiva que presentan problemas de depresión y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Aunque la mayoría de ellas continúan su vida, lo hacen padeciendo síntomas de estrés emocional. En muchos casos, tales trastornos no solo disminuyen la capacidad productiva de los afectados sino que, en un porcentaje no precisado, los incapacita para el trabajo productivo. La pérdida que ello representa para la productividad del país es alta.

Tratamiento

- *Tratamiento farmacológico:* alprazolam (0,5 en dosis gradualmente crecientes hasta a 3,0 mg) y amitriptilina (25 mg en dosis gradualmente crecientes hasta a 75 mg), son medicamentos indicados usualmente disponibles, requieren de control médico. Otros medicamentos son de uso especializado que se usan a nivel hospitalario.
- *Psicoterapia de apoyo o cognitivo - conductual*
- *Manejo familiar y comunitario: enfoque psicoeducativo*
- *Apoyo familiar:* la familia está siempre comprometida y sufriendo las dificultades del paciente. La función del profesional es la de otorgar facilidades a la familia para que brinde información complementaria y plantee las preguntas que disiparán sus incertidumbres y angustias. El propósito es el de permitir la descarga emocional a través de la verbalización y comprometerlos a trabajar en equipo por el bien del paciente y de ellos mismos, potenciando la comunicación entre los miembros y reduciendo posibles focos de tensión a fin de fortalecer la solidaridad.
- *Terapias complementarias:* bajo este concepto, por definición amplia y global que despierta no pocos recelos entre algunos sectores, se considera un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos con mayor o menor apoyo científico, pero culturalmente arraigados.
 - *Ejercicio físico.* El uso de la actividad física es un excelente medio para liberar tensión y mejorar el estado de ánimo.
 - *Herboterapia.* Uso de plantas y extractos vegetales locales, que la comunidad emplea en el tratamiento de trastornos específicos a partir de sus propiedades medicinales o nutritivas.
 - *Tratamiento nutricional (dietética).* Se centra en mejorar el estado de ánimo a través de unos buenos hábitos dietéticos y una suplementación

específica de determinados nutrientes (vitaminas, minerales, sustancias naturales, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Perales A.** Trastorno de estrés postraumático, manejo y consecuencias médicas y psicosociales a nivel de atención primaria de salud. *Diagnóstico*, 2006; 45(4): 185-91.
2. **Instituto Especializado en Salud Mental.** Estudio Epidemiológico Metropolitano en salud mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 2002; XVIII (1-2): 1-197.
3. Instituto Especializado en Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 2003, XIX (1-2): 1-216.
4. **Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errazuris C.** Violencia política y salud en las comunidades altoandinas de Ayacucho-Perú. En C Cáceres, M Cueto, M Ramos, S Vallenat (Eds) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y Propuestas desde América latina.* Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2004.
5. **Mollica R.** Invisible Wounds. *Scientific American*, 2000; 28 (6): 54-57.

V CUIDADOS DURANTE LA CRISIS

Miriam Cabra Bravo

La **crisis** es un estado de desequilibrio subjetivo temporal precipitado por un evento estresor (divorcio, aborto, enfermedad grave, catástrofe natural, ruina económica) que sobrecarga y desorganiza los habituales mecanismos adaptativos, pero son situaciones controlables. Atravesar por situaciones de crisis es inherente a la vida humana, nos sucede a todos en más de un momento en la vida. Los acontecimientos que pueden desencadenar crisis son muy variados; muchos de ellos corresponden a situaciones en las que el individuo, la familia o la comunidad no tiene experiencia previa, por ejemplo: el proceso natural de maduración, divorcio, pérdida del trabajo, desastres, entre otros.

Aspectos por considerarse en la intervención

Los factores personales y sociales influyen notablemente en la reacción de una persona ante cualquier situación de crisis, algunos aspectos por considerar incluyen:

- Características demográficas (por ejemplo, edad, sexo, raíces culturales, estado socioeconómico);
- Elementos de apoyo social (familia, iglesia, vecindario, grupos sociales o comunitarios);
- Estado general de salud (enfermedad preexistente o mala salud);
- Capacidad para afrontar un hecho (por lo general obtenida a través de una experiencia previa).

En **situaciones de desastre** la población pasará por las fases siguientes (Frederick y Garrison, 1981) (ver Capítulo 11):

- a. *Impacto*: esta fase incluye el evento mismo y está caracterizado por *shock*, pánico y terror extremo. El juicio y evaluación de la realidad por la persona puede estar muy empobrecido y hay una sensación de destrucción.

Tipo	Valoración	Intervención
Reacción normal o más común	<p>Ansiedad leve (desconsuelo, etc.).</p> <p>Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea).</p> <p>Diaforesis.</p> <p>Micción frecuente.</p> <p>Temblores o tensión muscular.</p> <p>Palpitaciones o taquicardia.</p> <p>Hiperpnea.</p>	<p>Administre las siguientes medidas de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad e identificación por grupos • Comunicación abierta con un escucha empático • Información • Liderazgo • Alimentos calientes y reposo • Participar en actividades con alguna finalidad útil
Reacción depresiva	<p>Inmovilidad.</p> <p>Mutismo.</p> <p>Sentimiento vacío.</p> <p>Expresión verbal de un sentimiento de “insensibilidad” hacia los hechos.</p>	<p>Establecer una armonía.</p> <p>Instar al desahogo de emociones.</p> <p>Escuchar de forma empática.</p> <p>Aceptar como legítimos los sentimientos.</p> <p>Participar en tareas sencillas y rutinarias.</p> <p>Proporcionar alimentos calientes, bebidas o un cigarrillo.</p> <p>Evitar la conmiseración excesiva; administración de sedantes y decir a la víctima “quítate de la cabeza tal cosa”.</p>
Reacción psicósomática (síntomas físicos provocados por una reacción psicológica)	<p>Reacción de transformación (parálisis parcial sin causa física, incapacidad para utilizar alguna parte del cuerpo).</p> <p>Náuseas y vómitos extremos.</p>	<p>Poner cómodas a las víctimas.</p> <p>Percatarse de sus propios sentimientos.</p> <p>Mostrar interés en la víctima como persona.</p> <p>Tratar de hallar algún trabajo sencillo para desviar la atención de la víctima de los síntomas y de la situación.</p> <p>Evitar la ridiculización o la culpa: indicar a las víctimas que no tienen nada malo y prestar atención a sus síntomas.</p>
Reacción de ansiedad	<p>Conversación rápida y continua.</p> <p>Presta poca atención.</p> <p>Uso inapropiado del sentido del humor.</p> <p>Deseo de rebatir cuanto se le dice.</p> <p>Hiperactividad física.</p>	<p>Instarlo a que se desahogue.</p> <p>Asignar tareas que requieran actividad física.</p> <p>Supervisar de cerca.</p> <p>Proporcionar alimentos calientes, bebidas o un cigarrillo.</p> <p>Evitar la sedación, discutir con las víctimas o señalarles que no deben sentir lo que sienten.</p>

