

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ
Escuela de Posgrado**



Análisis de los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este en el Distrito de Lurigancho- Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Gerencia Social que
presenta:

Elvira Elena Ponte Mendoza

Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Gerencia Social que
presenta:

José Luis Encinas Arana

Asesor:

Mg. Javier Alejandro Pineda Medina

Lima, Año 2022

Informe de Similitud

Yo, Javier Alejandro Pineda Medina, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulado Análisis de los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este en el Distrito de Lurigancho- Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017, de los autores:

- ENCINAS ARANA JOSE LUIS,
- PONTE MENDOZA ELVIRA ELENA,

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 19%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 05/07/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

San Miguel, 16 de agosto del 2023.

Apellidos y nombres del asesor: Javier Alejandro Pineda Medina	
DNI: 29654086	Firma 
ORCID: 0000-0002-7060-1384	

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como propósito conocer los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este (DIRIS Lima Este) en el Distrito de Lurigancho - Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017, analizando las acciones implementadas, la percepción de los principales actores y su participación, para proponer medidas de mejora y su posible réplica en otras emergencias.

En ese marco, la investigación se propuso establecer en qué medidas las acciones implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicadas por la DIRIS Lima Este, lograron atender los efectos en las personas, familias y comunidades del “Fenómeno del Niño Costero”, conocer la percepción de los actores sociales sobre las coordinaciones y alianzas para implementar dicha estrategia y recoger las percepciones y opiniones sobre la participación de los referentes familiares y comunales, en todas las intervenciones desarrolladas.

Para ello, se han recogido a través de entrevistas y testimonios, las opiniones y percepciones de lideresas comunitarias, activistas humanitarios de iglesia, psicólogas y psicólogos voluntarios y especialistas de salud mental comunitaria en situaciones de emergencias y profesionales, que actuaron en el terreno y formaron parte de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho – Chosica.

El análisis de las conclusiones y recomendaciones permite establecer que, reconocidos los factores que hicieron posible implementar las acciones de Salud Mental Comunitaria frente al “Fenómeno del Niño costero”, aun dentro de las limitaciones en la preparación del personal y de los recursos para una emergencia de alta intensidad, la ejecución de un modelo de respuesta desde una perspectiva comunitaria, que partió del reconocimiento de las necesidades y problemas de las familias y comunidades afectadas, fue el mejor camino para brindar soporte emocional ante la emergencia del año 2017.

ABSTRACT

The purpose of this research is to know the factors that influenced the implementation of the Community Mental Health Strategy applied by the Directorate of Comprehensive Health Networks of Lima East (DIRIS Lima East) in the District of Lurigancho - Chosica against the effects of the Childhood Phenomenon during 2017, based on the analysis of the opinions and perceptions of the main social actors and their participation in the implemented actions, to identify improvement measures and their possible replication in other areas of intervention.

For this, in the perspective of a qualitative investigation, the opinions and perceptions of community leaders, humanitarian church activists, volunteers, and psychologists specialized in community mental health in emergency situations, professionals and non-specialized personnel who acted in the field and they were part of the answer from DIRIS East Lima and other humanitarian organizations.

Keywords: community mental health, perceptions and opinions, social actors, emergency mental health specialists, community leaders, humanitarian organizations.

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo

Capítulo I

Introducción

	Pág.
1.1 Planteamiento del Problema	12
1.2 Justificación	16
1.3 Objetivos	19

Capítulo II

Marco Teórico Referencial

2.1 Diagnóstico Situacional: características del distrito Lurigancho - Chosica	21
2.2 Marco Normativo Internacional y Nacional	26
2.3 Enfoques de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	32
2.4 Conceptos Claves	40
2.5 Investigaciones Relacionadas	59

Capítulo III

Diseño de la Investigación

3.1 Naturaleza de la Investigación	63
3.2 Forma de Investigación	63
3.3 Fuentes de Información	66
3.4 Universo	67
3.5 Muestra	67
3.6 Procedimientos (técnicas) para el Recojo de la Información	68
3.7 Instrumentos de Recojo de la Información	68

	Pág.
Capítulo IV	
Presentación, Análisis e Interpretación de los Resultados	
4.1 Acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	75
4.2 Percepción de las Acciones de Coordinación y Alianzas de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	92
4.3 Participación de los Referentes Familiares y Comunales Inmediatos en la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	108
Capítulo V	
Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones	
5.1 Sobre las Acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	124
5.2 Sobre la Percepción de las Acciones de Coordinación y Alianzas de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	126
5.3 Sobre la Participación de los Referentes Familiares y Comunales Inmediatos en la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	128
Recomendaciones	
5.4 Sobre las Acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	131
5.5 Sobre la Percepción de las Acciones de Coordinación y Alianzas de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	133
5.6 Sobre la Participación de los Referentes Familiares y Comunales Inmediatos en la Estrategia de Salud Mental Comunitaria	134
Propuesta de Mejora	137
Anexos	141
Bibliografía	145

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este por las autorizaciones y facilidades brindadas a la presente investigación.

Al Hospital Hermilio Valdizán en la persona del Psiquiatra Jean Philip Núñez del Prado Murillo y el Psicólogo Limber Narciso Sánchez Villanueva, especialistas en Salud Mental Comunitaria, por los conocimientos, documentación y orientaciones.

A la Organización Humanitaria Caritas del Perú, por la información y las referencias con voluntarios y activistas de sus redes de intervención y las madres líderes de la comunidad. Así como a los especialistas voluntarios que brindaron su tiempo y compartieron su experiencia en la emergencia.

A las señoras Aída, Hilda y Rocío, mujeres lideresas comunitarias que fueron representantes de los albergues en la emergencia del año 2017, que nos dieron sus testimonios relatando que aun siendo damnificadas asumieron con coraje el liderazgo de las familias afectadas más vulnerables de sus comunidades con el apoyo de Caritas del Perú.

A la Maestría de Gerencia Social de la PUCP y de manera especial al Profesor Javier Alejandro Pineda Medina, por su paciente y pertinente asesoría que estimuló una nueva perspectiva en la investigación realizada.

A Bettina Valdez Carrasco y Raúl Rosales León, por su amistad constante y estímulo académico y personal para persistir en el desafío de elaborar esta tesis.

DEDICATORIA

A Samanta con inmenso amor porque cada día inventa un mundo nuevo, libre, justo y sabio.



SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMARES:	Proyecto de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una región en el Perú.
CARITAS DEL PERU:	Organización de la Iglesia Católica fundada por la Conferencia Episcopal Peruana.
COE:	Centro de Operaciones de Emergencia.
COE DIRIS:	Centro de Operaciones de Emergencia de la Dirección de Redes Integradas de Salud.
DIRIS:	Direcciones de Redes Integradas de Salud.
DIRIS Lima Este:	Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este.
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
HERMILIO VALDIZÁN:	Hospital que forma parte del sistema de salud pública especializado en salud mental y psiquiatría.
INDECI:	Instituto Nacional de Defensa Civil.
MIMP:	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
MINSA:	Ministerio de Salud.
mhGAP:	Programa de Acción para Superar las Brechas de Salud Mental.
NNUU:	Naciones Unidas.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONU Mujeres:	Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de Género.
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PUCP:	Pontificia Universidad Católica del Perú.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
SINPAD:	Sistema de Información Nacional para la Respuesta y la Rehabilitación.
SMC:	Salud Mental Comunitaria.
WHO-AIMS:	Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

Análisis de los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este en el Distrito de Lurigancho- Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito establecer los factores que hicieron posible la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este (DIRIS Lima Este), frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” en el año 2017. Este fenómeno que afectó a más de un millón y medio de personas y 270 mil damnificados, como lo reportan el SINPAD y el INDECI (2017), tuvo un impacto significativo en la zona de Lurigancho – Chosica, especialmente en los servicios públicos, las viviendas y en la salud mental de las personas, sus familias y la comunidad, lo que activó la respuesta del sistema de salud y las organizaciones de ayuda humanitaria.

En ese marco la DIRIS Lima Este, aplicó una Estrategia de Salud Mental Comunitaria, sustentada en un modelo de intervención frente a situaciones de desastres y emergencias, que parte del reconocimiento del terreno y las características de la población afectada, estableciendo alianzas con los líderes comunales y las organizaciones humanitarias e incorporando la participación de las familias y de la comunidad, en el proceso de recuperación y construcción de su salud mental.

En esa línea, la investigación se propuso establecer en qué medidas las acciones implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, lograron atender los efectos en las personas, familias y comunidades del “Fenómeno del Niño Costero”, conocer la percepción de los actores sociales sobre las coordinaciones y alianzas para implementar dicha estrategia y recoger las percepciones y opiniones sobre la participación de los referentes familiares y comunales, en todas las intervenciones desarrolladas.

La investigación es cualitativa y corresponde a un estudio de caso, estableciendo una temporalidad determinada y recogiendo la perspectiva de los actores sociales que participaron en ella a fin de conocer las lecciones aprendidas y las buenas prácticas, para la mejora de dicha estrategia y su aplicación en futuras emergencias de alta intensidad.

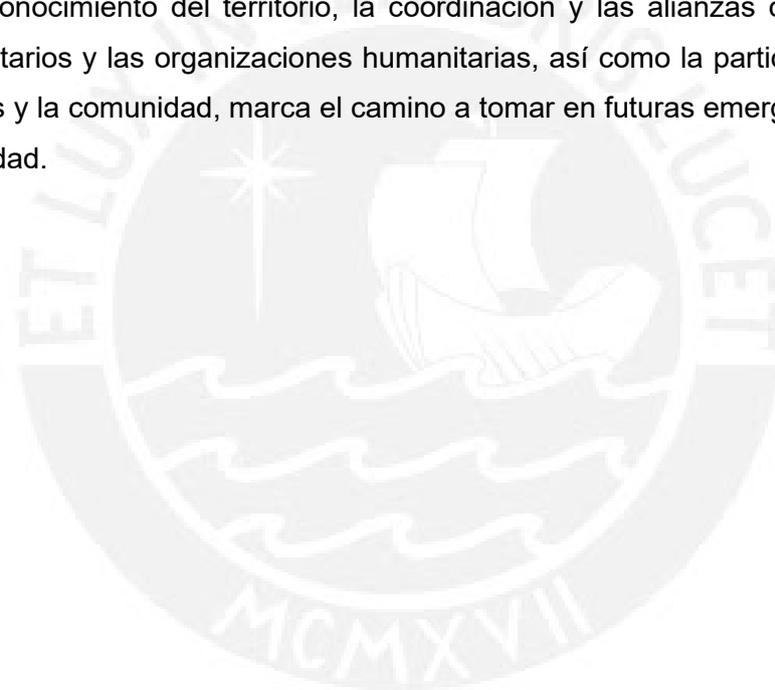
La Unidad de Análisis es la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, implementada frente a los efectos del Fenómeno del Niño Costero en el distrito de Lurigancho – Chosica en el año 2017, tomando en consideración que sus acciones se implementaron como parte del proceso de reforma de la salud mental, iniciado varios años atrás, modificando un modelo centrado en la persona individual por un nuevo modelo que involucra a las familias y la comunidad, desde una perspectiva de participación comunitaria.

Para ello, además de los documentos, reportes, investigaciones y otras fuentes internacionales y nacionales sobre el tema, desde una metodología de investigación cualitativa, se realizaron entrevistas y recogieron testimonios para conocer las opiniones y percepciones de mujeres lideresas comunitarias, activistas humanitarios de iglesia, psicólogas y psicólogos voluntarios y especialistas de salud mental comunitaria en situaciones de emergencias y profesionales, que formaron parte de la respuesta de la DIRIS Lima Este y otras organizaciones humanitarias.

Es pertinente referir que los actores sociales que participaron de las entrevistas y testimonios del estudio realizado, fueron seleccionados en su mayoría, por ser parte de los pobladores del lugar, por su conocimiento y presencia en el territorio como residentes, voluntarios, lideresas comunitarias, activistas de iglesia y operadores de salud mental o su pertenencia a instituciones del sistema de salud, organizaciones humanitarias y servicios de salud mental del distrito de Lurigancho Chosica y su participación directa en la emergencia del año 2017 y otras similares en años anteriores.

En el primer capítulo, se desarrolla el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos de la investigación; en el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico referencial partiendo del diagnóstico situacional; en el tercer capítulo se aborda el diseño de la investigación; en el cuarto capítulo se desarrolla la presentación, análisis e interpretación de los resultados; y en el quinto capítulo se abordan las conclusiones y recomendaciones y la propuesta de mejora.

Finalmente, es importante señalar a partir del análisis de las conclusiones y recomendaciones, que aun dentro de las limitaciones sobre la preparación del personal y los recursos para lograr un mayor alcance y efectividad, la aplicación de un modelo de intervención basado en la Salud Mental Comunitaria que partió del reconocimiento del territorio, la coordinación y las alianzas con los líderes comunitarios y las organizaciones humanitarias, así como la participación de las familias y la comunidad, marca el camino a tomar en futuras emergencias de alta intensidad.



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al analizar la situación de la salud mental en el Perú encontramos, según lo señalan las investigaciones de Castillo y Cutipé¹, que:

“Al menos, una de cada cinco personas tiene síntomas de algún trastorno mental significativo cada año y de ellas, sólo la quinta parte accede al sistema de servicios de salud. De igual manera, hay un amplio consenso sobre los problemas de ineficacia y vulneración de derechos en los modelos tradicionales de atención centrados en grandes hospitales y de atención psiquiátrica hegemónica e individualizada. En respuesta, desde hace casi cinco años se promueve la implementación de modelos de Salud Mental Comunitaria (SMC), que desplaza el eje de atención de hospitales psiquiátricos a redes de servicios territoriales; de intervenciones centradas en especialistas (psiquiatras y psicólogos) a equipos interdisciplinarios; y del rol pasivo de usuarios y poblaciones a una participación comunitaria activa en el cuidado continuo de la salud mental” (Castillo, H. y Cutipé, Y., 2019: 326).

Al respecto, Rafael Sulca (2016) en su tesis sobre la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso, señala que los problemas de salud mental en el Perú y en Lima, son frecuentes y afectan a una parte importante de la población.

Sulca, señala que los trastornos depresivos y de ansiedad, constituyen problemas de salud pública y que el 25 % de las personas, con problemas de salud mental, no reciben atención. Siendo que el 13%, la reciben, pero en un servicio general, no especializados por los prejuicios que existen sobre la salud mental. De manera específica en Lima, señala que la depresión es el trastorno más frecuente. (Macher y Saavedra,2007).

¹CASTILLO Humberto y CUTIPE Yuri
2019 *Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013- 2018*. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2019;36(2):326-33. doi:
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.

Igualmente, un problema con un importante impacto en la salud mental de las mujeres es la violencia de género. Al respecto, el Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, señala que: “el 6,9%, entre 15 y 49 años, ha sufrido violencia física por parte de sus esposo o compañero. Así mismo, el 1,8%, entre 15 y 49 años de edad, revelaron que sus parejas las agredieron en los últimos 12 meses, cuando ellos estaban bajos los efectos de haber consumido alcohol” (ENDES, 2021).

Otros factores que afectan la salud mental se asocian con el impacto de los estilos de vida en la salud y en la salud mental en particular. Sobre esta situación, el trabajo realizado por la DIRIS Lima Este (2019), establece una relación entre el consumo de comida rápida, la falta de actividad física y el sedentarismo, entre otros con la Obesidad que, de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Salud, afecta entre otros al 42,2% de los jóvenes.

Así mismo, el Informe Defensorial N° 18 sobre el Derecho a la Salud Mental, reporta un número significativo de personas que presentan problemas de salud mental.

“Para el año 2018, 4 millones 514 mil 781 personas presentaron problemas de salud mental, estimándose que para el 2021 esta cifra se incrementaría en 3,2%, siendo la demanda potencial más alta en la población joven y adulta, y de cada 10 personas con morbilidad sentida y expresada por trastornos mentales, dos de ellas consigue algún tipo de atención. En las regiones las brechas en el acceso a servicios de salud mental fluctúan entre 69% en Lima Metropolitana y el Callao y 93.2% en Lima Rural” (Defensoría del Pueblo, 2018: 31).

En el año 2017, de acuerdo al Sistema de Información Nacional para la Respuesta y la Rehabilitación (SINPAD) y el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), el Perú fue uno de los países más afectados por el “Fenómeno del Niño Costero” por el incremento de las precipitaciones pluviales y la magnitud de los eventos destructivos, registrándose más de un millón y medio de afectados y más de 270 mil damnificados, además de un considerable número de fallecidos y desaparecidos (INDECI, 2017).

Al respecto, cabe mencionar el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana – 2015, el cual señala que las emergencias y desastres, desencadenan estados de crisis en una población determinada, causados por factores naturales o provocadas externamente, relacionados con experiencias traumáticas por diversas pérdidas- de vidas, de la integridad corporal, de la estructura de la vida cotidiana, económicas, entre otras, provocando problemas de salud mental (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018).

Sobre emergencias y desastres, el estudio señala que, “en septiembre de 2017, se registraron 190 emergencias a nivel nacional, tanto ocasionadas por fenómenos antrópicos (97: incendio urbano, incendio forestal, contaminación ambiental) como naturales (93: lluvias, heladas, derrumbe, sismo, inundación, deslizamiento, friaje, huayco, entre otros), con el consiguiente número de afectados, fallecidos y pérdida de ingresos, viviendas y tierras de cultivo” (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018).

En estas circunstancias, el Fenómeno del Niño, afectó de manera significativa la zona de Lurigancho – Chosica, situada en la ribera del río Rímac, produciendo un impacto de alta intensidad en la infraestructura, los servicios y establecimientos públicos y privados de las localidades afectadas, generando diversos problemas de salud mental de las personas, sus familias y la comunidad, lo que activó la respuesta de las instituciones del sistema de salud y las organizaciones humanitarias.

En tal sentido, es importante señalar que la responsable de la respuesta en el tema de salud mental en el distrito de Lurigancho – Chosica, es la DIRIS Lima Este, en cumplimiento de las normas que disponen que son las Direcciones Integradas de Salud (DIRIS), organizadas por ámbitos territoriales, las que tienen como mandato normativo asumir la respuesta en Salud Mental Comunitaria, en aplicación de la línea de Emergencias y Desastres que lidera la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Para responder a un evento crítico, las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima, disponen por un lado, de la Norma Técnica de los Centros de Salud Mental Comunitaria 2017 y por otro lado con el Plan Nacional de

Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021, que forman parte del proceso de reforma de las intervenciones de salud para orientarse de un modelo centrado en la persona individual hacia un enfoque de salud mental comunitaria que involucra a las familias y la comunidad.

Sin embargo cuando se producen las situaciones emergencias y desastres los problemas de salud mental son más frecuentes, y suelen encontrarse con sistemas de salud mental débiles o que no están suficientemente preparados para responder a eventos traumáticos de alta intensidad, y no cuentan con los recursos y los profesionales capacitados para intervenir desde una perspectiva que involucre a las personas desde una dimensión territorial, comunitaria y culturalmente pertinente, en consonancia con las prácticas y sistemas de creencias de las poblaciones afectadas.

Por ello, la presente investigación, frente un evento de alta intensidad como el Fenómeno del Niño ocurrido en el año 2017, se propuso conocer las opiniones y percepciones de los actores sociales sobre los resultados de la aplicación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria implementada por la DIRIS Lima Este en el distrito de Lurigancho - Chosica, de qué manera participaron las familias y la comunidad y como se desarrollaron las alianzas para cumplir sus propósitos. En este sentido, las preguntas que enmarcan la presente investigación son las siguientes:

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta General

¿Cuáles son los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este en el Distrito de Lurigancho- Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017?

Pregunta Específicas

- ¿En qué medida las acciones implementadas, a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, aplicadas por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este, en el Distrito de Lurigancho - Chosica, lograron atender los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017?
- ¿Cuál es la percepción que tienen los principales actores sobre las acciones de coordinación y alianzas estratégicas, implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho- Chosica?
- ¿De qué manera las acciones implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho - Chosica, promovieron la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, se sustenta en la participación comunitaria como un principio de la gerencia social que señala que son los propios actores sociales quienes tienen la voz que determina lo que debe hacer el gobierno y los diferentes sectores. Al respecto, Naciones Unidas señala que: “la participación comunitaria implica la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo” (Naciones Unidas, 1981).²

² Citado en ESCARTINI, Patricia, LOPEZ, Vicky y RUIZ – JIMÉNEZ Juan Luis (2020: 1) En: <https://comunidad.semfyec.es/wp-content/uploads/Comunidad- -La-participacion-comunitaria-en-salud.pdf>

Al respecto, la gestión participativa se articula en el enfoque y en la implementación de las intervenciones de salud mental comunitaria, que señala la importancia y necesidad de concebir al individuo no de manera aislada, sino de manera integral, en toda la complejidad que constituye su tejido social y cultural, en el que el vínculo social es tan importante como el vínculo personal. En este sentido, la práctica de la salud mental comunitaria no sólo se sustenta en una comprensión distinta de la salud mental tradicional, sino que incluye una metodología de participación activa (Velásquez, 2007).

De esta manera, desde el enfoque del MINSA, el modelo de la Salud Mental Comunitaria implementado en el marco del Fenómeno del Niño Costero, “critica el “reduccionismo biologicista” y el tratamiento dirigido al individuo aislado, pasivo y paciente, analiza las interacciones constantes, recíprocas y funcionales entre la persona, los diferentes grupos y las comunidades con el entorno ambiental, e identifica causas y determinantes sociales, culturales, históricos y físicos que intervienen en la salud mental” (AMARES, 2007).

Las intervenciones de Salud Mental Comunitaria, son implementadas por las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), en su condición de órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, que ejercen las funciones de la Dirección General de Operaciones de Salud, en el ámbito de Lima Metropolitana en la cual gestionan los procesos de prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda en los Hospitales o en los establecimientos de salud del primer nivel, en las sedes de Lima Norte, Lima Centro, Lima Este y Lima Sur.

Por ello, en situaciones de emergencias y desastres, son las mencionadas Direcciones de Redes Integradas de Salud, las que asumen la respuesta de Salud Mental Comunitaria, en aplicación de la línea de intervención, referida a emergencias y desastres, de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Cabe mencionar, que, para efectos de una intervención en situaciones de emergencia y desastres, las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima, disponen, por un lado, de la Norma Técnica de los Centros de Salud Mental Comunitaria 2017, que establece los criterios de coordinación entre los Centros

de Salud Mental Comunitaria y los Establecimientos de Salud. Por otro lado, aplican el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021, que se propone incrementar progresivamente el acceso a servicios de promoción, tratamiento y recuperación de la salud mental, integrados a las redes de salud, desde el primer nivel de atención.

En este contexto, la presente investigación destaca que en situaciones emergencias y desastres los problemas de salud mental son más frecuentes, y suelen encontrarse con sistemas de salud mental débiles o que no están suficientemente preparados para responder a eventos traumáticos de alta intensidad, y no cuentan con los recursos y los profesionales capacitados para intervenir desde una perspectiva que involucre a las personas desde una dimensión territorial, comunitaria y culturalmente pertinente, en consonancia con las prácticas y sistemas de creencias de las poblaciones afectadas.

De manera específica, con relación a la “Salud Mental Comunitaria” (SMC) como una estrategia de intervención basada en una gestión participativa que le otorga un rol colaborativo a los actores sociales, varios estudios han resaltado la importancia y necesidad de concebir al individuo no de manera aislada, sino de manera integral, en toda la complejidad que constituye su tejido social y cultural, en el que el vínculo social es tan importante como el vínculo personal. En este sentido, la práctica de la salud mental comunitaria, no sólo se sustenta en una comprensión distinta de la salud mental tradicional, sino que incluye una metodología de participación activa (Velásquez, 2007).

Sobre el particular, la Guía Técnica de Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que, lo pertinente es responder desde la comunidad, movilizandolos recursos y el tejido social de la propia población afectada, sin medicalizar o institucionalizar el sufrimiento humano, convirtiendo el desastre en una oportunidad para fortalecer la salud mental de las personas.

En esa línea, frente a la emergencia por efecto del Fenómeno del Niño Costero, en el año 2017, se implementaron estrategias de salud mental comunitaria, basadas en la participación de las familias y la comunidad, en el marco de la Ley

N° 30947, Ley de Salud Mental (MINSA, 2019), estableciendo la necesidad de investigar los factores que influyeron en dicha intervención, frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017, así mismo y desde la pertinencia de la Gerencia Social, se buscó analizar las acciones implementadas y las percepciones de sus principales actores, para proponer medidas de mejora y su posible réplica, en futuras emergencias.

De esta manera, el presente estudio se propuso establecer de qué manera la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este en el distrito de Lurigancho - Chosica, implementó en el marco del “Fenómeno del Niño Costero”, en el año 2017, una estrategia de intervención de Salud Mental Comunitaria, que reconoce la capacidad de decisión y participación de las personas involucrando a sus referentes familiares y comunales inmediatos, en su tratamiento y recuperación, que se sustenta en formas de coordinación y alianzas intersectoriales, organizaciones comunales y otras instancias sociales, con personal interdisciplinario y participación de diversos actores.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho - Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017, analizando las acciones implementadas, la percepción que tienen los principales actores y su participación, para proponer medidas de mejora que fortalezcan su implementación y su posible réplica en otros ámbitos de intervención.

Objetivos Específicos

1.- Determinar sí las acciones implementadas, a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicadas por la Dirección de Redes Integradas de Salud de

Lima Este en el Distrito de Lurigancho - Chosica, lograron atender los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017.

2.- Conocer y analizar la percepción que tienen los principales actores sobre las acciones de coordinación y alianzas estratégicas, implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho - Chosica.

3.- Identificar si las acciones implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho - Chosica, promovieron la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: CARACTERÍSTICAS DEL DISTRITO LURIGANCHO-CHOSICA

De acuerdo a una investigación publicada por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos “El Niño Costero y la Ocupación del Territorio Cuenca del Río Rimac. Caso Chosica” (2019)³, el distrito de Lurigancho – Chosica fue creado en el año 1825 y ratificado por el parlamento en 1857, en la que se traslada la capital del distrito a Chosica (PDCL, 2013-2025). Su capital se asienta en el curso inferior del río Rímac y la mayor parte de su territorio se localiza en la margen derecha del río.

La mencionada investigación señala que “el emplazamiento urbano de Chosica se da sobre tres niveles de terrazas de depósito fluvial y aluvial relativamente estable en ambas márgenes y es una zona angosta de valle rodeada de cerros encañonados, sometidos a continuos procesos de erosión y sedimentación” (Comeca, M. y otros, 2019). El mencionado documento resume la evolución demográfica de Chosica de la siguiente manera:

“Según datos censales del INEI para 1940, Chosica contaba con 4420 habitantes (...) a partir de la década de los 70 empieza el poblamiento masivo en áreas aledañas a las quebradas, alcanzando 47 873 pobladores en 1972, época cuando se produce un silencio de huaicos por lo que la población subestima los peligros y empieza a ocupar incluso el cauce natural de las quebradas (...) según el censo de 2007, la población del distrito asciende a 169 359 habitantes y la población proyectada al 2015 era de 218 976 personas (INEI). En la actualidad sigue el incremento de la población en áreas que presentan un alto grado de vulnerabilidad, donde han construido sus viviendas” (Comeca, M., 2019: 110).

³ COMECA, Miguel Ángel y otros

2019 *El Niño Costero y la Ocupación del Territorio Cuenca del Río Rimac. Caso Chosica*. Investigaciones Sociales. Vol. 22 N° 41, pp. 105 – 120 (2019) UNMSM/ IIHS. Lima, Perú. En: DOI: <https://doi.org/10.15381/is.v22i41.16769>

En la actualidad, la población de Lurigancho – Chosica es de 240, 814 habitantes, con una tasa de crecimiento anual en el período intercensal (2007-2017) de 3.4 (KNOW – PUCP, 2019: 2).

Ubicación Geográfica

MAPA N° 1
UBICACIÓN GEOGRÁFICA

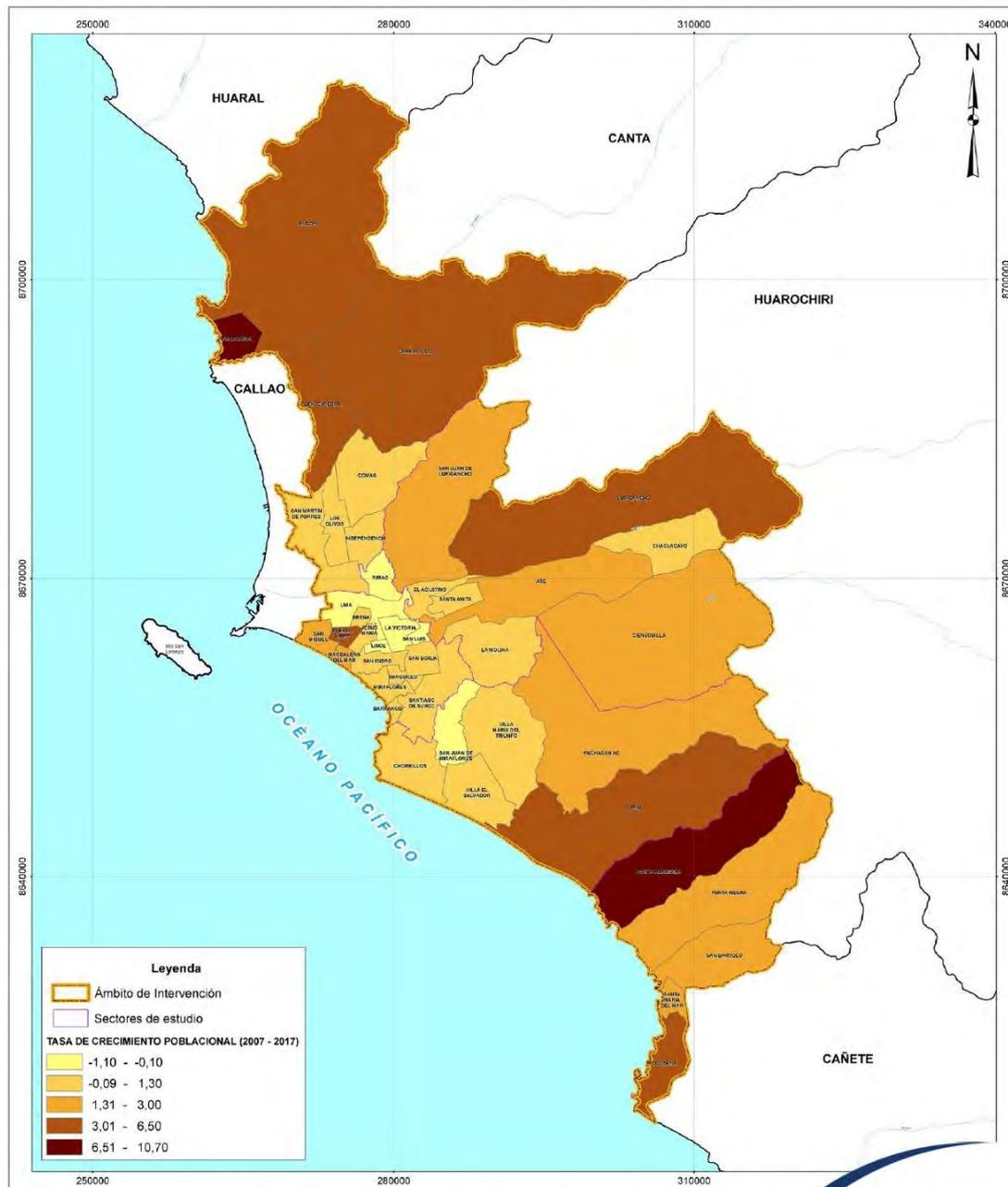


Fuente: INEI, 2018. Compendio estadístico – Provincia de Lima.

Según el Plan Metropolitano – PLANMET. Lima al 2040, Lurigancho se encuentra dentro de los distritos con mayor dinamismo con relación a la Tasa de crecimiento poblacional.

MAPA N° 2 CRECIMIENTO POBLACIONAL

MAPA: TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL



Fuente: Elaborado por el Equipo Técnico del PlanMet 2040.

Fuente: Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Municipalidad de Lima & Instituto Metropolitano de Planificación (sf).

Educación

En el Censo Nacional 2017, Lurigancho es uno de los distritos con la mayor tasa de analfabetismo. Al respecto, el Censo Nacional 2017⁴ reporta que:

“Los distritos de Cieneguilla y Lurigancho presentan la tasa más alta de analfabetismo (3,0% cada uno), le sigue Pachacámac (2,9%) y Puente Piedra (2,6%); mientras que los distritos de Miraflores y San Isidro registran la tasa más baja (0,3%). Comparando los censos 2007 y 2017, el distrito de Lima registra la mayor reducción de población analfabeta (528 personas); mientras que en el distrito de Santa María del Mar solo disminuye en una (1) persona analfabeta. Por el contrario, el distrito de San Juan de Lurigancho muestra el mayor incremento de personas analfabetas en 2 mil 566” (Censo Nacional, 2017:36).

