

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ  
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**PERCEPCIÓN DEL TRABAJO EN LA COMUNIDAD EN MIEMBROS DE  
EQUIPOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL**

**Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica  
que presenta la Bachiller:**

**Clis Gabriela Yépez Oblitas**

**Asesor: Carlos Vázquez Rivera**

**LIMA-PERÚ**

**2015**



## RESUMEN

Este estudio apunta a conocer la percepción del trabajo en la comunidad de miembros de equipos de una institución de salud mental. Se buscó comprender qué significa para ellos y ellas trabajar en salud mental en la comunidad, explorar sobre la situación en la que trabajan los equipos y conocer la opinión que tienen acerca del trabajo ya realizado. El método fue cualitativo y el recojo de información se dio a partir de una entrevista semi-estructurada, basada en una guía elaborada por la investigadora tras una revisión teórica del tema. La investigación se realizó con un grupo de 10 profesionales de salud mental, 7 mujeres y 3 hombres cuya experiencia de trabajo fluctuaba entre los 4 a 33 años. Se categorizó la información recogida a partir de los objetivos específicos y la pregunta de investigación, posteriormente se realizó el análisis de contenido. Entre los resultados, se halló que consideran que su trabajo supone intervenciones colectivas, que es coherente con la realidad y que genera sentimientos contradictorios. La situación en la que trabajan supone dificultades a partir de recursos insuficientes, poco apoyo institucional, burocracia y separación por profesiones. Su trabajo se vio facilitado por diferentes perspectivas, ser soltero o soltera y relacionarse con la comunidad. Tienen una opinión positiva acerca de su desempeño y consideran que han tenido diversos logros aunque aún tienen retos en el futuro. Entonces, los participantes perciben que su trabajo es colectivo, coherente y que genera sentimientos contradictorios, que hay dificultades principalmente institucionales pero también aspectos que facilitan su trabajo, y también, que han tenido logros importantes pero que aún hay retos a futuro.

**Palabras clave:** Salud mental, comunidad, trabajadores de salud mental, percepción.

## ABSTRACT

This study aims to approach the perception of the community work of members of a mental health team. We sought to understand what it means for them to work in mental health in the community, to explore the situation in which the teams work and getting feedback on the work they have done already. The method was qualitative and the gathering of information was from a semi-structured interview, based on a guide developed by the researcher after a theoretical revision of the subject. The research was conducted with a group of 10 mental health professionals, 7 women and 3 men whose work experience ranged from 4 to 33 years. Content analysis was performed and the information was categorized from the specific objectives and the research question. Among the results, it was found that they consider that their work involves collective interventions, is consistent with reality and generates mixed feelings. The work situation involves difficulties from inadequate resources, little institutional support, bureaucracy and separation of professions and their work was facilitated by different perspectives, being single and the interaction with the community. They have a positive opinion about their performance and consider that they have had many achievements but still face challenges in the future. Then, participants perceived that their work is collective, coherent and generates mixed feelings, there are difficulties mainly institutional but also aspects that facilitate their work, they think they have had significant achievements but there are still challenges ahead.

**Key words:** Mental health, community, mental health professionals, perception.

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	12
Participantes	12
Técnica de recolección de información	12
Procedimiento	13
Análisis de la información	14
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	16
REFERENCIAS	36
ANEXOS	40



## Introducción

Después de una prolongada postergación, en el Perú se establecieron políticas públicas que buscaron fortalecer los servicios de salud mental y hacer que éstos sean más accesibles a la población (Organización Panamericana de la Salud-Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental, 2012). Dichas políticas incluyen la participación de la familia y la comunidad en la implementación de estrategias que forman parte de proyectos iniciados desde instituciones psiquiátricas (Cueva, 2011). Una de éstas, supone la intervención en la comunidad de equipos móviles y multidisciplinarios, cuyo objetivo es trabajar en diversas regiones del país para lograr un abordaje integral a los problemas de salud mental teniendo en cuenta el contexto cultural de las personas (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La propuesta de salud mental comunitaria, precisa integrar los servicios de salud mental al sistema de salud general para intervenir a nivel de promoción, prevención, atención y rehabilitación (Velázquez, 2007). Además, aspectos como la participación y el diálogo entre la comunidad, las instituciones y todos los actores que intervienen en temas de salud mental, son necesarios para el desarrollo de diseños, acciones y soluciones apropiadas (OPS y Organización Mundial de Salud, 2007). En estudios realizados sobre la salud mental en la comunidad, se informa sobre la implementación y la puesta en práctica de las recientes políticas públicas (Velázquez, 2007), la reforma del sistema de salud y los resultados, la mayoría cuantitativos, de trabajo realizado por instituciones hospitalarias (Kendall, Matos y Cabra, 2006; Cueva, 2011, Bojórquez et al., 2012, Gonzáles et al. 2005). Asimismo, se plantea que la calidad de las intervenciones depende en gran medida del personal que las realiza (OPS-OMS, 2004). Dentro de este marco, surgen interrogantes como ¿Qué significa trabajar en la comunidad para los equipos? ¿Qué consideran que lograron? ¿A qué tipo de dificultades se enfrentaron? ¿Qué retos tienen en el futuro?

En este sentido, el objetivo de la investigación es conocer la percepción que tienen los miembros de los equipos multidisciplinarios sobre el trabajo de salud mental que realizan en la comunidad.

Partiendo del paradigma del construccionismo social y a través del método cualitativo, se entrevistó a 10 profesionales que forman parte de los equipos multidisciplinarios de una institución de salud mental que intervienen en la comunidad. El recojo de información se hizo mediante una entrevista semi-estructurada, lo que permitió abordar tanto temas planteados por la investigadora, como temas traídos por las personas participantes (Morga, 2012). Tras un proceso

de categorización, se analizó el contenido de los discursos recogidos teniendo en cuenta aspectos tales como la teoría revisada, el objetivo y la pregunta de investigación.

Abordar el tema desde la perspectiva de los equipos, resulta importante porque ayuda a comprender mejor cuál la situación de las intervenciones en la comunidad desde la propia mirada de las personas que participan en ellas. Dado que la forma de participación de las personas que trabajan en salud mental es clave para obtener resultados que beneficien a la comunidad, la investigación ayudará a conocer qué van entendiendo por trabajar a partir del enfoque comunitario, cuáles son los aspectos que influyen de manera positiva o negativa en su trabajo y qué consideran como retos a futuro. La información obtenida en la investigación, servirá para acercarnos hacia las construcciones que hacen los equipos sobre el trabajo de salud mental en la comunidad a partir la forma en la que perciben su experiencia. Al abordar la perspectiva del personal de salud comunitaria, se considera que este estudio contribuye al conocimiento sobre la forma en la que se está incorporando el enfoque comunitario al sistema de salud y puede servir para alentar futuras investigaciones que incluyan a la comunidad, los trabajadores de los centros de salud, las autoridades, el personal administrativo y los demás actores involucrados.

Para contextualizar a la lectora o lector, se abordará el tema de la siguiente manera: 1) se presentará una breve síntesis de la reforma y se explicará la diferencia generadas entre el modelo hospitalario y el enfoque comunitario de salud mental, 2) se describirán aspectos conceptuales y tipos trabajo de salud mental comunitaria, 3) se expondrá sobre la situación en la que trabaja el personal de salud mental y 4) se explicará sobre el proceso por el que atravesó la salud mental en el Perú y el trabajo de salud mental que se viene realizando en la comunidad.

En relación a la historia de la reforma de salud mental, se plantea que durante la década de los años cincuenta se originó la reforma psiquiátrica, debido a un profundo malestar a nivel internacional por la ineficiencia de los tratamientos brindados bajo el modelo hospitalario, dando inicio a un proceso de cambio en el paradigma de salud mental a nivel mundial (García, 2008; Koyanagi, 2007). Dicho modelo, tenía como eje de organización a las instituciones psiquiátricas caracterizadas por ser de gran tamaño y estar ubicadas dentro de zonas urbanas, por ofrecer asistencia psiquiátrica de tipo custodial y asilar, por lo que un prolongado internamiento generaba cronicidad en la enfermedad y deterioro personal (Rodríguez y Bravo, 2003).

Se considera que el modelo responde a una educación médica centrada en aspectos puramente clínicos y especializados, que dejó de lado el análisis de los factores sociales de la enfermedad y terminó optando por un modelo individualizado y mecanicista de

salud/enfermedad donde se separaron los factores biológicos de los psicosociales, obstaculizando así la comprensión integral de los problemas de salud mental, por lo que las críticas hechas al modelo estuvieron basadas en la mezcla de personas con diagnósticos distintos y necesidades heterogéneas en espacios limitados, asimismo, lejos de brindar un servicio sanitario, los hospitales se convirtieron en espacios de abandono social, marginación y de subtratamiento para la salud mental (Gómez, 2005).

Según Laviana-Cuetos (2006), en la evolución de la reforma se observan tres puntos importantes: 1) la desinstitucionalización en Estados Unidos, desde 1955, donde instituciones psiquiátricas fueron cerradas con el objetivo de reducir gastos en el sector salud, 2) la experiencia italiana, en los setentas, donde el cierre de hospitales alentó el desarrollo de servicios de salud en la comunidad y 3) en el Reino Unido donde se pudo evaluar y demostrar que las intervenciones de salud mental en la comunidad suponían cambios satisfactorios para usuarios y familiares.

En Latinoamérica, la reforma surge tras la Declaración de Caracas en 1990, donde se plantean iniciativas para reestructurar la atención psiquiátrica reemplazando los servicios hospitalarios por una prestación de servicios preventiva, descentralizada, participativa, continua y ofrecida desde la comunidad. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud instó a los gobiernos a incluir a la salud mental como una prioridad dentro de las políticas públicas, siendo así que países como Chile, Brasil y Panamá, que desarrollan experiencias implementando las estrategias planteadas durante la reforma (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2007).

De este modo, el enfoque comunitario surge como una alternativa al modelo basado en instituciones hospitalarias donde se considera que la salud y la enfermedad tienen de base aspectos colectivos y contextuales, e integra una concepción ecológica que permite visibilizar el aspecto relacional de la salud mental y los vínculos existentes en la comunidad, tiene en cuenta los problemas y recursos comunitarios y alienta la participación de las personas en las actividades que la promuevan (García, 1996).

Asimismo, se plantea que la perspectiva comunitaria se diferencia de la médica debido a que las personas no son consideradas como individuos que deben ser analizados de forma aislada sino que intenta comprender el contexto de las interacciones entre las personas y sus comunidades identificando los aspectos sociales, culturales e históricos que intervienen en su salud mental, además, alienta la participación en la construcción colectiva de soluciones a los problemas de salud mental y considera que éstos se relacionan con estructuras sociales desiguales (Rodríguez y Bravo, 2013).



Igualmente, la comunidad deja de ser pensada como un “objeto de intervención” y empieza a ser vista como un grupo de personas activas y se entiende que el trabajo de salud mental también se ve impactado por condiciones sociales, económicas, políticas, culturales, familiares y personales (IPEDEHP, 2008). Además, el concepto de comunidad puede integrar tanto la localización geográfica de la misma, como la construcción que se hace de la comunidad a partir de aspectos sociales y simbólicos compartidos (Velázquez, 2007).

Se plantea así que al trabajar desde el enfoque comunitario, se genera una reducción considerable de los gastos de inversión, dado que al desinstitucionalizar a las personas y tratarlas desde la comunidad, el sistema de salud se evita tratamientos prolongados y costosos (Minoletti & Zaccaria, 2005).

Es importante señalar que cuando se habla de implementar programas que integren a la comunidad en las acciones de salud mental, no se busca eliminar las instituciones psiquiátricas especializadas, muy por el contrario, se consideran importantes pero se recomienda que los internamientos en las mismas sólo se efectúen en casos en los que la vida de la persona o de las personas que la rodean estén en riesgo (Portillo, 2003). Desde el paradigma actual de salud mental, se plantea que la atención hospitalaria no es, ni debe ser, la única opción de tratamiento y que es necesario ampliar los servicios de atención hacia la comunidad para que los usuarios puedan atenderse dentro de su contexto social creando servicios comunitarios para no tener a la hospitalización como única opción (Vallhonrat, Hermanz y BoschVila 2010; Gómez et al., 2007).

En relación a los tipos de trabajo de salud mental a partir del enfoque comunitario, se plantea en primer lugar a la promoción de la salud mental, donde se busca: 1) modificar los determinantes de la salud a través de la elaboración de políticas públicas, 2) generar ambientes favorables para el desarrollo individual y colectivo, 3) reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios sanitarios, 4) promover condiciones tales como la paz, educación, vivienda, alimentación, renta adecuada, ecosistema saludable, justicia y participación de todas y todos (Malvárez, 2009). Los componentes básicos de la promoción son la participación activa de la comunidad, la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la constitución de la identidad de sujetos activos de su propia transformación (Bang, 2014).