Tipo	Valoración	Intervención
Reacción histérica (poco común)	Intentos de huida a ciegas. Llanto o gritos incontrolables. Deterioro grave del juicio y criterio. Intentos irracionales por abandonar el área. Carreras incontrolables y sin sentido alrededor de la zona.	Aislamiento: puede ser contagioso en un grupo. Trate con amabilidad y empatía firmes. Consiga asistencia en caso necesario. Ofrezcale comidas o bebidas calientes. De ser posible evite el uso de sujeción brutal o fuerza física. No intente hacer reaccionar al paciente (arrojarle agua, abofetearlo u otras medidas). Evite el uso de sedantes, excepto como último recurso.

Malm García. Enfermería en Desastres. Planificación, Evaluación e Intervención. México,1989. Capítulo 8 Aspectos psicológicos de las situaciones de desastres. Richtsmeirr Judith; y Miller Jean (pg. 206-207).

- b. *Heroica*: existe un espíritu de cooperación entre amigos, vecinos y grupos de emergencia. Las actividades constructivas en este tiempo pueden ayudar a superar los sentimientos de ansiedad y depresión pero la sobreactividad puede ser una vía al “agotamiento”.
- c. *“Luna de miel”*: empieza a aparecer una semana a varios meses después del desastre. La necesidad de ayuda es cubierta: dinero, recursos y soporte de varias agencias. La vida se reinicia en la comunidad. Los problemas psicológicos de conducta pueden estar a la vista.
- d. *Desilusión*: tarda de dos meses a un año, es un tiempo de decepción, resentimiento, frustración y cólera. Las víctimas con frecuencia empiezan a compararse con sus vecinos, con las promesas que se les hizo y no se cumplieron; pueden estar resentidos, envidiosos o mostrarse hostiles hacia otros.
- e. *Reconstrucción y reorganización*: los individuos reconocen que necesitan lidiar con fuerza sus propios problemas. Empiezan a reconstruir sus casas y a reasumir ocupaciones y modos de vida. Esta fase puede demorar años después del desastre.

Los equipos de salud deben tomar las medidas pertinentes y ajustar su conducta a estas circunstancias.

Lo que no debe hacerse... :

- Una evaluación y diagnóstico apresurado sin antes conocer toda la situación que llevó al individuo a una crisis;
- Realizar la intervención sin antes conocer los recursos con que cuenta el individuo para afrontar la crisis;
- Someterlo a terapia de crisis más allá del tiempo necesario con lo que solo se conseguirá hacerlo dependiente del profesional de salud;
- Ofrecerle que “resolveremos” todos sus problemas;
- Cuestionar sus mecanismos de afronte.

VI LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

Nelson Raúl Morales Soto

○ *Información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento*

La Ley N.º 26842, Ley General de Salud estipula que el paciente tiene derecho a una atención con calidad (artículo 2), de emergencia cuando sea necesario (art. 3) debiendo pedírsele el consentimiento para procedimientos diagnósticos o terapéuticos (art. 4) y ser oportuna y adecuadamente informado sobre medidas de protección de su estado de salud (art. 5) y certificación sobre éste (art. 13). Asimismo, tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, la información derivada del acto médico y la historia clínica, y a que se le otorgue información comprensible y completa sobre su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y alternativas, así como riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias sobre los medicamentos prescritos (art. 15). Se ha publicado recientemente en el Diario El Peruano, Normas Legales, el texto de la “Ley N.º 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud” (Lima, 2 de octubre de 2009. p. 403647) el cual se incluye en el Anexo N.º 2 de este documento.

○ *Notificación*

La misma norma precisa que el médico que proporcione atención a víctimas de violencia que constituye delito perseguible, accidente de tránsito o aborto criminal está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad pertinente (art. 30) y que los profesionales de salud, técnicos y auxiliares están obligados a informar a la autoridad de salud los casos de enfermedades y daños de declaración y notificación obligatorias (art. 32).

○ *Derechos humanos*

Según Lavelle “la conexión del marco de salud mental, los derechos humanos y el desarrollo económico es esencial”.

El Perú es signatario de todos los instrumentos de derechos humanos, por ello son de obligado cumplimiento por parte del Estado y forman parte del derecho interno peruano. La Carta Internacional de Derechos está integrada por la Declaración Universal de Derechos Humanos (la cual establece que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona -artículo 3- y que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes -art. 5-), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (el cual en su artículo 12 estipula que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental tomando medidas para la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, a reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños, el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente).

○ ***Violencia de género***

Es una de las más extendidas formas de violencia, discurre visible o solapadamente, cotidiana o intermitente, dejando profundas secuelas en sus víctimas, generalmente la mujer y los hijos. Comprende una extensa gama de agresiones físicas, psicológicas, morales y sexuales a las que comúnmente se añaden las amenazas, coerción, privaciones de la libertad y los recursos materiales para la subsistencia de los hijos (acrecentando la sensación de inseguridad en el hogar); son afectados los derechos a la vida, a la integridad física o psicológica, a la dignidad, a la no discriminación y al libre desarrollo. Se estima que un millón de mujeres en el país sufren este tipo de vejámenes conformando un problema de salud pública que tiene un severo impacto en la familia y la sociedad, lo cual repercute a largo plazo, en la salud psicológica y moral de los hijos. También se aprecia incremento de la violencia en el trabajo, donde se dan acciones de discriminación, de subordinación social, política y económica, y con más frecuencia el acoso sexual y la coerción. No existe una respuesta coherente que asegure la represión efectiva y la prevención oportuna e integral del Estado y la sociedad para estos casos.

VI DIAGNÓSTICO Y REGISTRO

Nelson Raúl Morales Soto

La “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10”, OPS/OMS, 1997 incluye en su texto:

- Capítulo V: “*Trastornos mentales y del comportamiento*”, código genérico F00-F99
 - F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
 - F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.
 - F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizofrénicos y trastornos delirantes.
 - F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).
 - F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.
 - F50-F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y físicas.
 - F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
 - F70-F79 Retraso mental.
 - F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.
 - F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento en la niñez y la adolescencia.
 - F99 Trastorno mental no especificado.

