

EVALUACION DE LA HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

ELIZABETH ALVARADO *, LUCY APARICIO *, BEATRIZ SHIROMA *,
MARIA MENDOZA *, & RITA URIBE *

KEY WORDS: *Case record evaluation – Community Mental Health – Nursing – DSM – III*

PALABRAS CLAVE: *Evaluación de historia clínica – Salud Mental Comunitaria – Enfermería – DSM - III*

En el Programa de Salud Mental Comunitaria del INSM parte de la atención directa al paciente de los Centros de Salud se realiza por medio de delegación de funciones médicas al nivel profesional de enfermería, bajo supervisión del psiquiatra. El propósito de la investigación fue evaluar la validez descriptiva del registro de la información clínica. Para ello se revisaron 177 historias clínicas confeccionadas por las enfermeras del Programa. Se utilizó el glosario, los criterios diagnósticos y los árboles de decisión del DSM-III. Previamente el grupo de investigadoras fue adiestrado en el DSM-III y sometido a una prueba de confiabilidad. Se concluye que la validez descriptiva del registro de información clínica es satisfactoria, pudiendo optimizarse de utilizar un formato de historia semiestructurada y brindando la capacitación necesaria.

An Evaluation of the Community Mental Health Program Nursing Case Records

The direct care of the patients in the INSM' Community Mental Health Program is a nurse supervised activity. The physician delegates some of his functions on nurses. The purpose of the study was the evaluation of the case records' descriptive validity. The researchers revised 177 case records using DSM-III's glossary, diagnostic criteria and decision trees. Previously, the group was trained in the use of DSM-III and they were evaluated through a reliability test. The finding was that the nurse's case records had acceptable descriptive validity but with semistructured format and appropriate training the quality of registers could be improved.

(*) Enfermeras del Programa de Salud Mental Comunitaria del INSM.

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud define la Atención Primaria como: "El conjunto de acciones que se ponen al alcance del individuo, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades de salud, dentro del contexto del desarrollo del individuo y de la comunidad y contando con la participación de éste" (18).

Bruno R. Lima señala la importancia de la integración de la Salud Mental en la Atención Primaria (14), y la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de "Salud para Todos el Año 2000", considera como estrategia fundamental la Atención Primaria e incorpora a la Salud Mental entre sus componentes prioritarios (1).

Dentro de esta concepción de Atención Primaria las funciones y responsabilidades de la enfermera adquieren una nueva dimensión, originadas especialmente en; la escasez significativa de médicos a nivel de la comunidad agravada por la tendencia a especializarse, el costo creciente de la atención de la salud y el reconocimiento de que la enfermera es un personal subutilizado en comparación con su potencial para asumir funciones más directas en la prestación de servicios que antes eran privativos del médico (18).

En consecuencia, la enfermera en el primer nivel de atención ha alcanzado un grado de competencia que le permite tomar decisio-

nes y compartir responsabilidades con los demás miembros del equipo en la tarea de ampliar la cobertura de atención de salud. Esto, a su vez, exige el cumplimiento eficaz de sus funciones a través de la realización de actividades importantes tales como la atención directa e integral y valoración de la salud y enfermedad del paciente, familia y comunidad, así como el inicio del tratamiento, además de otras acciones que entran en el ámbito de su competencia o referidos a otro nivel (18).

Programa de Salud Mental Comunitario (PSMC) del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM).— Creado y dirigido por el Dr. Renato Castro de la Mata, empezó a funcionar en Marzo de 1980 en siete Centros de Salud siendo extendido a tres Centros Educativos a partir de 1983.

Dentro de la filosofía del Programa de Salud Mental Comunitario del INSM, Renato Castro de la Mata refiere algunas precisiones respecto a su denominación.

"Entendemos la Salud Mental Comunitaria como un conjunto inextricable de acciones que forman un continuum que va desde la promoción de la salud mental hasta el tratamiento de la cronicidad de los trastornos mentales" (4).

Asimismo, señala que su funcionamiento se basa en tres principios fundamentales: 1) Delegación de funciones; 2) Integración de la sa-

lud mental dentro de la salud pública; 3) Participación plena de la comunidad (5).