En segundo lugar está la prevención de los problemas psicosociales, donde se busca identificar las condiciones psíquicas o sociales que producen o facilitan la aparición de situaciones que afectan la salud mental o elevan los factores de riesgo de las personas (De la Revilla, 1994). Asimismo, se recomienda afrontar estos problemas de manera integral trabajando con los contextos relacionales que son disfuncionales a la salud de las personas y

pueden generar el desencadenamiento de problemas de salud mental (Bernardi, Ceretti & Schwartzman, 1999). Es importante tener en cuenta que los problemas psicosociales se elevan en grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad como las poblaciones indígenas, víctimas de violencia política, minorías y personas que viven en condiciones de pobreza (Rodríguez, 2003).

En tercer lugar se encuentra la atención, donde se busca brindar atención clínica comunitaria a través de herramientas terapéuticas que partan de la participación y reconocimiento de las necesidades específicas de las personas con las que se va a trabajar, para esto se requiere la acción efectiva de la comunidad al momento de establecer las prioridades, al tomar decisiones y al planificar e implementar estrategias para mejorar la salud o los tratamientos que van a ofrecerse (Velázquez, 2007; Grupo de Trabajo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos 2006).

En cuarto lugar se encuentra la rehabilitación psicosocial, la cual requiere de organizaciones comunitarias que tengan como objetivo la reinserción laboral y familiar, el acompañamiento a usuarios en atención ambulatoria y el establecimiento de programas residenciales (Gómez et al., 2007). Se recomienda también que esté basada tanto en iniciativas clínicas como de inserción social a través de alternativas gestionadas desde la comunidad, usando recursos afectivos, humanos, económicos y políticos (Kohn et al., 2005).

Es importante señalar que la noción de recuperación desde el trabajo de rehabilitación psicosocial en la comunidad, se aleja del sentido médico estricto que la entiende como un resultado, reflejado en el regreso al estado mental y físico previo a la enfermedad, sino que es considerada un proceso cuyo objetivo es reducir las consecuencias de los síntomas elevando la posibilidad de recuperar una vida satisfactoria y con sentido, donde a pesar de presentar algún nivel de discapacidad, la mejora es percibida y evidenciada por las personas con enfermedades mentales (López, 2004).

Acercas de las características de trabajo comunitario, Montero (2004) plantea que a medida que el control de las decisiones esté en manos de los miembros de la comunidad, los ritmos de trabajo y el manejo de tiempo pueden ser variados debido a que las comunidades tienen urgencias propias que pueden apresurar o atrasar las actividades, también sostiene, que hay un tiempo en la comunidad y un tiempo distinto en las instituciones que trabajan con ella y que esto puede generar tensiones o la impresión de que no se están logrando los objetivos planteados, por esto, sugiere que las personas involucradas reflexionen en conjunto para de establecer un tiempo convergente respetando los propios ritmos de la comunidad.

Igualmente, es necesario establecer espacios de reflexión-acción, entender que el aprendizaje entre el personal de salud y la comunidad es recíproco, basado en relaciones horizontales y que la tarea principal es el empoderamiento de las personas en el ejercicio pleno de sus derechos como ciudadanos (Rivera y Mendoza, 2007). Dicho empoderamiento supone factores tales como: confianza, reciprocidad, colaboración y la acción social de la comunidad con el objetivo de mejorar su calidad de vida (Sapag y Kawachi, 2007). Para alcanzarlo, es necesario integrar las estrategias de protección y promoción de la salud mental, la prevención de los problemas psicosociales, la recuperación o fortalecimiento de los vínculos y la participación de los miembros de la comunidad (MDRI & APRODEH, 2004).

De igual modo y a partir de su experiencia en el trabajo comunitario Escibens, Portal, Ruiz y Velázquez (2008), explican que es importante respetar las instancias comunitarias desde el primer encuentro con la población y que, haciendo uso de los espacios de reunión, se pueden plantear las propuestas de intervención junto a la comunidad, la municipalidad o los colegios. Asimismo, hacen una crítica a las políticas públicas que son planteadas desde el Estado que no permiten visibilizar las necesidades particulares de las diversas poblaciones. También se recomienda usar estrategias de redes que permitan que las personas, el personal de salud, las autoridades y las organizaciones trabajen de manera coordinada en diferentes espacios, que se resuelvan en conjunto los problemas identificados en la comunidad, que se intercambie información y amplíen, o fortalezcan, las intervenciones comunitarias de salud mental (Instituto Peruano de Educación en Derechos Humanos y la Paz, 2008).

De igual modo, se sugiere la formación de equipos de salud mental que intervengan en la comunidad y que cuenten con las siguientes características: 1) que sean multidisciplinarios, 2) que alienten el debate interno y la revisión constante del trabajo, 3) que las personas que conforman los equipos hayan sido capacitados en temas de interculturalidad, 4) que sean capaces de establecer vínculos horizontales con las personas con las que trabajan, 5) que conozcan acerca de problemáticas sociales, 6) que sean flexibles con los cambios y los retos propios del sistema de salud, 7) que cuenten con habilidades de interacción, 8) que construyan y reconstruyan mecanismos normativos internos y 9) que perciban a las instituciones como espacios de debate y aprendizaje (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

Entre los modelos de equipos utilizados para intervenir en la comunidad se encuentra el multidisciplinario, que supone una mezcla no integradora de profesionales en la que cada disciplina conserva sus técnicas de trabajo pero colaboran entre sí y tienen un objetivo en común, por otro lado, el interdisciplinario supone la interacción de varias disciplinas a través de

diálogo y colaboración, generando un enriquecimiento mutuo de conceptos y técnicas de trabajo (Carvajal, 2010).

En lo que respecta a situación en la que trabaja el personal de salud mental, es necesario considerar variables relacionadas con el desempeño de las tareas como por ejemplo: 1) la demanda emocional que plantea el trabajo con enfermedades mentales, 2) el contacto directo con la enfermedad o determinantes sociales de riesgo, 3) la presión y la cantidad de trabajo, 4) el insuficiente apoyo de compañeros de trabajo, 5) sentimientos de excesiva responsabilidad en el trabajo con las personas, 6) multiplicidad de roles que deben adoptar 7) la desconexión entre los conocimientos teóricos y la práctica y 8) la desconfianza entre miembros del equipo (Barría, Rosemberg & Uribe, 2009; Pérez & Jibaja, 2009).

Asimismo, Houtman y Kompier (2001) plantean que el personal sanitario es un grupo proclive a sufrir alguna enfermedad mental debido a las características de su trabajo. En esta línea, González y Pérez (2011) realizaron un estudio sobre factores de riesgo en el trabajo y la repercusión de los mismos en la salud mental de trabajadores de salud y hallaron que los trabajadores que percibían conflictos laborales tenían mayores probabilidades de sufrir “burnout” y como consecuencia, demostraron poca sensibilidad, comprensión, un trato distanciado hacia las personas y deterioro en la calidad de los servicios que brindaban. Igualmente, las personas que cuentan con amplia experiencia de trabajo en el sector salud y que perciben escaso grado de reconocimiento en su labor, así como un elevado nivel de insatisfacción frente la gestión de su centro de trabajo, cumplen con el perfil del sujeto proclive a sufrir el síndrome de “burnout” (Albaladejo et al., 2004). De igual modo, en cuanto a la satisfacción laboral en trabajadores de salud, se debe considerar la evaluación subjetiva de necesidades y expectativas profesionales en el ambiente de trabajo, por ejemplo la percepción de la remuneración, del ambiente físico, de las relaciones con los compañeros, de la carga laboral y del reconocimiento por parte de los jefes (INSM “HD-HN”, 2009).

Habiendo expuesto sobre la reforma de salud mental, la diferencia entre los modelos, el enfoque comunitario, tipos de intervenciones, las características del trabajo en la comunidad y las condiciones de trabajo del personal sanitario, se abordará sobre el proceso por el que atravesó la salud mental en el Perú con el objetivo de permitir una mayor comprensión del trabajo que vienen realizando los equipos de salud mental en la comunidad.

Acerca del desarrollo histórico, Caravedo (1985) plantea que desde el siglo XVI existían las llamadas Loquerías, que estaban destinadas a eliminar a las personas consideradas como perturbadas de la mente y no brindaban condiciones adecuadas para un tratamiento de rehabilitación, razón por la cual, Casimiro Ulloa inicia una campaña en favor de las personas

con enfermedades mentales y promovió la construcción del Hospicio de Insanos o Manicomio del Cercado en 1959. Posteriormente, a causa de la alta demanda de servicios de salud mental en Lima, en 1966, se construyó el hospital Hermilio Valdizán, en 1961 el hospital Larco Herrera y en 1982 el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, todos con el objetivo de brindar una asistencia médica adecuada y humanitaria (Bojórquez et al., 2012).

En el Perú, se entiende la salud mental como un estado de bienestar donde aspectos físicos, mentales y sociales son interdependientes y se basan en elementos como el bienestar subjetivo, la percepción de autoeficacia y autonomía, las competencias personales y el desarrollo de las capacidades emocionales e intelectuales. Las características contextuales que influyen en dicho estado, son la pobreza, la urbanización desorganizada, la carencia de vivienda, el desempleo, las condiciones laborales, la educación y los vacíos en la legislación (OMS, 2001).

Sin embargo, durante mucho tiempo la salud mental tuvo como base de organización a los hospitales psiquiátricos, fue recién en la década de los noventa que la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud intentó poner en marcha iniciativas recomendadas por la OMS en la Declaración de Caracas, aunque no pudieron llegar a consolidarse por problemas de gestión y falta de organización en el sector (Bojórquez et al., 2012; OPS-OMS, 2004). A pesar las estrategias planteadas por la OMS, e inclusive la implementación de algunas, el sistema de salud mantuvo el modelo hospitalario como eje de su estrategia general, esto se tradujo en acciones concretas dado que el Ministerio de Salud, siendo el principal proveedor de servicios de salud mental en el país, dirigía solamente el 3% de su presupuesto total a la salud mental, siendo el 98% del mismo destinado a las tres instituciones psiquiátricas de Lima (OMS, 2008).

Fue así que el sistema de salud en el Perú se organiza en tres niveles para atender la salud mental: en el primero se encuentran, los Centros de Salud (encargados de la promoción y prevención de enfermedades), en el segundo los hospitales de apoyo u hospitales generales y en el tercer nivel, los hospitales especializados Larco Herrera y Hermilio Valdizán (donde se brinda servicios de atención, emergencias y rehabilitación) junto al Instituto Nacional de Salud Mental, éste último encargado de investigar y trabajar los casos de mayor complejidad (OMS, 2008).

Es importante tener en cuenta, que en el Perú, existieron experiencias de trabajo comunitario en las diferentes instituciones psiquiátricas: 1) el Programa de Salud Mental Comunitaria de Castro de la Mata en el Cono Norte de Lima en 1971, posteriormente integrado al Instituto Nacional de Salud Mental, 2) el Programa de Proyección a la Comunidad del servicio de psiquiatría infantil del hospital Hermilio Valdizán en 1975, 3) el Servicio de Salud Mental Comunitaria del Niño y la Familia en la comunidad campesina de Jicamarca en 1979, 4) el Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Valdizán en 1982, entre otras. Sin embargo,

Bazán (1987) plantea que entre los obstáculos reportados en el Perú a partir de las primeras experiencias de salud mental en la comunidad se hallaron: 1) subdesarrollo y pobreza, 2) actitudes negativas de la comunidad hacia la psiquiatría y, el principal, 3) poca cooperación de los directivos del sistema formal de salud.

Fue recién en el año 2004, que el Ministerio de Salud elaboró el Plan Nacional de Salud Mental considerando las recomendaciones de la OMS y teniendo entre sus objetivos el tratamiento de salud mental en la atención primaria, la asistencia en la comunidad y la inclusión de la familia y la comunidad en temas de salud mental (Dirección de Salud Mental, 2005). Tras aprobar el plan del 2006, el Ministerio de Salud tenía buscó mejorar los servicios a través de la implementación de nuevas estrategias contempladas desde el modelo comunitario de salud mental. Entre éstas, se encontraban las actividades realizadas por equipos móviles de las tres principales instituciones psiquiátricas de Lima, quienes a través de visitas comunitarias, buscaban desarrollar intervenciones de salud mental y validar instrumentos de intervención en la comunidad bajo un marco de trabajo interdisciplinario (OMS, 2008; Instituto Nacional de Salud mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, 2009).

Una de éstas fue el “Proyecto Huaycán” en el año 2010, donde el Hospital Hermilio Valdizán planteó el objetivo de brindar servicios de salud mental con base comunitaria en la comunidad urbana auto-gestionada de Huaycán. Una vez allí, comenzó a evaluar constantemente las actividades de sus equipos, éstas consistían en capacitar al personal en atención primaria, crear un sistema de referencia y contra referencia, desarrollar programas preventivo promocionales y realizar abogacía en toda la red de salud (OPS-Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental, 2012). Posteriormente, entre los logros de dicho proyecto se reportaron las capacitaciones a profesionales de atención primaria, los convenios con instituciones privadas y civiles, la implementación de centros comunitarios de salud mental y la sistematización de modelos para que puedan ser implementados en otras regiones del país (Navarro, 2011).