En cuanto a la población que no alcanzó a estudiar algún nivel de educación, el mayor porcentaje se encuentra en los distritos de Cieneguilla y Lurigancho (2.3% cada uno), le siguen Pachacamac (2.2%) y Puente Piedra (2.15%); mientras que los distritos de San Isidro y Miraflores (0.2% cada uno), así como Pueblo Libre y Jesús María (0.3% cada uno) presentan los porcentajes más bajos (Censo Nacional, 2017: 32).

Características Socio económicas

De acuerdo al documento “Análisis Situacional de la Salud del Distrito de Lurigancho Chosica” (DIRIS Lima Este, 2019)⁵, el índice de desarrollo humano en el distrito de Lurigancho – Chosica es 0,6% menor que la provincia de Lima. Así mismo, al realizarse una comparación entre 1993, 2007 y 2013, se encontró que el 23 % de los hogares carecen de una necesidad básica. Por otro lado, el Compendio Estadístico de la Provincia de Lima del año 2017, señala que el rango superior de pobreza es de 36,9%.

⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – INEI
2018 Censo Nacional 2017. Provincia de Lima. Resultados Definitivos.

⁵ DIRIS LIMA ESTE
2019 “Análisis Situacional de la Salud del Distrito de Lurigancho Chosica”. Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este.

Determinantes Sociales de la Salud

En el documento del análisis situacional de la salud de la DIRIS Lima Este, mencionado anteriormente, se reporta un estudio de las percepciones sobre los determinantes sociales de la salud, considerando cinco determinantes: i) incremento de la delincuencia ii) contaminación del río Rímac y calles iii) acceso al agua potable iv) huaycos y lluvias y v) presencia de mototaxis en las avenidas y carreteras y pistas del mal estado (DIRIS Lima Este, 2019)

En dicho estudio la mayoría de los entrevistados, promotores de salud, representantes de los comedores populares y madres de familia, coincidieron que la delincuencia es uno de los principales factores de miedo y percepción de desprotección. Igualmente, otro determinante social de la salud, expresado por los entrevistados, se refiere a la presencia de los huaycos y lluvias, ya que grupos de delincuentes roban las rejas, pernos y aros que son elementos claves de las mallas de protección contra los huaycos.

Salud Mental

Castillo y Cutipé (2019)⁶ en la publicación sobre los resultados iniciales y la sostenibilidad de los servicios de Salud Mental, señalan que, en el Perú, se estima una de cada cinco personas, han presentado algún trastorno de salud mental, sin embargo, solo la quinta parte de ellos accede a los establecimientos de salud.

En relación a la salud mental, es importante considerar la relación que existe con los estilos de vida y algunas condiciones de salud como la Obesidad, entre otros, que, en el Perú, de al INS afecta al 42,4% de jóvenes y 23, % de adolescentes, entre otros grupos etarios, que afectan la autoestima y otros aspectos emocionales de las personas.

Así mismo, en las zonas de Lurigancho, los huaycos y las inundaciones, son los riesgos más relevantes que además de provocar daños materiales tienen un impacto psicológico en la población, provocados por la vivencia del huayco, la inminencia de la muerte, la desesperación y tristeza, incertidumbre al haber

⁶ Ibid.

perdido sus bienes y su hogar, secuelas en la salud o la pérdida de alguno de sus familiares (DIRIS Lima Este, 2019)⁷.

La situación de la salud mental, es una información relevante para el marco contextual de la presente tesis, en la medida que revela la desigualdad en el acceso, la prevención y la atención de los servicios de salud mental, como una condición estructural previa a los sucesos de emergencias y desastres. A esta condición, que forma parte de los determinantes sociales de la salud, se agrega la experiencia de las inundaciones y los huaycos que tuvieron una alta intensidad en el caso del Fenómeno del Niño del año 2017, con un impacto psicológico considerable.

En este contexto, la estrategia de la Salud Mental Comunitaria, además de ser una respuesta al efecto traumático y postraumático de la emergencia vivida, involucra a las propias personas afectadas para que las familias y la comunidad brinden el soporte, la organización y los vínculos afectivos y sociales que pueden ayudar a las personas afectadas a superar los efectos emocionales de la pérdida de sus referentes que más allá de su valor material representan los elementos de su inclusión y pertenencia a una comunidad y sociedad.

2. 2 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Al revisar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, que tienen un impacto sobre la salud mental, es posible encontrar el Objetivo 3 que señala: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas, el mismo que establece lo siguiente:

“Para el 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (3.4). Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol (3.5). Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra

⁷ Ibidem

los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos (3.8). Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial (3.d)” (Asamblea General de la ONU, 2015).

En la misma línea, en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013).

El ODS 3, se conecta directamente con el tema de la tesis relacionada con la estrategia de salud mental comunitaria frente a los efectos del Fenómeno del Niño, porque establece por un lado el marco de las normas internacionales que suscribe el Estado Peruano y casi todas las naciones del mundo, respecto de los derechos fundamentales asociados al desarrollo de las personas como individuos y como sociedad, Igualmente, el ODS 3 se refiere de manera específica a la prevención, la cobertura sanitaria universal y la gestión de riesgos que se relaciona con la estrategia de Salud Mental Comunitaria basada en la participación y las alianzas con los actores sociales.

En el marco de las normas nacionales, el Ministerio de Salud, complementa dicha definición, referida a la “salud mental”, como:

“a) Un estado dinámico de bienestar subjetivo; b) Una búsqueda permanente de equilibrio que se puede observar en la conducta de la persona (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones, valores); c) La capacidad de poder establecer relaciones humanas considerando como iguales y con los mismos derechos a personas de diferentes generación, género, etnia y grupo social; d) La participación de forma creativa y transformadora del medio cultural y social, buscando condiciones favorables para el desarrollo integral, personal y colectivo” (MINSa, 2007).

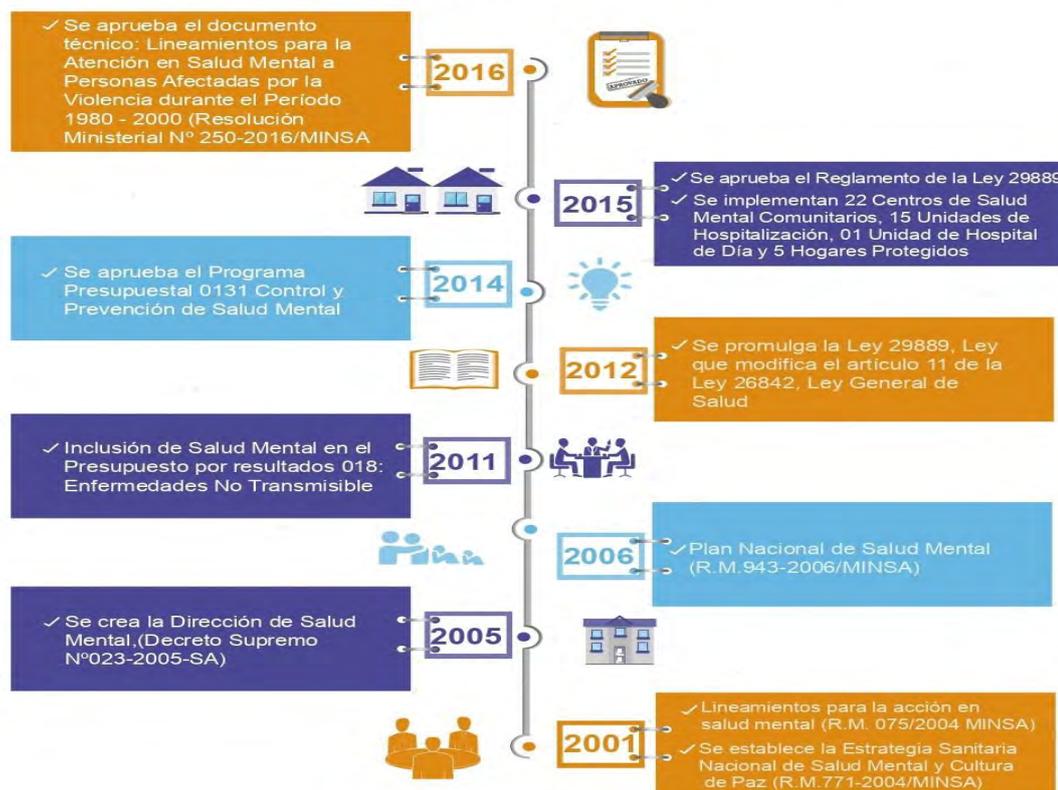
La Estrategia de Salud Mental Comunitaria

Efectivamente, tal como se aprecia en la línea de tiempo que se describe a continuación la estrategia de Salud Mental Comunitaria, fue estableciendo de manera gradual y progresiva las normas y herramientas para su implementación. En esa línea, el MINSA, a través de la Ley N° 29889 y su Reglamento, inició esta reforma mediante el Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental, poniendo el centro de la atención y la continuidad en la comunidad y las familias, con un enfoque territorial (MINSA, 2016).

GRAFICO N° 1

LÍNEA DE TIEMPO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL

LÍNEA DEL TIEMPO DE LOS ACONTECIMIENTOS MÁS IMPORTANTES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL



Fuente: Boletín de Gestión. MINSA, 2016

Esta transformación progresiva del abordaje en salud mental, según se constata en el gráfico anterior, fue influyendo positivamente en el acceso a los servicios que se ocupan de la salud emocional de las personas.

En tal sentido, y aun con las brechas por superar en este terreno, el trabajo de Castillo y Cutipé (2019), refiere que en el año 2013 el Seguro Integral de Salud (SIS) aprobó la cobertura financiera de los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través de terapias individuales, grupales y familiares.

Finalmente, en relación a las situaciones de emergencias y desastres, el Ministerio de Salud, con la asistencia técnica de las autoridades competentes en materia de Gestión de Riesgos de Desastres (GRD) en el Perú, aprobó la Directiva Sanitaria para la conformación y funcionamiento de las brigadas de salud mental, que tiene como objetivo “establecer los procedimientos técnicos para la conformación y funcionamiento de las brigadas de salud mental en situaciones de emergencia y desastre” (Directiva Sanitaria N° 076 – MINSAL/2017/DGIESP).

Dicha norma, establece la conformación de la Brigada Nacional en Salud Mental, a cargo del MINSAL, y de las Brigadas Regionales de Salud Mental, a cargo de las DIRESA, GERESA o DISA, además de la conformación de las brigadas comunitarias en salud, integradas por personas de las comunidades, capacitadas y de reconocida experiencia para utilizar adecuadamente los recursos para reducir los efectos de las emergencias o desastres en salud.

El mencionado documento, junto con la Guía de Intervención Integral de Salud Mental para prestadores de Servicios de Salud en Situaciones de Emergencias y Desastres (MINSAL, 2009)⁸, establecen las pautas y los protocolos para la atención de casos de trastornos producidos en emergencias o desastres, de acuerdo a cada grupo etario, y por niveles de intervención.

⁸ MINSAL

2009 *Guía de intervención integral de salud mental para prestadores de servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres*. Primera edición. Lima: MINSAL. Disponible en: http://bvs.minsal.gob.pe/local/PROMOCION/776_PROM35.pdf

El Modelo Conceptual de la Salud Mental Comunitaria

Tal como se señala en el marco contextual del presente estudio, el Ministerio de Salud, ha ido estableciendo progresivamente los marcos normativos y las herramientas de la estrategia de Salud Mental Comunitaria, la misma que sustituye el abordaje individual de las personas por una perspectiva que involucra a las familias y el entorno inmediato,

En ese sentido, los cambios mencionados arribaron en un modelo conceptual de la Salud Mental Comunitaria, el mismo que busca integrar, dentro de la prestación de servicios en salud mental, a miembros de la comunidad y centros de atención primaria asentados en el entorno local, fomentando la corresponsabilidad y los derechos humanos de las personas, además de respetar los componentes culturales de las comunidades.

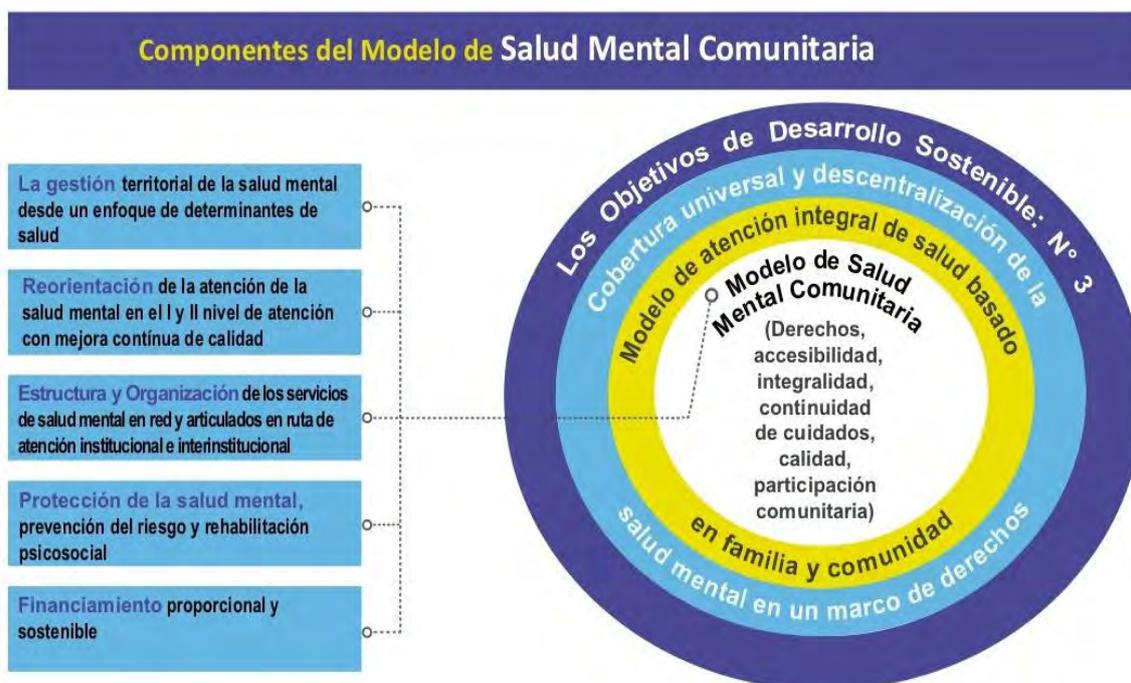
A continuación, se describe el modelo conceptual de la Salud Mental Comunitaria, en el cual la salud mental se sitúa en el primer nivel de atención para estar más cerca de la población y sus necesidades, incorpora un conjunto de servicios especializados, con un funcionamiento en red, predominan los servicios ambulatorios que reemplazan la tradicional hospitalización optando por el soporte familiar y comunal y el manejo especializado de los trastornos emocionales moderados y severos que lo requieren (Salud Mental Comunitaria. Boletín de Gestión. MINSA, 2016)

Este modelo comprende los siguientes componentes:

“La Gestión Territorial, considerando las características del ámbito social y cultural desde un enfoque de los determinantes sociales de la salud; la Reorientación de los Niveles de Atención, especialmente en los niveles I y II de salud, con una perspectiva de mejora continua de la calidad; la Articulación de los Servicios, promoviendo que la organización y funcionamiento de los servicios funcione en red estableciendo una ruta de atención según cada caso; la Protección de la Salud Mental, impulsando la prevención del riesgo y la rehabilitación psicosocial y el Financiamiento, se le asignan recursos para su implementación” (MINSA, 2016).

GRÁFICO N° 2

MODELO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA



Fuente: Boletín de Gestión. MINSA, 2016⁹

En tal sentido, desde la perspectiva de la Gestión Territorial del modelo descrito, es importante retomar los hallazgos del estudio realizado por la DIRIS Lima Este (2019) sobre los determinantes sociales de la salud, que identifican que los eventos asociados a riesgos y desastres, como las lluvias y huaicos, son factores desencadenantes de estrés, ansiedad y miedo, por las implicancias materiales y personales de los mismos.

En ese contexto, la estrategia de Salud Mental Comunitaria, activa por un lado las brigadas de profesionales de la salud mental, las intervenciones basadas en

⁹ MINSA

2016 *Salud mental comunitaria. Nuevo Modelo de Atención*. Boletín de Gestión. Año 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>

los primeros auxilios psicológicos o el tratamiento especializado, según los casos aplicando las técnicas y procedimientos de las guías y protocolos propios de un modelo de respuesta que incorpora a las familias y la comunidad, como la unidad de intervención, basada en los conceptos de la participación y la gestión participativa que articula las acciones del modelo de Salud Mental Comunitaria.

2.3 ENFOQUES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Para los fines del presente estudio, recogemos los enfoques de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria: Enfoque de Derechos Humanos, Enfoque Psicosocial, Enfoque Intercultural y el Enfoque de Género.

Enfoque de Derechos Humanos

El Plan Nacional de Derechos Humanos 2018 – 2021¹⁰, señala que:

“Los derechos humanos tienen su fundamento en la dignidad humana, tal como lo sostiene el artículo 1 de nuestra Constitución Política: “la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”. Esta declaración irradia a todos los ámbitos de actuación estatal, social e individual: todo ser humano es un fin en sí mismo y nunca un simple medio, y por tanto es en esencia igual a los demás, libre de construir su destino sobre la base de sus convicciones y creencias personales o comunitarias. Ese marco constitucional se corresponde con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo preámbulo señala que “todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y con la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre” (Plan Nacional de Derechos Humanos, 2018:16).

En esa línea, el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), sobre la base de los consensos y acuerdos reconocidos por la mayoría de los Estados del mundo, ha desarrollado una propuesta metodológica y conceptual que asocia el enfoque de los derechos humanos, con el desarrollo humano y las políticas sociales. Por ello, recogemos esta perspectiva el Enfoque Basado en

¹⁰ MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS
2018 *Plan Nacional de Derechos Humanos 2018 – 2021*. Lima.

Derechos Humanos (EBDH) como sustento del modelo de Salud Mental Comunitaria que hace lo propio en sus normas y documentos técnicos, como el nuevo modelo de atención de la Salud Mental Comunitaria, mencionada anteriormente.

Por ello, desde la perspectiva señalada el enfoque de los derechos humanos, se propone como una unificación de criterios que permiten promover un desarrollo humano orientado a la repotenciación de las capacidades, pero desde una perspectiva de satisfacción de los derechos. Lo que implica relacionar los derechos humanos con la pobreza y el desarrollo.

Al respecto, el documento sobre políticas públicas con un enfoque de derechos humanos del Perú, destaca que, de acuerdo a la PNUD, la pobreza puede definirse “como una situación que impide al individuo o a la familia satisfacer una o más necesidades básicas y participar plenamente en la vida social” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990)¹¹.

Un elemento central del presente análisis se refiere a los principios del EBDH (Enfoque Basado en los Derechos Humanos) que de acuerdo al documento mencionado son los siguientes:

“Igualdad y no discriminación, que implica que cualquier intervención no puede aplicarse o excluir arbitrariamente a diferentes beneficiarios (...) Participación e inclusión, que supone la participación plena de los beneficiarios desde el diseño mismo de cualquier intervención (...) Acceso a la información, que implica incorporar prácticas de transparencia y rendición de cuentas lo que se articula con una perspectiva etnolingüística que respeta y valora la diversidad lingüística y cultural de las personas, así como otras diversidades como la discapacidad, entre otros Acceso a la justicia, que implica el acceso a mecanismos de reclamación lo que supone la existencia de instancias de vigilancia para garantizar el acceso a estos servicios” (PNUD, 1990).

¹¹ PNUD
1990 Informe sobre el Desarrollo Humano.

De manera complementaria la Estrategia de Acción Social señala:

“Este enfoque identifica a los titulares de derechos y aquellos a lo que tienen derecho, y a los correspondientes titulares de deberes y las obligaciones que les incumben. Así mismo, procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones. El Estado está obligado en todo su accionar a garantizar, respetar y cumplir tanto los derechos humanos individuales como los derechos colectivos de los pueblos indígenas” (Decreto Supremo N° 003 - 2016 - MIDIS).

El enfoque de Derechos Humanos recoge un conjunto importante de principios que se articulan de manera importante con la presente tesis referida a la Salud Mental Comunitaria en un contexto de emergencias y desastres. En primer lugar, el principio de igualdad y no discriminación, señala que en una situación de crisis humanitaria o de emergencias, todas las personas sin exclusión alguna, tienen derecho a una salud mental plena e integral, al cuidado, protección y promoción de relaciones humanas sanas y a la incorporación de las poblaciones más vulnerables, las mujeres y las niñas, las personas discapacitadas y los adultos mayores, entre otros, que son los más vulnerables en una emergencia.

En segundo lugar, el principio de la participación e inclusión, establece que los propios actores sociales, afectados de manera individual, familiar o comunal, tienen el derecho de intervenir en su propio proceso de recuperación emocional, de asistir a otros y de vigilar y participar en la evaluación de los resultados de las intervenciones en Salud Mental Comunitaria.

Enfoque Psicosocial

En el documento elaborado por el Grupo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos¹², se señala que: “el enfoque psicosocial está

¹² COMISIÓN EUROPEA- PROGRAMA AMARES – MINSa
2006 *Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora de Derechos Humanos – Lima: Ministerio de Salud; Proyecto AMARES.

estrechamente vinculado con los procesos de cambio social, político, desde una perspectiva que sitúa lo individual en una dimensión social y comunitaria” (Comisión Europea – Programa AMARES – MINSA, 2016).

Desde esta perspectiva, la comprensión de la salud mental comunitaria, como lo señala el documento mencionado, va más allá de los procesos emocionales y mentales, y se asocia con el concepto de desarrollo humano que implica una expansión constante de las capacidades individuales y colectivas de las personas. Por lo tanto, supera la perspectiva del desarrollo como la satisfacción de las necesidades básicas, y responde a un objetivo principal que consiste en el enriquecimiento de la vida humana.

Uno de los aspectos más relevante de este enfoque es que aporta una dimensión subjetiva a los procesos sociales y viceversa, de tal manera que permite comprender de una forma integral los procesos de cambio social, las relaciones interpersonales y grupales, entre otros.

Respecto del abordaje clínico de la salud mental, el enfoque psicosocial interroga y cuestiona las posturas que individualizan la atención y colocan la responsabilidad en una persona individual de los problemas que la afectan sin considerar los factores que están asociados al entorno, las acciones y decisiones de determinados grupos y el propio Estado y su influencia en la salud mental de las personas.

De manera complementaria, en la “Revista Reflexión e Investigación Educativa” (2018)¹³ se señala que el enfoque psicosocial se relaciona con la aspiración de superar el dualismo de las ciencias modernas que establecen la realidad socio cultural y la realidad psicológica de las personas, como dos dimensiones separadas o desarticuladas.

El enfoque psicosocial, aporta uno de elementos centrales del modelo de la Salud Mental Comunitaria, al reconocer por un lado la dimensión subjetiva de los

¹³ QUINTANA, I. y otros

2018 *Enfoque Psicosocial. Concepto y Aplicabilidad en la Formación Profesional de Estudiantes de Psicología*. Revista Reflexión e Investigación Educativa. Vol. 1, N° 2/ diciembre 2018.

procesos sociales, y al incorporar la dimensión social y del entorno en el que se desenvuelven y se relacionan las personas.

Por otro lado, este enfoque, señala que la comprensión del impacto en la salud mental por efecto de las emergencias y desastres, y por lo tanto la respuesta y la estrategia, se ubica en una visión holística, en donde las personas individuales construyen y reparan su salud mental, en el marco de relaciones y comunicaciones interpersonales, comunitarias y sociales. Por ello, el modelo de la Salud Mental Comunitaria, busca involucrar, en situaciones y emergencias a miembros de la comunidad, promoviendo y fomentando la corresponsabilidad y los derechos de las personas.

Enfoque Intercultural

Fidel Tubino, investigador y filósofo de la Pontificia Universidad Católica del Perú, al reflexionar sobre la denominada Interculturalidad Crítica como Proyecto¹⁴, señala que: “la interculturalidad, más que una utopía abstracta se refiere a un proyecto de sociedad viable fundamentado en una *democracia radical*. Desde esta perspectiva la interculturalidad es sinónimo de un proceso de construcción de ciudadanías interculturales y por lo tanto de democracias interculturales” (Tubino, F. s/f: 2).

En ese sentido, subraya que la interculturalidad es sobre todo una oferta ética y política de una democracia que se caracteriza por ser inclusiva y a la vez alternativa a lo que Tubino considera como la tendencia occidentalizante de la modernización social.

Así mismo, el autor señala que “los filósofos que han reflexionado sobre el tema nos recuerdan que no hay que confundir la interculturalidad ni con el llamado nostálgico a un pasado idealizado que nunca existió (la utopía arcaica ni con el rechazo maniqueo y en bloque a la Modernidad Occidental” (Tubino, F., s/f:2).

¹⁴ TUBINO, F
s/f *La Interculturalidad Crítica como Proyecto. Tomado de:*
<http://www.oalagustinos.org/edudoc/LAINTERCULTURALIDADCR%C3%8DTICACOMOPROYECTO%C3%89TICO.pdf>

Desde la perspectiva de las políticas nacionales, la Política Nacional de Cultura al 2030 (MINCU, 2020) señala que:

“El enfoque Intercultural, establece el reconocimiento de las diferencias culturales como uno de los pilares de la construcción de una sociedad democrática, fundamentada en el establecimiento de relaciones de equidad e igualdad de oportunidades y derechos. El enfoque intercultural en la gestión pública es el proceso de adaptación de las diferentes instituciones, a nivel normativo, administrativo y del servicio civil del Estado para atender de manera pertinente las necesidades culturales y sociales de los diferentes grupos étnico-culturales del país” (MINCU, 2020: 134).

De manera complementaria, en el documento publicado por el MINSA (2019) sobre la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención, se propone una relación entre interculturalidad y salud, citando un documento técnico del año 2008, que señala lo siguiente:

“Interculturalidad en Salud, es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene de entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas. Ello no implica privar a las poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o salvar la vida” (MINSA 2008:15).¹⁵

Finalmente, para establecer una relación entre el enfoque intercultural, es necesario recurrir a la Política Nacional de Cultura al 2030, que señala que el problema público respecto de la interculturalidad en nuestro país, es la poca valoración de la diversidad.

En ese sentido, la presente tesis aboga por un modelo de Salud Mental Comunitaria, que, en situaciones de emergencias y desastres, se base y defina

¹⁵ MINSA

2008 *Documento Técnico: Adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva*. Lima.

todas sus intervenciones a partir de una valoración y reconocimiento de la diversidad cultural. Ello implica, reconocer cosmovisiones y sistemas de creencias distintos a los que conocen o practican los propios operadores de salud mental, frente a poblaciones como las de Lurigancho – Chosica que están conformados por migrantes de diversos lugares y culturas del país.

Enfoque de Género

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) establece como los referentes para cualquier tipo de programas, políticas, estrategias o intervenciones que se sustenten en un enfoque de derechos y por lo tanto en la igualdad de género.

Al respecto, el MIMP señala que: “el enfoque de género es una herramienta analítica y metodológica que implica una dimensión política que propone y busca contribuir a la construcción de relaciones de género equitativas y justas, que parte del reconocimiento de desigualdades y discriminaciones, originadas por la etnia, origen social, orientación sexual entre otros” (MIMP, 2012).

El Ministerio de Cultura en su política al 2030, señala que: “una forma de mirar y analizar la realidad identificando roles y tareas que realizan los hombres y las mujeres en una sociedad; así como las asimetrías de poder e inequidades que existen entre ellos” (Política Nacional de Cultura al 2030, 2020: 134).

Igualmente, Martha Lamas (2021)¹⁶ en su trabajo sobre la perspectiva de género, considera que este enfoque abre un conjunto de nuevas posibilidades a los seres humanos en las dimensiones vocacionales y profesionales, pero sobre todo introduce una forma de comprensión en la cual tener un cuerpo de mujer o de hombre no significa automáticamente tener determinadas habilidades, deseos, ni lleva a realizar “naturalmente” ciertas tareas, ni ejercer determinados roles predeterminados en la sociedad.

¹⁶ LAMAS, Martha

2021 *La perspectiva de género*. Recuperado el 28 de noviembre de 2021 de <http://www.obela.org/system/files/La%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20-%20Marta%20Lamas.pdf>

El enfoque de género está estrechamente vinculado a la igualdad de género, al respecto ONU Mujeres señala:

“El derecho a la igualdad y a la no discriminación se encuentra en la base del sistema internacional de protección de los derechos humanos. Se trata de un principio consagrado en distintos instrumentos internacionales. Así, por ejemplo, en el preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas (1945) se reafirma “la fe en los derechos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas”, y en el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (ONU Mujeres 2015: 1).

Desde esta perspectiva, que propone la organización ONU Mujeres, son los Estados los responsables de garantizar la vigencia y cumplimiento de la igualdad de género, y si bien los Estados están obligados a sentar las bases legales para que exista una igualdad real entre mujeres y hombres en todos los ámbitos- igualdad sustantiva- también es necesario que haya una igualdad de resultados.

En ese sentido, en la investigación se destaca la relevancia de la participación de las mujeres lideresas de la comunidad en la respuesta inmediata y la importancia de recoger sus opiniones y percepciones, desde sus necesidades y demandas diferenciadas, porque además de damnificadas y cuidadoras de sus propias familias, se activaron para la comunidad y los socios en todas las acciones desarrolladas.

La participación de las lideresas de la comunidad es fundamental, si se toma en cuenta que las mujeres y las niñas, son más vulnerables en un contexto de emergencias y desastres, en donde se ha registrado el aumento de situaciones de violencia física, violencia sexual y psicológica, siendo necesario involucrar su participación en todas las intervenciones de Salud Mental Comunitaria.

2.4 CONCEPTOS CLAVES

La Participación

Para establecer los conceptos del marco teórico de la investigación partimos de la relación entre las libertades humanas y el desarrollo humano y entre este y la participación como el elemento articulador de las políticas sociales orientadas a construir sociedades más justas, democráticas e inclusivas.

Desde la perspectiva de Bernardo Kliksberg¹⁷ es posible establecer una relación fundamental entre ética y participación vinculada a las libertades de las personas y sus derechos. Plantea un modelo de desarrollo integrado que contemple las cuatro formas de capital existente: el capital natural, el capital construido, el capital humano y el capital social. En esa línea Laura Mota, destaca que:

“El capital social y la cultura son palancas formidables de desarrollo si se crean condiciones favorables”; en este sentido, menciona —sin desconocer que hay muchas más experiencias de este tipo— el caso de Villa El Salvador, Perú, las ferias de Consumo Popular de Venezuela y a la ya tan citada experiencia del presupuesto municipal participativo de Porto Alegre. En los tres casos si bien se han atendido aspectos muy diversos, existen rasgos comunes: 1. las estrategias utilizadas se han basado en la movilización de formas de capital no tradicional; 2. se ha adoptado un diseño organizacional que tiene como base la participación de la comunidad; 3. tras la movilización del capital social y la cultura, y de los diseños de gestión abiertos y democráticos, hubo una concepción en términos de valores, la misma que guió los comportamientos y la dirección de esfuerzos” (Mota, L., 2005: 54 y 55).

En esa línea, asumimos en la presente investigación la afirmación del PNUD (2000), citada en el Curso de Enfoques y Estrategias para la Participación

¹⁷ MOTA, Laura

2005 *Reseña de más ética, más desarrollo de Bernardo Kliksberg*. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales. México.

Comunitaria¹⁸, que señala que los derechos humanos y el desarrollo humano comparten un propósito común, referido a garantizar la libertad, el bienestar y la dignidad de cada ser humano.

“Desde este enfoque, se busca superar las miradas y prácticas que privilegian la identificación y satisfacción de necesidades reemplazándolas por una mirada que reconoce que toda persona es titular de unos derechos humanos que le son inherentes. De esta manera, el objetivo del desarrollo cambia y ya no es la satisfacción de necesidades sino la realización de los derechos de las personas, lo que supone una responsabilidad del Estado y de la sociedad en su conjunto. Sobre la participación, NNUU señala que todas las personas y grupos sociales tienen derecho a una participación activa, libre y significativa en el desarrollo. El enfoque de derechos concibe la participación como un fin en sí mismo, y como un medio para exigir a los titulares de obligaciones el cumplimiento de sus responsabilidades. Sobre el empoderamiento, el enfoque de derechos concibe a las personas como sujetos de su propio desarrollo, más que como beneficiarias pasivas de las intervenciones de desarrollo” (PUCP, 2013: 47).

