



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

Lineamientos para la acción en salud mental en el Centro de Salud Mental
Comunitario de Carabayllo

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión Pública

AUTORA:

Br. Martha Alicia Mancilla Díaz (ORCID: 0000-0001-9056-726X)

ASESOR:

Dr. Edwin Alberto Martínez López (ORCID: 0000-0002-1769-1181)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de Políticas Públicas

LIMA – PERÚ

2020

Dedicatoria:

A mis padres e hijos por ser el impulso que necesito para vencer obstáculos y seguir en pie para lograr mis objetivos.

A todos los profesionales de la salud que de alguna u otra manera y a través de sus conocimientos y sentido común, luchan en pro de una mejora en la salud mental de los seres humanos.

Agradecimiento:

A Dios y la Virgen María por guiarme y darme su aliento cuando más lo necesitaba.
A las personas que se involucraron y comprometieron en la culminación de esta tesis.

PÁGINA DEL JURADO

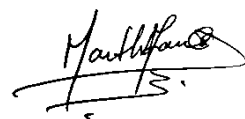
Declaratoria de autenticidad

Yo, Martha Alicia Mancilla Díaz, estudiante de la Escuela de Posgrado, del programa Maestría en Gestión Pública, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; presento mi trabajo académico titulado: “Lineamientos para la acción en Salud Mental en el Centro de Salud Mental Comunitario de Carabayllo”, en 67 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión Pública, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 02 de diciembre de 2020



Martha Alicia Mancilla Díaz.

Índice

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del Jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	1
II. Método	19
2.1. Tipo y diseño de investigación	19
2.2. Escenario de estudio	20
2.3. Participantes	20
2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	21
2.5. Procedimiento	21
2.6. Método de análisis de información	22
2.7. Aspectos éticos	23
III. Resultados	24
IV. Discusión	29
V. Conclusiones	32
VI. Recomendaciones	34
VII. Referencias	36

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Criterios de Productividad	13
Tabla 2: Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
Tabla 3: Matriz de consistencia	43
Tabla 4: Matriz de desgravación de entrevista	45
Tabla 5: Matriz de grabación y conclusión	53

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1: Servicios de salud mental integrada a los servicios de salud general	8
Figura 2: Niveles de atención en el sector salud	10
Figura 3: Componentes del modelo de salud mental comunitario	16
Figura 4: Triangulación de la observación de las unidades de análisis	24
Figura 5: Triangulación de instrumentos de entrevista	25
Figura 6: Triangulación de análisis documentario	26
Figura 7: Triangulación de entrevista, observación y análisis documentario	27

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como título “Lineamientos para la acción en Salud Mental en el Centro de Salud Mental Comunitario de Carabayllo”, cuyo objetivo general fue determinar el cumplimiento de los lineamientos 2,3,7 y 9 para la acción en salud mental en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo, dichos lineamientos se desarrollan en la introducción. El enfoque utilizado es cualitativo de diseño de estudio de caso único con teoría fundamentada, de corete transversal-descriptivo. Las técnicas e instrumentos aplicados fueron la observación, la entrevista y el análisis documental; los participantes fueron tres profesionales de la salud del centro de salud mental comunitario de Carabayllo. Se arribó a la conclusión de que existe un desconocimiento de cuáles son los lineamientos que se aplican para el abordaje de la salud mental, por ende, no hay un cumplimiento cabal y consciente pues las atenciones se dan en función a cumplir criterios de producción o en función al sentido común de los profesionales.

Palabras claves: Salud mental, lineamientos para la acción, centro de salud mental comunitario.

Abstract

This research work is entitled “Guidelines for Mental Health action at the Community Mental Health Center of Carabayllo”, whose general objective was to determine compliance with guidelines 2,3,7 and 9 for mental health action at the community mental health center in Carabayllo, these guidelines are developed in the introduction. The approach used is qualitative in the design of a single case study with grounded theory, with a transversal-descriptive core. The techniques and instruments applied were observation, interview and documentary analysis; the participants were three health professionals from the community mental health center of Carabayllo. It was concluded that there is a lack of knowledge of what are the guidelines that are applied to the approach to mental health, therefore, there is no complete and conscious compliance because the attention is given based on meeting production criteria or in function to the common sense of the professionals.

Keywords: Mental health, guidelines for action, community mental health center.

I. Introducción

Este tema en concreto evidencia una creciente problemática en la realidad del Perú y el mundo. Salud es un término que se debería considerar de una manera integral; es decir, no solo considerar que las personas se encuentran bien de salud ante la ausencia de cualquier anomalía en su estado físico, sino que también es indispensable que se encuentren en un nivel óptimo en su estado mental pues ello implicaría que la persona pueda desempeñarse adecuadamente en la sociedad. Lopera-Echavarría (2014), revisó el concepto de salud mental y la incorporación de este concepto a las políticas públicas de la organización mundial de la salud (OMS).

La definición de salud mental (SM) dado por la organización de la salud en el año 2004, lo describe como un estado donde cada individuo tiene la capacidad de usar sus propios recursos para enfrentarse a la vida y sus dificultades, haciéndose participe de una manera positiva en la comunicad. Analizando lo mencionado, notaremos que la falta de salud mental limita, dificulta e inclusive impide que las personas superen las adversidades propias de la vida, trayendo como consecuencia frustración, ansiedad, violencia, depresión, suicidios, entre otros. La salud mental es un tema mundial; sin embargo y hasta la actualidad se le resta la importancia debida., pues no se le brinda la asistencia requerida.

La metodología científica es el punto central para que exista la asistencia en cuanto a salud, siendo así, este estudio se relaciona de forma estrecha con el progreso de la medicina como ciencia, Gutiérrez y Mayta (2003). De esta manera, se formulan soluciones a dificultades a nivel sanitario tanto individual como grupal. Estas soluciones incluso forman parte de la base científica para poder financiar las intervenciones de asistencia, el poder tomar decisiones y generar política, a saber, de Cabezas (2010). La OMS en el año 2011, expuso que la Salud Mental que, en su mayoría, las personas con trastorno mental grave no han recibido la atención necesaria, dejando en evidencia que los países de Suramérica muestran costos muy elevados para que las personas reciban la atención y prevención en salud mental. Ello indicaría que el acceso a las atenciones viene siendo sectorizada pues no todo paciente llega a tener un tratamiento y menos de manera oportuna. Aunque los trastornos mentales prevalezcan, y en los países suramericanos en un porcentaje de un 46%, proporcionan entre un 2% a 5% del presupuesto sanitario a la salud mental, y un 30% asignan menos del 2%”. En el Perú hay alrededor de 6 millones

de habitantes con dificultades de salud mental, de los cuales el 17.5% de estas enfermedades son neuropsiquiatrias. La salud mental en nuestro país es afectada por múltiples factores socioeconómicos que deben ser abordados por el Estado, y aunque el Ministerio de Salud (MINSA) haya aumentado el presupuesto, la problemática de la salud mental sigue evidenciando casos. Ugarte (2008), indica que el veedor primordial de los servicios de salud mental en el Perú es el MINSA, el presupuesto a la salud mental es el 3%, de los cuales el 98% los tiene las 3 instituciones de psiquiatría.

Como bien lo indica Luna-Solís (2015), actualmente estamos atravesando momentos de reforma a nivel de salud, por un lado, existe el incremento de la actividad asistencial y por el otro la casi inexistente documentación científica respecto a la salud mental. Recibir atención de los servicios de salud mental es aún para muchos ciudadanos una utopía, es por ello que el gobierno implementó los Centros mentales comunitarios en diversos lugares del país, para satisfacer la demanda de los habitantes que padecen de algún trastorno así cuenten o no con algún tipo de seguro. De esta manera se pretende priorizar la salud mental en nuestro país. Ante esta realidad, el implemento de estrategias públicas en materia de la salud mental es una obligación de los gobiernos de turno, así se podrán prevenir y tratar las enfermedades mentales y optimizar la calidad de vida de las personas y de éstas en su comunidad, siempre y cuando dichas políticas públicas constituyan un instrumento en beneficio del bienestar y desarrollo humano. Siendo la salud mental un problema público, cabe mencionar que no afecta solamente a quien la padece y su entorno, a su vez afecta al estado debido a su impacto económico como la disminución de la producción, gasto en salud, entre otros. MINSA (2018).

Para tal sentido, se presenta una serie de antecedentes, referente al tema, a nivel internacional: Minelotti et al (2018) realizaron una investigación en Chile sobre la gobernanza, entendiéndose ésta como la protección hacia el interés público, dicha investigación pone en evidencia la relevancia de contar con políticas nacionales con visión estratégica, unidas al aspecto legislativo, a la participación y método de información para la gobernanza en mejora de problemas mentales. Las formas de gobernanza varían según el país y su contexto político, según cómo funcionan los sistemas de salud y las oportunidades a través de su historia.

Etienne (2018), estudió la SM como parte de la salud mundial, refiere que aunque la salud mental sea importante para la Región, hay todavía por delante un vasto camino para que sea tomada como una prioridad para los gobiernos. Se busca que haya una valoración, de la promoción y de la protección mental en el continente americano; así como que haya prevención de los trastornos mentales por consumo de sustancias, también que los habitantes con trastornos mentales tengan una atención no solo oportuna sino de calidad, ejerciendo así sus derechos humanos. Agrega además que para la salud es esencial la salud mental y pese a ello hay aún personas graves mentalmente que no han recibido tratamiento, llegando a ser un 73.5% en adultos y un 82.2% en niños y adolescentes.

Kohn et al (2018) en la investigación que realizaron con el objetivo de comprender la problemática en el tratamiento de la salud mental en la Región de las Américas; se obtuvo que hubo una variación del 2% al 10%, en la prevalencia de un año, de los trastornos mentales severos, y que hubo una brecha superior al 50% en cuanto al tratamiento de trastornos mentales graves en niños y adolescentes. La tercera parte de los indígenas en EEUU y el 80% en Latinoamérica no se les dio tratamiento, por lo que concluyen que en la salud pública aún se mantiene el problema del tratamiento en la salud mental. Así mismo; niños, adultos e indígenas evidencian un gran porcentaje de individuos con grave enfermedad mental que no tienen tratamiento.

Henaó et al (2016) en su estudio realizado para constituir una perspectiva de los alcances y límites de la normatividad de la región de Suramérica, concluyen que algunos países no consideran totalmente los lineamientos de la OMS y la OPS para tomar acción en las políticas públicas de la salud mental; estas políticas públicas cambian de acuerdo a las características sociales, económicas y poblacionales. Además, refieren que tanto la promoción como la prevención de la salud son importantes para la salud mental según cada política nacional, resaltando la participación de la población; así como las capacidades y libertades disponibles. Pese a ello, la prioridad del diagnóstico y del tratamiento se da en función al modelo biomédico que orienta los recursos, acciones, estrategias, y metas.

También se mencionan antecedentes nacionales que evidencian una emergente problemática en salud mental. Sánchez et al (2016), en un estudio realizado en

Lambayeque-Perú, sobre trastornos mentales, concluyen que actualmente la problemática de los trastornos mentales sigue siendo muy frecuente, más aún en estudiantes de nivel superior ya que están mayormente predispuestos a dificultades emocionales y psicosociales; indican además debido a la prevalencia de episodios hipomaniacos, depresión mayor y de riesgo suicida en los alumnos de medicina de Lambayeque, se precisan realizar estudios a mayor profundidad en este tipo de población.

Fiestas et al (2014), en una investigación realizada en cinco ciudades del Perú, se concluyó que el trastorno de ansiedad obtuvo una edad de inicio más temprana (15 años), y con una edad de 20 años se consigné a los trastornos de control de impulsos. Las acompañantes de menor edad tuvieron un riesgo elevado de padecer un trastorno mental. Además de que la tercera parte de los ciudadanos adultos que viven en zona urbana de cinco ciudades del Perú ha presentado en algún momento alguna enfermedad psiquiátrica, y la comorbilidad es frecuente. Podemos estimar con este estudio que aproximadamente los trastornos de salud mental se inician antes de los 30 años.

Allende y Villafuerte (2017), en su estudio “Análisis de la cobertura de seguro para trastornos mentales en el Perú” concluyen que, para cumplir completamente la salud mental, es importante considerar algunos factores como el ser el único proveedor de servicios de salud, como el que se fortalezcan de manera equitativa los niveles de atención y descentralizar los servicios mentales, como el conocer la cantidad de personas con y sin cobertura a través de un registro interconectado de los afiliados y, como el saber la carga económica que implica el cubrir los trastornos mentales de manera universal, esto a través de estudios actualizados. Según la investigación existiría, en un corto plazo, una epidemia de trastorno mentales lo que conllevaría a un desajuste económico para el país, ante ello la protección de la población forma parte del seguro universal.

Para la elaboración del marco teórico es imprescindible comprender que la salud es un tema de relevancia en el mundo y por ende en el Perú, es por eso que no solo debe considerarse como un bien adscrito a las personas, sino debe ser un derecho inherente para todo ser viviente. En consideración, el 50 Consejo Directivo de la OPS/OMS durante la 62ª sesión del Comité Regional, expidió la Resolución CD50.R8 La salud y los derechos humanos (OPS/OMS, 2010). Con este documento se invita a que exista una mejora en las

relaciones entre gobiernos, fortaleciendo la capacidad técnica sanitaria a través de programas y políticas en favor de los derechos humanos, de igual manera se considera el desarrollo de los recursos humanos, la publicidad de información y la adecuación de normas y principios son tareas no solo del área legislativa sino también administrativa, educativa, etc. Chávez (2016).

Salmuri en el año 2018 aduce, respecto a los derechos indica que hay la necesidad de conocer claramente cuáles son nuestros derechos para así, ante cualquier indicador sobre una trasgresión, se pueda reclamar para tener un trato justo. En consecuencia, Corcuera, Hidalgo y Quintana en el 2006 refieren que cuando se realiza algún reclamo respecto a la salud, a veces se olvida que la salud mental debe ser considerada como parte fundamental de sentirse bien y por ende se olvida que es un derecho. Así como en México, según Díaz et al (2017), se revisó el termino de gobernanza de las políticas de salud mental para ver las decisiones correctas en mejorar la salud mental, es imprescindible contar con ello en nuestro país.