Otra de las intervenciones, fue el Programa de Reparaciones para víctimas de la violencia política del MINSA, donde se conformó equipos itinerantes de las instituciones psiquiátricas de Lima para trabajar en regiones de la sierra y la selva, el objetivo era realizar capacitaciones a trabajadores de salud, promover la recuperación desde la comunidad y el acceso a servicios de atención, promoción y prevención. Entre los logros se reportó haber colocado a la salud mental como un tema prioritario de salud, establecer centros de atención con base comunitaria y que la comunidad exija servicios de salud mental (OPS-Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental, 2012).

Si bien el trabajo del MINSA contempló y contempla algunas estrategias desde el enfoque comunitario, el sistema de salud peruano aún no lo integra en estrategias de prevención, promoción, atención y rehabilitación, asimismo, se observan condiciones que pueden relacionarse a dicha falta de integración, por ejemplo: 1) la oferta de servicios a nivel nacional sigue siendo insuficiente, 2) todavía no se logra la inclusión completa de la salud mental en la agenda de las políticas públicas, 3) los gobiernos regionales aún muestran poco interés en temas de salud mental, 4) los recursos humanos están poco motivados, 5) existe discriminación hacia las personas con enfermedades mentales, 6) hay falta de intervención por parte de la sociedad civil y 7) existe un desconocimiento casi generalizado de la salud mental como uno de los determinante de bienestar social (Bojórquez et al., 2012).

De igual modo, la inversión estatal en salud mental sigue estando dirigida a los principales hospitales psiquiátricos de Lima, esto tiene como consecuencia, que aún se mantenga al hospital como el eje de la organización del sistema de salud, por lo que los intentos de ampliar el acceso a servicios de salud de calidad y de implementar programas que permitan la integración de la comunidad son aún insuficientes (Mental Disability Rights International & Asociación Pro Derechos Humanos, 2004).

En lo que respecta a la situación del sistema de salud en el Perú, el MINSA (1999) realizó un análisis de sus principales problemas administrativos y entre las conclusiones se plantea que tenían un problema de organización por encontrarse excesivamente burocratizado, con recursos humanos resistentes al cambio, normatividad obsoleta, exceso de formalismo y sobre utilización de papeleo.

En relación a los ingresos económicos del personal del sector salud, el Informe Final de la Comisión Multisectorial plantea que hubo incrementos salariales desde el año 1990, sin embargo, al no haber ajustes en los últimos cinco años el valor real de los ingresos ha ido decreciendo, también, se menciona que los ingresos son bajos, que se establecen a partir de la carrera profesional y los años de servicios mas no en la responsabilidad del puesto, por esto, se recomienda desarrollar una política donde los ingresos estén sustentados según las funciones de cada puesto, considerando las condiciones y las situaciones excepcionales (MINSA, 2013).

Teniendo en cuenta este panorama, se plantea que las experiencias deben ser estudiadas y supervisadas incluyendo en ese proceso, las opiniones de los propios usuarios y trabajadores de los servicios de salud (OPS-GIR, 2012), de este modo se considera importante conocer la percepción del personal de instituciones de salud mental que realizan trabajo comunitario.

Tomando en consideración lo expuesto, el presente estudio busca conocer mediante el método cualitativo la percepción de las personas que forman los equipos de salud mental del

trabajo que realizan en la comunidad. El método resulta el adecuado, debido a que se busca conocer la construcción que los participantes hacen de su experiencia a partir de sus percepciones y el significado que le otorgan a la misma. Dichas percepciones, serán recogidas a partir de sus narraciones y descripciones para ser analizadas posteriormente (Ruiz, 2012). Partiendo desde un punto de vista construccionista, donde se entiende que la realidad se construye social, histórica y culturalmente, se define la percepción como la capacidad para interpretar e integrar la realidad influida por factores sociales y culturales, cuya exploración permite conocer las creencias, actitudes, opiniones, valores, roles sociales y la forma en la que las personas se reconocen unas a otras (Vargas, 1994).

Asimismo, se considera que los resultados de esta investigación pueden abrir espacio a nuevas investigaciones dada la importancia de las reflexiones y descripciones de las construcciones que hacen las personas que forman parte de una institución psiquiátrica y realizan trabajo comunitario, ya que esto permite acceder a la manera en que ellos significan y construyen la realidad (Donoso, 2004).

Surge entonces, la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción del trabajo realizado en la comunidad de las personas que conforman los equipos? De este modo, el objetivo general de este estudio es: conocer la percepción del trabajo en la comunidad de las personas que conforman los equipos multidisciplinares de una institución de salud mental en Lima. Y los objetivos específicos son: 1) comprender qué significa para ellos trabajar en salud mental en la comunidad, 2) explorar sobre la situación en la que trabajan los equipos de salud mental comunitaria y 3) conocer qué opinan sobre el trabajo ya realizado.



## Método

El objetivo del estudio fue conocer la percepción del trabajo de salud mental en la comunidad que tenían los miembros de los equipos multidisciplinarios de una institución de salud mental en Lima. Esta investigación se realizó utilizando el método cualitativo de investigación ya que se buscó realizar un acercamiento hacia las formas en la que las personas entrevistadas percibían el trabajo en la comunidad desde su perspectiva y contexto específico (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). De este modo, se buscó indagar sobre la construcción de la realidad realizada por las personas entrevistadas a partir de sus percepciones sobre los temas relacionados a la pregunta de investigación (Rodríguez, Gil & García, 1996; Donoso, 2004). Para efectos de esta investigación, se entiende que la realidad se construye a partir de las interacciones de las personas dentro de un contexto, social, histórico y cultural específico, de este modo, el estudio fue enfocado desde esta perspectiva para explorar sobre la percepción de las personas entrevistadas (Berger & Luckmann, 1966; Gergen 2007).

### Participantes

En esta investigación se contó con 10 personas que formaban parte de los equipos multidisciplinarios de una institución especializada en salud mental ubicada en la ciudad de Lima. Dichos equipos están conformados por psicólogas y psicólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales. Entre los criterios de selección se consideraron que fueran miembros activos de los equipos, que tengan más de dos años de experiencia de trabajo y que las personas estuvieran dispuestas a responder una entrevista de aproximadamente 50 minutos de duración.

Se contó con al menos un o una representante por profesión, entiéndase: dos psicólogas y dos psicólogos, tres enfermeras, un psiquiatra, una terapeuta ocupacional y una trabajadora social. Siete de las diez personas participantes fueron mujeres, el tiempo de experiencia de trabajo en salud mental fluctuó entre 4 y 33 años. Entre las experiencias previas de trabajo informaron ofrecer servicios de atención en la práctica clínica, así como trabajo en prevención y promoción de la salud, rehabilitación y docencia. La cantidad de participantes resulta usual para este tipo de investigación cualitativa, ya que el propósito del estudio es realizar un acercamiento profundo para conocer la realidad construida a partir del discurso de las personas entrevistadas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### Técnica de recolección de información

La información se recogió a través de una entrevista semi-estructurada, en que se incluyó un guión básico de preguntas para poder abordar de manera flexible los temas que se

consideraron relevantes dentro de los objetivos de esta investigación, asimismo, se mantuvo apertura para incluir asuntos que fueron planteados como importantes por las personas entrevistadas (Morga, 2012). Se decidió usar este tipo de entrevista por ser una técnica que permite explorar de manera específica y profunda conceptos tales como los abordados en este estudio (Hernández, et al., 2014).

La entrevista contó con una guía de preguntas que respondían al objetivo general y a los objetivos específicos del estudio, teniendo en cuenta conceptos claves que surgieron de la revisión teórica y bibliográfica acerca del tema en cuestión (Anexo 1). La guía de preguntas fue revisada por una persona con varios años de experiencia en el sector de salud mental y se aplicó un ensayo piloto con un profesional que laboraba en un escenario similar al de las personas entrevistadas. Además, se participó de un taller ofrecido por un experto enfocado en el diseño e implementación de entrevistas cualitativas antes de iniciar el proceso de recolección de información. La guía final incluyó 20 preguntas que buscaban indagar sobre las siguientes áreas:

- Comprensión general de la salud mental en la comunidad
- Consideraciones generales acerca de su trabajo en la comunidad
- Tipos de intervenciones
- Percepción sobre las condiciones laborales
- Percepción del trabajo realizado
- Opinión sobre los retos a futuro

Como parte de la entrevista también se utilizó una ficha de datos sociodemográficos (Anexo 3) donde se recogió información relacionada al género, edad, profesión, tiempo de trabajo en el área y experiencia laboral previa.

### **Procedimiento**

El proceso de selección consistió en contactar a las personas participantes en la institución en la que trabajan y explicarles los objetivos generales del estudio. Tras dar a conocer su motivación por participar, se establecieron horarios libres de actividades para iniciar las con el recojo de información. Las entrevistas se llevaron a cabo en las facilidades de la institución durante las horas libres de las personas participantes en un ambiente amplio, vacío, ventilado, con luz adecuada y parcialmente libre de ruidos.

En relación a los aspectos éticos, antes de iniciar se leyó el consentimiento informado (Anexo 2). En dicho documento, las personas entrevistadas accedían a ser participantes de la investigación, se daban a conocer los detalles relevantes del estudio, que las entrevistas serían grabadas y se resaltó la confidencialidad de la información. Asimismo, existe el compromiso de

socializar los resultados con las personas participantes al haber culminado. Una vez leído, se procedió a firmar el documento y a completar la ficha de datos sociodemográficos (Anexo 3).

Completar la entrevista tomó un promedio de tiempo entre 45 a 75 minutos, la misma fue audio-grabada y fue transcrita en su totalidad. Una vez transcritas las entrevistas se procedió a borrar los audios para garantizar el anonimato de las personas entrevistadas. Posteriormente la información fue organizada de acuerdo a los ejes de análisis que surgían a partir del discurso de las personas y de los objetivos específicos del estudio.

### **Análisis de la información**

Los resultados de este estudio fueron manejados a partir del análisis de contenido debido a que permite analizar en detalle y de manera profunda el contenido de las verbalizaciones en las entrevistas, observar los datos tal como son comunicados a la persona que investiga y el contexto en el que fueron recogidos (Porta y Silva, 2003). Es importante entender que si bien en el discurso se construye la realidad, no es un reflejo exacto de la misma, por esto, no se pretende hacer suposiciones acerca de lo que la persona quiso decir (Parker, 1992), sino confrontar la información recogida con los conceptos teóricos revisados, los objetivos específicos y la pregunta de investigación.

Se transcribieron las entrevistas bajo las mismas reglas y procedimientos, después de la lectura y análisis de las transcripciones se procedió a establecer una serie de temas o ejes de sentido para responder a la pregunta de investigación. Para esto, se realizó la codificación de unidades de sentido desde dos planos: 1) se hizo una codificación abierta donde se identificaron las verbalizaciones, o unidades de sentido, que posteriormente fueron organizadas en categorías codificadas, y 2) se compararon las categorías entre sí para agruparlas y hallar vínculos posibles entre ellas.

El proceso de generar categorías supuso una comparación constante entre las unidades, manteniendo al final las que respondían a los objetivos específicos del estudio, se utilizó la categorización en vivo por lo que se mantuvo la información tal como fue recogida en el campo, incluyendo jergas y neologismos planteados por las personas entrevistadas (Hernández, et al., 2014). La codificación y categorización se hizo con la ayuda del software para el manejo de información cualitativa ATLAS.ti. Versión 6, esta herramienta informática facilita el manejo y la organización de grandes volúmenes de información textual agilizando el proceso de segmentación del texto, la codificación de citas, así como la generación de comentarios y anotaciones (Muñoz, 2003).

Posteriormente, se organizaron los datos a partir de los ejes de sentido conformados por las categorías, dicho proceso permitió una mirada y revisión general que sirvió para captar

detalles importantes. Las categorías finales se establecieron a partir de aspectos reiterativos y relevantes que emergían en el discurso de las personas entrevistadas. Se hizo uso de un bitácora de análisis con el objetivo de registrar las decisiones, el modo en el que surgieron las categorías y el establecimiento de reglas de codificación (Hernández, et al., 2014). Y también, se elaboró una tabla que permitió una mejor organización visual de la información (Anexo 4).

En relación a los criterios de rigor, se aportó evidencia a favor de la dependencia manteniendo la consistencia metodológica, la credibilidad se apoya en la representatividad de voces de las personas participantes y se introdujo una auditoría externa a través de la revisión del proceso por parte de un experto en investigación cualitativa (Hernández, et al., 2014). Además, el análisis de los resultados se vio enriquecido por la revisión bibliográfica previa al desarrollo de las entrevistas, la consideración permanente de la pregunta de investigación, del objetivo general y de los objetivos específicos del estudio.