Al respecto, Martha Nussbaum¹⁹, propone un nuevo enfoque del desarrollo humano, rechazando la postura que considera que el PBI es suficiente para evaluar la calidad de vida de las naciones y de las personas. En esta nueva visión de desarrollo humano, Nussbaum en su libro “Las mujeres y el desarrollo humano” (2002) presenta una lista de diez capacidades que:

¹⁸ PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ (PUCP)

2013 *Enfoques y Estrategias para la Participación Comunitaria*. Tema 2. Escuela de Posgrado. Maestría en Gerencia Social.

<http://posgrado.pucp.edu.pe/maestria/gerencia-social/>

¹⁹ GÓMEZ, Ángel

2013 *Ética del Desarrollo Humano según el Enfoque de las Capacidades de Martha Nussbaum*. Volumen 12 N° 1 Enero – Diciembre 2013. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. <https://doi.org/10.33539/phai.v12i1.238>

“Se pueden comprender como metas generales del desarrollo humano: **1) Vida:** apunta a garantizar una extensión de la vida y evitar la muerte prematura **2) Salud corporal:** que incluye la vida reproductiva, una adecuada alimentación y disponer de un lugar adecuado dónde vivir **3) Integridad física:** que implica contar con libertad de movimiento y seguridad frente a todo tipo de agresiones (asaltos, violencia sexual y familiar). Incluye oportunidades para la satisfacción sexual y la elección en temas reproductivos **4) Sentidos, imaginación y pensamiento:** que incluye las capacidades de imaginar, sentir y pensar a un modo “auténticamente humano”. Nussbaum señala que ese “modo” solo se cultiva con una adecuada educación y alfabetización que además incluya el entrenamiento científico y matemático; el uso de la imaginación en la producción obras literarias o religiosas, y de expresión político, cultural o del arte. **5) Emociones:** que se refiere a la capacidad de establecer y sostener relaciones afectivas, amar aquellos que nos aman o nos protegen, y dolernos por su ausencia, siendo capaces de experimentar en estas relaciones ansia, gratitud o enfado justificado. Y sobre todo tener la oportunidad de desarrollar nuestras emociones libres de temores, abusos o descuidos. **6) Razón práctica:** que es la capacidad para formarse una concepción del bien, construir valores éticos y reflexionar críticamente sobre los planes de vida (libertad de conciencia y de observancia religiosa)” (Nussbaum, M.,2022).

Así mismo, Nussbaum considera como parte de las capacidades mencionadas las siguientes:

“7) Afiliación: capacidades que están vinculadas con los derechos de participación y convivencia ciudadana. Incluye a) La convivencia en reconocimiento de los otros; tener capacidad de empatía y de compromiso en diversas interacciones sociales. Ser capaz de imaginar la situación del otro (esta capacidad implica proteger las instituciones que construyen y promueven formas de afiliación, la libertad de expresión y la asociación pública; b) Que existan las condiciones y las bases sociales para el auto respeto y la no humillación. Ser tratado como una persona dotada de dignidad e igual valor ante los demás. Lo que supone establecer normas contrarias a cualquier forma de discriminación por razón de raza,

orientación sexual, etnia, entre otros. 8) Otras especies: que implica promover y convivir en un entorno ecológico respetuoso de las plantas, los animales y el medio natural 9) Juego: que está vinculado al derecho de ser feliz e implica reír, jugar y disfrutar de las actividades recreativas 10) Control sobre el propio entorno: que tiene dos dimensiones: a) Político: que es la capacidad de poder participar de manera efectiva en las elecciones políticas, así como ejercer el derecho a la participación política y a la libertad de expresión y de asociación; b) Material: que es la oportunidad real de tener acceso a poseer bienes -referido a la tierra o inmuebles- tener derecho a buscar trabajo en igualdad de oportunidades; no sufrir persecuciones ni detenciones sin garantías; ejercer las relaciones de reconocimiento mutuo entre trabajadores” (Nussbaum, M.,2022).

La Gestión de la Participación en la Salud Mental Comunitaria

Para continuar con los conceptos que forman parte del marco teórico, es importante señalar que la presente investigación, se sustenta, entre otros, en la Participación como una estrategia de gestión asociada a la Salud Mental Comunitaria, que sitúa a la persona humana, su desarrollo y sus derechos a participar del mismo como el eje central de todas las intervenciones, acciones o política para mejorar su bienestar y calidad de vida.

En ese sentido, es especialmente importante analizar los aportes de Martha Nussbaum, señalados anteriormente en el enfoque de las capacidades de la autora en campo de dos capacidades: i) la afiliación y ii) el control sobre el propio entorno.

Sobre la afiliación, cabe destacar al derecho de las personas a desarrollar sus posibilidades y oportunidades de relacionamiento y asociación, para construir, acompañar y participar de los procesos que afectan todas las dimensiones de su desarrollo humano, en particular cuando se trata de situaciones de emergencias y desastres, en los cuales los propios actores sociales asumen un rol colaborativo en la atención y recuperación material, física y emocional.

Acerca del control sobre el propio entorno, es importante subrayar la dimensión política que señala Nussbaum y que se refiere además de la ciudadanía electoral a los derechos vinculados con la libertad de expresión y asociación, lo que implica analizar la participación y la gestión participativa como una postura que reconoce por un lado las libertades humanas y por otro lado la intencionalidad de las intervenciones por el lado de una repuesta a los derechos y no por una satisfacción de necesidades.

Al respecto, Laura Mota²⁰, en su publicación sobre el capital social asociado a la participación, señala que:

“El objetivo final del desarrollo tiene que ver con la ampliación real de las oportunidades de las personas, para desenvolver sus potencialidades, lo que implica crear capital humano y capital social. El capital humano, tiende a mejorar el perfil de la población (educación, salud, nutrición) mientras que el capital social considera relevante que las decisiones se tomen en el ámbito local, se interesa por fomentar la participación de los actores e incluso busca asignar recursos públicos a proyectos elaborados por los interesados de acuerdo a su percepción”
(Mota, L.,2002 :39).

Esteban Encina, en su tesis sobre Participación y Salud Comunitaria²¹, desarrolla el concepto de participación comunitaria como una doble inclusión. Para ello, parte de la idea que la participación comunitaria deviene de la definición de las organizaciones comunitarias, que es el único sistema social, según la autora, desde el cual es posible operar este tipo de participación. La organización comunitaria para tal efecto tendría que reunir al menos tres características: i) orientación doble inclusiva ii) territorialidad y iii) voluntariedad.

“La doble inclusión se refiere a las operaciones de las organizaciones sociales comunitarias que están orientadas al tratamiento de la

²⁰ MOTA, Laura

2002 *El Capital Social: un paradigma en el actual debate sobre el desarrollo. Tendencias y problemas.* Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. IX. N°25 Setiembre / Diciembre 2002
En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701779&orden=306951&info=link>

²¹ ENCINA, Esteban

2015 *Salud Mental y Participación Comunitaria. Análisis de la Participación en Organizaciones Comunitarias y su relación con el bienestar / malestar.* Universidad de Chile.

exclusión social de sus miembros a través de la inclusión en sus propias organizaciones. La territorialidad, delimita las operaciones de la participación en una determinada ubicación geográfica, tanto en sus relaciones interpersonales como en la interacción de sus redes más significativas. La voluntariedad, define a las organizaciones sociales destacando que ni la adscripción ni la retribución por la participación están mediadas por un pago pecuniario” (Encina, E., 2015:78).

De manera específica, con relación a la “Salud Mental Comunitaria” (SMC) como una estrategia de intervención basada en la participación, que le otorga un rol colaborativo a los actores sociales, varios estudios han resaltado la importancia y necesidad de concebir al individuo no de manera aislada, sino de manera integral, en toda la complejidad que constituye su tejido social y cultural. En este sentido, la práctica de la salud mental comunitaria, no sólo se sustenta en una comprensión distinta de la salud mental tradicional, sino que incluye una metodología de participación activa (Velásquez, 2007).

De esta manera, desde el enfoque del MINSA, la Salud Mental Comunitaria critica el tratamiento dirigido a un individuo aislado, pasivo y paciente, y analiza las interacciones entre la persona, los diferentes grupos y las comunidades e identifica causas y determinantes sociales, culturales, históricos y físicos que intervienen en la salud mental (AMARES, 2007).

Así, el Ministerio de Salud define a la salud mental comunitaria como:

“La salud mental comunitaria consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza las relaciones de inequidad y dominación (...) Todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad” (AMARES, 2006:20).

Igualmente, en el Proyecto AMARES, se plantea un trabajo en salud mental que ve a la comunidad como sujeto de intervención y no como objeto de la misma. Es decir, la intervención en salud mental en las comunidades plantea que la

población sea coautora de los proyectos a implementarse, establece una relación de socios para el alcance de los objetivos comunes” (AMARES, 2006:21).

En este sentido, de acuerdo al mismo documento, son características de la Salud Mental Comunitaria:

“A nivel individual, la asunción de un proyecto de vida personal, a partir del reconocimiento de las propias agencias y limitaciones, la capacidad de auto cuidado, empatía, tolerancia y confianza en las relaciones con otros, la facultad de postergar impulsos, deseos, gratificaciones inmediatas al mediar un pensamiento guiado por valores y principios familiares, sociales y culturales interiorizados (...) A nivel familiar, la salud mental implica un sistema de relaciones familiares que proporcione a sus miembros seguridad y un soporte consistente en el cual puedan desarrollar sus capacidades humanas (...) A nivel social, un tejido de relaciones humanas que vincule, organice e integre a una variedad de actores sociales posibilitando alternativas y oportunidades para canalizar el potencial transformador de individuos, familias, grupos, organizaciones, instituciones y comunidades” (AMARES, 2006:16)

Por ello, es preciso resaltar, como lo señala la OPS y el Comité Permanente entre organismos (IASC), que en contextos de emergencia y desastre, un modelo de atención y respuesta basado en un enfoque de salud mental comunitaria, tendrá una mayor probabilidad de efectividad, debido a que son los aspectos culturales, como sistemas de creencias, patrones de comportamiento y prácticas, los que definen o condicionan la capacidad de respuesta, resiliencia y recuperación de las personas ante eventos como un terremoto, un tsunami, un huayco o algún otro desastre (PAHO, 2012).

En ese sentido, la presente investigación, articula en su marco teórico, un modelo de gestión participativa en las intervenciones realizadas desde la mirada de la salud mental comunitaria, que subraya la necesidad de comprender a los actores sociales en toda la complejidad de su dimensión social y cultural, que

implica no solo una comprensión distinta de la salud mental tradicional, sino un abordaje metodológico que incorpora la participación activa.

Las Familias y la Comunidad en la Salud Mental Comunitaria

En el contexto latinoamericano, la OMS ha impulsado desde hace algunas décadas una transformación en los sistemas de salud mental en la región, debido a la gran brecha existente con relación a los servicios y a los recursos de salud mental entre los países de renta media (Bruni, 2016). Este panorama ha evidenciado, de manera cada vez más alarmante, la necesidad de pasar de un paradigma de atención centrado casi exclusivamente en el hospital psiquiátrico, caracterizado por la alta estigmatización social, por la alta demanda de recursos relacionados con la infraestructura, equipos, mobiliarios y recursos humanos, y, por tanto, con elevados costos, a un paradigma cuyo foco de atención sea la atención ambulatoria, con seguimiento comunitario (Bruni, 2016).

En este sentido, la OMS/OPS ha encauzado su trabajo en las últimas décadas en la promoción y apoyo a los Estados para la creación y fortalecimiento de sistemas de atención en salud mental comunitaria, como una manera eficaz de atención, orientada a la reducción de las disparidades en el tratamiento de trastornos y enfermedades mentales, así como aquellos asociados a causas de tipo más coyuntural, como es una emergencia, que afectan con mayor gravedad, como siempre, a las poblaciones más vulnerables y excluidas, como es la población rural, la población indígena, entre otros.

De esta manera, desde la Declaración de Caracas (1990), algunas de las iniciativas más importantes de la OMS/OPS en América Latina y el Caribe fueron: la creación del WHO-AIMS (Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud) y el Programa de Acción para Superar las Brechas de Salud Mental (mhGAP).

El primero de ellos, constituye una de las herramientas más importantes de la agencia especializada de las Naciones Unidas para recopilar información y estadística sobre los sistemas de salud mental en cada región y país, de manera

que se pueda contar con información relevante y oportuna para mejorar los sistemas de salud mental.

Con relación al mhGAP, la OMS lanzó este programa en el año 2008 y su objetivo principal es “reforzar el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros agentes comunitarios en aumentar la asignación de recursos económicos y humanos para los trastornos MNS. El mhGAP, contribuye al logro de metas del Plan de Acción de Salud Mental 2013 – 2020 al ampliar los servicios de salud mental basados en la evidencia que promueven los derechos humanos, la equidad y la dignidad de las personas” (OMS, 2020).

En este marco, con el apoyo de la cooperación internacional, en el Perú se han visto, como se ha mencionado, interesantes avances una década después del primer proyecto relacionado a la Salud Mental Comunitaria. De acuerdo a Tesania Velásquez (2016):

“Los hitos más importantes han sido la aprobación del Reglamento de la Ley N° 29889, que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental con un enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad en los diferentes niveles de atención, la creación de centros comunitarios de salud mental con el objetivo de que las personas con trastornos mentales se reinseren en sus familias y comunidades, el cierre definitivo del Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (Cremi) y la implementación de la formación en salud mental para el personal del primer nivel de atención de salud” (Velásquez, T., 2016).

Por otro lado, Dévora Kestel, jefa de Unidad, Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS, en el marco de la Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria, realizada en octubre de 2016 en Lima, señaló que:

“El esfuerzo que está haciendo Perú para revertir esa situación que tradicionalmente mantenía un servicio aislado del resto de los servicios de salud ha ido cambiando, por un lado, con la integración del servicio de atención primaria, y, por otro lado, con el desarrollo y la creación de Centros de Salud Mental Comunitarios con personal especializado en

la comunidad, que puede funcionar para el tratamiento y la atención a las personas con trastornos más severos que lo requieren, y para coordinar el trabajo del personal de atención primaria. Es, desde la perspectiva de la OPS/OMS el eje de lo que es el tema de la salud mental de base comunitaria y el eje de lo que es la coordinación necesaria de los servicios de nivel primario y de nivel hospitalario e idealmente en los hospitales generales” (Kestel, D., 2016).

La Gestión de las Emergencias y Desastres en la Salud Mental Comunitaria

Asumida esta nueva perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, el Ministerio de Salud fue incrementando de manera importante el número de Centros de Salud Mental Comunitarios en el país. En el año 2015, eran 22 centros que brindaban dicho servicio y luego se incrementaron 7 centros más, además de contar con 19 unidades de hospitalización breve en hospitales generales (MINSA, 2017).

Igualmente, junto con la reforma ya mencionada, el Ministerio de Salud, con la asistencia técnica de las autoridades competentes en materia de Gestión de Riesgos de Desastres (GRD) en el Perú, aprobó la Directiva Sanitaria para la conformación y funcionamiento de las brigadas de salud mental en situaciones de emergencia y desastre, que tiene como objetivo establecer los procedimientos técnicos para la conformación y funcionamiento de las mencionadas brigadas. (Directiva Sanitaria N° 076 – MINSA/2017/DGIESP).

Dicha norma establece la conformación de la Brigada nacional en salud mental, a cargo del MINSA, y de las Brigadas regionales de salud mental, a cargo de las DIRESA, GERESA o DISA, además de la conformación de las brigadas comunitarias en salud, integradas por personas de las comunidades, capacitadas y de reconocida experiencia para utilizar adecuadamente los recursos para reducir los efectos de las emergencias o desastres en salud.

El mencionado documento, junto con la Guía de Intervención Integral de Salud Mental para prestadores de Servicios de Salud en Situaciones de Emergencias y

Desastres (MINSA, 2009)²², establecen las pautas y los protocolos para la atención de casos de trastornos producidos en emergencias o desastres, de acuerdo a cada grupo etario, y por niveles de intervención.

Así también, la Guía de intervención destaca la importancia del compromiso de la comunidad en emergencias y desastres, “para que sean sus propios integrantes quienes identifiquen sus prioridades (...) De esta manera, la población deja de ser objeto de atención y se convierte en participante activa” (MINSA, 2009).

Las Intervenciones en Emergencias y Desastres

Con relación a los diferentes modelos de intervención en situaciones de emergencia o desastre, consideramos dos investigaciones: el estudio de Osorio y Díaz, “Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural”, y el estudio de Ariel y Fernández, en “Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad”. Aunque ambos hacen una revisión bibliográfica exhaustiva, en el presente capítulo tomaremos en cuenta los modelos descritos por Ariel y Fernández, debido a que hace un trabajo de revisión de literatura especializada entre los años 1980 y 2014 en 3 idiomas (español, inglés y francés), además de proponer una mayor amplitud de modelos de intervención.

Es importante, empero, destacar que Osorio y Díaz señalan que los “enfoques de salud mental encontrados en las unidades documentales se basaron en modelos de desarrollo humano, biológicos – epidemiológicos y comunitarios, y que el concepto de salud mental integral ha pasado de lo individual a lo colectivo y del déficit a las potencialidades.” (Osorio y Díaz, 2012).

Con relación a los modelos de intervención, Ariel y Fernández señalan que:

²² MINSA

2009 *Guía de intervención integral de salud mental para prestadores de servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres*. Primera edición. Lima: MINSA. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/776_PROM35.pdf

“De acuerdo a la literatura revisada en América Latina, las intervenciones se dividen en intervenciones basadas en el tiempo, que como es evidente basa la intervención en una cuestión temporal, intervenciones centradas en un tipo de desastre específico, enfocadas en un tipo de desastre específico, y se planifican y desarrollan acciones ad hoc, de acuerdo a los factores que precipitaron el evento (...) intervenciones por niveles de acción o esferas, donde la estrategia de intervención se fundamenta en “niveles integrados” que dependen de las necesidades de la población afectada (...) intervenciones centradas en las personas, en la que las acciones de intervención ponen en foco más en los factores potenciales que en las carencias o en el déficit de la situación. Buscan, por tanto, promover de manera consistente el empoderamiento y la participación de la comunidad afectada, de manera que pueda integrarse a las acciones de ayuda.” (Ariel, R. y Fernández, R., 2016:7).

Como resaltan los autores, la categorización de los diferentes modelos tiene una utilidad científica, pero no necesariamente están delimitados de manera tan estricta y evidente en la realidad, por la naturaleza de los modelos y de las situaciones que requieren una respuesta. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a las emergencias promueve, según los autores, dos modalidades:

- **Los Primeros Auxilios Emocionales:** Que tienen como objetivo ayudar de manera inmediata a las personas afectadas a “restaurar su equilibrio psicosocial”, para lo cual es necesaria la presencia de personal no especializado,
- **La Intervención Especializada o Profesional:** para casos de emergencias psiquiátricas, que puede estar asociada a un tratamiento psicofarmacológico.

Las Herramientas de las Intervenciones en Situaciones de Emergencias y Desastres

En el Perú, aparte del marco normativo y orientador señalado por el Plan de acción de la salud mental y los Lineamientos para la acción en salud mental, son

dos los documentos más importantes que definen el modelo de intervención en salud mental en situaciones de emergencia y desastre:

- La Guía de intervención integral de salud mental para prestadores de servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres (2009).
- La Directiva sanitaria para la conformación y funcionamiento de las Brigadas de Salud Mental en situaciones de emergencia y desastre (2017).

De acuerdo a dichos documentos, en la actualidad, el modelo en el que se enmarcan las intervenciones en salud mental en desastres y emergencias en el Perú, de acuerdo a la categorización realizada por Ariel y Fernández, se encuentra entre el tercer y cuarto modelo, es decir, entre la intervención por niveles o esferas y el modelo de intervención centrado en las personas, con énfasis en lo comunitario.

Efectivamente, la Guía citada²³ cuando se refiere a la participación comunitaria señala que: “se considera de suma importancia lograr el compromiso de la comunidad para que sean sus propios integrantes quienes identifiquen sus prioridades y faciliten la colaboración de diferentes autoridades en su recuperación. Son los mismos habitantes quienes viven y sufren sus problemas. De esta manera, la población deja de ser objeto de atención y se convierte en participante activa” (MINSA, 2009).

De acuerdo al mismo documento, las estrategias utilizadas son:

- Concertación y alianzas multisectoriales.
- Planificación participativa.
- Mejoramiento del sistema de referencia y contra referencia.
- Integralidad para el desarrollo sostenible.
- Fortalecimiento y desarrollo de competencias del recurso humano prestador de salud.

²³ Ibid.

- Promoción de espacios de encuentro entre niños, niñas y adolescentes con el apoyo de las familias, gobierno y sociedad civil.
- Desarrollo de la solidaridad.
- Responsabilidad compartida.

Asimismo, siguiendo la recomendación de los organismos internacionales, como la OPS/OMS y el IASC, basa su modelo en la pirámide de intervención por tipos de apoyo, estableciendo múltiples niveles que satisfagan las necesidades de diferentes grupos.

Al respecto, los principios fundamentales de las intervenciones en salud mental se orientan por la preservación de los derechos humanos de las personas afectadas, la participación y toma de decisiones sobre su propia salud y salud mental en especial y el cuidado de: ante todo no dañar.

Para ello, la Guía de Intervención en Salud Mental, mencionada recomienda las estrategias para disminuir los riesgos, lo que implica recibir información de otros actores minimizar la duplicidad de acciones, aplicar intervenciones sobre la base de una información suficiente, intervenir desde un enfoque intercultural.

Así mismo, es importante diseñar el apoyo en salud mental comunitaria a partir del modelo de intervenciones múltiples arriba mencionado, lo que supone considerar que las personas, las familias y la comunidad responden de manera diversa a las situaciones de emergencia.

En esa línea, la Pirámide de Intervención por Tipos de Apoyo, considera, los servicios básicos y seguridad, los apoyos de la comunidad y la familia, los apoyos focalizados, no especializados, los servicios especializados. Los que se describen en el gráfico siguiente:

GRÁFICO N° 3

PIRÁMIDE DE INTERVENCIÓN POR TIPOS DE APOYO



FUENTE: Elaboración de los autores de la investigación. Gráfico adaptado de la Guía de Intervención Integral de Salud Mental para Prestadores de Servicios de Salud en situaciones de Emergencias y Desastres. MINSA, 2009.

Por otro lado, de acuerdo a la Directiva sanitaria para la conformación y funcionamiento de las Brigadas de Salud Mental en situaciones de emergencia y desastre (2017) el MINSA tipifica las emergencias por niveles de afectación, a través de un criterio territorial y de disponibilidad de recursos. Los niveles de emergencia y capacidad de respuestas son:

“El nivel de Emergencia 1, que afecta a nivel distrital, verifica si el gobierno local cuenta con los recursos disponibles para afrontar la emergencia; el nivel de Emergencia 2, que afecta a nivel provincial y si el gobierno regional cuenta con los recursos disponibles para afrontar la emergencia; el nivel de Emergencia 3, que afecta a nivel regional y si el gobierno provincial cuenta con los recursos disponibles para afrontar la emergencia: el nivel de Emergencia 4, que comprende aquellos niveles de impacto de desastre que superan la capacidad de respuesta regional y sustentan la Declaratoria de Estado de Emergencia. En este caso, interviene el Gobierno Nacional, que cuenta con los recursos para afrontar el desastre; el nivel de Emergencia 5, que comprende aquellos niveles de impacto de desastre cuya magnitud o circunstancia afecta a la población a nivel nacional y superan o pueden superar la capacidad de respuesta del país, y sustenta la Declaratorio de Estado de Emergencia Nacional. Interviene el Gobierno Nacional y, de ser necesario, la ayuda internacional” (Directiva Sanitaria N° 076-MINSA, 2017:4)

En este escenario, el MINSA establece la posibilidad de conformar 2 tipos de brigadas de salud mental: la Brigada Nacional de Salud Mental, y la Brigada Regional de Salud Mental. Ambas, conformadas por psicólogos con amplia experiencia en salud mental que tienen la misión de brindar ayuda psicosocial a las poblaciones afectadas. También señala la conformación de la “Brigada Comunitaria en Salud”, la cual está conformada por un grupo de personas de la comunidad, que brindarán los primeros auxilios de manera oportuna. (Directiva Sanitaria N° 076-MINSA)

Las Buenas Prácticas de la Salud Mental Comunitaria

En la medida que la presente tesis aspira a identificar las intervenciones que pueden ser implementadas o replicadas en situaciones de emergencias similares al Fenómeno del Niño del 2017, revisamos los criterios disponibles sobre las buenas prácticas, que se definen como las iniciativas o invocaciones sociales cuya eficacia ha sido demostrada en la solución de un problema y que en lo posible describen lecciones o aprendizajes en los procesos de gestión o

implementación que tienen la capacidad de escalar (scaling up) en la construcción o generalización de políticas sociales.

Así, por ejemplo, UNESCO, en el marco de su Programa de Gestión de las Transformaciones Sociales (MOST, por sus siglas en inglés), definió una buena práctica como:

“Una iniciativa, política o un modelo de actuación exitoso que mejora los procesos y resultados. En términos generales, deben ser al menos innovadoras, que desarrollan soluciones nuevas o creativas; efectivas, demuestran un impacto positivo y tangible sobre la mejora; sostenibles, por sus exigencias sociales, económicas y medioambientales, pueden mantenerse en el tiempo y producir efectos duraderos y replicables, que sirven como modelos para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones en otros lugares” (OPS, sf).

En el contexto de la presente investigación, tomaremos como referencia de buenas prácticas en salud mental como un modelo aplicado por el Colegio de Psicólogos de Colombia (COLPSIC), en su estudio “Experiencias significativas en psicología y salud mental” (2016), en donde señala que una *experiencia significativa en salud mental se concibe como:*

“Valores compartidos, un conjunto de acciones, valores y principios en un campo concreto y con un objetivo explícito, estableciendo patrones o normas que se relacionen con procesos tendientes a contribuir al bienestar subjetivo, psicológico y social; evidencias documentadas, con repercusiones tangibles y mensurables(...) cambios verificables, pasando de un problema, dificultad, carencia o necesidad en salud mental en un sentido amplio, a soluciones reales (...) modelar otras iniciativas, para servir a modo de demostración para otras organizaciones y territorios, pues tiene la posibilidad de ser transferida, adoptada o adaptada a diferentes contextos” (Baquero, 2014).

Igualmente, se han recogido los conceptos sobre las buenas prácticas en salud mental en la respuesta frente a situaciones emocionales críticas: (Beyond Blue, 2018)

- **Responsabilidad compartida:** promoviendo el trabajo colaborativo entre los actores presentes en la respuesta a la emergencia
- **Modificar factores de riesgo:** identificando los factores de conflicto, riesgos de violencia y factores estresores en la familia y comunidad.
- **Basada en el capital cultural:** tomando en consideración las prácticas y creencias culturales de la población
- **Enfoque holístico e integral:** articulando los recursos, las políticas y las experiencias de las distintas organizaciones.

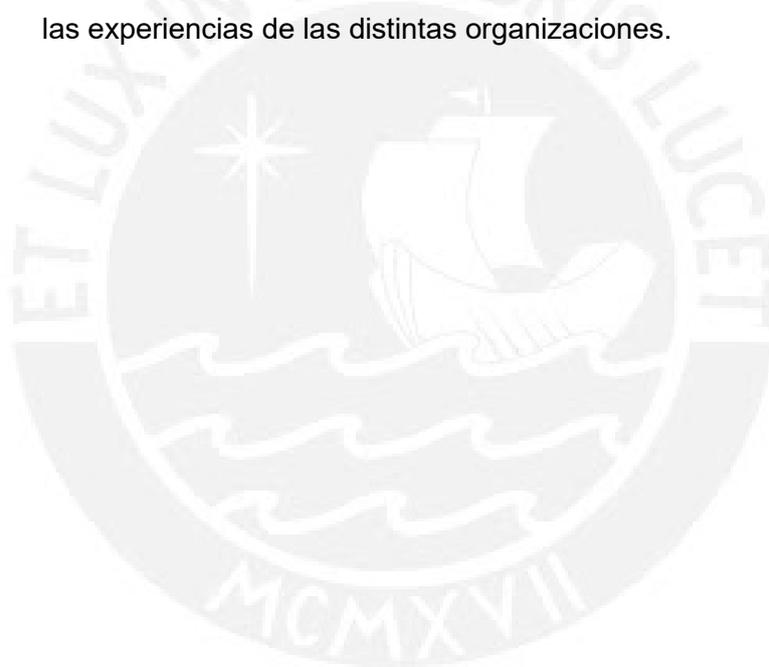


GRAFICO N° 4

LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL COMUNITARIA ²⁴:

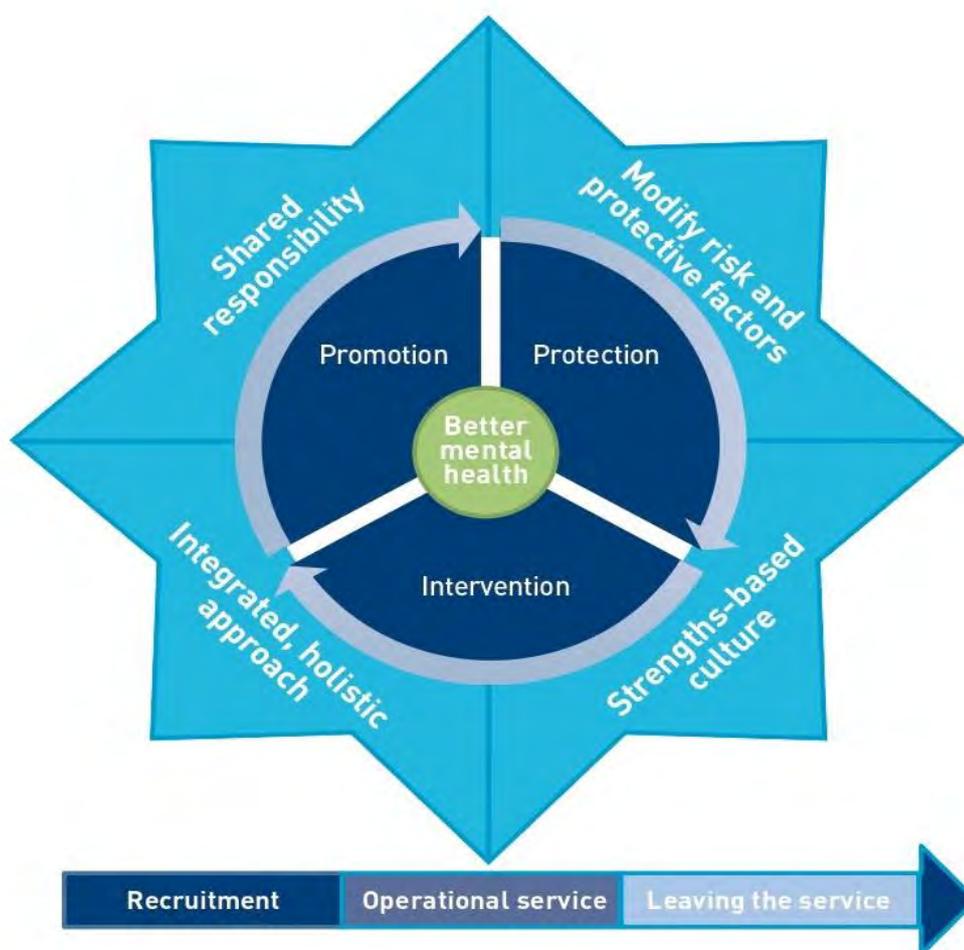


Figure 3: Good practice model for mental health and wellbeing in first responder organisations

Fuente: Beyond Blue, 2018. Good practice model for mental health and wellbeing in first responder organizations

²⁴ Para las buenas prácticas en Salud Mental Comunitaria se ha tomado como referencia el gráfico del Good practice model for mental health and wellbeing in first responder organizations, relativa a los suicidios. Cf. Heads up (sf). Good practice framework for mental health and wellbeing in first responder organizations. Disponible en: https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/315877_0316_bl1675_acc_std.pdf?sfvrsn=6

2.5 INVESTIGACIONES RELACIONADAS

Al revisar otras investigaciones relacionadas con la salud mental comunitaria, es posible encontrar el estudio de Rafael Sulca (2016)²⁵ en su tesis sobre la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso, en la cual señala de acuerdo a los trabajos de Macher y Saavedra (2017) que: “en el Perú, los trastornos depresivos y de ansiedad, constituyen problemas de salud pública y que en Lima cerca del 25 % de las personas, con problemas de salud mental, no recibieron atención. Siendo que el 13%, la recibieron, pero en un servicio general, por los prejuicios que existen sobre la salud mental. En Lima, la depresión es el trastorno más frecuente” (Sulca, R., 2016).