- Capítulo XIX: “*Traumatismos, envenenamientos y ciertas consecuencias de otras causas externas*” con el código genérico “S00-T98”
 - S00-S09 Traumatismos de la cabeza.
 - S10-S19 Traumatismos del cuello.

- S20-S29 Traumatismos del tórax.
 - S30-S39 Traumatismos del abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis.
 - S40-S99 Traumatismos de las extremidades.
 - T00-T07 Traumatismos múltiples.
 - T15-T19 Efectos de cuerpos extraños.
 - T20-T32 Quemaduras y corrosiones.
 - T36-T50 Envenenamientos por drogas, medicamentos y sustancias biológicas.
 - T66-T78 Otros efectos de causas externas.
- Capítulo XX: “*Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y98)*”.
- V01-V09 Accidentes de transporte.
 - W00-X59 Otras causas externas de traumatismos accidentales.
 - X30-X39 Exposición a fuerzas de la naturaleza.
 - X40-X49 Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas.
 - X50-X57 Exceso de esfuerzo, viajes y privación.
 - X60-X84 Lesiones autoinfligidas intencionalmente.
 - X85-Y09 Agresiones.
 - Y10-Y34 Eventos de intención no determinada.
 - Y35-Y36 Intervención legal y operaciones de guerra.
 - Y40-Y84 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.
 - Y85-Y89 Secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad.
 - Y90-Y98 Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y mortalidad.

La importancia del registro

Todo caso de violencia es potencialmente judicializable, la información debe estar rigurosamente registrada y foliada; en casos de violencia organizada o política, debe mantenerse especial precaución con la protección de los documentos por el riesgo de sustracción o modificaciones. La historia clínica debe reunir la información que documente el estado de salud previo, los daños observados y su evolución, así como los exámenes auxiliares (*Lo que no está escrito no existe... lo escrito es prueba*) todo lo cual puede ser utilizado como instrumento legal.

El diagnóstico de lesiones se funda en la comprobación de su existencia, la sospecha de su ocurrencia debe figurar con ese término y deben registrarse las

medidas tomadas para su demostración. Es conveniente materializar los hallazgos con imágenes (clínicas, dibujos, fotografías, videos).

Puede observarse actitudes de ocultamiento, evasión, simulación y disimulación de las lesiones por parte de la víctima y de los acompañantes, particularmente cuando son o están ligados al perpetrador. Entre las más frecuentes figuran:

- **Por parte de la víctima**
 - Ocultamiento de las lesiones: negativa a la consulta o a la exposición de los daños;
 - Cobertura intencional de las lesiones con vestimenta (gorros, anteojos, ropa, fajas) o maquillaje;
 - Autoinculpación de las lesiones: afirmar que son producto de accidentes;
 - Consulta previa a informales: cobertura de zonas dañadas con apósitos, vendajes o aparatos de yeso y frecuente expresión: *Eso ya ha sido atendido*;
 - Evasión de información: fingimiento, amnesia, desconocimiento, mutismo.
- **Por parte de acompañantes o el perpetrador**
 - Negativa a la consulta o la entrevista;
 - Actitudes de evasión, desconocimiento, prepotencia o victimización;
 - Minimización de las lesiones o su importancia;
 - Justificar las lesiones achacándolas a supuestos accidentes.

Hacen sospechar *antiguas lesiones*:

- Cicatrices
 - Quemaduras (puntiformes en la espalda o extremidades, en palmas o plantas, en nalgas y genitales);
 - Heridas (contusas, cortantes, cortantes, lineares por flagelamiento, anulares por atricciones).
- Pérdida de tejidos (cabellos, uñas, pabellón auricular, genitales).
- Cuerpos extraños.
- Fracturas: deformaciones, acortamientos, imágenes radiográficas.

VIII *PRIMIUM NON NOCERE*

Nelson Raúl Morales Soto

La víctima de la violencia puede arrastrar daños físicos, mentales o morales de magnitud insospechada, es por tanto, muy susceptible a lo que diga o calle el médico, al igual que a sus gestos y actitudes. Se debe tener una particular precaución para la atención de estas personas asumiendo que el entorno familiar puede también estar comprometido en uno u otro sentido (víctima o agresor).

- **Confidencialidad y privacidad.** La humillación suele ser parte de los hechos de violencia, ciertos modelos culturales perpetúan el escarnio y la exclusión social de la víctima y sus familiares o descendientes. No es raro que la vergüenza se recree o intensifique con la exposición de las partes del cuerpo violentadas (particularmente los genitales) o con la narración en público de ciertas confidencias o detalles del ataque. A veces, el examen médico –aun bien intencionado- o el examen médico-legal le crea a la víctima una sensación de exposición pública, cuyas razones no está en capacidad de entender. Debe rodearse a la víctima de las medidas de confidencialidad y seguridad para no afectar su sensibilidad ya incrementada.
- **Seguridad.** En ciertas formas de violencia (crimen organizado, violencia política) la autoridad puede ser sindicada o estar comprometida con los hechos. No siempre los establecimientos de salud disponen de los medios y personal de seguridad necesarios; con alguna frecuencia, hay pacientes con custodia policial que están hospitalizados o son atendidos ambulatoriamente. Los hospitales también son ahora blanco de agresiones subrepticias o abiertas de perpetradores, por lo que los pacientes, el personal, los documentos y ambientes críticos requieren medidas especiales de protección. Todo hospital debe tener operativo su “Plan hospitalario para desastres” para afrontar exitosamente incendios o atentados, así como desastres de origen natural.

IX FINALIZACIÓN DE LA CONSULTA Y PRONÓSTICO

Nelson Raúl Morales Soto

Es común que las víctimas de violencia requieran múltiples consultas o tratamientos prolongados, su aflicción psicológica o social puede ser tan limitante para el seguimiento como las limitaciones económicas. El paciente –en presencia del familiar- debe ser invitado amigablemente a continuar con su tratamiento hasta lograr su mejoría y recibir la seguridad del interés profesional de su médico.