Dentro de este marco conceptual las acciones son desarrolladas por un equipo interdisciplinario constituido por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras, estando las últimas asignadas a los Centros de Salud donde son responsables de la atención de los pacientes desde su admisión hasta su alta y/o seguimiento. Sus actividades son las siguientes:

1. Triaje.— Entrevista breve de discriminación clínica de pacientes;

2. Consulta de enfermería.— Consiste en entrevistas diagnósticas y terapéuticas. Durante la primera se elabora la historia clínica utilizando un formato no estructurado y formulando una impresión diagnóstica de acuerdo a la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), Capítulo de trastornos mentales.

3. Consulta médico-enfermera.— Consiste en la presentación al médico de la historia clínica completa elaborada por la enfermera, para formular el diagnóstico y el plan de tratamiento;

4. Trabajo de grupo.— Dirigidos a niños, adolescentes y adultos (pacientes esquizofrénicos);

5. Proyección comunitaria.— Bajo esta denominación se incluyen visitas domiciliarias, programas educativos, seguimiento de pacientes psicóticos crónicos y club de pacientes;

6. Docencia.— Programas de edu-

cación en servicio para personal profesional y no profesional y orientación docente a estudiantes de diversas disciplinas;

7. Investigación.— Proyectos específicos entre los que podemos citar: "Seguimiento de pacientes esquizofrénicos", "Castigos y maltratos físicos al niño", "Actitudes de la familia frente a la enuresis" y otros (16).

Hasta la actualidad, este trabajo de enfermería, siendo importante, ha sido objeto de críticas y evaluaciones focalizadas. Estos se han dirigido frecuentemente a los aspectos cuantitativos, tocando tangencialmente los cualitativos, que merecen ser estudiados con mayor profundidad a fin de traducirlos en indicadores de calidad que reflejen la efectividad de sus diferentes acciones, siendo una de ellas la recolección de la información clínica necesaria para la formulación del diagnóstico y plan de tratamiento, la valoración pronóstica y el seguimiento.

La calidad de la información clínica puede conocerse en razón a su confiabilidad y validez, es decir, su "seguridad, estabilidad, congruencia, predecibilidad, exactitud y fiabilidad" (15).

Para tal efecto, es necesario que su registro se realice siguiendo indicaciones específicas acerca de las diversas áreas que se debe explorar. Sin embargo, la enfermera del PS-MC carece aún de una guía para el registro de la información clínica, hecho que puede producir una baja

confiabilidad y validez incierta. En tal sentido, una alternativa podría ser uso de la Tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III) (2). Este brinda descripciones completas de todos y cada uno de los trastornos mentales, incluyendo no sólo sus características esenciales, sino también características comúnmente asociadas; además, provee un glosario de síntomas, criterios diagnósticos específicos y árboles de decisión.

Concientes que el Perú necesita de nuevos modelos de atención en el campo de la salud mental, y siendo el PSMC un modelo alternativo que podría replicarse en otros lugares del país, se consideró necesario estudiar una de las actividades de la enfermera del Programa, el registro de la información clínica, en cuanto a su validez y confiabilidad.

Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar la validez descriptiva y la confiabilidad de la información clínica registrada por las enfermeras en las historias de los pacientes del PSMC.

Material y métodos

Descripción del área de estudio:

El estudio consideró el ámbito de los siete Centros de Salud en los que se desarrolla el PSMC del INSM, ubicados en los distritos de Independencia y San Martín de Porras.

Distrito de Independencia.— Se

halla ubicado al Nor-Oeste de Lima y ocupa la parte más occidental de la Cordillera de los Andes; lo conforman las siguientes urbanizaciones populares con categorías de pueblos: Independencia, El Ermitaño, Tahuantinsuyo, El Angel, El Milagro y El Volante (12).

En la estratificación socioeconómica de Lima, Independencia se ubica en el grupo 7 del Estrato III, caracterizándose por ser totalmente urbano, constituido en un 88o/o de la población que vive en los "Pueblos Jóvenes". Son relevantes las altas tasas de analfabetismo y de población ocupada obrera, así como los porcentajes muy bajos de población con educación universitaria (3).

Distrito de San Martín de Porras.— Se halla ubicado también al Nor-Oeste de Lima en el margen derecho del río Rímac, a 12 km. de su desembocadura en el mar (12). En la estratificación socioeconómica de Lima, San Martín de Porras corresponde al grupo 9 del estrato II, conformados por asentamientos humanos que mayoritariamente datan de la década de los 50 y donde el 50o/o de su población habita en "Pueblos Jóvenes". Por ser una de las primeras áreas de expansión de Lima, a raíz del inicio de fuertes migraciones internas registradas en los años 50, los porcentajes de vivienda sin agua y sin electricidad son relativamente bajos (3).

