

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



**ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL CON
ENFOQUE COMUNITARIO, EN EL MARCO DE TRANSICIÓN DEL
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL MANICOMIAL A
SERVICIOS DE SALUD CENTRADOS EN LA COMUNIDAD DE
TRATAMIENTO AMBULATORIO Y PROTECCIÓN EN HOGARES
EN LIMA**

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Gerencia Social con
mención en Gerencia del Desarrollo Económico Local que presenta:

Lessly Socorro Fernández Rosales

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Gerencia Social con
mención en Gerencia de Programas y Proyectos de Desarrollo que presenta:

Diana Paola Arica Ruiz

Asesor:

María Teresa Tovar Samanez

Lima, 2024


Informe de Similitud

Yo, María Teresa Tovar Samanez, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis titulada(o) Análisis de los servicios de salud mental con enfoque comunitario, en el marco de transición del modelo de atención de salud mental manicomial a servicios de salud centrados en la comunidad de tratamiento ambulatorio y protección en hogares en Lima, de las autoras Diana Paola Arica Ruiz y Lessly Socorro Fernández Rosales, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 14%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 30/05/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 12 de Setiembre de 2024.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>María Teresa Tovar Samanez</u>	
DNI: 07938272	Firma 
ORCID: 0000-0002-3759-6042	

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

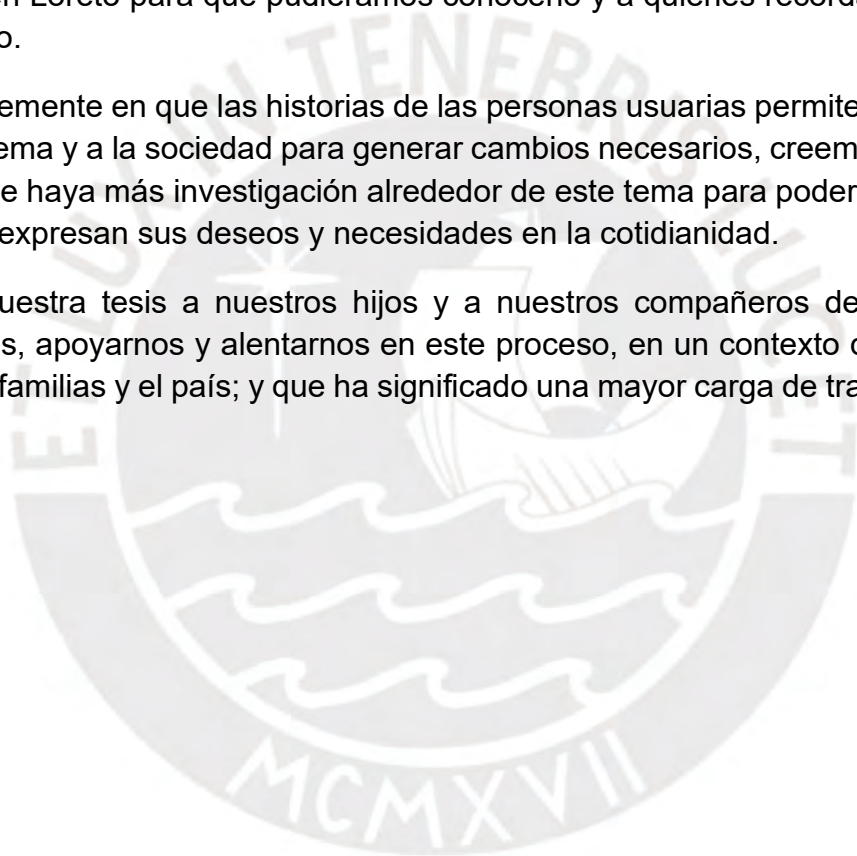
Quisiéramos agradecer a las personas usuarias de los servicios de salud mental que nos brindaron testimonio para el presente trabajo y que nos permitieron conocer el sistema y el camino que aún falta recorrer para tener servicios de salud centrado en las personas. También agradecemos a los profesionales de la salud que participaron en el estudio.

Este trabajo nos permite reflexionar sobre las grandes dificultades que pasan las personas con condiciones o trastornos de salud mental y cómo han visto vulnerados sus derechos en distintos ámbitos y a lo largo de sus vidas.

Especiales agradecimientos a Susana, Lupe, Perla y Bertha que abrieron las puertas de su hogar en Loreto para que pudiéramos conocerlo y a quiénes recordamos con afecto y cariño.

Creemos firmemente en que las historias de las personas usuarias permiten dar una mirada al sistema y a la sociedad para generar cambios necesarios, creemos que es importante que haya más investigación alrededor de este tema para poder darle voz a quiénes no expresan sus deseos y necesidades en la cotidianidad.

Dedicamos nuestra tesis a nuestros hijos y a nuestros compañeros de vida por acompañarnos, apoyarnos y alentarnos en este proceso, en un contexto delicado y duro para las familias y el país; y que ha significado una mayor carga de trabajo para las mujeres.



RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo principal el de recoger las percepciones y satisfacción de los usuarios y otros actores involucrados sobre los servicios de salud mental peruanos e identificar los factores de cada modelo, de los 2 que coexisten actualmente, que inciden en la calidad de vida de los primeros. El estudio se llevó a cabo en los años 2018 y 2020 en Lima, Junín y Loreto. Durante el año 2018, se realizaron observaciones al hogar protegido Santa Rosa en Loreto y entrevistas a personal de salud. Posteriormente, en el año 2019 se hicieron las historias de vida y en el 2020, se incorporó al análisis los Centros Comunitarios de Salud de Carabayllo y Villa María del Triunfo en Lima y Chica en Junín, con el fin de contar con información de ambos servicios, los cuales, junto con el primer nivel de atención en los centros de salud, componen el servicio de salud mental con enfoque comunitario. Asimismo, las historias de vida dan cuenta del modelo de atención manicomial y del modelo de atención con enfoque comunitario, a través de los centros de salud mental comunitarios.

Esta investigación es relevante para la Gerencia Social dado que las condiciones de este servicio se han invisibilizado durante años debido al estigma de las enfermedades mentales, sin garantizar ni supervisar su calidad. De esta manera, muchos usuarios han sufrido situaciones que han ido en contra de su dignidad humana. Esto se pretende revertir mediante la incorporación de un nuevo marco legal, el cual dictamina que la atención de la salud mental se realice en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial; de manera ambulatoria, como parte del entorno familiar, comunitario y social, considerando el internamiento como un recurso terapéutico excepcional que debe realizarse con consentimiento del usuario.

El analizar si las condiciones antes mencionadas se cumplen, puede dar una pauta para una reforma integral de los principales servicios estatales que inciden en la calidad de vida de las personas, especialmente de colectivos vulnerables.

El marco teórico utilizado incluye la perspectiva de la atención de salud mental con enfoque comunitario, el enfoque de desarrollo sostenible, y el enfoque de derechos y dignidad. La metodología planteada es de tipo cualitativo, a través de la percepción de usuarios y otros actores, recogida mediante observaciones, historias de vida y entrevistas no estructuradas.

Finalmente, se concluye que el modelo comunitario cumple con lo establecido en la ley de manera más adecuada que el modelo anterior, aunque se deben mejorar varios aspectos de su funcionamiento para considerarlo como un programa exitoso.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1: MARCO CONTEXTUAL	11
1.1. Antecedentes de la Salud mental en el mundo	11
1.2. Antecedentes de la Salud mental en Latinoamérica	14
1.3. Estado de la Salud Mental en el Perú	17
1.4. Marco socio cultural de la población beneficiaria	25
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	29
2.1. Atención de la Salud mental con enfoque comunitario	29
2.2. Enfoque de Desarrollo Sostenible	32
2.3. Dignidad y Enfoque de derechos	34
CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO	36
3.1. Enfoque del diseño metodológico	36
3.2. Diseño de Investigación	38
3.3. Fuentes, técnicas e instrumentos	39
CAPÍTULO 4: HISTORIAS DE VIDA	43
4.1. Paciente 1	43
4.2. Paciente 2	51
CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DE RESULTADOS	58
5.1. Existen situaciones distintas con relación al ejercicio de capacidades y derechos entre los dos modelos de salud mental vigentes en el Perú	57
5.2. Ambos modelos tienen un enfoque diferente, que incluye el acceso de la población al servicio, así como la participación de la comunidad y las familias en la recuperación de los usuarios.	70
5.3. La relación entre la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios es diferente en ambos modelos	80
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	87
CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES	89
7.1. Hallazgo 1: Existen situaciones distintas con relación al ejercicio de capacidades y derechos entre los dos modelos de salud mental vigentes en el Perú	89
7.2. Hallazgo 2: Ambos modelos tienen un enfoque diferente, que incluye el acceso de la población al servicio, así como la participación de la comunidad y las familias en la recuperación de los usuarios.	90
7.3. Hallazgo 3: La relación entre la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios es diferente en ambos modelos	91
BIBLIOGRAFÍA	92

Índice de Tablas

Tabla 1: Marco Normativo Internacional	12
Tabla 2: Normas sobre Salud Mental, 1997-2015	18
Tabla 3: Productos y Actividades de PP 0131 Control y prevención de la Salud Mental comprendidos en el Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental	22
Tabla 4: Población objetivo con problemas de salud mental estimada por grupos de edad y según año 2018-2021	23
Tabla 5: Número y tasa de morbilidad de enfermedades mentales en Carabayllo 2017 – 2018	24
Tabla 6: Región Loreto. Número y porcentaje de diagnósticos de morbilidad en las UPS 2022	24
Tabla 7: Definición de las variables	36
Tabla 8. Indicadores de acuerdo a la variable	37
Tabla 9. Técnicas, instrumentos y muestras	38

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Hitos de la Salud Mental en el mundo	12
Gráfico 2: Servicios de Salud Mental Comunitario integrados en las Redes de Salud Mental	22
Gráfico 3: Número de psicólogos por 100,000 hab. en EESS del MINSA, 2016	26
Gráfico 4: Citas del personal de salud con respecto a la identidad y autoestima de los usuarios, 2020	57
Gráfico 5: Citas del personal de salud y notas de observación con respecto a la visibilización e inclusión de los usuarios, 2020	60
Gráfico 6: Comparación de los modelos con respecto a la conciencia de derechos, 2020	63
Gráfico 7: Citas del personal de salud con respecto a la conciencia de derechos, 2020	64
Gráfico 8. Citas del personal de salud con respecto a la toma de decisiones de los usuarios, 2020	66
Gráfico 9. Citas del personal de salud con respecto al involucramiento de las familias en el tratamiento de los usuarios de salud mental, 2020	68
Gráfico 10. Integración de la familia y comunidad en los CSMC	70
Gráfico 11: Evidencias del nivel de articulación entre los CSMC y el PNA	74
Gráfico 12. Organizaciones con las que trabaja el CSMC Carabayllo, 2020	75

Gráfico 13. Grupo de apoyo mutuo en el Centro de Salud Mental Comunitario Chilca, enero 2020	77
Gráfico 14. Experiencia de usuaria en la consulta psiquiátrica en el modelo manicomial	78
Gráfico 15: Opiniones sobre la percepción del personal de salud en los modelos de salud mental	81
Gráfico 16: Testimonio sobre la terapia de electroshock	82
Gráfico 17: Testimonios sobre la labor interdisciplinaria en los CSMC	83



INTRODUCCIÓN

La atención de servicios de salud mental es un tema que poco a poco ha ido cobrando relevancia en nuestro país. La investigación del tema se justifica por la necesidad de contar con información sobre el cambio de modelo y adaptación de los servicios de salud mental que es relativamente reciente en el Perú y no existe una documentación del cambio de paradigma como sí existe en otros países que se aventuraron antes al cambio, como es el caso de Chile.

El modelo de atención continúa priorizando a las instituciones psiquiátricas hasta la actualidad. Hasta el 2014, no existían servicios en hospitales generales ni servicios de atención en la comunidad. “Tampoco se realizaban acciones orientadas a supervisar las condiciones en que se atiende a las personas con trastornos mentales, ni de las condiciones de los establecimientos de salud en que dicha atención se brinda”. (Defensoría del Pueblo 2009, p.77)

Sin embargo, en el año 2011 se creó la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud. Con esta decisión, se empezaron a abrir oportunidades progresivas “de reorientación de la atención de salud mental hacia un nuevo paradigma”. (Ministerio de Salud, 2018, p. 12)

Con la aprobación por Decreto Supremo N°033-2015 SA del Reglamento de la Ley N° 29889 (junio, 2012) que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842), y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental; y posteriormente con la aprobación de su Reglamento el 6 de octubre del año 2015 oficializan la constitución de la red de atención de salud mental comunitaria, como parte integrante de la red de atención de salud y “tienen como finalidad vincular directamente los servicios de atención médica con la comunidad a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado con servicios de salud mental”, centros de salud mental comunitarios (servicios especializados en salud mental); las unidades de hospitalización y las unidades de hospitales de día de salud mental. (Ministerio de Salud, 2016, p.5)

En este contexto, la desinstitucionalización de los pacientes albergados en las instituciones psiquiátricas abandonados por sus familiares y que no requieren internamiento, permitirá ofrecerles también una cartera de servicios integrales en un marco de derechos; tales como los servicios de cuidados mínimos de apoyo como hogares y residencias protegidas, centros de rehabilitación psicosocial, cuyo horizonte es su reinserción social.

Este nuevo marco legal, dictamina que “la atención de la salud mental se realice en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo,

descentralizado e intersectorial; que esta atención se dé “preferentemente” de manera ambulatoria, como parte del entorno familiar, comunitario y social. Del mismo modo, considera que el internamiento es un recurso terapéutico de naturaleza excepcional y que debe realizarse con “consentimiento informado libre y voluntario del usuario” y por un periodo “estrictamente necesario en el establecimiento de salud más cercano””. (Artículo 11 Ley 29889)

Este avance legislativo fue potenciado con la aprobación en el 2014 del Reglamento de la Ley General de Personas con Discapacidad, la cual incorpora la discapacidad mental y el enfoque de rehabilitación psicosocial en la comunidad.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, presentó el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Los productos y actividades específicos de atención de la salud mental previstas en el Plan Nacional se financian con el PP 0131 Prevención y Control en Salud Mental.

Aunque el plan prevé la creación de nuevas estructuras para la atención de la salud mental que responden al enfoque comunitario, estas se vinculan a las estructuras existentes de atención institucionalizada (hospitales psiquiátricos).

En ese sentido, el problema principal encontrado se puede plasmar en la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características de los dos modelos de salud mental existentes en la actualidad en nuestro país, y de qué manera estas características intervienen en la calidad de vida de los usuarios de este servicio?

Adicionalmente, se pueden plantear las siguientes preguntas secundarias: ¿Se encuentran satisfechas y felices las personas usuarias de los servicios de salud mental? ¿Qué servicios incorpora el modelo comunitario que lo diferencian del modelo manicomial? ¿Las personas usuarias del servicio comunitario ejercen sus capacidades básicas y derechos? ¿El modelo de atención incorpora a la comunidad como parte del proceso de recuperación? ¿En qué aspectos?

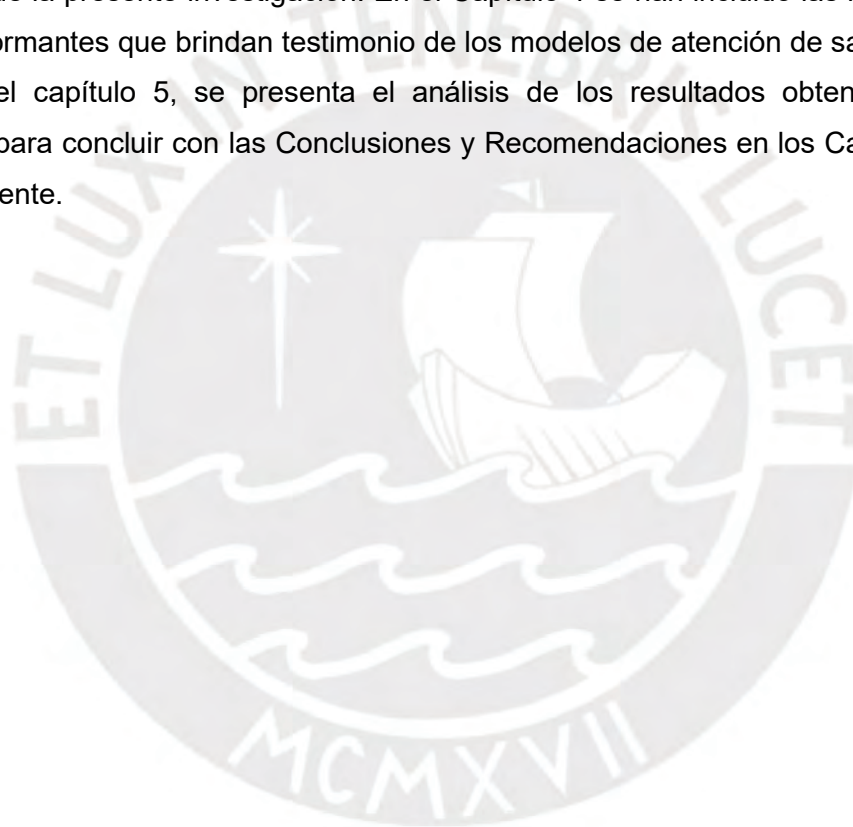
En ese sentido, el objetivo general es el de “analizar las percepciones y satisfacción de los usuarios y actores clave sobre el servicio de salud mental con el fin de identificar y comparar los factores de cada modelo para determinar si inciden en la calidad de vida de los primeros.”

Los objetivos específicos son los siguientes:

- ✓ Identificar y analizar el ejercicio de derechos y desarrollo de capacidades de los usuarios del servicio de salud mental en el modelo comunitario y el manicomial

- ✓ Evaluar y analizar la calidad de atención del servicio de salud mental y satisfacción de los usuarios en ambos modelos e identificar factores claves
- ✓ Analizar el rol de actores clave que intervienen en el desarrollo y funcionamiento del programa

En el primer capítulo de la tesis se presentará el marco contextual, ofreciendo una visión del Estado de la atención mental en el Perú, repasando los modelos vigentes en el contexto regional y global, también, una descripción de la población beneficiaria. En el Capítulo 2, se presentará un breve marco teórico que abordará la Atención de la Salud mental con enfoque comunitario, el enfoque de desarrollo sostenible y dignidad y enfoque de derecho, en el marco de la salud mental. En el siguiente capítulo se presentará el diseño metodológico de la presente investigación. En el Capítulo 4 se han incluido las historias de vida de los informantes que brindan testimonio de los modelos de atención de salud mental vigentes. En el capítulo 5, se presenta el análisis de los resultados obtenidos en la investigación, para concluir con las Conclusiones y Recomendaciones en los Capítulos 6 y 7, respectivamente.



CAPÍTULO 1: MARCO CONTEXTUAL

En este capítulo, se abordará el marco contextual en el que se desarrolla la presente investigación. En primer lugar, se repasará el Estado de la atención mental en nuestro país, se contextualiza de acuerdo con el marco legal vigente para posteriormente explicar los modelos que se encuentran vigentes en este momento.

1.1. Antecedentes de la Salud Mental en el Mundo

En 1978, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) organizaron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica para la actual gestión de la salud y específicamente de la salud mental en el mundo. La Declaración de Alma Ata tiene como meta la “Salud para todos en el año 2000”. En su primer artículo menciona que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental y que además, es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de otros sectores incluido el sanitario”. La declaración incorpora la Atención Primaria de Salud como la vía para conseguir esta meta.

Con el fin de conseguir la meta para el año 2000, el Consejo Directivo de la OPS aprueba el Plan de Acción para la Instrumentación de Estrategias Regionales que contiene las acciones que los Gobiernos deben realizar y brinda orientaciones para la implementación en los países, sobre salud mental indica que los trabajadores primarios de salud deben ser capacitados en identificar y atender problemas psiquiátricos para disminuir el número de pacientes internados en instituciones.

En el año 2000, la OMS lanzó la iniciativa Atlas Mundial de la Salud Mental cuyos resultados se publicaron en el 2001 (primera edición), 2005 (segunda edición), 2011 (tercera edición). En este proceso de consulta en el que participaron 184 de los 193 Estados Miembros de OMS, se consiguió registrar y posteriormente, monitorear información sobre políticas, estrategias, planes y recursos sobre salud mental en los países, aportando un análisis de la situación de la salud mental en el mundo.

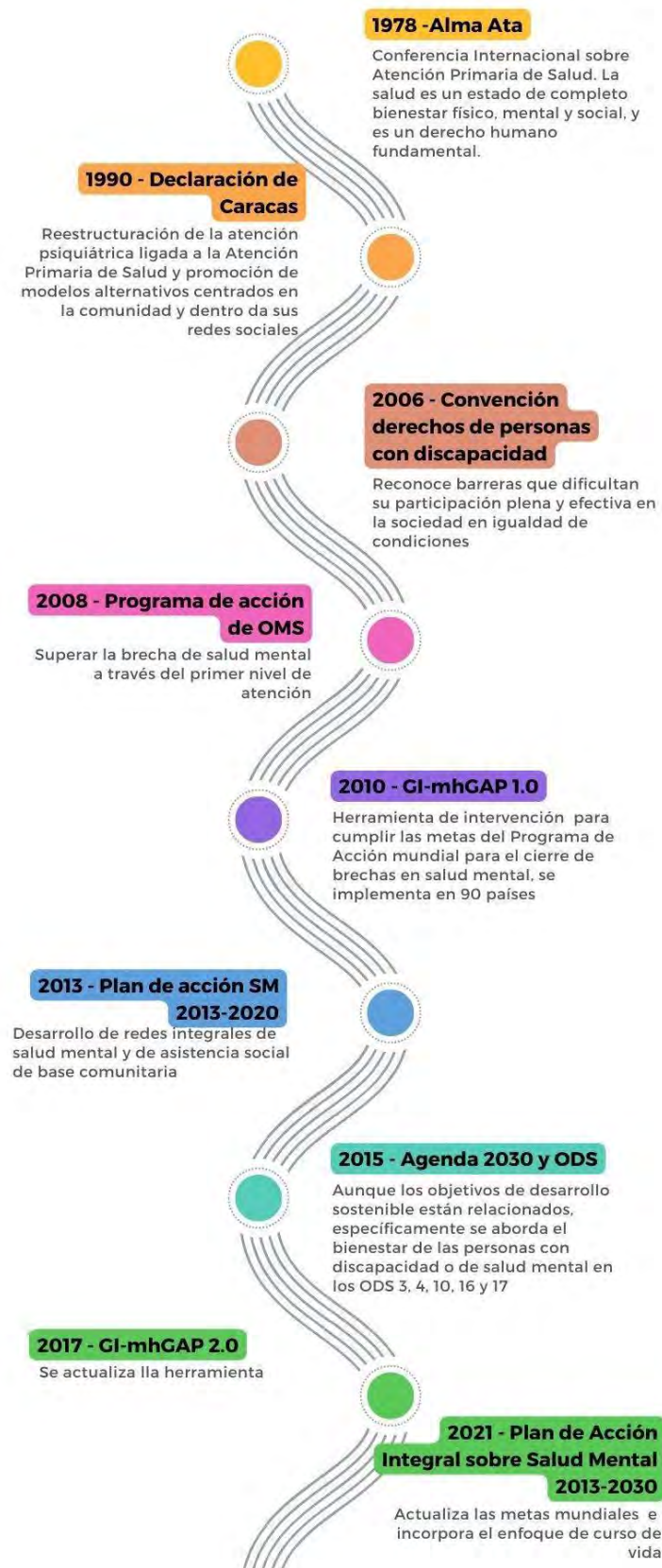
Gracias a la información obtenida con el Atlas, en 2008 se creó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) con el fin de “aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos mentales y lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones clave en los países de ingresos medianos y bajos”.

Más adelante, la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” se puso a disposición de los países para adhesión el 30 de marzo de 2007 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Con este tratado, “los países se comprometen a proteger, promover y garantizar los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad intrínseca”.

En el año 2012, la 65.a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre “la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países para abordar la carga mundial de los trastornos mentales” y en consulta con los Estados Miembro de la OMS se elabora y aprueba el Plan acción sobre salud mental 2013-2020. Este plan incorpora y se vincula con los planes de acción y estrategias mundiales relacionados, “como la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, el Plan de Acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2008-2013, y el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (2013-2020), así como, con la mhGAP”. En el año 2019, se preparó la actualización de este plan con una actualización de metas para el año 2030, pero manteniendo la visión estratégica y sus objetivos. Se encuentra vigente en la actualidad.



Gráfico 1: Hitos globales de la salud mental en el mundo



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1: Marco Normativo Internacional

Tratados, acuerdos, planes	Contenido
Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental (2008)	Propone la “capacitación de médicos generales, enfermeros y técnicos de salud del primer nivel de atención, en el reconocimiento y la atención a personas con trastornos mentales”
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de las Naciones Unidas	Señala que “la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que dificultan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.
Resolución de la 65.a Asamblea Mundial de la Salud WHA55.10	Insta a los Estados Miembros a “aumentar las inversiones en salud mental, dentro de los países y en el marco de la cooperación bilateral y multilateral, como parte integrante del bienestar de las poblaciones”.
Resolución 65/95 de la Asamblea General de las Naciones Unidas	Reconoce que “los problemas de salud mental tienen una gran importancia en todas las sociedades, contribuyen de forma significativa a la carga que suponen las enfermedades y a la pérdida de calidad de vida y suponen unos enormes costos económicos y sociales”
Resolución de la 65.a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2012) WHA65.4 Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país	Se pidió a la Directora General de OMS, entre otras cosas, que en consulta con los Estados Miembros “prepare un plan de acción integral sobre salud mental que abarque los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas”
Resolución de la 66.a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2013) WHA66.8 Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020	“Cuidado de la salud mental desde el primer nivel de atención, a través del desarrollo de redes integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria”
74.ª Asamblea Mundial de la Salud en su decisión Resolución WHA74(14), refrendado el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030	“Actualiza las metas mundiales y remarca la necesidad de adoptar un enfoque que abarque toda la vida (enfoque de curso de vida) y en aplicar medidas para promover la salud mental y el bienestar de todos, prevenir los problemas de salud mental entre las personas de riesgo y garantizar la cobertura universal de la atención a la salud mental”.

