

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD**



**Aplicación del modelo de salud mental comunitario en la operatividad de  
los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Ayacucho**

**2022**

Tesis para obtener del grado académico de:

**MAESTRA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

Presentado por:

**Bach. Osores Marticorena, Katty Eliana**

Asesor:

**Dr. Barboza Palomino, Edward Eusebio**

Ayacucho - Perú

2023

## Índice General

Índice General.....	2
Índice de Tablas.....	4
Índice de Figuras .....	6
Índice de Anexos .....	8
Resumen .....	9
Abstract.....	10
Capítulo I Problema De La Investigación .....	11
1.1. Planteamiento del problema .....	11
1.2. Delimitación del problema de investigación: .....	14
1.3. Formulación del enunciado del problema de investigación.....	14
1.3.1. Problema General.....	14
1.3.2. Problemas específicos .....	14
1.4. Objetivos de la Investigación.....	15
1.4.1. Objetivo General.....	15
1.4.2. Objetivos Específicos.....	15
1.5. Importancia .....	15
1.6. Justificación .....	16
Capitulo II Marco Teórico.....	18
2.1. Antecedentes Del Estudio.....	18
2.2. Base Teórico Científica .....	27
2.2.1. Salud Mental .....	27
2.2.2. Modelo de atención comunitario de salud mental .....	28
2.2.3. Centro de Salud Mental Comunitario .....	28

2.2.4. Articulación Intersectorial .....	28
2.3. Marco conceptual.....	39
2.4. Identificación Y Operacionalización De Variables .....	40
2.4.1. Variable.....	40
2.5. Identificación y operacionalización de variable. ....	41
Capitulo III Diseño Metodológico.....	43
3.1. Tipo De Estudio .....	43
3.2. Tipo De Diseño De Investigación.....	43
3.3. Área De Estudio.....	43
3.4. Población Y Muestra .....	45
3.4.1. Población.....	45
3.4.2. Muestra .....	45
3.5. Técnica E Instrumento De Recolección De Datos .....	46
3.6. Recolección De Datos.....	48
3.7. Presentación Y Análisis De Datos .....	49
Capitulo IV Resultados.....	50
Discusión .....	65
Conclusiones.....	69
Recomendaciones .....	71
Referencias Bibliográficas.....	73
Anexos .....	76

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b>	Reporte De Indicadores Epidemiológicos De Salud Mental Intentos De Suicidio Reportados Por Los Establecimientos De Salud 2016 - 2020.....	37
<b>Tabla 2</b>	Reporte De Indicadores Epidemiológicos De Salud Mental Episodio Depresivo Reportados Por Los Establecimientos De Salud 2016 - 2020.....	37
<b>Tabla 3</b>	Reporte De Indicadores Epidemiológicos De Salud Mental Trastorno Psicótico Reportados Por Los Establecimientos De Salud 2016 - 2020.....	38
<b>Tabla 4</b>	Reporte De Indicadores De Violencia Intra Familiar Reportados Por Los Establecimientos De Salud 2020.....	38
<b>Tabla 5</b>	Reporte De Femicidios 2020 .....	38
<b>Tabla 6</b>	Establecimientos de Salud-RSH que son parte de la investigación. Ayacucho 2022. .....	50
<b>Tabla 7</b>	Distribución de los Establecimientos de Salud, según categoría Ayacucho 2022.	51
<b>Tabla 8</b>	Establecimientos de Salud del primer y segundo nivel adscritos a los Centros de Salud Mental Comunitario Ayacucho 2022. ....	52
<b>Tabla 9</b>	Porcentaje de Establecimientos de Salud articulados a los Centros de Salud Mental Comunitario Ayacucho 2022. ....	53
<b>Tabla 10</b>	Establecimientos de Salud que articularon con algún tipo de documento Ayacucho 2022.....	54
<b>Tabla 11</b>	Porcentaje de usuarios con problemas psicosociales o trastornos mentales reinsertados, según Establecimiento de Origen. Ayacucho 2022. ....	55
<b>Tabla 12</b>	Número de acompañamientos psicosociales que han recibido los establecimientos de salud Ayacucho 2022. ....	57
<b>Tabla 13</b>	Porcentaje de establecimientos que cuentan con área de emergencia o urgencia psiquiátrica Ayacucho 2022. ....	58