## Resultados y Discusión

Entre los resultados de la presente investigación se desarrollaron cinco ejes de sentido conformados por categorías emergentes, los cuales fueron organizados considerando de manera permanente la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos. De este modo, para responder al primer objetivo específico, que consistía en comprender qué significa para las personas entrevistadas trabajar en salud mental en la comunidad, se desarrolló un eje de sentido que fue denominado:

- 1) *Trabajo de salud mental en la comunidad* conformado por las categorías:
  - a. *Intervenciones colectivas*
  - b. *Realista*
  - c. *Sentimientos contradictorios*

Los ejes de análisis del segundo objetivo específico, que consistía en explorar sobre la situación en la que trabajan los equipos de salud mental comunitaria, fueron:

- 2) *Dificultades* conformado por las categorías:
  - a. *Recursos insuficientes*
  - b. *Poca comprensión de la administración de la institución*
  - c. *Burocracia*
  - d. *Separación por profesiones*
- 3) *Aspectos que facilitaron* conformado por las categorías:
  - a. *Diferentes perspectivas*
  - b. *Ser soltero o soltera*
  - c. *Relacionarse con la comunidad*

Los ejes de análisis para el tercer objetivo específico, que consistía en conocer qué opinan del trabajo realizado en la comunidad, fueron:

- 4) *Logros* conformado por las categorías:
  - a. *Sistematización de las experiencias*
  - b. *Visibilizar la salud mental*
- 5) *Qué falta hacer* conformado por las categorías:
  - a. *Generar réplicas*
  - b. *Alentar más la participación*

Los resultados serán expuestos luego de mostrar un primer eje de sentido que, si bien éste eje no responde propiamente a ningún objetivo específico, permitirá describir los tipos de intervenciones que vienen realizando los equipos de salud mental en la comunidad y ayudará a contextualizar el análisis posterior. Dicho eje fue denominado *Tipos de intervenciones* y se

divide en cuatro categorías. La primera categoría que se desarrolló a partir del discurso fue denominada *atención en centros de salud*:

*“Ingresa el paciente, la enfermera hace una historia clínica y luego este paciente pasa por el médico psiquiatra, el médico psiquiatra va a instaurar el tratamiento, el plan de tratamiento, que puede consistir por ejemplo, este paciente debe recibir terapia por psicología, muy bien, entonces va a ser citado al psicólogo. Como en (Nombre de la Institución) y seguirá el mismo proceso.”* (Enfermera, 32 años de experiencia).

A partir del discurso de la enfermera, parece que el trabajo de atención de salud mental en la comunidad es similar en los centros de salud que en el hospital. Si bien la participante se refiere específicamente al servicio asistencial, el proceso que atraviesa el paciente sigue siendo el mismo que recibiría en la institución psiquiátrica, empezando porque el primer contacto que hace con los servicios de salud es un médico psiquiatra quien a partir de un primer acercamiento con los usuarios, como señala la entrevistada, decide el plan de tratamiento y qué profesionales se involucrarán en el mismo. Esto puede responder a lo planteado por Velázquez (2007), quien señala que si bien los equipos de salud mental surgen para responder a la necesidad de atención en la comunidad, se pregunta también si el MINSA sólo traslada los servicios del hospital psiquiátrico a la comunidad o alienta la participación de la de la población en el proceso. En este caso, se observó que las enfermeras que tenían menos años de experiencia incluso señalaron que el centro de salud funcionaba como un *“mini hospital”* donde el protocolo de atención a usuarios era similar al de la institución, sin embargo resaltaban la proximidad física del centro y el mayor acceso a servicios de salud mental de la comunidad.

La segunda categoría que surgió en el discurso fue denominada *prevención y promoción de la salud mental*, en este sentido una participante mencionó:

*“Actualmente estoy viendo la intervención en instituciones educativas, mediante talleres. Trabajo todos los programas preventivos promocionales de salud colectiva en lo que es habilidades sociales, pautas de crianza, conducciones frente a desastres.”* (Enfermera, 4 años de experiencia).

Entre las respuestas de las personas entrevistadas, resultó común encontrar que utilizaban de manera indistinta conceptos como promoción y prevención de la salud mental, lo que llevó a pensar que podrían entenderlas como sinónimos. Al respecto, se plantea que la promoción se concentra en educar a las personas en el cuidado de su salud y la prevención en reducir condiciones ya existentes en una comunidad (Malvaréz, 2009). Si bien parece que los programas son planteados con el objetivo de generar nuevas conductas en las personas, no se enfatiza explícitamente sirvan para alentar la construcción de una identidad que suponga que

los sujetos sean parte activa de su propia transformación (Bang, 2014). Sería interesante entonces, profundizar en las cualidades de los programas ofrecidos por los equipos de trabajo y de esa forma conocer el modo en el vienen siendo implementados. La tercera categoría se denomina *capacitación de profesionales*, derivó de los proyectos que buscan movilizar a los equipos hacia otras regiones del país con el objetivo de capacitar a trabajadores de salud para mejorar la atención primaria de salud mental en los centros de salud. Las personas entrevistadas diferencian las tareas en este tipo de intervención debido a que consideran que el trabajo no se da de manera directa con la comunidad, sino que se da a través de las personas que trabajan en las redes de salud de nivel primario:

*“Mi relación es más profesional que de actor, o de gestor en los trabajos comunitarios propiamente dicho (...) Lo que pasa es que el trabajo que ahora estoy haciendo, está orientado a trabajar a nivel de las competencias de los profesionales que están en sus micro-redes, en una región específica. Mi relación no es directa con la comunidad, sino es mediadora y se da a través de los recursos de los profesionales (...) el proyecto apunta a capacitar en competencias básicas a los profesionales de los equipos básicos, en temas puntuales basados en atención primaria de la salud, para que puedan dar una respuesta a problemas como episodios depresivos leves, consumos perjudiciales de alcohol, violencia familiar, trastornos ansiosos, etc. Son problemas que se pueden resolver en los primeros niveles” (Psicólogo, 13 años de experiencia)*

Como plantea el IPEDHP (2008), en estos proyectos se considera que la atención primaria sirve como la base del trabajo en redes, la cual permite el acceso de la comunidad a los servicios indispensables de salud y, al mismo tiempo, facilita espacios para que los equipos realicen la transferencia de conocimientos en salud con el objetivo de que la comunidad pueda comenzar a solucionar sus problemas participando de manera activa en el planeamiento, control y la evaluación de las actividades según las necesidades halladas en conjunto. Finalmente, surgió la categoría denominada *abogacía* y supone un trabajo de sensibilización a autoridades de instituciones y organizaciones que tienen influencia en la comunidad:

*“Hacemos todo lo que es “advocacy”, especialmente con las municipalidades, es como un compromiso o un acuerdo a una actividad. Por ejemplo ahora estamos participando de una mesa de concertación con la municipalidad para, justamente, sensibilizar a las familias sobre lo que es la parte de salud mental” (Trabajadora social, 19 años de experiencia).*

Habiendo descrito los tipos intervenciones que realizan en la comunidad, se procederá a exponer los ejes de sentido que se desarrollaron para responder a los objetivos específicos de ésta investigación. Como se mencionó al principio, se desarrolló un eje de análisis para responder al primer objetivo específico y fue denominado:

### *Trabajar en salud mental en la comunidad*

Este eje se refería al significado que las personas entrevistadas le otorgaban al trabajo de salud mental en la comunidad. Dicha descripción, partía del carácter colectivo de las intervenciones, la coherencia de éstas con las necesidades de la comunidad y los sentimientos generados a partir de su trabajo. De este eje, derivaron tres categorías, la primera fue denominada *intervenciones colectivas*, debido a que en el discurso se enfatizó lo colectivo y la amplitud del impacto que tenían las intervenciones, especialmente cuando se trataba de brindar información sobre salud mental a las personas de la comunidad:

*“Es distinto que vaya y trabaje la depresión con un paciente y todo se quede ahí con el paciente, a que se haga un taller sobre la ansiedad con una comunidad. O sea, esa comunidad es como si acogiera esta información y la transmite, es como un viral ¿no? Es más viral la intervención. O sea, pega más, en más gente, el radio de acción es mayor.”* (Psicóloga, 6 años de experiencia)

Resaltan las palabras elegidas por la participante para referirse a la difusión de información. Como se planteó previamente, el discurso no sólo expresa ideas sino que influye en la manera en la que las personas construyen su realidad (Parker, 1992). De esta forma, pareciera que el uso del término responde a la formación clínica de la entrevistada y que al hablar de “viralizar” la información sería posible también una suerte de “contagio”, paradójicamente, en beneficio de la salud mental de las personas en la comunidad. Sobre esto, la OMS (2010) señala la importancia de la difusión de información sobre salud mental, afirmando que el manejo adecuado de la misma permite que las personas exijan un trato adecuado en los servicios sanitarios y que experimenten mayores sensaciones de control sobre su salud, teniendo como consecuencia la generación de factores de protección. De este modo, parece que al diferenciar los efectos de una intervención en la comunidad frente a una individual, la participante incluye, en la construcción que hace del significado de trabajar en la comunidad, la importancia de difundir información sobre salud mental.

La segunda categoría que se desarrolló en el análisis fue denominada *realista*, donde varias personas entrevistadas manifestaron que su trabajo en la comunidad les permitía realizar intervenciones coherentes con las necesidades y con los recursos que las personas de la comunidad tienen en su propio entorno:

*“En el caso de rehabilitación, es toda una infraestructura que tienen ¿no? que no necesariamente toda esa infraestructura, después cuando el usuario vaya a su casa lo va a tener. Las actividades las hace usando hornos microondas, refrigeradoras, todo. Yo a veces digo: “y eso, en su casa después ¿lo va a tener?” Entonces, el otro es más*



*realista, el trabajo en la comunidad, yo veo como que es más cercano a su realidad.”*  
(Terapeuta ocupacional (mujer), 26 años de experiencia).

El cuestionamiento realizado por la participante al modelo de trabajo de rehabilitación usado en la institución psiquiátrica frente al usado en la comunidad, refleja la importancia de reconocer los diversos tipos de recursos y necesidades de la población con la que se busca trabajar. Como sugieren Escribens, Portal, Ruiz y Velázquez (2008), es necesario evitar imponer estrategias de trabajo para responder de manera integral a las necesidades halladas, incorporando la intervención al contexto de vida de las personas con las que se trabaja, respetando su identidad y las posibilidades reales de desarrollo en el futuro. De este modo, al cuestionar la utilidad de las actividades realizadas dentro del hospital y decir que el trabajo “*es más cercano*”, parece que la participante considera el contexto, al menos material, de las personas de la comunidad.

De igual modo, la tercera categoría fue denominada *sentimientos contradictorios* y se referían a los afectos opuestos que las personas entrevistadas percibían al relacionarse y al trabajar con la comunidad:

*“Mira me siento, un poco de repente a veces satisfecha, contenta pero también a su vez con un poco de impotencia de no poder hacer algo más. Aquí en Lima falta bastante organización en la comunidad. Del establecimiento de donde vengo, nosotros ya habíamos trabajado con las familias saludables, comunidades saludables, municipios saludables, entonces hemos trabajado bastante, está bien, pero a veces cuando voy a visitar un domicilio de un paciente es... da mucha pena ¿no? no hay nada de salud, de promoción y prevención, en todo sentido de salud, o sea hay hacinamiento, no valoran su salud, tienen otras prioridades ¿no?”*(Trabajadora Social, 19 años de experiencia)

En este sentido, la satisfacción y los afectos positivos mencionados por la participante pueden contribuir a la sensación de placer y activación mencionada por Houtman y Kompier (2001), quienes señalan que experimentar dichas sensaciones promueve y mantiene el interés en el trabajo en las personas. Por otro lado, Albaladejo et al. (2004) sostienen que aspectos como el poco reconocimiento por las autoridades y percibir una mala gestión institucional se relacionó con el síndrome de “burnout” en trabajadores de salud, lo que posteriormente elevaba los niveles de percepción de insatisfacción. Como se verá más adelante, resultó interesante que si bien las personas entrevistadas manifestaron que percibían poco reconocimiento de las autoridades y una gestión institucional deficiente en la institución, casi el total del equipo entrevistado mencionó sentir satisfacción por trabajar en la comunidad. De este modo, parece que las actividades en la comunidad se relacionan con la percepción de satisfacción en el trabajo, a pesar de percibir otras dificultades.

Por ejemplo, mencionaron que tienen sentimientos negativos entre ellos especificaron sentir impotencia. Los sentimientos que experimentan las personas que trabajan en salud deben ser considerados con cuidado debido a que niveles elevados de frustración causados por el trabajo, las vuelve proclives a poner en riesgo su salud mental (Houtman y Kompier, 2001). Además, al percibir sentimientos similares a la frustración o la impotencia los y las profesionales de salud pueden generar actitudes que demuestren poca sensibilidad y comprensión hacia los usuarios de los servicios (González y Pérez, 2011). Si bien se observa que la participante contempla la situación de las personas con sensibilidad, lo que podría indicar que no presenta un nivel elevado de desgaste, expresa impotencia en el discurso y llega a establecer un juicio de valor a partir de la percepción sobre el comportamiento que observa en las personas de la comunidad, afirmando que no incluyen a la salud mental dentro de sus prioridades. En relación a lo traído por la participante, sería interesante que nuevas investigaciones aborden este punto desde la perspectiva de las personas de la comunidad.