Salud tiene una vasta conceptualización que implica tener una estabilidad tanto física como psicológica y socialmente. Según la OMS, salud no es ausencia de enfermedades, sino estar completamente bien tanto física, mental y socialmente. Considerando ello, la salud es integral; sin embargo, es preocupante que en nuestro país se le reste relevancia a la salud mental y que en esta última década recién se le dé la importancia que merece. La salud mental es vista como un problema gubernamental; sin embargo, hay que considerar que también es un derecho, por lo que el Estado queda obligado jurídicamente a brindar una atención y tratamiento oportuno, justo y efectivo en un plazo razonable. Como lo menciona la OMS. (2013), existe una necesidad de establecer políticas para que la salud pública se desarrolle en base a investigaciones, ello es relevante para que el sistema de salud y la tecnología mejoren, obteniendo así prestaciones y accesibilidad a servicios de alta calidad. La salud mental no es solo carecer trastornos mentales, salud mental significa que la persona se encuentra y se percibe en un estado de bienestar que le permite trabajar de manera fructífera y apoyar a su colectividad. (OMS, 2007).

Un indicador sobre cuán dejada de lado está la SM. en el Perú es justamente los casos de violencia contra mujeres y niñas que se han evidenciado últimamente, indica Rondón (2006). Aunque los trastornos mentales, sobre todo la depresión, sean considerados como uno de los 20 desafíos mayores en la salud pública, ninguna acción que sea dada a través de las líneas de acción que promuevan la salud de manera general están relacionados con la salud mental. (World health statistics, 2017). La Asamblea General de la ONU acogió principios de protección para los enfermos mentales y también para mejorar la atención de la Salud Mental (EM), mediante resolución 46/119. Este informe contiene un número de normas aplicadas a pacientes con tratamiento psiquiátrico ya sea que estén internados o ambulatorios, con el fin de realizar prácticas adecuadas, respetando sus derechos. Indica pautas para la atención que incluyen el análisis, el diagnóstico y el tratamiento, así como la rehabilitación del paciente. (Organización Mundial de la Salud, 2006b).

La OMS remitió en 1996 normas para la atención en SM. destacando diez principios (OMS, 2006b). De éstos, el 4to principio indica que se evitará tener restricciones en cuanto a la atención para personas con trastorno mental, comprendiendo también un ambiente adecuado para abordar y un nuevo tratamiento basado en la comunidad. De manera concluyente se precisa una infraestructura para propiciar la autonomía del paciente, una legislación para proteger dicha autonomía y para que regule las condiciones de dar un adecuado tratamiento comunitario por personal capacitado. Respecto al enfoque comunitario, la Ley N° 29889 implementó modificaciones a la Ley General de Salud (Ley N° 26842), haciendo hincapié y garantizando el respeto de los derechos de los pacientes con alteraciones mentales al brindarles una atención y tratamiento desde un abordaje comunitario. Ello conllevaría reestructurar el sistema que manejan los hospitales e incorporar las atenciones a nivel comunitario. Chávez (2016).

La salud mental actualmente es considerada como una prioridad no solo porque conlleva ser una carga para quien la padece, sino también para el entorno más cercano. Siendo así, el Sistema Nacional de Salud, a través del su ente rector, el Ministerio de Salud, pretende brindar protección a la dignidad de los ciudadanos; en tal sentido, promueve la salud, previene enfermedades y garantiza la integridad en proteger la salud de todos los individuos del país. De esa forma se protege a las personas sin ejercer la exclusión del cuidado de la salud a ningún ciudadano, MINSa (2018b). Pese al avance

efectuado por el estado peruano en relación al respeto de la dignidad de las personas y reconocer se derecho a la salud mental, aun se perciben taras que afectan a nuestra sociedad, tales como el frecuente aumento de individuos con trastornos mentales, así como la discriminación y estigmatización a dichas personas. Ticona (2014).

El INSM HD-HN (2012), refiere que la epidemiología en Lima y Callao evidencia que el 20,3%, 18,7% y 14,7% de niños y niñas, tienen dificultades en su SM en las edades de 1,6 a 6 años, de 6 a10 años y de 11 a 14 años, respectivamente. Así mismo, un aproximado del 11% en éstas mismas edades está en peligro de padecerlos”. Si bien es cierto que toda persona a lo largo de su vida atraviesa por momentos de dificultad, no todas cuentan con los factores protectores que hacen que dicha situación no sea considerada de riesgo para la persona. Además, los trastornos mentales, neurológicos y los problemas a nivel social y psicológico tienen comorbilidad de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cáncer, infección por el VIH/SIDA, TBC, morbilidad ginecológica y accidentes viales; llegando a perjudicar la adherencia al tratamiento de otros padecimientos” (OMS, 2004).

Muchos de los ciudadanos que tienen alguna de estas patologías propias en el marco de la salud mental o que devienen como comorbilidad, no tienen acceso a una atención y tratamiento, y si logran acceder a ello, no tienen asegurado todo el tratamiento necesario y por ende el poder continuar de los cuidados durante toda su vida. Hay aspectos que deben solucionarse tales como la baja accesibilidad de salud mental en los niveles de atención 1 y 2; el estigma estructural; el predominio de la perspectiva biomédica; la casi nula capacitación y acceso de recursos humanos; la división de la atención de salud; el que no exista una forma de abordar que cubra todas las necesidades y problemas de salud mental; y, el insuficiente presupuesto asignado. Así mismo, un modelo de reclusión es una limitante. La salud mental comunitaria requiere de nuevos servicios; sin embargo, dichos recursos son atribuidos a tratamientos e internamientos forzados e involuntarios que además vulneran los derechos. (MINSA, 2018b).

El Perú como estado, ante ello, ha definido la Reforma de la Atención de Salud Mental a través de que se fortalezcan los primeros niveles de atención (1 y 2), en junio

del año 2012 se promulgó la Ley N°298896 modificando así el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N° 26842) que avala el acceso de manera equitativa y para todas las personas, respetando así los derechos de los individuos con problemas de salud mental, también que se promuevan y protejan la salud, previniendo, dando tratamiento, en recuperación y rehabilitando a las personas a nivel psicosocial, e instaurando al modelo comunitario como el nuevo modelo de atención en salud mental en el Perú, en línea con las sugerencias de la OMS y las evidencias científicas. A través de su Reglamento aprobado el 6 de octubre del año del 2015 por Decreto Supremo N° 033-2006-SA7 se menciona la nueva estructuración: 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, las cuales se suman a la tipificación de establecimientos de salud que ya existen en las redes de servicios de salud, para conformar, como parte integrante de ellas, redes de atención de salud mental comunitaria” MINSA (2018a).

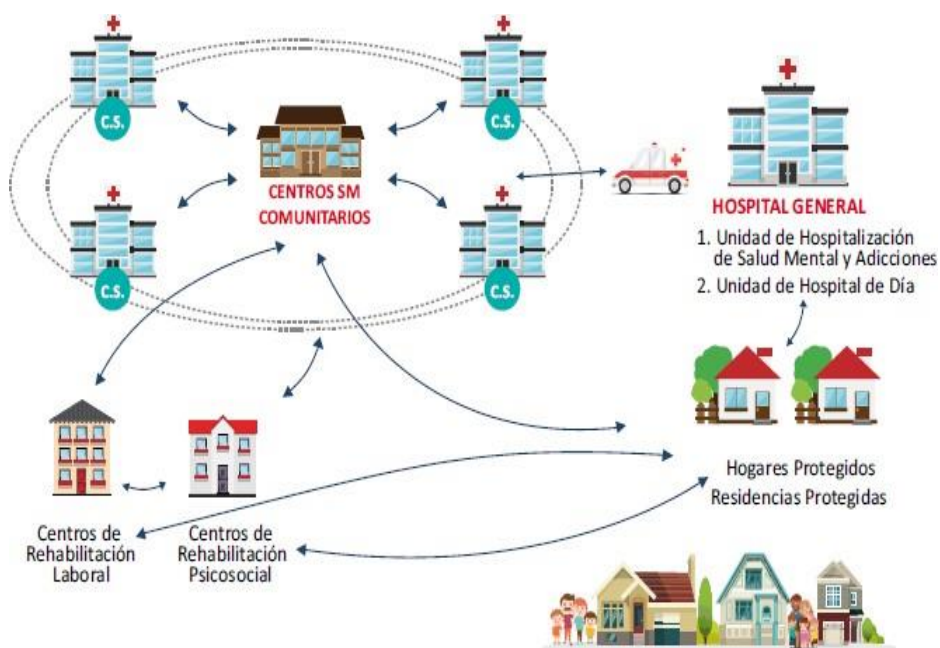


Figura N° 1: Red de servicios de salud mental integrada a los servicios de salud general.

A continuación, se muestra la base legal que fundamenta este tema investigado, aprobada en el por el Ministerio de Salud (2018b) a) Ley General de Salud (Ley 26842) b) Ley de la Salud Mental (Ley N° 30947) c) Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, que aprueba los Lineamientos para la Acción en Salud Mental. d)

Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios.

Ante la problemática planteada líneas arriba, sobre la carga y estigmatización que deviene sobre los ciudadanos con trastornos mentales así como sobre su entorno, el Ministerio de Salud crea en el 2004 la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, como estrategia sanitaria nacional prioritaria en el país; además, ese mismo año se creó los Lineamientos para la acción en Salud Mental, donde se indica que la atención en SM partirá de un modelo comunitario y del desarrollo de recursos humanos. Este documento menciona nueve lineamientos, los cuales son: Lineamiento 1: Gestión y rectoría en salud mental. Lineamiento 2: Integración de la salud mental en la concepción de la salud. Lineamiento 3: Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes. Lineamiento 4: Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía. Lineamiento 5: Concertación multisectorial de la salud mental. Lineamiento 6: Creación de un sistema de información en salud mental. Lineamiento 7: Desarrollo de los recursos humanos. Lineamiento 8: Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones en salud mental. Lineamiento 9: Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental. De éstos, se explicarán cuatro de ellos los cuales se consideran como las categorías más relevantes para el objetivo de la investigación.

Lineamiento 2: Integración de la salud mental en la concepción de la salud. Tradicionalmente la salud de las personas es considerada de modo aislado a lo psíquico, manteniendo una división entre lo físico y lo mental. Ello se evidencia en los programas y servicios que priorizan solo aspectos físicos dejando de lado aspectos que involucran la salud mental de los individuos. La salud del ser humano debe ser considerada de forma integral como una unidad bio-psico-social. Salud mental también debe ser integrada al concepto de salud ya que el Perú se encuentra muy afectado lo cual trae consecuencias negativas para el desarrollo del país. Tenemos las siguientes subcategorías: * Visualizar criterios de calidad de vida, esto hace referencia a llevar una buena vida, donde culturalmente se implican términos como felicidad, satisfacción de necesidades básicas, etc. Pueden considerarse una calidad de vida subjetiva en donde la propia persona evalúa e interpreta su vida y, una calidad de vida objetiva en donde es el mundo exterior quién

evalúa cómo vive el sujeto, según refiere Jorgen (2003). * Priorizar niveles de atención, los cuales son una manera de organización de los servicios de salud, para cubrir la necesidad poblacional.

 NIVELES DE ATENCION, NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD			
NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	MINSA
I	1° Nivel de Complejidad	I - 1	Puesto de Salud
	2° Nivel de Complejidad	I - 2	Puesto de Salud con Médico
	3° Nivel de Complejidad	I - 3	Centro de Salud
	4° Nivel de Complejidad	I - 4	Centro de Salud con Internamiento
II	5° Nivel de Complejidad	II - 1	HOSPITAL I
	6° Nivel de Complejidad	II - 2	HOSPITAL II
III	7° Nivel de Complejidad	III - 1	HOSPITAL III
	8° Nivel de Complejidad	III - 2	INSTITUTO ESPECIALIZADO

Figura N° 2: Niveles de atención en el sector salud.

Lineamiento 3: Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes. Debido a las reveladoras faltas de equilibrio en la atención de la salud mental, a la desprotección de los habitantes más pobres, al ineficiente sistema de referencia, contrareferencia y seguimiento, así como a la estigmatización de las personas, sumado al vigente modelo de atención, no garantizan efectividad en los tratamientos para los trastornos mentales, lo que limita el acceso a los servicios y programas de salud que proveerían una intervención más eficaz, brindando la posibilidad de que las personas lleven una vida más plena y productiva. Tenemos las siguientes subcategorías: *Detección de riesgos, entendiendo la palabra riesgo como la posibilidad de padecer alguna enfermedad o sufrimiento que incurre de manera directa y merme la calidad de vida de las personas. Para detectar los riesgos se requiere de una evaluación, la finalidad de dicha evaluación de riesgos es identificar y eliminar los riesgos que se encuentran en el medio, y si ello no se pudiera, entonces se trabajaría para reducirlos mediante las medidas de prevención que tendrían que priorizarse para operar

sobre ellos. *Prevención primaria y secundaria, entiéndase prevención como las acciones para suprimir, eliminar o reducir el impacto de la enfermedad y la discapacidad. Prevención se contextualiza mejor en niveles, tradicionalmente conocidos como prevención a nivel primario, secundario y terciario. El nivel primario se define por acciones efectuadas previo al surgimiento de una enfermedad, con el fin, de evitar que suceda. En el nivel secundario, las acciones van dirigidas a restringir el impacto de un padecimiento ya existente en la persona. Desde este nivel de prevención lo que se pretende es que la enfermedad no siga avanzando y también prevenir que aparezcan posibles dificultades mayores, menciona Equipo de expertos (2018).