Finalización de la consulta

- *Informe al paciente y familiares sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento;*
- *Invítelo a retornar en su fecha de control (Lo espero el día...);*
- *Exprésele su agradecimiento por confiarle su caso (Despidase con gentileza, es clave para el retorno del paciente);*
- *Registre y archive cuidadosamente la información en la historia clínica.*

Recomendaciones a la familia

Los familiares o allegados cercanos a la víctima deben ser adecuadamente informados de:

- Los riesgos vigentes o futuros de las actuales lesiones físicas, tales como infecciones, mala evolución, complicaciones (con especial énfasis en traumatismos de cabeza), consolidación inadecuada de fracturas y posibles discapacidades);
- El impacto que el ataque o las lesiones podrían tener en los ámbitos psicológicos o sociales de la víctima, con especial énfasis en el riesgo de lesiones autoinfligidas;
- Las necesidades de apoyo personal, económico, afectivo o social que podría tener la víctima en la etapa inmediata;

- La disponibilidad de recursos institucionales y legales para apoyo o asistencia en asuntos de derechos de las personas y los medios para llegar a ellos.

Pronóstico

- *De las lesiones:* depende de su tipo y gravedad además de la atención que puedan recibir, lo último es particularmente en los daños mentales y morales sufridos por la víctima y los familiares.
 - Cabeza y cuello: tienen mal pronóstico cuando se ha comprometido la masa encefálica, macizo facial, órganos sensoriales, médula espinal, vasos sanguíneos;
 - Tórax y abdomen: tienen mal pronóstico cuando se ha comprometido la médula espinal, grandes vasos, miocardio, o cuando las lesiones viscerales no pueden ser atendidas oportuna y adecuadamente;
 - Extremidades: mal pronóstico cuando hay daño vascular irreversible, gangrena, atricciones graves o amputación traumática.
- *De la víctima:* depende del tipo y gravedad de las lesiones, de la atención que pueda recibir y de factores individuales, familiares y sociales que perpetúan el trauma e impiden la resiliencia.

X EL ENTORNO DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Nelson Raúl Morales Soto

- Los *servicios de emergencia* de los establecimientos de salud reciben a las víctimas con lesiones o cuadros agudos. La atención es practicada por el Emergenciólogo (especialista preparado para manejo de emergencias, desastres y trauma) o el Médico de Guardia, para ello disponen de mecanismos de *triage* (mejoran la oportunidad de la atención a través de la priorización de la atención basada en la gravedad de la víctima), de *protocolos* o guías de práctica clínica (aseguran la calidad y eficacia y homologan los procedimientos) e instalaciones apropiadas para casos de extrema gravedad (*unidades de shock-trauma*). Debe tomarse especial precaución con los datos de llegada del paciente y los elementos que contribuyen con la investigación policial o el proceso legal. El período inmediato posterior transcurre en las salas de internamiento de los hospitales cuando las lesiones son de consideración o gravedad, la complicación tardía de estas lesiones son también motivo de denuncia policial obligada.
- El seguimiento de lesiones antiguas o de menor consideración se hace en ambientes de *consulta ambulatoria*; no debe desdeñarse la detección de lesiones iterativas y de la disimulación y el disimulo de víctimas y perpetradores.
- La atención en el *foco del siniestro* –o lugar de los hechos- la practican los servicios prehospitalarios en las ciudades, en pequeñas ciudades o el ámbito rural; le toca al médico local asumir esa atención. La *asistencia domiciliaria* puede ser requerida por la “insignificancia” (¡precaución!), por la gravedad de las lesiones o por ocultamiento social o malicioso de los hechos. La norma legal dispone la denuncia obligatoria de sucesos de violencia.

El derecho a la salud es irrenunciable, la norma y el sistema de salud garantizan su cumplimiento. Toda dolencia debe ser escuchada, toda sospecha debe ser

confirmada o descartada y toda lesión atendida. El profesional que imparte la atención debe establecer el ámbito definitivo de atención del paciente, si esta puede hacerse con la garantía de calidad, seguridad y oportunidad necesarios en el nivel donde trabaja, prestará la asistencia médica con los medios disponibles, si los requerimientos excedieran la infraestructura disponible ejecutará la referencia al escalón correspondiente tomando las medidas de seguridad para un traslado seguro y oportuno y para una recepción conveniente.

Debe quedar claramente establecida la estructura de la red asistencial (establecimientos y especialistas), el papel de los participantes (funciones y responsabilidades), los roles de trabajo (turnos y ambientes) y los directorios (del personal y servicios asistenciales y comunitarios).

XI PREPARATIVOS PARA EL DESASTRE

Nelson Raúl Morales Soto

Las emergencias y desastres no son un producto puro de la casualidad, son más bien una acumulación de causalidades que coinciden en un lugar y momento determinados para producir una contingencia, su resultado puede ser muerte, lesiones o pérdidas.

La accidentalidad y la violencia han sido una constante en la sociedad peruana, los desastres son hechos adversos que periódicamente han afectado directamente amplios sectores de la población. Todos, sin excepción, estamos comprometidos indirectamente con los orígenes y las consecuencias sociales y económicas de esos eventos cuya sumatoria ha frenado las posibilidades del desarrollo. Vivir en comunidad significa compartir los pasivos sociales, por ello, las contingencias deben ser afrontadas desde su etiopatogenia, el momento es ahora.

Los trabajadores de la salud tenemos una peculiar responsabilidad en este problema: constituimos la primera línea de enfrentamiento a estos hechos, deberíamos también ejercer una función protagónica en su prevención. Además de ello podemos ser víctimas del siniestro, debemos practicar el doble rol.

El inicio es predicar con el ejemplo, no podemos enseñar lo que no practicamos, la prevención debe iniciarse con nosotros y nuestra familia: estilos de vida saludables, preparación familiar para las contingencias y organización comunitaria para el desastre. Si la preparación de las personas no está completa y bien hecha, es arriesgado afirmar que el planeamiento de los hospitales para desastres estará garantizado.

Los establecimientos y servicios de salud, en todos sus niveles de complejidad, requieren un planeamiento para desastres, entrenamiento del personal, ejercicios y simulacros para articular los procesos de respuesta e inversión en equipamientos y reforzamiento estructural para asegurar el funcionamiento postimpacto. Los servicios prehospitalarios para atención de emergencias requieren pasar por el mismo proceso,

y todos juntos, organizarse en un modelo integrado como un Sistema Nacional de Protección y Asistencia Médica para Emergencias y Desastres.

La historia nos ha enseñado que tenemos una cita ineludible con emergencias y desastres, debemos estar listos.