<b>Tabla 14</b> Establecimientos de salud que cuentan con radar mental, agente comunitario y área de emergencia psiquiátrica Ayacucho 2022. ....	59
<b>Tabla 15</b> Establecimientos de salud que cuentan con acciones de fortalecimiento en el primer y segundo nivel en salud mental Ayacucho 2022.....	60
<b>Tabla 16</b> Indicadores de Salud Mental, según número de atenciones de los EESS, base CEPLAN 2022. Ayacucho 2022. ....	62
<b>Tabla 17</b> Indicadores de N° 6: Personas con trastornos mentales rehabilitados, según número de atenciones, base CEPLAN 2022 .....	63

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Mapa de distribución de Centros de Salud Mental Comunitarios a nivel nacional .....	36
<b>Figura 2</b> Mapa de distribución de Centros de Salud Mental según RIS I .....	44
<b>Figura 3</b> de establecimientos de salud según RIS I y RIS II .....	45
<b>Figura 4</b> Establecimientos de Salud-RSH que son parte de la investigación .....	51
<b>Figura 5</b> Distribución de los Establecimientos de Salud, según categoría .....	52
<b>Figura 6</b> Establecimientos de Salud del primer y segundo nivel adscritos a los Centros de Salud Mental Comunitario .....	53
<b>Figura 7</b> Porcentaje de Establecimientos de Salud articulados a los Centros de Salud Mental Comunitario .....	54
<b>Figura 8</b> Establecimientos de Salud que articularon con algún tipo de documento .....	55
<b>Figura 9</b> Porcentaje de usuarios con problemas psicosociales o trastornos mentales reinsertados, según jurisdicción .....	57
<b>Figura 10</b> Número de acompañamientos psicosociales que han recibido los establecimientos de salud .....	58
<b>Figura 11</b> Porcentaje de establecimientos cuentan con área de emergencia o urgencia psiquiátrica .....	59
<b>Figura 12</b> Establecimientos de salud que cuentan con radar mental, agente comunitario y área de emergencia psiquiátrica .....	60
<b>Figura 13</b> Establecimientos de salud que cuentan con acciones de fortalecimiento en el primer y segundo nivel en salud mental.....	61
<b>Figura 14</b> Indicadores de Salud Mental, según número de atenciones de los EESS, base CEPLAN Ayacucho 2022.....	63

**Figura 15** Indicadores de N° 6: Personas con trastornos mentales rehabilitados Ayacucho

2022.....64

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> <i>Ficha de recolección de datos</i> .....	77
<b>Anexo 2</b> <i>Ficha de observación de cumplimiento de indicadores</i> .....	79
<b>Anexo 3</b> <i>Matriz de consistencia</i> .....	81

## Resumen

La presente investigación tuvo como *objetivo* determinar la aplicabilidad del Modelo de salud Mental Comunitario en operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga; el *tipo de estudio* fue una investigación aplicada, de diseño no experimental, transversal, prospectivo, descriptivo, con una Población – Muestral de 15 responsables de salud mental de los establecimientos de salud. Para ello se utilizó los *instrumentos*: guía de observación y ficha de recolección de datos propiamente diseñada por el investigador. El tiempo de aplicación fue de 20 a 30 minutos por cada entrevista y de 5 ítems para explorar: nivel de articulación, reinserción social, acompañamientos psicosociales, indicadores y tejido de red de salud mental. Se obtuvo como *resultados*: de los 15 establecimientos de salud que son parte de la investigación, el 86.7% si están articulados con los Centros de Salud Mental Comunitario, mientras que el 13.3% de ellos no lo están; por tanto, cabe señalar que el proceso de articulación es una tarea básica y fundamental para la gestión de salud mental.

*Palabras Clave*: articulación, reinserción, trastornos mentales, operatividad, aplicación.

### **Abstract**

The objective of this investigation was to determine the applicability of the Community Mental Health Model in operation of the establishments of the first level of health care of the Huamanga Health Network Executing Unit; The type of study was applied research, with a non-experimental, cross-sectional, prospective, descriptive design, with a Sample Population of 15 mental health managers from health establishments. For this, the instruments were used: observation guide and data collection sheet professionally designed by the researcher. The application time was 20 to 30 minutes for each interview and five items to explore: level of articulation, social reintegration, psychosocial monitoring, indicators, and mental health network fabric. It was obtained as results: of the fifteen health establishments that are part of the investigation, 86.7% if they are articulated with the Community Mental Health Centers, while 13.3% of them are not; therefore, it should be noted that the articulation process is a basic and fundamental task for mental health management.

**Keywords:** articulation, reintegration, mental disorders, operability, application.

## Capítulo I

### Problema De La Investigación

#### 1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental ha sido definida como un estado de bienestar en el cual el hombre tiene conciencia de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y con resultados fructíferos; así mismo tiene la capacidad de poder contribuir con su comunidad y el entorno social (1).