Fuente: Elaboración propia

1.2. Antecedentes de la Salud mental en Latinoamérica

En el año 1961 se incorpora a la Salud Mental como área de experiencia técnica a la estructura de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), con la designación del Dr. Jorge Velasco Alzaga como Asesor Regional, quien se dedicó primordialmente a realizar un diagnóstico de la situación de la salud mental en toda la región. Para esto, visitó todos los países que la integran, levantando información sobre los programas existentes, los servicios de atención psiquiátrica en actividad y los programas de educación en psiquiatría ofrecidos en las universidades. También visitó la mayor parte de las instituciones psiquiátricas y se dio cuenta de su deplorable condición. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

Adicionalmente, se inició una recolección de leyes relacionadas con la psiquiatría y la salud mental existentes en los países latinoamericanos y caribeños. Con esta información, así como con información estadística disponible de los centros hospitalarios, “se hizo una aproximación inicial de tipo cuantitativo a los problemas de la atención psiquiátrica en la Región. En reuniones de carácter subregional, se realizó por primera vez una crítica a la hospitalización en instituciones psiquiátricas y se recomendó incorporar la atención psiquiátrica a los sistemas y actividades de salud pública”. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

En el año 1966, se realizó el tercer y último Seminario Subregional de Salud Mental, en donde “se dio mayor énfasis a un enfoque integral de salud mental en contraposición con el término más restrictivo de atención psiquiátrica y se hizo una crítica más directa del hospital psiquiátrico”. “Paulatinamente se fue cristalizando la idea de que era conveniente y necesario promover un cambio en la asistencia psiquiátrica”. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

Fue en el año 1969, “cuando la OPS realizó en Viña del Mar, Chile, un foro para llegar a un acuerdo sobre los cambios necesarios para modernizar la atención psiquiátrica y promover acciones de salud mental más amplias e integrales, en el cual se llegó al consenso sobre la necesidad de apartarse de los modelos clásicos manicomiales y dar fin a las prácticas de tipo custodial. Se recomendó la integración de los programas de salud mental en el contexto de la salud pública, la promoción de la participación de las comunidades, la participación de pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios y la modificación de la legislación existente en relación con la salud mental.” (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

En los años que siguieron, distintos países establecieron servicios demostrativos de salud mental comunitaria, entre ellos: "Las Crucitas" (Honduras); "San José de Murialdo" (Brasil); Santiago de Chile; dos centros en Panamá y uno en Colombia, así como las experiencias de enfoque comunitario del Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado-'Hideyo Noguchi", en nuestro país. Lamentablemente, la mayoría de esas experiencias fueron de corta duración debido a la falta de continuidad en la financiación (Levav I. 1992, citado en Insuasty Obando, 2014).

Entre el 11 y el 14 de noviembre de 1990 se llevó a cabo la Conferencia de Caracas, que fue punto de partida de un hecho histórico: "la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica". Este evento tuvo como colofón una Declaración que "sentó los principios para avanzar en la reforma en nuestro continente, el cual enfatizaba que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva". (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

Ya en el año 1997, la OMS reiteró su apoyo al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica. En la Resolución CD 40/R19 del Consejo Directivo de ese año se instó a los Estados Miembros a:

- Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
- Reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios).
- Desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental.
- Mejorar la legislación y las regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.

Posteriormente, en el año 2001, Consejo Directivo de la OPS discutió y aprobó un documento técnico y una resolución que instaba a los Estados Miembros a:

- Incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública.
- Intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.
- Continuar desarrollando esfuerzos y estrategias para lograr que la atención de salud mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.
- Promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial.
- Desplegar esfuerzos para crear y/o actualizar las disposiciones jurídicas que protejan los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.
- Fortalecer los servicios y programas para grupos poblacionales con necesidades específicas (mujeres, ancianos, niños, refugiados, víctimas de los desastres e indígenas).
- Reforzar el enfoque multisectorial de la salud mental.

- Promover la participación familiar y comunitaria.

Entre el 5 y el 7 de noviembre de 2005 se celebró la "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas". En su Declaración Final se menciona los nuevos desafíos que se habían hecho más evidentes en esos últimos quince años:

- La necesidad de atención de salud mental para los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas y las comunidades afectadas por desastres naturales.
- Los trastornos mentales y la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia.
- La conducta suicida.
- Los problemas relacionados con el alcohol y/o abuso de sustancias.
- El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental.

A partir del año 2006, se siguió difundiendo este tema, por una parte, mediante la promoción de la evaluación de los sistemas de salud mental de los países usando la metodología del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS o WHO-AIMS, por sus siglas en inglés), así como apoyando técnicamente a los países para que alcancen niveles apropiados de implementación de sus Planes Nacionales de Salud Mental.

1.3. Estado de la atención mental en el Perú

En el Perú, se pone de manifiesto que la atención de la salud mental estaba en crisis, cuando la Defensoría del Pueblo realizó una supervisión para explorar sobre la situación de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales que se encontraban internadas en establecimientos de salud mental. Esta supervisión se llevó a cabo en seis establecimientos de salud del Ministerio de Salud y dos establecimientos del Seguro Social de Salud - EsSalud, los cuales albergan a 1,138 personas con trastornos mentales, según la información provista en el Informe Defensorial N°102 (Defensoría del Pueblo, 2006 p.66-64).

Según este Informe (Informe Defensorial N°102), las personas con trastornos mentales "siguen siendo uno de los grupos más vulnerables de la población, son las que reciben las prestaciones de salud de peor calidad". Esta institución determinó que "las prestaciones de salud en los establecimientos que brindan servicios de salud mental eran muy deficientes, llegando a configurar, en algunos casos, vulneraciones al derecho a la dignidad e integridad de las personas". Por ello, en este informe se formulan un conjunto de recomendaciones dirigidas a "garantizar el respeto de los derechos fundamentales de las personas internadas en los mencionados establecimientos". (Defensoría del Pueblo, 2005)

Tres años más tarde en el Informe Defensorial N° 140 (Defensoría del Pueblo, 2009) se presentan los resultados de la supervisión realizada a la política pública en salud mental, como parte del seguimiento a las recomendaciones fundamentadas en el Informe Defensorial N° 102 (2005).

“El objetivo de la supervisión fue evaluar la implementación de la política pública en salud mental diseñada por el Ministerio de Salud, respecto de la atención de personas con trastornos mentales, a fin de determinar la situación del derecho a la salud, así como el grado de cumplimiento por parte del Estado de las obligaciones referidas a garantizar la realización del derecho a la salud mental de la población, en especial de los grupos más vulnerables. Se prestó atención prioritaria a las necesidades de atención en salud mental de aquellas personas que encaran mayores niveles de pobreza y de las víctimas de la violencia política”. (Defensoría del Pueblo, 2009)

Tal como las evidencias han demostrado reiteradamente un 90% de los problemas de salud pueden llegar a resolverse en el primer y segundo nivel de atención, si sus establecimientos que la conforman están accesibles a las personas y cuentan con capacidad resolutive.

La reforma de la salud mental en el mundo se inició en Europa hace más de 30 años y en la Región de las Américas dio un gran salto en la década del 1990. Estos procesos que van avanzando mundialmente, parten de la constatación de que el modelo basado en la reclusión se contradice con los pactos internacionales de derechos humanos y no responde a las necesidades cada vez mayores de atención de problemas y trastornos mentales; generando grandes brechas en la atención y altos costos por cada persona internada en las instituciones psiquiátricas, con una calidad precaria de atención y niveles diversos de vulneración de sus derechos.

“El modelo de red de atención en salud mental que propone la Organización Mundial de la Salud está basado en la evidencia acumulada en Europa y la Región de las Américas”. (Rodríguez, 2007, p. 81)

“El desarrollo de este modelo permite que el conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, aborde en forma coordinada e integrada los problemas existentes de salud mental en la población de un área geográfica determinada. Se privilegian las estrategias comunitarias, intersectoriales y participativas, tomando en consideración las realidades y necesidades de la población, diferenciadas por género y grupo sociocultural”. (Rodríguez, 2007, p. 81)

Según información recogida por la Organización Panamericana de la Salud, “el 96,8% de los países de la Región ha incorporado en el primer y segundo nivel de atención componentes preventivos y curativos de salud mental”, incidiendo en un mayor acceso a estos servicios. “A su vez, la atención especializada en salud mental se ha desplazado en algunos lugares de los hospitales psiquiátricos a centros más cercanos a los hogares y el 71% de los países ha desarrollado alguna forma de cuidados comunitarios”. (Rodríguez, 2007, p. 81)

El Perú ha pasado por muchos cambios en lo que salud mental se refiere, en los últimos tiempos. Como se explicó en el apartado anterior, ha sido necesario pasar por una reforma en salud mental para garantizar los derechos básicos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. En la tabla a continuación, se consignan las principales normas concernientes a Salud Mental desde el año 1997.



Tabla 2: Normas nacionales sobre Salud Mental, 1997-2015

Norma	Contenido
Ley General de Salud N°26842. Perú, Julio 1997.	Art. 4 habla sobre el consentimiento informado Art 9 “Toda persona que adolece de discapacidad física, mental o sensorial tiene derecho al tratamiento y rehabilitación”. Art. 11 “Toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental”.
Ley 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud 26842	“Garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental” impulsando la “reforma de la atención de salud mental con un modelo de atención comunitario”. (Ley 29889, Art. 11)
Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización	“Establece que la salud pública es una de competencias exclusivas de los gobiernos regionales y una competencia compartida de los gobiernos locales”.
Decreto Supremo. N° 027-2007-PCM Presidencia Del Consejo De Ministros define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.	Establece la creación de políticas nacionales con relación a las “personas con discapacidad”
Resolución Ministerial N° 943 – 2006/MINSA. Aprueba el Plan Nacional de Salud Mental.	“El Plan considera las diez recomendaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud – OMS: 1) tratamiento en la atención primaria; 2) disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; 3) asistencia en la comunidad; 4) educación al público; 5) involucramiento de comunidades, familias y consumidores; 6)

	<p>políticas y legislación nacional; 7) desarrollo de recursos humanos; 8) vínculo con otros sectores; 9) vigilancia y 10) apoyo a la investigación".</p>
<p>Resolución Ministerial 648 -2006/MINSA. Aprueba las Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría: Depresión, Conducta suicida y Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Sustancias Psicótropas</p>	<p>Guía estandarizada de reconocimiento y tratamiento de la salud mental</p>
<p>Resolución Ministerial 589 -2007/MINSA. Aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud. Resolución Ministerial 750 - 2008/MINSA. Aprueba las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención</p>	<p>Esta guía propone los lineamientos para la apertura del tratamiento al primer y segundo nivel de atención, es decir los hospitales pueden tratar la salud mental</p>
<p>Resolución Ministerial N° 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales</p>	<p>Facilita la transferencia en la gestión de proyectos piloto del nivel central a los gobiernos locales</p>
<p>Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.</p>	<p>Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención para la atención de la salud mental</p>
<p>Resolución Ministerial 464 -2011/MINSA. Aprueba el documento técnico del Modelo de atención integral en la familia y la comunidad".</p>	<p>"Abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de un Modelo atención integral en la familia y la comunidad"</p>

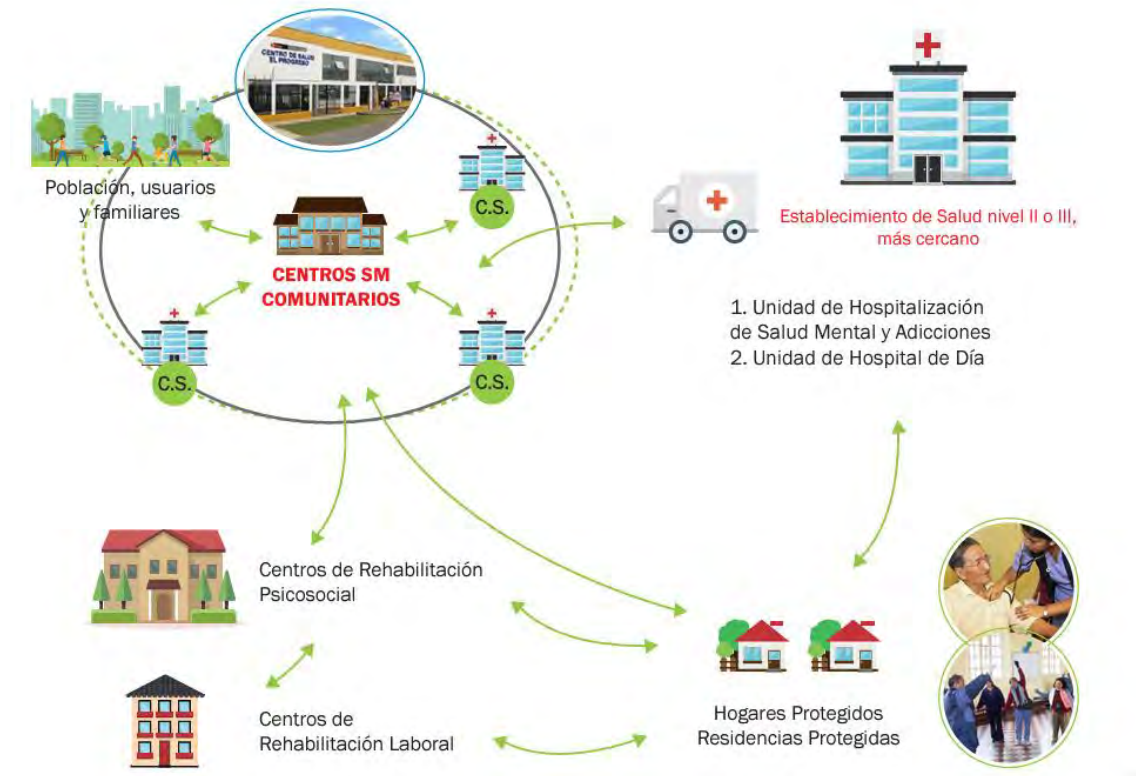
<p>Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, establecida en el 2004 con Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA.</p>	<p>Define las estrategias sanitarias nacionales y sus responsables. Salud Mental se encuentra en la Dirección General de Promoción de la Salud, asimismo, señala que los responsables de la ejecución a nivel regional son las Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud</p>
<p>Ley N° 27050. Ley General de la Persona con Discapacidad.</p>	<p>“Brinda el marco legal de promoción, protección y realización en condiciones de igualdad, de los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica”</p>
<p>Decreto Supremo N° 006-2012-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para Dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas.</p>	<p>“Establece las disposiciones reglamentarias de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, con la finalidad de establecer las condiciones para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de las personas con discapacidad”</p>
<p>Presidencia de la República: D.S. N° 033-2015-SA del 6 Octubre 2015 que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley general de salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.</p>	<p>“Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, tiene como objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención”.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de las normas mencionadas.

Con el Decreto Supremo N°033-2006-SA se indica “la creación de nuevas estructuras, entre ellas, Centros de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Hospitalización en Salud

Mental y Adicciones en Establecimientos de Salud desde el nivel II-2, Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral y Hogares y Residencias protegidas y conforman las redes de atención de salud mental comunitaria”.

Gráfico 2: Servicios de salud mental comunitaria integrados en las Redes de Servicios de Salud



Fuente y elaboración: Dirección de Salud Mental - DIGIESP - Ministerio de Salud del Perú

Posteriormente, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, presenta el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021”, cuyas actividades se financian con el “PP 0131 Prevención y Control en Salud Mental”.

Tabla 3: Productos y actividades del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental comprendidos en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental

PRODUCTO	ACTIVIDADES
(3000001) Acciones comunes.	(500183) Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa en salud mental.
	(500184) Desarrollo de normas y guías técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas psicosociales.
	(5005185) Acompañamiento clínico psicosocial / Vigilancia epidemiológica en salud mental.
(3000698) Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas.	(5005188) Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales.
	(5005926) Tamizaje de niños y niñas de 3 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.
(3000699) Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad.	(5005189) Tratamiento de personas con problemas psicosociales.
	(5005927) Tratamiento ambulatorio de niños y niñas de 03 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.
(3000700) Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente.	(5005190) Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad.
	(5005191) Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad.
(3000701) Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol tratadas oportunamente.	(5005192) Tratamiento ambulatorio de personas con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol.
	(5005193) Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol.
	(5005194) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol.
(3000702) Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente.	(5005195) Tratamiento ambulatorio de personas con síndrome o trastorno psicótico.
	(5005197) Rehabilitación psicosocial de personas con síndrome o trastorno esquizofrénico.
	(5005195) Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico.
(3000703) Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas.	(5005198) Tratamiento de personas con trastornos mentales judicializadas.
(3000704) Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas.	(5005199) Intervenciones comunitarias para la recuperación emocional de poblaciones víctimas de violencia política.
(3000705) Población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental.	(5005200) Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes, amor y límites.
	(5005201) Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos.
	(5005202) Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas, niños.
(3000706) Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos.	(5006070) Promoción de convivencia saludable en familias con gestantes o con menores de 5 años.
	(5006071) Capacitación a actores sociales que promueven la convivencia saludable.

Fuente y elaboración: Minsa. “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021”

En el año 2017 se aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios (OPS, 2017) con Resolución Ministerial 574-2017-MINSA, cuya finalidad fue la de “establecer el marco normativo, así como la regulación de la organización y funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitarios” (Minsa, 2017), de manera que se “garantice que estos contribuyan a mejorar la salud mental y calidad de vida de la población asignada a cada centro, en particular a las

personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como problemas psicosociales, su familia y su comunidad”. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

1.4. Marco socio cultural de la población beneficiada

Del Censo de 2017, INEI publicó un informe especial sobre personas con discapacidad que señala que en el Perú hay 3'209, 261 de personas con discapacidad. En este documento se señala que de los 2' 618, 026 de personas con una discapacidad 135,210 (4.2%) tiene dificultad para entender o aprender y 104,943 (3.3%) tiene dificultad para relacionarse con los demás, que podrían entenderse como discapacidades mentales o psicosociales. También registra 591,235 personas con 2 o más discapacidades, de estas personas, INEI no especifica cuántas de ellas podrían tener alguna discapacidad mental o psicosocial.

“El Ministerio de Educación registró 81 848 estudiantes con discapacidad en 111, 399 instituciones educativas” en el año 2022. Datos del censo educativo dan cuenta de “92,628 planteles públicos y privados que albergaban a más de 60 mil estudiantes con discapacidad”. (Defensoría del Pueblo, 2023 en referencia a Ministerio de Educación, 2022)

Además, según el CENSO (INEI, 2017) solo el 12.2% de las y los estudiantes con discapacidad entre 6 y 16 años sabía leer y escribir, solo el 6% de las personas con discapacidad accedía a educación superior.

Los menores con múltiples discapacidades tienen menor probabilidad de asistir a la escuela. Las niñas y niños con discapacidad representan solo el 1% de la matrícula en escuelas regulares. Según datos del Censo Escolar del 2018, hay 77,496 estudiantes con discapacidad en el sistema educativo peruano (50,371 en educación básica regular; 18,416 en educación básica especial; 8,709 en otras modalidades). (Ministerio de Educación, 2018)

Según la Enaho 2022, “el 41 % de la población con discapacidad logra únicamente cursar algún grado de educación primaria a nivel nacional y 19.5 % de las personas con discapacidad que no alcanza ningún nivel educativo”. En esta misma encuesta llama la atención que 4 de cada 10 personas con discapacidad cuenta con un empleo. (INEI, 2022)

Según estimaciones del INEI, la población que padece alguna condición de salud mental supera los 4 millones de personas (Ver tabla 4). Sin embargo, según el Dr. Yuri Cutipé, director de la Dirección del Salud Mental del Ministerio de Salud en el 2021 “se atendieron aproximadamente 1 millón trescientos mil casos de personas con algún problema

vinculado a la salud mental”. Según el Ministerio de Salud, “en el Perú las enfermedades neuropsiquiátricas alcanzan al 17,5% del total de carga de enfermedad”.

Minsa calcula “alrededor de 500 personas con discapacidad mental internada en hospitales psiquiátricos y albergues de la beneficencia pública por un periodo mayor a 45 días, en condiciones de alta médica”, en el año 2018, ellos no requieren de esta hospitalización, se encuentran en estos lugares por causas sociales.

Esta misma institución refiere que los hogares protegidos albergan a 593 residentes a nivel nacional (cifra reportada en el 2023) y los centros de salud mental comunitarios han atendido de manera ambulatoria a 367,045 usuarios en el mismo año. (Minsa, 2023)

También persiste el problema del centralismo en la asignación de recursos, sobre todo en la distribución de recursos humanos y medicamentos psicotrópicos, necesarios para la atención de algunas condiciones mentales. “Los antidepresivos y antipsicóticos solo se encuentran en dos tercios de hospitales, en menos de 20% de centros de salud y de manera heterogénea por región. De los 294 psiquiatras existentes en establecimientos (MINSA, DIREAS/GERESAS), el 72,3% está concentrado en los hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana”. (Minsa, 2018)

Tabla 4: Población objetivo con problemas de salud mental estimada por grupos de edad y según año 2018-2021 a nivel nacional

Año	Total de la población objetivo con PSM	Grupos de edad					
		0-4 años	5-11 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	60 años a más
2018	4 514 781	289 181	531 687	509 060	931 854	1 717 766	488 233
2019	4 564 166	287 687	528 964	508 833	984 647	1 748 168	505 865
2020	4 612 949	286 267	526 116	508 385	987 071	1 780 757	524 352
2021	4 661 107	284 940	523 748	506 930	989 004	1 812 652	543 832

Fuente y elaboración: INEI: Perú estimaciones y proyecciones de población departamental por años calendario y edades simples. Seguro integral de Salud. Sala situacional.

Asimismo, las proyecciones del INEI en el 2017 para la atención de la salud mental estiman que en las regiones focalizadas por el presente estudio habrá “667,856 personas que requieran atención de salud mental en Lima, 214,199 en Loreto y 143,495 en Junín”. (INEI, 2017)

La tabla 5 reúne las principales enfermedades mentales del distrito de Carabayllo. Los casos de alcoholismo se han duplicado, mientras que en las demás enfermedades se observa un ligero descenso.

Tabla 5: Número y tasa de morbilidad de enfermedades mentales en el distrito de Carabayllo en el año 2017-2018

Año	Alcoholismo	Tasa (10 mil hab.)	Violencia	Tasa (10 mil hab.)	Ansiedad	Tasa (10 mil hab.)	Depresión	Tasa (10 mil hab.)	Psicosis	Tasa (10 mil hab.)
2017	77	2,47	218	7,00	932	29,94	820	26,34	296	9,51
2018	142	4,49	212	6,71	916	28,98	789	24,96	335	10,60

Fuente y elaboración: DIRIS Lima Norte. "Análisis de la Situación de Salud del distrito de Carabayllo". 2019

Respecto a la región Loreto, la tabla 6 reúne las principales causas de morbilidad de salud mental atendidas en los servicios de salud en el año 2022

Tabla 6: Región Loreto. Número y Porcentaje de Diagnósticos de morbilidad atendidas en las Unidades Prestadoras de Salud -2022

No	Diagnóstico de morbilidad	No	Porcentaje
1	Violencia física	3,759	5.5
2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	2,933	4.3
3	Episodio depresivo leve	2,890	4.2
4	Episodio depresivo moderado	2,532	3.7
5	Abuso psicológico	2,499	3.7
6	Trastorno de ansiedad no especificado	2,018	3.0
7	Trastorno de ansiedad generalizado	1,925	2.8
8	Esquizofrenia paranoide	1,690	2.5
9	Otros síndromes de maltrato forma mixta	1,619	2.4
10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de alcohol	1,490	2.2
11	Reacción a estrés agudo	1,298	1.9
12	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	1,127	1.7
13	Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar	1,080	1.6
14	Abuso sexual	986	1.4
15	Riesgo de abuso físico y/o emocional y/o sexual	949	1.4
SUB TOTAL		28,795	42.3
OTRAS MORBILIDADES		39,283	57.7
TOTALES		68,078	100.0

Fuente y elaboración: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

Para los otros ámbitos de intervención, el documento "Situación de Salud de Villa María del Triunfo 2019" ubica a las enfermedades mentales y del comportamiento entre las "10

primeras causas de morbilidad en el distrito representando el 2,5% del total de casos” en el año 2016. (Minsa, 2019)

En el caso de la Situación de Salud de Junín 2017, las enfermedades mentales y del comportamiento ocupan el sexto lugar de consulta externa en etapa preescolar con 5907 atenciones durante el año 2015, además Chilca es uno de los 8 distritos que registra suicidios como causa de defunción, ocupando el tercer lugar con 6 suicidios en el año 2013.

El estudio “La carga de enfermedad en el Perú” del año 2012 realizado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, indica que “las enfermedades neuropsiquiátricas ocuparon el primer lugar y la brecha de atención de salud mental oscila entre el 71% al 93%, a nivel nacional. Siendo esta brecha de 75.7% en Lima metropolitana y 87% en Iquitos” (INSM “HD-HN” Estudios epidemiológicos de salud mental. (MINSa – DIGIESP – Dirección de Salud Mental, 2012).

Gráfico 3: Número de psicólogos por 100,000 hab. en EESS del MINSa. 2016



Elaboración propia. Fuente: MINSa Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS 2016

En 2017, el Ministerio de Salud contaba con 1920 psicólogos distribuidos en el nivel nacional, Loreto y Junín se encuentran entre las regiones que disponen de menos profesionales que el promedio nacional.