Otra subcategoría es la *Atención ambulatoria y de emergencia, Pérez y Gardey (2014) indican que una atención ambulatoria es cuando el paciente visita un centro de salud para su diagnóstico y tratamiento, pero sin pernoctar en el mismo. La atención de emergencia consiste en otorgar prestaciones de salud las 24 horas del día durante los 365 días del año a pacientes que demandan atención inmediata, adujo MINSA (2004).

*Atención especializada, implica atender todo lo relacionado a los problemas de salud más complejos. Aunque este servicio proporciona atenciones ambulatorias y de emergencia; difiere de esta ya que, al tener un nivel superior de atención, ofrece servicios de hospitalización. Este nivel de atención se ofrece en Centros de Especialidades y Hospitales. *Soporte familiar. De acuerdo con Baptista y Oliveira (2004), el soporte familiar se evidencia a través de muestras de atención, diálogo, libertad, afectividad y autonomía entre los miembros de la familia. Para Jansens, Bruyn, Manders y Scholte (2005), el soporte familiar es un proceso donde se debe tener en cuenta aspectos como el ser cordial (que implica elogiar, aprobar y ayudar), o el ser hostil (que hace referencia a críticas negativas, ofensas, expresiones de irritabilidad, discordancias entre integrantes), además de la autonomía (exposición de opiniones para aportar en la resolución de problemas) y los límites ambientales (relacionados con órdenes, prohibiciones y reglas rígidas).

Por otro lado, Pinkerton y Dolan (2007) consideran las siguientes formas de apoyar al familiar: el familiar concreto (cuando se realizan actividades de asistencia entre los conformantes de la familia), el familiar emocional (se relaciona con atender, preocuparse y ser empático), los consejos (su gran utilidad es en situaciones de mayor dificultad y cuando se toman decisiones en el ambiente familiar) y la estima (es estar de

manera incondicional para la familia). *Rehabilitación con apoyo de la comunidad, entiéndase rehabilitación como el complejo procedimiento, siendo la suma de muchos procedimientos, para que el ciudadano consiga nuevamente un óptimo funcionamiento de su estado, que lo pueda plasmar en su hogar y en la utilizando apropiadamente todas sus capacidades residuales, según Hernández (2020). *Seguimiento de pacientes, refieren Coleman et al. (2009) como un procedimiento de salud que sigue a otro proceso haya sido ésta de diagnóstico o terapéutica, el objetivo es concluir la etapa de atención para proseguir con una recuperación completa; o si es el caso de enfermedades crónicas, mantener una satisfacción en su estado de salud. aunque se éste en seguimiento no se excluye al paciente de actividades médicas preventivas, diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras para corroborar que la evolución sea la correcta. Se puede detectar también la aparición de nuevos diagnósticos o complicaciones durante la atención.

Lineamiento 7: Desarrollo de los recursos humanos. El personal profesional que realiza la intervención en salud mental deben de contar con óptimas condiciones de trabajo, de esta manera se garantizaría la calidad de la intervención, no solo a nivel de prevención y atención sino también considerar el aspecto de la rehabilitación. Tenemos las siguientes subcategorías: *Capacitación integral, procedimiento por el cual se desarrollan y actualizan conocimientos, habilidades y actitudes para un desempeño óptimo y satisfactorio en el ámbito laboral. Se hace hincapié en que una capacitación es una inversión que aportara beneficios a la institución y los integrantes de ésta. *Protección legal para profesionales y técnicos, si bien existe la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo que obliga a los Estados miembros del CAN de implementación de una política de prevención de riesgos laborales y vigilar su cumplimiento; en el Perú aún no existe una base legal que brinde específicamente protección a los especialistas en Salud Mental.

Se incluye también como subcategoría al *Soporte emocional para profesionales, se refiere a la capacidad de hacer sentir que cuenta con un apoyo, que es escuchado, se compone de la empatía, la confianza y el poder proporcionarle cierto “bienestar”; en Barcelona se cuenta con El Servicio de Apoyo Emocional a los Profesionales de la Salud (SEPS) brinda solución al problema de los profesionales de la salud, que abordan los trastornos mentales y a raíz de ello evidencian malestar emocional por el ejercicio de su profesión. A dichos profesionales que están sometidos a un continuo estrés, con síntomas

de ansiedad, irritabilidad, desbordamiento, despersonalización, haciendo referencia al síndrome de Burnout. A profesionales que directamente piden ayuda para gestionar la demanda excesiva de actividad asistencial. A profesionales que han sufrido alguna denuncia por un supuesto de mala praxis y que conllevo a un malestar emocional, SEPS (2016). *Criterios de productividad, según Erazo (sf), al analizar el término productividad, se podrá dividir en: producción y actividad. Productividad utilizar de forma efectiva cada componente de producción. La productividad está en relación directa a la mejora continua del sistema de gestión de la calidad. Es la utilización eficaz (alcanzar las metas) y eficiente (lograr las metas con la menor cantidad de medios posibles) de todos los recursos.

Tabla N^a 1:

Criterios de Productividad

Nº	Criterio	Descripción
1	Cantidad	Hace referencia a las unidades producidas.
2	Calidad	Indicadores de calidad de bienes y servicio, hace referencia a la satisfacción del cliente.
3	Puntualidad	Término de actividades de acuerdo a lo programado.
4	Rendimiento	Eficiencia durante el proceso.
5	Utilización	Hace referencia a la disposición de personas y materiales.
6	Características de grupo	Cualidades a nivel personal y grupal que beneficien a la producción.

Fuente: Arévalo. (sf).

También se menciona a la subcategoría * Promover la investigación, es un tema que solo existe en los institutos especializados; ya que no se promueven las investigaciones en los profesionales; en su mayoría hay falta de iniciativa y de presupuesto. *Formación de equipos interdisciplinarios, en Utopía (2017) indican que es el conjunto de profesionales pero que vienen de diferentes disciplinas, por ende, su especialización es en distintos campos. Un equipo interdisciplinario lleva como ventaja en el aporte de conocimientos y habilidades propias a cada profesión que a su vez se complementan con los demás. La formación de este equipo busca el cumplimiento de un mismo objetivo.

Lineamiento 9: Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental. La comunidad a la que pertenece la persona que sufre en su

salud mental y sobre todo la familia, son parte importante que constituye como soporte emocional y social. Existen organizaciones que buscan fortalecer y complementar la atención que éstos reciben, colaborando para superar adversidades por los elevados costos y por los estigmas generados por la enfermedad mental. Tenemos las siguientes subcategorías: *Desarrollar programas de educación a usuarios y familiares, se entiende ello como un momento y lugar creado para que las familias sean instruidas sobre la prevención de enfermedades comunes y cómo atender las necesidades básicas del paciente cuando esté ya en casa, así como prevenir posibles complicaciones mientras estuvo hospitalizado y luego en su hogar, de dicha forma se facilita la adherencia al tratamiento indicado por el especialista, la adaptación a su medio y a su vida en familia, además de que los internamientos hospitalarios disminuyen, este tipo de programa existe en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil; sin embargo en nuestro país aún no sean realizado este tipo de programas, pero si se brindan pautas educativas como el lavado de manos o actividades extramurales que implican charlas y talleres a diversas personas a modo de información y prevención.

Por último, tenemos la subcategoría *Incentivar y apoyar iniciativas de formulación de proyectos, entendiendo ello como un acumulado de acciones que van en búsqueda de la creación de un producto, servicio o resultado que cubran de manera satisfactoria las necesidades prioritarias de una comunidad. Los proyectos de salud tienen como objetivo mejorar la atención sanitaria y prevenir enfermedades en la población, para ayudarles a lograr una sanidad digna. Actualmente existe una Guía para Facilitar la Formulación de Proyectos de Inversión Pública Menores (2011) en donde desarrollan proyectos como: Fortalecimiento de Capacidades para Reducir el Embarazo en Adolescentes del Distrito Hermilio Valdizán, Provincia Leoncio Prado – Huánuco o como la Construcción e Implementación de la Casa Materna en el Centro de Salud Roque, Distrito de Alonso de Alvarado, Provincia de Lamas, entre otros; sin embargo, se aprecia que dichos proyectos están relacionados al aspecto de salud física, y existe una escasa o nula formulación de proyectos a nivel de salud mental.

En tal sentido, se busca introducir modelos prácticos para promocionar la salud mental dentro de la comunidad, teniendo como base sus actuales lineamientos de intervención comunitaria, refirió Bang (2014). Cuando nos referimos a la existencia de una forma distinta de estructurar los servicios de salud mental, se hace alusión justamente

al modelo de atención en salud mental comunitaria, ya que toma a la persona como un todo multidimensional, biológico, psicológico, social y espiritual y, concibe a la salud como un bien social que surge en el entorno natural de toda persona, familia o comunidad. La ministra de salud Hinostroza en enero del presente año, refirió que los Centros de Salud Mental Comunitaria son parte integral de la estrategia multisectorial del gobierno para dar frente a la violencia contra la mujer y familiar. Los especialistas trabajan de coordinación con los Centros de Emergencia Mujer (CEM), autoridades locales, vecinos y la propia comunidad prevención y detección de potenciales casos, indicó la funcionaria. En consecuencia, este modelo rompe las dicotomías relacionadas a lo individual/social y a lo biológico/ psicológico, así como a las hegemonías culturales, indicó MINSA (2018b). Este modelo se centra en el derecho de las personas a la salud. Se fundamenta en las necesidades, requerimientos y capacidades de los ciudadanos y las familias, siendo parte importante y de manera protagónica a las organizaciones comunitarias. Pederson (2007).

Thornicroft et al (2016) refiere que “en salud mental comunitaria, un íntegro cuidado no es solo la prestación de servicios en función a la sintomatología o diagnósticos de trastornos mentales, deficiencias y discapacidades de las personas (una perspectiva de enfermedad), también es enfatizar las fortalezas, capacidades y aspiraciones (una perspectiva de recuperación). En consecuencia, optimizar la capacidad personal para un desarrollo de identidad positiva, autogestionar la experiencia de la enfermedad y la búsqueda de roles individuales valorados socialmente, son objetivos de las prestaciones de servicios y apoyos. Este es un proceso donde la comunidad es un componente, trascendiendo la gestión de la adversidad ambiental haciendo hincapié en la fortaleza familiar, de las redes sociales, de la comunidad y de las organizaciones alrededor de quién se protege”.

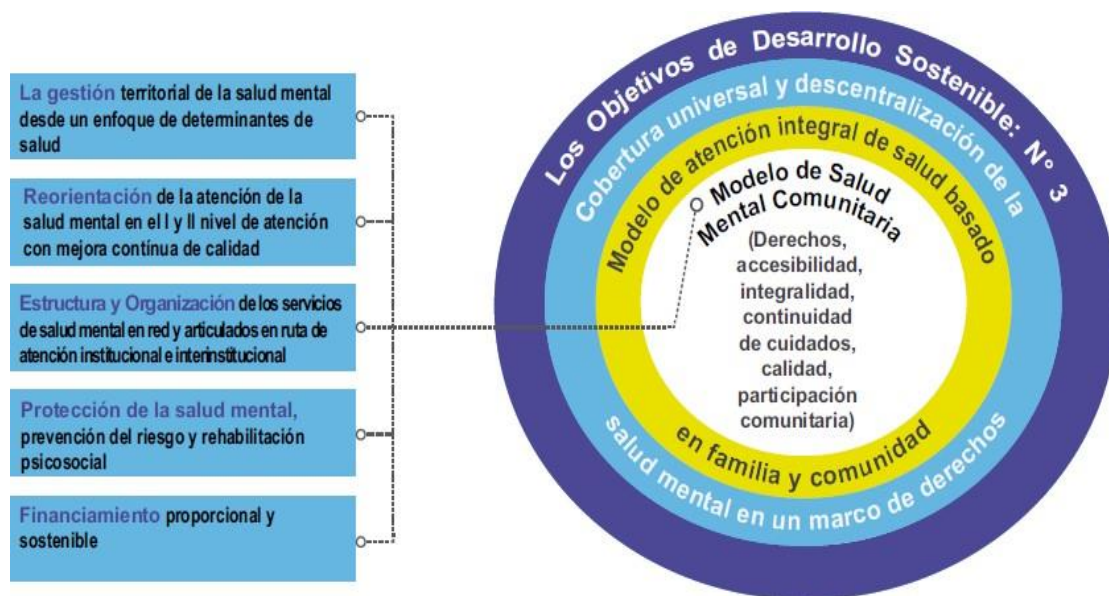


Figura N° 3: Componentes del Modelo de Salud Mental Comunitaria.

El Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC), está establecido con una categoría I-3 especializados, es un establecimiento que cuenta con profesional psiquiatra y con un área especializada para niños, adolescentes, adultos, adulto mayor, también cuenta con servicios en adicciones, participación social y comunitaria. Efectúan actividades para que los pacientes con trastornos mentales y problemas psicosociales tengan una atención ambulatoria especializada, así como para que se fortalezcan los aspectos técnicos de los establecimientos del nivel 1 y la actividad de la red social y comunitaria de su jurisdicción. MINSA (2017).

MINSA (2016), refiere que el modelo de Salud Mental Comunitaria es la forma específica de dar una nueva orientación a la atención de la salud mental en el nivel I de atención a través de un grupo de servicios generales, especializados y diferenciados, así como de programas que funcionan en red, cuya particularidad en este nivel es que es de tipo ambulatorio y, en el nivel II existe la hospitalización de corta y mediana estadía, relacionados a varios servicios y programas diferenciados y complementarios de hogares y residencias protegidas, posibilidades de aprendizaje ocupacional y empleo, así como pautas sobre recreación y uso del tiempo libre de los individuos por problemas de salud mental y trastornos mentales graves-severos.

El Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) es el articulador de Salud Mental de su jurisdicción. Las atenciones de los CSMC se fundamentan en un enfoque territorial para una población general de alrededor de 100000 personas. El CSMC brinda una oportuna atención a los individuos en realidad de emergencia psiquiátrica, y refiere a los que requieren ser hospitalizados a centros de nivel dos y/o tres según normativa de referencia y contra referencia del MINSA y la Ley General de Salud. MINSA (2017).