XII BIBLIOGRAFÍA

1. **Lee, Jong-wook.** Perspectiva global de la violencia. En: *Violencia en Latinoamérica: actas del seminario-taller latinoamericano*. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Facultad de Medicina, 2004, pp. 27-36.
2. **Lavelle, James.** Política de salud mental: defensa y compromiso contra la violencia masiva. En: *Violencia en Latinoamérica: actas del seminario-taller latinoamericano*. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Facultad de Medicina, 2004, pp. 84-97.
3. **Universidad Nacional Mayor de San Marcos.** Manual de la Diplomatura de Atención Integral de Víctimas de la Violencia. Lima: Facultad de Medicina-UNMSM; 2006.
4. **Morales Soto NR.** Manual de medicina de emergencias y desastres. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
5. **Morales Soto NR** Impacto de desastres y situaciones de emergencia en el ámbito de la salud en el Perú. *An Fac Med (Lima)*. 2001; 62(2): 125-34.
6. **Harvard Program in Refugee Trauma/Harvard Medical School/Massachusetts General Hospital.** Curando las Heridas de la Violencia Masiva y Tortura. Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por Estrés Postraumático. Documentos del programa de entrenamiento “Versión Peruana”. Cambridge, 2006.
7. **World Health Organization.** International Clasification of Diseases and Health Related Problems. Tenth Revision (ICD-10) 10th Revision. Geneva: WHO, 1992.

8. **Asamblea General de las Naciones Unidas.** Declaración Universal de Derechos Humanos. (En línea). Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a3>
9. **Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos.** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (En línea). Disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
10. **Academia Peruana de Salud.** XXXVIII Foro “Salud y Desarrollo”: Violencia de Género. *rev acad peru salud.* 2007; 14(1): 30-64.
11. **Ministerio de Salud.** Resolución Ministerial N.º 386-MINSA. “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia” (NTS 042), abril 20, 2006.
12. **Cano P, Gutierrez C, Nizama M.** Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2009; 26(2): 175-81.

Medios masivos

1. **Congreso de la República.** Diario El Peruano. Normas Legales. “Ley N.º 26842, Ley General de Salud”. Lima, 20 de julio de 1997, p. 151245. (En línea). Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf>
2. **Diario El Peruano. Normas Legales:** “Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud”. Lima, 2 de octubre del 2009. p. 403647.

ANEXOS

1. Directorio

Hospitales	Teléfono Emergencias	Teléfono Central
Hermilio Valdizán		494 2499
H. Noguchi-H. Delgado		381 3695 (24 horas)
Víctor Larco Herrera		261 5516
Arzobispo Loayza	330 0241	431 3799
Casimiro Ulloa	117	445 5096
Cayetano Heredia	481 9570	482 0402
Daniel Alcides Carrión		429 6068
Inst Nacional del Niño		330 0066
Emergencias Pediátricas		474 9790
Dos de Mayo		328 0028
Hipólito Unanue		362 7777
María Auxiliadora		466 0707
Santo Toribio de Mogrovejo	328 0505	
Sergio Bernales		558 0187
Edgardo Rebagliati	265 4955	265 4904
Guillermo Almenara		324 2983
Militar Central		219 3500
Ambulancias		
Cuerpo General de Bomberos	116	222 0222
Médica Urgente SAMU	117	
Cruz Roja	268 8109	275 3566
Stae Essalud		472 4570
Alerta Médica	225 4040	

Autoridades

Policía Nacional	105 225 0220	433 3333
PNP Delegación de Mujeres	427 9006	
Defensoría del Pueblo	426 7800	
Ministerio Público		
Minist. Mujer y Desarrollo Social	711 2000	
Defensa del Niño, MIMDES	100	

Otros organismos

Inst Nacional de Defensa Civil	115	225 9898
--------------------------------	-----	----------

ONG

Centro de la Mujer Flora Tristán	433 0694	
Movimiento Manuela Ramos	423 8840	
Orientación Legal y Psicol-DEMUS	463 7327	
Aldeas Infantiles SOS Perú	484 2808	

Control de Adicciones

Alcohólicos Anónimos	265 1847	
La Voz Amiga	436 1212	
Cedro, Lugar de Escucha	445 6665	
Centro Victoria	225 1215	
Narcóticos Anónimos	440 4040	

Otros servicios

Instituto Nacional de Salud	4719920	4674499
Centro Antirrábico	425 6313	

LEY Nº 29414

**EL PRESIDENTE DEL CONGRESO
DE LA REPÚBLICA**

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 1º.- Modificaciones a la Ley General de Salud

Modifícanse los artículos 15º, 23º, 29º y el segundo párrafo del artículo 37º de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

"Artículo 15º.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

15.1 Acceso a los servicios de salud

- a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3º y 39º, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud Nº 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.
- b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.
- c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5º de la Ley de Trabajo Médico.
- d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del

usuario y con conocimiento de su médico tratante.

- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

15.2 Acceso a la información

- a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.
- b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.
- c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.
- e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.
- h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.
- i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

15.3 Atención y recuperación de la salud

- a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
- b) A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.

- c) A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.
- d) A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.
- e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho.
- f) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.
- g) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.
- h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

15.4 Consentimiento informado

- a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:
 - a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.
 - a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
 - a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

Artículo 23°.- Las incompatibilidades, limitaciones, prohibiciones y vulneración de derechos en

los servicios de salud, así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a los que se refiere el presente capítulo, se rige por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, los códigos de ética y deontología y las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes.

Artículo 29°.- El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.

La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente Ley.

El establecimiento de salud queda obligado a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso de que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido.

Artículo 37°.-

(...)

Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno; asimismo, el ente rector establece los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos.*

Artículo 2°.- Derechos contenidos en la presente

Ley

La enumeración de los derechos contenidos en el artículo 15° de la Ley General de Salud no excluye los demás contenidos en dicha Ley o los que la Constitución Política del Perú garantiza.

Artículo 3°.- Sistema nacional de protección de los derechos de los usuarios en los servicios de salud

Los establecimientos de salud y los órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- De la difusión de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley en el plazo de noventa (90) días, contado a partir de su vigencia, en especial sobre los siguientes temas:

1. La elaboración de la lista de derechos de los usuarios contenidos en la Ley General de Salud.
2. Los mecanismos de divulgación de esta lista de derechos en los establecimientos de salud públicos y privados.

SEGUNDA.- De la adecuación

Establécese el plazo de ciento ochenta (180) días para que los establecimientos de salud se adecuen a lo dispuesto en la presente Ley.

TERCERA.- De la derogatoria

Deróganse o déjense sin efecto, según corresponda, las disposiciones que se opongan a la presente Ley.

POR TANTO:

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, aceptándose las observaciones formuladas por el señor Presidente de la República, de

conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la Constitución Política del Perú, ordeno que se publique y cumpla.