B. Muestra.— Se utilizó el método probabilístico sesgado, seleccionándose las historias clínicas que

cumplían con los criterios de: paciente mayor de 18 años de edad y haber sido elaborada por las enfermeras del PSMC. Así, la muestra fue de 185 historias clínicas de pacientes adultos atendidos durante los meses de Enero, Febrero, Marzo, Octubre, Noviembre y Diciembre de 1985.

De las 185, 86 correspondían al Distrito de Independencia y 99 a San Martín de Porras.

Los pacientes con diagnóstico de epilepsia, que fueron 8, no fueron considerados en el presente estudio. Así, los cuadros se presentan en base a 177 historias clínicas.

C. Instrumentos.— Se utilizó el DSM-III:

— Glosario de términos técnicos. Consiste en un listado de 85 síntomas de los cuales 64 corresponden a adultos y el resto a niños y adolescentes. Este glosario se limita a incluir los términos técnicos empleados en las descripciones, definiciones o criterios diagnósticos del DSM-III (2).

— Los criterios diagnósticos específicos. Proveen una definición operacional de las categorías diagnósticas.

Muchas de éstas tienen validez descriptiva, es decir, reflejan el juicio colectivo o consenso de numerosos expertos en psicopatología.

— Los árboles de decisión. Útiles para el diagnóstico diferencial, tienen la finalidad de ayudar al clínico a la comprensión de la organización y estructura jerárquica de la clasificación. Cada árbol de deci-

sión empieza con un conjunto de características clínicas; cuando una de estas características sobresale en el contexto clínico, se formula una serie de preguntas para confirmar o descartar diferentes categorías diagnósticas. Las preguntas son aproximaciones a los criterios diagnósticos específicos. Los árboles de decisión no persiguen, por tanto, suplantarse ningún criterio diagnóstico específico (2).

D. Procedimiento.— El estudio se inició con adiestramiento en el uso del DSM-III (glosario de términos técnicos, criterios diagnósticos para las categorías amplias del DSM-III, árboles de decisión).

Luego de concluir la fase de adiestramiento, se procedió a una prueba de confiabilidad interevaluador del grupo de enfermeras participantes en el estudio. En el Cuadro No. 1 se presenta los resultados de la prueba de confiabilidad.

Como se observa en el Cuadro, se utilizó 4 video grabaciones y 10 viñetas escritas. Los criterios de calificación fueron: 1) Identificación de los síntomas; 2) Diagnósticos DSM-III; 3) Se contabilizaron los errores en la denominación de los síntomas, y errores diagnósticos.

Los alumnos que tuvieron puntajes bajos en la primera prueba recibieron viñetas para ejercitarse, luego pasaron una segunda prueba. En la segunda prueba mejoraron los puntajes, pero se observó que dos enfermeras necesitarían supervisión durante la fase de recolección de datos.

CUADRO No. 1

PRUEBA DE CONFIABILIDAD EN EL USO DEL DSM III

C A S O	ENFERMERAS				
	1	2	3	4	5
Video 1	5*	4	3	8	7
Video 2	3	5	0	7	7
Video 3	5	8	7	8	8
Video 4	6	6	2	9	9
Escrito 1	2	9	6	6	8
Escrito 2	2	3	3	4	6
Escrito 3	3	3	4	5	8
Escrito 4	6	4	8	5	8
Escrito 5	4	3	0	3	4
Escrito 6	7	8	5	8	7
Escrito 7	3	7	0	10	6
Escrito 8	4	4	0	4	4
Escrito 9	5	7	7	6	7
Escrito 10	4	6	3	7	5
Puntaje Total	59	77	48	90	86

* Resultado de suma y resta de aciertos y errores.

La recolección de datos se hizo en un formato: filiación del paciente, número de entrevistas para la elaboración de la historia, textualmente toda la información clínica registrada por la enfermera, y el diagnóstico.

Luego de recolectada la información, las enfermeras investigadoras la analizaron en grupo. Identificando primero los síntomas en base al glosario de términos técnicos; para luego discutir entre ellas los posibles diagnósticos a los que se aproximaban; a continuación se aplica-

ban los criterios diagnósticos específicos y los árboles de decisión, concluyéndose en una categoría amplia del DSM-III. En casos de duda se contó con la asesoría de un psiquiatra, experto en el uso de DSM-III.