Un Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) gestiona a través de los siguientes documentos: Plan Operativo Anual (POA). Plan de Contingencia. Programa de intervención terapéutico psicosocial. Guías de práctica clínica de los trastornos mentales más frecuentes. Manual de procedimientos de bioseguridad. Registro de los indicadores. Registro de eventos adversos. Flujo de referencia y contra-referencias. Mapa de riesgo en salud mental. Libro u hoja de reclamaciones de acuerdo a la normatividad vigente. Libro u hoja de incidencias. Matriz para la elaboración del análisis de la situación de la salud (ASIS). Documentos asistenciales (carpeta de historia clínica, formato de historia clínica, hoja de referencia y contra-referencia, entre otras). Documentación de farmacia de acuerdo a la normativa vigente. Ante lo expuesto cabe recordar que se viene continuando con las inauguraciones de más centros de salud mental comunitarios, siendo el último que se inauguró en Barranco, del cual se beneficiarán más de 30 mil habitantes del distrito y zonas cercanas. Con este centro suman 134 CSMC que hasta la fecha se han inaugurado, MINSA (2020).

Luego de haber desarrollado el marco teórico de la presente investigación, se formula el siguiente problema general: ¿Existe cumplimiento de los lineamientos 2,3,7 y 9 para la acción en salud mental en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?, y los problemas específicos son: ¿ Existe cumplimiento del lineamiento 2 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?; ¿ Existe cumplimiento del lineamiento 3 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?; ¿ Existe cumplimiento del lineamiento 7 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?; ¿ Existe cumplimiento del lineamiento 9 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?

La justificación para la presente investigación radica en que la salud mental está estigmatizada, no solo para la persona que la padece, sino también para su entorno inmediato, las familias inclusive prefieren, a veces, no acudir a un centro de salud mental por el qué dirán los demás, es entonces que tienen que asumir el cuidado total de su familiar EM, conllevando así que ello se convierta en una responsabilidad enorme, sobrecargando la salud mental del cuidador y por ende con riesgo de socavar también su salud mental. Por otro lado, las familias que sí acuden a un centro de salud mental, muchas veces no lo hacen de forma oportuna, acudiendo al servicio cuando ya la situación es moderada o grave; sumando a ello que no terminan el tratamiento indicado por el profesional, abandonando inclusive las sesiones argumentando que vieron mejoras en su paciente familiar; sin embargo, muchos de ellos regresan al servicio solicitando retomar el tratamiento ya que su familiar empeoró su situación.

A todo ello, sumamos que mayormente los profesionales de la salud mental no cuentan con un adecuado desarrollo de sus recursos humanos infringiendo muchas veces la normativa. Sin embargo, existen otros pocos profesionales que tienen un adecuado criterio y sentido común para intervenir de una manera óptima y oportuna. Por los puntos mencionados, esta investigación busca generar reflexión tanto en los usuarios y familiares como en los profesionales de la salud; pero que no quede en ello, sino que sirva como propósito para tener una visión positiva de la salud mental, desde la perspectiva de los recursos y fortalezas, pero considerando también sus debilidades para así poder gestionar mejoras que lleguen a la población.

En tal sentido, los objetivos que se demuestran en la siguiente investigación son, como objetivo general: Determinar el cumplimiento de los lineamientos 2,3,7 y 9 para la acción en salud mental en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. Y como objetivos específicos: (a) Determinar el cumplimiento del lineamiento 2 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. (b) Determinar el cumplimiento del lineamiento 3 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. (c) Determinar el cumplimiento del lineamiento 7 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. (d) Determinar el cumplimiento del lineamiento 9 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo.

II. Método

Según Cuenya y Ruetti (2019), un estudio cualitativo enmarca la comprensión de fenómenos en su contexto usual basándose en descripciones situacionales sin pretender generalizar resultados. De acuerdo a lo mencionado, ésta investigación pertenece al enfoque cualitativo y por su finalidad se clasifica como descriptiva, ya que percibe los hechos tal y como se suscitan en su ambiente natural, como lo menciona Hernández (2018), corresponde a una investigación cualitativa comprender fenómenos, averiguando la apreciación de los implicados en su entorno normal y en relación con su medio contextual. En cuanto al paradigma, esta investigación utiliza el de tipo interpretativo ya que está dirigida al comprender la realidad, el cual se da mediante la interacción entre sujeto y objeto, existiendo una participación y comunicación entre el investigador y el objeto de estudio, para lo cual se utilizó el método de la entrevista a las autoridades del CSMCC para poder comprender e interpretar las percepciones de los involucrados.

2.1 Tipo y Diseño de la Investigación

El tipo de investigación utilizada en la presente tesis está orientado a comprender de manera realista si los profesionales de la salud mental conocen y cumplen los lineamientos de acción referidos para su área. Según el propósito de la presente investigación es de tipo básica o teórica al respecto Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez (2013), mencionan que es básica debido a que representa ser la columna de la investigación buscando investigar y descubrir nuevos conocimientos, así mismo el autor señala tres niveles: Investigación Básica exploratoria, descriptiva y explicativa; perteneciendo ésta tesis a una investigación básica descriptiva, la cual, señala, es una de segundo nivel pues su fin es obtener datos informativos sobre el tema de estudio. Según el nivel de profundidad, ésta tesis es descriptiva pues pretende describir el cumplimiento de los lineamientos redactados en esta investigación. Según el tipo de análisis de datos; es una investigación cualitativa, ya que se ha compilado información directa de autoría para el tema investigado. Según el tipo de inferencia, es una investigación inductiva, Cegarra (2012) ya que se basa en la descripción de los resultados por observaciones o experiencias de premisas singulares. Según la planificación de la toma de datos: es de tipo prospectivo. Según la intervención del investigador: la observación es su tipología pues se basa en analizar lo acontecido tal cual a través del trabajo de campo. Según el tiempo en el que se realiza la investigación; fue transversal pues se recopilaron datos en un corte

de tiempo con el fin de realizar una observación, descripción y documentación de diversos puntos de un hecho que se presenta de modo natural.

El diseño empleado para la presente tesis es el estudio de caso único con teoría fundamentada. Según lo manifestado por Ñaupas et al. (2014), un estudio de caso es una manera de indagación empírica que se ajusta para estudiar problemas prácticos o contextos en particular. En el caso de este estudio, se consideró como teoría a la documentación existente, tales como las leyes, resoluciones y normativa, así como los diferentes estudios realizados con anterioridad, que sumaron para culminar esta investigación.

2.2. Escenario de estudio

Según señalan Balcázar, Gonzáles, López, Gurrola y Moysén (2013) para toda investigación cualitativa es de suma relevancia el escenario de estudio, por lo que la presencia de una óptima relación entre los sujetos de estudio y el investigador es necesaria, con ello se tendrá mayor posibilidad para obtener otras investigaciones que ayuden en el desarrollo y terminar exitosamente la investigación propia; los mencionados autores indican a su vez que este sería un trabajo que requiere de esfuerzo y paciencia. Para esta investigación el escenario de estudio está conformado por el Centro de Salud Mental Comunitario que está ubicado en el distrito de Carabayllo.

2.3 Participantes

Al respecto Otiniano y Benites (2014) señala que los colaboradores del hecho son, las características de los que participan, arquetipos, estilos, conductas, patrones. Los sujetos de estudio pueden estar definidos por individuos, hechos, procesos, productos, grupos, instituciones o unidades de cualquier otra naturaleza (Hernández et al, 2014). En tal sentido, son los sujetos de estudio que serán el punto de investigación. En este caso particular de la investigación programada en la presente tesis, la población está conformada por los profesionales de la salud, que son: sujeto 1: un psiquiatra, sujeto 2: un psicólogo, sujeto 3: una terapeuta del lenguaje; que trabajan en el centro de salud mental.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó a través de la aplicación de las técnicas e instrumentos de entrevista, observación y revisión documental; según Báez (2017) con el instrumento de la entrevista se busca profundizar la investigación, la información que se requiere la tiene el entrevistado que será quien conduzca la entrevista bajo la guía del entrevistador, para lo cual se formulan preguntas abiertas a fin de profundizar en las respuestas, es así que en ésta investigación se realizó la entrevista de manera personal consiguiendo información válida; por otra parte se aplicó la técnica de observación del lugar de estudio y la revisión documental como fundamento para la realización de esta investigación.

Tabla N° 2:

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas	Instrumentos	Justificación
Entrevista	Guía de entrevista	Recoger información directa de los sujetos de estudio Recoger información sobre la problemática observada
Observación	Guía de observación	Observación metódica y actual en el contexto urbano en el que se desenvuelven las unidades de análisis. Observación del escenario de estudio.
Análisis documental	Guía de análisis	Registrar información convergente y divergente de la temática de estudio. Plasmar información documentaria del objeto de estudio.

2.5 Procedimientos

En primer lugar, se realizó una indagación de fuentes documentarias que consignaban información relevante para la investigación. También se realizaron las entrevistas a personas idóneas que laboran en el centro de salud mental comunitario, quienes brindaron información valiosa para este tema. En el primer caso la indagación evidenció falencias en cuanto a los lineamientos aplicados a dicho centro de salud mental, por otro lado, con los testimonios recabados se pudo realizar un análisis sistemático y extraer conclusiones referentes al tema en cuestión. Respecto a las categorías, Hurtado y Toro (2007) lo definen como los elementos de una variable de enfoque cualitativo, cuando estas son confusas, es necesario separar en sub categorías, que darán paso a los ítems, las categorías son enunciados que hacen posible la descomposición de un objetivo, en la presente investigación se consideró ciertos lineamientos como categorías, estos se ajustaban más

al objetivo de esta tesis. Dichas categorías y subcategorías son:

A. Categoría 1: Integración de la salud mental. Sub categoría A1: Calidad de vida. Sub categoría A2: Niveles de atención.

B. Categoría 2: Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental. Sub categorías B1: Detección de riesgos. Sub categorías B2: Prevención primaria y secundaria. Sub categoría B3: Atención ambulatoria y de emergencia. Sub categoría B4: Atención especializada. Sub categoría B5: Soporte familiar. Sub categoría B6: Rehabilitación con apoyo de la comunidad. Sub categoría B7: Seguimiento de pacientes.

C. Categoría 3: Desarrollo de los recursos humanos. Sub categoría C1: Capacitación integral. Sub categoría C2: Protección legal para profesionales y técnicos. Sub categoría C3: Soporte emocional para los profesionales de la salud. Sub categoría C4: Criterios de productividad. Sub categoría C5: Promover la investigación. Sub categoría C6: Formación de equipos interdisciplinarios.

D. Categoría 4: Participación de usuarios y familiares. Sub categoría D1: Desarrollar programas de educación a usuarios y familiares. Sub categoría D2: Incentivar y apoyar iniciativas de formulación de proyectos.

2.6 Método de análisis de la información

Posterior a la recogida de información con los instrumentos correspondientes, se procede a una comparación con los objetivos trazados en esta investigación. Según Bernal (2010) para investigar información recabada, se inicia desde un análisis inductivo, y se usa el método hermenéutico para interpretar dicha información, se analiza cada una de las entrevistas y se analiza individualmente, para luego unir los datos similares y discordantes conllevando así a un análisis más profundo del tema. Para ello se codifican los datos realizando una clasificación entre contenidos y concepciones llegando a consolidar los datos recogidos y permitiendo una explicación lógica, garantizando así la sistematización objetiva y verificable del contenido elaborado para el marco de esta investigación. De la misma forma, se usaron los datos extraídos de los documentos y de información brindada mediante las entrevistas que se efectuaron.

2.7 Aspectos éticos

Para la realización de la investigación se tuvo en consideración la objetividad en los resultados conforme al principio de veracidad; asimismo se consideró respetar los derechos de autoría y de la propiedad intelectual, por las convicciones políticas, responsabilidad social, política, jurídica y ética, etc. Por otro lado, esta investigación se concretó en función a las normas morales y de orden público, así mismo, cada entrevista se realizó con el permiso de cada uno de los entrevistados, se les dio a conocer el propósito de la entrevista, los objetivos de éste estudio, así como la problemática identificada, a fin de evitar inconvenientes respecto al derecho de autoría, las buenas costumbres, sobre todo evitar incurrir en tipificaciones como el delito contra la propiedad intelectual (plagio). Los profesionales entrevistados que participaron dieron autorización para el uso de la información y documentos brindados voluntariamente para así contribuir a la culminación de la tesis y sobre todo se ha desarrollado bajo el acatamiento de las disposiciones vigentes estimadas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo.

III. Resultados

En la presente investigación se usaron técnicas e instrumentos de recolección de datos tales como la entrevista, observación y análisis documental con la finalidad de recabar información fidedigna, también se consignó las respuestas planteadas por los profesionales de la salud que fueron entrevistados. A continuación, se muestran ordenados por objetivos y mediante las respectivas triangulaciones, poder arribar a la conclusión final.