En Lima, a los treinta días del mes de setiembre de dos mil nueve.

LUIS ALVA CASTRO

Presidente del Congreso de la República

ANTONIO LEÓN ZAPATA

Tercer Vicepresidente del Congreso de la República

405147-2

3. Contacto con instituciones



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Decana de América, fue fundada el 12 de mayo de 1551 por Real Cédula firmada en Valladolid por el rey de España Carlos V, resultado de una activa gestión del dominico Fray Tomás de San Martín. Inició sus funciones el 2 de enero de 1553 en la sala capitular del Convento del Rosario de la Orden de los Dominicos en ceremonia que contó con la concurrencia de la Real Audiencia. Desde su fundación ha tenido una vida académica ininterrumpida. En sus aulas se formaron muchas de las figuras más notables de la ciencia, el arte y la política del Perú y América, sus profesionales destacan en las principales universidades y empresas e instituciones del país.

Informaciones: UNMSM, www.unmsm.edu.pe

Oficina General de Relaciones Públicas, Ciudad Universitaria. Av. Venezuela cuadra 34 - Lima 1

Teléfono 619-7000, Anexo 7363. E-mail : rpp@unmsm.edu.pe

Desarrollos en el tema de violencia Facultad de Medicina de San Fernando

La Facultad de Medicina, a través de su E.A.P. de Medicina Humana, ha incluido contenidos sobre temas de violencia en sus cinco Escuelas Académicas. Los estudiantes del primer año de Medicina inician su programa académico con el “Curso Básico de Medicina de Emergencias y Desastres” en el cual se revisa extensamente el tema de violencias, derechos humanos y riesgos antrópicos, cuentan con un Manual del curso y como práctica realizan encuestas sobre vulnerabilidad social, de vivienda y de violencia en tres familias por estudiante.

Informaciones: Av. Grau 755, Lima-1, Apartado Postal 529-Lima 100; teléfonos 328 3237, 328 3238 y 328 3231), en: www.unmsm.edu.pe/medicina; correo: decanofm@sanfer.unmsm.edu.pe, documentos: bibmed@sanfer.unmsm.edu.pe

Estudios de Postgrado

La Unidad de Postgrado de Medicina forma especialistas en 39 especialidades y 15 subespecialidades, registra matrícula de Segunda Especialización de unos mil graduados y cuenta con similar número de docentes de planta e invitados. Esta capacitación se imparte en 20 sedes docentes acreditadas por Estándares Mínimos Institucionales del CONAREME; por el Sistema Nacional del Residentado Médico, SINAREME y la Comisión respectiva, CONAREME (conareme@conareme.org.pe), tiene un diplomatura en violencia.

Informaciones: Av. José Pardo 651, Miraflores; teléfono 447 6923), www.unmsm.edu.pe/medicina/upg; correo: upg@sanfer.unmsm.edu.pe; segundaespecializacion@hotmail.com, documentos: bibmed@sanfer.unmsm.edu.pe

Especialidad en Medicina de Emergencias y Desastres

La experiencia recogida en incontables desastres naturales y antrópicos ha sido capitalizada, en 1993 se inició este programa escolarizado donde han ingresado hasta la fecha, unos 150 profesionales para recibir formación académica durante tres años en diez hospitales acreditados para la especialidad. Se rigen por un Plan Curricular aprobado por la universidad y Estándares Mínimos de Formación Profesional, disponen de un Manual de Medicina de Emergencias y Desastres (se puede obtener copias). Se preparan en atención pre- e intrahospitalaria con énfasis en daños antrópicos (violencias, accidentes, guerra convencional, terrorismo, atención del grave, derechos humanos). Los nueve cursos de alto nivel obligatorios en la especialidad, son tomados con frecuencia por residentes de otras especialidades y de otras universidades. El Comité de la especialidad tiene un Sistema de Alerta Informativa para actualizar a sus estudiantes, docentes y egresados en temas de la especialidad, amenazas en curso, nuevas leyes y otra información trascendente; sus sesiones mensuales cuentan con la presencia de delegados del Comité de Recertificación en Medicina de Emergencias y Desastres del Colegio Médico del Perú y de la Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres.

Informaciones: Comité de Especialidad, teléfono 99738 6528, moralessotonelson@gmail.com

El Programa de Investigación en Violencia del Vicerrectorado de Investigación, UNMSM.

Coordinador: Dr. Alberto Perales Cabrera

Miembros: Dr. Fausto Garmendia, Mg. Beatriz Oblitas, Mg. Lupe García, Mg. Luz Marina Acevedo

Asesoría: Equipo del Consejo de Gestión de la Investigación del VRI; OPS/OMS; Asociación Psiquiátrica de América Latina. Programa de Violencia en Latinoamérica.

Objetivos:

- Recoger información sistematizada en el tema de violencia,
- Promover uso de estrategias y metodologías de investigación comparables,
- Promover experiencias comparables de intervención en este campo.

El Perú, ante el complejo problema de la violencia, de importancia de salud pública, necesita producir conocimiento válido en este campo así como experiencias comparables de investigación e intervención que permitan hacer frente a variable tan nociva que afecta, no sólo el bienestar de la población sino el desarrollo y futuro del país.

Informaciones: *Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicerrectorado de Investigación. Consejo de Gestión de la Investigación. Teléfono: 6197000 Ax. 7007. cgi.vi@unmsm.edu.pe*

Dr. Alberto Perales: perales.alberto@gmail.com, perales.alberto@speedy.com.pe;
Teléfono (511) 4412239

HARVARD PROGRAM IN REFUGEE TRAUMA
(Programa para refugiados por trauma de la Universidad de Harvard-USA)

Fue creado en Cambridge, EEUU, en 1981 con la finalidad de brindar servicios médicos y psiquiátricos a los refugiados que llegaban procedentes del Asia Sur Oriental, los cuales habían sido víctimas de la violencia masiva o la tortura y, a pesar de su inmenso sufrimiento, tenían un acceso restringido a la atención médica. El Programa, además, ha ofrecido a los ministerios de salud de diversos países además del conocimiento necesario, las competencias y herramientas necesarias para implementar la infraestructura de salud necesaria para la recuperación y desarrollo con posterioridad a los conflictos.