Igualmente, Sulca propone en su tesis que:

“En el ámbito de la salud, la atención de la persona implica reconocer la salud integral como un derecho humano y coadyuva a la consolidación de una cultura de deberes y derechos de las personas y grupos sociales de manera democrática, en las que cada actor participe de manera comprometida en favor de la conservación de la salud, del bienestar individual y social (...) construir ciudadanía en salud implica desarrollar un enfoque de derechos humanos en salud mental, con genuina participación, descentralización, trato equitativo en cada comunidad que promueva el desarrollo de iniciativas autónomas” (Sulca, Rafael.,2016: 76).

Carmen Zurita (2014)²⁶ en su tesis sobre los Indicadores de Cambio de Salud Mental Comunitaria en Personas Afectadas por Violencia Social en Contexto

²⁵ SULCA, Rafael

2016 *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso*. PUCP.

²⁶ ZURITA, Carmen

2014 *Indicadores de Cambio de Salud Mental Comunitaria en Personas Afectadas por Violencia Social en Contexto Pos- Conflicto Armado Interno en Ayacucho*. PUCP.

Pos- Conflicto Armado Interno en Ayacucho, señala como lo refiere el MINSA (2012) que: “para garantizar el cumplimiento de la salud mental como un derecho es necesario vincular la salud mental con la realidad de cada persona y las relaciones que tiene con su entorno (familiar, social y comunitario), ya que este impacta también en su salud mental” (Zurita, C., 2014).

Desde esta perspectiva Zurita señala:

“La salud mental debe permitir el desarrollo de las capacidades humanas en los diferentes espacios donde nos desenvolvemos, para generar vínculos que logren la transformación de nuestra realidad, para atender las necesidades que vayamos presentando y nos haga conscientes de que lograr el bienestar es nuestra responsabilidad” (GTSM, 2006). Siguiendo este planteamiento, Cueto (2008) afirma que es necesario entender a la persona como un ser integral en el que se hace difícil separar el bienestar físico, mental y social; asimismo, se debe considerar que la salud mental necesita la atención de los derechos fundamentales (derechos sociales, económicos y culturales) pues son ejes indispensables para alcanzar el bienestar” (Zurita, C., 2014).

Un aporte particularmente relevante para el Modelo de Salud Mental Comunitaria que ocupa la presente tesis, la encontramos en el estudio realizado por Conny Campos (2017)²⁷ en su tesis sobre el Modelo de Gestión y Participación de Actores Involucrados en la Pertinencia Cultural de los Servicios de Salud en la Provincia de Churcampa (Huancavelica).

Campos, cita a Roth (2008: 67-91) quién describe las principales teorías para el análisis de las políticas públicas, de las cuales, para efectos de esta investigación, se tomarán en cuenta: el Marco Institucional Analysis and Development (IAD) y el marco de análisis Advocacy Coalitions, ambas elaboradas por Sabatier. En ese sentido:

²⁷ CAMPOS, Conny
2017 *Modelo de Gestión y Participación de Actores Involucrados en la Pertinencia Cultural de los Servicios de Salud en la Provincia de Churcampa (Huancavelica)*. PUCP. Universidad EAFIT.

“El Marco IAD, alude a la “arena de acción” en la cual se interrelacionan “actores” individuales y colectivos en una “situación” relacionada con una política pública, la que incluye dos dimensiones: i) el análisis de las interrelaciones en la arena política las cuales permiten explicar las características de una política pública; ii) los factores que influyen sobre la construcción de la arena de acción (Roth, 2008). Respecto de la segunda dimensión el marco considera tres tipos de factores: las reglas utilizadas por los participantes para ordenar sus relaciones, las características materiales y físicas del contexto y las particularidades culturales propias de la comunidad política” (Campos, C.,2017:33).

Miriam Doza y Carmen Espinoza (2018)²⁸ en su tesis sobre los Factores que Limitan la Atención Adecuada de Salud Mental a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Diez Establecimientos de Salud del Distrito de Chilca, revisa la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, la misma que identifica algunos de los factores críticos a considerar en la presente tesis y que describe a continuación:

“Los principales factores críticos en salud mental del país son: el débil ejercicio de rectoría del Ministerio de Salud en las acciones de salud mental en el país; estigmatización de la salud mental en la comunidad en general y exclusión de la agenda prioritaria en salud; persistencia de un modelo de atención inadecuado, basado en enfoques biomédicos, en el hospital psiquiátrico y aislado de la comunidad; recursos humanos capacitados en forma insuficiente y deficientemente distribuidos para la atención de la salud mental; poca accesibilidad de las personas con trastornos mentales a recibir un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y eficiente y problemas de salud mental en poblaciones afectadas por la violencia política” (MINSa, 2005 :11).

²⁸ DOZA, Miriam y ESPINOZA, Carmen
2018 *Factores que Limitan la Atención Adecuada de Salud Mental a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Diez Establecimientos de Salud del Distrito de Chilca.* PUCP.

Finalmente, José Ponce de León (2015)²⁹, en su tesis sobre “Radios Descocidos”, una Experiencia en Salud Mental Comunitaria con Usuarios de un Hospital Especializado de Lima, señala que a partir de los años 90 en Europa y en Estados Unidos surgen movimientos críticos frente a la psiquiatría tradicional. En estas nuevas perspectivas, conceptos como la participación, el empoderamiento de los usuarios, el abordaje interdisciplinario o la salud mental comunitaria, se desarrollan para reorientar la mirada y las prácticas en la atención de la salud mental (Pérez, 2012).

“Sin embargo, a pesar de estas nuevas miradas, que también implican cambios significativos en las prácticas y en las percepciones sociales, institucionales y de los profesionales de la salud, no puede ignorarse que la intensidad y permanencia en el tiempo de los prejuicios, son parte del imaginario social, lo cual afecta a las propias personas que conviven con un malestar psíquico, y al mismo tiempo, dificulta la actividad profesional con ellas (Etxeberria, 2012). Por tanto, es una labor pendiente la de deconstruir ideas asociadas a las personas con diagnósticos psiquiátricos a través de prácticas que cuestionen y problematicen las categorías clínicas” (Ponce, J., 2015: 6).

La revisión de las tesis mencionadas para la presente investigación, orientada al análisis de los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este en el Distrito de Lurigancho- Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017, es especialmente importante, en la medida que cuando se presenta una emergencia o desastres de alta intensidad, como lo recomienda la Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades en Salud Mental (EDAN-SM)³⁰ es fundamental aplicar mecanismos de intervención participativos, con el objeto de organizar y fortalecer la estructura social comunitaria, que es el recurso vertebral en los procesos de prevención, respuesta, monitoreo y evaluación de las intervenciones en salud mental comunitaria (OPS, 2010: 9).

²⁹ PONCE DE LEÓN, José

2015 “Radios Descocidos”, una Experiencia en Salud Mental Comunitaria con Usuarios de un Hospital Especializado de Lima. PUCP.

³⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2010 Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Guía para Equipos de Respuesta. Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro. Panamá.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es cualitativo, porque se orienta a la investigación de los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho - Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017.

En ese marco, el estudio incorpora la territorialidad y la temporalidad de la experiencia de salud mental comunitaria mencionada, poniendo el foco en la lógica del proceso vivido, a partir de su ordenamiento, reconstrucción, análisis y comprensión, generando aprendizajes institucionales y conocimientos desde la práctica de una intervención social (Jara, sf; Cifuentes, 2011).

Por ello, la presente investigación reconoce que los hechos y las experiencias constituyen procesos históricos y sociales dinámicos que se encuentran en constante cambio, además de ser procesos complejos y multidimensionales, relacionados a condiciones de contexto particulares, acciones y reacciones enmarcadas en una lógica instrumental, resultados o productos de las mismas, además de estar vinculados con las subjetividades propias de la interrelación personal (Jara, sf).

3.2 FORMA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, corresponde a un estudio de caso, con el propósito de analizar la estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este, en el distrito de Lurigancho – Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017, estableciendo una temporalidad determinada y recogiendo la perspectiva de los actores que participaron de ella, a fin de conocer las lecciones aprendidas y las buenas prácticas para su aplicación en futuras situaciones de emergencia de alta intensidad.

El estudio de caso, se asume como una estrategia que permite construir hipótesis y conocimientos, que pueden ayudar a comprender mejor o ser aplicados en circunstancias similares. Sobre el particular, Arnal, Del Rincón y Latorre señala que: “el estudio de casos debe considerarse como una estrategia encaminada a la toma de decisiones y que su principal sentido radica en su capacidad para generar hipótesis y descubrimientos, en centrar su interés en un individuo, evento o institución, y en su flexibilidad y aplicabilidad a situaciones naturales” (Arnal, Del Rincón y Latorre 1994: 206).

“De acuerdo al trabajo de Álvarez y San Fabián, según Stake (2005: 11), la nota distintiva del estudio de casos está en la comprensión de la realidad objeto de estudio (...) Desde una perspectiva interpretativa, Pérez Serrano (1994: 81) afirma que su objetivo básico es comprender el significado de una experiencia (...) Cebreiro López y Fernández Morante (2004) enfatizan esta cuestión cuando afirman que: “Mediante este método, se recogen de forma descriptiva distintos tipos de informaciones cualitativas, que no aparecen reflejadas en números si no en palabras. Lo esencial en esta metodología, es poner de relieve incidentes clave, en términos descriptivos, mediante el uso de entrevistas, notas de campo, observaciones, grabaciones de vídeo, documentos” (Álvarez, C. y San Fabián, J., 2021) ³¹

De esta manera, la presente tesis se enfoca sobre todo en el aspecto discursivo del actor social, desde sus representaciones e interpretaciones de la realidad construida intersubjetivamente, hasta la complejidad y riqueza del significado afectivo en dicho proceso. Por ello, la importancia que adquiere en este contexto dicho actor, como informador clave, es muy relevante, debido a que “permite dar cuenta de los acontecimientos de su existencia como actores, de los actores que se relacionan con él dentro de su grupo social, y de otros grupos con los cuales ha estado en contacto durante su vida” (Osorio, 2006).

³¹ ALVAREZ, Carmen y SAN FABIAN, José Luis
2012 *La elección del estudio de caso en investigación educativa*. Gazeta de Antropología. Oviedo. España: volumen 28, número 1. Consulta 27 de abril de 2021. En: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4162/CarmenAlvarez-JoseLuisSanFabian%20Gazeta%20de%20Antropologia.pdf?sequence=1>

Así mismo, para el proceso de recuperación de la experiencia de los actores sociales toma en cuenta las ventajas del método narrativo, que Abbott define como una “aproximación procesual y centrada en la acción a la realidad social centrada en la acción, que organiza el flujo de ocurrencias en función del sentido global del proceso bajo estudio” (Abbott, 2001:185). El producto de este esfuerzo narrativo es el *relato*³².

El relato, tiene el valor de conectar los acontecimientos que conforman una experiencia en función al efecto que tienen sobre la experiencia global, y es claramente distinto a una cronología, en la cual las acciones y ocurrencias se organizan en relación a su posición en una línea de tiempo.

Finalmente, para efectos de la presente tesis se toman en cuenta de manera referencial los componentes que señala la “Guía para la Sistematización de Experiencias de Intervenciones Públicas” (MINSA, 2015):

- Reconstrucción histórica
- Análisis e interpretación
- Procesos de participación
- Aprendizajes nuevos y transformación de la práctica.
- Comunicación social

La reconstrucción histórica, permite una recuperación de la memoria histórica, la revisión crítica de las prácticas y una comprensión de las prácticas como procesos históricos y dinámicos.

El análisis y la interpretación, que parte de la misma para objetivar la experiencia, partiendo del supuesto de que toda persona es sujeto de

³² BARZELAY, Michael y CORTAZAR, Juan
2004 *Una guía práctica para la elaboración del estudio de caso sobre buenas prácticas en gerencia social*. Washington D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) y Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Consulta: 27 de abril de 2021. En: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15330/una-guia-practica-para-la-elaboracion-de-estudios-de-caso-sobre-buenas-practicas>

conocimiento y posee una percepción y un saber cómo producto de su experiencia.

Los procesos de participación, de tal forma que quienes han participado de la experiencia son sujetos de la recuperación de la misma y se asume que toda reconstrucción de una experiencia es el resultado de una interlocución entre las personas que negocian y acuerdan discursos, teorías y construcciones culturales.

Los aprendizajes nuevos y transformación de la práctica, que es un proceso que consiste en conceptualizar la experiencia para producir conocimiento desde la experiencia.

La comunicación social, dado que la organización de la experiencia se realiza para ser comunicada a otras personas para que puedan ser aprovechadas en el futuro, compartir y contrastar un aprendizaje y fortalecer la identidad y pertenencia del equipo y de la organización que la aplica (ALBOAN, 2004)³³

3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias

- Autoridades y Operadores de salud mental del ámbito de intervención de la DIRIS Lima Este, en el distrito de Lurigancho –Chosica
- Activistas y voluntarios de organizaciones humanitarias de iglesia
- Mujeres lideresas comunitarias del distrito de Lurigancho – Chosica

Fuentes secundarias

- Normas legales
- Memorias e informes Institucionales
- Directivas, manuales, guías y procedimientos de Salud Mental Comunitaria

³³ MINSA

2015 *Guía para la sistematización de experiencias de intervenciones públicas*. Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD II, 2015. <http://www.parsalud.gob.pe/>

3.4 UNIVERSO

El universo está conformado por los actores del ámbito de la DIRIS Lima Este, en el distrito de Lurigancho – Chosica.

3.5 MUESTRA

La muestra es significativa y no probabilística, ha sido seleccionada por juicio y conveniencia. Para ello, se ha elaborado una muestra cualitativa por tipo de actores del ámbito de la DIRIS Lima Este, en el distrito de Lurigancho – Chosica.

- Activistas humanitarios de iglesia: 03
- Psicólogos voluntarios de campo: 02
- Especialistas de Salud Mental Comunitaria: 02
- Especialistas de Emergencias y Salud Mental Comunitaria: 03
- Mujeres lideresas comunitarias – representantes de Albergues de la emergencia en el año 2017: 03

Es pertinente referir que la selección de los actores sociales mencionados se realizó a partir de las coordinaciones con el Hospital Hermilio Valdizán y la Organización Humanitaria CARITAS, luego de la autorización formal emitida por la Dirección General de la DIRIS Lima Este para recoger información en su jurisdicción sobre el tema de la investigación.

Con estos referentes fue posible identificar actores sociales que además de participar en la emergencia desde distintos roles son vecinos residentes en el lugar o trabajan en las organizaciones o instituciones del distrito.

Esta caracterización de la muestra, hizo posible contar para la investigación con pobladores del lugar, con una larga presencia en el territorio como residentes, voluntarios, lideresas comunitarias, activistas de iglesia y operadores de salud mental o su pertenencia a instituciones del sistema de salud, organizaciones humanitarias y servicios de salud mental del distrito de Lurigancho Chosica y su

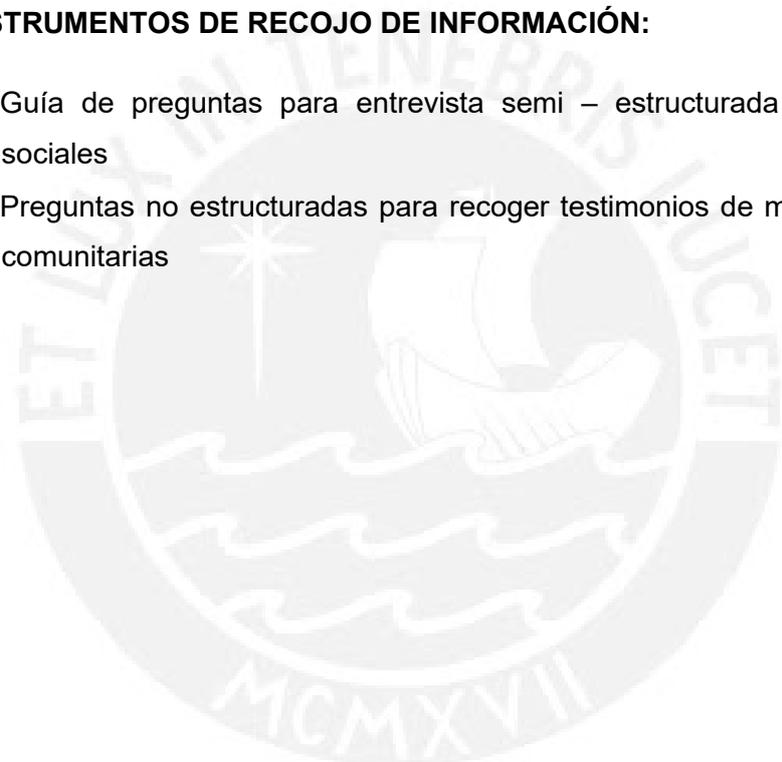
participación directa en la emergencia del año 2017 y otras similares en años anteriores.

3.6 PROCEDIMIENTOS (TÉCNICAS) PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN:

- Entrevistas semiestructuradas con actores sociales
- Testimonios de mujeres lideresas comunitarias

3.7 INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN:

- Guía de preguntas para entrevista semi – estructurada para actores sociales
- Preguntas no estructuradas para recoger testimonios de mujeres líderes comunitarias



PREGUNTAS Y VARIABLES

Preguntas Específicas	Variables
¿En qué medida las acciones implementadas a través de la estrategia de Salud Mental Comunitaria, aplicadas por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este, en el Distrito de Lurigancho - Chosica, lograron atender los efectos del “Fenómeno del Niño Costero”, durante el año 2017?	Acciones de la estrategia de Salud Mental Comunitaria.
	Resultados alcanzados a partir de las acciones implementadas.
¿Cuál es la percepción que tienen los principales actores sobre las acciones de coordinación y alianzas estratégicas implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho-Chosica?	Percepción que tienen los sujetos de derecho sobre las acciones de coordinación y alianzas estratégicas.
	Percepción que tienen los operadores sobre las acciones de coordinación y alianzas intersectoriales.
¿De qué manera las acciones implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el Distrito de Lurigancho - Chosica, promovieron la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos?	Opinión sobre las acciones para promover la participación de los principales actores.
	Percepción sobre la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

Variables	Definición
Acciones de la estrategia de Salud Mental Comunitaria	Se refiere a la opinión sobre las acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la DIRIS Lima Este en distrito de Lurigancho - Chosica para atender los efectos del Fenómeno del Niño en el año 2017
Resultados alcanzados a partir de las acciones implementadas	Se refiere a la percepción sobre los resultados alcanzados a partir de las acciones implementadas por la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la DIRIS Lima Este en el distrito de Lurigancho - Chosica para atender los efectos del Fenómeno del Niño en el año 2017
Percepción que tienen los sujetos de derecho sobre las acciones de coordinación y alianzas intersectoriales	Se refiere a la percepción que tienen los sujetos de derecho sobre las acciones de coordinación y alianzas intersectoriales, implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la DIRIS Lima en el distrito de Lurigancho - Chosica para atender los efectos del Fenómeno del Niño en el año 2017
Percepción que tienen los operadores sobre las acciones de coordinación y alianzas intersectoriales	Se refiere a la percepción que tienen los operadores sobre las acciones de coordinación y alianzas intersectoriales, implementadas a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la DIRIS Lima en el distrito de Lurigancho - Chosica para atender los efectos del Fenómeno del Niño en el año 2017
Opinión sobre las acciones para promover la participación de los principales actores	Se refiere a la opinión sobre las acciones para promover la participación de los principales actores a través de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la DIRIS Lima en el distrito de Lurigancho - Chosica para atender los efectos del Fenómeno del Niño en el año 2017
Percepción sobre la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos	Se refiere a la percepción sobre la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la DIRIS Lima en el distrito de Lurigancho -Chosica para atender los efectos del Fenómeno del Niño en el año 2017

VARIABLES E INDICADORES

Variables	Indicadores
Acciones de la estrategia de Salud Mental Comunitaria	Opinión sobre el grado de cumplimiento de las acciones de la estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicadas
Resultados alcanzados a partir de las acciones implementadas	Tipo de acciones implementadas a través de la estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicadas
	Tipo de cambios positivos observados partir de las acciones de la de Salud Mental Comunitaria implementadas
Percepción que tienen los sujetos de derecho sobre las acciones de coordinación y alianzas intersectoriales	Percepción de los sujetos de derecho sobre el tipo de coordinaciones y alianzas intersectoriales realizadas
Percepción que tienen los operadores sobre las acciones de coordinación y alianzas intersectoriales	Opinión de los operadores sobre el nivel de coordinación y alianzas estratégicas implementadas
Opinión sobre las acciones para promover la participación de los principales actores	Opinión sobre el nivel de participación e los referentes familiares y comunales inmediatos
	Opinión sobre el tipo de participación de los referentes familiares y comunales inmediatos
Percepción sobre la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos	Espacios en los que se da la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para realizar el análisis e interpretación de los resultados sobre la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este, frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” del año 2017, es necesario señalar que, de acuerdo al Sistema de Información Nacional para la Respuesta y la Rehabilitación (SINPAD) y el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), este fenómeno afectó a más de un millón y medio de personas y 270 mil damnificados, además de un importante número de fallecidos y desaparecidos (INDECI, 2017).

Esta situación, tuvo un impacto significativo en la zona de Lurigancho – Chosica situada en la ribera del río Rímac, produciendo una emergencia de alta intensidad con serios daños en la infraestructura, los servicios públicos de agua, luz, entre otros y las viviendas más precarias sobre todo de los sectores pobres de las zonas afectadas, así como la salud mental de las personas, sus familias y la comunidad, lo que activó la respuesta del sistema de salud y otros sectores del Estado, así como de las organizaciones de ayuda humanitaria nacionales e internacionales.

En tal sentido, la presente investigación, en este capítulo se propone analizar e interpretar los resultados sobre las acciones implementadas del modelo de intervención de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria (Pregunta 1 de investigación); la percepción de los actores sociales sobre las acciones de coordinación y alianzas (Pregunta 2 de investigación); así como la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos (Pregunta 3 de investigación) con el propósito de responder de manera articulada al objetivo principal del estudio.

Es oportuno señalar que la presente investigación es cualitativa y corresponde a un estudio de caso, estableciendo una temporalidad determinada en un territorio definido, para que desde su conocimiento, experiencia y participación, los actores sociales relaten y comuniquen sus opiniones y percepciones de las acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, que permita identificar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas, para la mejora de dicha estrategia y su aplicación en futuras emergencias de alta intensidad.

Así mismo, cabe señalar que las acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, se implementaron como parte del proceso de reforma de la salud mental, iniciado varios años atrás, modificando un modelo centrado en la persona individual por un nuevo modelo que involucra a las familias y la comunidad, desde una perspectiva de participación comunitaria.

En esa línea, para realizar la presente investigación, se ha recogido a través de testimonios y entrevistas, las opiniones y percepciones de lideresas comunitarias, activistas humanitarios de iglesia, psicólogas y psicólogos voluntarios y especialistas de salud mental comunitaria en situaciones de emergencias y profesionales que actuaron en el terreno y formaron parte de la respuesta de las Brigadas de los COE de las DIRIS Lima Este a través de los equipos del Hospital Hermilio Valdizán.

Cabe reiterar que estos actores sociales, fueron seleccionados por ser parte de los pobladores del lugar, por su conocimiento y presencia en el territorio como residentes, voluntarios, lideresas comunitarias, activistas de iglesia y operadores de salud mental, en la emergencia del año 2017 y otras similares en años anteriores, lo que se describe en los cuadros a continuación:

CUADRO N° 1

PERFIL DE LOS ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS

Código	Nombre	Profesión / actividad	Tiempo de experiencia	Rol en la emergencia
EANB1	Angela	Activista humanitaria de Iglesia.	Más de 10 años	Coordinaciones y respuesta de salud mental comunitaria en los hogares.
EANN2	Angela N	Actividad humanitaria de la Pastoral de Iglesia.	Más de 10 años	Activista de respuesta de salud mental comunitaria en los hogares.
EBRA3	Brayan	Psicólogo Social Voluntario.	Más de 10 años	Activista de respuesta psicológica de salud mental comunitaria.
ENUÑ4	Jean	Psiquiatra Salud Mental Comunitaria – DIRIS Lima Este.	Más de 20 años	Coordinaciones y respuesta de psiquiatría de salud mental comunitaria COE DIRIS Lima Este.
ELAD5	Lady	Psicóloga Voluntaria.	Más de 10 años	Activista de respuesta psicológica de salud mental comunitaria
ELIM6	Límber	Psicólogo Salud Mental Comunitaria -DIRIS Lima Este.	Más de 20 años	Coordinaciones y respuestas de psicología de salud mental comunitaria COE DIRIS Lima Este.
ELUZ7	Luz	Psicóloga Salud Mental Comunitaria -Nacional.	Más de 30 años	Coordinaciones nacionales de salud mental comunitaria.
EMIG8	Miguel	Psicólogo Salud Mental Comunitaria.	Más de 10 años	Coordinaciones nacionales de salud mental comunitaria.
EMIL9	Milagros	Activista humanitaria Iglesia.	Más de 10 años	Activista de respuesta de salud mental comunitaria.
ENEN10	Nency	Psicóloga Especialista Emergencias y Salud Mental.	Más de 20 años	Coordinaciones de salud mental comunitaria de educación y salud.

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación

CUADRO N° 2

PERFIL DE LAS LIDERES COMUNITARIAS TESTIMONIANTES

Código	Nombre	Profesión/ Actividad	Edad	Rol en la Emergencia
Aida	Aida	Lideresa Comunitaria	42 años	Representante del Albergue “Los Álamos
Mirtha	Mirtha	Lideresa Comunitaria	60 años	Presidenta del Albergue “27 de junio”
Rocío	Rocío	Lideresa Comunitaria	39 años	Presidenta del Albergue “Las Brisas”

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación

4.1 ACCIONES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Para realizar el análisis y la interpretación de la implementación del Modelo de Intervención de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria en el Fenómeno del Niño de 2017, a través de las acciones ejecutadas, es importante acercarnos al estado de la salud mental en el Perú, que señala de acuerdo a los documentos revisados que, una de cada cinco personas tiene síntomas de algún trastorno de salud mental y sólo una quinta parte de ellas, accede a los servicios de salud, lo que establece una condición de desigualdad en el acceso a la salud mental derecho para el bienestar integral de todas las personas.

Al respecto, es oportuno mencionar el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana en el 2015, que señala que las emergencias y desastres, desencadenan estados de crisis en una población determinada, causados por factores naturales o provocadas externamente, relacionados con experiencias traumáticas por diversas pérdidas- de vidas, de la integridad corporal, económicas, entre otras- provocando problemas de salud mental.

Así mismo, sobre la salud mental es importante considerar la relación que existe con los estilos de vida y algunas condiciones de salud como la Obesidad. Igualmente, en las zonas de Lurigancho, los huaycos y las inundaciones, son los riesgos más relevantes que además de provocar daños materiales tienen un impacto psicológico en la población, provocados por la vivencia del huayco, la inminencia de la muerte, la desesperación y tristeza, incertidumbre al haber perdido sus bienes y su hogar, secuelas en la salud o la pérdida de alguno de sus familiares (DIRIS Lima Este, 2019).

La situación de la salud mental es una información relevante para contextualizar los hallazgos sobre la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, en la medida que revela la desigualdad en el acceso, la prevención y la atención de los servicios de salud mental, como una condición estructural previa a los sucesos de emergencias y desastres. A esta condición, se agrega la

experiencia de las inundaciones y los huaycos que tuvieron una alta intensidad en el caso del Fenómeno del Niño del año 2017.

En tal sentido, en una revisión de la línea de tiempo el MINSA, a través de la Ley N.º 29889 y su Reglamento, inició la “Reforma de la Atención de la Salud Mental en el Perú”, mediante el Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental, en el cual el cuidado de la salud mental de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, tiene un enfoque territorial (MINSA, 2016).

En el período 2001 se establecen los lineamientos de acción de salud mental y la cultura de paz, que incorpora los aspectos psicológicos como parte de un enfoque integral de la salud de las personas.

En el año 2005, como un hito del proceso se crea la Dirección de Salud Mental, como parte de la nueva estructura de Organización y Funciones del MINSA y de ese modo adquiere la capacidad y el rol de formular las estrategias de salud mental, priorizando la intervención comunitaria.

En el año 2011, la salud mental se incorpora al presupuesto del sector y en el año 2012 se establece según la Ley N° 26892, que todas las personas tienen el derecho a la protección del Estado, así como el derecho a acceder a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental.

En el año 2015, se implementan los primeros centros de Salud Mental Comunitaria, unidades de hospitalización y Hospital de Día. Luego en el año 2016, se emiten los lineamientos para la atención en salud mental a personas afectadas por la violencia en el período 1980 – 2000.

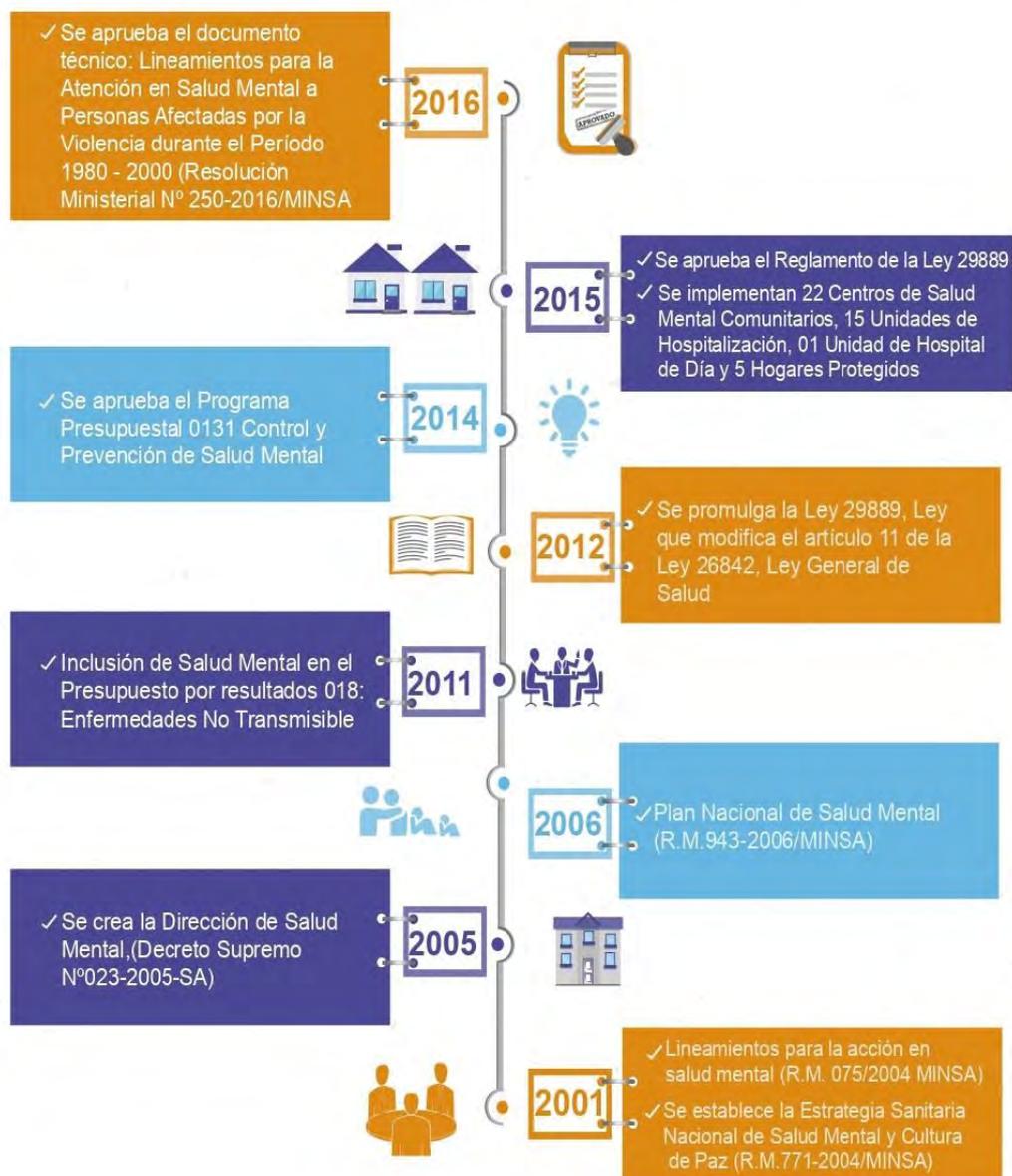
Finalmente, en el año 2017, el Ministerio de Salud, en el año 2017, aprobó la Directiva Sanitaria que establece la conformación de la Brigada Nacional en Salud Mental, a cargo del MINSA, y de las Brigadas Regionales de Salud Mental. Dicho documento, junto con la Guía de Intervención Integral de Salud Mental para prestadores de Servicios de Salud en Situaciones de Emergencias y Desastres, son las herramientas de respuesta en el tema (MINSA, 2009)³⁴. En el gráfico a continuación se describe el proceso temporal desarrollado:

³⁴ MINSA

GRÁFICO N° 5

LÍNEA DE TIEMPO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

LÍNEA DEL TIEMPO DE LOS ACONTECIMIENTOS MÁS IMPORTANTES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL



Fuente: MINSA, 2016

2009 *Guía de intervención integral de salud mental para prestadores de servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres*. Primera edición. Lima: MINSA. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/776_PROM35.pdf

En el cuadro que se presenta a continuación, se recogen las opiniones y percepciones de los diversos actores sociales sobre las acciones de Salud Mental Comunitaria implementadas en el contexto del Fenómeno del Niño en el año 2017:

**CUADRO N° 3:
TIPO DE ACCIONES REALIZADAS, CUMPLIMIENTO Y RESULTADOS POSITIVOS**

Opinión de los actores entrevistados	Tipo de acciones realizadas	Cumplimiento de las acciones	Resultados positivos de las acciones
Se realizó un reconocimiento de las personas más afectadas emocionalmente	4		
Se brindó apoyo humanitario y primeros auxilios psicológicos a la población más afectada	4		
Se hicieron coordinaciones con los representantes de la comunidad y de los sectores	2		
La DIRIS LE cumplió, pero con un alcance limitado porque no contaba con suficientes recursos		4	
La DIRIS LE brindó primeros auxilios psicológicos, pero no todo el personal contaba con las capacidades y experiencia		3	
Se tuvieron que crear normas en plena emergencia porque la estrategia de SMC estaba en transición		3	
Las personas y familias pudieron trabajar el duelo de las pérdidas de espacios y enseres con un fuerte significado simbólico			5
Se pudo identificar la necesidad de preparar al personal más joven y mejorar las coordinaciones con la comunidad			3
Las personas más vulnerables con preexistencia en su salud mental percibieron alivio y soporte emocional			2
TOTAL	10	10	10

Fuente: Elaboración de los autores de la investigación

Las acciones implementadas de la Estrategias de Salud Mental Comunitaria en la emergencia 2017, fueron parte una planificación de las instancias de salud mental del Estado, las que fueron activadas por los COE de la DIRIS Lima Este y también por las organizaciones de respuesta humanitaria. Al respecto, el actor social ELUZ7 declara lo siguiente:

“Bueno, en el año 2017 mi cargo era de coordinadora nacional de la línea de gestión de la Dirección de salud mental (..) Si bien es cierto, yo no intervine directamente en las acciones de intervención y en las acciones de contingencia que hubo en esa oportunidad el año 2017, pero si, en el sentido de que yo estaba a cargo de la línea de gestión y tenía que intervenir en aspectos relacionados a la parte de planeamiento (...) para brindar el acompañamiento de los primeros auxilios psicológicos en crisis, es así que se coordinó con los equipos de los centros de salud de la jurisdicción a fin que puedan, a través de brigadas, a brindar todo el apoyo necesario (...) pues son pérdidas que afectan todo el statu quo de la persona, de la familia, que de un momento a otro se quedan sin nada y son momentos de crisis, de allí que es importante esa contención emocional que brindaron, esos primeros auxilios psicológicos necesarios para que puedan de alguna manera comprender la situación que estaban viviendo”

(Entrevista a ELUZ7, 2022).