Actualmente los trastornos mentales y psicosociales son considerados como uno de los problemas principales de la salud pública; en el Perú históricamente las atenciones de salud mental han sido relegadas, habiéndose dado prioridad a la atención de la salud física, bajo la premisa, de que los problemas vinculados a este generan mayor morbi mortalidad. En ese contexto, el Ministerio de Salud “en el marco de la Ley 29889 y su Reglamento aprobado con D.S.N°033-2015-SA, dispone el inicio de un proceso de Reforma de la Atención de la Salud Mental en el Perú, mediante la implementación progresiva del Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental”; teniendo como herramienta principal el eje integrador a la comunidad, que involucren las atenciones centradas en la persona, familia y comunidad, fortaleciendo los niveles de atención y enfocados en la promoción y protección de la salud mental (2). Este modelo plantea garantizar la continuidad de las atenciones y del cuidado de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, liderando el compromiso del enfoque territorial y con la participación activa y protagónica de la propia comunidad (3).

Las enfermedades mentales son grandes causantes de sufrimiento personal, familiar y social sumado a la falta de atención y rehabilitación, el resultado es la exclusión, el estigma y la falta de oportunidad a un proceso adecuado y sostenible de la rehabilitación, estas

enfermedades generan incapacidad para el buen desenvolvimiento y desarrollo del individuo dentro de nuestra sociedad. Del mismo modo estas patologías nos conllevan al incremento de diversas morbilidades y en muchos casos a mortalidades.

Por otro lado, nuestra problemática es también la desarticulación de los programas y estrategias sanitarias en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención, lo que genera gran repercusión negativa en la ejecución de procesos continuos e intervenciones finales hacia nuestros usuarios. La aplicación de un modelo comunitario busca enlazar acciones, articular estrategias y hacer sostenibles las acciones de red. Sin embargo, a lo largo del tiempo, se implementaron muchos programas de intervención en la salud mental comunitaria pero los resultados obtenidos no son los esperados ya que el problema radica en la ejecución y monitorización de estos, siendo estos omitidos muchas veces por los establecimientos de salud a raíz de la falta de recursos humanos que garanticen el cumplimiento del modelo, generando así, mayores barreras en el acceso de los usuarios a los servicios de salud mental.

La inadecuada práctica del modelo comunitario en la continuidad de cuidados de un usuario con problemas psicosociales, trastornos mentales, neurológicos y de consumo de sustancias ha generado que se mantenga la idea de que la atención de salud mental sea una atención sanitaria más, tal es así que está centrado en prácticas individuales y de tratamiento de síntomas, perdiendo el enfoque de prácticas preventivas, de promoción, de recuperación y de reinserción; así mismo la débil coordinación de los centros de salud mental comunitario con los equipos del primer nivel de atención generan que se pierda el objetivo de lograr un abordaje integral.

El modelo comunitario en su aplicación debe estar enmarcado y centrado en la comunidad, alejado totalmente de la idea de hospitalización como recurso de tratamiento.

Es necesario precisar que la cartera de servicios de atención primaria de salud mental tiene limitaciones logísticas y no cuentan con los suficientes recursos humanos ni centros de atención primaria de salud para cubrir las necesidades de los usuarios que demandan este servicio. Esto favorece que los procesos de continuidad de la atención se vean incrementados y los usuarios se auto refieran a los establecimientos de segundo y tercer nivel (4).

Un aspecto muy importante en esta problemática es la organización de los servicios de salud mental con las comunidades, es necesario que el enfoque comunitario vaya más allá de cuestiones geográficas y que se enfoque en los objetivos de rehabilitación, ya que los cuidados de usuarios con este tipo de enfermedades requieren que las relaciones con todos los actores sociales este estrechamente vinculado y articulado, ya que muchos de estos programas de atención son de larga data, requieren continuidad de cuidados y respuestas oportunas a sus demanda.

Por ello es necesario señalar que, el Modelo de Atención de Salud Mental Comunitario representa la estrategia más viable para reducir y superar la brecha de tratamiento e intervención en los problemas psicosociales y trastornos mentales, ya que para este modelo la respuesta del sistema de salud comprendería atenciones descentralizadas de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, articulación con los centros de salud mental comunitario y trabajo intersectorial, para poder garantizar el cumplimiento de los niveles como promoción, prevención y protección de salud integral, respondiendo a la demanda de la población y aplicando correctamente los procesos de referencias y contra referencias en el cuidados de salud de las personas , familias y comunidades que padezcan de estas patologías antes señaladas (5).