El análisis del tema en la reunión de Sarajevo, 2002, recomendó seis enfoques: 1. Política y legislación (en las sociedades en conflicto o postconflicto no existen políticas ni legislación sobre salud mental), 2. Financiamiento, 3. Servicios de salud mental con base científica, 4. Educación multidisciplinaria en salud mental (la educación debe estar dirigida a todos los agentes de curación incluyendo profesionales de salud, curanderos tradicionales y otros profesionales como profesores, líderes religiosos y miembros de la policía, poniéndose énfasis en la sintonía cultural y las prácticas con base científica), 5. Papel y coordinación de las agencias internacionales, y 6. Conexión entre el desarrollo económico y los derechos humanos (los servicios de salud mental no pueden ser eficaces cuando en la sociedad se aceptan los abusos de los derechos humanos o existe pobre desarrollo económico con elevado índice de pobreza y desempleo) (Lavelle J.).
Informaciones: HPRT ofrece una revisión completa que aborda la atención clínica de los sobrevivientes de tortura, desplazados y refugiados, consultar en: www.hprr-cambridge.org



PROGRAMA PERMANENTE DE CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

El “Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia” en el Perú

En el año 2003 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos aprobó implementar el “Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de Víctimas de la Violencia”. Con el Ministerio de Salud y el *Harvard Program in Refugee Trauma* organizó el “Seminario Taller Latinoamericano sobre Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia y Violación de Derechos Humanos” que se desarrolló en Lima entre el 12 al 14 de marzo del año 2004 que congregó delegados de 17 países quienes se comprometieron a buscar soluciones, en especial en el campo de la salud, para que las víctimas puedan recuperar su salud física y mental y se inserten en la sociedad y el aparato productivo logrando la reconciliación de las sociedades en conflicto; en esa perspectiva aprobaron la Declaración de Lima.

La Diplomatura de “Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia” desarrollada por la Unidad de Postgrado de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha capacitado 396 profesionales de la salud del nivel de atención primaria de ocho regiones del país.

Informaciones: Av. José Pardo 651, Miraflores; teléfono 447 6923), www.unmsm.edu.pe/medicina/upg; correo: upg@sanfer.unmsm.edu.pe; documentos: bibmed@sanfer.unmsm.edu.pe

DECLARACIÓN DE LIMA

Aprobada por aclamación en sesión plenaria, por las delegaciones de todos los países participantes.

Los firmantes, integrantes de las distintas instituciones latinoamericanas que trabajan en el área de la Salud y los Derechos Humanos, reunidos en Lima, declaran que:

1. No hay posibilidad de lograr un estado de salud integral sin el respeto irrestricto a los Derechos Humanos, individuales y sociales.
2. La verdad y la justicia son aspectos indispensables para la construcción de la Salud Biopsicosocial de los Pueblos.
3. Consideramos que la desigualdad social es el principal factor generador de violencia.
4. Los Estados tienen la obligación de apoyar todas las acciones que tiendan a erradicar tales situaciones de desigualdad.
5. Como parte de un proceso de atención primaria en salud, se hace imperioso que contenidos en relación con la violencia y los derechos humanos sean incluidos y considerados en la currícula de la capacitación y formación de los recursos humanos con enfoque en salud interdisciplinario y multisectorial.
6. La educación en Salud debe darse en su totalidad cumpliendo y transmitiendo valores éticos.

Lima, a los catorce días del mes de marzo del año dos mil cuatro.

Fuente: Harvard Program in Refugee Trauma, USA; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; Agencia de Cooperación Internacional de Japón. 2004. "Violencia en Latinoamérica. Actas del Seminario-Taller Latinoamericano. Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud para la Atención Integral de Víctimas de la Violencia y Violación de Derechos Humanos". Lima, 12 al 14 de marzo del 2004, p. 24.



SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

La Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres es una asociación médica científica sin fines de lucro que agrupa y representa a los médicos e investigadores cuya actividad se relaciona con la medicina de emergencias y desastres. Inició sus actividades el 25 de mayo de 1982, reconocida por el Colegio Médico del Perú como Sociedad Principal, afiliada a la Asociación Latino Americana para Educación en Medicina de Emergencias y Desastres, ALACED, y la *International Federation of Emergency Medicine*, IFEM.

La primera Junta Directiva de la Sociedad estuvo constituida por los doctores: Rufino Vilogrón Méndez (Presidente), Manuel Cáceda Granthon (Vicepresidente), Juan Harrison Costa (Secretario General), Carlos Vega Sánchez (Tesorero), Raúl Morales Soto (Secretario de Acción Científica), Diego Gonzáles y del Carpio, Julio García Pow Sang y Walter Palomino Rodríguez (Vocales), Belisario Barbieri Bocanegra y José Saldías Vargas (Comité de Acción Científica) y Manuel Bocanegra Carrasco (Comité de Ética y Calificación Profesional). Actualmente es presidida por el Dr. Nelson Raúl Morales Soto.

En junio de 1982 se realizó el “Primer Seminario Taller sobre Organización de Emergencias y Formación de Emergencistas” promovido por los jefes de los servicios de Emergencia de los hospitales de Lima con la coordinación del Programa Docente de Ciencias para la Salud del Ejército, PRODOCISA, dirigido por el Dr. Rufino Vilogrón Méndez. Se presentaron en tal evento los modelos de organización y el grado de implementación con que operaban los servicios de Emergencia de la capital y se analizó la necesidad y factibilidad de crear una especialidad médica en emergencias. Su actividad y estímulo constante promovió la creación de la especialidad y el desarrollo de las Unidades de Shock Trauma y los servicios de emergencia en el país.

La Sociedad de Medicina de Emergencias y Desastres tiene los siguientes fines:

- Promover la investigación en el campo de la medicina de emergencias y desastres;
- Estimular e implementar el entrenamiento y la educación médica continua del médico en emergencias y desastres;
- Promover el desarrollo y unificación de los sistemas de servicios de salud en la atención de situaciones de desastres en el país en coordinación con las instituciones que desarrollan la especialidad;

- Promover la formación y unificación de guías de tratamiento en los servicios de emergencia y de atención prehospitalaria;
- Organizar reuniones científicas nacionales e internacionales ya sea dentro de la sociedad o en colaboración con otras instituciones a fin de elevar el nivel científico de los asociados y otros profesionales de la salud;
- Promover el desarrollo e implementación de la atención médica prehospitalaria en el país;
- Promover la formación de unidades de reanimación o *shock* trauma en los servicios de emergencia del país;
- Propiciar la formación de hospitales de atención de emergencias y centros de trauma en el país;
- Promover que los servicios de emergencia hospitalaria y prehospitalaria del país cuenten con personal médico especialista en medicina de emergencias y desastres;;
- Propiciar la enseñanza de la medicina de emergencias y desastres desde el pregrado en las universidades y facultades de medicina y ciencias de la salud y otras;
- Apoyar a la investigación.