En esa línea, el Plan de Intervención en Salud Mental a Damnificados de la Emergencia y Desastre de la Jurisdicción de Vitarte – Chaclacayo y Lurigancho – Chosica 2017³⁵, señala en su fundamentación:

“Toda situación de desastre afecta desde el punto de vista psicológico a la mayor parte de la población, sea en forma directa o indirecta. Aquellos cuya vivienda es destruida o pierden a algún ser querido son afectados directos, mientras lo que sufren los efectos inmediatos del fenómeno, pero no tienen esas pérdidas, son afectados indirectos. Todos ellos pueden manifestar desde síntomas psicósomáticos (...) hasta síntomas de índole emocional, tales como dificultades para dormir, estrés, conflictos en su vida de relación familiar, irritabilidad en el trabajo, necesidad de beber alcohol en exceso o tomar

³⁵ RED DE SALUD LIMA ESTE METROPOLITANA

2017 *Plan de Intervención en Salud Mental a Damnificados de la Emergencia y Desastre de la Jurisdicción de Vitarte – Chaclacayo y Lurigancho – Chosica*. Dirección de Red de Salud Lima Este Metropolitana.

psicofármacos. Los niños pueden retomar conductas superadas como mojarse en la cama (...) tener pesadillas (...). Son conductas normales ante una situación inesperada de gran impacto producida por una amenaza natural” (DIRIS Lima Este, 2017:3).

En esa perspectiva, el Plan mencionado se propuso como objetivo brindar soporte socio emocional y promover la salud mental de la población afectada por la emergencia y desastre ocasionados por los huaycos e inundaciones, estableciendo como población objetivo la población damnificada y afectada de la jurisdicción de Lurigancho – Cieneguilla- Chaclacayo y Chosica.

Una de las primeras acciones realizadas, fue el reconocimiento del terreno. Al respecto, los actores sociales opinaron que cuando ocurrió la emergencia no se contaba con información suficiente sobre la situación social de la población de manera diferenciada y en los grupos más vulnerables (niñas, niños, gestantes etc.) ni existían los recursos humanos y logísticos suficientes para responder de una manera oportuna, amplia y pertinente a la población afectada.

Sin embargo, la falta de información social previa y continua sobre la población, en especial sobre el estado de la salud mental de las personas más vulnerables es crucial en un abordaje comunitario en una situación de emergencia, dado que al transitar de un enfoque individual a una comprensión de carácter psicosocial, se requiere de una conocimiento sobre las características, condiciones de vida, sistemas de creencias, organización social y liderazgo de la población para poder implementar las herramientas de la salud mental comunitaria que se apoyan en las familias y en la comunidad.

Estas percepciones coinciden con los hallazgos del Estudio de Sistematización de las Buenas Prácticas Comunitarias para el Fortalecimiento Socio Emocional de los Operadores de Salud Mental en Emergencias y Desastres de Centros de Salud Mental Comunitarios y Centros de Salud (MINSA-OPS, 2017), del cual es posible recoger el siguiente testimonio:

“Frente a una situación de emergencia o desastre teníamos previstos los planes de contingencias (...) sin embargo una vez que se dieron los hechos encontramos que el número de psicólogos era una debilidad, que si bien había

personal entrenado como el equipo del Hospital Herminio Valdizán, no todos o todas tenían el mismo nivel de experiencia y por último la parte administrativa no logro responder a los requerimientos logísticos en la dimensión requerida, siendo el transporte la principal limitación para los equipos de salud mental comunitaria” (Coordinadora de Salud Mental Lima Este, 2017).

Sin embargo, aun dentro de estas limitaciones, es importante resaltar que las primeras acciones de respuesta que los sujetos de derechos reportan, consisten en un mapeo de las necesidades de las personas y las familias, y un acercamiento en el terreno, para conocer quiénes eran, dónde se encontraban y que tipo de impacto emocional presentaban.

Mapear las necesidades de las personas y las familias, es fundamental, porque permite delimitar con claridad, el conjunto de acciones que, de manera conjunta, ayudarán a responder a las necesidades de las personas. Estar en el terreno de la intervención ayudó a constatar la forma de cómo se ejecutan las diferentes intervenciones, la forma de cómo participan los diferentes actores, así como también, precisar la relevancia de las actividades desarrolladas. Y junto a ello, conocer quiénes eran, dónde se encontraban y que tipo de impacto emocional presentaban, para de ese modo determinar, las estrategias más pertinentes, de acuerdo a cada situación o incluso ya en la ejecución, si seguir en la misma línea o re direccionar para lograr alcanzar las metas esperadas.

Al respecto, 4 de los 10 actores sociales entrevistados manifestaron que una de las acciones principales al iniciar la respuesta frente a la emergencia fue realizar un reconocimiento del territorio. Sobre esta situación el entrevistado ENUÑ4, expresa lo siguiente:

“(…) activamos nuestro equipo de COES y dividimos nuestros equipos multidisciplinarios se llaman ahora, con psiquiatras, psicólogos y enfermeras que, muchos de ellos, tenían ya experiencia en emergencias y desastres, como el terremoto de Pisco (...) Entonces, nos dividimos en los equipos, los que tenían mayor experiencia capacitaron a los que no tenían tanta experiencia en primeros auxilios psicológicos y nos dividimos en brigadas (...) En ese entonces fuimos asignados a varios Asentamientos Humanos: Campanillas, Santa María, Puente Caracol, Cantutita y el 27 de junio. Era todo lo que abarcaban nuestras brigadas.

Nuestra labor, el primer día, fue identificación de casos. ¿Qué quiere decir? Teníamos que ver quiénes eran personas con diagnósticos pre existentes, unos con diagnósticos de patologías o trastornos de salud mental para asegurarnos de que continúen recibiendo su tratamiento ¿no? Y, además, identificar a los damnificados que habían sido afectados, digamos, más afectados para realizar la atención de primeros auxilios psicológicos”
(Entrevista a ENUÑ4, 2022).

Igualmente, al lado de las primeras acciones de contención, la tarea central de las brigadas fue realizar un reconocimiento del impacto de la emergencia, tal como lo relata el entrevistado ELIM6, quién tiene 20 años en el sistema de salud:

“Frente a diversos eventos. tenemos una Brigada de Emergencias y Desastres a través del COE (...) somos parte implícita porque el trabajo es comunitario (...) íbamos previamente a hacer el reconocimiento para saber cuántos albergues de damnificados estaban organizados o no, con quién teníamos que contactarnos el día que íbamos a ir a hacer la intervención (...) De hecho, dentro de las líneas de trabajo que nosotros tenemos actualmente, por un lado, era fortalecer competencias en el personal de salud ¿no? equipos de salud mental del primer nivel de atención que se llama que son médicos generales, sicólogos, enfermeras, obstetras, trabajadoras sociales en temas de salud mental”
(Entrevista a ELIM6, 2022).

Otra de las acciones significativas de la estrategia de Salud Mental Comunitaria, consistió en activar intervenciones basadas en los primeros auxilios psicológicos o el tratamiento especializado, según los casos aplicando las técnicas y procedimientos de las guías y protocolos propios de un modelo de respuesta que incorpora a las familias y la comunidad, como la unidad de intervención, basada en los conceptos de la participación y la gestión participativa que articula las acciones del modelo de Salud Mental Comunitaria.

A pesar de las dificultades antes señaladas, la perspectiva comunitaria de la salud mental, asumida en la respuesta frente a la emergencia, residió en la incorporación del enfoque psicosocial de la salud mental, que aporta una dimensión subjetiva a los procesos sociales y viceversa, de tal manera que

permite comprender de una forma integral los procesos de cambio social y las relaciones interpersonales y grupales.

Al respecto, 4 de los actores sociales entrevistados, señalan que, luego que fueron identificadas las personas y las familias más afectadas recibieron de parte del Estado o de las organizaciones humanitarias, primeros auxilios psicológicos individuales o grupales, que fueron coordinados con los representantes de los albergues y otras organizaciones sociales, en un contexto donde la sinergia entre las instituciones, no siempre fue articulada.

Sobre los primeros auxilios psicológicos, la entrevista a ELAD5, permite conocer el trabajo que realizaron de manera complementaria a la DIRIS Lima Este, las organizaciones humanitarias de Iglesia:

“Lo que primera se brindó junto con el equipo de atención fue la parte de contención ¿no?, porque eran familias, allí no sólo el afectado no era solo una persona, eran familias enteras que habían perdido todo ¿no? Nos hemos dividido ¿no? Íbamos un psicólogo, una trabajadora social ¿no? y otro profesional respectivo a la problemática, como es un ingeniero y del área de emergencia y desastre. Y tocábamos la puerta para ver si nos dejaban ingresar, para poder verificar el daño. Y a partir de allí se hacía la evaluación, de la parte mía, de la parte psicológica, entrevista, el diálogo o la escucha activa y dar el soporte emocional”

(Entrevista a ELAD5, 2022).

Los primeros auxilios psicológicos también se implementaban en los albergues que eran las viviendas temporales para las familias que habían perdidos sus casas y sus enseres o corrían el riesgo de nuevas inundaciones, tal como lo relata el actor EANN2 acerca del trabajo de las organizaciones humanitarias:

“Era la directora de dignidad humana de la Pastoral Social de Caritas y recibimos el encargo del Obispo para organizarnos para ayudar a la gente (..) algunas hermanas iban a los campamentos y los módulos, los organizaron para hacer misas, organizaron charla y se brindaban apoyo psicológico; algunas charlas de orientación y de soporte emocional. También, estuve allí, digamos, en la parte de apoyo psicológico, mental. Había también las coordinaciones, en este caso, con la

municipalidad y la DISA, para que desde, para que ellos le dieran, por ejemplo, un soporte en todo lo que era el trauma que habían generado los eventos”
(Entrevista a EANN2, 2022).

La declaración del actor social EANN2, se corrobora con los testimonios recogidos en el Estudio de Sistematización de las Buenas Prácticas Comunitarias para el Fortalecimiento Socio Emocional de los Operadores de Salud Mental en Emergencias y Desastres de Centros de Salud Mental Comunitarios y Centros de Salud (MINSA-OPS, 2017), entre los que es pertinente mencionar el testimonio de una profesional con 30 años de experiencia:

“(…) soy responsable de salud mental de la micro red 1 de Chosica, y tengo 30 años de experiencia como psicóloga. Durante el desastre lo que me tocó fue brindar ayuda emocional (...) Comprendo de que se trata porque en el año 87, los huaycos se llevaron mi casa por completo. Durante mi participación vi cuadros de miedo, depresión, ansiedad muy intensos, y fue de mucha ayuda confiar en la capacidad que tienen las personas para recuperarse. Aun dentro de la desesperación, nuestro trabajo consistió en avivar esa fuerza interna que todos tenemos y la fuerza reparadora que tienen las familias” (Responsable de la Micro Red Uno – Chosica. Lima Este, 2017).

Finalmente, de manera transversal a la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria es posible constatar a través de los actores entrevistados la participación de la comunidad y las familias y sus líderes sociales, en el proceso de reconocimiento del terreno y el mapeo de las necesidades de las personas más afectadas, así como en las acciones de contención, primeros auxilios psicológicos, entre otros.

Al respecto, los documentos revisados para la presente investigación señalan que, la “Salud Mental Comunitaria” (SMC) es una estrategia de intervención basada en la participación, que le otorga un rol colaborativo a los actores sociales (Velásquez, 2007).

Así, el Ministerio de Salud define a la salud mental comunitaria como:

“La salud mental comunitaria consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza las relaciones de inequidad y dominación (...) Todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad” (AMARES, 2006:20).

Por ello, como lo señala la OPS y el IASC, que en contextos de emergencia y desastre, un modelo de atención y respuesta basado en un enfoque de salud mental comunitaria, tendrá una mayor probabilidad de efectividad, debido a que son los aspectos culturales, como sistemas de creencias, patrones de comportamiento y prácticas, los que definen o condicionan la capacidad de respuesta, resiliencia y recuperación de las personas ante eventos como un terremoto, un tsunami, un huayco o algún otro desastre (PAHO, 2012).

Así mismo, sobre el trabajo realizado con los líderes comunales y las organizaciones sociales, los entrevistados señalan, según la declaración del actor ENUÑ4:

“Bueno el COES es el Comité de Emergencias y Desastres, nosotros en el hospital tenemos nuestra célula de COES, por así decir. que tiene equipamiento para las emergencias, que tiene insumos y que tiene alimentos, medicinas etc. Bueno, tratamos de organizarnos lo más que se pudo, pero era complicado. Había muchas cosas que dificultaban el trabajo ¿no? (...) pero muchos benefactores de la ciudad de Lima simplemente decidieron ir con sus camiones por su cuenta y repartir víveres y cosas a las personas que después no se movilizaron a los campamentos de concentración (...). Entonces hubo mucha gente que estaba dispersa. Algo que nos ayudó mucho fue contactar directamente a los representantes comunales porque ellos nos dieron la lista de empadronamiento” (Entrevista a ENUÑ4, 2022).

La entrevista realizada con el actor EBRA3, corrobora la información anterior:

“Lo que hicimos fue coordinar con las parroquias que era el primer contacto que se tenía a la mano que es una de las fortalezas de la diócesis, tener las parroquias como redes lo que permite hacer llegar la información de la población, o sea las necesidades que tiene la población porque la población recurre muchas veces a la parroquia, no solamente a las parroquias sino también, en la sociedad, a los centros cristianos, aparte también, las organizaciones vecinales. Iniciamos con las parroquias que eran nuestra fortaleza; identificamos a las familias y empezamos a hacer un tema, en la primera, nosotros mismos como institución, aparte que nos llegaba la información de las iglesias, de poder ver específicamente cuáles son los problemas para poder nosotros brindar la ayuda a las familias” (Entrevista a EBRA3, 2022).

Sin embargo, aun cuando los COE de la DIRIS Lima Este y las organizaciones comunitarias, se propusieron involucrar a los líderes comunales y a la población, también es posible constatar que la respuesta no llegó a todas partes ni a todas las personas afectadas.

Al respecto, se recoge el testimonio de la Señora Aida, de la zona de Carapongo en Chosica Representante del Albergue Los Álamos, que declara lo siguiente: (continúa en la siguiente página)

“Cuando ocurrió el desborde del río y los huaycos yo vivía con mis 2 hijos todavía chicos en la zona de Carapongo en Chosica y el agua se llevó todo, nos quedamos con la ropa que teníamos puesta y sin nada para comer o para abrigarnos.

Por la ubicación de nuestra casa, nadie nos hacía caso y no teníamos ninguna ayuda de salud, de la municipalidad o del gobierno (...) caminando, caminando, con la desesperación de no tener que darle de comer a mis hijos me encontré con los voluntarios de Caritas y los reconocí por su “chalequito”. Ellos nos ayudaron y yo empecé a organizar a mis vecinas y me nombraron Representante del Albergue Los Álamos. Por eso, me quede con ese nombre y me llamaban Aída Álamos por el nombre del albergue.

Yo ya tenía cáncer y no podía atender mis problemas con mi salud, ni hacerme ver, pero saqué fuerzas, para hacer una olla común y seguir peleando para que la municipalidad nos dé una carpa, pero quemaban mucho y Caritas nos cambió eso por unos módulos de madera, y recibimos ropa, comida, terapia psicológica, charlas y con ellos aprendimos a pelear por nuestros derechos.

Lo que pasa, es que cuando empezó a llegar la ayuda, los más vivos y que tenían sus contactos se aprovecharon y trajeron personas que nunca habían vivido en Chosica y recibían alimentos, carpas y hasta el gobierno les dio un bono y a nosotros nada, por eso había que pelear sino nos dejaban sin nada.

Nunca vimos algo que pudiera ser una ayuda psicológica de la posta o del hospital de salud, nosotros solitas nos organizamos y creamos la Asociación Sembrando Esperanza, y hasta ahora no tenemos agua o luz, pero si tenemos una olla común, porque aprendimos lo que es la “resiliencia” no dejarnos vencer, esperando que algún día nos reubiquen, pero las mafias de los terrenos se apropian de los lugares.

Yo diría, mi consejo si pasara algo de nuevo, no hablar con los dirigentes, hay que hablar con la gente con los pobladores para saber quién necesita la ayuda”

(Testimonio de la Sra. Aída, Representante del Albergue Los Álamos, 2022).

El testimonio de la Sra. Aída, Representante del Albergue Los Álamos, permite inferir lo siguiente:

- La percepción de la intensidad de la emergencia definida como una situación donde se pierden los referentes de protección y se pone en riesgo la seguridad de la familia, frente a lo cual las instituciones del Estado que tienen por mandato activar una respuesta oportuna no logran hacerlo o responden de manera desigual:

“Cuando ocurrió el desborde del río y los huaycos yo vivía con mis 2 hijos todavía chicos en la zona de Carapongo en Chosica y el agua se llevó todo, nos quedamos con la ropa que teníamos puesta y sin nada para comer o para abrigarnos (...) por la ubicación de nuestra casa, nadie nos hacía caso y no teníamos ninguna ayuda de salud, de la municipalidad o del gobierno”

- Así mismo, se constata en el testimonio de la Sra. Aída que lejos de asumir una posición pasiva siendo damnificada busca alternativas hasta encontrarlas, lo que constituye una experiencia de afectación emocional que encuentra una salida de sanación apoyada por una organización humanitaria:

“(…) caminando, caminando, con la desesperación de no tener que darle de comer a mis hijos me encontré con los voluntarios de Caritas y los reconocí por su “chalequito”. Ellos nos ayudaron y yo empecé a organizar a mis vecinas y me nombraron Representante del Albergue Los Álamos”.

- En coincidencia con las opiniones de actores sociales entrevistados respecto que La DIRIS Lima Este cumplió con activar la estrategia de Salud Mental Comunitaria con un alcance limitado, porque no contaba con suficientes recursos, la Sra. Aída expresa la manera como aprendieron a “pelear por sus derechos”:

“Yo ya tenía cáncer y no podía atender mis problemas con mi salud, ni hacerme ver, pero saqué fuerzas, para hacer una olla común y seguir peleando para que la municipalidad nos dé una carpa, pero quemaban mucho y Caritas nos cambió eso por unos módulos de madera, y recibimos ropa, comida, terapia psicológica, charlas y con ellos aprendimos a pelear por nuestros derechos”.

- Igualmente, el testimonio de la Sra. Aida hace posible constatar que, si bien los COE de la DIRIS Lima Este, implementaron una estrategia de Salud Mental Comunitaria, el alcance fue desigual y en algunas comunidades, un proceso de resiliencia y empoderamiento y un conjunto de lecciones aprendidas para futuras emergencias, hizo posible la respuesta que comparte la Señora Aída:

“Nunca vimos algo que pudiera ser una ayuda psicológica de la posta o del hospital de salud, nosotros solitas nos organizamos y creamos la Asociación Sembrando Esperanza, y hasta ahora no tenemos agua o luz, pero si tenemos una olla común, porque aprendimos lo que es la “resiliencia” no dejarnos vencer”.

A partir del análisis y la interpretación de la información brindada por los actores sociales en las entrevistas y testimonios, cabe establecer cuáles son los resultados positivos de la Estrategia de la Salud Mental Comunitaria.

Al respecto, según el cuadro de las preguntas integradas, 5 de los actores sociales entrevistados señalan que las personas y las familias, a las que se brindó apoyo desde la estrategia de Salud Mental Comunitaria, pudieron trabajar el duelo de la pérdida de sus espacios y enseres con una fuerte connotación simbólica. Otros 3 de los actores entrevistados expresaron que se pudo identificar la necesidad de preparar al personal con menor experiencia y 2 de los entrevistados comunicaron que, las personas más vulnerables, con preexistencia en su salud mental, percibieron alivio y soporte emocional.

Sobre el particular el actor ELIM6 declara lo siguiente:

“(...) nos organizamos con los dirigentes que estaban a cargo, conocer con cuántos niños teníamos que hacer trabajos (...) cuántos adolescentes jóvenes y adultos y si había personas que necesitaban una atención más (...) si recibían algún tratamiento de salud mental que son los que más se van afectar ya que son los más vulnerables. Y por ello, el personal, lo primero que se hacía era el Triage, es decir, hacer la primera entrevista y detectar los casos que requerían y, claro, con la gente que estaba liderando los albergues allá. Entonces se priorizaba, algunos pasaban a psicología para una intervención individual con una consejería, con una primera ayuda psicológica individual; otros en grupos; otras personas pasaban para psiquiatría para una evaluación y si se requería medicación o necesitaban continuar con su medicación (...) Entonces, mayoritariamente, yo he realizado intervenciones grupales de primera ayuda psicológica que consistía en primero escucharlos en la medida que ellos quieren hablar sin invadir, sin que se sientan forzados a hablar de la situación (...) empezábamos por ahí. Y, si había la necesidad de querer hablar, era posible hacerlo ¿no? entendiendo que cada uno tiene sus límites y hasta dónde quiere decir y contar. Entonces, y con mucha empatía, ya que había mucha gente que naturalmente se quebraba, lloraba al hablar de pérdidas, de mascotas, de sus casas, había mucha gente que incluso había sacado préstamos para, justamente, arreglar sus casas y todo se había ido, no contaban con nada”

(Entrevista con ELIM6, 2022).

En la entrevista precedente es posible identificar dos elementos relevantes respecto de los resultados positivos de las acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria desde la percepción de los propios actores sociales: el acercamiento diferenciado a las personas de acuerdo a su ciclo vital, la detección con los mismos líderes de los albergues acerca de las personas y familias más afectadas y el trabajo del duelo frente a la pérdida de sus enseres con una alta connotación simbólica.

En estas circunstancias, es relevante considerar que estas acciones se realizaron, por personal con una larga experiencia en emergencias y en el sistema de salud, aun cuando existía personal que no estaba capacitado en los Primeros Auxilios Psicológicos, que es una herramienta apropiada para situaciones de emergencia y que puede ser aplicada por personal no especializado.

Luego del análisis y la interpretación realizada, a la luz de opiniones y percepciones sobre las acciones implementadas por la DIRIS Lima Este frente a los efectos del Fenómeno del Niño en el año 2017, es importante resumir que las principales acciones implementadas del Modelo de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, fueron el reconocimiento del territorio y de las familias y comunidades más afectadas, la aplicación de los primeros auxilios psicológicos individuales y grupales, y el involucramiento de los líderes comunitarios y las organizaciones humanitarias locales en todas las acciones desarrolladas.

Al respecto, es oportuno destacar que, a pesar de la alta rotación de funcionarios en el sistema de salud como un problema estructural de los sectores del Estado, existen cuadros de profesionales con un larga presencia y experiencia en salud mental y emergencias como se constata también en las organizaciones humanitarias con presencia en el territorio.

En ese sentido, la investigación realizada permite ponderar que todas las acciones implementadas fueron pertinentes, en el marco de la estrategia de Salud Mental Comunitaria y aun cuando tuvieron un alcance limitado y muchas veces desigual, por motivo de los recursos, las facilidades logísticas y la disposición de equipos de profesionales preparados, establecieron los pasos y la

ruta que la respuesta de salud mental debe seguir en emergencias de alta intensidad desde una perspectiva comunitaria.

En esa línea, es posible afirmar que una de las acciones claves que determinó las oportunidades de respuesta y disminuyó las barreras encontradas, como uno de los factores que permitió la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, fue el reconocimiento del territorio y de las familias y comunidades más afectadas.

Este reconocimiento permite delimitar con mayor claridad las diversas acciones que se deberían aplicar en el terreno, para que realmente respondan a las necesidades de las personas afectadas, identificando la forma como se deben ejecutar las diferentes intervenciones y la manera como pueden participar los diferentes actores sociales a partir de un reconocimiento de quiénes son, dónde se encuentran y cuál es el modo de actuar frente a cada situación, ajustando las intervenciones a los distintos ámbitos o cambios propios de los contextos sociales que siguen una dinámica de aprendizaje continuo para responder a la diversidad.

Es indudable que para hacer posible esta intervención un factor favorable fue el conocimiento previo de al menos una parte de los operadores y activistas humanitarios, que contaba entre otros aspectos con los avances de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria que generó nuevas normas y procedimientos sobre la marcha y en plena emergencia. Un factor limitante fue sin duda la característica estructural de las entidades del Estado de no acumular memoria institucional y no considerar la información de las experiencias previas como un capital de conocimientos y herramientas para futuras emergencias.

Finalmente, reconocidos los factores que hicieron posible implementar las acciones de Salud Mental Comunitaria o las limitaciones en la preparación del personal y de los recursos para emergencias de alta intensidad, cabe resaltar que la existencia de un modelo de respuesta desde una perspectiva comunitaria, partiendo del reconocimiento de las necesidades y problemas de las familias y comunidades afectadas, que incorpora el imaginario y subjetividad de la población afectada, es el mejor camino para brindar soporte emocional en situaciones de emergencias y desastres, que requieren para ser efectivos de la participación y alianza con las propias familias y líderes de la comunidad.

4.2 PERCEPCIÓN DE LAS ACCIONES DE COORDINACIÓN Y ALIANZAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

En esta sección, la presente investigación se propuso analizar la percepción de los principales actores sobre las acciones de coordinación y alianzas estratégicas implementadas por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este en el distrito de Lurigancho – Chosica y de este modo conocer el tipo de coordinación y alianzas realizadas, la manera cómo se construyó los vínculos de confianza, las soluciones que se dieron a las dificultades encontradas y las recomendaciones de mejorar en futuras emergencias. Con esta información se responde de manera directa a la pregunta específica Nro. 2 de la presente investigación.

Para ello, la presente investigación ha recogido a través de testimonios y entrevistas la percepción de lideresas comunitarias, activistas humanitarias de iglesia, psicólogas y psicólogos voluntarios y especialistas de salud mental comunitaria en situaciones de emergencias o profesionales que formaron parte de la respuesta de las Brigadas de los COE de las DIRIS Lima Este a través de los equipos del Hospital Hermilio Valdizan, entre otros, lo que se describe en la sección anterior.

En ese sentido, cabe destacar las alianzas y coordinaciones realizadas en particular con instituciones como la Organización Cáritas del Perú ubicada en Chosica, como referente de la iglesia católica, cuya misión, entre otras, es brindar respuesta humanitaria a las comunidades y familias afectadas ante una emergencia o desastre, las parroquias de Chosica, Carapongo y sus comunidades de activistas y voluntarios que se organizan en equipos de ayuda humanitaria y las organizaciones comunales del Albergue Los Álamos, Albergue 27 de junio – Ñaña y del Albergue Brisas, representadas por lideresas mujeres del lugar. Estos albergues a pesar de su temporalidad, se constituyeron en espacios organizados y liderados por la comunidad para responder a los efectos del fenómeno del Niño.

Para realizar el análisis sobre la percepción de los principales actores sobre las acciones de coordinación y alianzas estratégicas implementadas, es necesario acercarnos a una nueva comprensión de la salud mental que, al incorporar la perspectiva comunitaria expresada a través de las entrevistas realizadas, va más allá de los procesos emocionales y mentales, y se asocia con el concepto de desarrollo humano, que implica una expansión constante de las capacidades individuales y colectivas de las personas. Por lo tanto, supera la perspectiva del desarrollo como la satisfacción de las necesidades básicas, y responde a un objetivo principal que consiste en el derecho al desarrollo continuo de la persona.

Al respecto, el enfoque psicosocial, que forma parte del marco teórico de la investigación, aporta uno de elementos centrales del modelo de la Salud Mental Comunitaria, al incorporar la dimensión social y del entorno en el que se desenvuelven y se relacionan las personas. Desde este enfoque, la comprensión del impacto en la salud mental por efecto de las emergencias y desastres y las estrategias de respuesta, se ubican en una visión holística, en donde las personas construyen y reparan su propia salud mental, de manera individual y colectiva, en el marco de relaciones y comunicaciones interpersonales, comunitarias y sociales.

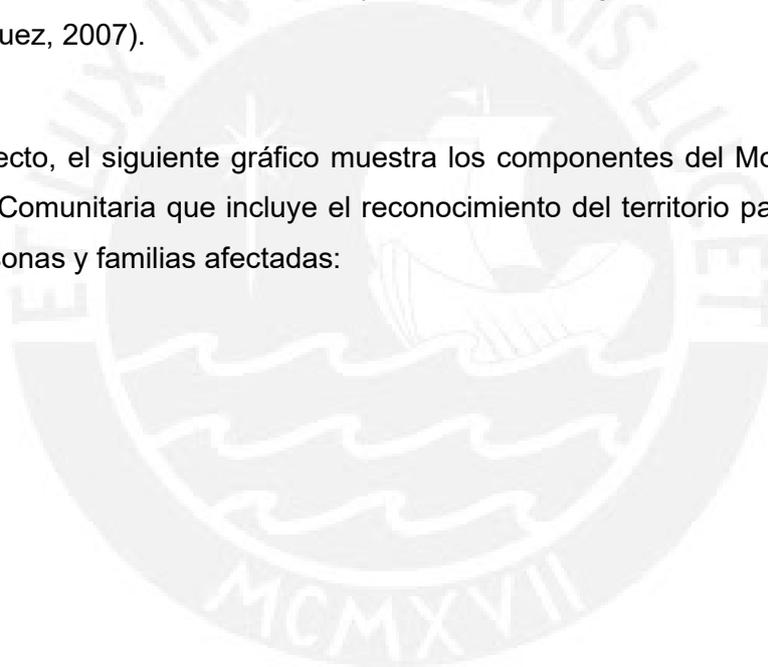
Este es el motivo principal por el cual el modelo de la Salud Mental Comunitaria, busca involucrar, dentro de la respuesta y la prestación de servicios en salud mental, en situaciones y emergencias a miembros de la comunidad, promoviendo y fomentando la corresponsabilidad y los derechos de las personas a través de coordinaciones y articulaciones especialmente con los líderes de la comunidad y de las organizaciones sociales en el terreno.