De este modo, como respuesta al primer objetivo específico de este estudio que consistía en comprender qué significa trabajar en salud mental en la comunidad, las personas entrevistadas señalan que significa realizar intervenciones colectivas, coherentes con el contexto experimentando sentimientos como satisfacción cuando perciben que han aportado al bienestar de la comunidad e impotencia cuando consideran que las personas no valoran o no conciben la salud mental como una prioridad.

Para responder al segundo objetivo específico, se desarrollaron dos ejes de análisis que serán mostrados a continuación. El primero fue denominado:

### ***Dificultades***

Este eje se refería a los inconvenientes que las personas entrevistadas percibieron al formar parte de los equipos de salud mental comunitaria. Su explicación al respecto estuvo basada a partir de dos niveles: el primero fue a nivel institucional, donde percibieron 1) escasos recursos, 2) insuficiente apoyo de la institución psiquiátrica y 3) procesos altamente burocratizados, del cual derivaron tres categorías. El segundo fue a nivel de los equipos, donde percibieron alejamiento entre las profesiones, del cual derivó una categoría. La primera categoría a nivel institucional fue denominada *recursos insuficientes* debido a que los y las participantes reportaron no contar con la cantidad de personas suficientes en los equipos, no tener las condiciones físicas necesarias y no recibir un sueldo que cubra sus propias necesidades. Resalta que tras una revisión de la bitácora de campo, al abordar el tema de los recursos la mayoría las personas presentaron cierta inquietud al expresarse:

*“Bueno, está un poquito deficiente, el aspecto material es deficiente, nos faltan cosas y no hay comodidad ni para el paciente ni para nosotros tampoco. (Enfermera, 14 años de experiencia)*

Pareciera que las personas que conforman los equipos perciben cierto nivel de precariedad en relación a los recursos con los que trabajan, es importante señalar que previo al período de recojo de información del presente estudio, el área de salud comunitaria dentro de la institución fue reubicada en un espacio más pequeño, es posible que esto haya agudizado la percepción un espacio de trabajo limitado tanto en la comunidad como en la propia institución. Como se verá adelante, las personas entrevistadas mencionaron que entendían que el trabajo en la comunidad suponía acomodarse a los espacios que se brindaban en la misma. Sin embargo, se enfatizó en la importancia de contar con un ambiente adecuado para reuniones de los equipos dentro de la institución, con el objetivo de coordinar e informar sobre el desarrollo de las intervenciones al resto de miembros:

*“En relación a infraestructura hubo cambios, antes teníamos una infraestructura mucho más amplia, digamos, no había algo creado para salud comunitaria pero hemos usado un primer piso del hospital. Estructuralmente se había condicionado el área para un trabajo de equipo, pero también con ambientes amplios para reuniones, las reuniones constantes y permanentes son una característica importante del trabajo comunitario. Eso permite tomar decisiones, analizar y evaluar los problemas, hacer seguimientos grupales, retroalimentar la información de las intervenciones, eso es muy importante. Es algo que he notado que en la actualidad se ha restringido, parece que la visión de (Nombre de la institución) es más salubrista, entonces se han restringido los ambientes a espacios más pequeños donde no se tiene espacio, responde a la misma política de la institución. Donde estábamos, ahora se usa como el área de emergencia del hospital.” (Psicólogo, 24 años de experiencia).*

Lo que señala el participante en relación a importancia de las reuniones es coherente con lo planteado por Aranda y Pando (2006), quienes plantean que los espacios de reunión sirven para crear redes de apoyo laboral donde los y las profesionales pueden identificar dificultades, a nivel laboral, personal o social que puedan afectar su desarrollo en el trabajo, además, las reuniones permiten reflexionar, intercambiar, discutir, brindar información y generar ideas para establecer mejores estrategias en base a los objetivos del trabajo. Más allá de la necesidad de contar con un espacio para reuniones, lo traído por el participante se relaciona con la *visión salubrista* de la institución, debido a que el reubicar a los equipos de salud mental comunitaria a un espacio limitado, en comparación anterior, y colocar al área de emergencias médicas del hospital en su lugar, parece indicar que se siguen priorizando las necesidades hospitalarias sobre las del área de salud comunitaria. Además de los materiales y

espacios de trabajo, mencionan que el sueldo les resulta insuficiente, que no alcanza para cubrir sus necesidades básicas y que no supone un incentivo en su trabajo:

*“... el bajo sueldo (risas) el sueldo es común para todos, o sea por eso mucha gente se desanima, porque también dice bueno por qué tengo que ensuciarme los zapatos si puedo estar cómodo en (nombre de la institución). No movilizarme, me siento más seguro, tengo menos riesgos, que es real también y prefieren estar acá pues ¿no? Intramuros, porque extramuros también te tienes que movilizar, ir de acá para allá y pasajes, cuesta ¿Eso significa que te están reconociendo más en el pago? No, no lo hay.” (Psicólogo, 13 años de experiencia)*

En relación a los sueldos del personal, el MINSA (2013) señala no hubo ajustes en los últimos cinco años en los ingresos de las personas que trabajan en el sector salud y que el valor real los mismos ha ido decreciendo, además, que los sueldos de los trabajadores son planteados en función de la carrea profesional y años de servicio pero que no se tiene en cuenta las funciones y responsabilidades de cada puesto. Las personas entrevistadas mencionan que necesitan facilidades económicas y administrativas distintas para desarrollar sus actividades. Respecto a esto, el MINSA (2013) también plantea que es necesaria una política salarial que considere las situaciones excepcionales del personal de salud en función a sus responsabilidades. Dado que, como refiere el participante, el moverse de la institución a la comunidad y asumir las dificultades que supone el trabajo extramural, no significa que el o la trabajadora reciba algún incentivo económico mayor en comparación a las personas que trabajan intramuros donde, según varias de las personas entrevistadas, se reducen los peligros o gastos de su propio dinero y se cuenta con mayor comodidad.

De este modo, se observa que las personas que conforman los equipos perciben limitaciones en los espacios en la institución y a nivel económico. Esto resulta similar a lo establecido por Bazán (1987), quien tras el análisis de una de las primeras experiencias de trabajo en salud mental en la comunidad en el Perú, plantea que uno de los principales obstáculos fue la poca cooperación del sistema *formal* de salud hacia los equipos de trabajo. Parecería entonces que, a pesar de los avances en la reforma en el sistema de salud peruano, dificultades similares siguen vigentes en la percepción de las personas que trabajan en salud mental en la comunidad.

Es en relación a esto, deriva la segunda categoría a nivel institucional y es denominada *poca comprensión de la institución* debido a que a pesar de las propias dificultades del trabajo en la comunidad, las personas entrevistadas mencionaron que algunas veces no contaron con el apoyo administrativo necesario por parte de la institución:

*“Algo que entorpece el proceso es la propia incomprensión de las autoridades acá, no piensan que esto pueda ser eficaz. Ya sea por la dificultad de medición de los*

*resultados obtenidos o porque no demanda un día o un mes, son meses de trabajo y pueden llegar a ser años.” (Psicólogo, 13 años de experiencia)*

A partir de lo traído en el discurso del participante, parecería que los miembros perciben que las autoridades de la institución no llegan a comprender que el período de tiempo que toman las intervenciones en la comunidad no suele ser corto o también, que no son eficaces por no contar con instrumentos para medir su efectividad. Como planteaba López (2004), es usual que dentro de los hospitales psiquiátricos se trabaje bajo la noción de salud y recuperación como un resultado, sin considerar la recuperación o el bienestar como un proceso que implica períodos de tiempo prolongados. Posiblemente debido a la propia tradición positivista del modelo médico de salud, donde son los resultados cuantificables los que se consideran dentro de los presupuestos de una institución psiquiátrica. Frente a esto, el IPEDEHP (2008), señala que los períodos de trabajo con la comunidad se ven influidos por el contexto en el que se realizan las actividades. Algo que en este caso, según la percepción de las personas entrevistadas, no estaría siendo considerado por las autoridades de la institución. Como ejemplo, una participante refiere que los horarios establecidos por la institución para el trabajo de campo no eran coherentes con las actividades en la comunidad:

*“Nosotros íbamos al domicilio cuando justo papá y mamá trabajan, todo el mundo sale a trabajar. Entonces, acá necesitamos que nos modifiquen el horario, pero es imposible, la parte administrativa dice “No, ustedes entran aquí, y salen acá, punto”. A veces las cuestiones administrativas no son acordes al trabajo que nosotros realizamos.” (Enfermera, 32 años de experiencia)*

De este modo, y como se verá más adelante, parece que las personas que participaron del estudio comprenden que es conveniente adecuarse a los horarios y las características de los grupos humanos con los que trabajan (Montero, 2004), pero que esto no era contemplado de la misma manera por parte de la administración de la institución. Asimismo, la tercera categoría a nivel institucional fue denominada *burocracia* y se refería a que las personas entrevistadas sostienen que al ser parte de una institución estatal tienen que lidiar con aspectos que dificultan su trabajo:

*“En ocasiones es muy incómodo, observar que se cancela un viaje porque el pasaje que debía comprar el MINSA ha subido 18 dólares (...) así se cancelan cosas importantes. No todo tampoco es color de rosa y creo que el mayor reto es ese, no desanimarse, seguir adelante a pesar de estas cosas ¿no? son decisiones tomadas por burócratas, a lo mejor tendríamos que trabajar como ellos también (se ríe) y no perder el sentido del humor.” (Psiquiatra, 33 años de experiencia)*

Lo mencionado por el participante se relaciona con lo establecido por García (2007) quien plantea que la administración pública burocrática no contempla aspectos como la

eficiencia o la flexibilización organizacional, por lo que es necesario adoptar procesos a nivel institucional que sean más racionales y faciliten los procedimientos. A pesar de demostrar buen humor al respecto, el participante percibe que hay decisiones que no permiten que el sistema funcione de forma eficiente lo que termina interfiriendo con el desarrollo de actividades programadas en la comunidad. De esta manera, parece que las personas entrevistadas no perciben una gestión institucional que facilite el trabajo de los equipos, el aspecto burocrático y las dificultades que genera son frecuentes entre los discursos de las personas entrevistadas:

*“Lo que complica el desarrollo es el sistema (se ríe). Eso sí lo tengo que decir. O sea, la burocracia es lo más brutal que puede haber cuando quieres hacer intervenciones desde el sector público. Entonces luego entiendes porque mucha gente te dice “por qué vas a hacerlo desde el sector público”, “hazlo desde una ONG” o “hazlo desde una subvención extranjera” qué sé yo.”* (Psicóloga, 6 años de experiencia).

Frente a esto, la participante percibe que podría evitar las trabas en su trabajo si decidiera trasladarse al sector privado de salud. La construcción que hace sobre la burocracia puede relacionarse a la idea generalizada de que hay grandes diferencias entre la gestión del sector privado y la del público, siendo ésta última inferior en términos de eficacia y logro de objetivos, cuando los procesos burocratizados también están presentes en instituciones privadas (García, 2007). No obstante, la información traída por las personas entrevistadas no es nueva, hace más de una década el MINSA (1999) ya había establecido en sus informes que el problema de la burocracia se veía fortalecido por normatividad obsoleta, cultura del papeleo y la propia resistencia al cambio por parte de los recursos humanos. Entonces, parece que la percepción que tienen las personas entrevistadas sobre la burocracia se mantiene a lo largo de los años probablemente debido a que las prácticas y modelos antiguos se conservan en la institución de la que forman parte.

Por otro lado, entre las dificultades a nivel de los equipos surgió que el trabajar con diferentes profesionales así como coordinar e integrar estrategias, resultaba complicado para algunas de las personas entrevistadas. De este modo derivó la categoría denominada *separación por profesiones*:

*“Somos un equipo de salud mental sí, pero no necesariamente las relaciones son cien por ciento fluidas ¿no? Por más que negamos, siempre hay una separación entre los psicólogos, las enfermeras, hay diferencias.”* (Terapeuta ocupacional, 26 años de experiencia)

El tema de las relaciones despertó cierta incomodidad en algunos de los miembros, mientras que otros utilizaron el espacio para intentar explicar por qué sentían que las

relaciones no eran *fluidas*. Esto es importante debido a que uno de los factores que pueden poner en riesgo el bienestar laboral, e incluso la propia salud mental de los trabajadores, es no sentir que se cuenta con suficiente apoyo de compañeros o percibir desconfianza entre las personas que conforman los equipos de trabajo (Barria, Rosemberg & Uribe, 2009; Pérez y Jibaja, 2009). En la misma línea, los psicólogos y psicólogas mencionaron que era necesario visibilizar un poco más su trabajo dentro de los equipos y parecía, según lo traído en su discurso, que percibían que los psiquiatras y las enfermeras ocupaban un lugar que les permitía más libertad y mayor capacidad de decisión frente al resto de profesionales:

*“En cuestión de recursos humanos las enfermeras nos triplican y están en contacto directo con los jefes (psiquiatras), por lo que generalmente llevan la coordinación y al hacerlo, le dan otro enfoque y casi no se visualizan las actividades que los psicólogos podríamos realizar (Psicóloga, 30 años de experiencia)”*

En este sentido, la satisfacción laboral percibida se ve influenciada por las relaciones entre compañeros (INSM “HD-HN”, 2009). Entre algunas de las personas entrevistadas, las relaciones son percibidas como fragmentadas ya que mencionan que hay cierta separación entre las profesiones que conforman los equipos, siendo los psicólogos los que refieren sentirse menos visibilizados. Asimismo, señalaron que a lo largo de todos los años de trabajo en la comunidad los psiquiatras ocuparon los cargos de jefes o directores de área.