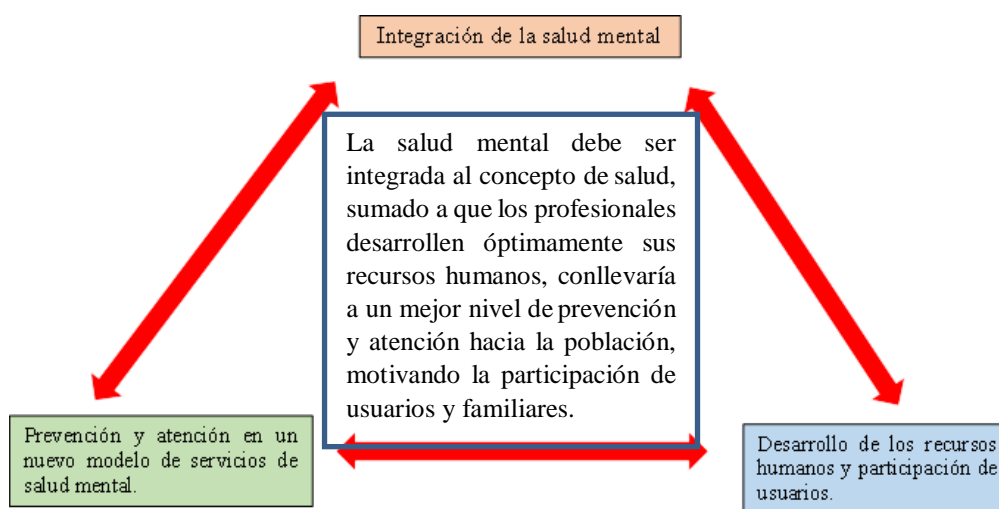


Figura N° 4: Triangulación de la observación de las unidades de análisis

En esta figura se ha consignado las unidades de análisis que se han manejado para la ejecución del presente trabajo de investigación; por un lado, se considera que debería existir una adecuada integración de la salud mental al concepto de salud ya que ciertos profesionales y sobre todo pacientes aun desligan que la salud física va de la mano con la salud mental. Por otro lado, cabe mencionar que no todo profesional de la salud está debidamente capacitado tanto a nivel personal como profesional para atender de forma adecuada a usuarios con problemas en su salud mental, por lo que existe una escasa o nula motivación a pacientes y familiares a conocer e informarse más sobre aquella dificultad que los aqueje; en consecuencia, el nivel de prevención y atención, aunque se brinde, no es el óptimo ya que no garantizan la efectividad de los tratamientos.

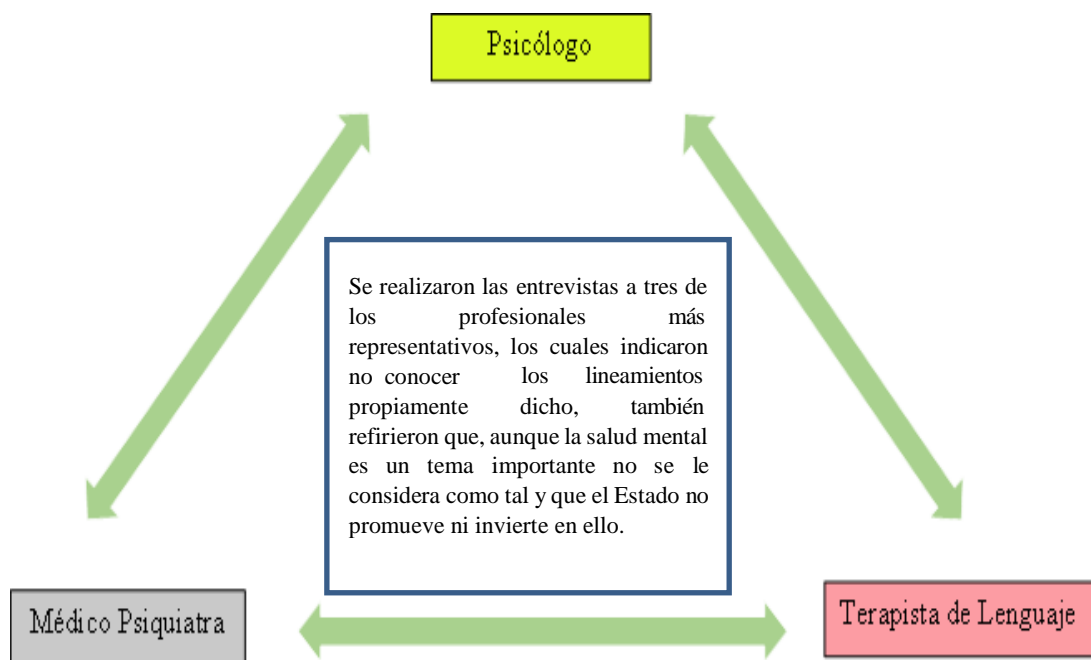


Figura N° 5: Triangulación de instrumentos de entrevista

De esta figura se puede concluir que, el psicólogo, el psiquiatra y la terapeuta de lenguaje concuerdan en no tener conocimiento de cuáles son los lineamientos para la acción en salud mental, así como que perciben la falta de compromiso del Estado por invertir en el perfeccionamiento de los recursos humanos; es decir, no realizan capacitaciones de acuerdo a las necesidades pues son repetitivas o simplemente no les hacen participe de dichas reuniones, pese a ello los tres profesionales aducen que brindan en la medida que les es posible una adecuada atención a los pacientes y sus familiares, así como haciéndoles su respectivo seguimiento.

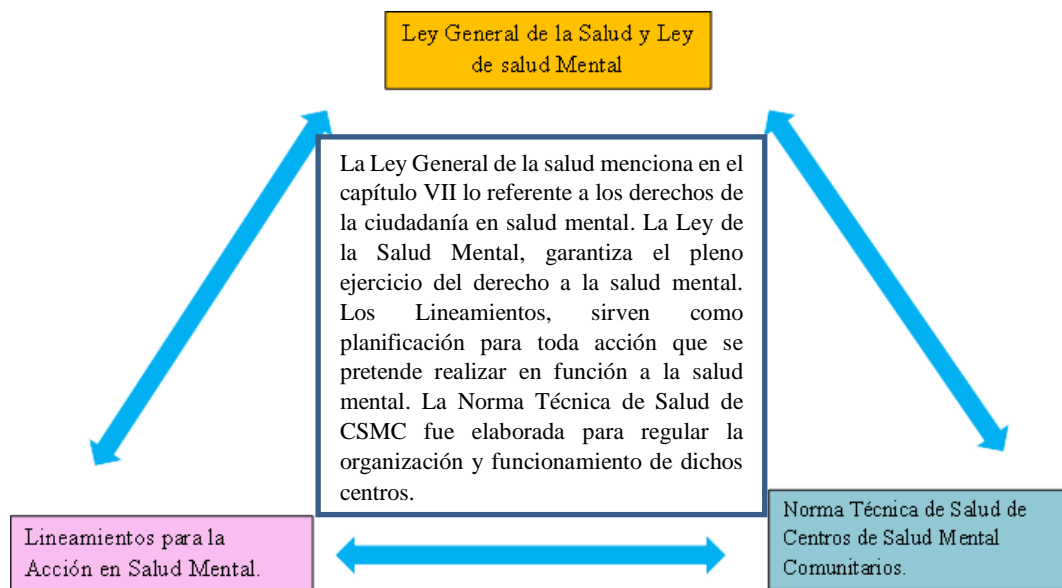


Figura N° 6: Triangulación de análisis documental

En el gráfico mostrado se ha representado el fundamento legal y documental que se ha estudiado para la elaboración de la presente investigación. Así tenemos la Ley General de la Salud (Ley 26842) que normaliza el derecho a la defensa de la salud que tiene todo habitante en nuestro territorio peruano, garantizando los derechos de las personas con problemas de salud mental, así como la Ley de la Salud Mental (Ley 30947), que establece y garantiza que los ciudadanos tendrán acceso a la atención, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para ejercer plenamente el derecho a la salud y bienestar personal, familiar y de comunidad. De modo similar, en el 2004 el MINSA, aprobó los Lineamientos para la acción en Salud Mental, para proporcionar orientación respecto a la instauración de las bases de organización de las operaciones de salud mental y la preparación de un nuevo plan nacional de salud mental. Cabe mencionar respecto a la Norma Técnica de Salud de Centro de Salud Mental Comunitario que fue elaborada con la finalidad de optimizar la salud mental y la calidad de vida de los pobladores, sobre todo de aquellos que padecen algún trastorno mental y/o problemas psicosociales, sus familiares y comuna, permitiéndoles un mayor acceso a los servicios de salud.

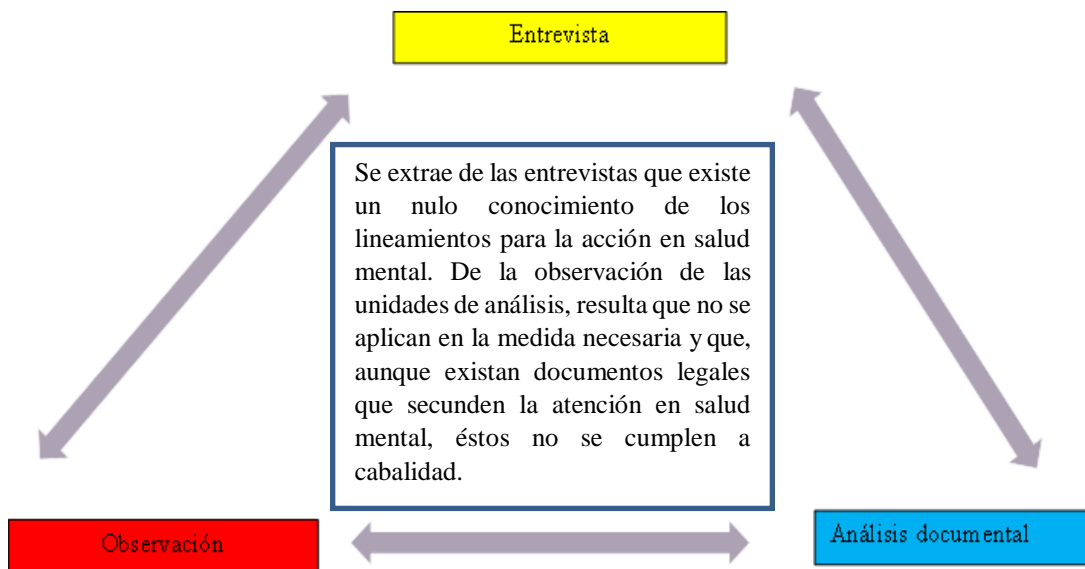


Figura N° 7: Triangulación de entrevista, observación y análisis documental.

De la aplicación de las técnicas e instrumentos se concluye que, pese a la base legal que sostiene el derecho de las personas por recibir atención en salud mental, éste derecho no es cumplido ni respetado al cien por ciento, tanto para los pacientes, sus familias ni tampoco para los profesionales que no dejan de ser ciudadanos y seres humanos que también experimentan situaciones problemáticas. Lo cual conlleva a inferir que en nuestro país todavía estamos dando nuestros primeros pasos en lo que respecta al importante tema de la salud mental.

A continuación, se describen los resultados de la investigación por objetivos:

Objetivo 1: Determinar el cumplimiento del lineamiento 2 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. Considerando que este lineamiento refiere a la integración de la salud mental en la concepción de la salud, la investigación infiere que actualmente es casi nula la percepción que se tiene de que ambas están interrelacionadas. No solo los pacientes carecen de dicho conocimiento, sino también se refleja en algunos profesionales, manteniéndola dicotomía entre lo físico y lo mental, lo cual dificulta la comprensión del significado de bienestar de las personas.

Objetivo 2: Determinar el cumplimiento del lineamiento 3 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. Dicho lineamiento indica sobre la prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes. El centro de salud mental comunitario de Carabayllo al ser un centro de referencia de los demás

puestos y centros de nivel I, su función es tratar la patología existente en el paciente; es decir, la existencia del centro se basa en dar un tratamiento a un paciente que padece una patología, y según el modelo de intervención, tratar de integrar a la familia del paciente para reestablecer sus funciones perdidas.

Objetivo 3: Determinar el cumplimiento del lineamiento 7 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. Este lineamiento habla sobre el desarrollo de los recursos humanos, nos indica la necesidad de la capacitación para poder brindar calidad en los servicios de salud mental. Cabe resaltar que el personal del centro de salud mental comunitario la mayoría es especialista, pero es debido al interés personal del trabajador, además podemos señalar que no hay capacitación que sea brindado por su ente rector hacia los trabajadores, y menos existe un programa de capacitación anual que permita potenciar los niveles de eficiencia de los especialistas.

Objetivo 4: Determinar el cumplimiento del lineamiento 9 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. Respecto a la participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental se puede concluir que, la finalidad es la de brindar apoyo sostenido fuera del consultorio para su reinserción en la sociedad. No existe programas estandarizados para poder crear grupos de apoyos comunitarios que estén integrados por vecinos o familiares de los pacientes con el objetivo de poder intervenir en prevenir las atenciones de salud mental, la participación es cerrada al familiar del paciente, pero en el aspecto de seguimiento. Cabe señalar un punto importante, que es el estigma social, que ante la necesidad hay una falta de interés por promover hábitos saludables.

IV. Discusión

La presente tesis que lleva como título “Lineamientos para la acción en salud mental en el centro de salud mental comunitarios de Carabayllo”, llega a su término a través de la presente discusión, en donde se contrastará los datos obtenidos a lo largo del desarrollo de la investigación; teniendo como fuente los antecedentes nacionales e internacionales y las teorías/documentos que se mencionaron en la introducción, relacionados al tema. En tal sentido, la investigación ha permitido el desarrollo del objetivo general, el cual es, determinar el cumplimiento de los lineamientos 2,3,7 y 9 para la acción en salud mental en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo. Cabe mencionar que dichos lineamientos trabajados en esta tesis son: integración de la salud mental en la concepción de la salud (lineamiento 2), prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes (lineamiento 3), desarrollo de los recursos humanos (lineamiento 7), participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de la salud mental (lineamiento 9).

Es importante conocer que la salud mental históricamente en nuestro país no estaba reconocida como un pilar de la salud en las personas; es por ello que no se brindaba un presupuesto directo para la promoción, prevención y menos aún se consideraba el tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales o con problemas psicosociales; sin embargo, las consecuencias de ignorar la relevancia de la salud mental fueron devastadoras trayendo consigo violencia, deserción, y pérdidas de vidas.

Para contrastar los resultados obtenidos, se menciona a la investigación realizada por Sánchez et al (2016), en Lambayeque-Perú, sobre trastornos mentales, los cuales coinciden al concluir que uno de los problemas con mayor incidencia son los trastornos mentales, más aún en estudiantes de nivel superior pudiendo evidenciar predisposición a dificultades emocionales y psicosociales. Así mismo se entra en concordancia con la presente tesis al inferir en la necesidad de mayores investigaciones epidemiológicas en la población estudiantil mencionada.