Es por ello, que la presente investigación, se sustenta principalmente en la participación como un principio de la gerencia social. Al respecto, como se menciona en el marco teórico Patricia Escartín señala que: “la participación comunitaria implica la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir

activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo” (Naciones Unidas, 1981).³⁶

En esa línea, en el desarrollo de la presente investigación, y sobre todo en la presente sección, que trata sobre la percepción que tienen los principales actores acerca de las acciones de sobre las coordinaciones y articulaciones en la implementación de la salud mental comunitaria, se reitera que la gestión participativa, que se sustenta en la importancia y necesidad de concebir al individuo no de manera aislada, sino de manera integral, en toda la complejidad que constituye su tejido social y cultural. En este sentido, la práctica de la salud mental comunitaria no sólo se sustenta en una comprensión distinta de la salud mental tradicional, sino que incluye una metodología de participación activa (Velásquez, 2007).

Al respecto, el siguiente gráfico muestra los componentes del Modelo de Salud Mental Comunitaria que incluye el reconocimiento del territorio para identificar a las personas y familias afectadas:

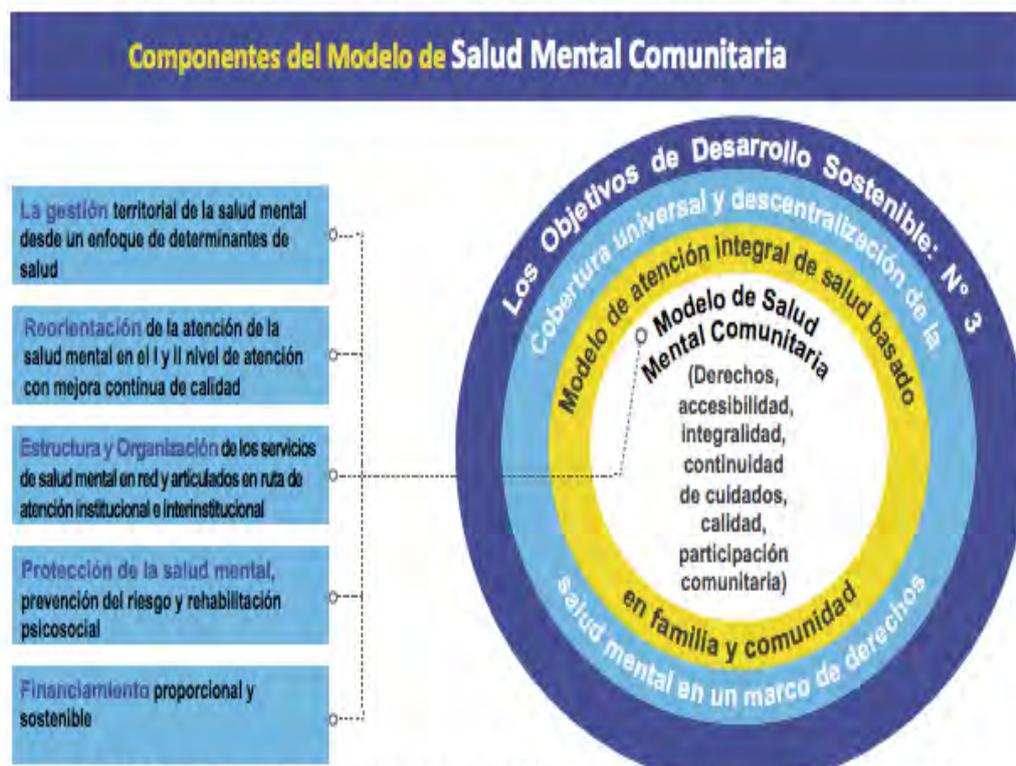


³⁶ Citado en ESCARTINI, Patricia, LOPEZ, Vicky y RUIZ – JIMÉNEZ Juan Luis (2020: 1) En: <https://comunidad.semfyc.es/wp-content/uploads/Comunidad- -La-participacion-comunitaria-en-salud.pdf>

GRÁFICO N° 6

MAPA CONCEPTUAL DEL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Mapa conceptual del Modelo de salud mental comunitaria del MINSA



Fuente: MINSA. Salud mental comunitaria. Nuevo modelo de atención. Boletín de gestión. Año 2016

Fuente: MINSA, 2016

En relación al gráfico precedente, es necesario subrayar la perspectiva comunitaria de la salud mental que se sustenta en una gestión territorial. Al respecto, recurrimos a diversos estudios que han reunido evidencias sobre la influencia en la salud de determinantes claves (Wilkinson y Marmot, 1998). Entre los que es posible mencionar el ingreso y posición social, las redes de apoyo, la educación, el empleo, entre otros factores determinantes en sí mismos o interrelacionados (Canada Health-OPS/ OMS, 2000: 14).³⁷

³⁷ LIP, César y ROCABADO, Fernando
2005 *Determinantes Sociales de la Salud*. Ministerio de Salud. Universidad Norbert Wiener. Organización Panamericana de la Salud.

Otro elemento a considerar, se refiere al cambio de perspectiva respecto de la cercanía de los servicios de salud mental a la población desde una estrategia comunitaria, de tal manera que los establecimientos de salud del primer nivel, incluyan profesionales de salud mental para atender a la población de manera próxima a su comunidad al igual que los establecimientos de salud del segundo nivel. Ambas alternativas desde una perspectiva comunitaria y en coordinación directa con la población, para un mejor conocimiento de la misma, en casos de emergencias y desastres.

Así mismo, un aspecto relevante del gráfico analizado se relaciona con la perspectiva de protección y promoción de la salud mental a partir de la prevención del riesgo y la rehabilitación psicosocial que incorpora una dimensión emocional comprendida desde un marco social de las relaciones humanas.

Finalmente, es importante destacar que el Modelo de Salud Mental Comunitaria además de la accesibilidad en el sentido de reconocer la dimensión emocional como parte de una salud integral reconoce la relevancia de la calidad de los servicios y sobre todo de la participación comunitaria, como una condición para ser efectiva.

En el cuadro que se presenta a continuación, se recogen las opiniones y percepciones de los diversos actores sociales sobre las coordinaciones y alianzas, estrategias para captar la confianza, dificultades y recomendaciones de mejora de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, implementada en el contexto del Fenómeno del Niño en el año 2017:

CUADRO N° 4
PERCEPCIONES DE LOS ACTORES SOBRE LAS ESTRATEGIAS DE
COORDINACIÓN Y ALIANZA CON LAS ORGANIZACIONES

Opinión de los actores sobre las estrategias de coordinación y alianza	Estrategia para captar la confianza con las organizaciones	Cómo se superaron las dificultades para establecer alianzas y coordinaciones	Recomendaciones para mejorar las alianzas y coordinaciones
Presencia inmediata en el terreno de las brigadas del H. Valdizán (COE DIRISLE) y otras organizaciones	5		
Coordinación con las organizaciones humanitarias de iglesia y mapeo de la población	3		
Realización de reuniones con los dirigentes de la comunidad y representantes de los albergues	2		
Empezar por la ayuda humanitaria de alimentos, agua, como un paso previo para la salud mental		4	
Mejorar la información que era insuficiente sobre el nivel de organización de las comunidades afectadas		3	
Preparar a los equipos técnicos con menor experiencia en primeros auxilios psicológicos y trabajo con la comunidad		2	
Disponer de con una mejor información territorial sobre alianzas potenciales y sus fortalezas			5
Contar con personal de salud mental capacitado en trabajo comunitario y resolución de conflictos			3
Fortalecer los espacios de diálogo, negociación y confianza con la población			2
TOTAL	10	10	10

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación

Las acciones de coordinación y las alianzas con la comunidad y sus organizaciones fueron parte de una nueva perspectiva y de un plan para dar respuestas a las emergencias y desastres producidas por el Niño Costero, como resultado, entre otros de las lecciones aprendidas en emergencias de años anteriores y por los avances que ya existían sobre el modelo de Salud Mental Comunitaria. Sobre el particular el actor social ELUZ7 expresa lo siguiente:

“Hay que tener en cuenta que el trabajo de salud no es un trabajo solitario (...) si bien es cierto que nosotros somos los responsables de la salud, frente a este tipo de situaciones, hay una serie de determinantes y otros factores donde, justamente, los actores del territorio (pobladores y de las instituciones) donde intervienen son sumamente importantes, entonces, a partir de allí comienzan a articular las acciones, porque no se puede trabajar aisladamente, todos los trabajos tienen que ser en forma coordinada, la articulación territorial, la articulación multisectorial, es una base, es uno de los enfoques y el personal de salud está justamente preparado para trabajar de manera multisectorial, a la cabeza del gobierno local”

(Entrevista a ELUZ7, 2022).

La entrevista precedente permite señalar que, la preparación de las condiciones para dar respuesta a una situación de emergencia de alta intensidad, comprende entre otros aspectos, incorporar en el sistema de salud la dimensión de la salud mental, para hacerla visible en la planificación como un aspecto relevante de la salud, ya sea en el presupuesto, la contratación y preparación del personal en primeros auxilios psicológicos y en una metodología que considere entre sus herramientas fundamentales las alianzas y coordinaciones con la población y sus líderes, desde una perspectiva comunitaria.

En esta perspectiva y en base a la Resolución Ministerial N° 110-2017 MINSA que se aprueba una de las primeras directivas sanitarias que aprueban la conformación de las Brigadas de Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres, lo que permitió entre otro, se elabora el Plan de Intervención en Salud Mental a Damnificados de la Emergencia y Desastre de la Jurisdicción de Vitarte – Chaclacayo y Lurigancho – Chosica 2017, emitido por la Red de Salud Lima Este.

Sobre su ejecución, el Informe del 03 de mayo de 2017 elaborado por el Hospital Hermilio Valdizan, que se activa como uno de los COE de la DIRIS Lima Este, respecto de la zona de Santa Anita, reporta lo siguiente:

“(…) el 21 – 04- 17, se realizó la intervención en salud mental a los damnificados de las zonas de los Asentamientos Humanos: AA.HH. Campanilla; AA.HH. 27 de junio; AA. HH. Puente Caracol; AA. HH. Los Cañaverales y AA.HH. Santa María, lo que incluye un total de 11 albergues: AA. HH. 27 de junio (90 carpas y 300 personas); AA.HH. Campanilla (57 carpas y 200 personas); AA.HH. Cantagallo (9 carpas y 49 personas); AA.HH. (34 carpas y 100 personas); AA.HH. Burga Saldaña (6 carpas y 30 personas); y AA.HH. Luis Bueno (8 carpas y 40 personas), siendo que en la primera fase de reconocimiento de acuerdo a la metodología establecida, se realizó una visita a cinco albergues y se coordinó con los dirigentes de cada zona para informarles de la actividad a realizar y se recogió información sobre el número de damnificados, intervenciones de salud mental previas, asistencia de niños y adolescentes a colegios y el abastecimiento de agua y alimentos” (Hospital Hermilio Valdizan 2017).

Tal como se ha señalado anteriormente, una de las primeras acciones realizadas en la respuesta frente a la emergencia, fue activar la presencia inmediata en el terreno para realizar un reconocimiento del estado de la situación, ya que a pesar que las lluvias, los desbordes y los huaicos son frecuentes en la ribera del río Rimac y ya habían ocurrido desastres previos, las instituciones del sistema de salud y la propia población no contaba con una información territorial ni había promovido una preparación y organización social que pudiera responder a una emergencia de altísima intensidad como la producida por el Fenómeno del Niño del 2017, lo que significa que se tuvo que construir sobre la marcha una relación de confianza con la población.

Al respecto, de acuerdo al cuadro precedente 5 de los 10 actores entrevistados manifestaron que una de las estrategias para ganar la confianza de la población fue activar la presencia inmediata en el terreno, 3 de los actores entrevistados complementa la información declarando que la estrategia fue acercarse y coordinar con las organizaciones humanitarias, porque tenían mayor información sobre la población y 2 de los entrevistados manifiesta que la manera de construir

vínculos de confianza para implementar las acciones de salud mental comunitaria consistió en realizar reuniones con los líderes de la comunidad y con los representantes de los albergues que en algunos casos podían cobijar a 100 familias que no tenían vivienda.

Sobre el particular, el actor entrevistado ENAB1, declara lo siguiente:

“Por la experiencia que tenemos se hizo un mapeo de actores (...) que nos permitió poder observar qué otras instituciones estaban cerca y estaban haciendo algún tipo de labor que ligaba a lo que nosotros estábamos haciendo y encontramos que estaba el Ministerio de Agricultura (...) también S.O.S que son las Aldeas Infantiles que trabajaban todo lo que era acompañamiento psicológico, emocional y emprendimientos, teníamos a CESAL que estaba acompañando todo lo que eran las alertas (...) la Municipalidad (...) y las postas de salud (...) también hubo contacto con las DEMUNA y el Centro Emergencia Mujer y se derivaron algunos casitos”
(Entrevista a ENAB1, 2022).

Otro actor entrevistado, ENUÑ4 corrobora y amplía la información anterior:

“Bueno desde el COE, que es el Comité de Emergencias y Desastres, nosotros en el hospital (se refiere el Hospital Hermilio Valdizán) tenemos nuestra célula de COES, por así decir (...) que tiene equipamiento para las emergencias, que tiene insumos y que tiene medicinas también ¿no? En alimentos, equipamiento y medicinas. Bueno, tratamos de organizarnos lo más que se pudo, pero era complicado. Había muchas cosas que dificultaban el trabajo ¿no? (...) pero muchos benefactores de la ciudad de Lima simplemente decidieron ir con sus camiones por su cuenta y repartir víveres y cosas a las personas que después no se movilizaron a los campamentos de concentración o a las zonas en donde estaban las carpas. Entonces hubo mucha gente que estaba dispersa. Algo que nos ayudó mucho fue contactar directamente a los representantes comunales porque ellos nos dieron la lista de empadronamiento”
(Entrevista a ENUÑ4, 2022).

Estas evidencias a partir de las percepciones y opiniones de los actores sociales tienen una importante relación con los aportes conceptuales de Martha Nussbaum, que forma parte del marco teórico de esta investigación, respecto de las capacidades que las personas pueden desarrollar al involucrarse en la

solución de sus propios problemas de manera individual o colectiva. Al respecto Nussbaum reconoce dos capacidades: la afiliación i) la afiliación y ii) el control sobre el propio entorno.

Sobre la afiliación, cabe destacar al derecho de las personas a desarrollar sus posibilidades y oportunidades de relacionamiento y asociación. Acerca del control sobre el propio entorno, es importante subrayar la dimensión política, que incluye los derechos vinculados con la libertad de expresión y asociación, la participación y la gestión participativa de la ciudadanía.

Al indagar sobre cómo se resolvieron las dificultades o los obstáculos para construir una relación de confianza, 4 de los actores entrevistados declararon que el camino tomado fue empezar por brindar ayuda humanitaria para responder a las necesidades esenciales de la población como alimentos, agua, medicinas, entre otros como un paso previo para identificar y desarrollar acciones orientadas a la salud mental. Así mismo, 3 de los actores entrevistados declararon que se decidió mejorar la información insuficiente sobre el estado de la situación de las comunidades afectadas y 2 de los entrevistados declararon que la estrategia fue ganar una mayor confianza a partir de la capacitación de los operadores en primeros auxilios psicológicos y la forma de trabajar con la comunidad y sus líderes.

Al respecto, el actor ENEN10 manifiesta lo siguiente:

“¿Cómo se llega a la comunidad? (...) una de las cosas que ellos han hecho siempre es trabajar a nivel territorial con Promotores de Salud y también, con Promotores Regionales, los que tienen los gobiernos regionales y gobiernos municipales. Entonces, de esa manera tú te articulas con la comunidad (...) pero si los procesos no quedan escritos, la gente puede tener mucha emoción y mucho interés, pero si no saben, no pueden leer lo que dejó el otro, no pueden hacer cosas innovadoras. Algo que falta, es instrumentalizar la salud mental comunitaria en situación de emergencia por desastres. Si no se instrumentaliza con cosas elementales básicas, como es cuántas sesiones se va trabajar con una comunidad afectada por un fenómeno, sea un terremoto, sea una inundación, sean procesos migratorios críticos, o un problema crítico de Dengue donde se está muriendo gente” (Entrevista con ENEN10, 2022).

En ese sentido, es importante recuperar las percepciones sobre las estrategias de solución para mejorar las alianzas y coordinaciones tanto de parte de la DIRIS Lima Este y el COE de los profesionales del Hospital Hermilio Valdizán y de las organizaciones humanitarias como Caritas y las Parroquias de la Diócesis de Chosica, entre otras, que los llevó a priorizar en sus primeros acercamientos a la población respuestas de ayuda basada en alimentos, ropa, medicamentos, agua y vivienda temporal en los albergues, liderados por representantes de la comunidad, casi siempre sin una experiencia previa.

Por ello, cabe deducir que las coordinaciones y alianzas para el apoyo en la salud mental debieron empezar por la asistencia a las pérdidas materiales y de sobrevivencia básica, como un proceso previo y aceptable para la comunidad, aun cuando el impacto emocional era importante y necesario.

Sobre este aspecto, el actor entrevistado ELAD5, expresa:

“Por la experiencia que ya tiene, ese era el trabajo, entrar, tocar, visitar. Entrar hacia el hogar, hacia la vivienda afectada y poder dialogar. Esa es la primera etapa (...) Hay que conversar primero con el dirigente de la comunidad, o sea, no fuimos a intervenir por intervenir tampoco ¿no? Se realizó primero, el primer contacto es con el dirigente de la comunidad, con el Presidente de la comunidad o la Presidenta de la comunidad, para que ella nos pueda presentar y nosotros podamos tocar las puertas y la comunidad nos conozca. No solo fue Lurigancho-Chosica, fue también en las zonas altas de Huarochirí. Hicimos un trabajo ¿no? o de las autoridades de la comunidad” (Entrevista con ELAD5, 2022).

De este modo, el actor ELIM6, corrobora lo anterior:

“Entonces, estos días previos, que deben haber sido dos o tres días antes servían para que nosotros lleváramos el contingente de personas que debí ir además de los recursos, carpas adicionales que debíamos instalar para la atención y también agua y otras cosas que nosotros podíamos obtener para llegar y brindar la ayuda que requerían ¿no? e iba una comitiva con carros del hospital que, camionetas, Van. En ese tiempo contábamos con una camioneta y una Van, un auto e íbamos con los equipos. Previamente, habíamos hecho el reconocimiento y habíamos tomado contacto con los dirigentes, ya los dirigentes sabían que nosotros íbamos a llegar para hacer la intervención. Ya ellos, los que

estaban en carpas, en albergues fuera de las zonas de peligro en el mismo Chosica, ya nosotros llegábamos al lugar y atendíamos” (Entrevista a ELIM6, 2022).

Finalmente, en relación a las recomendaciones que podrían mejorar coordinaciones y alianzas, 5 de ellos declara que es fundamental disponer de manera previa de una mejor información territorial; en cambio 3 de los actores, señala que es necesario contar con personal capacitado en el trabajo comunitario. Así mismo, 2 de los actores entrevistados consideran que es importante fortalecer los espacios de diálogo y confianza con la población.

Al respecto, es importante conocer el testimonio recogido de la Señora Mirtha, quién asumió el rol de presidenta del Albergue “27 de junio – Ñaña”, que reunía aproximadamente a 100 familias. Tiene actualmente 60 años de edad y un accidente cerebrovascular (derrame cerebral) reciente:

“Cuando ocurrió el desborde del río por este problema del niño, que le llamaron, yo vivía con mi familia en la parte baja del asentamiento humano “27 de junio”, éramos como unas 100 familias y yo vivía con mis 4 hijos, hasta que los pobladores empezaron a decir, se va salir, y se salió el río (...) fue muy feo, a veces solo nos abrazábamos entre nosotros para ver como se caían nuestras casas como naipes, no teníamos nada ni para comer.

Al principio nadie vino ayudarnos, solo las instituciones religiosas fueron las primeras ...había varios días que dormíamos en el suelo, las personas de las parroquias nos empezaron ayudar a traer el desayuno. Cuando vinieron los medios yo empecé a ser como la vocera de mi asentamiento.

Al gobierno ya no les creemos. Nos dieron un bono de 500 soles unas dos veces y de ahí se desaparecieron. Así que ahora nosotros, al menos en mi familia, hemos decidido regresar a donde estuvimos antes, a un cuartito alquilado. Es lo único que tenemos.

Sobre la parte psicológica, todo eso que pasó a mí me afectó mucho los nervios y las consecuencias se ven después con los años, por eso ahora yo tengo un derrame cerebral y ando muy sensible de los nervios. En esa época de las lluvias y la salida del río vinieron algunos psicólogos del Hospital Valdizan y atendían a las personas que se ponían mal, pero yo no participe de eso. Mire le explico, en ese entonces teníamos muchas preocupaciones no sabíamos si íbamos a poder darle de comer a nuestros hijos hasta que después de un tiempo, una niña una jovencita se quitó la vida, se ahorcó y no

sabemos si fue por todo esto, pero esas cosas pasaron. Todo esto, quiere decir que hasta ahora no nos hemos terminado de recuperar”.

(Testimonio de la Sra. Mirtha, Presidenta del Albergue “27 de junio – Ñaña”).

Para comprender el sentido de las afirmaciones de la Sra. Mirtha, en la emergencia en el Fenómeno del Niño Costero, es necesario aplicar el principio de la empatía, en el sentido que señala Paula Escibens de la Organización DEMUS, cuando refiere que: “no se trata únicamente de ponerse en el lugar del otro sino desde el lugar del conocer del otro, para imaginar lo que este podía estar sintiendo y a partir de ahí poder ayudarlo” (Neira, E. y Escibens, P., 2009)³⁸.

Es desde el lugar del conocer y del sentir de la Señora Mirtha, que constatamos de qué manera atraviesa por una experiencia de dolor emocional que se experimenta de manera personal y colectiva, cuando declara:

“y se salió el río (...) fue muy feo, a veces solo nos abrazábamos entre nosotros para ver como se caían nuestras casas como naipes, no teníamos nada ni para comer”.

Más adelante, en este proceso, ante la percepción de la Señora Mirtha que el Estado no las apoyó de manera oportuna y equitativa, se produce un cambio fundamental que modifica su posición de damnificada a un rol de líder con poder y capacidad de actuar sobre la realidad que la afecta y por ello declara:

“(...) al principio nadie vino ayudarnos, solo las instituciones religiosas fueron las primeras ...había varios días que dormíamos en el suelo, las personas de las parroquias nos empezaron ayudar a traer el desayuno. Cuando vinieron los medios yo empecé a ser como la vocera de mi asentamiento”.

Sobre la Salud Mental Comunitaria, la Señora Mirtha, evidencia en su testimonio el acercamiento de las brigadas de los COE de la DIRIS Lima Este a través de

³⁸ NEIRA, Eloy y ESCRIBENS Paula

2010 Salud Mental Comunitaria. Una experiencia de psicología política en una comunidad afectada por la violencia. DEMUS. Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Publicación gracias al apoyo de la Asociación Entrepueblos y Aecid, Womankind y Big Lottery Fund.

los equipos del Hospital Hermilio Valdizán pero que no lograron llegar a todas partes o atender a todos los afectados:

“(...) ahora yo tengo un derrame cerebral y ando muy sensible de los nervios. En esa época de las lluvias y la salida del río vinieron algunos psicólogos del Hospital Valdizán y atendían a las personas que se ponían mal, pero yo no participe de eso (...) hasta que después de un tiempo, una niña una jovencita se quitó la vida, se ahorcó no sabemos si fue por todo esto, pero esas cosas pasaron. Todo esto, quiere decir que hasta ahora no nos hemos terminado de recuperar”.

El testimonio de la lideresa comunal del Albergue “27 de junio – Ñaña” además de la relevancia que tienen las coordinaciones y alianzas para implementar la respuesta frente a una emergencia nos remite a dos situaciones complementarias para el análisis de esta sección de las tesis.

Por un lado, describe a través del relato de la lideresa comunal que la población más vulnerable frente a las situaciones de desastres son las mujeres no por ser mujeres sino porque viven en situaciones de mayores desventajas. Al respecto, un documento del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerable (MIMP, 2016)³⁹ señala que:

“En contexto de emergencia la violencia de género se agudiza y los riesgos a los que se ven expuestas se exacerban, por los siguientes motivos: La calle y los espacios seguros se tornan más inseguros, la satisfacción de las necesidades fisiológicas, muchas veces se realizan en espacios abiertos, alejados sin privacidad o protección, y precariedad de los espacios compartidos por las familiares, implica un mayor riesgo de alguna modalidad de violencia sexual o de violación” (MIMP, 2016:7).

Sin embargo, aun dentro de la precariedad y siendo damnificadas, las propias mujeres asumieron roles de liderazgo y empoderamiento para dar respuesta a los efectos de la emergencia, tal como se desprende del relato de la Presidenta del Albergue las Brisas.

³⁹ MIMP

2016 *Convirtiendo los escenarios de desastre en oportunidades para la construcción de nuevos escenarios de igualdad*. MIMP. Lima.

Luego del análisis y la interpretación realizada, a la luz de los hallazgos sobre la percepción que tienen los principales actores acerca de las acciones de coordinación y alianzas estratégicas, es importante resumir el conjunto de las acciones realizadas respecto de la coordinación y alianzas, las que consistieron en una presencia inmediata en el terreno de las brigadas de salud mental del Hospital Hermilio Valdizan, en su condición de COE de la DIRIS Lima Este, las coordinaciones con las organizaciones humanitarias de iglesia y el mapeo de la población para conocer y decidir las mejores intervenciones a realizar.

Según la investigación realizada, es posible establecer que todas las acciones implementadas fueron pertinentes, en el marco de la estrategia de Salud Mental Comunitaria, aun cuando el alcance de las mismas fue limitado y desigual, en especial por la poca información previa sobre las características de la comunidad y sus niveles de organización y porque no todos los profesionales de salud mental que se hicieron presentes en el terreno, tenían conocimientos y experiencia sobre el trabajo comunitario.

En ese marco, es posible afirmar que una de las acciones claves que constituye un factor que hizo posible la coordinación y las alianzas para implementar la Estrategia de Salud Mental comunitaria fueron las coordinaciones con las organizaciones humanitarias de iglesia y mapeo de la población.

Las organizaciones humanitarias que tienen una presencia prolongada en el territorio y que establecen redes sociales para su organización y funcionamiento, especialmente cuando se trata de iniciativas de las iglesias que desarrollan acciones para el alivio de la pobreza a partir de un empoderamiento de las comunidades más vulnerables, fortaleciendo el liderazgo de las mujeres de la comunidad, cuentan con información y con brigadas de voluntarios que se activan para empadronar a las familias más afectadas de sus ámbitos de intervención. Este conocimiento y cercanía con la comunidad no la tienen otras instituciones públicas o privadas.

Igualmente, es necesario señalar que desde la perspectiva de las organizaciones humanitarias como Cáritas del Perú y las comunidades de activistas y voluntarios de las parroquias y los Albergues representados por lideresas mujeres a la vez damnificadas del evento de emergencia, y de los

propios operadores del COE del Hospital Hermilio Valdizan, existe una percepción positiva respecto de haber puesto en práctica aprendizajes de emergencias previas construyendo relaciones de confianza con la población para hacer posible las acciones de asistencia social y las primeras intervenciones de contención que se describen en esta sección de la tesis.

Por ello, fue muy pertinente que, al presentarse la emergencia del Niño Costero, las Brigadas de salud mental del Hospital Hermilio y forman parte del COE de la DIRIS Lima Este, establecieran coordinaciones y alianzas con las organizaciones humanitarias de iglesia, para recoger la información disponible, mejorar el nivel de confianza con la población y sumar esfuerzos para asumir dos acciones esenciales: brindar ayuda humanitaria con alimentos, agua, ropa, entre otros y desarrollar acciones de contención y primeros auxilios psicológicos.

Para hacer posible esta intervención un factor favorable fue la experiencia y conocimiento de una parte de los operadores y actividades humanitarios sobre la necesidad de actuar construyendo puentes con la comunidad, sus líderes y organizaciones a partir de emergencias anteriores que evidenciaron que el único y el mejor camino para que las intervenciones comunitarias sean efectivas y legítimamente reconocidas, se requiere involucrar y actuar de manera conjunta con la población organizada.

Un factor por cierto limitante, fue la ausencia de protocolos y procedimientos específicos que orienten en una emergencia de alta intensidad, cuáles son los pasos, estrategias y la metodología a seguir para establecer comunicaciones, reuniones de trabajo, planificación comunitaria, fortalecimiento del liderazgo, negociaciones y soluciones ante situaciones de controversias y conflictos, y sobre todo como actuar en escenarios distintos y diversos, incorporando una perspectiva intercultural y de género, en la medida que muchas mujeres damnificadas asumieron el rol de líderes de los albergues de personas y familias afectadas.

En ese sentido, cabe retomar las opiniones comunicadas en las entrevistas realizadas en las cuáles se expresa que para mejorar las alianzas y coordinaciones es necesario fortalecer las acciones para mejorar y actualizar la información sobre la población, sus características y necesidades desde un enfoque territorial, sus oportunidades y riesgos socio naturales. Así como,

mejorar las capacidades y herramientas de los operadores de salud mental que faciliten la negociación, los planes y las intervenciones con la población ante una emergencia.

Finalmente, reconocidos los factores que hicieron posible la coordinación y alianzas para hacer posible la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria o las limitaciones por la ausencia de recomendaciones y protocolos específicos y la poca experiencia de trabajo con la comunidad, es importante destacar el papel de las mujeres lideresas de la comunidad, que tuvieron un rol gravitante en la recuperación del impacto de la emergencia.

Al respecto, y desde una lectura prospectiva pensando en las recomendaciones de futuro, es oportuno recurrir a un documento de ONU Mujeres (2019)⁴⁰ que señala que, las situaciones de emergencias, así como tienden a perpetuar las desigualdades de género, también pueden abrir ventanas de oportunidad en la construcción de capacidades y el cambio de actitudes hacia las mujeres.

En ese sentido, para futuras emergencias es fundamental fortalecer la incorporación en las coordinaciones y alianzas a las mujeres que de acuerdo a la información recogida asumen en estas situaciones como el Fenómeno del Niño Costero, su propia sanación y la de sus familias, movilizándolo a sus pares y a la comunidad para responder a la adversidad

4.3 PARTICIPACIÓN DE LOS REFERENTES FAMILIARES Y COMUNALES INMEDIATOS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

En esta sección, la presente investigación se propone analizar la percepción de los principales actores sobre la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos, la manera como se involucraron las diferentes organizaciones para alentar dicha participación, las situaciones específicas en las que participaron las familias y la comunidad, en las acciones de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria implementadas por la Dirección de Redes

⁴⁰ ONU MUJERES

2018 *Respuesta Humanitaria con Enfoque de Igualdad de Género: Liderazgo y participación de las mujeres como elementos clave para una acción integral y efectiva en desastres y emergencias.* Oficina de ONU Mujeres México.

Integradas de Salud de Lima Este en el distrito de Lurigancho - Chosica. Con esta información, se responde manera directa a la pregunta N° 3 de la presente investigación.

Para ello, la presente investigación ha recogido a través de testimonios y entrevistas la percepción de lideresas comunitarias, activistas humanitarias de iglesia, psicólogas y psicólogos voluntarios y especialistas de salud mental comunitaria en situaciones de emergencias o profesionales que formaron parte de la respuesta de las Brigadas de los COE de las DIRIS Lima Este a través de los equipos del Hospital Hermilio Valdizan, entre otros, lo que se describe en la sección 4.1.

Para realizar el análisis e interpretación de los hallazgos sobre la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos en la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, es necesario volver a situarse en el contexto del Fenómeno del Niño Costero del año 2017, afectó a más de un millón y medio de personas y 270 mil damnificados, además de un importante número de fallecidos y desaparecidos (INDECI, 2017).