De esta manera, a partir de lo mencionado por las personas entrevistadas, se plantea que las dificultades que perciben a nivel institucional son 1) los recursos insuficientes, 2) la poca comprensión de las autoridades institucionales en relación al trabajo comunitario y 3) la burocracia. En relación a los equipos, perciben que la separación por profesiones dificulta su trabajo.

El segundo eje de análisis que surgió para responder al segundo objetivo específico fue denominado:

### ***Aspectos que facilitaron***

Este eje se refería a las estrategias o características que contribuyeron al desarrollo adecuado de las intervenciones en la comunidad. De forma similar al eje previo, su explicación estuvo basada a partir de dos niveles: el primero fue a nivel de los equipos y el segundo a nivel de la comunidad. En el primero, a pesar de la separación entre profesiones, identificaron algunos beneficios del trabajo multidisciplinario y del perfil de algunos miembros y derivaron así dos categorías. La primera categoría fue denominada *diferentes perspectivas* y se refería a que el desarrollo de las intervenciones se veía facilitado cuando

lograban coordinar los esfuerzos y las capacidades de cada profesión al trabajar en la comunidad:

*“Es muy importante, o sea somos un equipo multidisciplinario, conformado por psiquiatría, psicología, enfermeras, terapeutas ocupacionales y trabajo social. Es muy importante porque cada profesional tiene su función específica para trabajar con cada paciente, entonces no sirve trabajar de manera individualizada o de manera fragmentada. Lo que queremos es ver al paciente integralmente en su entorno, no solamente psiquiatra y psicología, sino integrar los servicios.”* (Enfermera, 14 años de experiencia)

En relación a este tema, se vio que nuevamente hay conceptos que en el discurso de las personas entrevistadas que son usados de manera indiferenciada. Si bien se enfatiza en la ventaja de trabajar a partir de varias perspectivas profesionales, al mismo tiempo los miembros identifican a sus equipos como multidisciplinarios o interdisciplinarios indistintamente:

*“Creo que lo que más favorece son las distintas miradas en el trabajo interdisciplinario o en las reuniones de equipo”* (Psicólogo, 24 años de experiencia).

Sin embargo, según lo traído en los discursos, las estrategias usadas por los equipos para lograr los objetivos en las intervenciones parecen partir del modelo multidisciplinario ya que se cuenta con representantes de cada disciplina y se aborda el trabajo desde la perspectiva de cada profesión (Valverde, Ayala, Pascua y Fandiño, 1989). Asimismo, Carvajal (2010), plantea que este modelo normalmente es el utilizado en las instituciones de salud debido a que los profesionales logran trabajar colaborando entre sí y llevando a cabo las actividades programadas sin que esto suponga necesariamente una integración de disciplinas.

Además de percibir que el modelo multidisciplinario beneficia el desarrollo de las intervenciones porque permite trabajar diversas perspectivas, se planteó que el trabajo se veía facilitado cuando los miembros de los equipos contaban con mayor disponibilidad de tiempo, un participante puntualizó en que el no tener pareja o familia permitía un mayor involucramiento al iniciarse en el trabajo en la comunidad. A partir de esto derivó la categoría *ser soltero o soltera*:

*“Hay una etapa de la experiencia en la que nada es clásico, no hay horario típico de trabajo formal, en el trabajo comunitario es importante la flexibilidad en el criterio y también creo que el aspecto personal (...) el hecho de ser soltero o soltera es una condición que puede facilitar el trabajo comunitario, te lo digo por experiencia, porque la persona maneja sus tiempos, se organiza mejor, puede ser mucho más flexible con el mismo y a nivel familiar. Lo que he visto es que personas ya casadas o con hijos, la limitación es notoria ¿no?”* (Psicólogo, 24 años de experiencia)



Si bien el tema de la flexibilidad de horarios fue recurrente entre las personas participantes, resultó interesante lo que surgió en el discurso del participante al afirmar que no tener pareja o familia, podría ser un aspecto que facilite su trabajo por la necesidad de ser flexible a los cambios y a los retos que supone el propio sistema de salud, por ejemplo, los horarios que no son *típicos* o los lugares donde se hace el trabajo comunitario.

El segundo fue a nivel de la comunidad, donde percibieron que su trabajo se veía facilitado al *amoldarse* a la dinámica de la comunidad estableciendo una relación basada en el respeto horizontal. De esta forma, derivó la categoría que fue denominada *relacionarse con la comunidad* y se refería a la necesidad de acercarse a las personas intentando conocer sus sistemas de organización, validando sus demandas y sugiriendo respuestas a las necesidades planteadas con y desde la comunidad:

*“Pensamos que lo sabemos todo y no siempre es así, yo recuerdo algunas veces haber ido ya con un planteamiento a la comunidad para trabajar en una determinada zona ¿no? pero muchas veces ellos están muy empoderados, muy empoderados y dicen 'Bien perfecto, lo necesitamos y trabajemos juntos, pero también nosotros necesitamos que trabajen esto o esto acá, porque eso hace que nuestra situación sea más difícil y álgida.' Eso nos permitía ponernos de acuerdo en una relación de tipo horizontal, eso sí tiene que haber una horizontalidad con ellos, mucho respeto con ellos para ponernos de acuerdo y plantearles nuestra perspectiva, que cosa pensamos que podría ayudarlos a esta problemática.”* (Enfermera, 32 años de experiencia)

Esta capacidad de establecer vínculos horizontales en las relaciones es clave al momento de trabajar en salud mental porque permite abandonar la noción de la comunidad como un objeto de intervención y comenzar a verla como un grupo de personas activas capaces de identificar sus propios problemas y plantear soluciones viables (IPEDEHP, 2008). Al mismo tiempo, lo traído por la participante se vincula a que las relaciones horizontales pueden facilitar el aprendizaje recíproco entre los trabajadores y la comunidad (Rivera y Mendoza (2007). De igual modo, al momento de ejecutar actividades de salud mental comunitaria es importante no establecer relaciones verticales porque las mismas reproducen relaciones de poder y es importante tener en cuenta las nociones de salud y enfermedad compartidas en la comunidad al diseñar los planes de trabajo *con* las personas con las que se trabaja en lugar (Velázquez, 2007).

Asimismo, señalaron que aprendieron a ser pacientes al momento de realizar las intervenciones y que tras sus diversas experiencias de trabajo lograron entender que los fenómenos se dan de manera especial en la comunidad:

*“Hay que encontrar la propia dinámica de la población, la propia experiencia y los fenómenos que van a ocurrir en el proceso (...) Trabajar con problemas de salud mental en la comunidad, supone procesos lentos que se van presentando, como*

*resistencias, frustraciones, cambios de planes y uno tiene que ir amoldándose paulatinamente a ellos.” (Psicólogo, 24 años de experiencia)*

En relación al trabajo de salud mental, se plantea que cada comunidad tiene características particulares y se requiere de mecanismos y actitudes flexibles de los trabajadores de salud al intervenir en la red comunitaria de la población con la que busca trabajar (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos: 2006; Bang: 2014). Dicha noción de flexibilidad fue constante en el discurso de las personas entrevistadas, quienes expresaron ideas similares a la de *amoldarse* a pesar de las dificultades inherentes al trabajo como resistencias al cambio o sentimientos negativos producidos por el propio desarrollo de las actividades:

*“Entonces, vas a encontrar gente que está en desacuerdo, algunos que sí apoyan, otros indiferentes, entonces hay que saber navegar, dónde es que puedes encontrar vínculos para acceder a espacios que promuevan el bien común y con esas personas hay que trabajarlo.” (Psicólogo, 13 años de experiencia)*

Entonces, parece que los participantes consideran que esta capacidad de acomodarse resulta útil al ingresar a la comunidad para comenzar a conocerla, entenderla y aprender a lidiar con posibles dificultades, lo que finalmente termina facilitando su trabajo. Según plantea Montero (2004), es necesario que las personas que trabajan en la comunidad entiendan las diferencias en el manejo de tiempos o ritmos entre los equipos y la comunidad, y que comprendan que hay necesidades y urgencias que pueden atrasar las actividades planeadas al inicio e incluso modificar los objetivos de las intervenciones a medida que se van desarrollando. Además, como es planteado por Escribens, Portal, Ruiz y Velázquez (2008), se observa en el discurso de las personas que creen en la importancia de respetar y aprovechar los espacios de reunión establecidos por la comunidad:

*“Con ellos se puede trabajar, en por ejemplo, los comedores populares donde están concentradas las organizaciones, vaso de leche o comedores aprovechar esos espacios en los que ellos se juntan y trabajar con ellos ahí. Aprovechar lo que ya conocen y manejan ¿no?” (Trabajadora social, 19 años de experiencia)*

En lo sostenido por la participante, pareciera que para ella es importante aprovechar los espacios y organizaciones previamente establecidos en la comunidad. De igual modo, es posible que al hacer uso de organizaciones como el vaso de leche o los comedores populares el acercamiento con las personas de la comunidad se vea facilitado, ya que dichos espacios pueden ser percibidas como no amenazantes y más accesibles a la mayoría de la población a diferencia, por ejemplo, de los centro de salud.

De este modo, como respuesta segundo objetivo de este estudio, que consistía en explorar sobre la situación en la que trabajan los equipos de salud mental comunitaria, las personas entrevistadas identificaron las dificultades y los aspectos que facilitan su trabajo a varios niveles: a nivel de la institución, las dificultades se explicaron a partir de 1) recursos insuficientes, 2) poca comprensión de la administración institucional y 3) la burocracia, igualmente, a nivel de los equipos señalaron la separación por profesiones. Por otro lado, a nivel de los equipos los aspectos que facilitaron las actividades fueron explicados a partir del trabajo multidisciplinario y el ser soltero o soltera, de igual modo, a nivel de la comunidad señalaron amoldarse y establecer una relación horizontal con la población.

Para responder al tercer objetivo específico de este estudio se desarrollaron dos ejes de análisis, el primero fue denominado:

### **Logros**

Este eje se refería a la percepción que tenían las personas entrevistadas sobre lo conseguido a través de su trabajo. Su explicación al respecto se dio a partir de dos niveles: a nivel de los equipos, mencionan haber sistematizado información sobre algunas intervenciones y a nivel de la comunidad, refieren haber logrado el reconocimiento de la salud mental por parte de las autoridades y el involucramiento de la población. Fue así que derivaron dos categorías, la primera fue a nivel de los equipos y se denominó *sistematización de experiencias* debido a que tras algunas experiencias de intervención, los equipos generaron documentos y manuales que tenían como objetivo sistematizar la información y ponerla a disposición de otras organizaciones para las intervenciones de salud mental en la comunidad puedan ser replicadas:

*“Se ha logrado sistematizar la información, publicar resultados, que lo hemos hecho elaborando manuales y guías, informes de investigación, artículos, esos son los principales logros (...) Se realizaron los manuales después de unos años de intervención y después se aplicaron. Hubo una reimpresión porque lógicamente esto nunca se vendió, sólo se usaba para las capacitaciones, pero se exportó incluso se mandó a Centroamérica cuando ya teníamos experiencia de trabajo acá, tras su aplicación en el Perú. Recibimos información de que fueron usados porque eran más eficaces, los datos eran puntuales y parece que sirvieron por allá.” (Psicólogo, 13 años de experiencia)*

Lo percibido por el participante como un logro en su trabajo se relaciona con lo establecido por Fiestas (2009), quien sostiene que la producción de publicaciones en salud mental en la Región de Latinoamérica, especialmente en el Perú, es limitada y que el hecho de haber sido útil en espacios como Centroamérica rompe con la tendencia local de una circulación limitada de información mencionada por el autor.