De modo similar se menciona a Fiestas et al (2014), quienes en una investigación realizada en cinco ciudades del Perú, concluyeron que los trastornos de ansiedad como los de control de impulsos tienen su inicio en los 15 años y 20 años respectivamente y que se estima con este estudio que aproximadamente los trastornos de salud mental se inician antes de los 30 años que es la edad promedio donde las personas cursan estudios

universitarios. Todo ello en concordancia ante la información versada por los profesionales de la salud que fueron entrevistas y que dicha argumentación se evidencia en la desgravación de las entrevistas.

En la investigación realizada por Allende y Villafuerte (2017), menciona los siguientes factores principales para cubrir íntegramente el aspecto de la salud mental, (1) unificación de un sistema como proveedor de servicios de salud y eliminando así la fragmentación actual; en este punto existe una divergencia ya que el sistema de salud del Perú está dividido dado por el Ministerio de Trabajo (ESSALUD) y el Ministerio de Salud (MINSA) dejando de lado esa anhelada unificación. (2) descentralización de la atención en salud mental y no solamente en nivel terciario sino fortaleciendo también los niveles de atención primaria y secundaria; en este punto si existe una similitud con lo versado en esta tesis pues la normativa del nuevo servicio de atención comunitaria descentraliza las atenciones ya que dichos centros no se encuentran solo en la capital sino también en otros departamentos lo cual conlleva a brindar una atención que abarque a la mayor cantidad de ciudadanos. (3) disponer de un registro interconectado de afiliados para determinar el número de personas con y sin cobertura; en el Perú si existe una base donde cada centro de atención a la salud tiene cierta información de los pacientes, estos registros tienen una interconexión con otros servicios de salud en el interior del país por lo que se facilita la atención de los pacientes. En esta tesis también se considera que en un corto plazo los trastornos mentales afectaran de tal manera al país que éste se verá inmerso en una posible epidemia lo que conllevaría a un desbarajuste económico nacional.

En el año 2012 se promulgó la Ley N°298896 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N° 26842) garantizando así el acceso universal e igualitario de las personas con dificultades en su salud mental y el respeto a este derecho; sin embargo, en esta investigación y considerando las experiencias de los profesionales, se concluye que pese a que haya una mejora en la manera de atender y entender la salud mental en nuestro país haciendo participe a ciudadanos y a las comunidades en un cuidado consecuente y propiciando mejores condiciones para ejercer el derecho a la salud mental, aun no existe la universalidad puesto que hay poblaciones que no tienen acceso a dichas atenciones y tampoco son equitativas ya que se evidencia discriminación y estigmatización para los pacientes y sus familias, no solo por parte de miembros de la

comunidad sino y es peor aún, por ciertos profesionales que etiquetan a los pacientes, llegando inclusive a evitar atenderlos.

Pese a que en la población nacional no haya en su totalidad un entendimiento al cien por ciento de la imperativa necesidad de asumir la salud mental como sumamente importante para el óptimo desarrollo de los seres humanos, la reforma en salud mental comunitaria ha obtenido un vasto apoyo de sectores políticos, internacionales, académicos y medios de comunicación, en consecuencia cuenta con toda la posibilidad de expandirse a todo el sector de la salud a nivel nacional, yendo de la mano con el compromiso de las autoridades, el aumento gradual de financiamiento público y las estrategias colaborativas nacionales e internacionales. Lo que se pretende con esta investigación es difundir este nuevo modelo de intervención para que la población tenga conocimiento de que su problemática de salud mental no está siendo dejada de lado, pero que a su vez sepan que tienen derecho a dicha atención óptima pues cada vez se está descentralizando más estos servicios y que, el Estado tenga conocimiento de que los profesionales de la salud mental requieren capacitaciones oportunas para cubrir las necesidades de la comunidad y no solo de dicho entorno sino que ellos propiamente dicho también requieren de un espacio donde se les brinde apoyo emocional para evitar así el conocido síndrome de Burnout.

En tal sentido los resultados de esta investigación convergen en ciertos puntos con los antecedentes y los documentos revisados; sin embargo, hay otros puntos en los cuales existe una divergencia contundente, tal es el caso de que hay un desconocimiento total por parte de los profesionales de la salud mental del centro de salud mental comunitario de Carabayllo, en referencia a los lineamientos de acción para la salud mental; es decir, realizan su trabajo básicamente a criterio personal y cumpliendo ciertos indicadores básicos, mas no trabajan en función a dichos lineamientos pues no los conocen.

V. Conclusiones

Primera:

Existe un completo desconocimiento de los lineamientos para la acción en salud mental; sin embargo, se realizan actividades mencionadas dentro de estos lineamientos, pero el personal no los conoce como tal, por lo que se evidencia el incumplimiento casi total de los mismos.

Segunda:

Se evidencia que es sostenible y viable una reforma de los servicios de salud mental de base comunitaria.

Tercera:

Las atenciones que se efectúan son básicamente a nivel ambulatorio, por lo que no existe un cabal seguimiento a los pacientes, así mismo se evidencia una nula intervención de la comunidad para brindar apoyo en la rehabilitación de dichos pacientes.

Cuarta:

Las capacitaciones brindadas al personal profesional de la salud, en caso se den, son en su mayoría repetitivas o se basan en explicaciones técnicas como llenado de fichas, etc. Además, que, suele ocurrir que, no se les hace partícipe a todos los profesionales involucrando a personal técnico que, en el caso de salud mental, su participación no es contundente.

Quinta:

Los profesionales de la salud mental como son los psicólogos no cuentan con una protección legal ante situaciones de riesgo o difamación acontecidos dentro de la praxis diaria.

Sexta:

No existe un programa que brinde soporte emocional para los profesionales de la salud mental, siendo ellos quienes brindan ese soporte a los pacientes y sus familias, es necesario que ellos cuenten con un espacio para desfogar todo aquello que les pueda aquejar sea a nivel profesional o personal y así brindar una mejor calidad de atención.

Séptima:

Se evidencia la escases de programas donde brinden educación a los pacientes y sus familiares de cómo prevenir trastornos mentales o problemas psicosociales y cómo atender a sus familiares pacientes cuando ya estén en casa.

VI. Recomendaciones

Primera:

Establecer políticas de salud mental de manera transversal en instituciones estatales y particulares dentro de la jurisdicción del centro de salud mental comunitario de Carabayllo.

Segunda:

Brindar capacitaciones al personal de salud, sobre los lineamientos para la acción en salud mental. De la misma manera capacitar en la sala de espera al público en general sobre los programas de atención como derechos y deberes propios.

Tercera:

Aumentar el presupuesto para poder realizar capacitaciones y poder contratar educadores en salud mental para brindar información sobre temas de abordaje terapéutico.

Cuarta:

Coordinación con los agentes comunitarios municipales, para brindarles capacitaciones y así promover gestores en salud mental dentro de la comunidad.

Quinta:

Promover leyes de protección para los profesionales, así como un espacio donde puedan liberar tensiones propias de su labor en salud.

Sexta:

Realizar talleres a los familiares de los pacientes, agrupándolos por diagnóstico, para informarles sobre la atención que deben brindar a sus pacientes en el hogar, formas de prevenir complicaciones y detectar posibles comorbilidades.

Séptima:

Coordinación con instituciones públicas como colegios para poder capacitar a grupos pares profesores y de adolescentes en temas de salud mental, con el objetivo que puedan detectar e informar a los profesionales competentes de la institución y esta articular la

información a los puestos de salud o centros de salud más cercanos. Contratación de educadores para incluir hábitos de salud mental en la población.

Octava:

Promover las investigaciones sobre temas de salud mental y otros, cuyos resultados o conclusiones lleven a la adquisición de mayores conocimientos. Esto quizá a través de algún incentivo o premio como medio de motivación, ya sea a nivel económico o creditaje abalados por los colegios profesionales correspondientes y por el MINSA.

Referencias

- Allende, J. y Villafuerte, J. (2017). Análisis de la cobertura de seguro para trastornos mentales en el Perú. (Tesis de maestría, Universidad ESAN). (Acceso el 12 de diciembre de 2019).
- Arévalo, J. (sf). Criterios Generales de Medición de la Productividad. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/336865107/Criterios-Generales-de-Medición-de-La-Productividad>
- Baez, J. y Pérez de Tudela (2007). Investigación Cualitativa. (1° Edición). Madrid: ESIC Editorial.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Argentina: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Universidad de Buenos Aires: *Psicoperspectivas*: Vol.13 no.2
- Baptista, M. & Oliveira, A. (2004). Sintomatología de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Cabezas, C. (2010). Necesidad de la investigación en salud para contribuir a la equidad, la salud y el desarrollo. *Rev Perú Me Exp Salud Publica*: 27(3):310-11.
- Cegarra, S. (2012). Los Métodos de Investigación. (1° Edición). Madrid: ESIC Editorial.
- Comité técnico sectorial de servicios de emergencias (2004). Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud. MINSA.
- Corcuera, R; Hidalgo, C; Quintana, A. (2006). Exigibilidad del derecho a la salud. Acceso a la atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del derecho a la salud.
- Chávez, T. (2016) Perú: Políticas en Salud Mental posconflicto armado interno. Revisión de estándares, estrategias y buenas prácticas para la recuperación integral de víctimas. (Tesis de maestría, PUCP). (Acceso el 12 de diciembre de 2019).

- Díaz Lina, Arredondo, A.; Pelcastre-Villafuerte, Blanca; Hufty, M. (2017). Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. Brasil: Universidad de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*: Vol. 51, 2017 (pp. 1-13).
- Etienne, C. (2018). Mental health as a component of universal health. *Rev Panam Salud Pública*; 42: e140. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
- Equipo de Expertos (2018). Los niveles de prevención de enfermedades. Características fundamentales. Universidad Internacional de Valencia: Ciencias de la Salud.
- Erazo, E. (sf). Definiciones y criterios de productividad. Recuperado de <https://prezi.com/kgjamfr5rcrj/definiciones-y-criterios-de-productividad/>
- Fiestas, F. y Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano. Resultados del estudio mundial de salud mental-Perú. *Rev. Per. med. exp. salud pública*:2014; 31(1):39-47.
- Gutiérrez, C. y Mayta P. (2003). Publicación desde el Pregrado en Latinoamérica: importancia, limitaciones y alternativas de solución. Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. Recuperado de http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1680-83982003000100010&script=sci_arttext
- Henoa, S. et al (2016). Políticas públicas vigentes en salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev. Fac.Nac. Salud Pública*: 34 (2): 184-192.
- Hernández, R. et al. (2014). Metodología de la investigación. (6ta Edición). México: Edamsa Impresiones S.A.
- Hernández, S. (2020). Medicina de rehabilitación: discapacidad, rehabilitación, humanidad.
- Hinostroza, E. (06 de enero de 2020). Entrevista en inauguración del Centro de Salud Mental Comunitario de Barranco-Lima.

- Hospital Luis Vernaza: Junta de beneficencia de Guayaquil. (sf). Programa educativo para pacientes y familiares. Recuperado de <https://www.hospitalvernaza.med.ec/programa-educativo-pacientes-familiares>
- Hurtado y Toro (2017) Paradigmas y Métodos de la Investigación en tiempos de cambio (2° Edición). Venezuela: Editorial CEC.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao 2007. Lima: INSM.
- Janssens, J., Bruyn, E. J., Manders, W. & Scholte, R. (2005). The multitrait-multimethod approach in family assessment: Mutual parent-child relationships assessed by questionnaires and observations. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(4), 232-239
- Jorgen, A. (2003). “Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept”. En: *The Scientific World Journal* 3 (pp. 1030-1040).
- Kohn, R. et al (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Pública*, 42: e165. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Lopera-Echavarría, J. (2014). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. Universidad de Antioquia. *Revista facultad nacional de salud pública*: vol. 32 (2014). pp. 6-7.
- Luna-Solís, Y. (2015). Producción científica en salud mental en Perú. Reto en tiempos de reforma de salud. *Acta méd. Peruana*: Vol.32 no.1. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000100005
- Management Sciences for Health. (2011). Guía para Facilitar la Formulación de Proyectos de Inversión Pública Menores. Proyecto USAID “Municipios y

Comunidades Saludables II. Recuperado de
http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/FORMULA_PROY_Guia_Implem_PipMenor.pdf

Mineloti, A. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 42: e131.
Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>

MINSA (2018b). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2108-2021.

MINSA (2016). Salud Mental Comunitaria: Nuevo Modelo de Atención. Boletín de Gestión.

MINSA (2017). Norma Técnica de Salud-Centros de Salud Mental Comunitarios.

MINSA. (2018). Plan de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA del 20 de abril de 2018. (pág. 15).

MINSA (2018a). Lineamientos de Política sectorial en salud mental. Perú.

MINSA. (2020). Salud Mental: Perú continua con la implementación de centros de salud mental comunitarios. Recuperado de
https://www.paho.org/per/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=210

Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez. (2013). Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. (3° Edición). Perú: Ediciones de la U.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente-Práctica. Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2006b). Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS (Courtis, C. Trad.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2007). ¿Qué es la salud mental? Recuperado de
<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

OMS. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones

- para una cobertura sanitaria universal. Genova, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Apoyo a la ejecución de las políticas de salud mental en la Américas: Un enfoque basado en los derechos humanos. Hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción en salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. (Edición 2017). Resumen: Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 53 Consejo Directivo, 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-of-action-on-MH-2014.pdf>.
- Pérez, J. y Gardey, A. (2014). Definición de: Definición de ambulatorio. Recuperado de (<https://definicion.de/ambulatorio/>)
- Pinkerton, J. & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and Family Social Work*, 12(3), (pp 219-228).
- Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decreto Supremo N°005-2012-TR
- Rondón, M. (2006). Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Perú Med. Exp. Salud Pública* 23(4).
- Salmurri, F. (2018). Libertad Emocional. Estrategias para educar las emociones. España: Paidós.
- Sánchez C, Chichón J, León F, Alipazaga P. (2016). Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque. *Rev. Neuropsiquiatr*, 2016;79(4):1-10.
- Ticona, 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? (Tesis de maestría, PUCP). (Acceso el 28 de diciembre de 2019).