Este episodio de alta intensidad, impactó manera significativa a las familias y comunidades de la zona de Lurigancho – Chosica, cuyas viviendas están situadas en la ribera del río Rímac en un valle angosto rodeado de cerros que erosiona con frecuencia provocando huaycos y desbordes de barro y agua que en el año 2017, afectaron las casas, los servicios de agua y luz, las comunicaciones, en especial de los sectores más pobres de la zona, así como en la salud mental de las familias y la comunidad, activando la respuesta del sistema de salud y otros sectores del Estado, así como de las organizaciones de ayuda humanitaria nacionales e internacionales.

Para continuar con el análisis de la participación familiar y comunal, es necesario partir de la situación de la salud mental en el país, que de acuerdo a la información recogida permite constatar que existe desigualdad en el acceso, la prevención y la atención de los servicios de salud mental como una condición estructural, previa a la ocurrencia de sucesos de emergencias y desastres. A esta condición, se agrega la experiencia de las inundaciones y los huaycos que

tuvieron una alta intensidad en el caso del Fenómeno del Niño del año 2017, con un impacto psicológico considerable.

En este contexto, la estrategia de la Salud Mental Comunitaria, además de ser una respuesta al efecto traumático y postraumático de la emergencia vivida, se propone involucrar a las propias personas afectadas, de tal manera que las familias y la comunidad brinden el soporte, la organización y los vínculos afectivos y sociales que pueden ayudar a las personas afectadas a superar los efectos emocionales de la pérdida de sus referentes, que representan elementos de su inclusión y pertenencia a una comunidad y sociedad. En esa línea, un elemento vertebral de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, es la participación desde una perspectiva comunitaria.

Al respecto, Laura Mota⁴¹, en su publicación sobre el capital social asociado a la participación, señala:

“El objetivo final del desarrollo tiene que ver con la ampliación real de las oportunidades de las personas, para desenvolver sus potencialidades, lo que implica crear capital humano y capital social. El capital humano, tiende a mejorar el perfil de la población (educación, salud, nutrición) mientras que el capital social considera relevante que las decisiones se tomen en el ámbito local, se interesa por fomentar la participación de los actores e incluso busca asignar recursos públicos a proyectos elaborados por los interesados de acuerdo a su percepción”
(Mota, L.,2002 :39).

Esteban Encina, en su tesis sobre Participación y Salud Comunitaria⁴², desarrolla el concepto de participación comunitaria como una doble inclusión. Para ello, parte de la idea que la participación comunitaria deviene de la definición de las organizaciones comunitarias, que es el único sistema social, según la autora, desde el cual es posible operar este tipo de participación. La organización

⁴¹ MOTA, Laura

2002 *El Capital Social: un paradigma en el actual debate sobre el desarrollo. Tendencias y problemas*. Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. IX. N°25 Setiembre / Diciembre 2002
En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701779&orden=306951&info=link>

⁴² ENCINA, Esteban

2015 *Salud Mental y Participación Comunitaria. Análisis de la Participación en Organizaciones Comunitarias y su relación con el bienestar / malestar*. Universidad de Chile.

comunitaria para tal efecto tendría que reunir al menos tres características: i) orientación doble inclusiva ii) territorialidad y iii) voluntariedad.

“La doble inclusión, se refiere a las operaciones de las organizaciones sociales comunitarias que están orientadas al tratamiento de la exclusión social de sus miembros a través de la inclusión en sus propias organizaciones. La territorialidad, delimita las operaciones de la participación en una determinada ubicación geográfica, tanto en sus relaciones interpersonales como en la interacción de sus redes más significativas. La voluntariedad, define a las organizaciones sociales destacando que ni la adscripción ni la retribución por la participación están mediadas por un pago pecuniario” (Encina, E., 2015:78).

El tema de la inclusión social asociado a la participación, nos permite abordar la perspectiva de las redes sociales que se activan de manera significativa en situaciones de emergencias y desastres. Al respecto, Claudia Deitos, en su artículo denominado “A perspectiva de rede social na terapia familiar” (2001)⁴³, recoge la definición de Giongo, que señala que “una red social puede ser entendida como un grupo de personas, significativas unas para otras, que al realizar intercambios ente sí y con otros grupos significativos, puede optimizar los recursos que poseen” (Giongo, 2000).

La autora, sostiene que esta definición, contiene tres categorías articuladas entre sí: relación, solidaridad y autonomía. Tomando como metáfora, la red de pescar, cada hilo necesita estar conectado a otro hilo en una trama constante (relación) y tener la posibilidad de contar con el apoyo de otros hilos con los cuales se complementa (solidaridad) a la vez que cada uno de esos hilos tiene la capacidad de actuar por sí solo y de manera independiente, de acuerdo a sus intereses y necesidades (autonomía).

Esta explicación, subraya la autora, implica que hablar en relación en la comprensión de la participación comunitaria, significa que siempre hay más de un elemento, una persona vinculada con otras personas, sistemas que se

⁴³ DEITOS, Claudia

2001 *A perspectiva de rede social na terapia familiar*. Revista Pensado Familias N° 3. Publicación Científica editada por el Centro de Terapia de Pareja y Familia (Traducción del portugués al castellano por los autores de la tesis).

articulan con otros sistemas y que no pueden ser comprendidos de manera aislada o separada.

Al revisar otras investigaciones que forman parte del marco teórico de la presente investigación, encontramos que, Rafael Sulca (2016)⁴⁴ en la tesis sobre la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso, subraya que un enfoque de la salud mental que: “garantice una genuina participación, descentralización y un trato equitativo en cada lugar y comunidad donde se interviene, implica incorporar la salud mental como parte de los esfuerzos por erradicar la pobreza y la inequidad, lo que supone formular propuestas que incluyan una consideración del otro, de su cultura, de su ambiente desde una perspectiva de igualdad” (Sulca, Rafael.,2016: 76).

Por otro lado, Carmen Zurita (2014)⁴⁵ en la tesis para obtener el grado de Magister en Psicología Comunitaria por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), sobre los Indicadores de Cambio de Salud Mental Comunitaria en Personas Afectadas por Violencia Social en Contexto Pos- Conflicto Armado Interno en Ayacucho, señala como lo refiere el MINSA (2012) que: “para garantizar el cumplimiento de la salud mental como un derecho es necesario vincular la salud mental con la realidad de cada persona y las relaciones que tiene con su entorno (familiar, social y comunitario), ya que este impacta también en su salud mental” (Zurita, C., 2014).

Las referencias anteriores, nos permiten señalar el proceso que la estrategia de salud mental comunitaria ha seguido en el contexto latinoamericano y el contexto nacional, para incorporar la perspectiva comunitaria.

Este panorama ha evidenciado, la necesidad de pasar de un paradigma de atención centrado casi exclusivamente en el hospital psiquiátrico, caracterizado

⁴⁴ SULCA, Rafael

2016 *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso*. PUCP.

⁴⁵ ZURITA, Carmen

2014 *Indicadores de Cambio de Salud Mental Comunitaria en Personas Afectadas por Violencia Social en Contexto Pos- Conflicto Armado Interno en Ayacucho*. PUCP.

por la alta demanda de recursos a un paradigma cuyo foco de atención sea la atención ambulatoria, con seguimiento comunitario (Bruni, 2016).

En este sentido, la OMS/OPS ha encauzado su trabajo en las últimas décadas en la promoción y apoyo a los Estados para la creación y fortalecimiento de sistemas de atención en salud mental comunitaria, orientada a la reducción de las disparidades en el tratamiento de trastornos y enfermedades mentales, así como aquellos asociados a causas de tipo más coyuntural, como es una emergencia, que afectan a las poblaciones más vulnerables y excluidas.

En el Perú se han visto, interesantes avances, relacionado a la Salud Mental Comunitaria. De acuerdo a Tesania Velásquez (2016):

“Los hitos más importantes han sido la aprobación del Reglamento de la Ley N° 29889, que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental con un enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad en los diferentes niveles de atención, la creación de centros comunitarios de salud mental con el objetivo de que las personas con trastornos mentales se reinseren en sus familias y comunidades, el cierre definitivo del Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (Cremi) y la implementación de la formación en salud mental para el personal del primer nivel de atención de salud” (Velásquez, T., 2016).

A continuación, se presenta un gráfico que describe los principales hitos de la política de salud mental comunitaria y de la política en emergencias y desastres, que deviene en la creación de brigadas en situaciones de emergencias y desastres, cuyas intervenciones están basadas en los primeros auxilios psicológicos o el tratamiento especializado, a partir de un modelo que incorpora a las familias y la comunidad, como la unidad de intervención.

Tal como se describe en el gráfico mencionado, entre el 2001 y el 2004, se establecen los Centros de Operaciones de Emergencias del Sector Salud (COE MINSA) que tiene la responsabilidad de monitorear las emergencias y desastres. En el 2005, se reconoce la constitución de Brigadas de Salud Mental. En el año 2016, se norma la atención en salud mental a las personas afectadas por la violencia en el período 1980 – 2000. Finalmente, en el año 2017 se consolida la

conformación de Brigadas de Salud Mental en situaciones de emergencias y desastres.

GRÁFICO N° 7

HITOS DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Hitos relacionados a la Política de SMC y a la Política de atención en salud mental en emergencias



Fuente: MINSA, 2009

En el cuadro que se presenta a continuación, se recogen las opiniones y percepciones de los diversos actores sociales sobre la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos en la Estrategia de Salud Mental Comunitaria implementadas en el contexto del Fenómeno del Niño en el año 2017:

CUADRO N° 5
PARTICIPACIÓN DE LOS REFERENTES FAMILIARES Y COMUNALES
INMEDIATOS

Opinión de los actores entrevistados	Involucramiento de las organizaciones sociales para alentar la participación de las familias y comunidad	Situaciones específicas de participación de las familias y la comunidad	Involucramiento de las familias y la comunidad en la atención en salud mental comunitaria
Brindando ayuda humanitaria como primera respuesta (agua, alimentos)	4		
Por medio del diálogo con los líderes comunales y redes sociales y de iglesias	3		
Realizando un trabajo comunitario casa por casa para identificar familias afectadas	3		
Participando de la ayuda humanitaria (material y psicológica) de las redes sociales y de las iglesias		5	
Participando de las acciones de primeros auxilios psicológicos		3	
Participando de las campañas de prevención de epidemias y de las acciones de salud mental		2	
Había disponibilidad, pero priorizando la ayuda humanitaria de agua, alimentos y refugio			4
Resistencia a participar solo en espacios de ayuda emocional y un mayor interés en la ayuda a sus hijos			3
Como el apoyo fue insuficiente y no llegó a todos se reconoció sobre todo la ayuda de las ONG o iglesia.			3
TOTAL	10	10	10

Fuente: Elaboración de los autores de la tesis

Para analizar el cuadro precedente, es necesario reiterar las características del contexto en el que se desarrolló la participación de los referentes familiares y comunales, en el marco de una emergencia de altísima intensidad, que afectó de manera significativa la zona de Lurigancho – Chosica, que al estar situada en la ribera del Río Rímac, en el Cono Este de Lima Metropolitana, generó un

impacto importante en la infraestructura y en los servicios de agua, luz, comunicaciones afectado también la salud mental de las familias y la comunidad.

Igualmente, la participación de la familia y de la comunidad se deben comprender en un escenario que analice la situación de la salud mental en el Perú, que señala de acuerdo a los documentos revisados que, una de cada cinco personas tiene síntomas de algún trastorno de salud mental y que sólo una quinta parte de ellas, accede a los servicios de salud, lo que establece una condición de desigualdad en el acceso a servicios de salud mental de calidad, como un derecho al bienestar integral que todas las personas deben alcanzar.

En estas circunstancias si bien existían avances en el modelo de salud mental comunitaria que se han descrito anteriormente, los actores que, a pesar de su prioridad, el modelo de Salud Mental Comunitario, con un enfoque basado en las comunidades y familias se encontraba en un período inicial y no estaba preparado para enfrentar un evento de altísima intensidad, respecto de los recursos materiales y logísticos, la capacitación del personal para brindar primeros auxilios psicológicos y un mejor conocimiento de la organización y liderazgo de las comunidades.

Por ello es importante conocer la opinión de los actores respecto de cómo se involucraron las organizaciones sociales y las instancias del propio Estado para alentar la participación de las familias y de la comunidad en la respuesta de la Salud Mental Comunitaria.

Al respecto, 4 de los 10 actores entrevistados reportan que ante la carencia de ayuda que pudiera alcanzar a todos los afectados y como parte de experiencias anteriores, se optó por brindar ayuda humanitaria en aspectos esenciales a través de alimentos, ropa, agua y medicamentos. Por otro lado, 3 de los entrevistados coinciden en reportar que la alternativa fue establecer un diálogo con los líderes comunales y de iglesia de la zona, y otros 3 entrevistados señalan que la estrategia utilizada consistió en realizar un apoyo humanitario casa por casa, de modo que al brindar ayuda se pueda indagar por el estado de afectación de las familias e ir ganando su confianza.

Al respecto el actor ELIM6 declara lo siguiente:

“(…) sobre la ayuda psicológica la idea es contener a las personas que están frente al impacto inicial, que, ciertamente están saliendo y a la vez están recibiendo la primera ayuda, diría yo mejor, de descubrir sus necesidades básicas, tener un lugar aun así en carpas donde dormir, tener donde alimentarse y nosotros llegábamos para una ayuda psicológica encontrábamos que las personas estaban muy impactadas realmente ¿no? Entonces dentro del proceso, la primera ayuda psicológica es también saber escuchar, saber entender, saber decir; a ver, yo diría, empatizar con las personas que están allí. Lo primero que hacíamos cuando llegábamos allí con las cosas que habíamos conseguido como agua, refrescos, alguna ropa que nosotros habíamos previamente adquirido. Por esos, esos primeros días de reconocimiento nos servían para que el hospital comunicáramos a todo el personal para que trajeran para que pudiéramos llevarlos porque ello implica que, ponernos en el lugar de ellos, solo hablarles de salud mental cuando yo aún necesito abrigo, qué comer, qué tomar…”

(Entrevista a ELIM6, 2022).

En esta entrevista se logran identificar tres elementos relevantes: la ayuda humanitaria con alimentos, ropa, agua como una primera respuesta; la contención frente al impacto inicial y el desarrollo de un tipo de ayuda psicológica basada en una metodología que consiste en escuchar, entender y empatizar con las personas. Sobre la empatía, vale la pena recurrir a las reflexiones realizadas por la organización DEMUS, a partir de una experiencia de psicología política en una comunidad afectada por la violencia.

“La empatía implicó aprender desde el lugar de conocer del otro; es decir no se trató tan solo de poder ponerse en el lugar del otro para imaginar lo que este podría estar sintiendo y desde ahí poder ayudarlo; sino que implicó un ejercicio más profundo, uno que supuso un mayor cuestionamiento. Implicó dar el paso dar el paso hacia formularse las preguntas sobre qué es eso que el otro conoce y desde dónde es que el otro entiende y conoce el mundo, desde qué lugar “epistémico” enuncia su dolor o anuncia su bienestar, qué es lo que el otro entiende cuando dice por ejemplo que “siente temor” (Neira, E. y Escribens, P., 2009)⁴⁶

⁴⁶ NEIRA, Eloy y ESCRIBENS, Paula
2010 *Salud Mental Comunitaria. Una experiencia de psicología política en una comunidad afectada por la violencia*. DEMUS. Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Publicación gracias al apoyo de la Asociación Entrepueblos y Aecid, Womankind y Big Lottery Fund.

Sobre una empatía que no solo se pone en el lugar del otro, sino que trata de comprender el lugar del conocer y percibir la realidad del otro, el actor EMIL9 expresa lo siguiente:

“(...) era secretaria de la Parroquia Sagrado Corazón de Jesús que pertenece a la diócesis de Chosica. Bueno, es la única parroquia que está ubicada en Lima Este, (...) mire, no sé si fue psicológico o no, pero me tocaba a veces abrazar. Yo no experimenté el hecho que se habían perdido vidas, pero sí tus enseres personales (...) conocí a muchas familias que esa noche, porque esto empezó como a las cuatro de la madrugada que se desbordó el río, cuando amanecimos a las seis, siete de la mañana, literalmente había gente que estaba solo con lo que tenía puesto y mezclado con barro (...) Yo recuerdo mucho a una señora que yo llegué a ver sentada, me parece que a los dos días del evento estuve cerca al río y era una casa como de cuatro pisos donde cada hijo había empezado a construir un piso; eran como tres, cuatro hijos, cada uno a su manera había construido un piso, cada uno a su manera vivía con su familia. Cuando pasa el río, literalmente le comento que la casa de cuatro pisos literalmente estaba partida por la mitad, cual película que tú ves en Indonesia, en China cuando pasan estos Tsunamis (..) el río se había llevado todo lo que usted puede creer que hay en un departamento o en una vivienda. No sé pues, tu cocina, tu cama, tu refrigerador. Y esta señora, esta dama de casi 65 años sentada literalmente ya ni lágrimas tenía...”

(Entrevista a EMIL9, 2022).

Respecto del análisis de las situaciones específicas de participación de las familias y de la comunidad, según el cuadro precedente, 5 de los actores entrevistados opinó que lo hicieron participando de las acciones de ayuda humanitaria, tanto material como psicológica en especial en las redes sociales y de las iglesias; en cambio 3 de los entrevistados manifestó que las situaciones específicas de participación se dieron dentro de las acciones de primeros auxilios psicológicos colectivos y finalmente, 2 de los actores entrevistados opinó que la participación se observó en las campañas de prevención de salud para evitar epidemias y plagas además de las acciones propias de salud mental.

Una vez más, es importante señalar en el presente análisis que la participación de las familias y de la comunidad, se desarrolló conjugando por la naturaleza y la intensidad de la emergencia, el rol de damnificado y a la vez el rol de participante

activo en la distribución de agua, alimentos, medicinas, ropa y coordinaciones para el refugio de los más afectados o las acciones de atención de la salud mental. Sobre esta participación de doble vía, es importante conocer el testimonio de la Señora Rocío, damnificada de la zona de Carapongo que asumió el rol de Presidenta del Albergue Brisas en la emergencia del año 2017:

“Un día antes que se desborde el río en Carapongo, desde la noche había las alarmas, de que el “tope” ya no iba resistir y se venía el huayco, hasta que se vino y se llevó varias casas y hasta una fábrica de Jumbo enterita con sus máquinas y todo. Es que ese “tope” estaba debilitado porque Odebrecht estaba construyendo la avenida Prialé y no le importó la gente, construyeron nomás y el agua se pasó. Yo tenía mi bebe de 15 días de nacido y felizmente mi casa era de material noble, pero tuve salir y dejar todo, el barro y el agua entraron sin piedad y nos quedamos muchos días solo con la ropa puesta y nada para comer, sin agua, sin luz, sin baños, nada para atender a mi bebito.

Al principio nadie vino, solo los militares nos ayudaron a recuperar algunas cosas y a sacar el agua, después fueron viniendo sobre todo las ONG para ayudarnos y así fue como conocí a CARITAS y me nombraron presidenta del Albergue Brisas. En las mañanas tempranito, casi de madrugada le daba su leche a mi bebe y luego a la antigua yo lo envolvía, lo “enmarrocaba” bien para que duerma tranquilo y no se asuste con sus manitos, como se hacía a la antigua, después con las vecinas empezábamos a preparar las jarras de desayuno y los panes para las familias que no tenían para comer, nos agenciamos de unos víveres y organizamos nuestra olla común, al principio para 27 familias y luego como unas 60 familias más. No vimos algo de salud mental o de terapia psicológica, eso solo lo hacía CARITAS, pero tampoco fue desde un comienzo, esas charlas y esa ayuda vino después por octubre.

Ahora que ha pasado el tiempo las personas han ido regresando a los mismos lugares, algunos siguen con muy pocas cosas y otros hasta se han construido de nuevo sus casitas. Yo pienso que, en el futuro, ahora que sabemos que va a venir un terremoto, tenemos que estar preparados, pero no solo materialmente, también hay que prepararse para ser buenas personas porque todo lo que vale en la vida no es lo material, también está la parte espiritual, salvar nuestras almas y ayudar a nuestros hermanos”.

(Testimonio de la Señora Rocío, Presidenta del Albergue Brisas, 2022).

El testimonio de la Señora Rocío, nos permite inferir lo siguiente:

- A pesar que los huaycos, lluvias y desbordes son frecuentes no existían la información, las condiciones y la preparación suficiente de parte de las instancias del Estado para responder a una emergencia de alta intensidad. Incluso la Señora Rocío manifiesta su percepción que, el Estado no ejercía su rol de protección y prevención al permitir que las obras de la carretera Prialé pusieran en riesgo los topes que previenen los desbordes del río:

“Un día antes que se desborde el río en Carapongo, desde la noche había las alarmas, de que el “tope” ya no iba resistir y se venía el huayco, hasta que se vino y se llevó varias casas y hasta una fábrica de Jumbo enterita con sus máquinas y todo. Es que ese “tope” estaba debilitado porque Odebrecht estaba construyendo la avenida Prialé y no le importó la gente, construyeron nomás y el agua se pasó”.

- La Señora Rocío era parte de las personas y familias afectadas:

“Yo tenía mi bebe de 15 días de nacido y felizmente mi casa era de material noble, pero tuve salir y dejar todo, el barro y el agua entraron sin piedad y nos quedamos muchos días solo con la ropa puesta y nada para comer, sin agua, sin luz, sin baños, nada para atender a mi bebito”.

- Sin embargo, asume un rol de participación y liderazgo al ser involucrada por una organización humanitaria (CARITAS) que le posibilita ser parte de la respuesta empoderando su rol de lideresa comunitaria:

“Al principio nadie vino (...) y así fue como conocí a CARITAS y me nombraron presidenta del Albergue Brisas. En las mañanas tempranito, casi de madrugada le daba su leche a mi bebe (...) después con las vecinas empezábamos a preparar las jarras de desayuno y los panes para las familias que no tenían para comer, nos agenciamos de unos víveres y organizamos nuestra olla común”.

- Sobre la Salud Mental Comunitaria, fueron otras organizaciones que brindaron este apoyo cuando el Estado fue desigual y no alcanzó a estas poblaciones más vulnerables:

“(...) No vimos algo de salud mental o de terapia psicológica, eso solo lo hacía Caritas, pero tampoco fue desde un comienzo, esas charlas y esa ayuda vino después por octubre”.

Finalmente, en relación al involucramiento de las familias y la comunidad en la atención en Salud Mental Comunitaria, de acuerdo al cuadro de las preguntas integradas, 4 de los actores entrevistados expresa que había disponibilidad de parte de las familias, pero estaba condicionada a la posibilidad de recibir ayuda humanitaria. Otros 3 de los 10 actores sociales entrevistados declara que existía desconfianza y resistencia para participar de espacios donde se reciba ayuda exclusivamente en el aspecto emocional y había un mayor interés en que ese tipo de ayuda llegara a sus hijas e hijos. Adicionalmente, 3 de los actores sociales entrevistados señala que como el apoyo del Estado fue insuficiente y desigual, la población reconocía la ayuda de las ONG y la iglesia y fue con ellos que participaron de los espacios de salud mental.

Al respecto, el actor EBRA3 declara:

“(...) no solo queríamos que venga una institución y que les resuelva los problemas sino lo que nosotros lo que buscábamos era que la misma población pueda identificar y saber gestionar las ayudas que ellos podían buscar (...) en ese aspecto, ya que no había una organización que lidere, nosotros vimos que lo adecuado era trabajar con la población el tema del liderazgo, el tema de la organización, el tema de que ellos puedan saber canalizar todas estas ayudas. Desde ellos mismos que ellos puedan saber y canalizar la ayuda ya que venían muchas instituciones, tanto funcionarios públicos, como organizaciones privadas, como empresas y ONG”.

(Entrevista a EBRA 3, 2022).

Luego del análisis y la interpretación realizada, a la luz de la información recogida sobre las acciones que se promovieron para lograr la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos, es necesario resumir las acciones realizadas, las que consistieron en involucrarse en la organización y distribución de la ayuda humanitaria, coordinando y facilitando la identificación de las familias más afectadas para recibir los primeros auxilios psicológicos y liderando y en las acciones de prevención de epidemias y las acciones de salud mental comunitaria en su conjunto.

De acuerdo a la investigación realizada, es posible ponderar que todas las acciones implementadas fueron pertinentes y necesarias en el marco de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, aun cuando el alcance de las mismas fue limitado, no siempre oportuno y desigual en especial para los sectores más vulnerables en los cuales los propios afectados, sobre todo las mujeres lideresas asumieron un rol de doble vía, como afectadas y como activistas comunales para su recuperación.

En ese marco, es posible afirmar que una de las acciones claves que constituye un factor que hizo posible la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos fueron los primeros auxilios psicológicos, basada en la empatía como una perspectiva de relacionamiento entre los operadores de salud mental y la población y como una metodología basada en la escucha activa y el fortalecimiento de los propios recursos emocionales de las personas, familias y comunidades más afectadas.

Los primeros auxilios psicológicos en una emergencia de alta intensidad son una herramienta sumamente útil que puede ser aplicada por personal no especializado, cuyos resultados residen en el cambio de una posición de víctima - pasiva a una posición de persona – participante en la recuperación de su salud mental, desde una perspectiva psicosocial y comunitaria, donde se establecen relaciones de acogimiento, interés, apoyo y cuidado mutuo, respeto y protección.

La participación de las familias y de la comunidad es esencial en una situación de emergencia o desastre, porque activa las redes sociales conformadas por personas que han construido relaciones significativas en el tiempo y es este conocimiento, interés y cuidado mutuo lo que disminuye, contiene o protege a las personas del impacto que producen las pérdidas materiales y personales y los efectos emocionales en el mismo sentido de una “olla común” en una zona vulnerable, en la cual todos contribuyen o gestionan los ingredientes, se organizan para preparar los alimentos y luego los comparten y en esas circunstancias esa práctica colectiva, les genera bienestar y esperanza de manera personal y colectiva.

La participación lejos de generar dependencia alienta la autonomía y la libertad para elegir y tomar decisiones, lo que permitió gestionar las respuestas en la emergencia del año 2017, de una manera colaborativa desencadenando un

aprendizaje mutuo, de los operadores y brigadistas, las instituciones del Estado y las organizaciones de ayuda humanitaria y a la vez aprendieron las y los líderes sociales y la comunidad, como una lección para futuras emergencias, en donde se apele a la resonancia colectiva y el aprendizaje colaborativo.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

5.1 SOBRE LAS ACCIONES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Para elaborar las conclusiones sobre las acciones del modelo de intervención de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, es necesario ponderar la dimensión del Fenómeno del Niño Costero, que en el año 2017 afectó a más de un millón y medio de personas impactando de manera significativa en el distrito de Lurigancho – Chosica, produciendo daños materiales en los sectores más vulnerables y en la salud mental de las personas, sus familias y la comunidad, activando la respuesta del Estado y de las organizaciones humanitarias nacionales e internacionales.

Así mismo, es oportuno contextualizar los hallazgos del presente estudio sobre el estado de la situación de la salud mental en el año 2017, que revela desigualdad en el acceso, la prevención y la atención de los servicios de salud mental, como una condición estructural previa a los sucesos de emergencias y desastres. Igualmente, es importante considerar, que las emergencias y desastres, desarrollan estados de crisis en la población afectada, asociadas a experiencias traumáticas, y como a pesar de ello se activa la participación comunitaria como una acción resiliente de la propia comunidad, que la estrategia de salud mental comunitaria promueve y fortalece.

En ese sentido es posible concluir lo siguiente:

1. Es posible afirmar que las acciones más relevantes del modelo de intervención de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria frente a los efectos del Fenómeno del Niño Costero en el año 2017, fueron el reconocimiento del territorio para identificar a las familias y comunidades más afectadas, la aplicación de los primeros auxilios psicológicos de manera individual y grupal, según el caso y la localidad atendida y el

acercamiento e involucramiento en la estrategia de los líderes comunitarios y las organizaciones humanitarias locales en todas las acciones desarrolladas.

2. Todas las acciones mencionadas fueron pertinentes con las necesidades, los intereses y los derechos de las personas, familias y comunidades afectadas, con un impacto muchas veces desigual. Sin embargo, se desarrollaron de acuerdo a una planificación que aun cuando no contaba con los recursos y facilidades logísticas suficientes y un personal preparado de manera homogénea, estableció una ruta de intervención a seguir en futuras emergencias de alta intensidad.
3. La investigación realizada permite afirmar que, del conjunto de acciones mencionadas, el reconocimiento del territorio y de las familias y comunidades más afectadas, fue una de las acciones más acertadas por su capacidad para facilitar las oportunidades de respuesta y disminuir las barreras para implementar la Estrategia de Salud Mental Comunitaria a partir de un conocimiento y reconocimiento del terreno para gestionar las intervenciones del modelo.
4. Al respecto, es oportuno reiterar que el estudio realizado se sustenta en la participación como un principio de la gerencia social. Igualmente, la gestión participativa forma parte del planteamiento y de la implementación de la salud mental comunitaria, al involucrar a las personas como partes constitutivas de su tejido social y cultural, promoviendo su participación activa (Velásquez, 2007).
5. Por ello, el reconocimiento del territorio fue una acción clave que permitió establecer las necesidades y demandas diferenciadas de las personas afectadas y las características de las diferentes intervenciones a partir de un conocimiento de quiénes son, dónde se encuentran y cuál es el mejor modo de actuar de acuerdo a cada situación, en el marco de una emergencia que por su dimensión e intensidad, demandó un enorme

esfuerzo de adaptación y reajuste por la complejidad propia que demandan los múltiples escenarios por resolver.

5.2 SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LAS ACCIONES DE COORDINACIÓN Y ALIANZAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Para formular las conclusiones sobre la percepción de las acciones de coordinación y alianzas de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria es necesario situarse en una comprensión de la salud mental, que modifica la visión centrada en los procesos emocionales y mentales de las personas hacia un paradigma que incorpora las dimensiones individuales y sociales como parte de una sinergia permanente que se orienta a un desarrollo humano continuo e integral.

Desde esta perspectiva el modelo de Salud Mental Comunitaria incorpora la coordinación y las alianzas en su planteamiento y en su quehacer frente a una emergencia, sustentando sus acciones en el enfoque psicosocial, que señala que la comprensión del impacto en la salud mental por efecto de las emergencias y desastres y las correspondientes estrategias de respuesta, están permeadas por una visión holística, desde la cual las propias personas construyen y reparan su propia salud mental, de manera individual y colectiva, en el marco de relaciones y comunicaciones interpersonales, comunitarias y sociales.

En ese sentido es posible concluir lo siguiente:

1. El cambio de perspectiva en la forma de enfocar las intervenciones modificó la posición y la relación, de los operadores de salud mental comunitaria con la población, haciendo que todas las intervenciones se realizaran coordinando y estableciendo alianzas con los actores sociales afectados y las organizaciones de su entorno, como una condición para que sean posibles, viables y efectivas, en un clima de confianza. Esta perspectiva, validó en el terreno las prácticas de trabajo comunitario, como el diálogo, la consulta y el trabajo colaborativo, como el mejor

camino para lograr la mejora y el bienestar de las personas y las familias, desde la perspectiva de una salud mental desde una mirada comunitaria.

2. En ese sentido, cabe afirmar que las acciones más relevantes de la coordinación y alianzas de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria frente a los efectos del Fenómeno del Niño Costero en el año 2017, según la percepción y opinión de los actores sociales consultados consistieron en una presencia inmediata de las brigadas de salud mental del Hospital Hermilio Valdizán en el terreno, actuaba como COE de la DIRIS Lima Este, las coordinaciones y el intercambio de información con las organizaciones humanitarias de iglesia y el mapeo de la población para determinar las mejores intervenciones a realizar con el apoyo y consentimiento de la población y sus líderes sociales.
3. Las acciones mencionadas se desarrollaron como parte de una planificación, que se fue construyendo y mejorando sobre la marcha, aprovechando los conocimientos y aprendizajes de emergencias anteriores, con un alcance limitado y focalizado, por las limitaciones materiales y por la poca información sobre las características de las comunidades más afectadas y sus niveles de organización, conformando equipos profesionales con una experiencia y conocimiento heterogéneo, que tuvieron que enfrentar poblaciones con reacciones diversas, algunas más solidarias y otras más individualistas o que trataron de aprovecharse de la ayuda humanitaria, según las entrevistas y testimonios recogidos.
4. Aun dentro de un alcance limitado y focalizado en algunas comunidades por la dimensión de la emergencia y sus limitados recursos y personal preparado para una respuesta comunitaria, las acciones mencionadas fueron pertinentes con las necesidades y expectativas de las poblaciones, estableciendo un precedente a tomar a consideración en cualquier otra emergencia cuya envergadura requiere que, las propias personas y comunidades, construyan y reparen su salud mental.