Según el Registro Nacional del Personal de la Salud, existían “294 psiquiatras” en el 2016 “de los cuales, el 72.3% está concentrado en los hospitales especializados de Lima metropolitana”. De otro lado, estimaciones del Minsa para el mismo año dan cuenta de “598 enfermeras especializadas en salud mental o psiquiatría trabajando en instituciones de salud mental, de ellas 59.7% en los hospitales especializados y el Instituto Nacional de Salud Mental, 21,2% en servicios de hospitalización de salud mental en hospitales generales y el 19,1% centros de salud mental comunitarios”. (Minsa, 2016)

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

En el presente capítulo se presenta el marco teórico utilizado para la presente investigación. Se iniciará con la perspectiva de la atención de salud mental con enfoque comunitario, para posteriormente pasar a revisar el enfoque de desarrollo sostenible, para terminar con el tema de Dignidad y Enfoque de Derechos, tema primordial para la presente tesis.

2.1. Atención de la Salud mental con enfoque comunitario

La Declaración de Caracas firmada en noviembre de 1990 durante la Conferencia “Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina” realizada en Caracas, Venezuela y firmada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud forma la base para la reorganización de la atención de la salud mental.

En la declaración los firmantes declaran que:

“la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales; 2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; 3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados. c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario 4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento”. (Página 3 de la Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud, 1990)

Esta importante carta de compromiso vinculante para los países señala conceptos clave de la formulación del nuevo modelo, principalmente, “servicios que salvaguarden la dignidad personal y los derechos humanos y civiles; y la promoción de servicios de salud mental” que no aíslan al paciente de la sociedad, si no por el contrario, que buscan integrarlo, le brindan atención dentro de sus redes sociales.

Carlos León cita a la Organización Panamericana de la salud para explicar en qué consiste el nuevo paradigma de la atención de salud mental con enfoque comunitario en el documento “Perspectivas de la salud mental comunitaria en América Latina: En el período 1950-1953”:

La Organización Mundial de la Salud produjo una serie de publicaciones, llamadas a ejercer notable influencia, en las que se señala el tratamiento comunitario de los trastornos mentales (4-6). En estos documentos,

el Comité de Expertos en Salud Mental afirma que existe la necesidad de sustituir la tendencia al aumento del número de camas en los hospitales psiquiátricos por la creación de servicios que reduzcan las admisiones a dichos hospitales; tales servicios podrían ser dispensarios de salud mental, servicios de consulta externa, clubes de ex pacientes en la comunidad, hospitales de día y hogares de transición; el Comité sostiene que los profesionales deberían dedicar, por lo menos, una tercera parte de su tiempo de trabajo a labores comunitarias y destaca la importancia de la información al público y del entrenamiento de los diferentes tipos de profesionales. (León, 1999, página 124)

Asimismo, señala:

En su forma ideal, un centro de salud comunitario debería proveer servicios diagnósticos y terapéuticos para una amplia gama de problemas y estar íntimamente conectado con servicios de hospitalización total y parcial y con servicios de rehabilitación. La oferta de servicios a la comunidad, los cuales deben prestarse independientemente de la capacidad del paciente para afrontar los gastos de asistencia; solo así se cubrirá la atención de aquellos que posean escasos recursos. El centro comunitario debe funcionar de tal manera que el personal paramédico maneje la mayoría de los casos y atienda, en forma prioritaria, los casos críticos que requieran una intervención simple e inmediata. (León, 1999, página 124)

Según los documentos señalados el Modelo de atención de la Salud mental con enfoque comunitario es un paradigma que rompe con el anterior de atención en reclusión y que plantea un tratamiento de las personas que padecen trastornos mentales o psicosociales a través de un entorno comunitario que facilite su rehabilitación. En ese sentido, las personas que habitan los hogares protegidos viven con sus pares en una casa, dentro de un vecindario, compartiendo responsabilidades e interactuando con sus vecinos, lo que permitirá en adelante, luego de concluido el tratamiento volver a sus casas y convivir en armonía.

De esta manera, la práctica en salud mental comunitaria no solo consiste en que los tratamientos sean ambulatorios y desinstitucionalizados, sino también consiste en “crear espacios colectivos y estrategias que fomenten la salud mental y la autonomía de los usuarios, des-enfermando las identidades, des-localizando los espacios de cuidado”, así como “facilitar la organización de propuestas donde las personas diagnosticadas no se consideren enfermas. Serían lugares de acción, vida y participación social en los que los usuarios no comparten un diagnóstico, sino aficiones, intereses y deseos”. (Fernández, Serra, & Nokosia, 2020, página 2)

La red de servicios en salud mental comunitaria está basada en relaciones y funciones profesionales y comunitarias orientadas hacia el fin común de mejorar el estado de salud mental de una población en un territorio determinado. Está formada por los profesionales y funcionarios de instituciones públicas y privadas e incorpora también al sistema de redes, en calidad de aliados a líderes de organizaciones comunitarias. Se trata de un proceso sociopolítico y cultural con capacidad de articularse para mejorar con calidad,

la salud mental colectiva y asegurar la inclusión social. Este proceso requiere de una infraestructura digna, descentralizada con recursos humanos y financieros suficientes.

Así, como menciona Gofin et al. (2012, citado en Fernández 2020) la salud mental comunitaria sería la “expresión colectiva de la salud mental de una comunidad definida, condicionada por la interacción de los factores personales, familiares, del ambiente socioeconómico, cultural y físico, así como por los servicios de salud.” (Fernández, Serra, & Nokosia, 2020, página 2)

De esta manera, la atención de la salud mental con enfoque comunitario se concibe como participativa, involucrando a todos los actores sociales en el tratamiento del usuario de salud mental. Para Cea Madrid (2015) “tanto los usuarios como sus familiares deben participar en la construcción políticas públicas y leyes en salud mental, así como en la gestión y evaluación de los servicios”, de manera estos garanticen, promuevan y fortalezcan los derechos humanos. Al promover la participación comunitaria como espacios de diálogo y fortalecimiento colectivo, se podrá contribuir a que “la comunidad de usuarios sea reconocida y valorada como parte de la comunidad”. (Cea Madrid, 2015, página 4)

En conclusión, la principal diferencia entre el modelo comunitario y el modelo manicomial, es justamente este componente comunitario, en donde se hace lo posible por “preservar los vínculos comunitarios, familiares y sociales del paciente, a la vez que las estrategias de rehabilitación se orientan a la integración social del usuario”, y en donde este puede permanecer en el seno de su familia y su comunidad durante su proceso de atención; cuidando siempre su integración social mediante una atención y rehabilitación “en espacios sociales o comunitarios, donde la interacción con los otros y la integración social sea lo más próxima a su realidad social, cultural y de territorio de vida”. (Ardila & Galende, 2011, página 39). Lamentablemente el modelo manicomial no cuenta con este componente, priorizando una atención individualizada, aislando al usuario de su comunidad al recluirlo en los hospitales psiquiátricos.

De esta manera, en la Norma Técnica de Centros de Salud Mental Comunitarios, se define al modelo de atención comunitario de salud mental “como un modelo centrado en la comunidad”, “que fomenta la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad.” (Organización Panamericana de la Salud, 2017, página 14)

2.2. Enfoque de Desarrollo Sostenible

Naciones Unidas explica de esta manera la nueva agenda mundial para alcanzar el desarrollo:

El 1 de enero de 2016 entraron oficialmente en vigor los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptados por los líderes mundiales en septiembre de 2015 en la Cumbre de Naciones Unidas. Al 2030, con estos nuevos objetivos que se aplican universalmente a todos, los países movilizan esfuerzos para poner fin a todas las formas de la pobreza, luchar contra las desigualdades y combatir el cambio climático, garantizando que nadie se quede atrás. (ONU, 2016)

Respecto a la continuidad de los objetivos mundiales para el desarrollo de las naciones, los ODS son la continuación de la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y su objetivo es “ir más allá de poner fin a todas las formas de pobreza”. Los nuevos objetivos son calificados por ONU como “únicos y requieren una acción por parte de todos los países, pobres, ricos y de ingresos medios, para promover la prosperidad”, mientras protegemos el planeta y el medio ambiente para las futuras generaciones. Es importante reconocer que acabar con la pobreza debe ir de la mano con “estrategias que construyen el crecimiento económico y aborda una serie de necesidades sociales como la educación, la salud, la protección social, y oportunidades de empleo, y la continua la lucha sobre el cambio climático y la protección del medio ambiente”. (ONU, 2016)

El desarrollo sostenible se ha definido como el desarrollo que “satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades” y esta es la idea detrás de la agenda al 2030. (Informe Brundtland, 1987)

“El desarrollo sostenible exige esfuerzos concertados para construir un futuro inclusivo, sostenible y resiliente para las personas y el planeta”, (ONU, 2015).

Para que se logre el desarrollo sostenible, “es crucial armonizar tres elementos fundamentales: crecimiento económico, inclusión social y protección del medio ambiente”, (ONU 2015). Estos elementos están interconectados y todos son cruciales para el bienestar de los individuos y las sociedades.

El documento aprobado durante la cumbre de las Naciones Unidas sobre la “agenda para el desarrollo después de 2015” señala que “la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones es un requisito indispensable para el desarrollo sostenible”. Con este fin, se debe promocionar el “crecimiento económico sostenible, incluyente y equitativo”, la creación de “mayores oportunidades para todos, reducir las desigualdades, elevar los niveles de vida básicos, la promoción del desarrollo social equitativo y la inclusión, y

promover una gestión integrada y sostenible de los recursos naturales y los ecosistemas” (CEPAL, 2015). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son universales y requieren una acción por parte de todos los países y todas las personas.

Tomar acción para lograr la agenda de desarrollo sostenible asegurará una vida digna para todos y crear una mayor prosperidad compartida. Es en el interés de todos.

Esta es la agenda de las personas, un plan de acción para acabar con la pobreza en todas sus dimensiones, de forma irreversible, en todas partes.

Los Objetivos reconocen que acabar con la pobreza debe ir de la mano con las estrategias que construyen el crecimiento económico y dirigen una serie de necesidades sociales, incluyendo las oportunidades de educación, salud y trabajo, y la continua lucha sobre el cambio climático y la protección del medio ambiente.

Respecto al rol de la salud en la Agenda al 2030, el Consejo Ejecutivo 138 señala: (PP15)

Reafirmamos los compromisos específicos de promover la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales y prolongar la esperanza de vida sana de todas las personas, que figuran en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular: lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención de salud de calidad; asegurarse de que nadie queda excluido; acelerar los progresos realizados hasta la fecha en la reducción de la mortalidad del recién nacido, el niño y la madre, poniendo fin a todas las muertes prevenibles de aquí a 2030; lograr el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, la información y la educación; poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis y malaria, así como acelerar la lucha contra las hepatitis, el ébola y otras enfermedades transmisibles y epidémicas, afrontando también la creciente resistencia a los antimicrobianos y el problema de las enfermedades desatendidas que afectan a los países en desarrollo; y prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles, en particular los trastornos del comportamiento, del desarrollo y neurológicos, que constituyen un importante problema para el desarrollo sostenible. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Ambos conceptos recogidos de documentos oficiales de Naciones Unidas explican la visión de cerrar brechas e incluir a las personas con discapacidades, entre ellos, los que padecen trastornos mentales. Al ser los ODS indivisibles y al estar interconectados, si no se consigue el desarrollo de estas personas y un trato digno, no podremos avanzar hacia el desarrollo del país. Muchas de las personas que habitan los hogares tienen la esperanza de un futuro diferente al de dependencia que los servicios de salud se adapten a sus necesidades de atención para brindarles la prestación del servicio, pero además protección y acompañamiento al proceso de recuperación muestra una visión de servicio del Estado centrado en las personas.

En esta línea, para las investigadoras, cobra relevancia el lema de la Agenda 2030 sobre “No dejar a nadie atrás”, las personas deben alcanzar el desarrollo considerando el planeta, en un contexto de paz, con participación y a través de alianzas. Las personas con condiciones de salud mental no pueden quedarse al margen del desarrollo y sus necesidades deben ser incluidas en las políticas públicas para que puedan tener garantías de bienestar, oportunidades y progreso.

2.3. Dignidad y Enfoque de derechos

Respecto de los derechos humanos y el enfoque de derechos:

Los derechos humanos constituyen el reconocimiento social, innato, universal, inviolable e inalienable de la condición de dignidad del ser humano, solo por el hecho de existir como persona. Su esencia se fundamenta en valores socialmente vinculantes como la igualdad, libertad y solidaridad. Todas las categorías de derechos (civiles, políticos y sociales) se fundamentan en un marco ético-moral y se orientan a garantizar la condición de dignidad humana de toda persona, más allá de las diferencias y con respeto a las mismas. (Tejada Pardo, 2005, página 8)

Así, los derechos humanos son consagrados a nivel jurídico, institucional, programático y operativo; y representan una manera concreta de ver y hacer las políticas públicas orientadas a respetar y proteger la dignidad humana. Existen derechos de primera generación sostenidos en libertades individuales o derechos civiles. La segunda generación derechos se fundamenta en la igualdad socioeconómica. Y la tercera generación definida como los derechos colectivos de los pueblos. (Tejada Pardo, 2005, página 14)

Martha Nussbaum plantea el enfoque de las capacidades “como una base filosófica para una teoría de los derechos básicos de los seres humanos que deben ser respetados y aplicados por los gobiernos de todos los países (universalidad) como requisito mínimo del respeto por la dignidad humana”, definidas por Nussbaum como “aquello que las personas son efectivamente capaces de hacer y ser, según una idea intuitiva de lo que es una vida acorde con la dignidad del ser humano”. (Di Tullio, 2013, página 1)

Ante lo anteriormente descrito, se puede añadir, con respecto a las personas con discapacidad, que todas las personas, “cualesquiera sean sus aptitudes y desarrollo - son iguales en dignidad a cualquier otra. De esta manera, la dignidad de la persona no admite discriminación por razón de nacimiento, raza o sexo, opinión o creencia, es independiente de la edad, inteligencia y salud mental de la persona, de la situación en que se encuentre, así como de su conducta y comportamiento”. (Ticona Cano, 2014, página 20)

Tomo los conceptos antes descritos para definir un servicio público digno para personas vulnerables que no gozaban plenamente de sus derechos con el modelo manicomial de la salud mental, en los que eran apartados de sus familias, encerrados como despojos de la sociedad y en los que no recibían ni atención ni protección por parte del

Estado. En el modelo actual se brinda un servicio digno en tanto “son capaces de hacer y ser”. Asimismo, son respetados sus derechos como universales, inviolables y sin discriminación de ningún tipo.



CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

En este primer capítulo, se abordará el diseño metodológico utilizado en la presente investigación. En primer lugar, se presentará el enfoque metodológico utilizado, posteriormente se presentará el diseño de la investigación, para luego pasar a las fuentes, técnicas e instrumentos utilizados en el recojo de información.

Para el presente estudio se consideró Lima por concentrar la mayor cantidad de oferta de servicios y población, en este lugar se recogieron ambas historias de vida, el paciente 1 narra parte de su experiencia de internamiento en el Hospital Hermilio Valdizán y el paciente 2 habla del Centro de Salud Mental Comunitario de San Gabriel Alto de Villa María del Triunfo. Para complementar el estudio y contar con información de otros servicios que componen la cartera de servicios de salud mental, se realizaron observaciones en Loreto, un lugar escogido por ser emblemático, debido a que el hospital psiquiátrico de Loreto cerró al haber sido calificado como el peor del país por la Defensoría del Pueblo, a partir de ese momento se estructura un plan de transición y se conformaron los primeros hogares protegidos, algunos de los usuarios de estos hogares estuvieron inicialmente internados en el CREMI de Loreto. Las entrevistas al personal de salud se hicieron, una en Loreto y 2 en Lima y en Junín, debido a que estas últimas entrevistas se realizaron durante la pandemia, se hizo un gran esfuerzo por conseguir informantes con este perfil y fueron estas 2 personas de estas regiones las que aceptaron participar.

3.1. Enfoque del diseño metodológico

“La investigación cualitativa se puede definir como la conjunción de ciertas técnicas de recolección, modelos analíticos normalmente inductivos y teorías que privilegian el significado de los actores”, según Modesto Sánchez Silva. En ese sentido, “el investigador se involucra personalmente en el proceso de recojo de información y su objetivo es establecer las relaciones y los significados de su objeto de estudio”. (Sánchez Silva, 2005)

Para Quintana, la diferencia entre una investigación de tipo cualitativa y cuantitativa radica más que todo en “el tipo de intencionalidad y el tipo de realidad que uno y otro enfoque investigativo pretende abordar”. (Quintana Peña, 2006) Así, los enfoques cuantitativos se centran en explicar y predecir “una realidad en sus aspectos más universales y desde una perspectiva externa (objetiva), mientras que los cualitativos se centran en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva interna (subjetiva)” (Pérez, 2001 citado en Quintana Peña, 2006).

Adicionalmente, “los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de los datos, ya que en las investigaciones cualitativas se procede caso por caso para llegar a una perspectiva más general”. Así, “los datos cualitativos son descripciones detalladas de situaciones, interacciones o eventos, que se recogen mediante técnicas abiertas y no estructuradas, como observaciones, entrevistas no estructuradas e historias de vida”. (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014, p.7-9)

De esta manera, según lo anteriormente descrito, la metodología planteada en la presente investigación es de tipo cualitativo, a través de la percepción de los usuarios del modelo comunitario de atención en salud mental, para tener la perspectiva de un servicio centrado en las personas y que responde a sus necesidades.

3.2. Diseño de la investigación

En las investigaciones de tipo cualitativo, el diseño se refiere “al abordaje general que se usará en el proceso de investigación. Los diseños básicos que existen en la investigación cualitativa son: teoría fundamentada, diseños etnográficos, diseños narrativos, diseños fenomenológicos, diseños de investigación-acción y estudios de caso cualitativos. La elección del diseño depende, ante todo, del planteamiento del problema y, a partir de este, vincular la pregunta de investigación con un diseño determinado.” (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014, p.470)

En este caso, la pregunta de investigación planteada: “¿Cuáles son las características de los dos modelos de salud mental existentes en la actualidad en nuestro país, y de qué manera estas características intervienen en la calidad de vida de los usuarios de este servicio?”, nos refiere a un estudio de caso cualitativo, ya que se busca proveer datos para evaluar dos diferentes modelos de salud mental que se aplican, paralelamente, en nuestro país.

Según lo descrito por Hernandez, Fernandez y Baptista (2014), algunos de los propósitos de los estudios de caso, son “proveer datos para evaluar programas o procesos, así como resolver problemáticas sociales, políticas y administrativas (de gestión)”. Adicionalmente, algunas de sus características implican que el caso sea examinado de manera sistémica, “que el examen a profundidad de un caso y su contexto pueda generar información significativa sobre casos similares, y que se incluyan todas las perspectivas posibles de los participantes”; lo cual se cumple en el presente estudio. (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2014)

Los estudios de caso se pueden clasificar de diversas maneras (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2014). Por su finalidad, “los estudios pueden ser intrínsecos” (que el caso mismo resulte de interés), instrumentales (proveer insumos de conocimientos para algún problema de investigación) y colectivos (varios estudios de caso instrumentales). En este caso, el presente estudio sería instrumental, dado que pretende ahondar el conocimiento de ambos modelos para un posterior análisis. De acuerdo con el número de casos, “pueden ser de una sola unidad de análisis, de múltiples unidades de análisis y de múltiples casos cruzados”. En este caso, el estudio sería una unidad de análisis con unidades incrustadas, ya que la unidad (el servicio de salud mental) es segmentada en subunidades (modelo manicomial y modelo comunitario) para ser analizadas con amplitud y profundidad. Finalmente, de acuerdo al alcance, “los estudios de caso pueden ser exploratorios, descriptivos y explicativos”. En este caso, nuestro estudio se caracteriza como descriptivo, dado que recoge información para describir las características de los modelos, especificando sus características.

Adicionalmente, la importancia de nuestro estudio radica en poder obtener y sistematizar información relevante con respecto al modelo manicomial, así como al modelo comunitario de atención de salud mental, para proporcionar una base adecuada a estudios posteriores, ya sean correlacionales o explicativos, dado que en la actualidad no existe una base de conocimiento adecuada para alcances más profundos.

3.3. Fuentes, técnicas e instrumentos

Dada la naturaleza de estudio de caso cualitativa de la investigación, el análisis se basará fundamentalmente en información primaria recogida mediante entrevistas, observaciones e historias de vida. A continuación, se describe la manera en la que se delimitó el recojo de dicha información.

3.2.1 Variables de investigación

“Las variables son aquellas características observables del objeto de estudio que pueden adoptar diferentes valores o expresarse en diferentes categorías. En ese sentido, son los elementos básicos de la investigación” (Cauas, 2015). En la siguiente tabla se indican las variables identificadas de la presente tesis.

Tabla 7: Definición de las variables

Variables	Definición
Calidad de vida	Se refiere a aspectos relacionados con independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad
Percepción de los usuarios del servicio	Lo que piensan, conocen, perciben, creen y hacen los usuarios con respecto al servicio
Aceptación del servicio Brindado	Utilización, entendimiento y participación de los usuarios del servicio respecto a su tratamiento
Aspectos del modelo que incorporan a la comunidad en la recuperación	Se refiere a los aspectos y características del servicio que facilitan la participación e interacción de la comunidad y los usuarios del servicio en el modelo que permite la recuperación de los usuarios
Actividades que permiten el desarrollo de los usuarios de hogares	Se refiere a las actividades que permiten que los usuarios se incorporen a la vida comunitaria y se desarrollen fuera del hogar
Intereses y aspiraciones usuarios	Ideales del usuario final que desearía recibir del servicio brindado, son los aspectos por mejorar
Opinión de la comunidad	Lo que piensan, conocen, perciben y creen los actores externos con respecto al servicio

Elaboración propia

Posteriormente se construyeron los indicadores de cada una de las variables a investigar. En la siguiente tabla se muestran dichos indicadores.

Tabla 8. Indicadores de acuerdo a la variable

Variables	Indicadores
Calidad de vida	Incremento del nivel de independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad
Percepción de los usuarios del servicio	Grado de satisfacción de los usuarios con respecto al servicio
Aceptación del servicio Brindado	Grado de utilización, entendimiento y participación de los usuarios del servicio respecto a su tratamiento
Aspectos del modelo que incorporan a la comunidad en la recuperación	Características del servicio que facilitan la participación e interacción de la comunidad y los usuarios del servicio en el modelo que permite la recuperación de los usuarios
Actividades que permiten el desarrollo de los usuarios de hogares	Tipos de actividades realizadas por los usuarios que permiten su desarrollo fuera del hogar
Intereses y aspiraciones usuarios	Descripción de la brecha entre el servicio recibido y lo que quisieran recibir
Opinión de la comunidad	Grado de satisfacción de la comunidad con el servicio

Elaboración propia

3.2.2. Técnicas, instrumentos y muestra

Como se señaló al inicio del presente apartado, la característica cualitativa de la investigación favoreció a la elección de métodos cualitativos de recojo de información, como son la entrevista, la historia de vida y las observaciones.

Se utilizó un “muestreo de casos extremos”, el cual se “focaliza sobre aquellos casos que son ricos en información a causa de que son inusuales o especiales en alguna forma, ya que de estos se puede derivar información útil para comprender aspectos relevantes para una situación determinada”. (Quintana Peña, 2006)

La información se construirá a partir de 2 historias de vida de exusuarios que serán documentadas como parte del recojo de información, estas entrevistas no comprometerán la confidencialidad de las personas. De manera complementaria se recogerá en entrevistas no estructuradas al personal de salud que haya hecho la transición del modelo de salud centrado en hospital psiquiátrico al modelo de salud mental con enfoque comunitario para comprar su opinión, como parte del sistema, entre un modelo y otro. Adicionalmente, se harán observaciones y revisión documental pertinente. En la tabla a continuación se detallan las técnicas, instrumentos y muestras.

Tabla 9. Técnicas, instrumentos y muestras

Técnica	Instrumento	Muestra	Codificación
2 observaciones simples: que recogerá las actividades rutinarias realizadas en el hogar protegido Santa Rosa de Loreto	Relato	4 días de visita al hogar para	Observación 1 Observación 2
2 historias de vida de exusuarios de hogares protegidos, de preferencia aquellas personas que hubieran pasado por un internamiento en hospital psiquiátrico y que pudieran comparar ambos modelos.	Guía de historia de vida	2 exusuarios de hogares protegidos y hosp. psiquiátrico	Paciente 1 Paciente 2
3 entrevistas no estructuradas a personal de salud técnico y profesional que integren el sistema de salud mental público	Guía de entrevista	3 profesionales y/o técnicos de salud mental público	Personal de Salud 1 - 3
Revisión documental: Documentos oficiales del Minsa y la Defensoría del Pueblo	Matriz de revisión documental	2 documentos oficiales	Documento
Notas de campo	Cuaderno de campo	4 días de observación	Notas

Tal como se observa en la Tabla N°9 los pacientes que participan como informantes y de quiénes se elaboró las historias de vida pertenecen a Lima, la primera recibió atención y tratamiento en hospitales psiquiátricos, para la historia se eligió analizar su estancia en el Hospital Hermilio Valdizán y el segundo recibió atención en un Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto de Villa María del Triunfo. Las observaciones de hicieron en el hogar protegido Santa Rosa de Loreto y las entrevistas de profesionales de salud se hicieron en el hogar protegido Santa Rosa de Loreto, en el Centro de Salud Mental Comunitario de Carabaylo y en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca, en Junín.



CAPÍTULO 4: Historias de vida

4.1 Paciente 1

La paciente 1 es una mujer de 36 años, madre de una hija de 18. Me recibió en su casa. Mientras le explico de qué se trata la entrevista se muestra risueña, parece que le causa gracia, pero cuando empezamos cambia y expresa seriedad.

A lo largo de su vida fue internada muchas veces por su mamá debido a su adicción a las drogas. Recibió varios diagnósticos, ella dice haber sido diagnosticada como paciente con trastorno bipolar, *border line* y en otra ocasión un siquiatra dijo que no tenía ninguna de estas patologías, simplemente su adicción a las drogas le impedían tomar decisiones. Entre los lugares de internamiento, siendo menor de edad, pasó una temporada en el hospital Hermilio Valdizán, su mamá y su tío ocupaban cargos públicos dentro de ese hospital y de esa manera fue admitida. A continuación, narra esa experiencia:

Educación y trabajo

La paciente 1 estudió en un colegio para hijos de una de las instituciones de las Fuerzas Armadas, debido a la rigidez educativa y a problemas de conducta, fue expulsada en primer año de secundaria y pasó a un colegio laico, sin embargo, debido a que fue sorprendida por su familia consumiendo drogas e internada no pudo terminar la escuela.