Asimismo, se explicaron algunos cambios percibidos en las comunidades con las que trabajaron, entre los cuales resaltó la inclusión de acciones de las autoridades en beneficio de la salud mental y el empoderamiento de la población, derivó así la categoría a nivel de la comunidad y fue denominada *visibilizar la salud mental*:

*“Haber logrado que el gobierno regional emita una declaratoria de prioridad en salud mental es un logro normativo significativo. También Huancavelica ya sacó su norma, se va imitando lo bueno.”* (Psicólogo, 24 años de experiencia)

Esto se ve relacionado con lo planteado por Sapag y Kawachi (2007), quienes sostienen que para que las estrategias de promoción de la salud tengan éxito, es necesario que las personas, las comunidades, las organizaciones y las instituciones responsables del gobierno actúen conjuntamente. Asimismo, Velázquez (2007) plantea que el visibilizar la salud mental supone el primer paso para ubicarla de mejor manera en las políticas públicas de salud y que la voluntad política es trascendental al momento de asignar recursos. Según lo traído en el discurso, las personas entrevistadas percibieron que algunas autoridades regionales están comenzando a considerar a la salud mental como un tema prioritario dentro de las políticas de gobierno tanto a nivel regional como a nivel distrital:

*“Hemos estado haciendo abogacía, en algunos distritos de Lima para que los alcaldes se interesen por estas cosas. Concretamente, algo que parece a lo mejor una pequeñez, es que los alcaldes emitan las disposiciones legales, o algunos edictos municipales, que obliguen a los que van a casarse a escuchar charlas sobre la prevención de la violencia.”* (Psiquiatra, 33 años de experiencia)

El ejemplo usado por el participante se relaciona con la noción de que los objetivos de las intervenciones no sólo están concentrados en la patología o en los problemas psicosociales, sino que también es necesario trabajar en las relaciones y en los aspectos que pueden afectarlas o hacerlas disfuncionales a la salud (Bernardi, Ceretti & Schwartzman, 1999). Además la salud mental, entendida desde el enfoque comunitario, está asociada y se forja en los vínculos que hay entre las personas (García, 1996). De este modo, como señala el participante, promover el desarrollo de relaciones saludables a través de intervenciones, puede percibirse como una *pequeñez* pero resulta siendo fundamental para la salud mental de las personas dentro de una comunidad.

De igual manera, las personas entrevistadas plantean que tras las intervenciones realizadas percibieron que la población comenzaba a abordar, a través de verbalizaciones, aspectos relacionados a salud mental en su propia comunidad:

*“Va cambiando es como si fuera adaptándose, incorporando un nuevo chip, inclusive en la comunidad ya te hablan de salud mental, te hablan de las atenciones y por ende te empiezan a pedir, a exigir sus derechos ¿no? Ya tienen medicamentos para poder*

*tratar a sus pacientes más deteriorados, ya se juntan para ver qué tipos de talleres pueden hacer y verbalizan más. Eso es lo que llama más la atención, que ya verbalizan, si está deprimido o si esta triste, o si quieren prevenir algo, ya le prestan más atención a la salud mental eso fue lo que más me llamó la atención cuando trabajas con la comunidad, en verdad ves cambios o sea pueden pensar que no, pero sí, sí se ven.”* (Psicóloga, 6 años de experiencia)

De esta manera, se considera que la información recibida permite que las personas de la comunidad se involucren más en temas de salud mental de la comunidad. Rivera y Mendoza (2007) plantean que las personas se empoderan en el uso de los servicios de salud a partir del ejercicio de sus derechos. Esto, supone un proceso de concientización que genera un mayor control comunitario y que se traduce en un comportamiento activo y comprometido por parte de las personas en la comunidad (Sapag y Kawachi, 2007). Este punto es clave en relación a los objetivos finales de las intervenciones en salud mental en la comunidad, ya que finalmente lo que se busca es fortalecer los recursos de la comunidad para que ésta pueda asumir un rol activo en sus procesos de cambio y mejoramiento (Montero, 2004). Además, como menciona la participante cuando las personas de comunidad comienzan a conocer, verbalizar y a exigir sus derechos, se potencian sus recursos y su propia capacidad de agencia, lo cual las vuelve las protagonistas de sus propios procesos de cambio y se deja de lado la noción de sujetos pasivos que sólo reciben servicios (Velázquez, 2007).

Asimismo, llamó la atención el modo en el que las personas que conforman los equipos percibieron y reportaron sus logros al momento del levantamiento de información. En intervenciones realizadas por equipos similares a los de éste estudio en una comunidad en Lima, los logros eran explicados a partir de datos cuantitativos sobre la capacitación a trabajadores, la implementación de servicios de atención en centros de salud mental y la sistematización de modelos (Navarro, 2011). Si bien los equipos cuentan con datos cuantitativos en las publicaciones, las personas entrevistadas no reportaron dicha información en las entrevistas, sino que se enfocaron principalmente en datos recogidos de manera directa durante el trabajo con la comunidad y se basaron en el alcance internacional que tuvieron sus publicaciones, la visibilización de la salud mental por parte de las autoridades y el empoderamiento de la población. Es importante señalar que dichos datos fueron recogidos a través de las propias verbalizaciones de las personas en las comunidades y fueron brindadas a las y los participantes de este estudio en un momento posterior a las intervenciones de los equipos, por lo que se considera que en este punto la investigación se vio enriquecida debido a que se alcanzó información más allá de lo traído por las personas entrevistadas.

El segundo eje de análisis que fue desarrollado para responder al tercer objetivo específico fue denominado:

### ***Retos***

Este eje se refería a lo que faltaba desarrollar en el trabajo en la comunidad según lo planteado por las personas entrevistadas. El primer reto fue a nivel de los equipos del cual derivó la categoría *generar más réplicas*, debido a que consideraron que es necesario que el trabajo realizado sirva como modelo para acciones nuevas dentro y fuera de la institución a la que pertenecen:

*“Que esta experiencia que ya está dando y que ha dado buenos productos evidenciados, se aplique en otros lugares ¿no?”* (Enfermera, 14 años de experiencia)

Se plantea que los retos percibidos en su trabajo son alentar más la participación activa de las comunidades con las que trabajan y generar más réplicas de las intervenciones en otras regiones del país. El segundo reto, fue planteado a nivel de la comunidad y derivó la categoría denominada *alentar más la participación*, debido a que, si bien consideran que han logrado involucrar a la comunidad en el trabajo, aún refieren que es necesario que las personas de la comunidad participen más.

*“El reto más grande es modificar la cultura, la idiosincrasia nuestra para que esto no sea un trabajo de un equipo profesional sino un trabajo de la comunidad en general. (...) Da la impresión que solamente los trabajadores de salud se tienen que encargar y sabemos que eso es imposible, no somos suficientes, no tenemos recursos y tampoco es una tarea que se tenga que dar verticalmente donde los de salud son los que propician o dan el trabajo, eso es asistencialista. Lo que queremos es participación ciudadana, que esto ahora sea un movimiento de la comunidad.”* (Psicólogo, 13 años de experiencia)

Como se mencionó previamente, la participación de la comunidad es fundamental entre las estrategias de intervención en salud mental, debido a que permite la acción efectiva de las personas que conforman los equipos, el reconocimiento de sus necesidades y recursos así como la toma de decisiones con respecto a las acciones a realizar (Velázquez, 2007; Grupo de Trabajo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos 2006). Al mismo tiempo, el participante resalta la importancia de la horizontalidad del vínculo y la noción de construcción en conjunto con la comunidad.

De este modo, como respuesta al tercer objetivo específico de este estudio, que consistía en conocer qué opinan sobre el trabajo realizado, las personas entrevistadas identificaron los logros y los retos en su trabajo. A nivel de los equipos refieren que se logró sistematizar y publicar las experiencias, a nivel de la comunidad mencionan que se logró que se visibilice la salud mental a través del involucramiento de las autoridades y la población.

Asimismo, entre los retos consideran que es necesario generar más réplicas de las intervenciones en otras regiones del país y alentar más la participación de la comunidad en las actividades de salud mental.

### **Conclusiones**

Tras haber analizado y discutido lo hallado en el presente estudio, se expondrán algunas de las conclusiones, limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones.

A partir de lo que las personas entrevistadas manifestaron en su discurso, se plantea que los equipos de salud mental realizan varios tipos de intervenciones en la comunidad éntrelos que se identificaron: 1) la atención de salud mental en centros de salud, 2) programas de prevención y promoción de salud mental, 3) capacitación de profesionales de salud y 4) abogacía con autoridades. Se observa que si bien las intervenciones están vinculadas a las propuestas que hace la OMS (2010) partiendo del modelo comunitario, se observa que los equipos, transfirieron algunos elementos del modelo hospitalario a su trabajo.

En cuanto a lo que significa trabajar en salud mental en la comunidad, se concluyó lo siguiente: para las personas entrevistadas significa 1) realizar intervenciones colectivas, 2) que dichas intervenciones sean coherentes con la realidad de las personas con las que trabajan y 3) que perciban sentimientos contradictorios como satisfacción e impotencia durante el desarrollo de las actividades.

En cuanto la situación en la que trabajan los equipos de salud mental comunitaria, según lo planteado por las personas entrevistadas se concluyó lo siguiente: percibieron dificultades por 1) contar con recursos limitados, 2) por la poca comprensión de la administración institucional, 3) por la burocracia y 4) por la separación entre profesiones al trabajar. Además, consideran que los aspectos que facilitaron su trabajo fueron 1) el contar con diferentes perspectivas, 2) ser soltero o soltera y 3) relacionarse con la comunidad.

En cuanto a la opinión de las personas entrevistadas sobre el trabajo ya realizado se concluyó lo siguiente: reportan que se logró sistematizar las experiencias y que, tanto la población como las autoridades, comiencen a visibilizar a la salud mental. Asimismo, consideran que aún se necesita generar más réplicas del trabajo en otras regiones del país y que es necesario alentar más la participación de la comunidad en las actividades de salud mental.

Como era de esperar, se observó que las personas con más años de experiencia en los equipos conectaban mejor los aspectos prácticos y teóricos de la labor que realizaban. Lo que llevó a preguntarse si es que los miembros con menos años de experiencia aplicarían más el modelo hospitalario al momento de trabajar en comparación a los que tenían más años de

labor en las comunidades, por lo que sería interesante profundizar en este tema, por lo que se sugiere que el mismo pueda ser atendido en futuras investigaciones. También sería importante entrevistar a personas que formen parte de equipos multidisciplinarios de otras instituciones de salud mental y poder comparar las coincidencias y diferencias en los discursos de los equipos de salud mental comunitaria.

Finalmente, se plantean las siguientes recomendaciones: 1) aunque se consideró el criterio de representatividad de voces, no se pudo establecer diferencias claras en relación a las variables sociodemográficas de las personas participantes, por lo que se recomienda considerar nuevas variables en la ficha de datos para enriquecer el análisis de la información en la investigación, 2) al repasar la bitácora de campo, se observó que algunas personas participantes se mostraron incómodas con las preguntas en relación a las condiciones de trabajo, aunque otras se mostraron muy abiertas, sería importante que quien entreviste haga un esfuerzo adicional para no ser percibida como que está evaluando o juzgando el trabajo las personas entrevistadas, y 3) se sugiere incluir a los usuarios de los servicios en los centros de salud, a las personas en la comunidad y a los trabajadores que son capacitados por los equipos multidisciplinarios como parte de nuevas investigaciones, ya que lo traído en sus discursos podría permitir una comprensión más amplia de los procesos que se vienen dando en relación a la salud mental en la comunidad.

Por todo lo expuesto y para responder a la pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción del trabajo realizado en la comunidad de las personas que conforman los equipos? Los participantes perciben que su trabajo es colectivo, coherente con el contexto y que genera sentimientos contradictorios, que hay dificultades principalmente institucionales, pero también aspectos que facilitan su trabajo en la comunidad, finalmente, perciben que han tenido logros importantes pero que aún hay retos futuros.



## REFERENCIAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burn-Out en el personal de enfermería de un hospital en Madrid. *Revista Española de Salud Pública* 78 (4), 505-516. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000400008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008)
- Aranda B., y Pando M. En Acosta, M., Rodríguez, M., Aranda, C., Pérez, G., Carrión M. y Franco, A., (2006). Factores psicosociales y salud mental en el trabajo. Guadalajara: Universidad de Guadalajara Recuperado de [http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso\\_peru/Documentos%20aportados%20por%20los%20participantes/Factores%20Psicosociales%20y%20Salud%20Mental%20en%20el%20Trabajo.pdf](http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso_peru/Documentos%20aportados%20por%20los%20participantes/Factores%20Psicosociales%20y%20Salud%20Mental%20en%20el%20Trabajo.pdf)
- Bang, C., (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Individuo y Sociedad*, 13 (2), 109-120 recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psicop/v13n2/art11.pdf>
- Barría, V., Rosemberg, N. y Uribe, P. (2009). Autocuidado y equipos de salud. *Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar*. Recuperado de <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202003/Autocuidado.pdf>
- Bazán, E. (1987). Programa de psiquiatría comunitaria del Hospital Hermilio Valdizán. En: *Revista Peruana de Psiquiatría "Hermilio Valdizán"* 1(2), 193-197. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual\\_psiquiatr%C3%ADa/cap\\_31.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap_31.htm)
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorroutu
- Bernardi, R., Ceretti, T., & Schwartzman, L. (1999). *Protocolos de la identificación de problemas psicosociales*. Montevideo: Sociedad médica y medicina psicosocial.
- Bojórquez, E., Chacón, O., Rivera, G., Donadio, G., Stucchi, S., Sihuas, C., Rosas, M. y Llanos, A., (2012). Propuesta de Reforma de la Salud Mental. *Acta Médica Peruana*, 29(1), 43-55
- Caravedo, B. (1985). *La Reforma psiquiátrica en el Perú*. Lima: Clínica Baltazar Caravedo
- Carvajal, J. (2010). Interdisciplinariedad: Desafío para la educación superior y la investigación. *Revista Luna Azul* 31 (31), 156-169. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>
- Cueva, R. N. (2012). Reforma de la atención en salud mental y psiquiatría: Proyecto piloto de Huaycán. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán"* 12(2), 5-25 Recuperado de [http://www.hhv.gob.pe/revista/2011II/2011\\_2\\_01.pdf](http://www.hhv.gob.pe/revista/2011II/2011_2_01.pdf)
- De la Revilla, L. (1994). La familia como unidad de atención. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14. Recuperado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113420720774015X?via=sd&cc=y>
- Dirección de Salud Mental (2005). Plan Nacional de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud mental.
- Donoso, T. (2004). Construccinismo Social: Aplicación del Grupo de Discusión en Praxis de Equipo Reflexivo en la Investigación Científica. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 13 (1), 9-20 recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413102>
- Escribens, P., Portal, D., Ruiz y S., Velázquez, T. (2008). *Reconociendo otros saberes Salud Mental Comunitaria, Justicia y Reparación*. Lima: DEMUS Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer
- Fiestas, F. (2009) La investigación como herramienta para mejorar el área de la salud mental y