5. En esa línea, de acuerdo a la investigación realizada es posible ponderar que, del conjunto de las acciones realizadas, las coordinaciones con las organizaciones humanitarias de iglesia fue una de las acciones más acertadas y dinamizadoras de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria por su capacidad para brindar información crítica para la ejecución de las acciones y para establecer los vínculos necesarios para gestionar las mismas, involucrando a las poblaciones afectadas.
6. Actuar desde una iniciativa basada en la coordinación y la alianza con las organizaciones humanitarias de iglesia, implicó reconocer el valor que tiene la presencia prolongada en las comunidades de referentes que promueven y convocan a la población para desarrollar acciones orientadas al alivio de la pobreza, fortaleciendo el liderazgo sobre todo de las mujeres de la comunidad, que siendo damnificadas asumieron la presidencia de los albergues. Así mismo, aprovecharon de manera estratégica la información y movilización de las brigadas de voluntarios que se activaron para empadronar a las familias más afectadas y caracterizar sus necesidades en cada ámbito de información.
7. Por lo tanto, se concluye que ante el Fenómeno del Niño Costero se identificaron y aprovecharon las fuentes y referentes de información y movilización locales, marcando una pauta a seguir en escenarios de desastres y emergencias de alta intensidad.

5.3 SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS REFERENTES FAMILIARES Y COMUNALES INMEDIATOS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Para elaborar las conclusiones relacionadas con la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos, es indispensable retomar las características de una emergencia de altísima intensidad, que afectó de manera significativa la zona de Lurigancho – Chosica, generando un impacto importante en la infraestructura y en los servicios básicos, así como la salud mental de las

familias y la comunidad. La dimensión de la emergencia determino la posibilidad de respuesta y su eficacia.

Asimismo, las situaciones específicas de participación de las familias y de la comunidad frente al Fenómeno del Niño Costero en el año 2017, se deben leer en un contexto en el cual solo una quinta parte de las personas que presentaban trastornos de salud mental accedían a los servicios del sistema de salud.

En ese sentido es posible concluir lo siguiente:

1. La investigación realizada permite señalar que el modelo de Salud Mental Comunitaria había logrado un avance inicial pero no estaba preparado para responder a una situación de altísima intensidad y no contaba con suficiente personal capacitado, para brindar primeros auxilios psicológicos de una manera homogénea y con un conocimiento consistente sobre la organización y el liderazgo de las comunidades, tal como se ha señalado en las secciones anteriores.
2. Sin embargo, esta situación no fue excluyente de otros procesos y cuando se produjeron los eventos mencionados, la reflexión y los sustentos técnicos sobre la salud mental comunitaria, ya habían logrado arribar a un cierto nivel de comprensión en las autoridades y en los operadores de terreno, que reconocía que una condición necesaria para la recuperación y construcción de la salud mental, es la participación de las familias y la comunidad, al activar su función protectora y de mutuo cuidado ante la adversidad.
3. En ese sentido, es posible afirmar que todas las acciones implementadas fueron pertinentes con las necesidades y los intereses de los grupos atendidos, observándose que en especial las mujeres lideresas comunitarias asumieron un rol de doble vía, como afectadas y como activistas comunales para su recuperación, a partir de una dinámica de acuerdos y consensos en los cuales los actores sociales aceptaron y decidieron ser protagonistas de las intervenciones.

4. Al respecto, es importante referir que cuando se produce un evento de altísima intensidad los comportamientos de las personas, las familias, las comunidades y las organizaciones locales describen un rango importante de dispersión e incertidumbre y la experiencia y planificación de las respuestas, no se logran aplicar de una manera absoluta, menos aún si los recursos son limitados y las autoridades, operadores de terreno y la propia población se exponen a situaciones imprevistas y cambiantes.
5. Esta comprensión, es esencial para deducir que las probabilidades de anticipación cuando se trata de los efectos y la respuesta en el terreno de la salud mental, dependen de distintos actores e instituciones con diferentes niveles de experiencia en emergencias anteriores. En ese contexto, es pertinente acudir a las estrategias que se han validado en el tiempo y en diversos escenarios con rangos distintos de efectividad y correcciones permanentes al modelo original.
6. En ese sentido, del conjunto de las acciones implementadas relativas a la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos fueron los primeros auxilios psicológicos, por su capacidad de generar empatía en las relaciones y comunicaciones entre los operadores de salud mental y la población y por tratarse de una metodología que se aplica siguiendo los principios básicos de la salud mental comunitaria: la escucha activa (“lo que me dices es importante”) y el fortalecimiento de los recursos emocionales de las propias personas (“nosotros nos sanamos”).
7. Los primeros auxilios psicológicos grupales, convocan a personas de diferentes familias y diversas historias emocionales que comparten ansiedad, miedo y duelo por la pérdida de los bienes que tienen un significado social y cultural que supera su connotación material. La reunión se produce porque las redes sociales y los líderes comunales identifican y refieren los casos con mayor afectación, no existe la posibilidad de atender uno por uno a los afectados, pero el proceso

ocurre porque hay una expectativa, un interés, una necesidad y un consentimiento compartido, basado en la participación comunitaria.

8. El elemento vertebrador de la intervención más allá de las implicancias técnicas de auxilio psicológico que recoge la metáfora de un botiquín que contiene elementos curativos básicos, es la participación al transformar la posición de víctima - pasiva que solo puede recibir sin aportar nada a la curación para asumir una posición de persona- participante, que contribuye junto con el colectivo familiar y comunal, con los elementos que tienen una propiedad curativa y recuperadora: empatía, escucha, interés, apoyo, respeto, cuidado mutuo y protección.

Es posible resumir a modo de conclusión general que los factores principales que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria fueron el reconocimiento del territorio, de las comunidades y las familias más afectadas, para gestionar de modo más pertinente las intervenciones, las alianzas y coordinaciones sobre todo con las organizaciones de iglesia, por su presencia y conocimiento de la población y las organizaciones comunales de los Albergues y sus lideresas por su capacidad de generar confianza y finalmente la aplicación de primeros auxilios psicológicos con la participación de las familias y comunidades, al activar las propiedades curativas y de recuperación que poseen las familias.

RECOMENDACIONES

5.4 SOBRE LAS ACCIONES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Si las emergencias y desastres desarrollan estados de crisis en la población afectada tal como ocurrió con el Fenómeno del Niño Costero en el año 2017, asociadas a experiencias traumáticas experimentadas por diversas pérdidas de su integralidad corporal, económica, material, entre otras, provocando problemas de salud mental, es esperable que el modelo de respuesta más apropiado

corresponda a una Estrategia de Salud Mental Comunitaria basada en la participación de las familias y la comunidad.

En ese sentido las recomendaciones en relación a las acciones del modelo de Salud Mental Comunitaria son las siguientes:

1. Es recomendable fortalecer, preparar las condiciones, asignar los recursos y capacitar a los profesionales y no profesionales necesarios para intervenir con las acciones que se validaron en la emergencia del 2017 y que demostraron, dentro de sus limitaciones, ser pertinentes y convenientes para responder a un evento de altísima intensidad, partiendo del reconocimiento del territorio para identificar a las familias y comunidades más afectadas e involucrar a los líderes comunitarios y las organizaciones humanitarias locales en todas las acciones a desarrollar.
2. Por lo tanto, no se debe partir de cero, ni se deben improvisar acciones y se debe aprovechar el aprendizaje acumulado en la ejecución de las acciones precedentes mejorando continuamente sus herramientas y aplicación.
3. Si adicionalmente, el reconocimiento del territorio fue una acción clave que permitió establecer las necesidades de las personas afectadas a partir de un conocimiento de quiénes son, dónde se encuentran y cuál es el mejor modo de actuar de acuerdo a cada situación, entonces es recomendable no esperar la inminencia de los acontecimientos y actualizar permanentemente el conocimiento sobre las características de la población, la presencia de secuelas o problemas recientes de tipo emocional, identificando a las comunidades y sectores más vulnerables.
4. Por lo tanto, es aconsejable aprovechar las evidencias de la emergencia del año 2017 y otros estudios en el distrito de Lurigancho – Chosica,

identificando riesgos de nivel alto o moderado para situaciones relacionadas con la ansiedad y la depresión, u otros trastornos emocionales según la etapa vital, en niñas y niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, entre otros.

5. Este reconocimiento actualizado es esencial para proyectar acciones inmediatas o de mediano plazo. Empezando por lo que ya se hizo bien antes y construyendo nueva información para hacerlo mejor.

5.5 SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LAS ACCIONES DE COORDINACIÓN Y ALIANZAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Si el modelo de Salud Mental Comunitaria aplicado en la Emergencia del Niño Costero, en el año 2017, incorpora la coordinación y las alianzas en su planteamiento y quehacer, sustentando sus acciones en el enfoque psicosocial, desde la cual las propias personas construyen y reparan su propia salud mental, de manera individual y colectiva, en el marco de relaciones interpersonales y sociales, es esperable que el conjunto de las intervenciones implementadas se ejecuten a partir de un acercamiento, diálogo, acuerdos y conjugación de esfuerzos con los líderes comunales y las organizaciones de ayuda humanitaria de los ámbitos de intervención.

En ese sentido las recomendaciones en relación a la coordinación y las alianzas para implementar la Estrategia de Salud Mental Comunitaria son las siguientes:

1. Es recomendable identificar las necesidades materiales, logísticas y profesionales que facilitaron la ejecución de las acciones que, en la emergencia del 2017, permitiendo un mejor acercamiento y confianza con la población aprovechando la experiencia, presencia y capacidad de movilización de los líderes y organizaciones humanitarias a partir de la coordinación y alianza, priorizando el trabajo colaborativo con las organizaciones humanitarias de iglesia, según la investigación realizada.

2. En tal sentido, es aconsejable construir una instancia distrital para la prevención, respuesta y seguimiento de los efectos de desastres y emergencias altamente probables en la zona de Lurigancho – Chosica, para tomar acuerdos y generar planes estratégicos con las organizaciones humanitarias de iglesia, a partir de una valoración de su presencia prolongada en las comunidades, la construcción de información crítica sobre la población y el fortalecimiento del liderazgo sobre todo de las mujeres de la comunidad.
3. Igualmente, en el marco de una relación sinérgica con las organizaciones humanitarias mencionadas, es conveniente promover un acercamiento al sistema de voluntariado de las mismas que incluye apoyo especializado y no especializado de personas con la motivación y preparación necesaria para participar de una respuesta a desastres y emergencias masivas que requieren de un conocimiento, presencia y confianza en las comunidades más vulnerables y afectadas.

5.6 SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LOS REFERENTES FAMILIARES Y COMUNALES INMEDIATOS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Si la dimensión de la emergencia del año 2017 se caracterizó por una altísima intensidad, afectando de manera significativa la zona de Lurigancho – Chosica, por su impacto en la infraestructura y en los servicios básicos, así como la salud mental de las familias y la comunidad, es esperable que las recomendaciones sobre la participación de las familias y de la comunidad frente al Fenómeno del Niño Costero en el año 2017, tomen en consideración que una condición necesaria para la recuperación y construcción de la salud mental, ante un evento traumático es la participación de las familias y la comunidad, al activar su función protectora y de mutuo cuidado ante la adversidad.

En ese sentido, las recomendaciones en relación a la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos son las siguientes:

1. Del conjunto de las acciones implementadas relativas a la participación de los referentes familiares y comunales inmediatos es recomendable fortalecer el marco conceptual y los pasos metodológicos de los Primeros Auxilios Psicológicos, que por sus características puede ser transferido a profesionales y voluntarios especialistas y no especialistas en salud mental con el objeto de activar una respuesta inmediata, viable y masiva cuando se lo requiera en situaciones de emergencias de alta intensidad.
2. Este proceso de fortalecimiento, requiere identificar las distintas alternativas de aplicación que los Primeros Auxilios Psicológicos permiten en escenarios poblacionales diferenciados, realizando las adecuaciones que sean necesarias para aplicarse con niñas y niños, jóvenes y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, madres gestantes, población urbana y rural, entre otros.
3. Igualmente, en el marco de un proceso de formación continua y como parte de los Planes de Desarrollo de las Personas (PDP) del sector público, normadas por el ente rector de los recursos humanos SERVIR, es recomendable incluir el conocimiento y manejo básico de los Primeros Auxilios Psicológicos, con la participación activa de las familias y la comunidad, como parte del proceso de capacitación e inducción del nuevo personal de todas las especialidades de los denominados profesionales de la salud, especialmente en el distrito de Lurigancho – Chosica a través de acciones masivas que permitan contar con una suerte de reserva en salud mental que pueda ser activado en caso se presente una emergencia
4. Como parte de este proceso, es indispensable realizar un mapeo de los profesionales de salud mental, especialistas y voluntarios, que a pesar de la alta rotación de funcionarios y operadores, tienen una larga trayectoria en situaciones de emergencias, residen en la zona o trabajan en ella

desde instituciones del Estado o las organizaciones humanitarias, para que se constituyan en los referentes para la transferencia de sus conocimientos y experiencia a través de espacios de capacitación, materiales amigables y otros mecanismos educativo – comunicacionales.

5. Es aconsejable igualmente, tomar en cuenta que, la capacitación mencionada podrá ser implementada por diversas instituciones aliadas públicas y privadas, lideradas por el Hospital Hermilio Valdizan y la DIRIS Lima Este, destacando en su abordaje una perspectiva comunitaria, basada en la participación, que modifica la posición de víctima de las personas afectadas por la posición de persona participante, agente y constructora de su propia salud mental.
6. Así mismo, es recomendable reconocer y valorar en las intervenciones que se realizan desde una perspectiva comunitaria que incorpora el enfoque intercultural, partir de las propiedades curativas y recuperadoras de los vínculos significativos de la familia y la comunidad, dentro del legado, conocimientos ancestrales y sistemas de creencias de los grupos, familias y comunidades, partiendo del enfoque intercultural de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria.
7. Igualmente, al contar con evidencias sobre el liderazgo y la participación de las mujeres lideresas comunitarias en todas las acciones implementadas para responder a los efectos del Fenómeno del Niño, desde el enfoque de género, es una recomendación relevante partir de sus necesidades y demandas diferenciadas, para fortalecer los conocimientos y las herramientas de las mujeres lideresas comunitarias, por su capacidad de movilización y resonancia afectiva con sus pares y las familias en los ámbitos afectados, y por el compromiso evidenciado en la presente investigación.

PROPUESTA DE MEJORA

PLAN DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA LA RESPUESTA EN EMERGENCIAS DE ALTA INTENSIDAD EN EL DISTRITO DE LURIGANCHO – CHOSICA

Presentación

Para proyectar la presente propuesta de mejora es necesario retomar el objetivo de la investigación, orientada a conocer los factores que influyeron en la implementación de la Estrategia de Salud Mental Comunitaria aplicada por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima – Este en el Distrito de Lurigancho- Chosica frente a los efectos del “Fenómeno del Niño Costero” durante el año 2017, analizando las acciones implementadas, la percepción que tienen los principales actores y su participación, para proponer medidas de mejora que fortalezcan su implementación y su posible réplica en ámbitos de intervención.

Así mismo, es importante tomar en consideración las principales conclusiones y recomendaciones del estudio que señalan respecto del conjunto de acciones implementadas, que en futuras emergencias no se debe partir de cero, ni se deben improvisar acciones y se debe aprovechar el aprendizaje acumulado, considerando las iniciativas que se validaron en la emergencia del 2017 y que demostraron, dentro de sus limitaciones, ser pertinentes y convenientes para responder a un evento de altísima intensidad, con las adecuaciones y ajustes de mejora necesarios en nuevos escenarios.

Análisis del Contexto

En esa línea, es oportuno señalar que la principal fortaleza del sistema de salud, las organizaciones humanitarias y otras instancias vinculadas a la salud mental en el distrito de Lurigancho - Chosica es el repertorio de aprendizajes de las acciones implementadas en emergencias anteriores. La principal debilidad es que, a pesar de este conocimiento, no se cuenta con información actualizada, condiciones materiales y ampliación del personal necesario para atender la salud

mental de las personas frente a un evento de altísima intensidad, ampliamente difundido y probable en la zona.

Así mismo, si bien es una oportunidad contar con organizaciones localizadas o externas de la cooperación nacional e internacional, dispuestas a responder de manera inmediata ante una emergencia, el principal riesgo es la desarticulación y dispersión de recursos e iniciativas entre los sectores del Estado y las instituciones públicas y privadas.

Desde una perspectiva integral, la situación descrita permite establecer la necesidad de fortalecer las capacidades de los actores sociales y operadores de campo para mejorar sus intervenciones en futuras emergencias, sus conocimientos para generar alianzas y su preparación en primeros auxilios psicológicos, que puede ser aplicado por personal no especializado, respondiendo de este modo al conjunto de los resultados analizados en la tesis.

Denominación de la Propuesta

Plan de Fortalecimiento de Capacidades para la Respuesta en Situaciones de Emergencia de Alta Intensidad en el Distrito de Lurigancho – Chosica.

Implementador de la Propuesta

En el ámbito de la DIRIS Lima Este del distrito de Lurigancho Chosica con la participación colaborativa de las instancias de salud, el Hospital Hermilio Valdizán y las organizaciones humanitarias de iglesia, como CARITAS y otras.

Objetivo General

Fortalecer las capacidades de actores sociales especialistas y no especialistas para participar en la respuesta frente a situaciones de emergencia de alta intensidad en el distrito de Lurigancho – Chosica a partir de acciones de participación de las familias y la comunidad, validadas en la emergencia del Niño Costero del año 2017 y otras de alta intensidad.

Resultados Esperados

Resultado 1:

Las organizaciones públicas y privadas del distrito de Lurigancho – Chosica, toman decisiones considerando la información sistematizada, actualizada y

compartida sobre la situación de salud mental ante una emergencia de alta intensidad.

Resultado 2:

Actores sociales especialistas y no especialistas del distrito de Lurigancho – Chosica, están capacitados y actualizados en técnicas de primeros auxilios psicológicos basados en la participación de las familias y la comunidad.

Resultado 3:

Mujeres lideresas comunitarias de los sectores vulnerables de Lurigancho – Chosica han incorporado conocimientos y estrategias para movilizar e involucrar a sus pares y su comunidad ante eventos de emergencia de alta intensidad.

Resultados, Actividades e Indicadores

RESULTADOS	INDICADORES
R1: Las organizaciones públicas y privadas del distrito de Lurigancho – Chosica, toman decisiones considerando la información sistematizada, actualizada y compartida	Número de decisiones institucionales tomadas y documentadas
ACTIVIDADES	INDICADORES
Elaboración de estudios, mapeos o datos estadísticas en las que se identifica las poblaciones y grupos con trastornos emocionales existentes o probables ante una emergencia de alta intensidad	Un (01) documento anual que identifica las poblaciones y grupos con trastornos emocionales
Elaboración de estudios, mapeos o datos estadísticas en las que se identifican las poblaciones y grupos con mayor exposición a la discriminación o situaciones de violencia ante una emergencia de alta intensidad.	Un (01) documento anual que identifica las poblaciones y grupos con mayor exposición a la discriminación o violencia
RESULTADOS	INDICADORES
R2: Actores sociales especialistas y no especialistas del distrito de Lurigancho – Chosica, están capacitados y actualizados en técnicas de primeros auxilios psicológicos	Número de actores especialistas y no especialistas capacitados en primeros auxilios psicológicos
ACTIVIDADES	INDICADORES
3. Elaboración de un manual amigable para actores sociales especialistas y no especialistas con las orientaciones básicas para aplicar primeros auxilios psicológicos	Un (01) manual amigable digital o impresa para especialistas y no especialistas
4. Diseño y realización de talleres anuales (teóricos y prácticos) para especialistas y no especialistas sobre primeros auxilios psicológicos	Un (01) informe anual sobre los resultados de los talleres para especialistas y no especialistas
RESULTADOS	INDICADORES
R3: Mujeres líderes comunitarias de los sectores vulnerables de Lurigancho – Chosica han incorporado conocimientos y estrategias.	Número de mujeres líderes comunitarias de Lurigancho – Chosica capacitadas
ACTIVIDADES	INDICADORES
5. Elaboración de una cartilla amigable con orientaciones para movilizar y difundir acciones de participación con mujeres y la comunidad ante una emergencia recogiendo sus experiencias	Una (01) cartilla amigable digital o impresa con orientaciones para la movilización de las mujeres y comunidad en una emergencia
6. Diseño y realización de talleres de corta duración para mujeres líderes de la comunidad sobre los contenidos y aplicación de las orientaciones de la cartilla.	Un (01) informe anual sobre los resultados de los talleres para mujeres lideresas de la comunidad

Consideraciones Finales

Para el desarrollo de la propuesta es importante considerar que si bien el sistema de salud pública está sujeta a permanentes rotaciones de autoridades en los niveles nacionales, regionales y locales, el tema de la salud mental, cuenta con un conjunto de especialistas que han sido parte del proceso de la reforma normativa y técnica sobre la salud mental comunitaria y la respuesta frente a situaciones de emergencias de alta intensidad a diferentes lugares del país y en el ámbito de intervención de la DIRIS Lima Este que corresponde al distrito Lurigancho – Chosica.

En ese sentido, es necesario tomar en cuenta que, si bien el número de especialistas del sistema no es suficiente para responder a las situaciones de emergencia, tal como se ha constatado en la presente investigación, es posible afirmar que existen cuadros de profesionales, psiquiatras y psicólogos, entre otros con experiencia, conocimiento y competencias para participar de un proceso de mejora.

Igualmente, las organizaciones humanitarias de iglesia que promueven acciones de alivio de la pobreza y fortalecimiento del liderazgo de la comunidad y en especial de las mujeres en estas acciones, tienen una presencia significativa en el distrito, y en las redes sociales conformadas por activistas y voluntarios de las parroquias, como se constata en la organización CARITAS, entre otras, cuentan con un conocimiento documentado sobre las características de la población en los aspectos sociales, económicos, culturales y de la salud mental.

Finalmente, a pesar de los frecuentes desbordes del río Rímac y de las emergencias y desastres ocurridos en el distrito es posible afirmar de acuerdo a las entrevistas y testimonios recogidos que existen pobladores y vecinos con distintos niveles de coordinación y compromiso, con más de 20 o 30 años de residencia en el lugar, que tienen la capacidad potencial de participar de un proceso de mejora de la salud mental comunitaria, destacando la disposición de mujeres lideresas de la comunidad que aun siendo damnificadas asumen roles diversos de respuesta colaborativa con un alto sentido de resiliencia con sus familias y la comunidad.

ANEXOS

PERFIL DE LOS ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS

Código	Nombre	Profesión / actividad	Tiempo de experiencia	Rol en la emergencia
EANB1	Angela	Activista humanitaria de Iglesia	Más de 10 años	Coordinaciones y respuesta de salud mental comunitaria en los hogares
EANN2	Angela N	Actividad humanitaria – Pastoral de Iglesia	Más de 10 años	Activista de respuesta de salud mental comunitaria en los hogares
EBRA3	Brayan	Psicólogo Social Voluntario	Más de 10 años	Activista de respuesta psicológica de salud mental comunitaria
ENUÑ4	Jean	Psiquiatra Salud Mental Comunitaria – DIRIS Lima Este	Más de 20 años	Coordinaciones y respuesta de psiquiatría de salud mental comunitaria COE DIRIS LE
ELAD5	Lady	Psicóloga Voluntaria	Más de 10 años	Activista de respuesta psicológica de salud mental comunitaria
ELIM6	Límber	Psicólogo Salud Mental Comunitaria -DIRIS Lima Este	Más de 20 años	Coordinaciones y respuestas de psicología de salud mental comunitaria COE DIRIS LE
ELUZ7	Luz	Psicóloga Salud Mental Comunitaria -Nacional	Más de 30 años	Coordinaciones nacionales de salud mental comunitaria
EMIG8	Miguel	Psicólogo Salud Mental Comunitaria	Más de 10 años	Coordinaciones nacionales de salud mental comunitaria
EMIL9	Milagros	Activista humanitaria Iglesia	Más de 10 años	Activista de respuesta de salud mental comunitaria en los hogares
ENEN10	Nency	Psicóloga Especialista Emergencias y Salud Mental	Más de 20 años	Coordinaciones de salud mental comunitaria de educación y salud

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación

PERFIL DE LAS LIDERES COMUNITARIAS TESTIMONIANTES

Código	Nombre	Profesión/ Actividad	Edad	Rol en la emergencia
Aida	Aida	Lideresa Comunitaria	42 años	Representante del Albergue “Los Álamos en el año 2017
Mirtha	Mirtha	Lideresa Comunitaria	60 años	Presidenta del Albergue “27 de junio” en el año 2017
Rocío	Rocío	Lideresa Comunitaria	39 años	Presidenta del Albergue “Las Brisas” en el año 2017

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación

GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA DE LOS ACTORES SOCIALES

1. ¿Hace cuántos años residía en Lurigancho Chosica cuando ocurrió el fenómeno del niño?
2. ¿De qué manera el fenómeno del niño afectó a su casa y su familia en el año 2017?
3. ¿Qué tipo de acciones sociales y de apoyo emocional realizó cuando ocurrió el fenómeno del niño?
4. ¿Qué tipo de acciones para atender a las personas que se afectaron en el aspecto emocional recuerda que realizó la DIRIS Lima Este en el distrito de Lurigancho Chosica?
5. ¿Desde su opinión se cumplieron las acciones que la DIRIS Lima- Este ofreció para atender la salud mental de las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
6. ¿Qué instituciones de la sociedad civil (ONG, Iglesias etc.) participaron y se sumaron a las acciones de la DIRIS Lima Este en el tema de la salud mental?
7. ¿Qué resultados positivos considera que tuvieron las acciones de la DIRIS Lima- Este en la salud mental de las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
8. ¿Qué tipo de organizaciones o instituciones colaboraron con la DIRIS Lima Este para atender a las personas que se afectaron emocionalmente por el fenómeno del niño?
9. ¿Quiénes vinieron apenas ocurrió la emergencia y continuaron apoyando a las personas que se afectaron emocionalmente por el fenómeno del niño?
10. ¿De qué manera la DIRIS Lima -Este logró captar la confianza de las organizaciones o instituciones locales para aplicar la atención de salud mental comunitaria con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
11. ¿De qué manera la DIRIS Lima – Este resolvió o superó las dificultades que se presentaron para establecer alianzas con las organizaciones o instituciones locales para aplicar la atención de salud mental comunitaria con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?

12. ¿Con qué tipo de organizaciones o instituciones locales la DIRIS Lima -Este logro mejores alianzas para aplicar la atención de salud mental comunitaria con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
13. ¿Desde su opinión que acciones o gestos que tuvo la DIRIS Lima- Este contribuyeron con las alianzas realizadas para aplicar la atención de salud mental comunitaria con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
14. ¿Cuáles fueron las alianzas realizadas por la DIRIS Lima – Este que destacaron para aplicar la atención de salud mental comunitaria con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
15. ¿Qué acciones alternativas recomendaría se hubiesen implementado para mejorar la intervención en salud mental comunitaria de la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
16. ¿De qué manera la DIRIS Lima – Este alentó la participación de las familias y de la comunidad para aplicar la atención de salud mental comunitaria con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
17. ¿Qué nivel de participación tuvieron las familias y la comunidad en la atención de salud mental comunitaria aplicada por la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
18. ¿Qué grado de disponibilidad o de resistencia mostraron las familias y la comunidad en la atención de salud mental comunitaria aplicada por la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
19. ¿En qué situaciones específicas participaron las familias y la comunidad en la atención de salud mental comunitaria aplicada por la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
20. ¿De qué manera se involucraron las organizaciones sociales locales para alentar la participación de las familias y la comunidad en la atención de salud mental comunitaria aplicada por la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
21. ¿Qué tipo de acciones o iniciativas implementaron las organizaciones de mujeres en la participación de las familias y la comunidad en la atención de salud mental comunitaria aplicada por la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?

22. ¿De qué manera la DIRIS Lima – Este alentó la participación de las familias y de la comunidad para aplicar la atención de salud mental comunitaria con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
23. ¿Qué nivel de participación tuvieron las familias y la comunidad en la atención de salud mental comunitaria aplicada por la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?
24. ¿Qué grado de disponibilidad o de resistencia mostraron las familias y la comunidad en la atención de salud mental comunitaria aplicada por la DIRIS Lima – Este con las personas afectadas en el distrito de Lurigancho – Chosica?



BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ, Carmen y SAN FABIAN, José Luis
2012 *La elección del estudio de caso en investigación educativa. Gazeta de Antropología. Oviedo. España: volumen 28, número 1. Consulta 27 de abril de 2021.* En:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4162/CarmenAlvarez-JoseLuisSanFabian%20Gazeta%20de%20Antropologia.pdf?sequence=1>

BARZELAY, Michael y CORTAZAR, Juan
2004 *Una guía práctica para la elaboración del estudio de caso sobre buenas prácticas en gerencia social.* Washington D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) y Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Consulta: 27 de abril de 2021. En:

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/15330/una-guia-practica-para-la-elaboracion-de-estudios-de-caso-sobre-buenas-practicas>

CAMPOS, Conny
2017 *Modelo de Gestión y Participación de Actores Involucrados en la Pertinencia Cultural de los Servicios de Salud en la Provincia de Churcampa (Huancavelica).* PUCP. Universidad EAFIT.

CASTILLO, H. y CUTIPÉ Y
2019 *Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013- 2018.* Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica. 2019;36(2):326-33. En:
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO
2018 *El Derecho a la Salud Mental. Supervisión de la Implementación de la Política Pública de Atención Comunitaria y el Camino a la Desinstitucionalización.* Informe Defensorial N° 18. Lima, diciembre de 2018.

ENCINA, Esteban
2015 *Salud Mental y Participación Comunitaria. Análisis de la Participación en Organizaciones Comunitarias y su relación con el bienestar / malestar.* Universidad de Chile.

ESCARTIN, Patricia, LÓPEZ, Vicky y RUIZ –GIMÉNEZ, Juan
2015 *La Participación Comunitaria en Salud.* En:
<https://comunidadsemfyc.es/la-participacion-comunitaria-en-salud/>

DOZA, Miriam y ESPINOZA, Carmen
2018 *Factores que Limitan la Atención Adecuada de Salud mental a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Diez Establecimientos de Salud del Distrito de Chilca* Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

GÓMEZ, Ángel
2013 *Ética del Desarrollo Humano según el Enfoque de las Capacidades de Martha Nussbaum*. Volumen 12 N° 1 Enero – Diciembre 2013. Universidad Femenina del Sagrado Corazón.
<https://doi.org/10.33539/phai.v12i1.238>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI

2015 *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015*. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXIV, Año 2018. Número 1.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC)

2007 *¿Cómo trabajar salud mental comunitaria en situaciones de emergencia? Lineamientos del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y desastres*. Versión Perú. Disponible en:
https://www.unicef.org/peru/spanish/salud_mental.pdf

PONCE DE LEON, José

2015 *“Radios Descocidos”, una Experiencia en Salud Mental Comunitaria con Usuarios de un Hospital Especializado de Lima*. PUCP.

MIMP

2016 *Convirtiendo los escenarios de desastre en oportunidades para la construcción de nuevos escenarios de Igualdad*. MIMP. Lima

MINSA

2009 *Guía de intervención integral de salud mental para prestadores de servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres*. Primera edición. Lima: MINSA. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/776_PROM35.pdf

MINSA

2016 *Salud mental comunitaria. Nuevo Modelo de Atención*. Boletín de Gestión. Año 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>

MOTA, Laura

2005 Reseña de *más ética, más desarrollo de Bernardo Kliksberg*. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales. México.

MOTA, Laura

2002 *El Capital Social: un paradigma en el actual debate sobre el desarrollo. Tendencias y problemas*. Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. IX. N°25 Setiembre / Diciembre 2002 En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701779&orden=306951&info=link>

NEIRA, Eloy y ESCRIBENS Paula

2010 *Salud Mental Comunitaria. Una experiencia de psicología política en una comunidad afectada por la violencia*. DEMUS. Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Publicación gracias al apoyo de la Asociación Entrepueblos y Aecid, Womankind y Big Lottery Fund.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2016 *Guía Técnica de Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias y el Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorros en caso de Desastres*.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2010 *Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Guía para Equipos de Respuesta*. Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro. Panamá.

QUINTANA, Ingrid y otros

2018 *Enfoque Psicosocial. Concepto y Aplicabilidad en la Formación Profesional de Estudiantes de Psicología*. Revista Reflexión e Investigación Educativa. Vol 1, N° 2/ Diciembre 2018.

SULCA, Rafael Emiliano

2016 *Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso de la Provincia Constitucional del Callao*. PUCP.

ZURITA, Carmen

2014 *Indicadores de Cambio de Salud Mental Comunitaria en Personas Afectadas por Violencia Social en Contexto Pos- Conflicto Armado Interno en Ayacucho*. Escuela de Posgrado. Maestría en Psicología Comunitaria. PUCP.