Para el objetivo del presente estudio, la evaluación de la calidad de la información clínica registrada por las enfermeras del PSMC, se clasificó el material clínico en:

— Registro completamente satisfactorio, cuando la información clínica permitía aplicar los criterios del

DSM-III.

– Registro marginalmente satisfactorio, información clínica que no cumple con uno o dos criterios del DSM-III.

– Registro incompleto, cuando la información clínica sólo permite aplicar uno o dos criterios del DSM-III.

– Registro circunstancial, cuando en lugar de información anecdótica de relevancia clínica sólo contiene aspectos de la vida del paciente.

– Sin información clínica, cuando sólo registra datos de filiación del paciente.

Tratándose de una evaluación del registro clínico se procedió a la identificación de las enfermeras que elaboraron las historias clínicas, e incluir en el análisis: centro de formación y años de experiencia. Asimismo, se encuestó a las 16 enfermeras del PSMC para indagar sobre los posibles factores que influyen en la elaboración de las historias clínicas.

La prueba estadística aplicada fue el chi cuadrado.

Resultados

En el Cuadro No. 2 se presenta las características demográficas de la muestra.

Se observó predominio del sexo femenino, 66o/o; grupo de edad entre 20-29 años, 52o/o, con instrucción secundaria, 56o/o; y, en ocupación, ama de casa, 36o/o, seguido de "otras" ocupaciones, 31o/o.

CUADRO No. 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Características Demográficas	(N = 177) o/o
1. SEXO:	
– Masculino	32.8
– Femenino	67.2
2. GRUPOS DE EDAD:	
– 20 años	9.2
20 – 29 años	52.5
30 – 39 años	18.6
40 – 49 años	12.9
50 – + años	5.9
3. ESCOLARIDAD:	
Primaria	28.2
Secundaria	55.3
Técnica	2.8
Superior	7.1
Otros*	1.7
Ninguna	3.9
4. OCUPACION:	
Profesional	1.7
Empleado	1.7
Obrero	1.1
Estudiante	9.6
Ama de Casa	37.3
Ninguna	17.5
Otras**	31.1

* Otros: incluye educación especial e ignorado.

** Otras: incluye comerciantes, policías

CUADRO No. 3

TIPO DE INFORMACION CLINICA DE ENFERMERIA

TIPO DE INFORMACION CLINICA	No.	o/o
TOTAL	177	100
Completamente satisfactoria	116	65.5
Marginalmente satisfactoria	47	26.6
Otros (incompleta, información circunstancial y sin información)	14	7.9

CUADRO No. 4

TIPO DE INFORMACION CLINICA Y ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES	TOTAL	TIPO DE INFORMACION					
		Complet. Satisfac.		Marginal Satisfac.		Otros	
		No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
1. G. Instrucción							
– Primaria	50	31	62	15	30	4	8
– Secundaria	98	68	69.4	24	24.5	6	6.1
– Otros	22	14	63.6	6	27.3	2	9.1
– Ninguna	7	3	42.8	2	28.6	2	28.6
2. G. Ocupación							
– Económicamente Activa	63	42	66.7	13	20.6	8	12.7*
– Amas de Casa	66	42	63.6	20	30.3	4	6.1*
– Estudiante	17	6	35.3	10	58.8	1	5.9
– Ninguna	31	26	83.9	4	12.9	1	3.2

* $P \leq 0.05$

El Cuadro No. 3 presenta la calidad del registro de información clínica.

En el Cuadro No. 4 se presenta el

tipo de información clínica y grado de instrucción y, ocupación de los pacientes.

En ocupación económicamente

CUADRO No. 5

TIPO DE INFORMACION CLINICA Y EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS

CARACTERISTICAS DE LAS ENFERMERAS	TOTAL	TIPO DE INFORMACION					
		Completam. satisfac.		Marginalm. satisfac.		Otros	
		No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
1. Experiencia							
4 a 5 años	105	70	66.7	27	25.7	8	7.6
3 años	28	19	67.8	8	28.6	1	3.6
1 a 2 años	44	27	61.4	12	27.3	5	11.3
2. Centro de Formación:							
Escuela	144	92	63.9	39	27.1	13	9.0
Universidad	33	25	75.8	7	21.2	1	3.0

activa y ama de casa se observó diferencias estadísticamente significativas comparativamente a otras ocupaciones, es decir, fueron completamente satisfactorias en mayor porcentaje.