“(luego de salir del internamiento) Prácticamente yo lo que hice fue comprar el certificado Habré asistido a tres clases y me aburrí, hablé y lo que te ofrecen es pagar tus mensualidades juntas, que era algo de 2800, y toma tu certificado. Me aburría porque me enseñaban cosas que yo ya sabía, era aburrido escuchar lo que ya tú sabes, lo que ya conoces, y yo venía de 18 años embarazada, con chibolos de 16, me aburría y dije, esto lo voy a solucionar de otra manera”.

Más adelante estudió diseño gráfico y de modas e intentó en más de una ocasión vender sus propios diseños, pero no ha logrado estabilizarse “Para dedicarme a eso y poder vivir de eso, tiene que ser a tiempo completo, trabajar mucho y eso no es para mí”.

Tuvo algunos trabajos como vendedora, tiene grandes habilidades para las ventas, pero en varias ocasiones, perdió el trabajo por presentarse bajo los efectos del alcohol o las drogas.

Afectos

El papá de su hija la conoció a los 16 años de ella, mientras que él estaba cerca de los 50 años, aun así, después de conocerlo ella decidió vivir con él y su familia aceptó la relación y la dejó ir pese a su corta edad.

“Y esa noche me dijo “Cuando sea mayor de edad, nos vamos a casar, pero espérate a que seas mayor de edad y termines tu colegio” ... yo me quedé pensando, ¿cuándo tenga 18? ese señor está loco, hoy mismo me voy, mi casa tenía un cuarto con un baño para mí. Agarré todo caleta, lo metí en el baño, hice dos maletas, toda mi ropa y mi mamá entró. Mi madre y mis hermanos vinieron a armar un drama familiar. Al final, yo, como era una chica rebelde y sin causa, me fui en contra de mi mamá y le dije, si me mandas al mismo colegio, con los alumnos que han estudiado con mi hermano, estás loca. No quería ir al colegio. Yo tenía el celular de XXX y lo llamé y me fui con él, yo no sabía que XXX se coqueaba”.

El papá de su hija llegó y deslumbró a la familia y se la llevó sin ninguna prohibición. “Entró bien elegante con su abrigo, estaba con su biblia en el brazo y dijo sus *florazos*. Y mi mamá no estaba bien, había tenido un infarto cerebral, mi madre se enferma en la cabeza de la presión alta. No es para excusarla porque yo siempre hice lo que quise hasta ahora. Ella me dice siempre, el único error que he cometido contigo es haberte dejado ir menor de edad con un viejo. Yo no sabía qué era un pedófilo, pero me di cuenta de lo que él hacía contigo”.

Aunque ella no lo explica bien, el papá de su hija tuvo un episodio de violencia de tipo sexual con la niña de ambos por lo que él cumple condena en prisión, esa fue la razón de su separación y el motivo de su familia para separarla de su hija. Eventualmente se ven ahora que la hija es adulta.

Respecto a la ruptura con su familia, ella explica que quien le dió la espalda fue su madre y además quién asume el cuidado de la niña por la vía judicial.

Me quitó las llaves, me quitó, todo contacto, cambiaron el número de casa, cambiaron de casa, se mudaron lejos, me bloquearon de todas las redes sociales. A mi hermana ni siquiera la puedo ubicar con cualquier perfil, no está ubicable. Mi mamá habló con toda mi familia. Toda mi familia me comenzó a negar las cosas, me decían que hable con mi mamá.

Me estaba deprimiendo, tenía casi un año sin ver a mi hija, me estaba deprimiendo demasiado, me quería hasta suicidar. Pero cada vez que ocurría pensaba en ella.

Últimamente también he estado teniendo pensamientos suicidas, de autoeliminación, pero me doy cuenta que es mi baja autoestima. Cuando tengo esos pensamientos al toque bloqueo, algo que mi psicóloga me enseñó. Bloqueo, “piensa en algo que te de una motivación” y digo, si yo me quiero suicidar, me detengo, voy caminando hasta el malecón, ahí me detengo a ver.. No, tu hija mañana va a sufrir, no les estás dando un alivio, le estas dando un sufrimiento y ahí es cuando me detengo, pero así es la depresión pues.

Ella ha tenido muchas relaciones, pero la paciente 1, en la situación de dependiente y sin acceso a recursos propios, ha sido víctima de violencia física y psicológica.

Primer Internamiento en un Hospital Psiquiátrico

Ese día tenía como un mes fumando marihuana y los del barrio me invitaron por ahí y esa vez probé por primera vez esas pastillas que vendían en esa época “Robinol”, me invitaron 3 pastillas, tomé 2 y tomé un vasito de ron. Tenía 15 para 16 y como estaba cabeza de pollo, regresé a mi casa y me metí al baño para que no me revisen nada y a partir de ahí ya no me acuerdo de nada, solo de despertar al día siguiente con una charola frente a mí y una enfermera.

La siguiente vez fue al mes, que mi mamá se dio cuenta de que seguía fumando hierba y mi mamá me volvió a meter un mes y de ahí estuve en el Valdizán hasta los 17. Estuve 3 meses en el área de Psiquiatría General y luego 6 en Farmacodependencia.

INFRAESTRUCTURA DEL ESTABLECIMIENTO

En el Valdizán tienen pabellones, es bien deficiente, para mujeres hay 2 pabellones y el pabellón de pacientes crónicos –para los que viven dentro del hospital porque los recogen de la calle- y los pabellones de mujeres, uno ubicado frente al otro, uno atiende a pacientes asegurados, estuve ahí 3 meses porque era menor de edad, estaba asegurada por mamá y de ahí me pasaron al pabellón de en frente. La mitad de ese pabellón atiende a pacientes crónicos, como es del Estado hay cupos muy limitados, hay que vender un riñón para atenderse ahí y la otra mitad es Farmacodependencia que también me parece que cualquiera no ingresa. Debes tener voluntad, ser perseverante con tus consultas.

El cuarto: Era un cuarto con dos camas, pero yo estaba sola. En el otro pabellón ya no estaba sola, como cualquier fármaco dependiente. Era un cuarto grande con 6 camas ocupadas. Describe que estaba alojada con personas de diferentes grupos etarios, “había una señora de 60 años”. El cuarto era solo de mujeres.

El baño: El pabellón se divide en dos, cada lado tiene su baño público. El baño tenía 6 duchas, como un cambiador de Ripley, sí era limpio. No tenía intimidad, siempre había gente. Al menos que me cambie en la ducha, pero me daba asco, no quería que mi ropa rosara las paredes o el tubo.

En general los espacios estaban bien y bien equipados. Lo que no me gustaba era el abuso que ya te lo conté. Electroshock, enfermeros que están con pacientes, enfermeros que abusan de la discapacidad de algunos pacientes, el maltrato de enfermeras que vienen con problemas de su casa seguramente y maltratan a pacientes que sí necesitan ayuda (atención) porque hay muchas que llegan golpeadas, discapacitadas que llegan violadas y que encima ahí las maltratan.

Actividades intramuros

Nos levantábamos a las 6, nos hacían tender nuestras camas, hacíamos una hora de ejercicios (*steps*, gimnasia rítmica, localizado). Todo era con horario, tú hacías una actividad, la registrabas y tenías un premio o privilegio. Después de eso bañarte, tomar desayuno y toda la mañana hacer artesanías o manualidades, podías escoger entre hacer peluches, tejer, hacer escultura.

No puedes leer la biblia, ni ningún libro de lectura mística.

Para prepararnos para el almuerzo había un descanso, luego a la 1 pm el almuerzo, duraba una hora y luego podíamos descansar una hora, hasta las 3pm. Por la tarde jugábamos vóley o hacíamos un deporte. Ya no recuerdo muy bien, tenía 16 años. Los jueves había terapia con el equipo terapéutico y estaba compuesto de un siquiatra, una sicóloga (y otros más) ... yo me sentía horrible, te juro que me sentía como si estuviera en el juicio final.

Era un consultorio grande, por la forma parecía que era para hacer terapia grupal. Era una mesa grande, larga y de un lado estaba el siquiatra, una sicóloga, la otra sicóloga, la asistente social, la terapeuta, el otro terapeuta y uno se sentaba del otro lado. Uno tenía que decir amén a lo que ellos decían.

Te sientan sola en una silla al otro extremo y te hacen preguntas y tú tienes que estar sentada así (se sienta erguida en la silla con los codos y rodillas flexionados pero derechos y las manos sobre la falda)

Un día yo me molesté. Yo era bien rebelde, me acuerdo. Y me llamaron la atención porque tenía muchas tardanzas en el cuaderno de actividades, pero mis tardanzas eran de 3 o 4 minutos. Era un cuartel, prácticamente. Mandé a rodar a todo el mundo. Lo miré al Doctor, no con odio, pero sí como diciendo nunca me olvidaré porque me quitaron mi yogurt y ese era un privilegio ahí dentro, era como ir a la Selva con una cajita de fósforos, un yogurt. Estaba prohibido comer ají, rocoto, estaba prohibida la coca cola y yo sin coca cola, estoy más coca cola todavía.

Descripción del personal de salud y su relación con los usuarios del servicio

Le pregunté si había tenido algún problema con el personal de salud, ella expresa haber sido siempre rebelde frente a las autoridades y sobre todo frente a las personas que buscan mantener un sistema o estructura.

... Creo que sí, porque una vez me escapé. Después de que estuve internada 3 meses, me escapé. A raíz de esa fuga, me pasaron al programa de fármaco dependencia, me pasaron al pabellón de en frente. Mi tío era director en esa época y era así... Yo puedo denunciar al Estado por eso, no? Yo era chibola y me daban 12 pastillas en la noche, no te pases. De repente he quedado así por eso (Ríe)

Justamente por la fuga, como era mi tío (haciendo referencia al cargo), mandaron a todo el personal de turno, al que estaba de guardia –yo me fui con otra chica que también era menor de edad- Como eran las 4 de la mañana, no los dejaron irse a sus casas porque ellos iban a ser denunciados por el Estado, éramos menores de edad, era un problemón.

Me encontraron, me regresaron y a raíz de eso me encontraba con una técnica, los otros no, siempre me respetaron y siguieron las normas, mantenían su distancia, pero esta tipa a veces tenía que tender mi cama porque yo estaba bien sedada y siempre me decía “Por qué te tenías que escapar en mi turno, yo tengo dos hijos por si acaso. Tu tío, tu mamá, un poco más y me come viva, nos han humillado. Te hemos buscado con la ambulancia por Chorrillos, por todas las playas, a quién mandan a buscar así, esto no es un hotel”. Y yo calladita la escuchaba. Estuve 15 días más en ese pabellón y luego me pasaron al otro.

Algo que me incomodó. No era conmigo, pero había un enfermero. Había una chica que era virola, su pareja la había golpeado y tenía una desviación en los ojos. Esta chica tenía 32 años, yo 15 y empecé a parar con ella. Me dejaba haciendo la guardia y se metía al tópicico para estar con ese enfermero, pero como él sabía que yo sabía de ellos, me sentía intimidada por él por la forma en que me miraba.

Una vez conseguí marihuana, una amiga que hacía terapia ambulatoria me la dejó (cuenta la anécdota). Después de fumar nos quedamos mirando el cielo, era hermoso, nos quedamos mirando el cielo sin hablar y de un momento a otro me di cuenta de que empezé a oscurecer. Cuando regreso, había dos técnicas y dos internas “las soplonas”, una venezolana, me levantó los lentes y dijo – a todo volumen- “asu, tus ojos, están reventadazos. ¡Qué buena! ¡Lo hiciste! ¡Fumaste! La tía (con la que había fumado marihuana) se pasó de largo. Vino la técnica y a las dos, toxicológico. La tía se negó, pero yo me sometí, fui y oriné, fui una estúpida. La tía me dijo “para qué orinas, eres una bruta, no te pueden obligar”. Eso fue un poco humillante para mí, esa técnica tenía mala fama, “de machona”, ese día me asusté un poco, ahora que lo pienso, no tenía mala intención, estaba haciendo su trabajo, pero no me gustó la manera porque me dijo “bájate el pantalón, quiero ver qué tienes ahí. Quitate la ropa”, alguna vez me han rebuscado los bolsillos, pero nunca me habían humillado. Yo le dije que no, cómo me iba a hacer eso. Pero me dijo “colabora, si no lo haces tú, lo hago yo”. Así que me bajé rapidito.

Testigo de maltratos a otros usuarios (internos)

Eso sí, eso un montón. Conmigo nunca se han metido, pero nos bañábamos a las 6 de la mañana y hace frío. Como las enfermeras quieren tener a todas bañadas puntualísimo para que venga el Doctor durante su ronda, para que las feliciten y vean que hacen bien su trabajo y les digan “qué linda esta enfermera”, algunas –como no había suficientes duchas- a las que estaban más medicadas, las agarraban y las ponían en medio porque había una canaleta (ducto para que discurra el agua) , las sentaban en una silla y con agua de caño fría y con el frío que hacía, con el cuerpo caliente, yo hubiera querido tener una cámara. Una vez vi que a una la agarraron entre dos y esta chica se tiró al piso y la samaquearon y la trataron feo, le decían “tú eres bien viva, a nosotros nos vas a hacer creer que estás enferma, tú te has ido de tu casa” y ella gritaba. Yo tenía miedo de que me hicieran eso porque yo también estaba sedada.

Después hubo otra chica, le aplicaron electroshock, hasta ahora usan eso. En EEUU ya está obsoleto. Había una gordita –nunca me voy a olvidar de ella- se llamaba Guadalupe. Tenía dos queloides en forma de pallar acá (señalando las sienes), parecía Frankenstein, cuántos electroshocks le habrán metido que le calcinaron esa parte.

Yo me acuerdo de que ella me contaba, luego del electroshock almorzaba toda zombi y me decía “es horrible, no me acuerdo qué me han hecho”. No se acordaba de nada.

Una vez estábamos en terapia laboral y vinieron en grupo a buscarla, lo hacían caleta (con disimulo), no delante de la gente. Se encerraban en un cuarto o ponían un biombo, pero yo era bien sapa y varias veces me gané viendo como lo hacían. Preguntaron por ella y no la habían visto, yo me escapaba porque había más pacientes que cuidar, ponían menos atención en mí que sí sabía dónde estaba caminando y me iba como al baño, pero en realidad fui a ver cómo hacían el electroshock, era muy curiosa y por curiosa vi cosas bien feas.

Se había metido a unos cuartos abandonados y no sé cómo, porque era bien gorda, se había metido debajo de la cama, ¿no sé cómo se habrá aplanado para entrar ahí y las enfermeras se reían y le decían “qué pasa? Si es un toquecito de corriente. Yo tenía 15 años y me dio pena, me puse a llorar porque me acordaba de lo que me contaba y ella suplicaba en el piso “por favor, no quiero corriente, no quiero que me quemem mi cara”. Ellas le dijeron “pasa de una vez, si no sabes que te vamos a amarrar” y la sacaron. Me botaron, pero yo pasaba como sonámbula, me fui porque era chocante. Después de media hora, estaba por los jardines porque quería distraerme –me chocó ver eso-, ella salió en silla de ruedas amarrada con una enfermera así (simulando inconsciencia y con la mandíbula descolgada). Yo sorprendida pregunté ¡Guadalupe!, ¡qué le han hecho! Y de lo más fría la enfermera me contestó “Nada, ahorita se despierta”. Guadalupe tenía los ojos hacia atrás solo se le veía la parte blanca, pero estaba roja. Una vez vino un psiquiatra practicante y yo le conté eso y me dijo “sí todavía se usa, eso es muy polémico. Yo también estoy en desacuerdo”.

Acceso a la Información

Sí, me decían que si creía en Dios me ayudaría. Era floro. Nunca te daban una fecha. (Imitando al médico) “Ya pronto Yohana, según tu progreso, tú saldrás lo antes posible” y la respuesta era siempre “dentro de un año”. Así te pasean.

¿Te dijeron por qué te estaban internando?

(Niega con la cabeza)

¿Fuiste voluntariamente?

Prácticamente me secuestraron de mi casa. Vinieron dos técnicos altazos. Recuerdo que regresé a mi casa, eran como las 9, yo tenía 15 años. Eran 2 técnicos y una enfermera. Estaba en el cuarto de mi mamá. Uno se me echó encima. Había tomado floripondio, la enfermera me agarró un brazo –fue la única vez que vi llorar a mi papá- Él estaba en la puerta del cuarto y yo lo miraba. Sentía que me asfixiaba, el que estaba encima y empecé a

gritar que me suelten. La enfermera, con una inyección, me dijo “Cuenta hasta 10, no te vas a dar cuenta, vas a hablar con el doctor y mañana regresas”. No me acuerdo más, dicen que me bajaron cargada. ¿Cómo me habrán metido al carro? Me llevaron y al día siguiente amanecí con mi charola al frente... Con mi charola y mi desayuno (ríe).

¿Quiénes tomaron la decisión?

Mis papás. No me pidieron ni permiso. Cuando eres mayor de edad puedes pedir tu alta, pero no es tan fácil. Una amiga la pidió cuando cumplió 18 años y empezó a ir a terapia ambulatoria.

¿Tú crees que ese internamiento influyó en tu recuperación?

No lo creo porque sacando mis conclusiones positivas a lo que me ha sucedido. En su momento influyó porque como estaba mocosa, conocía gente de mierda y tomaba malos ejemplos y mi mamá no se dio cuenta que, en lugar de hacerme un bien, me hizo mal. Por eso creo que un menor de edad no se le interna.

Yo no puedo probar esto, pero me parece que algunos laboratorios prueban sus medicinas en los hospitales del Estado y por determinado tiempo. (Menciona un medicamento) Qué pasó con X, está discontinuado. A mí me tenían bien sedada, se me caía la baba y no podía ni escribir porque me temblaban las manos. ¿por qué se me caía el pelo? ¿Por qué tengo los senos tan pequeños? Mis hermanas no son así. Mi mamá dice que es por la marihuana, pero no es por eso, yo he googleado.

Diagnóstico

Se equivocaron. Primero me dijeron que era falta de litio, después no, estaba bien de litio. Me cambiaron de diagnóstico y me dijeron que era bipolar. Estuve como bipolar hasta los 25 años, ese diagnóstico fue de un siquiatra infantil. Luego a los 23 o 24 hice una terapia con un sicoanalista, me hizo un psicoanálisis intenso, las terapias duraban una hora y eran de introspección, este doctor me dijo que era *border line*. Lo que no me gustaba era que me daban muchas pastillas. O sea, ¿Qué soy?

Ahora me dijeron que soy un caso especial, que he desafiado la ciencia. El doctor me dijo que jamás validaría esos diagnósticos, que lo que yo tenía era un déficit de capacidad para tomar decisiones debido al policonsumo de sus sustancias psicoactivas. Yo vi los diagnósticos F60.1 y F17.1, ya no me acuerdo. (Asocia este último diagnóstico a la necesidad de su mamá, de querer declararla interdicta, se describe en el aspecto personal).

Futuro

La paciente 1 tiene planes de ir a Tarapoto, su pareja actual tiene tierras allá. “Estoy pensando en hacer esto, quisiera sembrar porque he visto que la fruta, las verduras, esas cosas son botadas, no creo que sea tan difícil, hacer lo que hacen en el campo, o por lo menos administrarlo, quisiera hacer encurtidos. O sea, hacer encurtidos, venderlos por los mercados. Yo misma sembrar las verduras, los pimientos, pepinos, cosas que crecen allá, pero yo qué sé, lo único que conozco son las plantas de los pies (ríe)”.

4.2 Paciente 2

El paciente 2 vive en San Gabriel Alto, Villa María del Triunfo. Ha vivido ahí toda su vida, salvo por un pequeño periodo que vivió en la ciudad del Cusco. El paciente 2 vive con sus padres y sus hermanos, y en la actualidad su única actividad es en el negocio familiar.

El paciente 2 fue diagnosticado, hace muchos años, con esquizofrenia paranoide. Se le trató en base a ese diagnóstico durante muchos años, en centros hospitalarios psiquiátricos tradicionales. Sin embargo, a inicios del año 2021, cuando empezó a acudir al Centro de Salud Comunitario se reformuló su diagnóstico a Rasgos evitativos de la personalidad. En base a ese nuevo diagnóstico y nuevo el tratamiento para este, su vida cambió. Ahora el paciente 2 se siente bien, siente que tiene paciencia y tiene deseos de ayudar a las personas.

Los padres del paciente 2 son oriundos de Cuzco, pero viven en Lima desde antes que el paciente 2 naciera. Él nació y se crió en Lima, y pasó casi toda su niñez con ellos. Sin embargo, cuando cumplió 10 años, su madre lo llevó a visitar a sus abuelos en sus vacaciones de verano y lo “encargó” con ellos durante tres meses, con motivo de que mejorara un cuadro de asma por el que estaba pasando. En abril, cuando tenía que retomar clases en el colegio, volvió a Lima. A pesar de que no la pasó mal, durante esos tres meses el paciente 2 extrañaba a su familia y quería regresar. Finalmente, cuando volvió, sus padres y hermanos lo recibieron con mucho cariño y él se sintió dichoso.

El paciente 2 es el tercero de cuatro hermanos: tiene dos hermanos mayores y una hermana menor. Él siente que se lleva bien con ellos, aunque de niños percibió un trato diferenciado: sus padres siempre lo cuidaban más a él que a los demás. Sin embargo, aparentemente esto no supuso una ruptura entre ellos, hasta ahora viven juntos y no tienen mayores conflictos.

Es durante la etapa escolar del paciente 2 que se presentan los primeros síntomas de su condición. Él tenía un pequeño grupo de amigos, más hombres que mujeres, con los que

pasaba los recreos. Esto no impedía que sea buen alumno, al menos hasta segundo de secundaria, entrando a su adolescencia, cuando empezó a descuidar sus estudios. El paciente 2 refiere que a esa edad empezó a tener problemas con su visión (tiene miopía) y como no veía bien la pizarra, se distraía y empezaba a jugar. Para ese momento aún no habían diagnosticado su miopía y no usaba lentes. Por otro lado, recuerda que fue una época un poco triste para él, pues empezó a tartamudear, lo cual impedía que se pudiera comunicar adecuadamente y eso lo molestaba. A pesar de lo anterior, sus compañeros y profesores lo trataban bien, ya que sacaba buenas notas y participaba en eventos y concursos del colegio.

Por esas fechas, un punto de quiebre sucedió en una obra escolar: pusieron cámaras, y cuando le tocaba participar, no pudo desenvolverse bien porque sintió que no se comunicó de una manera adecuada. Desde ese momento, no puede estar frente a cámaras. Esto sucedió cuando el paciente 2 tenía 15 años, mientras cursaba el cuarto año de secundario. A partir de ese momento quiso ir al psicólogo, porque se sentía triste ya que no podía comunicarse bien debido a su tartamudez. Sin embargo, ya que en ese tiempo no era común asistir al psicólogo, existía un estigma y no era accesible, no lo hizo. Adicionalmente, a veces se sentía bien, se “olvidaba” que tenía un problema de tartamudez y no veía necesario buscar tratamiento. Por otra parte, empezó a trabajar en el negocio familiar de cabinas de internet con sus hermanos mayores.

Todo cambió poco tiempo después, en una fiesta con unos compañeros del colegio. Él recuerda que ese día no estaba tan animado para ir, pero los chicos lo llamaron y pasaron a buscarlo a su casa. Eran dos compañeros y algunas chicas que vivían cerca, pero él no las conocía. Relata que fueron todos juntos a la fiesta, algunos de los chicos usaban drogas, según lo que relata. Él los veía extraños. El paciente 2 comenta que en esos días él fumaba cigarros, compraba un par o una vez a la semana cuando iba a fiestas. Entonces, ese día decidió comprar cigarros. Recuerda que fue a comprar con uno de los chicos con los que había ido a la fiesta, y desde ese momento ya no recuerda mucho. Relata que fue a una señora que vendía, una “abuelita”. Sin embargo, en ese momento su relato se vuelve confuso. El paciente 2 relata que el amigo que lo acompañó pidió que le invite un poco del cigarro. Él se lo entregó y posteriormente empezaron a pasar el cigarro entre los 6 chicos que conformaban el grupo. El paciente 2 cuenta que él “fumaba como si fuese un cigarro” (dando a entender que no necesariamente estaban fumando un cigarro) y que, mientras fumaba, empezó a sentir una sensación extraña y, a retrospectiva, siente que en ese momento todo cambió.

Unas horas después, cuando volvió a su casa, se quedó en una esquina y sentía que su cuerpo no estuviera ahí, sólo sentía las cosas en su cabeza. Una vez entró a su casa, solo saludó rápidamente y fue a su dormitorio a dormir. Al día siguiente (era un lunes) se despertó de día y fue con su hermano a trabajar cerca a las 8 de la mañana. Es el trabajo, cuando se empieza a sentir extraño, como nervioso. Poco después tomó una taza de café que le ofreció una tía, y ahí ya empieza a sentirse mal. Saliendo del trabajo, empezó a caminar de regreso a su casa caminando con su hermano cuando empezó a llorar. Su hermano, al notarlo afligido, lo invita a comer algo. Sin embargo, todo ese tiempo, siguió llorando, no pudo comer nada. Su hermano, preocupado, le insistía que le cuente si tenía algún problema, pero el paciente 2 no decía nada, él mismo no sabía qué había pasado, pero “sospechaba que era de las drogas”. Posteriormente, llegan a casa y el paciente 2 relata que no podía dormir y cuando escuchaba el televisor, no lo escuchaba normal, escuchaba como si estuviesen hablando de él. Por este comportamiento, 3 días después su mamá lo llevó al psicólogo y en el psicólogo le dio una crisis nerviosa y taquicardia, y la psicóloga le dijo a su madre que lo llevara al Hospital Larco Herrera.