Ugarte, O. (2008). Informe sobre los servicios de salud mental del subsector ministerio de salud del Perú. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Recuperado de https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/mh_who_aims_peru_apr2010_en.pdf?ua=1

Utopía CF. (2017). Qué es un equipo interdisciplinario y cómo hacer que funcione.

Recuperado el 20 de diciembre de 2019 de, <http://utopia-consultores.com/que-es->

World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development

Goals. Geneva: World Health Organization. Recuperado de

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/

ANEXOS

Anexo 1:

Tabla N^a 3:

Matriz de Consistencia.

Problema general	Objetivo general	Categoría	Sub categorías	Técnicas	Instrumentos
¿Existe cumplimiento de los lineamientos 2, 3, 7 y 9 para la acción en salud mental en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?	Determinar el cumplimiento de los lineamientos 2,3,7 y 9 para la acción en salud mental en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo.	Integración de la salud mental.	Calidad de vida. Niveles de atención.	Entrevista	Guía de entrevista
Problemas específicos	Objetivos específicos	Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental.	Detección de riesgos. Prevención primaria y secundaria. Atención ambulatoria y de emergencia. Atención especializada. Soporte familiar. Rehabilitación con apoyo de la comunidad. Seguimiento de pacientes.	Observación	Guía de observación
¿Existe el cumplimiento del lineamiento 2 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?	Determinar el cumplimiento del lineamiento 2 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo.			Análisis de documentos	Guía de análisis documental
¿Existe el cumplimiento del lineamiento 3 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?	Determinar el cumplimiento del lineamiento 3 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo.				
¿Existe el cumplimiento del lineamiento 7 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?	Determinar el cumplimiento del lineamiento 7 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo.	Desarrollo de los recursos humanos.	Capacitación integral. Protección legal para profesionales y técnicos. Soporte emocional para los profesionales de la salud. Criterios de productividad. Promover la investigación. Formación de equipos interdisciplinarios.		
¿Existe el cumplimiento del lineamiento 9 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo?	Determinar el cumplimiento del lineamiento 9 en el centro de salud mental comunitario de Carabayllo.	Participación de usuarios y familiares.	Desarrollar programas de educación a usuarios y familiares. Incentivar y apoyar iniciativas de formulación de proyectos.		

Anexo 2:

Instrumento de recolección de datos-Cuestionario

1. ¿Cuáles son los lineamientos para la acción en Salud Mental?
2. ¿Considera Ud. que existe una adecuada integración de la salud mental en el CSMCC?
 - a) ¿Cómo se fomenta en los pacientes la calidad de vida?
 - b) ¿Cuáles son los niveles de atención en el CSMCC?
3. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una oportuna prevención de los trastornos?
4. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una adecuada atención a los pacientes y sus familiares?
 - a) ¿Cuál es el procedimiento para la detección de los factores de riesgo en los diferentes pacientes que atienden el en CSMCC?
 - b) ¿De qué manera realizan la prevención en pacientes y a qué nivel, en el CSMCC?
 - c) ¿Existe atención ambulatoria y de emergencia en el CSMCC y de qué manera se realizan?
 - d) ¿Existe atención especializada en el CSMCC y de qué manera se realiza?
 - e) ¿De qué manera se realiza el soporte emocional a la familia de los pacientes en el CSMCC?
 - f) ¿Qué rol cumple la comunidad en la rehabilitación de los pacientes en el CSMCC?
 - g) ¿De qué manera se realiza el seguimiento de pacientes en el CSMCC?
5. ¿Cree que es importante el grado de desarrollo profesional alcanzado por el personal que atiende en el CSMCC, por qué?
6. ¿Ud considera que el Estado promueve el desarrollo de los RRHH en el CSMCC?
 - a) ¿El programa de capacitación anual para el personal se sustenta con los módulos de atención que hay en el CSMCC?
 - b) ¿Existe algún programa de protección legal para el personal profesional y técnico del CSMCC, cómo funciona?
 - c) ¿De qué manera se brinda soporte emocional para los equipos de SM del CSMCC?

- d) ¿Cuáles son los criterios de evaluación de productividad en el CSMCC?
 - e) ¿Cómo se promueve la investigación en el CSMCC?
 - f) ¿Cómo funcionan los equipos interdisciplinarios en el CSMCC?
7. ¿En el CSMCC, existe participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de trastornos?
- a) ¿En el CSMCC, existen programas de educación a los pacientes y familiares, cómo los desarrollan?
 - b) ¿En las charlas y sesiones familiares, considera Ud. la particularidad familiar?

Anexo 3:

Tabla N 4°:

Matriz de desgravación de entrevistas

ENTREVISTADO	PREGUNTA	RESPUESTA
PSIQUIATRA	1. ¿Cuáles son los lineamientos para la acción en Salud Mental?	No lo sé, no he recibido capacitación sobre el tema.
	2. ¿Considera Ud. que existe una adecuada integración de la salud mental en el CSMCC?	Recientemente en los últimos meses, sí.
	a) ¿Cómo se fomenta en los pacientes la calidad de vida?	Equipo multidisciplinario, medico - nutrición, enfermera, actualmente con salud familiar
	b) ¿Cuáles son los niveles de atención en el CSMCC?	I-3
	3. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una oportuna prevención de los trastornos?	La prevención es muy poca, ya que el personal solo se dedica más a la intervención, recuperando a los pacientes
	4. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una adecuada atención a los pacientes y sus familiares?	Tenemos el equipo completo, donde tratamos los problemas psicosociales y trastornos mentales. Falta implementar la rehabilitación psicosocial

a) ¿Cuál es el procedimiento para la detección de los factores de riesgo en los diferentes pacientes que atienden en el CSMCC?	A través de las sesiones se puede visualizar los factores de riesgo.
b) ¿De qué manera realizan la prevención en pacientes y a qué nivel, en el CSMCC?	No se previene, se realiza la intervención, no es nuestro nivel realizar la prevención, aunque si lo hacemos en ocasiones.
c) ¿Existe atención ambulatoria y de emergencia en el CSMCC y de qué manera se realizan?	En algunas ocasiones hemos tenido emergencias solucionadas por el equipo, pero derivamos los casos más severos a los hospitales correspondientes.
d) ¿Existe atención especializada en el CSMCC y de qué manera se realiza?	Todo los integrantes del equipo son especialistas.
e) ¿De qué manera se realiza el soporte emocional a la familia de los pacientes en el CSMCC?	Con talleres de autoayuda que realiza el área de psicología, según la patología del paciente.
f) ¿Qué rol cumple la comunidad en la rehabilitación de los pacientes en el CSMCC?	Ninguna.
g) ¿De qué manera se realiza el seguimiento de pacientes en el CSMCC?	Visitas domiciliarias, tenemos una lista de pacientes y su diagnóstico.
5. ¿Cree que es importante el grado de desarrollo profesional alcanzado por el personal que atiende en el CSMCC, por qué?	Sí, porque hay pacientes que han sido derivados al INSM y después son derivados para psicología porque según la intervención psicológica son pronósticos favorables.
6. ¿Ud considera que el Estado promueve el desarrollo de los RRHH en el CSMCC?	No
a) ¿El programa de capacitación anual para el personal se sustenta con los módulos de atención que hay en el CSMCC?	Son pocos los puntos que vemos.
b) ¿Existe algún programa de protección legal para el personal profesional y técnico del CSMCC, cómo funciona?	No existe ninguno.
c) ¿De qué manera se brinda soporte emocional para los equipos de SM del CSMCC?	No se brinda.

	d) ¿Cuáles son los criterios de evaluación de productividad en el CSMCC?	De acuerdo al indicador establecido, cumplimiento de metas y productividad
	e) ¿Cómo se promueve la investigación en el CSMCC?	No se promueve.
	f) ¿Cómo funcionan los equipos interdisciplinarios en el CSMCC?	A través de reuniones con el estudio de caso y reestructurar la psicológica y la farmacología que recibe el paciente.
	7. ¿En el CSMCC, existe participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de trastornos?	En prevención no, porque tenemos personal limitado en la atención a los familiares si se puede dar los grupos de autoayuda para evitar recaídas del paciente.
	a) ¿En el CSMCC, existen programas de educación a los pacientes y familiares, cómo los desarrollan?	No, se da apoyo de acuerdo la situación diaria, siendo simple o compleja.
	b) ¿En las charlas y sesiones familiares, considera Ud. la particularidad familiar?	Si, de acuerdo al diagnóstico hacemos las charlas y las intervenciones familiares.

ENTREVISTADO	PREGUNTA	RESPUESTA
TERAPEUTA DE LENGUAJE	1. ¿Cuáles son los lineamientos para la acción en Salud Mental?	No se.
	2. ¿Considera Ud. que existe una adecuada integración de la salud mental en el CSMCC?	Se necesita mejorar algunas cosas, especialmente las capacitaciones.
	a) ¿Cómo se fomenta en los pacientes la calidad de vida?	Charlas preventivas.
	b) ¿Cuáles son los niveles de atención en el CSMCC?	Psiquiatría, psicología , terapias, medicina familiar y asistencia social.

3. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una oportuna prevención de los trastornos?	Si, trastorno de lenguaje expresivo, esto se da en la terapia y sirve para no agudizar los problemas que pueda traer el paciente.
4. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una adecuada atención a los pacientes y sus familiares?	Si, la atención es adecuada.
a) ¿Cuál es el procedimiento para la detección de los factores de riesgo en los diferentes pacientes que atienden el en CSMCC?	La detección se realiza en la atención primaria , es decir en los centros o puestos de salud, luego son referidos a nuestro establecimiento.
b) ¿De qué manera realizan la prevención en pacientes y a qué nivel, en el CSMCC?	A través de la educación al paciente.
c) ¿Existe atención ambulatoria y de emergencia en el CSMCC y de qué manera se realizan?	En terapia del lenguaje no hay emergencias.
d) ¿Existe atención especializada en el CSMCC y de qué manera se realiza?	Después de la evaluación se realiza el tratamiento -18 sesiones- y luego el alta.
e) ¿De qué manera se realiza el soporte emocional a la familia de los pacientes en el CSMCC?	Derivación si se requiere.
f) ¿Qué rol cumple la comunidad en la rehabilitación de los pacientes en el CSMCC?	No cumple ningún rol.
g) ¿De qué manera se realiza el seguimiento de pacientes en el CSMCC?	Visitas domiciliarias .
5. ¿Cree que es importante el grado de desarrollo profesional alcanzado por el personal que atiende en el CSMCC, por qué?	Si, para mejorar la calidad de los servicios.
6. ¿Ud considera que el Estado promueve el desarrollo de los RRHH en el CSMCC?	No, hay poco interés.
a) ¿El programa de capacitación anual para el personal se sustenta con los módulos de atención que hay en el CSMCC?	No.

	b) ¿Existe algún programa de protección legal para el personal profesional y técnico del CSMCC, cómo funciona?	No.
	c) ¿De qué manera se brinda soporte emocional para los equipos de SM del CSMCC?	No se brinda.
	d) ¿Cuáles son los criterios de evaluación de productividad en el CSMCC?	No conozco los criterios.
	e) ¿Cómo se promueve la investigación en el CSMCC?	No existe.
	f) ¿Cómo funcionan los equipos interdisciplinarios en el CSMCC?	Reuniones, cuando hay intervención.
	7. ¿En el CSMCC, existe participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de trastornos?	No.
	a) ¿En el CSMCC, existen programas de educación a los pacientes y familiares, cómo los desarrollan?	No, solo se dan charlas en los colegios e instituciones cercanas.
	b) ¿En las charlas y sesiones familiares, considera UD. la particularidad familiar?	Sí, pero también debe estar involucrado el colegio.

ENTREVISTADO	PREGUNTA	RESPUESTA
PSICÓLOGO	1. ¿Cuáles son los lineamientos para la acción en Salud Mental?	No conozco los lineamientos, es por falta de capacitación, lo que se trabaja en el centro es con poblaciones vulnerables, que implica a menores de edad por abuso sexual, violencia, consumo de drogas, consumo de alcohol, además se trabaja con pacientes con trastorno mental y con problemas psicosociales.