En el Cuadro No. 5 se presenta el tipo de información clínica y algunas características de las enfermeras que elaboraron la historia clínica.

No se observó diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de información y características de las enfermeras.

Se observó que en trastornos esquizofrénicos, el 94o/o tenía información completamente satisfactoria.

En el análisis de las diferentes secciones de la historia clínica se observó que las mayores deficien-

cias correspondían al examen del estado mental. Asimismo, la omisión de información sobre el funcionamiento ocupacional y social se observó frecuentemente.

frecuentemente.

En la encuesta a las enfermeras sobre las posibles causas que dificultan el registro de información clínica relevante para el diagnóstico ellas señalaron la falta de estructuración de la historia clínica e insuficiente conocimiento en psicopatología.

Discusión

El estudio permitió evaluar objetivamente la calidad del registro de la información clínica por las enfermeras del PSMC. El Registro completamente satisfactorio en el 65o/o,

lo consideramos aceptable, porque se esperaba un porcentaje menos alentador de enfermeras sin especialización ni experiencia en psiquiatría y salud mental. Sin embargo, a pesar que el adiestramiento que reciben las enfermeras del PSMC no es sistemático ni estructurado, la consulta médico-enfermera resulta una experiencia de aprendizaje, donde al lado de la exigencia se motiva el interés de las enfermeras por los aspectos psicopatológicos.

De otro lado, existe un 35o/o de historias clínicas con información marginalmente satisfactorias, incompleta, circunstancial y sin información. Una de las razones sería el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) en el PSMC. La CIE-9 es una clasificación concebida para propósitos estadísticos (17), que a pesar de contar con un glosario consistente en descripciones de síntomas y síndromes, éstas no son definiciones claramente delimitadas o mutuamente excluyentes, es decir, no cuenta con definiciones operacionales que guíen la decisión diagnóstica. Así, la aplicación de los criterios del DSM-III a la información clínica ordinaria recogida en base al ICD-9, en gran medida suele ser calificada como información insuficiente (7).

En el PSMC se utiliza un formato de historia clínica que contiene en forma detallada los datos de filiación, pero para los aspectos clínicos no se provee mayor especificación. Asimismo, las entrevistas evaluativas son no directivas. En ba-

se a los resultados del presente estudio se cuestiona si este tipo de entrevista es la adecuada para fines de investigación psiquiátrica o una buena práctica psiquiátrica, pues conlleva el riesgo de pasar por alto áreas importantes de indagación, y asimismo, sesgos en la recolección e interpretación de la información (8). En este sentido las entrevistas psiquiátricas estructuradas han sido desarrolladas, precisamente, para vencer estas desventajas y al mismo tiempo proveer una evaluación diagnóstica completa (10).

Las características de la historia clínica del PSMC y la no especialización de enfermeras dificulta la tarea diagnóstica.

Helzer et al. (1978) halló que la ideación suicida se reportaba con una frecuencia tres veces mayor cuando se utilizaba un listado de síntomas (checklist), a diferencia de la, historia narrativa. Los estudios de Kienan (mencionado por Helzer et al. 1978), también demuestran que las historias narrativas registran escaso o ningún ítem para el examen mental. Consideramos que lo mismo estaría pasando con las áreas de historia personal, historia familiar, duración de los síntomas, funcionamiento laboral y social, cuya omisión, por lo general, en nuestro estudio propició que la información clínica sea calificada como marginalmente satisfactoria.

Aunque en nuestro estudio la calidad de la información clínica no varía en relación al tiempo de experiencia de la enfermera, conside-

ramos que la capacitación clínica en psicopatología resulta imprescindible, específicamente, en la búsqueda de síntomas y signos de relevancia clínica, cómo provocar su aparición y relacionarlos con episodios previos, la identificación de factores que aparecen más allá del nivel manifiesto y cómo utilizar y estructurar la información obtenida y concluir así en un posible diagnóstico. En tal adiestramiento sería importante considerar la técnica de entrevista más adecuada, la conveniencia de estandarizar el proceso evaluativo (6) y la utilización de adecuados sistemas diagnósticos y de clasificación.

Una explicación al hecho que la in-

formación clínica tienda a ser completamente satisfactoria en el diagnóstico de trastorno esquizofrénico sería el énfasis que da el PSMC al subprograma "Atención de pacientes esquizofrénicos" que permite, posiblemente, la familiarización de la enfermera con las características clínicas de estos pacientes facilitando la identificación y descripción de los síntomas y signos.