El paciente 2 recuerda claramente este primer encuentro con la atención psiquiátrica. Recuerda que lo llevaron al Hospital Larco Herrera, en donde le dieron unas pastillas. Sin embargo, le recomendaron a su padre que lo traslade a un hospital de EsSalud, ya que tenía seguro social. Así, nuevamente lo trasladaron a un hospital de EsSalud, pero nuevamente empezó con los síntomas que tuvo con la psicóloga: nerviosismo y taquicardia. Lo llevaron en una camilla a revisarlo, recuerda que le dieron “como con un martillo en las rodillas, unos golpecitos”, pero seguía mal, con lo cual deciden trasladarlo en ambulancia al Rebagliati. Llegó al Rebagliati y lo hospitalizaron dos semanas.

El paciente 2 refiere que esta primera vez internado como paciente psiquiátrico en el Hospital Rebagliati tuvo una buena experiencia. Sentía que lo atendían bien y que recuerda todo, a pesar de que él pensaba que estaba en “San Pedro” (refiriéndose a que pensaba que había muerto y que estaba en algún otro plano de existencia, ya que veía a todos vestidos de blanco). Mientras estuvo internado sintió una mejoría, y se sentía acompañado por los otros pacientes, otros niños y adolescentes, ya que los adultos estaban internados en otro sitio. Sus padres lo visitaban 2 veces al día, en la noche y luego en la mañana, mientras estuvo internado. Pasando las dos semanas, le dieron de alta y volvió al colegio.

Cuando le dieron de alta, le recetaron unas pastillas que debía tomar a diario, pero él refiere que no le gustaban, que cuando las tomaba se sentía como dormido. Siente que le chocó,

pero continuó tomando las pastillas porque se las habían recetado. Y así estuvo hasta que terminó de estudiar el colegio.

Posterior a la época de colegio, el paciente 2 empezó a estudiar Computación en un instituto. Lo que más le marcó de esta época, fue una corta relación que mantuvo con una compañera. Empezaron durante una fiesta y estuvieron juntos durante 1 mes. A pesar de que sabe que el tiempo que pasaron juntos fue muy corto y no compartieron demasiadas vivencias, llegó a tener fuertes sentimientos por ella. Refiere que cuando terminaron su relación ambos lloraron. Y, en su caso específico, se arrepiente de no haberle contado a esta chica que “estaba mal” (que tenía un trastorno psiquiátrico), ya que para él siempre fue algo difícil de asimilar.

Luego de esta relación, el paciente 2 no volvió a involucrarse con otras personas, simplemente tuvo algunos enamoramientos o gustos. No volvió a tener pareja ni logró formar una familia.

Cierto tiempo después, cuando el paciente 2 tenía 21 años, volvió a tener un episodio que requirió que lo hospitalizaran nuevamente. A este momento ya tenía alrededor de 6 años tomando pastillas, con las cuáles no se sentía bien, según sus propias palabras “no me permitían estar, pensar.” Así, un día, no pudo dormir toda la noche y sus padres lo llevaron al hospital Rebagliati nuevamente. Esta vez, apenas llegó dijo que ya quería que le den las pastillas. Los médicos replicaron que solo le darían la mitad, pero el paciente 2 no aceptó. Tuvieron un altercado por esto, a pesar de que el paciente 2 ya era mayor de edad y debería haber estado en la posibilidad de elegir su tratamiento, no se lo permitieron. Por este altercado, sintió que el personal que lo estaba atendiendo “se molestó”, él cree que se portó “mal” con este personal, y se sintió culpable, por lo que pensó que estaría mejor internado, como en su episodio anterior. Así, él acepta ser internado. Pero en el preciso momento que lo iban a internar, su mamá se puso a llorar, y él se sintió muy mal por ella, por lo que él también empieza a llorar. Por esto, lo abordaron 5 personas, le pusieron una inyección y se quedó dormido.

Este nuevo internamiento también duró 2 semanas, sin embargo, su experiencia fue completamente opuesta a la anterior. No le fue “bien”, ya lo trataban “normal” (normalizando el mal trato que se le da a los pacientes psiquiátricos adultos) porque era grande, dado que tenía 21 años. Era un paciente más. A pesar de que esta nueva crisis se había desatado por la incomodidad que sentía al tomar las pastillas que le habían prescrito años antes, al darle de alta le dieron un diagnóstico adicional de depresión, por lo que le prescribieron nuevamente pastillas, y con una nueva indicación hacia sus padres: que debía tomarlas de

por vida. Esto le afectó mucho anímicamente, pero a pesar de esto, intento seguir las indicaciones. Sin embargo, fue insostenible, estas nuevas pastillas para la depresión lo hacían sentir peor, sentía que ni podía moverse, por lo que tomó las pastillas por 2 años más y luego, las dejó.

Cuando dejó las pastillas, empezó a tener nuevos síntomas, como terribles pesadillas casi a diario. Él no le contó a nadie que había dejado la medicación, ni siquiera a sus padres. Sin embargo, poco tiempo después perdió el seguro que tenía y en el Hospital Rebagliati le informaron que no lo podrían seguir atendiendo. En ese momento, acuden con una psiquiatra de manera particular, a la que sí le contó que no estaba tomando las pastillas que le habían recetado hace algún tiempo. A pesar de esto, la doctora no le creía, ya que ella se basaba en lo relatado por sus padres (a quienes el paciente 2 mentía que seguía tomando las pastillas). Así, ella sigue con el tratamiento farmacológico, pero con una dosis reducida. Sin embargo, dado que el paciente 2 ya no tenía el seguro en donde le proveían las pastillas, sigue sin medicarse. Este periodo de varios meses en el que no estaba recibiendo medicación, sigue con pesadillas recurrentes casi a diario, lo cual lo motiva a buscar información en internet, intentando dar con alternativas para mejorar su estado de salud sin medicarse.

Es así como se encuentra con un grupo de personas con padecimientos similares que recomendaban tener una dieta sana. El paciente 2 se siente identificado ya que él reconoce que en ese momento no sabía mucho de la alimentación sana, y consumía mucha comida chatarra. Dentro de este grupo se empieza a sentir seguro y comprendido, ya que ve que muchos compañeros son personas mayores que sintieron mejoría al mejorar su alimentación. De esta manera, el paciente 2 empieza a alimentarse sanamente y esto lo hace sentirse mucho mejor en todos los ámbitos.

Debido a todo lo anterior, sumado a fuertes síntomas respiratorios que lo venían aquejando desde niño y que empeoraron, el paciente 2 no llegó a terminar sus estudios de computación, y continuó trabajando en las cabinas de internet de su familia. Ahí se desempeñaba atendiendo a los usuarios, los ayudaba con consultas sobre computación y ayuda a arreglar las computadoras. Sin embargo, debido a la pandemia tuvieron que suspender el servicio de internet y empezar a hacer servicios de impresiones, tipeos y arreglo de computadoras. Ha sido su único trabajo y ya lleva más de 15 años realizando esas labores, desde la época del colegio. Sin embargo, al paciente 2 le gusta su trabajo, trabaja con su familia, y si bien hay conflictos, como en toda familia, están juntos. Además, siente que su diagnóstico no le ha impedido ejercer este trabajo a lo largo del tiempo.

Paralelamente, el paciente 2 estuvo asistiendo al médico general para tratar los síntomas respiratorios por los cuales tuvo que dejar el instituto. Este médico, al hacerle su historio clínica, preguntó qué enfermedades tenía y le comentó su historial psiquiátrico. Este médico se interesó por su historia y le preguntó si le gustaría retomar el tratamiento. El paciente 2, a pesar de haber tenido malas experiencias, dijo que sí, pues quería mejorar y sentirse bien. Este médico le dio una referencia para el hospital María Auxiliadora. Al ir a su cita, el médico que lo atendió le dijo que le tenía que tratar con pastillas, lo cual fue realmente decepcionante para él, pues recordaba sus experiencias anteriores. El paciente 2 se niega al tratamiento farmacológico, y pensó que ahí acabaría todo. Sin embargo, este médico le dijo que conocía un sitio en donde lo podían tratar sin pastillas. Coincidentemente, este lugar quedaba muy cerca a su casa. Llegó al lugar, el cual era el Centro de Salud Mental Comunitario, y se atendió.

Su experiencia en el Centro de Salud Mental Comunitario fue algo muy distinto a su tratamiento anterior. El paciente 2 se sintió contento porque, por primera vez, tomaron en cuenta su opinión con respecto a su tratamiento. Él sabía que no quería tomar pastillas por los efectos que le causaban, pero al mismo tiempo se sentía culpable de mentirle a sus padres y de causarles tristeza. El médico que lo atendió en el Centro de Salud Mental Comunitario aceptó no tratarlo con pastillas, pero con el compromiso de retomar la medicación si su estado se deterioraba. Adicionalmente, le recomendó iniciar tratamiento psicológico.

Así, por primera vez desde que lo diagnosticaron, el tratamiento del paciente 2 no se basó en medicación. Incluso, le indicaron que, en caso de recaer, le prescribirían pastillas por uno a 3 meses, no “de por vida” como le habían indicado antes. Con este nuevo tratamiento, se empieza a sentir mucho mejor, con lo cual al cabo de unos meses se actualiza su diagnóstico con lo cual también se puede ajustar su tratamiento. Poco después, lo citaron para formar la Junta directiva de la Asociación de usuarios y familiares. Con ayuda de unos jóvenes psicólogos, se conformó la junta y se la inscribió legalmente en los registros públicos.

Con la llegada de las restricciones debido a la pandemia, el paciente 2 dejó de asistir presencialmente al Centro de Salud Mental Comunitario, pero piensa regresar. Él siente que las reuniones grupales con otros jóvenes lo ayudaron mucho para entender su diagnóstico y sentirse miembro de una comunidad. Asimismo, siente que compartir sus vivencias con este grupo lo ayuda a crecer como persona.

A pesar de todo lo que ha pasado, el paciente 2 no guarda rencores hacia su tiempo de tratamiento en EsSalud. Él asume que, cuando se internó voluntariamente la última vez, su

experiencia fue desagradable porque “no se portó bien”. En suma, tiene un recuerdo de que “sí eran buenos”. Sin embargo, está convencido que en el Centro de Salud Mental Comunitario lo han podido atender más personalmente y que esto lo ha ayudado en todos los ámbitos de su vida. En la actualidad, el paciente 2 siente esperanza en la vida, siente que puede lograr las metas que se proponga. Tiene confianza en su tratamiento y que estará bien. Con esta nueva confianza, ha aprendido a desenvolverse para ayudar a los demás por medio de la religión católica. Los tiempos en los que, por temor a las cámaras no pudo desenvolverse, han quedado atrás. Ahora el paciente 2 ve con otros ojos el futuro, y siente que este futuro es prometedor.



CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presentarán los hallazgos obtenidos de la investigación realizada.

5.1 Existen situaciones distintas con relación al ejercicio de capacidades y derechos entre los dos modelos de salud mental vigentes en el Perú

Como se ha explicado en los capítulos anteriores, en Perú coexisten dos modelos de atención de la salud mental, el primero es el institucionalizado o manicomial y, el segundo, es el modelo centrado en la comunidad. El primero aísla a los usuarios, los aleja de sus hogares y sus comunidades para recibir la atención y el otro se centra en la recuperación de la persona, por lo tanto, prioriza que la persona mantenga los lazos con su comunidad.

Lo que busca un proveedor de servicios de salud en cualquier afección de salud es su recuperación y bienestar de los usuarios, ese es el caso de los usuarios de los servicios de salud mental, además siendo la salud un derecho, la provisión de estos servicios debe garantizar el bienestar de las personas, sobre todo aquellas en condiciones de vulnerabilidad, el fin superior es el acompañamiento del usuario hacia su recuperación y su integración a la comunidad. Sin embargo, en el siguiente análisis se determinará cómo el abordaje de la atención de los usuarios es diferente en cada modelo e impacta en la recuperación, bienestar y desarrollo; ya sea, contribuyendo a la ansiada autonomía de personas que tienen una discapacidad psicosocial o relegándolo de la sociedad y del ejercicio de sus derechos y capacidades.

Las variables de análisis escogidas fueron la Identidad y autoestima de los usuarios, a través de la descripción del autorreconocimiento y autovaloración de los usuarios presentes en los relatos de sus historias de vida y la observación de las investigadoras. Otro aspecto importante es como el modelo contribuye o no a la visibilización e inclusión de los usuarios en la participación social y el aporte del modelo en promover este aspecto.

Asimismo, se consideró la conciencia de derechos ciudadanos de los usuarios de los servicios de salud mental, de qué manera ellos vieron respetados o vulnerados sus derechos durante la atención a su salud.

La cuarta variable está relacionada con la toma de decisión y autonomía, tomando en cuenta si pudieron o decidir sobre su tratamiento, recuperación y si este tratamiento contribuyó o no a su autonomía y si además devolvió a estas personas sobre el camino a seguir para cumplir sus metas a futuro, previas a recibir el tratamiento.

5.1.1 Identidad y autoestima de los usuarios (integralidad de la persona)

Esta variable se ha definido en dos niveles. Un primer nivel se define como la consciencia de uno mismo, del bienestar personal, el autocuidado y la confianza en sí mismo.

La autoestima es la visión más profunda que cada uno tiene de sí mismo, es la aceptación positiva de la propia identidad. La autoestima es la suma de la autoconfianza, del sentimiento de la propia competencia y del respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos. (Gil Martínez, 1997)

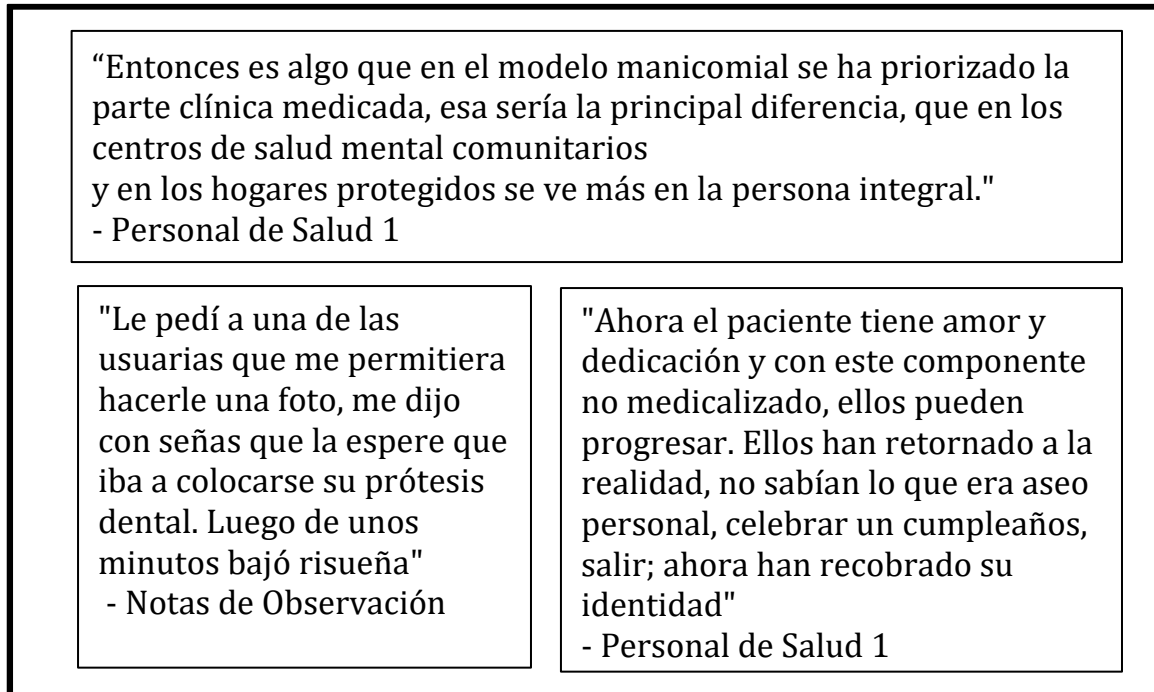
Las entrevistas al personal de salud dan cuenta de cómo los usuarios internados en los hospitales psiquiátricos eran huraños, no tenían preocupación por su aspecto personal, tampoco seguían normas sociales e incluso, eran violentos. Eso debido a que no tenían tratamiento, historias médicas y el personal tenía agresiones, por lo cual permanecían encerrados con rejas, esto impactaba en el deterioro de salud mental. Asimismo, el propio modelo intramural aparta a los usuarios de sus familias y de la vida en comunidad y les asigna una nueva comunidad privada de libertad. Durante la visita al hogar protegido “Santa Rosa” de Loreto, las usuarias de los servicios de salud habían sido trasladadas a raíz del cierre del Centro de Salud Mental de Iquitos y habían presentado una evolución en su recuperación. Y tomando en cuenta la variable de análisis daban señales de preocupación por su aspecto personal, por la limpieza de sus espacios y de los espacios comunes. También eran conscientes de que tenían una identidad, nombres, que vivían en hogar y que tenían espacios de intimidad o que compartían espacios con sus compañeras, también sabían que tenían vecinos y se relacionaban con ellos.

Al ver el Gráfico 4, el informante Personal de Salud 1, detalla la diferencia del enfoque de ambos modelos, el modelo manicomial que prioriza la parte clínica y el comunitario, visto desde los hogares protegidos como un modelo que prioriza a la persona. Asimismo, en esta misma gráfica, una segunda cita del mismo informante da cuenta de actividades cotidianas importantes para preservar la dignidad y el bienestar las personas, como son el aseo, las celebraciones que habían sido anuladas, la libertad de salir.

En los servicios de salud mental ha predominado el enfoque biomédico centrado, por un lado, en la enfermedad mental más que en la persona, y por el otro, en el hospital psiquiátrico más que en el sistema de salud general. Los hospitales psiquiátricos se convierten en asilos o albergues donde se confina a las personas con enfermedades mentales durante largos períodos, en la mayoría de los casos, contra su voluntad. (OPS/OMS, 2020)

La Organización Mundial de la Salud ha documentado ampliamente los servicios de salud de hospitales psiquiátricos en el mundo, según lo reportado por los propios países, muchas familias abandonan a las personas con afecciones mentales severas por no contar con recursos para su cuidado.

Gráfico 4. Citas del personal de salud con respecto a la identidad y autoestima de los usuarios, 2020



Fuente: Entrevistas a personal de salud y notas de observación. Elaboración propia

Un segundo nivel de esta variable se constituye en la relación del individuo con el entorno, con la comunidad, participación social, afectos y la realización efectiva de sus aspiraciones personales. De esta manera, su autoestima contribuye en la forma en la que se relaciona con la familia, parejas, amigos, colegas.

Según Alcántara (1993), es importante porque la autoestima positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud y la calidad de vida, que se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida; porque aumenta la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales al enfrentarnos a los problemas con una actitud de confianza personal; porque fomenta la autonomía personal, ya que al aumentar la confianza en nosotros mismos tenemos más capacidad de fijar nuestras propias metas; porque nos permite establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias.

El modelo del hospital psiquiátrico afecta la relación entre el individuo y su entorno, así como sus relaciones humanas. Las personas que están internadas en los hospitales

cortan el vínculo con la familia y es más fácil para ellos olvidarse o eludir su responsabilidad hacia la persona con discapacidad mental.

La Paciente 1, es una persona con un largo historial de consumo de sustancias, a la vez ella ha pasado por diferentes trastornos. Su familia la internó en hospitales psiquiátricos y centros de rehabilitación desde que era menor de edad, ella nunca se recuperó. Los internamientos por espacios prolongados de tiempo le hicieron interrumpir relaciones amorosas, vínculos familiares, trabajos, estudios, entre otras cosas.

En este testimonio, la paciente 1 cuenta como la relación con su mamá se quiebra: “Me quitó las llaves, me quitó, todo contacto, cambiaron el número de casa, cambiaron de casa, se mudaron lejos, me bloquearon de todas las redes sociales. A mi hermana ni siquiera la puedo ubicar con cualquier perfil, no está ubicable. Mi mamá habló con toda mi familia. Toda mi familia me comenzó a negar las cosas, me decían que hable con mi mamá”.

En otro momento, la paciente 1 habla sobre la relación entre depresión y autoestima y cómo funciona el soporte familiar en la recuperación. “Me estaba deprimiendo, tenía casi un año sin ver a mi hija, me estaba deprimiendo demasiado, me quería hasta suicidar. Pero cada vez que ocurría pensaba en ella. Últimamente también he estado teniendo pensamientos suicidas, de autoeliminación, pero me doy cuenta que es mi baja autoestima. Cuando tengo esos pensamientos al toque bloqueo, algo que mi psicóloga me enseñó. Bloqueo, piensa en algo que te de una motivación y digo, si yo me quiero suicidar, me detengo, voy caminando hasta el malecón, ahí me detengo a ver. No, tu hija mañana va a sufrir, no les estás dando un alivio, le estas dando un sufrimiento y ahí es cuando me detengo, pero así es la depresión pues”.

De otro lado, en entrevista al Personal de Salud 1, ella narra acerca del caso de una mujer que durante su internamiento en el hospital psiquiátrico pierde todo tipo de contacto con su pareja y sus hijos, además al no recibir tratamiento, los olvida. Es cuando empieza a recibir tratamiento, medicación y terapia que recuerda un teléfono y con ello, logra contactar a sus hijos, luego de un periodo de adaptación consigue el alta y vuelve a vivir con sus hijos, hasta que su pareja vuelve a buscarla al saber que estaba estable.

De acuerdo con lo anteriormente descrito, la experiencia de los usuarios del modelo manicomial no tuvo un enfoque de derechos ni de conservación de la dignidad de la persona. Como se mencionó en el Capítulo 2, los derechos humanos constituyen un reconocimiento solo por el hecho de existir como persona, independientemente de las aptitudes y desarrollo de estas. Sin embargo, en los casos mencionados, el usuario no es tratado con respeto, e incluso se le invisibiliza como persona, inclusive por su propia familia

y allegados, lo cual conlleva a que el mismo individuo se sienta desvalorizado, rechazado e incluso, con pensamientos suicidas. En ese sentido, es indispensable garantizar que los usuarios de los servicios de salud mental sean tratados dignamente, respetando sus derechos civiles, políticos y sociales en todo su tratamiento, tanto por sus familiares, entorno y personal de salud.

5.1.2 Visibilización e inclusión de los usuarios con discapacidades psicosociales

Esta variable analiza de qué manera el servicio de salud mental contribuye a la inclusión social y a facilitar el acceso de estas personas a otros beneficios ciudadanos que son parte de sus necesidades multidimensionales.

En el cuidado integral en la atención a la persona, usuarios y usuarias de los servicios de salud mental son reconocidos como personas con derechos y necesidades multidimensionales que forman parte de un sistema de relaciones políticas, económicas, sociales y culturales. El cuidado de la salud mental implica la identificación y atención de necesidades étnica y sexualmente diversas en salud mental de las personas a lo largo del curso de su vida (nacimiento, niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor), sean o se reconozcan como hombres o mujeres como parte de un entorno familiar y territorio determinado. (Baca, 2016)

Gráfico 5: Citas del personal de salud y notas de observación con respecto a la visibilización e inclusión de los usuarios, 2020



"Una de las mujeres que dibuja atiende también un pequeño negocio de venta de golosinas, gelatinas y marcianos en la puerta del hogar, su nombre es Perla y a simple vista no identificaría ningún tipo de señal acerca de su trastorno, solo es muy seria y tímida, pero eso no es un obstáculo para encargarse de las ventas"
Notas de Observación de Hogar Protegido Sta. Rosa

"La cuidadora de turno contó que había llevado a las usuarias que tenían DNI a votar. No todas las usuarias del servicio tienen documento de identidad, al ser personas en situación de abandono, algunas de ellas no recuerdan sus apellidos. Para obtener DNI deben tener partida de nacimiento o pueden obtener un nombre con la partida de bautismo, algunas de ellas optan por bautizarse para poder acceder al reconocimiento de su identidad por parte del Estado"
Notas de Observación de Hogar Protegido Sta. Rosa

"Yo sí creo que hay un gran apoyo una base en el acceso al servicio, a que sea equitativo el acceso, no solamente el acceso, si no el proceso de atención. Porque te comento que los usuarios con trastornos mentales crónicos o discapacidad mental son personas que son prácticamente invisibles, (...) viven 20 años menos y no mueren por una enfermedad mental sino por problemas crónicos. (...) Cuando hicimos un estudio, por ejemplo, de nuestros usuarios con problemas crónicos, nos dimos cuenta que (...) Ninguno de ellos estaba en el mapa del centro de salud. Si no tienen historia clínica, no existen",
Personal de Salud 2

"Por ahí es que la reforma viene, a traer un acercamiento, a traer equidad, porque aumenta el acceso a las personas a estos servicios (...) La reforma ha traído el acceso a las personas y más aún a las personas con bajo nivel económico."
Personal de Salud 3

Fuente: Entrevistas a personal de salud y notas de observación. Elaboración propia

Los hospitales psiquiátricos no contribuyen en la participación de la vida social para los usuarios atendidos por este servicio, sólo socializan con otros usuarios que también están internados y con el personal de salud, en un relacionamiento que es desigual en la mayoría de casos. Mientras que, en un hogar protegido, en algunos casos se han hecho esfuerzos porque tengan una identidad, al haber sido personas que estaban en estado de abandono, algunas no tenían documentos y no recordaban quiénes eran, gracias al esfuerzo del personal de salud, algunas consiguen tener DNI, inclusive, a través del bautismo, como se ve en las notas de observación del Gráfico 5. Es muy importante contar con identificación

para acceder a otro tipo de servicios como Seguro Integral de Salud, subvenciones, entre otros. En este caso, se respeta el derecho a la identidad que debemos tener todas las personas, sin condicionamiento del estado de salud mental del ciudadano. Y el usuario, al saberse parte de una sociedad, aumenta su autoestima.

Asimismo, las y los usuarios pueden ejercer el derecho al voto, realizar actividades que generen ingresos, establecer un vínculo con la comunidad, dependiendo del contexto participar en Mingas o trabajo comunitarios, entre otros. En el caso del servicio brindado para personas en situación de abandono.