2. ¿Considera Ud. que existe una adecuada integración de la salud mental en el CSMCC?	No, porque algunos profesionales ni saben sus funciones.
a) ¿Cómo se fomenta en los pacientes la calidad de vida?	A través de trabajo interdisciplinario, manejo de estrés, situaciones en riesgo, así el paciente experimenta una calidad de vida diferente.
b) ¿Cuáles son los niveles de atención en el CSMCC?	Nivel I-3.
3. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una oportuna prevención de los trastornos?	Sí, hay prevención a través de los tamizajes, siempre y cuando sean positivo, pero dicha prevención no suele ser oportuna, ya que los profesionales no cumplen con sus funciones que les corresponden, y además por la población que considera que la salud mental no es un problema.
4. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una adecuada atención a los pacientes y sus familiares?	Si existe, por la intervención familiar, psicoterapia y visitas domiciliarias que se trabaja de manera conjunta esto se da a través del reporte del psicólogo al psiquiatra quien reestructura el medicamento.
a) ¿Cuál es el procedimiento para la detección de los factores de riesgo en los diferentes pacientes que atienden el en CSMCC?	En la atención el psicólogo puede observar su conducta, evaluar su orientación tiempo-espacio, evaluar el pensamiento y el curso del lenguaje. En la comunidad a través de las charlas educativas o población vulnerable
b) ¿De qué manera realizan la prevención en pacientes y a qué nivel, en el CSMCC?	A través de las charlas educativas.
c) ¿Existe atención ambulatoria y de emergencia en el CSMCC y de qué manera se realizan?	Si, ambulatoria y de emergencias.
d) ¿Existe atención especializada en el CSMCC y de qué manera se realiza?	Si, con psiquiatría.
e) ¿De qué manera se realiza el soporte emocional a la familia de los pacientes en el CSMCC?	Con la intervención familiar, puede ser en el consultorio o con las visitas familiares, para que la familia adquiera conciencia de la patología del paciente.

f) ¿Qué rol cumple la comunidad en la rehabilitación de los pacientes en el CSMCC?	No hay.
g) ¿De qué manera se realiza el seguimiento de pacientes en el CSMCC?	Cuando el paciente falta a sus citas, los profesionales realizan las visitas.
5. ¿Cree que es importante el grado de desarrollo profesional alcanzado por el personal que atiende en el CSMCC, por qué?	Si, muy importante porque permite la relación empática con el paciente, obtener nuevos conocimientos y aportes, para aplicar nuevas técnicas y estrategias, considerando el diagnóstico clínico y tiempo de la patología.
6. ¿Ud considera que el Estado promueve el desarrollo de los RRHH en el CSMCC?	No, porque hay profesionales psicólogos con amplio conocimiento para la intervención terapéutica, pero por no tener la especialidad no es reconocido por sus capacidades, mientras están los otros profesionales que poseen títulos y especialidades, pero no logran resultados esperados, haciendo inclusive contratransferencia terapéutica.
a) ¿El programa de capacitación anual para el personal se sustenta con los módulos de atención que hay en el CSMCC?	El presupuesto no sustenta las capacitaciones.
b) ¿Existe algún programa de protección legal para el personal profesional y técnico del CSMCC, cómo funciona?	No.
c) ¿De qué manera se brinda soporte emocional para los equipos de SM del CSMCC?	No existe, recursos humanos no tienen criterios adecuados para tomar como prioridad.
d) ¿Cuáles son los criterios de evaluación de productividad en el CSMCC?	Por cumplimiento de indicadores anuales, como cantidad de personas con trastorno mental, con problemas psicosociales, etc.
e) ¿Cómo se promueve la investigación en el CSMCC?	No hay.
f) ¿Cómo funcionan los equipos interdisciplinarios en el CSMCC?	Se realizan sesiones de discusión de casos, donde se reúne todo el equipo multidisciplinario.
7. ¿En el CSMCC, existe participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de trastornos?	Actualmente, no.

a) ¿En el CSMCC, existen programas de educación a los pacientes y familiares, cómo los desarrollan?	No existe el programa.
b) ¿En las charlas y sesiones familiares, considera UD. la particularidad familiar?	Si, y también en las sesiones familiares.

Anexo 4:

Tabla N° 5:

Matriz de grabación y conclusión

	E1: PSIQUIATRÍA	E2: TERAPEUTA DE LENGUAJE	E3: PSICOLOGÍA			
PREGUNTA	RESPUESTA	RESPUESTA	RESPUESTA	SIMILITUD	DIFERENCIAS	CONCLUSIONES
1. ¿Cuáles son los lineamientos para la acción en Salud Mental?	No lo sé, no he recibido capacitación de ese tema.	No los conozco	No conozco los lineamientos, es por falta de capacitación, lo que se trabaja en el centro es con poblaciones vulnerables, que implica a menores de edad por abuso sexual, violencia, consumo de drogas, consumo de alcohol, además se trabaja con pacientes con trastorno mental y con problemas psicosociales.	El psiquiatra el terapeuta de lenguaje y la psicóloga coinciden en desconocer los lineamientos. El psiquiatra y la psicóloga coinciden que se debe por la falta de capacitación.	El psiquiatra y la psicóloga analizan las causas del desconocimiento, mientras la terapeuta no lo hace	Desconocimiento de lineamientos. Debido por falta de capacitación
2. ¿Considera Ud. que existe una adecuada integración de la salud mental en el CSMCC?	Recientemente en los últimos meses, sí.	Se necesita mejorar algunas cosas, especialmente las capacitaciones.	No, porque algunos profesionales ni saben sus funciones.	No hay similitud de las opiniones	Existe diferencias en las entrevistas	No hay una evaluación de trabajo en equipo
3. ¿Cómo se fomenta en los pacientes la calidad de vida?	Equipo multidisciplinario, médico - nutrición, enfermera, actualmente con salud familiar.	Charlas preventivas	A través de trabajo multidisciplinario, manejo de estrés, situaciones en riesgo, así el paciente experimenta una calidad de vida diferente.	El psiquiatra y el psicólogo coinciden que si se realiza por el equipo multidisciplinario	El psiquiatra y el psicólogo analizan las causas del desconocimiento, mientras la terapeuta no lo hace	Se fomenta en los pacientes la calidad de vida, a través de la atención multidisciplinaria, pero no todos tienen el mismo mecanismo de acción para llevar este Punto.

4. ¿Cuáles son los niveles de atención en el CSMCC?	I-3	psiquiatría, psicología, terapias, medicina familiar y asistencia social.	Nivel I-3	El psiquiatra y el psicólogo coinciden en el nivel de sus establecimiento de labor	La terapeuta de lenguaje describe los participantes del centro	Algunos profesionales no conocen la categoría del establecimiento
5. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una oportuna prevención de los trastornos?	La prevención es muy poca, ya que el personal solo se dedica más a la intervención, recuperando a los pacientes.	Si, trastorno de lenguaje expresivo, esto se da en la terapia y sirve para no agudizar los problemas que pueda traer el paciente.	Sí, hay prevención a través de los tamizajes, siempre y cuando sean positivo, pero dicha prevención no suele ser oportuna, ya que los profesionales no cumplen con sus funciones que les corresponden, y además por la población que considera que la salud mental no es un problema.	Los tres profesionales coinciden en la ejecución de la prevención	Psiquiatra: poca intervención. Terapeuta de lenguaje: la intervención se hace durante la terapia. Psicóloga: se realiza los tamizajes.	No existe un plan preventivo de trabajo coordinado entre los profesionales del centro, refiriéndose a temas de prevención de la salud mental.
6. ¿Considera que en este modelo de servicios de SM existe una adecuada atención a los pacientes y sus familiares?	Tenemos el equipo completo, donde tratamos los problemas psicosociales y trastornos mentales. Falta implementar la rehabilitación psicosocial.	Si, la atención es adecuada.	Si existe, por la intervención familiar, psicoterapia y visitas domiciliarias que se trabaja de manera conjunta esto se da través del reporte del psicólogo al psiquiatra quien reestructura el medicamento.	El psicólogo y la terapeuta de lenguaje mencionan: que sí, existe una adecuada atención a los pacientes y familiares	El psicólogo da un bosquejo de atenciones y como difunde los avances, la terapeuta y el psiquiatra no profundizan.	Existe diferencia en lo referente a la adecuada atención, puede ser por desconocimiento de las normas de calidad de atención
7. ¿Cuál es el procedimiento para la detección de los factores de riesgo en los diferentes pacientes que atienden el en CSMCC?	A través de las sesiones se puede visualizar los factores de riesgo.	La detección se realiza en la atención primaria, es decir en los centros o puestos de salud, luego son referidos a nuestro establecimiento.	En la atención el psicólogo puede visualizar su orientación, espacio tiempo, además de observar su conducta del pensamiento y lenguaje. En la comunidad a través de las charlas educativas o población vulnerable.	Los tres profesionales no coinciden en para la detección de los factores de riesgo en los diferentes pacientes	Las detecciones de los factores de riesgo en los diferentes pacientes se detectan de diferente manera, según los entrevistados: Psiquiatra: las sesiones se puede visualizar Terapeuta de Lenguaje: la detección se realiza en los centros o puestos de salud, luego son referidos a nuestro establecimiento Psicóloga: durante las sesiones es de observar su	No existe un momento oportuno para detectar los factores de riesgo, los profesionales del centro comunitario lo hacen de manera indistinta, la pregunta es evadida, ya que solicita el procedimiento de la detección y no en qué lugar se realiza

					conducta del pensamiento y lenguaje.	
8. ¿De qué manera realizan la prevención en pacientes y a qué nivel, en el CSMCC?	No se previene, se realiza la intervención, no es nuestro nivel realizar la prevención, aunque si lo hacemos en ocasiones.	A través de la educación al paciente.	A través de charlas educativas.		El psicólogo y la terapeuta de lenguaje indican que si realizan prevención.	
9. ¿Existe atención ambulatoria y de emergencia en el CSMCC y de qué manera se realizan?	En algunas ocasiones hemos tenido emergencias solucionadas por el equipo, pero derivamos los casos más severos a los hospitales correspondientes.	En terapia del lenguaje no hay emergencias.	Si, ambulatoria y de emergencias.		El psiquiatra y el psicólogo indican que si realizan atención ambulatoria y a veces de emergencia.	
10. ¿Existe atención especializada en el CSMCC y de qué manera se realiza?	Todo los integrantes del equipo son especialistas.	Después de la evaluación se realiza el tratamiento -18 sesiones- y luego el alta.	Si, con psiquiatría.			
11. ¿De qué manera se realiza el soporte emocional a la familia de los pacientes en el CSMCC?	Con talleres de autoayuda que realiza el área de psicología, según la patología del paciente.	Derivación si se requiere.	Con la intervención familiar, puede ser en el consultorio o como las visitas familiares, para que la familia adquiera conciencia de la patología del paciente.			
12. ¿Qué rol cumple la comunidad en la rehabilitación de los pacientes en el CSMCC?	Ninguna, al parecer no hay interés	No cumple, con la rehabilitación del paciente, las familias son muy individualistas.	No cumple.		El psiquiatra y la terapeuta coinciden que la familia no interviene en ninguna rehabilitación	La psicóloga difiere, y manifiesta otra respuesta, centrándose en el lugar de atención. La comunidad no tiene roles con la rehabilitación de los pacientes

13. ¿De qué manera se realiza el seguimiento de pacientes en el CSMCC?	Visitas domiciliarias, tenemos una lista de pacientes y su diagnóstico.	Visitas domiciliarias.	Cuando el paciente falta a sus citas, los profesionales realizan las visitas.			
14. ¿Cree que es importante el grado de desarrollo profesional alcanzado por el personal que atiende en el CSMCC, por qué?	Sí, porque hay pacientes que han sido derivados al INSM y después son derivados para psicología porque según la intervención psicológica son pronósticos favorables.	Si, para mejorar la calidad de los servicios.	Si, muy importante porque permite la relación empática con el paciente, obtener nuevos conocimientos y aportes, para aplicar nuevas técnicas y estrategias tomando en cuenta el diagnóstico clínico y el tiempo de su patología.			
15. ¿Ud considera que el Estado promueve el desarrollo de los RRHH en el CSMCC?	No, y si hay capacitaciones no están de acuerdo a nuestras necesidades.	No, hay poco interés.	No, porque hay profesionales con amplio conocimiento pero no son reconocidos, mientras que otros profesionales tiene especialidades pero no logran resultados.	Los tres entrevistados responden que no hay capacitaciones que el estado les brinde.		El estado no brinda la capacitación que puede ser necesaria para los profesionales.
16. ¿El programa de capacitación anual para el personal se sustenta con los módulos de atención que hay en el CSMCC?	Son pocos los puntos que vemos.	No.	El presupuesto no sustenta las capacitaciones.			
17. ¿Existe algún programa de protección legal para el personal profesional y técnico del CSMCC, cómo funciona?	No existe ninguno.	No hay, pero si lo hubiera actualmente lo desconozco.	No existe.	Los tres entrevistados responden que no hay una ley de protección legal para el personal profesional		No existe ley de protección legal para los profesionales de la salud, que sea difundido

18. ¿De qué manera se brinda soporte emocional para los equipos de SM del CSMCC?	No se brinda.	No se brinda.	No existe, recursos humanos no tiene criterios adecuados para tomar como prioridad.			
19 ¿Cuáles son los criterios de evaluación de productividad en el CSMCC?	De acuerdo al indicador establecido, cumplimiento de metas y productividad.	No conozco los criterios.	Por cumplimiento de indicadores anuales, como cantidad de personas con trastorno mental, con problemas psicosociales, etc.	La terapeuta y la psicóloga, mencionan desconocer los métodos de evaluación de la productividad	El psiquiatra hace mención un indicador pero no describe lo expuesto	Hay desconocimiento de la evaluación de la productividad de los profesionales del centro de salud mental comunitario
20. ¿Cómo se promueve la investigación en el CSMCC?	No se promueve.	No se realiza.	No se realiza.			
21. ¿Cómo funcionan los equipos interdisciplinarios en el CSMCC?	A través de reuniones con el estudio de caso y reestructurar al psicológica y la farmacología que recibe el paciente.	Reuniones, cuando hay intervención para casos.	Se realizan sesiones de discusiones de casos donde se reúne todo el equipo multidisciplinario.			
22. ¿En el CSMCC, existe participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de trastornos?	En prevención no, porque tenemos personal limitado en la atención a los familiares si se puede dar los grupos de autoayuda para evitar recaídas del paciente.	No.	Actualmente no.	Los tres entrevistados responden que no hay participación en prevención de atención a los trastornos		No hay participación de los usuarios ni de las familias, en temas de prevención
23. ¿En el CSMCC, existen programas de educación a los pacientes y familiares, cómo los desarrollan?	No, se da apoyo de acuerdo la situación diaria, siendo simple o compleja.	No, solo se dan charlas en los colegios e instituciones cercanas.	No existe el programa.			

<p>24. ¿En las charlas y sesiones familiares, considera UD. la particularidad familiar?</p>	<p>Si, de acuerdo al diagnóstico hacemos las charlas y las intervenciones familiares.</p>	<p>Sí, pero también debe estar involucrado el colegio</p>	<p>Si y también en las sesiones.</p>	<p>Los tres entrevistados mencionan que se realizan las charlas a las familias</p>	<p>La psicóloga menciona que se realiza pero no hay programa</p>	<p>Se realiza las charlas y sesiones familiares</p>
---	---	---	--------------------------------------	--	--	---