Para cumplir con sus objetivos cuenta con los siguientes estamentos:

- Comité de Trauma;
- Comité de Desastres;
- Comité de Reanimación Cardiopulmonar;
- Comité de Emergencia;
- Comité de Servicios Prehospitalarios.

Anualmente realiza los siguientes eventos científicos:

- Congreso Nacional e Internacional de Medicina de Emergencias y Desastres, cada 2 años;
- Cursos Nacionales de Actualización en Emergencias y Desastres;
- Educación Médica Continua, Primer Respondiente.

La Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres en razón a las particulares características de nuestro país aboga y se esfuerza por la creación del Sistema Nacional de Protección y Asistencia Médica de Emergencias y Desastres para asegurar la oportuna atención en el más alto nivel científico y técnico del paciente en situación crítica aguda.

Informaciones: www.spmed.org.pe



INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS

Fundado en Lima el 25 de noviembre de 2004. Tiene como misión coadyuvar y promover una cultura de derechos humanos en el Perú que se exprese en la elevación de la calidad de vida de la población, promueve el fortalecimiento y la eficacia de la democracia, entendida como medio y como fin, a través del fortalecimiento de sus instituciones mediante el diálogo permanente, la participación organizada de la ciudadanía, el incremento de su capacidad propositiva y la búsqueda de consensos con tolerancia y en libertad para solucionar, paulatinamente los problemas del país. Por el ámbito de su labor es de naturaleza multidimensional para lo cual cuenta con una Dirección de Derechos Humanos Fundamentales, Dirección de Derechos a la Salud, Seguridad Social y Salubridad Pública, Dirección de Derechos a la Educación y Dirección de Derechos Económicos.

Principios del IDH

1. El Instituto de Derechos Humanos, IDH, reconoce que todos los seres humanos nacen libres e iguales, con derechos y libertades, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole. El reconocimiento de nuestra nación peruana como una mestiza, multiétnica y pluricultural nos enriquece como pueblo. En la democracia la soberanía es del pueblo. Es un sistema político que debe mejorar constantemente. La democracia también son formas de relaciones humanas y sociales, es práctica de solidaridad. Es, por lo tanto, medio para alcanzar elevados fines.
2. El IDH apoya, ayuda y se solidariza con todos quienes sufren violaciones en sus derechos humanos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. La desnutrición, la mortalidad de la infancia y la niñez, el bloqueo o dificultad de acceso a la salud, a la educación, al trabajo digno, así como la contaminación del aire, el agua y la tierra son formas de violencia estructural que violan los derechos humanos, aunque no las únicas.
3. El IDH despliega sus esfuerzos y hace seguimiento a las políticas públicas a fin que en la sociedad y desde el Estado se respeten, promuevan y garanticen los derechos humanos de todos, en búsqueda del desarrollo humano integral permanente de la población. Los derechos humanos, en conjunto, es un derecho y responsabilidad de todos.

4. El IDH apoya y promueve la solución pacífica, dialogada y justa de cualquier tipo de conflicto, dentro y fuera del Perú y declara que la defensa de la vida es el valor supremo a ser defendido por todos, es decir, por la sociedad en sus distintas y disímiles expresiones, y por el Estado.
5. El IDH apoya, ayuda y hace causa común con todos los organismos de las Naciones Unidas y del sistema interamericano en la consecución de los fines y objetivos consagrados en las Declaraciones, Pactos y Convenios Internacionales sobre derechos humanos, de los cuales es firmante el Perú.

Dirección de Derechos a la Salud, Seguridad Social y Salubridad Pública

Está encargada de todo lo relativo a la situación alimenticia, salud y salubridad de las poblaciones en todo el territorio nacional, enfatizando en los grupos humanos más vulnerables de la sociedad, en el campo y la ciudad. La infancia, la niñez y la adolescencia, las mujeres en gestación y las comunidades más pobres serán los referentes permanentes.

Fundadores

Dr. Luis Alberto Salgado Tantte (Presidente), Padre Ricardo Morales Basadre, S.J., Dr. Nelson Raúl Morales Soto, Lcda. Doris Renata Teodori de la Puente, Sociólogo Raúl A. Haya de la Torre, Dr. José Luis Pérez-Albela Beraún, Dr. Ricardo Nugent López-Chaves, Dr. Daniel Guillén Benavides, Dr. José Luis Pérez Sánchez-Cerro, Ing. Roque Benavides Ganoza, Dr. Andrés Alejandro Carbajal Portocarrero, Dr. Fernando Valverde Camán, Dr. Jorge César Ferradas Núñez, Dr. Gustavo Adolfo Rivera Roccatagliata, Dr. Fernando Yovera Odicio, Dr. Eduardo Gutiérrez Arbulú, Dr. Ricardo Chumpitazi Vargas, Dra. Rosa Luz Quinto Sosa, Lcda. Rosa Zoraida Eyzaguirre de Salgado, Dr. Rubén Solórzano Gómez, Dr. Oscar Vilca Romero, Lcdo. Rafael Torrau Ortiz.

Informaciones: www.institutoddhh.org

4. Contacto con los autores

Nos complacería conocer su opinión, observaciones y sugerencias para enriquecer el texto. Agradeceremos contactar con los autores o hacernos llegar sus apreciaciones a la dirección postal siguiente:

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Avenida Grau 755, Lima

Carlos Salgado Valenzuela	salgadovcarlos@yahoo.es
Lorenzo Jorge Barahona Meza	lorbara@yahoo.com
Carlos Saavedra	calbertosaavedra@yahoo.com
Gloria Luz Cueva Vergara	gcuevav@yahoo.es
Leonardo Rodríguez	nardomail@mixmail.com
Miriam Cabra Bravo	miri_cabra@yahoo.com
Martha Elizabeth Palomino Gómez	melizapg@gmail.com
Fausto Garmendia Lorena	faustogarmendia@yahoo.com
Alberto Perales Cabrera	perales.alberto@speedy.com.pe
Nelson Raúl Morales Soto	moralessotonelson@gmail.com

Este documento se terminó de imprimir
en los talleres gráficos de Punto y Graña S.A.C.
Av. Del Río 113 - Pueblo Libre
Telf.: (511) 332- 2328
Agosto 2010

ISBN: 978-9972-857-82-9



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Jirón Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú
Teléfono: (0511) 617-6296 Fax: (0511) 617-6243
Correo electrónico: revmendex@ins.gob.pe
Página web: www.insgob.pe