También en el Gráfico 5, se hace evidente con los testimonios del personal de salud, cómo los usuarios de los servicios de salud mental no tienen un seguimiento de su estado de salud, con lo cual, su derecho a la salud también se ve afectado, según el propio testimonio tienen menos esperanza de vida y no son reconocidos por el sistema de salud, a través de una historia clínica. Lamentablemente, el modelo manicomial no valora la autonomía de las personas con problemas de salud mental, las cree incapaces de tomar decisiones de sus tratamientos y que deben simplemente acatar las órdenes médicas del personal de salud. Como se presentará más adelante, existen testimonios en donde los pacientes internados son tratados sin ningún respeto ni consideración, y probablemente esto se deba a la deshumanización que se viene produciendo hacia los pacientes mentales, en parte por el aislamiento social que sufren al no formar parte de la comunidad. Esto se analizará más a fondo más adelante.

5.1.3 Conciencia de derechos ciudadanos de los usuarios

Para esta variable se ha tomado en cuenta la consciencia de los usuarios sobre el ejercicio de sus derechos o la vulneración de estos. Las personas que padecen trastornos o condiciones psicosociales son particularmente vulnerables a ver sus derechos vulnerados por sus familias, por la escuela, la sociedad, sus parejas, los servicios de salud y otros servicios del Estado que les son ajenos.

Es por ello que desde los años 60 existe todo un cambio y reconocimiento sobre la necesidad de proteger los derechos de esta población. Algunos importantes compromisos adoptados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas son, la Declaración de Alma Ata (1978) durante la Asamblea Mundial de la Salud, la Declaración Caracas (1990), los Estándares internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental, el Informe mundial de la salud OMS (2001), la Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad (NNUU, 2006), Resoluciones Consejo Directivo OPS (2009,

2010 y 2011) y el Consenso de Panamá: “2010-2020 la década sin manicomios en Latinoamérica”. Todos estos compromisos apuntan a una reforma de la Salud centrada en las personas, culturalmente pertinente y con enfoque en la comunidad, la salud mental es considerada en esta reforma.

De otro lado, la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad señala en su artículo 9 que “El derecho de las personas con discapacidad a elegir dónde y con quién vivir, a hacerlo de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad”.

El país tiene aún una convivencia de ambos modelos, aún no da el salto hacia el cierre de los hospitales psiquiátricos y el cambio total del modelo de atención. Es por ello que los testimonios dan cuenta de cómo el modelo manicomial vulnera los derechos de los usuarios, quiebra con la vida extramural, los aleja de la familia y rompe con sus relaciones, ocupaciones, hobbies, lo que imposibilita el bienestar integral de una persona.

Los usuarios reconocen que han visto afectada su dignidad, intimidad, derecho a la información y sin mecanismos de protección. Reconocen haber sido víctimas de abusos físicos, sexuales, mentales o haber sido testigos de estos. El modelo de salud mental comunitario tiene grietas, pero es perfectible, con la migración de los usuarios a estos nuevos servicios y la apertura de los canales de participación, el modelo de salud mental con enfoque comunitario irá incorporando los deseos de los usuarios.

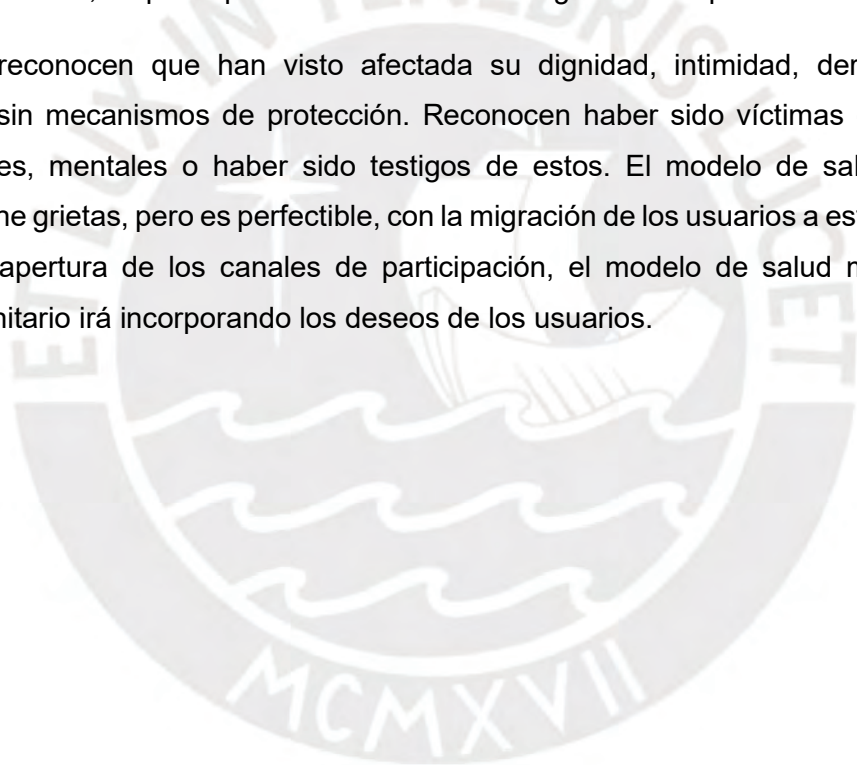
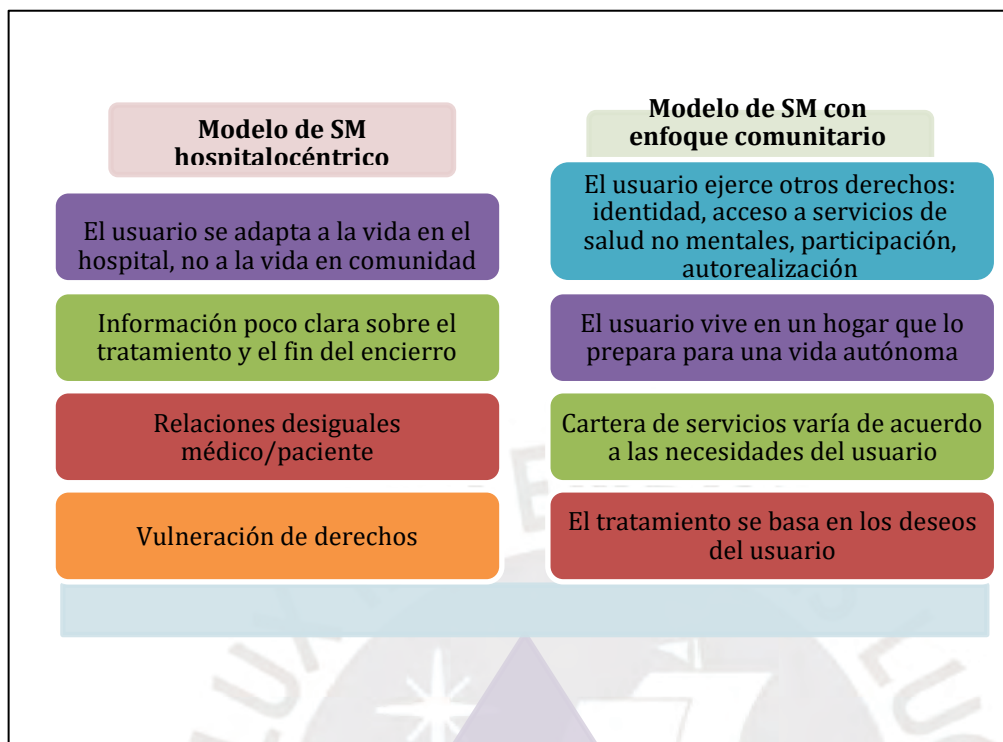


Gráfico 6: Comparación de los modelos con respecto a la conciencia de derechos, 2020



Elaboración propia

En general, el manicomio se caracteriza por la ausencia de tratamientos eficaces, por la segregación, por pésimas condiciones de vida, por la falta de recursos y por la masificación, entre otras particularidades. Este conjunto de condiciones tiene consecuencias muy negativas sobre los internos, que sufren un deterioro clínico y social, despersonalización y marginación. Además, el contexto del manicomio contribuye a aumentar el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales. (OPS/OMS, 2020)

Recogiendo las últimas líneas de esta cita, los usuarios están segregados, muchas veces fuera de la ciudad con grandes muros, mientras que los hogares, los centros de salud mental comunitarios y los hospitales son espacios ubicados al interior de las comunidades que no segregan, ni marginan a las personas.

El testimonio del Personal de Salud en la gráfica 7 menciona el Informe Defensorial que realiza una supervisión de los hospitales psiquiátricos y que encuentra a una persona recluida en un hospital durante 60 años, es evidente que esa reclusión no forma parte de un tratamiento que conduzca a una recuperación.

Tratamientos obsoletos y sin evidencias concretas de efectividad, falta de tratamientos, de historias médicas y encierro, vulneración de derechos e impunidad es lo que se evidencia en los testimonios del personal de salud.

Gráfico 7: Citas del personal de salud con respecto a la conciencia de derechos, 2020

"Cuando llegué al hospital psiquiátrico encontré una situación lamentable, no solo tenían la afectación mental si no también daño físico, tenían desnutrición, anemia, miasis (enfermedad parasitaria), tuberculosis, las camas no tenían colchones, no se contaban con historias clínicas, la realidad actual es diferente"

Personal de Salud 1

"Hay un informe que salió de Defensoría del Pueblo en 2018. En este informe (...) se habla ya de un centro comunitario y desechan el manicomio, y "levantarse" varias partes de los manicomios porque, de partida, no respetan los derechos de la persona. Porque dice que hay 600 personas en un manicomio y la persona con mayor tiempo lleva 60 años y ese dato ya es aterrador. Lógicamente si se autoriza la existencia de los hospitales comunitarios es porque el encierro no es productivo, nadie ha demostrado que encerrar a la gente va a hacer que mejore"

Personal de Salud 2

"Cuando estaban en el hospital no teníamos una correcta medicación psiquiátrica, estaban en un abandono total. No tenían consultas psiquiátricas, no tenían medicación adecuada, se la pasaban encerrados con rejas"

Personal de Salud 1

"Me puse a llorar porque me acordaba de lo que me contaba y ella suplicaba en el piso "por favor, no quiero corriente, no quiero que me quemen mi cara". Ellas le dijeron "pasa de una vez, si no sabes que te vamos a amarrar" y la sacaron. Me botaron pero yo pasaba como sonámbula, me fui porque era chocante. Después de media hora, estaba por los jardines porque quería distraerme –me chocó ver eso-, ella salió en silla de ruedas amarrada con una enfermera así (simulando inconsciencia y con la mandíbula descolgada). Yo sorprendida pregunté ¡Guadalupe, qué le han hecho! Y de lo más fría la enfermera me contestó "Nada, ahorita se despierta". Guadalupe tenía los ojos hacia atrás solo se le veía la parte blanca, pero estaba roja"

Paciente 1

Elaboración propia

Cuál es la interpretación de estos hallazgos, analizar a la luz de las teorías que colocan en su marco conceptual.

5.1.4 Fomento de la toma de decisiones y autonomía de los usuarios, tanto en su tratamiento como en el día a día

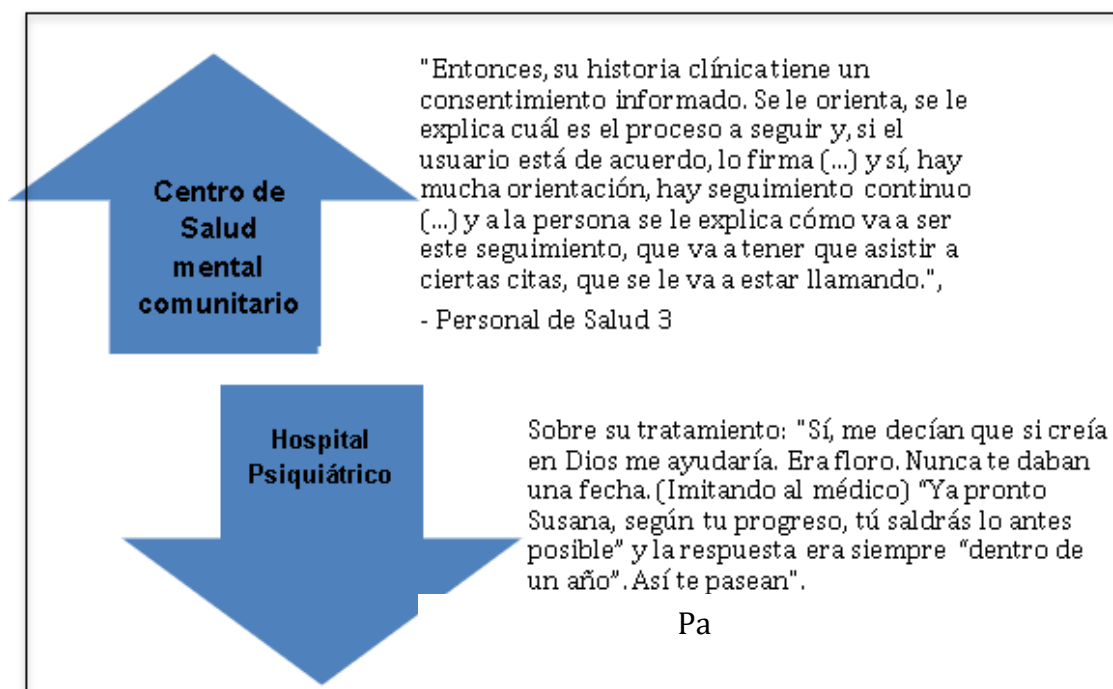
La historia del paciente del modelo comunitario y las entrevistas al personal de salud dan cuenta de que los usuarios proyectan decisiones para su futuro y los usuarios de hogares protegidos que están siguiendo tratamientos ambulatorios y desarrollan vida autónoma dan cuenta del éxito del nuevo modelo. Tal como señala Baca y Cutipé en Análisis del Modelo de SMC en el Perú “La normalización de la vida cotidiana se fundamenta en la recuperación funcional de las personas con trastornos mentales graves-severos a fin de que puedan acceder a todas las oportunidades de desarrollo e inclusión social que cualquier ciudadano puede tener. El límite de esta normalización de la vida cotidiana lo colocan los mismos usuarios-as, no los prestadores de servicios, quienes más bien tienen la responsabilidad de buscar el más alto grado de bienestar y desarrollo posible para las personas que padecen estos trastornos mentales”. (Baca & Cutipé, 2017, página 14)

El modelo comunitario promueve que los usuarios desarrollen autonomía y autovalimiento personal desde la cotidianidad de su vida, su cuidado, aseo, desplazamientos, tareas en el hogar. Como señalan Castillo y Cutipé en IMPLEMENTACIÓN, RESULTADOS INICIALES Y SOSTENIBILIDAD DE LA REFORMA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ, 2013-2018 “Estas nuevas formas de atender los problemas de salud mental reducen el estigma, empoderan a los usuarios, reducen el riesgo de abuso de poder y restablecen la confianza entre las personas, constituyéndose en un mecanismo privilegiado de creación de capital humano y social, y democratización del saber en salud mental”. (Castillo & Cutipé, 2019, página 5)

Tanto en las historias de vida como en las entrevistas al personal y en la observación se constata que el modelo comunitario desarrolla la autonomía en la toma de decisiones. En las 2 historias de vida los usuarios manifestaron que ahora se sienten en la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento.

La historia de vida y las entrevistas del personal de salud evidencian que el modelo manicomial impide la reinserción social de los pacientes al cortar todos los vínculos sociales. Además de promover una adaptación al modelo manicomial: lecturas especiales, actividades especiales, dieta especial, entre otros.

Gráfico 8: Citas del personal de salud con respecto a la toma de decisiones de los usuarios, 2020



Fuente: Entrevistas a personal de salud. Elaboración propia

En la gráfica 8, ambos testimonios dan cuenta de la diferencia entre aplicar de manera rigurosa el consentimiento informado en el modelo comunitario centrado en el paciente y cómo se vulnera este derecho a la información en el modelo manicomial.

5.2 Ambos modelos tienen un enfoque diferente, que incluye el acceso de la población al servicio, así como la participación de la comunidad y las familias en la recuperación de los usuarios.

Al analizar los factores que intervienen en mejorar la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud mental, el enfoque para con la comunidad de cada modelo destacó como uno de los diferenciales para el éxito o fracaso de este tipo de intervención. Si bien cada modelo tiene un enfoque particular con respecto a la participación de la comunidad y de las familias en la recuperación de los usuarios, así como el involucramiento de los usuarios en la comunidad mientras se recibe el tratamiento, se analizó la percepción de los involucrados en estos diferentes enfoques con la comunidad.

En primer lugar, se recogió la percepción del personal de salud que trabaja día a día con los usuarios. Adicionalmente, se recogió la percepción de los usuarios con respecto a este punto. Al haber pasado por tratamientos (e internamientos) en ambos modelos: modelo

manicomial y modelo comunitario, han podido experimentar ambos enfoques, así como sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Estas percepciones se complementaron con las observaciones realizadas, así como con la revisión documental.

Para realizar un análisis más exhaustivo, este hallazgo se ha dividido en 2 variables: Vínculo del usuario con la comunidad y su entorno familiar, y Nivel de articulación con instituciones estatales y de la sociedad civil. Se ha realizado de esta manera, ya que la participación comunitaria implica al entorno más cercano (comunidad y familia), pero también a las instituciones que existen en la localidad. Y el nivel de articulación que existe entre estas organizaciones puede tener efectos el desarrollo del usuario como una persona integral.

5.2.1 Vínculo del usuario con la comunidad y su entorno familiar

Tal como señala la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, uno de los fines de estos centros es contribuir a mejorar la salud mental y calidad de vida de los usuarios con trastornos y problemas psicosociales, pero también de su familia y de su comunidad. En ese sentido, se podría inferir que estos últimos juegan un papel preponderante en la intervención que se realiza desde los CSMC.

De esta manera, en las entrevistas con el personal de salud se evidenció este punto, tal como se muestra en el Gráfico 9. En el modelo manicomial se observó mucho abandono de los pacientes por parte de sus familias, mientras que en el modelo comunitario se fomenta la convivencia con el entorno y la comunidad, haciendo más rápida la evolución del paciente, lo cual se pudo corroborar en la revisión documental. En la Disposición Operativa “F” de la norma técnica de CSMC, se dispone que la Promoción de la Salud Mental considera fundamental la participación de la comunidad “incluyendo a la familia, la escuela, el centro de trabajo y todo ámbito donde la persona se desenvuelve”. (Organización Panamericana de la Salud, 2017) Miranda (2008) también señala que la participación de las familias y otros agentes comunitarios en los tratamientos “es uno de los más importantes criterios orientadores de la atención de salud mental en contextos de salud pública.” (Cea Madrid, 2015)

A pesar de lo anteriormente mencionado, el trabajo de campo evidenció que el modelo manicomial no involucra a los usuarios con su familia, incluso impide el apego adecuado entre los mismos, lo cual afecta negativamente a los usuarios, cuyos efectos van desde la falta de soporte de la familia en su recuperación, hasta el abandono del usuario en los hospitales psiquiátricos por parte de sus familiares directos. Esto es debido al modelo de

gestión de los hospitales manicomiales, en donde no se considera a la familia como parte integral del tratamiento. Cuando los usuarios son ingresados a los hospitales psiquiátricos, por lo general es por un tiempo indeterminado, lo cual debilita el vínculo entre el usuario y su familia.

En el siguiente gráfico se pueden apreciar los comentarios del personal de salud con respecto a este punto.

Gráfico 9. Citas del personal de salud con respecto al involucramiento de las familias en el tratamiento de los usuarios de salud mental, 2020

““”

Testimonios del personal de salud

“Lo otro es que hay pacientes que tienen familia, la familia se quiere desligar por temor y muchas veces los abandonan, es una dificultad y habría que trabajar con las familias”

- Personal de Salud 1, sobre el modelo manicomial

“El centro de salud mental comunitario es un centro de consulta externa, justamente para que puedan convivir en la comunidad, en comparación con el modelo manicomial que sí era internado”

- Personal de Salud 2, sobre el modelo comunitario

“La familia tiene que participar de la rehabilitación, a ellos no les puede faltar la parte afectiva, si tienen a la familia, la recuperación es veloz. Este modelo facilita el trabajo con la familia y eso contribuye a la rehabilitación”

- Personal de Salud 1, sobre el modelo comunitario

Fuente: Entrevistas a personal de salud. Elaboración propia

De acuerdo con el informe Defensorial 180, se pudo determinar, por ejemplo, que “la causa de abandono de tratamiento (en el Hospital Rebagliati) se debe, principalmente, a la carencia de apoyo familiar, la poca conciencia sobre su condición y la estigmatización que reciben como personas usuarias de salud mental.” (Defensoría del Pueblo, 2018, página 88) Adicionalmente, según el mismo informe, en el año 2018 existían 124 personas internadas en el Hospital Larco Herrera sin soporte familiar. (Defensoría del Pueblo, 2018, página 118)

En el modelo comunitario, por el contrario, se fomenta la convivencia del usuario con su entorno y su comunidad, tanto social como laboralmente. Este enfoque es más beneficioso para la recuperación de los usuarios, incluso para “personas que, en situación de abandono a razón de enfermedades mentales, al acceder al tratamiento y cuidado continuo en su comunidad se han liberado de los síntomas y han recuperado su vida familiar y social. Personas que al dejar el internamiento y pasar a hogares protegidos se han rehabilitado rápidamente en términos mentales y sociales.” (Castillo-Martell & Cutipé-Cárdenas, 2018, página 4)

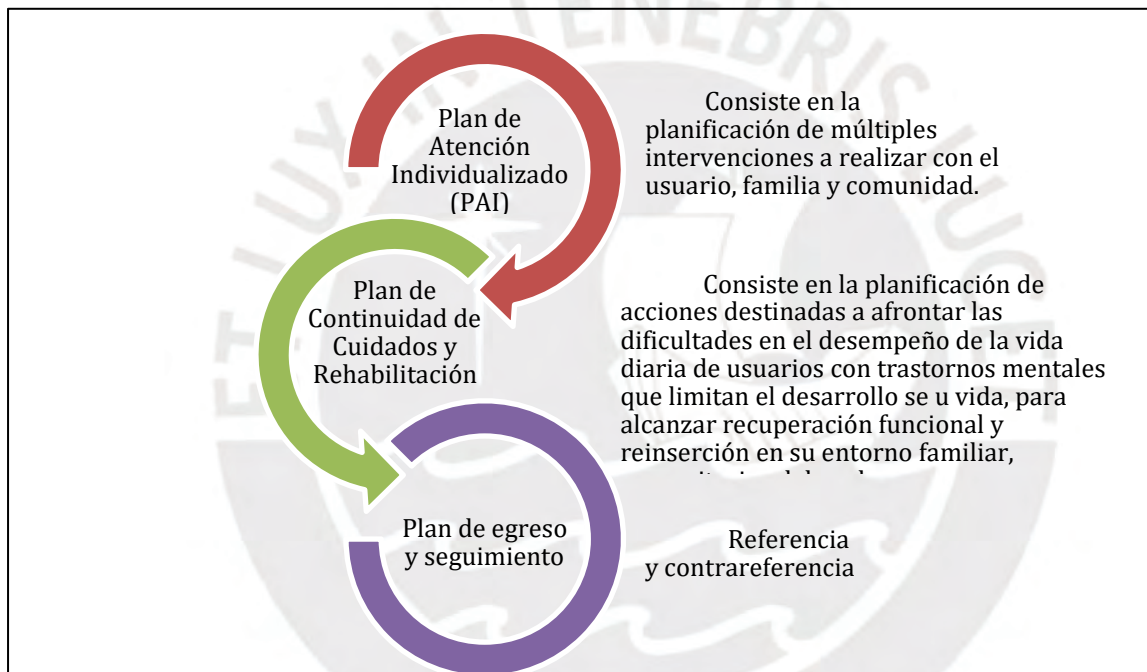
Tal como se señala en el marco conceptual anteriormente analizado, el centro de salud mental comunitario es un paradigma que rompe con el anterior, de manera que un entorno comunitario facilite la rehabilitación de los usuarios. Esto se logra mediante la interacción con vecinos y compartiendo responsabilidades, lo que permitirá una convivencia más armónica. Asimismo, lo “comunitario” no solo se refiere a que los tratamientos sean ambulatorios y desinstitucionalizados, sino que implica crear espacios colectivos y estrategias que fomenten la autonomía y participación de los usuarios y otros actores. En ese sentido, en los casos observados, sí se observa que se cumple este nuevo paradigma.

Se puede señalar el caso del paciente 2, quien ya había pasado algunos internamientos, y tras largos años de tratamientos, no había logrado alcanzar un nivel de bienestar adecuado para sentirse realizado. Esto se puede vincular con la dignidad inherente a todas las personas, independientemente de sus aptitudes o desarrollo. En este caso, el paciente 2 no sentía haber cumplido con su potencial, sentía malestar por haber abandonado sus estudios y no haber logrado una relación de pareja a largo plazo, lo cual impedía, en sí mismo, un mayor desarrollo a nivel psicosocial. Sin embargo, al sentirse involucrado en una comunidad, el paciente 2 pudo descubrir que podía seguir desarrollándose, a pesar de su historia: “Él siente que las reuniones grupales con otros jóvenes lo ayudaron mucho para entender su diagnóstico y sentirse miembro de una comunidad. Asimismo, siente que compartir sus vivencias con este grupo lo ayuda a crecer como persona.” (Historia de vida del paciente 2, 2020).

De esta manera, se puede inferir que, los usuarios que en la actualidad se encuentran institucionalizados de una manera manicomial, a pesar de que puedan haber pasado largo tiempo en este tipo de tratamiento, no podrían haber logrado las capacidades necesarias para reincorporarse a una vida en comunidad, dado que no se estaría fomentado una autosuficiencia adecuada para que estos usuarios puedan ser independientes, ni emocional ni financieramente.