Finalmente, consideramos que las características descritas del DSM-III han facilitado las diferentes fases del presente estudio: adiestramiento, prueba de confiabilidad, recolección de la información y cumplir así con el objetivo de evaluar el registro de la información clínica en el PSMC.

REFERENCIAS

1. ALVA, V.; MAJLUF, E.; y BUSTAMANTE, R. (1982). "Incorporación de los Aspectos Psicosociales e Higiene Mental del Niño en la Atención Primaria de Salud". En *III Congreso Iberoamericano de Medicina Rural y I Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud* Propaceb, 155 - 160 Lima.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Washington D.C., 3a. ed.
3. BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERU (1984). *Identificación de las diferencias interdistritales de Lima Metropolitana*. Lima.
4. CASTRO DE LA MATA, R. (1987). "Atención Primaria, Salud Mental Comunitaria y Psiquiatría Comunitaria" *Anales de Salud Mental*, 3.
5. CASTRO DE LA MATA, R. (1982). "Atención Primaria en Zonas Marginales" Seminario Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud y Atención Primaria en grandes ciudades Lima - Perú.
6. CASULLO, M. (1981). "Reflexiones sobre la Necesidad de Estandarización del Diagnóstico Psicopatológico" *Neuropsiquiatría y Salud Mental*, 12 1-76 (1-II) 51-55.
7. GREGORY, S.; COOPER, J.E. (1983). "Comparison of ICD-9 and DSM-III Diagnoses of 71 Patients First Presenting with Severe Mental Illness" pp.317-325 en *International Perspectives on DSM-III ed R1 Spitzer JBW Willians AE Skodol*.
8. HELZER, J.E.; ROBINS, L.N.; TAYLOR, M.; WOODRUFF, R.A.; REICH, T.; y WISH, E.D. (1977).

- "Reliability of Psychiatric Diagnosis" I A methodological review" *Arch Gen Psychiatry*, 34: 129-133.
9. HELZER, J.E.; CLAYTON, P.J.; PAMBAKIAN, R.; y WOODRUFF, R.A. (1978). "Concurrent diagnostic validity of a structured psychiatric interview" *Arch. Gen Psychiatry*, 35: 849-853.
 10. HESSELBROCK, V.; STABENAU, J.; HESSELBROCK, M.; MIRKIN, P.; MEYER, R. (1982) "A Comparison of two Interview Schedules" *Arch Gen Psychiatry*, 39: 674-677.
 11. HYLER, S.; WILLIAMS, J.; SPITZER, R.L. (1982). "Reliability of the DSM-III Field Trials" *Arch Gen Psychiatry*, 39: 1275-1278.
 12. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1984). *Censo Nacional VIII de Población y III de Vivienda (12 de Junio de 1981) Resultados definitivos* (Vol. 8 Tomo I). Lima.
 13. KENDELL, R.E. (1973). "Psychiatric Diagnoses: A Study of how they Are Made" *Brit Journal of Psychiatry*, 122: 437-445.
 14. LIMA, B. (1985). "Atención Primaria en Salud Mental". Conferencia en el V Encuentro de Salud Mental. División de Salud Mental. — Ministerio de Salud Bogotá — Colombia 14, 16.
 15. MARTINA CHAVEZ, Martha (1987) "Técnicas e Instrumentos para Recolectar Datos. Plan de Recolección de datos". I Curso de Metodología de Investigación de Enfermería, Colegio de Enfermeros, Lima, Perú.
 16. MENDOZA, M. (1985). "Una Experiencia en Atención Primaria de Salud Mental" Ponencia en el III Congreso Internacional de Enfermería, Lima, Setiembre de 1985.
 17. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1978). *Trastornos Mentales: glosario y guía para su clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Washington D.C.
 18. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1980). *Papel de la Enfermera en la Atención Primaria de Salud Serie de Informes Técnicos 558*.
 19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1982). *Enfermería y Salud de la Comunidad Series de Informes Técnicos No. 558: 21-28*.
 20. WILLIAMS, J.; WILSON, H. (1981). "A Psychiatric Nursing Perspective on DSM-III" *Journal of Psychosocial Nursing*, 20 (4): 14-20.

Dirección Postal:

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

Casilla 4274, Lima 31