- neuroológica en países con pocos recursos. *Revista de NeuroOrganización Panamericana de la Saludiquiatría* (72), 47-57. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1639>
- García, I. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público* 47: 37-64. Recuperado de [http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu\\_gasto\\_publico/47\\_GarciaSanchez.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/47_GarciaSanchez.pdf)
- García, I. (2008). Evolución de la Psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de NeuroOrganización Panamericana de la Saludiquiatría*, (28)101, 9-25. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-7352008000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-7352008000100002&script=sci_arttext)
- García, J. (1996). El discurso de la atención en salud mental. *Notas freudianas* 2, 27-37.
- Gergen, K. (1996). Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós
- Gómez, M. (2005). La reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en red comunitaria de salud mental y psiquiatría. *Cuadernos s-Sociales*, 45(4), 285-229. Recuperado de [http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2005%5C45%5C4%5C45\\_4\\_7.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2005%5C45%5C4%5C45_4_7.pdf)
- Gómez, M., Arbesu, J., Baca, E., Belloch, A., Espino, A., Fernández, A., Hernández, M., López, A., Ruiz, R. & Sánchez, J. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- González, S., Pomalima, R., Cutipé, Y., Robles, Y., Stucchi, S., Vargas, V. y Pérez, S. S. (2005). Estudio Epidemiológicos de Salud Mental en Huaraz 2003. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”
- González, I. y Pérez, E. (2011). Factores de Riesgo Laboral y Salud Mental en Trabajadores de la Salud. *Revista Iberoamericana de Psicología* 19 (2), 67-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133921440008.pdf>
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Lima: Perú, Ministerio de Salud, Proyecto AMARES. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental\\_documentos/08\\_Salud\\_Mental\\_Co\\_munitaria\\_Per%C3%BA.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/08_Salud_Mental_Co_munitaria_Per%C3%BA.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Houtman, I., y Kompier, M. En: Hurrell, J., Murphy, L., Sauter, S. y Levi, L. (2001) *Trabajo y Salud Mental Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Madrid: Organización Internacional del Trabajo: 5-2
- Infosalud (2010). SIS gratuito. Recuperado de <http://www.sis.gob.pe/Portal/productos/sisgratuito/index.html>
- Instituto Nacional de Salud mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (2009). *Lineamientos de investigación institucional 2012-2016*. Lima: Oficina Ejecutiva de apoyo a la investigación y docencia especializada.
- Instituto Nacional de Salud mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2009). Plan Estratégico Institucional Multiactual 2009-2014. Recuperado de [http://www.INSM\\_“HD-HN”.gob.pe/datrans/planeamiento1.html](http://www.INSM_“HD-HN”.gob.pe/datrans/planeamiento1.html)
- Instituto Peruano de Educación en Derechos Humanos y la Paz (2008). La educación para los derechos humanos, la paz, la democracia, el entendimiento internacional y la tolerancia en el Perú. Lima: UNESCO Lima

- Kendall, R., Matos, L., y Cabra, M. (2013). Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes. *Anales De La Facultad De Medicina*, 67(2), 184-190. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v67i2.1258>
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, A. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Publica* 18(4/5):229-40. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>
- Koyanagi, C. (2007). *Learning from History: Desinstitutionalization of People with Mental Illness As Precursor to Long-Term Care Reform*. Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured
- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 345-373. Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/110/112>
- López, M. (2004). Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(2), 99-109. Recuperado de [http://faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/alter\\_com\\_andalucia\\_acta\\_04.pdf](http://faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/alter_com_andalucia_acta_04.pdf)
- Malvárez, S. Promoción de la salud mental. En Rodríguez, J. (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Edición. Washington D.C.: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
- Mental Disability Rights International & Asociación Pro Derechos Humanos. (2004). *Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú*. Lima: MDRI
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 346-358. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
- Ministerio de Salud (1999). *Diagnóstico de los sistemas de logística*. Lima: Programa de Fortalecimientos de Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud (2013). Resolución Suprema N 030-2013-PCM: Informe Final de la Comisión Multisectorial encargada de revisar el sistema remunerativo del sector salud y proponer la política integral de remuneraciones de los servidores médicos, profesionales de la salud y personal de asistencia del sector salud.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Tlanepantla: Red Tercer Milenio
- Montero, M. (2004). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 5-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179817825001.pdf>
- Muñoz, J. (2003). *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti*- Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Navarro, R. (2011). Reforma de la atención en salud mental u psiquiatría: Proyecto Piloto de Huaycán. *Revista de psiquiatría y salud mental "Hermilio Valdizán"*12(2), 05-25. Recuperado de [http://www.hhv.gob.pe/revista/2011II/2011\\_2\\_01.pdf](http://www.hhv.gob.pe/revista/2011II/2011_2_01.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú*. Lima: Dirección General de salud de las Personas MINSA
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Empoderamiento del usuario de salud mental-Declaración de la Oficina Regional para Europa de La OPS*. Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe.

- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2004). Lineamientos para la acción en salud mental. Lima: MINSA
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: Biblioteca Sede OPS
- Organización Panamericana de la Salud - Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental (2012). *Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades*. Lima: OPS Cuadernos de promoción de la salud mental.
- Parker, I. (1992). Discourse dynamics. *Critical analysis for social and individual Psychology*. New York: Routledge
- Pérez, Y. y Jibaja, C. (2009). De la clínica a la salud mental comunitaria. Lima: CAPS
- Porta, L., Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa. *Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa*. Recuperado de <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>
- Portillo, C. (2003). *La reestructuración de los servicios de atención en salud mental*. Asunción: Coordinadora de Derechos Humanos Paraguay
- Rivera, M. y Mendoza, M. (2007). *Guía de capacitación para la intervención en salud mental comunitaria*. Lima: Ministerio de Salud. AMARES (UE-MINSA)
- Rodríguez, G. Gil, J. & García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, M. (2003). Potencialidades del enfoque del grupo-sujeto para la intervención comunitaria". *En Revista Electrónica Psicología Científica*. Recuperada de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-148-1-potencialidades-del-enfoque-del-grupo-sujeto-para-la-interve.html>.
- Rodríguez A. y Bravo M.F. (2003). La atención a las personas con trastorno mental grave en la historia. La reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo de atención comunitario. En C. Gisbert (Ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (pp. 19-24). Madrid: Asociación Española de Psiquiatría
- Ruiz, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad Deusto
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis del discurso. *Cinta Moebio 41*, 207-224 Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2011000200006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2011000200006&lng=es)
- Sapag, J. y Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista Saúde Pública 41(1)*, 139-49 Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n1/20.pdf>
- Vallhonrat, A., Hernanz, A. & BoschVilan M. (2010). Piso protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 30(106)*, 279-290. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019648006>
- Valverde, L., Ayala, N., Pascua, R, Pascua, R. y Fandiño, D. (1989). El trabajo en equipo y su operatividad. Costa Rica: UCR
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de Percepción. *Alteridades (4)8*, 47-53 recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- Velázquez, T. (2007). *Salud Mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima: Investigaciones Breves 2

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Preguntas Guía

1. ¿Qué es lo primero que viene a su mente cuando escucha las palabras salud mental?
2. ¿Y cuando le digo salud mental en la comunidad?
3. En la actualidad, según su opinión ¿qué es lo que hace importante trabajar en salud mental en la comunidad?
4. ¿Qué lo motivó a trabajar en salud mental en la comunidad?
5. ¿Cómo se siente usted trabajando en salud mental desde la comunidad?
6. ¿Qué tipo de tareas realiza usted?
7. ¿Qué tipo de tareas realizan sus compañeros?
8. ¿En qué consisten las intervenciones de salud mental que realiza en su trabajo?
9. ¿Cuál es el proceso que sigue su equipo de trabajo para iniciar una intervención?
10. Basándose en su experiencia, ¿qué efecto tiene, si alguno, que el equipo esté formado por personas de distintas profesiones?
11. ¿Qué piensa de las condiciones laborales en las que trabaja?
12. ¿Cómo describiría las relaciones entre los miembros de los equipos?
13. ¿Podría, por favor, describir su relación con las personas en la comunidad?
14. ¿Cómo se benefician las personas en la comunidad con las intervenciones que realizan?
15. ¿Qué aspectos, si hay alguno, considera que han dificultados el desarrollo de las intervenciones en la comunidad?
16. Según su opinión, ¿en qué se diferencian las intervenciones de salud mental en la comunidad frente a otro tipo de intervenciones en salud mental?
17. Partiendo de su experiencia, ¿cuáles serían los logros de las intervenciones que ustedes realizan?
18. ¿Cuáles considera que son los retos en el desempeño de su trabajo?
19. ¿Cuáles considera que son los aspectos que facilitan el desempeño de su trabajo?
20. Antes de terminar, ¿Qué sugerencia o comentario le haría a alguien que inicia su trabajo en salud mental en la comunidad?

Muchas gracias por su participación en este estudio. Como le mencioné anteriormente, si es que tuviera alguna duda usted puede comunicarse conmigo a través de los datos brindados y puede pedir los resultados del presente estudio cuando este haya concluido.

## Anexo 2

### Consentimiento informado para participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por la alumna de Psicología Clis Gabriela Yépez Oblitas, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo de este estudio es conocer acerca de la experiencia del trabajo en salud mental en la comunidad.

Si usted accede a colaborar con este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas como parte de una entrevista. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo conversado durante las sesiones será audiograbado, de modo que la investigadora pueda transcribir posteriormente las opiniones o ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los objetivos de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación, por lo que su nombre e identidad permanecerán completamente anónimos. Una vez transcritas las entrevistas, los audios de las mismas serán eliminados.

Si tuviera alguna duda sobre esta investigación, puede solicitar aclarar las mismas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que esto lo(a) perjudique de alguna forma. Si alguna pregunta le generara algún tipo de incomodidad o malestar usted tiene el derecho de no responderla o de hacérselo saber a la investigadora.

Desde ya se le agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Clis Gabriela Yépez Oblitas. He sido informado(a) de que el objetivo del estudio es conocer acerca de la experiencia del trabajo en salud mental en la comunidad.

Me han indicado también que tendré que responder en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 45 minutos de mi tiempo. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto me perjudique de alguna forma. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora al teléfono 447-3831 o al correo electrónico [cgyepez@pucp.pe](mailto:cgyepez@pucp.pe).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono o correo electrónico anteriormente mencionados.

Finalmente, se me ha explicado y agradecido la importancia de mi participación en este estudio.

-----|-----|-----

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

**Anexo 3****Ficha de datos socio-demográficos****1. Datos generales:**

- Género : \_\_\_\_\_
- Edad : \_\_\_\_\_ años
- Profesión : \_\_\_\_\_

**2. Experiencia laboral:**

- Tiempo de servicio en el sector salud : \_\_\_\_\_
- Tiempo en la Institución de Salud Mental : \_\_\_\_\_
- Experiencia en Áreas distintas a la de Salud Mental en la Comunidad:  
Sí\_\_ No\_\_
- ¿Qué área?: \_\_\_\_\_



Anexo 4

Tabla de categorías

<b>Objetivos</b>	1: Comprender qué significa para las personas entrevistadas trabajar en salud mental en la comunidad	2: Explorar sobre la situación en la que trabajan los equipos de salud mental comunitaria		3: Conocer qué opinan del trabajo realizado en la comunidad	
<b>Ejes</b>	Eje1: Trabajo de salud mental en la comunidad	Eje 2: Dificultades conformado por las categorías	Eje 3: Aspectos que facilitaron	Eje 4: Logros	Eje 5: Retos
<b>Niveles</b>	<b>Categorías</b>	<b>Categorías</b>	<b>Categorías</b>	<b>Categorías</b>	<b>Categorías</b>
<b>Institución</b>		Recursos insuficientes			
		Poca comprensión de la administración de la institución			
		Burocracia			
<b>Equipos</b>		Separación por profesiones	Diferentes perspectivas	Sistematización de experiencias	Generar más réplicas
			Ser soltero o soltera		
<b>Comunidad</b>	Intervenciones colectivas		Relacionarse con la comunidad	Visibilizar la salud mental	Alentar más la participación
	Realista				
	Sentimientos contradictorios				