En ese sentido, dentro de la Norma Técnica de Centros de Salud Mental Comunitarios, se considera a la familia y a la comunidad dentro del plan de tratamiento, rehabilitación y recuperación de los usuarios. En el Gráfico N°10 se puede observar los componentes considerados según cada etapa de atención. En la etapa de PAI (Plan de Atención Individualizada) se considera a la familia y a la comunidad dentro de las intervenciones a realizarse; y en la etapa de Plan de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación (que se realiza en personas que no cuentan con apoyo familiar) se realizan acciones para la reinserción al entorno familiar, comunitario y laboral. Finalmente, en el Plan de Egreso y Seguimiento se realiza las referencias necesarias, habiéndose cimentado el apoyo familiar y comunitario.

Gráfico 10. Integración de la familia y comunidad en los CSMC



Fuente: Norma Técnica de Centros de Salud Mental Comunitarios, 2017. Elaboración Propia.

Ahora bien, la etapa del PAI involucra un equipo multidisciplinario y la participación activa del usuario para poder realizar el plan terapéutico. Aquí se planifican múltiples intervenciones a realizarse con el usuario, la familia y la comunidad. De la misma manera, debe asegurarse la continuidad de cuidados y tratamiento especializado indicado (manejo ambulatorio, internamiento breve, hospital de día, rehabilitación, etc.) (NT de Centros de Salud Mental Comunitarios, 2017). En ese sentido, para que esta primera etapa sea exitosa, se requieren por lo menos de 2 condiciones:

El abastecimiento adecuado del personal de salud en los centros.

El compromiso, tanto del usuario como de su entorno, para el mantenimiento de las condiciones y tratamientos adecuado.

Lamentablemente, es poco probable que ambas condiciones se cumplan en la mayoría de los casos. En el primer caso, más adelante se expondrá la falta de recursos, en especial de personal especializado y capacitado en este tipo de intervenciones, por lo que no sería posible tener todo este equipo para todos los casos existentes. En el segundo caso, como ya se expuso en el punto anterior y este punto, muchas familias no han sido concientizadas el papel fundamental que juegan en la recuperación de sus seres queridos, así como la existencia de prejuicios hacia las enfermedades mentales, que no garantizan un compromiso adecuado en la mayor cantidad de casos.

El cumplimiento de la segunda etapa, Plan de continuidad de cuidados y rehabilitación, se hace aún más dificultosa por lo antes mencionado, ya que básicamente se requeriría un personal de salud por cada usuario, y la cantidad de tiempo que este personal invertiría con el usuario limitan la cobertura de la atención a un número pequeño de casos.

Finalmente, para llegar al Plan de egreso y seguimiento y Referencia y contra referencia, los 2 pasos anteriores deberán ser exitosos, por lo que se presume que a este punto llegarán contados casos, que serían adecuados para garantizar la eficiencia del modelo.

De esta manera, según lo registrado por García López (2004) en su experiencia en CSMC en Chile,

La interacción e intersección de conocimientos de los distintos profesionales y disciplinas para realizar una labor, facilitó y produjo un nuevo saber y una nueva visión compartida. (una nueva realidad). El reto de la colaboración permitió la corresponsabilidad entre profesionales, paciente y familia. Colaboración en la que no se precisaba estar en un mismo equipo, ni depender de una misma institución. Pero sí asumir que el vínculo entre los equipos es de complementariedad, evitando actitudes de omnipotencia. Es cierto que hay que asumir identidades profesionales diferentes y mandatos institucionales diferentes, pero esto no debe limitar a la hora de analizar y responder a demandas que, por su complejidad, cuestionan las respuestas técnicas rutinarias. (García López, 2004)

5.2.2 Nivel de articulación con instituciones estatales y de la sociedad civil

Como se ha señalado anteriormente, el modelo comunitario incluye estrategias de rehabilitación orientadas a la integración social del usuario que sea lo más próxima a su realidad social, cultural y de territorio de vida posible. (Ardila & Galende, 2011). En ese sentido, es necesario que estos usuarios puedan desenvolverse adecuadamente dentro de las instituciones y organizaciones comunitarias, accediendo a los diversos servicios públicos que existen.

Para esto, es necesario que exista una articulación entre los servicios de salud mental y otras organizaciones gubernamentales de la sociedad civil que permita que los usuarios accedan a estos servicios de manera indiferenciada de otros miembros de la sociedad. Como señala Del Cueto (2014) los nuevos modelos comunitarios exigen una reinvención de las prácticas y que se ponga en el centro del debate lo común por medio de la intervención la política como un punto de encuentro de los intereses particulares con los intereses comunitarios. (del Cueto, 2014)

De esta manera, en la presente variable se investigó sobre el nivel de articulación entre cada modelo con instituciones estatales y de la sociedad civil dentro del territorio en el que se encuentran, de manera que los usuarios a los servicios de salud puedan verse beneficiados con este vínculo mediante el acceso de servicios con dichas organizaciones.

Dentro de la revisión de la literatura, Castillo y Cutipé resaltan el trabajo de los gestores para lograr el involucramiento de las organizaciones:

"Para ello los gestores movilizaron fuentes de financiamiento complementarias e implementaron mecanismos creativos de uso de recursos y alianzas con otras instituciones que incluían la dación en uso de locales como ocurrió con la Municipalidad de Carabayllo en Lima y en otras regiones del país. La medida tuvo tanta acogida que en ese año se implementaron el 100% de los CSMC propuestos." (Castillo-Martell & Cutipé-Cárdenas, 2018)

Bajo este marco, dentro de la investigación propiamente dicha, se encontró que el modelo comunitario promueve el trabajo articulado con otras instituciones del Estado, especialmente con el Primer Nivel de Atención (PNA) en salud, las municipalidades y otras instituciones comunales dentro de su distrito de residencia. Sin embargo, el nivel de articulación es incipiente.

Como señala un personal de salud entrevistado:

"La reforma ha traído el acceso a las personas y más aún a las personas con bajo nivel económico, porque todos nuestros pacientes son SIS, entonces el problema está en que el

servicio se lo brindamos también a EsSalud, claro nosotros igual por la misma temática de la región los atendemos porque nosotros no podemos negar a nada, pero ahí se hace visible la contradicción de que sea sólo una estrategia del Ministerio de Salud. No tiene como nosotros las Fuerzas Armadas, ni la Policía tiene eso, es lamentable esto. No hay una rectoría.” (Entrevista a personal de salud, 2020)

En ese sentido, a pesar de que existe un ente rector que involucra todos los sistemas de seguridad social para la atención de la salud mental de la comunidad, la gestión es ineficiente, al punto de hacer que la distribución sea dispareja y no se puedan llegar a cumplir los objetivos de atención designados (se superan por mucho ya que llegan usuarios que incluso no están dentro de la unidad geográfica del centro). Así, la calidad de la atención decae por esta falta de integración y coordinación, es decir, por la incipiente articulación existente entre las diferentes instituciones estatales que brindan el mismo servicio.

Según el Informe Defensorial 180, esto impacta el componente comunitario del modelo (trabajo con familias, comunidad y organizaciones de la sociedad civil). (Defensoría del Pueblo, 2018) Al no existir una coordinación adecuada, los CSMC exceden la capacidad de servicio con la que cuentan, lo cual se podría evitar si los mecanismos de referencia y contrareferencia funcionasen adecuadamente. En el siguiente gráfico se consignan algunas de estas evidencias.

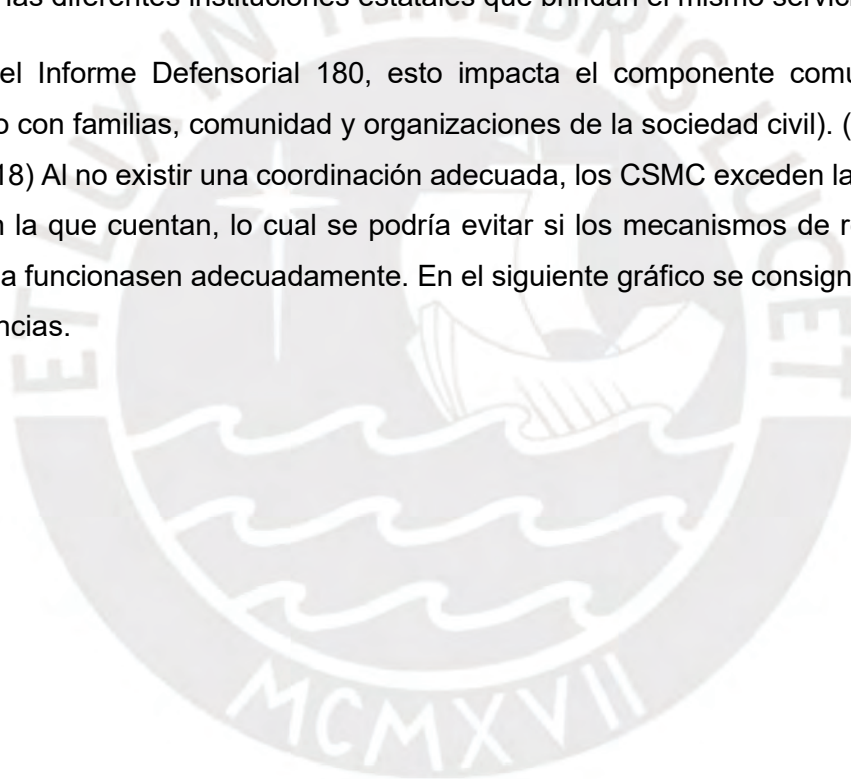
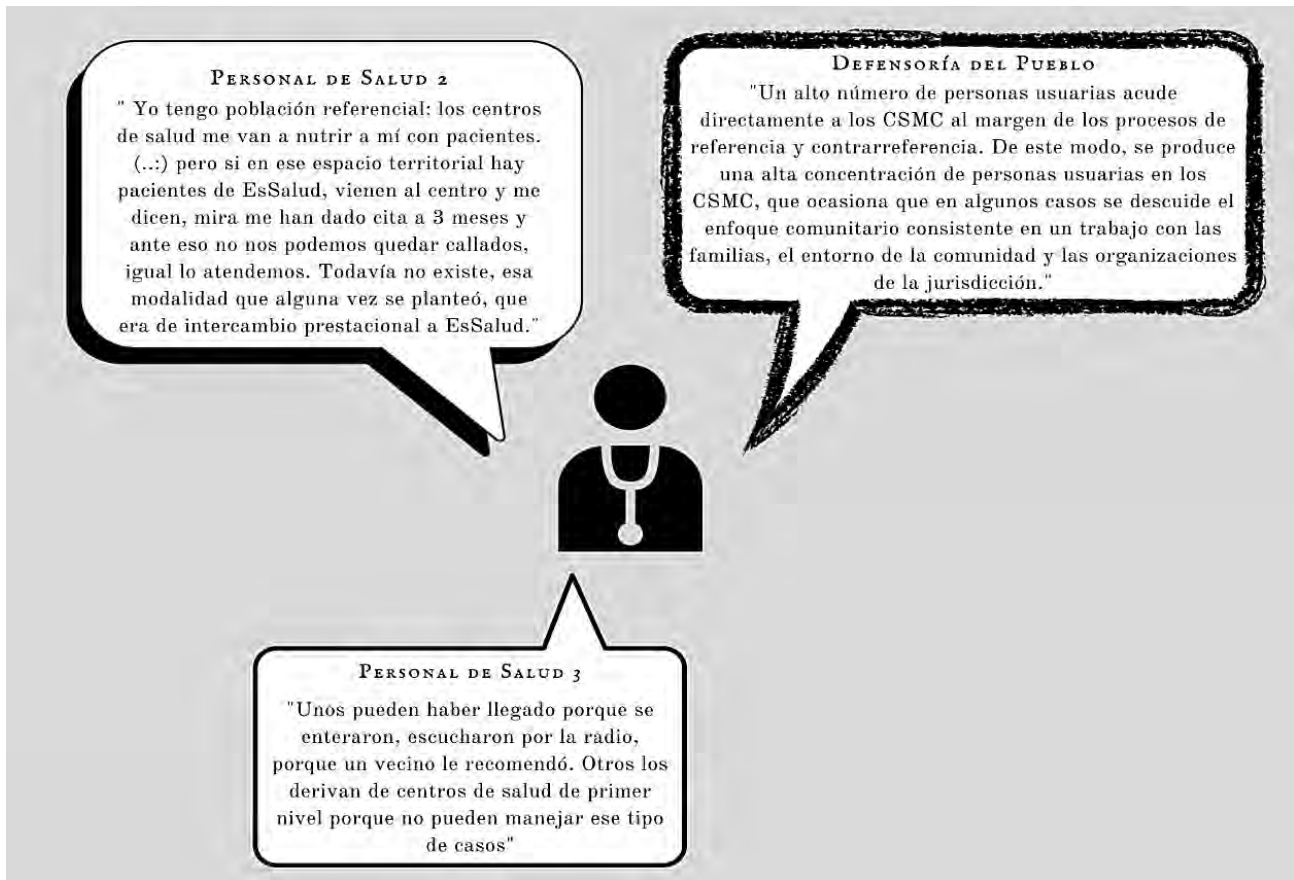


Gráfico 11: Evidencias del nivel de articulación entre los CSMC y el PNA

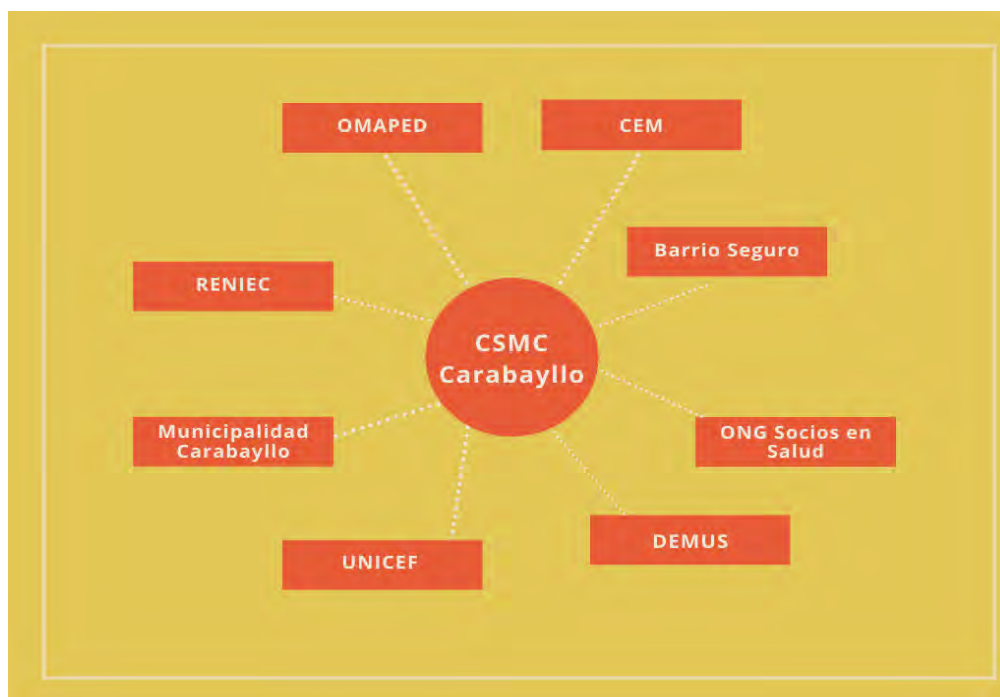


Fuente: Entrevistas personal de salud y revisión documental. Elaboración Propia.

A pesar de lo anterior, la articulación con otras instituciones estatales y de la sociedad civil está más cimentada, creándose redes para asegurar la participación de los usuarios en los servicios del Estado y las actividades económicas.

Uno de los ejemplos más notables es el caso del Centro de Salud Mental Comunitario de Carabayllo, en donde se ha logrado una articulación bastante notable con distintas organizaciones distritales. El trabajo articulado ha logrado que los usuarios puedan acceder a servicios y prestaciones que, de otra manera, no hubieran podido lograr. En el siguiente gráfico, se pueden observar todas las organizaciones con las que el CSMC Carabayllo trabaja articuladamente.

Gráfico 12. Organizaciones con las que trabaja el CSMC Carabayllo, 2020



Fuente: Entrevista al Personal de Salud 2. Elaboración Propia.

Entre ellas se tiene al Centro de Emergencia Mujer, que asegura la atención a mujeres en caso de violencia o maltrato; Barrio seguro, que colabora con la seguridad integral; la ONG Socios en Salud, que proporciona servicios de salud; DEMUS, organización que ayuda a garantizar los derechos de la mujer; UNICEF, organización que vela por el bienestar de los niños; a la Municipalidad de Carabayllo y a RENIEC (servicios de identificación ciudadana) y OMAPED (servicios para personas con discapacidad) dentro de esta misma. Al trabajar organizadamente, ha sido posible facilitar que los usuarios accedan a servicios que de otra manera no lo hubieran hecho.

En ese sentido, si bien la articulación de los CSMC con las organizaciones estatales y de la sociedad civil es necesaria para lograr con los objetivos planteados, se evidencia que esta articulación es aún incipiente, aún más con los centros de salud del primer nivel de atención. Salvo el caso aislados de algunos CSMC, se debe reforzar esta articulación a nivel sectorial.

5.3 La relación entre la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios es diferente en ambos modelos

La calidad de los servicios de salud se puede evaluar de distintas maneras. Para Losada y Rodríguez, se entiende como los procesos de mejora continua que atienden principios de oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad, vinculando estos procesos con la perspectiva de los usuarios. (Losada Otárola & Rodríguez Orejuela, 2007) Para Bueno et al (citados en Riveros et al., 2010) se refiere a los requisitos que deben reunir los servicios proporcionados en los centros de salud para producir bienestar al usuario.

Sin embargo, en muchos países, la calidad de la atención en los establecimientos de salud mentales es deficitaria, incluso perjudicial, pudiendo dificultar de forma activa la recuperación (Organización Mundial de la Salud, 2012). En la mayoría de los casos, el tratamiento ofrecido por las instituciones de salud mental busca mantener a las personas y a sus trastornos “bajo control”, en lugar de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida; viéndose a las personas como “objetos de tratamiento”, no como seres humanos con los mismos derechos y aspiraciones que los demás. Lamentablemente, no se les pide su opinión (y mucho menos se los involucra) en sus planes de tratamiento, lo cual conlleva a que terminen recibiendo un tratamiento en contra de su voluntad (Organización Mundial de la Salud, 2012, p.8). En ese sentido, la calidad del servicio brindado ha sido uno de los factores evaluados que inciden en la calidad de vida de los usuarios.

De acuerdo con el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, una evaluación exhaustiva de los establecimientos de salud mental puede ayudar a identificar problemas en las prácticas de salud existentes, así como también planificar vías eficaces que garanticen que los servicios sean de buena calidad, respetuosos de los derechos humanos, sensibles ante las necesidades de los usuarios y promuevan su autonomía, dignidad y derecho a decidir por sí mismos. (Organización Mundial de la Salud, 2012, p. 8-9). El instrumento sostiene que, para realizar una adecuada evaluación de la calidad de servicio en los establecimientos de atención mental (incluyendo hospitales, unidades psiquiátricas, servicios ambulatorios, centros comunitarios, clínicas y centros de día) es fundamental escuchar las opiniones y puntos de vista de los usuarios, así como del personal que labora en cada establecimiento, mediante entrevistas sobre el servicio recibido.

De esta manera, en este hallazgo se ha considerado la calidad como dos variables, según lo expuesto anteriormente. En primer lugar, como la Satisfacción de los usuarios, lo cual incluye su percepción con la gestión, el personal de salud, y el modelo en sí. Y en segundo lugar como la Satisfacción del personal de salud, lo cual incluye su desempeño con el modelo y con los usuarios. Se han considerado entrevistas con el personal de salud, las

historias de vida y observaciones con los usuarios, así como revisión documental de los modelos.

5.3.1 Satisfacción de los usuarios

Como se mencionó en el apartado anterior, la percepción de los usuarios puede ser un referente sobre la calidad del servicio ofrecido.

En primer lugar, se encontró que la infraestructura de los centros de salud en ambos modelos difiere mucho entre sí. De acuerdo con las entrevistas realizadas al personal de salud, así como a la historia de vida realizada, los Centros de Salud Mental Comunitarios tienen una infraestructura más horizontal, en donde los profesionales de salud y los usuarios pueden vincularse en igualdad de condiciones. Este rasgo va más allá, incluso a reflejarse en la no distinción de vestimenta entre profesionales de la salud y usuarios. De esta manera, se promueve el rol protagónico del usuario, quien es el decisor principal de su tratamiento, por encima del profesional que lo atiende.

En el gráfico siguiente se puede apreciar cómo se realizaban los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) en el Centro de Salud Mental Comunitario Chilca, en una sala acogedora, que no tiene apariencia de consultorio, en donde no hay distinción entre la facilitadora y los asistentes al GAM.

Gráfico 13. Grupo de apoyo mutuo en el Centro de Salud Mental Comunitario Chilca, enero 2020

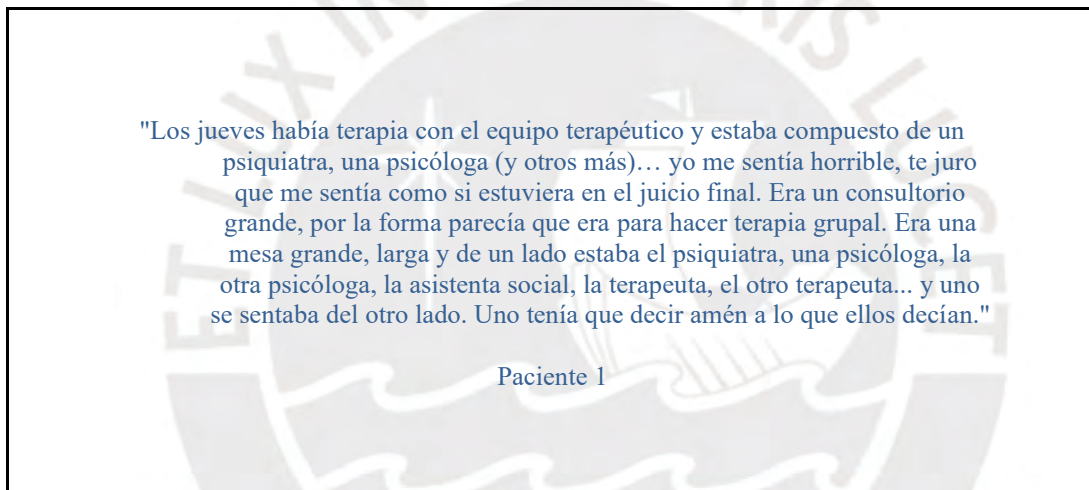


Fuente: CSMC Chilca, 2020

Por el contrario, la infraestructura de los hospitales psiquiátricos tradicionales promueve una distinción entre médico y paciente, agudizando las diferencias y el rol rector del profesional de la salud. Según el Informe Defensorial 180, la percepción de los usuarios

sobre la infraestructura de los establecimientos sin internamiento no garantiza su privacidad, lo cual refuerza el estigma y discriminación hacia ellos y no les permite llevar un tratamiento adecuado. (Defensoría del Pueblo, 2018) Este punto refuerza el primer hallazgo sobre el ejercicio de capacidades y derechos de los usuarios. En el gráfico siguiente, se puede apreciar el testimonio de una usuaria cuando asistía a sus terapias dentro de un hospital psiquiátrico mientras se encontraba internada. Como se puede apreciar, la infraestructura del consultorio reforzaba las distinciones entre paciente y profesional, lo cual no la hacía sentir cómoda. Esta experiencia también sirve de apoyo a lo señalado más adelante con respecto a la satisfacción de la atención en sí.

Gráfico 14. Experiencia de usuaria en la consulta psiquiátrica en el modelo manicomial



Fuente: Historia de vida. Elaboración propia

Por otro lado, tanto en las entrevistas con el personal de salud, como en las historias de vida, se evidenció que existe una alta satisfacción hacia la atención en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

"En el centro de salud mental comunitario, en ahí me han ayudado también. Pero es más cercano más personalizado, porque antes no conocía a las personas tanto de cerca que pasan por lo mismo que yo, ellos también tienen, como tienen varias ideas, me ayudan a crecer." (Historia de vida Paciente 2, 2020) Por ejemplo, en este caso, el usuario siente que el estar en contacto con otras personas que pasan por su misma condición lo ayuda a crecer como persona. Este es un servicio diferencial que ofrece los CSMC, a comparación de los hospitales psiquiátricos tradicionales. También se refiere a los grupos sociales que se conforman dentro de CSMC, que no necesariamente tiene que ver directamente con el tratamiento: "Me citaron para formar la Junta directiva de la Asociación de usuarios y

familiares. Vinieron unos jóvenes psicólogos, ahí nos ayudaron para formar, para estar inscritos en los registros públicos.” (Historia de vida Paciente 2, 2020).

En las entrevistas se evidenció que los usuarios volvían recurrentemente a sus citas y grupos de apoyo voluntariamente, además estos se sienten bien de verse involucrados en sus tratamientos. Por otro lado, las experiencias en el modelo manicomial se expresaron como desagradables, en el mejor de los casos, y traumática, en el peor.

“Yo tenía 15 años y me dio pena, me puse a llorar porque me acordaba de lo que me contaba y ella suplicaba en el piso “por favor, no quiero corriente, no quiero que me quemem mi cara”. Ellas le dijeron “pasa de una vez, si no sabes que te vamos a amarrar” y la sacaron. Me botaron pero yo pasaba como sonámbula, me fui porque era chocante. Después de media hora, estaba por los jardines porque quería distraerme –me chocó ver eso-, ella salió en silla de ruedas amarrada con una enfermera así (simulando inconsciencia y con la mandíbula descolgada). Yo sorprendida pregunté ¡XXX, qué le han hecho! Y de lo más fría la enfermera me contestó “Nada, ahorita se despierta”. XXX tenía los ojos hacia atrás solo se le veía la parte blanca, pero estaba roja.” (Historia de vida Paciente 1, 2020).

En ese sentido, la satisfacción de los usuarios con respecto a los hospitales psiquiátricos tradicionales es bastante baja, mientras que las experiencias en los CSMC han sido bastante positivas e incluso esperanzadoras en los casos vistos. Sin embargo, se puede apreciar que mucho influye la actitud del personal de salud hacia los usuarios. Muchas de las experiencias negativas implican un trato deshumanizado de parte de médicos o enfermeras, mientras que las experiencias positivas implican un trato digno de parte del personal de salud hacia los pacientes. Bajo ese marco, se podría decir que incluso, mejorando al personal en hospitales tradicionales, se podría lograr un cambio en la percepción de recuperación de los usuarios de los servicios de salud mental.

Adicionalmente, el Informe Defensorial 180 evidenció que, de acuerdo con la percepción de las personas usuarias de los “hospitales psiquiátricos y de los CRIPC de EsSalud, así como los establecimientos de la Beneficencia Pública, los principales problemas están relacionados con la calidad y cantidad de la comida y la falta de ropa de cama y frazadas durante el invierno.” (Defensoría del Pueblo, 2018)

En conclusión, al evidenciarse relaciones más horizontales y humanas entre el personal de salud y los usuarios, estos últimos se sienten mucho más satisfechos con el modelo comunitario que con el modelo manicomial. Esto se debe a que impera la justicia y

la democracia, tanto en el trato como en la toma de decisiones, lo cual conlleva a relaciones más armoniosas y solidarias entre unos y otros.

En las historias de vida analizadas, se puede apreciar que, al retomar el control de su tratamiento y de su vida, los usuarios se empoderan y recuperan la confianza en sí mismos que años atrás les arrebató la atención psiquiátrica tradicional, creando una incapacidad en los usuarios para tomar sus propias decisiones al respecto de su salud mental.

5.3.2 Satisfacción del personal de salud

Así como es importante conocer la percepción de los usuarios con los modelos, de la misma manera lo es conocer la percepción de los profesionales de salud, ya que estos van a interactuar directamente en el día a día. Como señalan Alba, Salcedo, Zarate e Higuera (2008, citados en (García-Hernández, Martínez-García, Rivera-López, & Gutiérrez-Fragoso, 2016) mantener altos niveles de satisfacción laboral permite incrementar la calidad de la atención y, en consecuencia, la satisfacción de los usuarios.

En primer lugar, se encontró que el personal de salud entrevistado perteneciente al modelo comunitario, se encuentra satisfecho con su labor en dicho modelo, desempeñándose con compromiso por el bienestar de los usuarios. Por el contrario, de acuerdo con la historia de vida, los profesionales de salud en el modelo manicomial manifiestan actitudes de menor satisfacción, lo cual influye en su interacción con los usuarios. Cabe resaltar que a los profesionales de salud referidos del modelo manicomial les cuesta adaptarse al nuevo enfoque, manteniendo sus actitudes anteriores, lo cual puede convertirse en una dificultad dentro del modelo.

En el gráfico a continuación se pueden observar las diferentes opiniones más resaltantes sobre este punto. Incluyendo una cita del Informe Defensorial 180 en donde se señala que una de las limitaciones de los centros comunitarios es, justamente, la formación custodial del personal de salud, lo cual implica un riesgo de remanicomialización en la atención.

Gráfico 15: Opiniones sobre la percepción del personal de salud en los modelos de salud mental

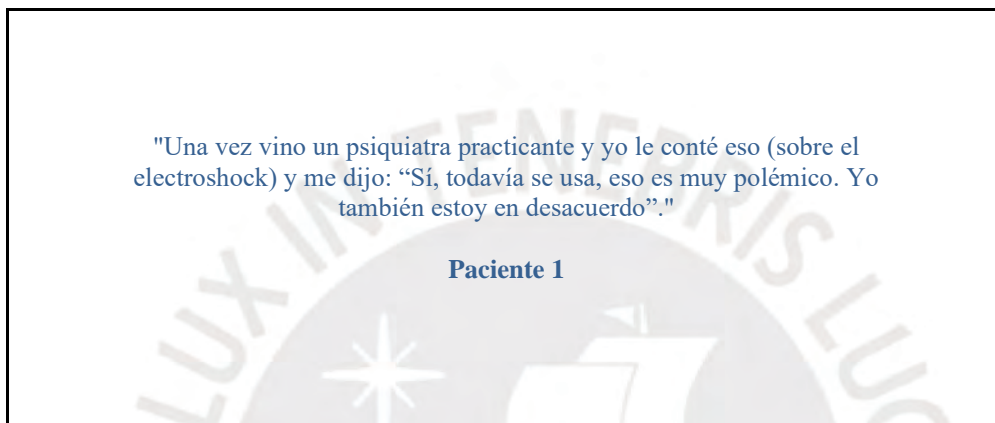
<p>“Por qué te tenías que escapar en mi turno, yo tengo dos hijos por si acaso. Tu tío, tu mamá, un poco más y me come viva, nos han humillado. Te hemos buscado con la ambulancia por Chorrillos, por todas las playas, a quién mandan a buscar así, esto no es un hotel.”</p> <p><i>Usuaría refiriéndose a lo que le dijo una enfermera cuando se escapó del hospital donde se encontraba interna.</i></p>
<p>“Como las enfermeras quieren tener a todas bañadas puntualísimo para que venga el Doctor durante su ronda, para que las feliciten y vean que hacen bien su trabajo y les digan ‘qué linda esta enfermera’.”</p> <p><i>Usuaría refiriéndose a su percepción sobre el trato de las enfermeras mientras estaba internada en un hospital psiquiátrico</i></p>
<p>“Pero a mí se me hace más fácil porque soy un médico de familia y tengo un enfoque comunitario y creo que es la diferencia con las demás reformas. Creo que, en Latinoamérica, el único centro comunitario que tiene médico de familia es el Perú.”</p> <p><i>Personal de Salud 2</i></p>
<p>“Y este modelo a mí me nace, yo no me veo trabajando en otro rubro, por qué me llena mucho, me llena mucho este modelo. Como pongo en cada publicación desarrollada, en salud mental siempre pon corazón y el lema de salud mental es “trabajamos con el corazón”. Es un modelo muy emotivo y muy gratificante.”</p> <p><i>Personal de Salud 3</i></p>
<p>“Adicionalmente, se remarca que una de las limitaciones de los recursos humanos (en CSMC) es su formación basada en el modelo custodial, que dificulta la incorporación de enfoques del modelo comunitario en la atención en salud mental. Esto genera el riesgo de la remanicomialización en la atención de las personas con problemas de salud mental.”</p> <p><i>Defensoría del Pueblo</i></p>

Fuente: Entrevistas a personal de salud. Elaboración propia

Ahora bien, en línea con la cita anterior, es fundamental que los recursos humanos que laboran en los centros de salud mental cuenten con una formación adecuada para desempeñarse en la línea establecida por el ente rector. Lamentablemente, según las entrevistas a los profesionales de salud como a la revisión documentaria realizada, se encontró que el personal de salud en salud mental no se encuentra adecuadamente capacitado en temas centrales de la reforma como son derechos humanos y dignidad de las

personas. Al no existir una capacitación básica, queda a discreción de cada profesional el trato digno que debe tener para con los usuarios. El problema se agrava ya que muchos profesionales trabajan en la línea del centro en el que se encuentran, aún sin estar de acuerdo con sus protocolos. A continuación, se muestra el testimonio de una usuaria quien refiere parte de su conversación con un psiquiatra practicante cuando le contó que en el centro donde estaba recluida realizaban terapia de electroshock contra la voluntad de los internos.

Gráfico 16: Testimonio sobre la terapia de electroshock



Fuente: Historia de vida. Elaboración propia

Con respecto al trabajo en equipos de salud mental, se dan de una manera más interdisciplinaria en los centros de salud mental comunitarios. El equipo que trabaja un solo caso incluye a psicólogos, psiquiatras, médicos de familia, personal de enfermería y trabajo social. Como se comenta en uno de los testimonios, no es como en un hospital que tiene diferentes especialidades, sino que los diferentes especialistas trabajan un solo caso. De esta manera, con esa mirada integral, se pueden atender los casos de una manera más adecuada para el usuario.

Sin embargo, la deficiencia de este modelo es que existe un número deficiente de profesionales en los centros, lo cual sumado a la alta demanda y número de personas usuarias que se atienden en ellos, se pueda empezar a replicar la forma de atención de los hospitales, en vez del modelo comunitario. En ese caso, sería necesaria una gestión eficiente para sobrellevar esta deficiencia y lograr los objetivos planteados.

En la siguiente gráfica se pueden apreciar las citas de algunos profesionales de salud manifestando su experiencia trabajando interdisciplinariamente en los centros de salud mental comunitarios, así como la revisión documentaria que sustenta el párrafo anterior.

Gráfico 17: Testimonios sobre la labor interdisciplinaria en los CSMC



Fuente: Elaboración propia

En ese sentido, si bien existe una alta satisfacción de parte del personal de salud en los centros de salud mental comunitarios en el ámbito de la forma de trabajo y los objetivos que se persigue, esto contrasta con la insatisfacción que genera el no contar con recursos suficientes para asegurar el servicio a la comunidad que atiende. Lamentablemente, esto podría ocasionar que aún más profesionales de la salud opten por no integrarse al modelo comunitario, e incluso que los profesionales que ya se encuentran en este modelo, opten por replicar prácticas del modelo manicomial al ser más "eficientes" (dado que implica una menor interacción con el paciente y por ende una menor cantidad de tiempo ocupado por paciente).

De esta manera, los tres hallazgos encontrados presentan una serie de interesantes conclusiones que serán abordadas en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones obtenidas por cada objetivo específico planteado.

OE1: Evaluar y analizar la calidad de atención del servicio de salud mental en ambos modelos e identificar factores claves

1. A través del análisis de la situación de ejercicio de capacidades, el enfoque comunitario y la satisfacción de los usuarios, se determinó que la calidad de la atención en el modelo comunitario es superior que en el modelo manicomial. En el modelo comunitario se evidencia el respeto hacia la dignidad y derechos de los usuarios, independientemente de su situación de salud mental, así como el fomento del ejercicio de capacidades y autonomía; se propicia sus vínculos comunitarios para que el usuario se mantenga como un miembro activo de la comunidad; y se evidencian relaciones más horizontales y humanas entre el personal de salud y los usuarios, tanto en el trato como en la toma de decisiones, lo cual conlleva a relaciones más armoniosas y solidarias entre unos y otros.
2. Por otro lado, en el análisis del modelo manicomial, se evidencia que el trato del personal de salud hacia los usuarios carece de empatía y respeto, asumiendo una incapacidad en los usuarios para tomar sus propias decisiones al respecto de su salud mental. Asimismo, se fomenta el aislamiento mediante la reclusión de los pacientes por largas temporadas que incita al abandono de estos por parte de sus familias. Finalmente, la percepción de los usuarios de los servicios manicomiales es de miedo, decepción y resignación ante un futuro de internamiento.

OE2. Identificar y analizar los retos futuros para el mejoramiento del servicio de salud mental a través del modelo comunitario y su expansión a nivel nacional

3. Si bien el modelo comunitario ofrece una perspectiva de atención mejorada e individualizada para los usuarios, esta atención solo es posible si se cuenta con todos los recursos descritos en la Norma Técnica. Sin embargo, esto conlleva un mayor financiamiento para cubrir todas las necesidades de personal, así como la infraestructura planteada. De esta manera, el desafío más grande es el de asegurar el financiamiento necesario tanto para la implementación, como para la operación de los primeros años del modelo, hasta que se puede hacer sostenible en el tiempo. Lamentablemente, la Norma Técnica solo especifica que cada "CSMC se financia con el presupuesto del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú del Ministerio del interior y de los

establecimientos de salud privados, según corresponda” (Norma Técnica de CSMC, 2017, p.39) sin mayores alcances de la sostenibilidad financiera de los centros.

4. Bajo esa misma lógica, se requiere mayor capacitación del personal de salud en temas de derechos humanos y dignidad de las personas, sin detallar la manera de alcanzar los números propuestos.

OE3. Analizar el rol de actores clave que intervienen en el desarrollo y funcionamiento del programa

5. Se requiere mayor articulación entre entidades gubernamentales prestadoras de salud (mental) para cubrir las necesidades de la población de manera adecuada.
6. La articulación con otras instituciones del Estado y la sociedad civil es insuficiente, se requiere mayor involucramiento de las entidades estatales para garantizar la integración de los usuarios a la comunidad
7. Según lo anteriormente visto, este caso es pertinente para la gerencia social dado que se necesita de un ente gestor que articule, coordine y asegure que este servicio estatal responda de manera valiosa, pertinente, eficaz y eficiente a las necesidades de servicios de salud mental de la comunidad para que se logre un desarrollo social, equitativo y sostenible. Asimismo, desde el punto de vista de la gerencia social, sería propicio favorecer “un espacio de diálogo entre las instituciones involucradas, de manera que se asegure la asignación, implementación y el manejo adecuado de los recursos necesarios”. (Mokate y Saavedra, 2006, p. 2)

CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES

De acuerdo con los hallazgos encontrados, se desprenden las siguientes recomendaciones:

7.1 Hallazgo 1: Existen situaciones distintas con relación al ejercicio de capacidades y derechos entre los dos modelos de salud mental vigentes en el Perú

- Sería importante promover una agenda intersectorial para asegurar el ejercicio de capacidades y derechos de las personas con condiciones mentales y psicosociales, garantizar educación, acceso a programas sociales, capacitación y trabajo. Así como acceder a la pensión de discapacidad y becas a recursos para llevar a cabo proyectos propios.
- Promover una red de soporte para las personas con discapacidad mental y psicosocial que incluya capacitación en cuidados, derechos, sensibilización e información para sus cuidadores o familias.
- Promover un paquete de leyes para garantizar la inclusión social de las personas con discapacidad mental y psicosocial que asegure su bienestar a todo nivel.
- A nivel sectorial, es importante continuar con la capacitación de profesionales de salud y cuidadores, muchos trabajadores de salud migraron de un modelo a otro y es importante garantizar que la figura desigual se quiebre.
- Continuar con el impulso de la reforma del sistema para dar por finalizada completamente la migración al nuevo modelo y cerrar los hospitales psiquiátricos que pueden convertirse en hospitales generales.
- Incrementar el presupuesto público para garantizar el fin del modelo intramural y proveer las mejoras a un servicio centrado en las personas, a través de recabar datos (censo), abrir canales para recoger opinión y sugerencias, incorporar mecanismos para colocar reclamos y quejas e incluir veedores de Defensoría del Asegurado u otros.

7.2 Hallazgo 2: Ambos modelos tienen un enfoque diferente, que incluye el acceso de la población al servicio, así como la participación de la comunidad y las familias en la recuperación de los usuarios.

Del presente hallazgo se pueden desprender las siguientes recomendaciones:

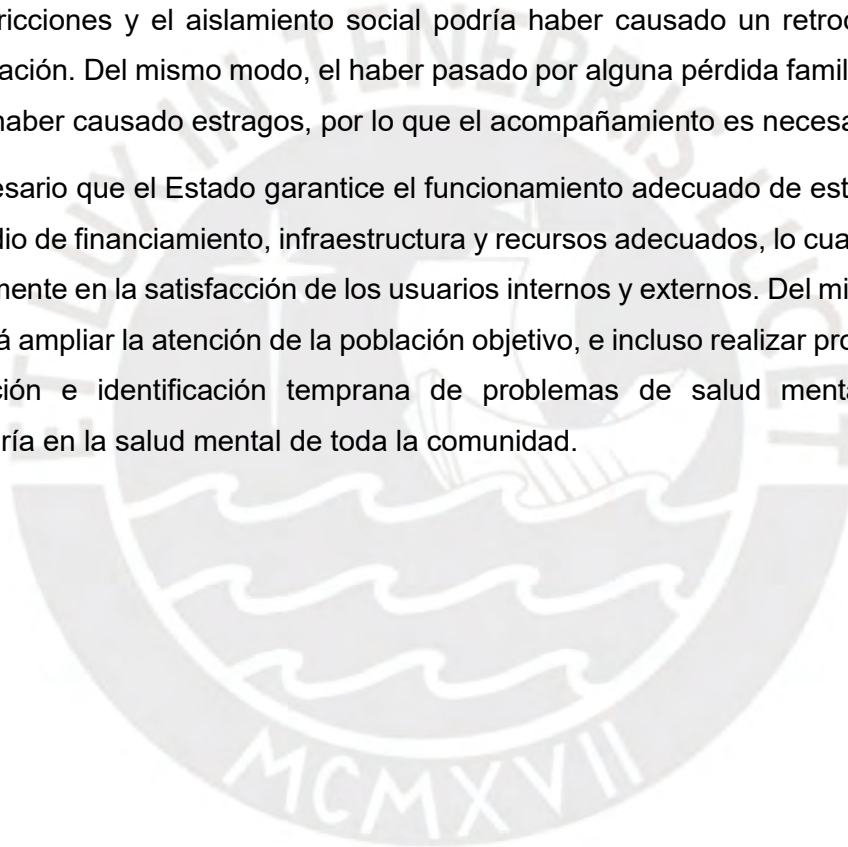
- Realizar campañas de difusión y sensibilización hacia la comunidad sobre la importancia de la salud mental, así como de la importancia del apoyo del entorno hacia las personas con padecimientos mentales para su recuperación, evitando de esta manera estigmas y creencias populares.
- Se recomienda asignar un presupuesto suficiente tanto para reubicar a las personas que viven de manera permanente en los hospitales psiquiátricos por estar en situación de abandono y para incorporar nuevos usuarios que muchas veces son rescatados de las calles o por sufrir maltratos físicos por su propia familia.
- Es necesario iniciar una sensibilización hacia otras instituciones del Estado que podrían tomar contacto con casos que requieren atención de salud mental para que realicen un protocolo intersectorial de intervenciones y sepan que rol le corresponde a cada quién, entre ellos, la Policía Nacional, Los bomberos, las Fiscalía, Ministerio de la Mujer.
- Los hogares protegidos deben tener un monitoreo permanente para la prevención de cualquier tipo de abuso o maltrato hacia los usuarios, asimismo es necesario abrir canales para denuncias e investigación en todos los servicios de salud mental que permitan recoger información de familiares, usuarios, cuidadores, personal de salud y que se activen procesos de investigación que garanticen el bienestar de los usuarios de los servicios.
- Es necesario articular con otras instituciones del Estado para brindar bienestar integral, de esta manera, facilitar procesos para la obtención de documentos de identidad (Reniec), obtención de la asignación económica por discapacidad (si fuera el caso), capacitación y acceso al trabajo a través (MINTRA).
- Involucrar a las familias, comunidad y organizaciones públicas y de la sociedad civil en actividades propias del centro de salud mental comunitario, por ejemplo, ferias de emprendimiento o laborales, actividades de apoyo a la comunidad, voluntariados, charlas y capacitaciones, entre otras; para que se viva una integración real entre los usuarios y la comunidad.

7.3 Hallazgo 3: La relación entre la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios es diferente en ambos modelos

- Es necesario preparar a todo el personal de salud de manera progresiva para el cambio. Junto con la pandemia, el canal de telecapacitación del Minsa se ha visto fortalecido, ese puede ser un canal para uso inmediato hasta que se habilite la presencialidad. Los hospitales psiquiátricos que se encuentran activos y atendiendo

a población interna tienen una gran cantidad de personal nombrado por el Ministerio de Salud y que son reactivos al cambio, para evitar cualquier tipo de conflicto con el personal asistencial, es necesario incluirlos en el tránsito de un modelo al otro.

- El cambio de modelo no puede verse detenido por la pandemia porque la población interna de manera permanente en espacios comunitarios cerrados es vulnerable a sufrir la enfermedad de COVID-19. Los usuarios comparten muchos espacios comunes y requieren asistencia sin la distancia apropiada. Al compartir ambientes como pabellones con muchas personas, el COVID-19 tiene un gran impacto en la salud de la población.
- Retomar vínculo con los usuarios que no retornaron luego de la pandemia, dado que las restricciones y el aislamiento social podría haber causado un retroceso en su recuperación. Del mismo modo, el haber pasado por alguna pérdida familiar también podría haber causado estragos, por lo que el acompañamiento es necesario.
- Es necesario que el Estado garantice el funcionamiento adecuado de estos centros, por medio de financiamiento, infraestructura y recursos adecuados, lo cual impactará directamente en la satisfacción de los usuarios internos y externos. Del mismo modo, se podrá ampliar la atención de la población objetivo, e incluso realizar programas de prevención e identificación temprana de problemas de salud mental, lo cual impactaría en la salud mental de toda la comunidad.



BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, S., & Galende, E. (2011). Concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud mental y comunidad*, 39-50.
- Castillo-Martell, H., & Cutipé-Cárdenas, Y. (2018). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 326-333.
- Cauas, D. (2015). *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Bogotá: Biblioteca electrónica de la Universidad Nacional de Colombia.
- Cea Madrid, J. (2015). Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 79-97. Recuperado el 8 de junio de 2020, de <http://www.teocripsi.com/ojs/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2015). Desarrollo social inclusivo. Una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe Recuperado el 28 de mayo de 2024, de https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/desarrollo_social_inclusivo.pdf
- Defensoría del Pueblo. (2005). *Salud mental y Derechos Humanos: La situación de los derechos humanos de las personas internadas en establecimientos de salud mental*. Defensoría del Pueblo. Recuperado el 2 de julio de 2020, de <https://www.gob.pe/institucion/defensoria/informes-publicaciones/1040886-informe-defensorial-n-102>
- Defensoría del Pueblo. (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Defensoría del Pueblo, Lima. Recuperado el 8 de julio de 2020, de <https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-defensorial-140-vf.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2018). Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Informe Defensorial N°180, Defensoría del Pueblo. Recuperado el 3 de junio de 2020, de

<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2023). *Defensoría del Pueblo advierte que colegios no pueden negar educación a estudiantes con discapacidad*. Recuperado el 03 de marzo de 2024, de <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-que-colegios-no-pueden-negar-educacion-a-estudiantes-con-discapacidad/>

Del Cueto, A. (2014). *La salud mental comunitaria*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.

Di Tullio, A. (2013). ¿Hacia una justicia sin fronteras? El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum y los límites de la justicia. *Revista Internacional de Filosofía* (58), 53-55.

Fernández, A., Serra, L., & Nokosia, G. (2020). Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34-38.

García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, 273-287.

García-Hernández, Y., Martínez-García, M., Rivera-López, M., & Gutiérrez-Fragoso, G. (2016). Satisfacción laboral del personal de enfermería en dos instituciones de salud públicas: caso Hidalgo, México. *Revista UAEH*, 26-42. Recuperado el 14 de noviembre de 2020, de <https://www.uv.mx/iiesca/files/2016/11/04CA201601.pdf>.

Gil Martínez, R. (1997). Manual para tutorías y departamentos de orientación. *Educación la autoestima - Aprender a convivir*. Madrid: Escuela Española S.A.

Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, R., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamerica Editores S.A. de C.V.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad 2017. Recuperado el 03 de marzo de 2024, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1675/libro.pdf, 56-71.

Insuasty Obando, H. G. (2014). La salud mental y los sistemas de salud. Universidad Católica de Manizales. Recuperado el 14 de noviembre de 2020, de

<https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/764/1/Hector%20G%20Insuasty%20Obando.pdf>

León, C. (1999). Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. *Salud mental*, 48-56.

Losada Otárola, M., & Rodríguez Orejuela, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de administración*, 237-258.

M.L., O., & Orejuela, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de administración*, 34(20).

Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud (2005). Derechos Humanos y Derecho a la Salud. 102 p. (Cuadernos de Promoción de la Salud; 16). Lima: OPS, 2005.

Ministerio de Salud. Norma Técnica. Centros de Salud mental Comunitarios (2017). Primera Edición. 56 p. Lima, 2017.

Ministerio de Salud del Perú (2018) Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021. (RM N° 356 – 2018/ MINSa) Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: ministerio de Salud; 2018. 96 p.

Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación de Salud. Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud de Junín-Dirección de Epidemiología. Junín 2017. 216p 164-212

Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación de Salud del Distrito de Carabaylo. Ministerio de Salud Dirección de Redes integradas de Salud de Lima Norte – Lima: Ministerio de Salud, 2019. 39p. 51-52

Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación de Salud de la Región Loreto. Ministerio de Salud Gobierno Regional de Loreto Gerencia Regional de Salud de Loreto - Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control de Enfermedades Dirección de Epidemiología – Loreto: Gobierno Regional de Loreto; 2022. 473p. 164-165

Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación de Salud de Villa María del Triunfo. Ministerio de Salud Redes Integradas de Salud de Villa María del Triunfo – Lima: Ministerio de Salud; 2019. 126p 58

Mokate K. & Saavedra J. (2006). *Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas*. Documentos de Trabajo del INDES I(56).

Organización Mundial de la Salud. (2012). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende.

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado 5 de octubre de 2020, de http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.
- Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*, 5. Caracas.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Documento actualizado el miércoles 22 de junio de 2016 por la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
- Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Norma Técnica de Salud: Centros de Salud Mental Comunitarios*. Lima.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)*. Recuperado el 15 de diciembre de 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2020) *La carga de los trastornos mentales en las Américas*. Perfil de país. Recuperado el 15 de diciembre de 2020, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
- Organización Panamericana de la Salud. (2020) *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Quintana Peña, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*.

Riveros, J., Berné, C., & Múgica, J. (2010). *Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios*. *Revista médica de Chile*, 630-638.

Rodríguez, J. J. (Ed.). (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS, p. 79 - 81.
Recuperado el 6 de setiembre de 2020, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/2803>

Sánchez Silva, M. (2005). La metodología en la investigación cualitativa. *Mundo siglo XXI*, 115-118.

Tejada Pardo, D. (2005). *Derechos humanos y derechos a la salud: Construyendo ciudadanía en salud*. Cuadernos de Promoción de la Salud N°16, Organización Panamericana de la Salud, Lima.

Ticona Cano, P. (2014). *El derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI ¿un derecho protegido o un derecho postergado por el Estado peruano?*, Lima.