Por ello se hace necesario evaluar la aplicabilidad del modelo comunitario dentro de los establecimientos de la Red Huamanga. Para así poder demostrar la efectividad de dicha estrategia en la problemática de la salud mental de nuestros usuarios.

## 1.2. Delimitación del problema de investigación:

### ✓ OBJETO DE ESTUDIO:

Modelo de salud mental comunitario

### ✓ POBLACION SUJETO DE ESTUDIO:

Establecimientos de salud del primer nivel de atención.

### ✓ AREA DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO:

Área de salud mental de cada establecimiento de salud

### ✓ PERIODO EN QUE SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO:

Año 2022

## 1.3. Formulación del enunciado del problema de investigación

### 1.3.1. *Problema General*

¿Se aplica el Modelo de Salud Mental Comunitario en la operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga?

### 1.3.2. *Problemas específicos*

¿Están articulados los establecimientos de salud del primer nivel de atención con los centros de salud mental comunitarios?

¿Cuántos usuarios con trastornos mentales y problemas psicosociales han logrado el proceso de reinserción social?

¿Cuántos acompañamientos psicosociales han recibido los establecimientos de primer nivel de atención por parte del centro de salud mental comunitario?

¿Cuentan con el tejido de red para soporte en caso de emergencias psiquiátricas?

¿Cuál es el nivel de responsabilidad y delimitación de funciones en el personal de los establecimientos del primer nivel de atención?

## **1.4. Objetivos de la Investigación**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la aplicabilidad del Modelo de salud Mental Comunitario en operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Evaluar el nivel de articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención con los centros de salud mental comunitarios.

Identificar el número de usuarios con trastornos mentales y problemas psicosociales han logrado el proceso de reinserción social.

Identificar el número de acompañamientos psicosociales que han recibido los establecimientos de primer nivel de atención por parte del centro de salud mental comunitario.

Evaluar si los establecimientos de primer nivel cuentan con el tejido de red para soporte en caso de emergencias psiquiátricas

Diferenciar nivel de responsabilidad y delimitación de funciones en el personal de los establecimientos del primer nivel de atención.

## **1.5. Importancia**

Frente a este nuevo desafío de la salud mental, es necesario comprender que su enfoque tiene amplios patrones de aplicación, continuidad de cuidados y enfoque comunitario que se presentan en los establecimientos de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga, “por ello se considera valioso evaluar cómo se está ejecutando las actividades de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz, porque un adecuado cumplimiento de sus objetivos y metas atenuará la problemática de salud mental y el acceso y cierre de brechas para los usuarios” (6).

El logro de los objetivos y el cumplimiento de cada una de las estrategias planteadas, contribuirán con los compromisos de garantizar una vida sana y promover el bienestar de la salud mental para todos y en todas las edades; así como la promoción del modelo comunitario que plantea la necesidad de implementar servicios de salud mental representados en redes e integrados a los servicios generales de salud y donde es fundamental fortalecer la atención primaria.

#### **1.6. Justificación**

La presente investigación obedece a la necesidad de determinar como el Modelo Comunitario de Salud Mental viene siendo aplicado en los establecimientos de salud y como a raíz de las nuevas competencias y enfoques del abordaje de la salud mental comunitaria logran ser operativos y sostenibles dentro del funcionamiento para la continuidad de cuidados del primer nivel de atención, por ello surge el interés analizar la inclusión de nuevos concepto dentro del plan de atenciones y que ello conlleve al trabajo en red y la articulación.

Desde la perspectiva del abordaje integral, resulta esencial la evaluación y aplicación del modelo de salud mental comunitario, ya que es un elemento prioritario dentro de la estrategia sanitaria de control y prevención en salud mental a nivel nacional, que se ejecuta en todos los centros de salud mental y establecimientos de primer y segundo nivel de salud en el país y los resultados conseguidos permitirán generar y proponer intervenciones estratégicas orientadas a la prevención, control y reducción de riesgos que el personal de salud implementará en la atención de usuarios, fomentado la réplica a nivel de otros establecimientos de la región.

Así mismo es preciso señalar que la realización de la presente investigación se convierte en un referente para futuros estudios, desarrollando un enfoque de trabajo multidisciplinario, con acceso a la tecnología y que sea complementario de aquellos que se

han realizado, a la vez que ofrece un aporte para la creación de nuevas líneas de investigación en la Salud mental Comunitaria.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### 2.1. Antecedentes Del Estudio

Como sostiene Bang et al. (7), en el artículo de investigación entre lo clínico y lo comunitario se menciona que producto del intercambio de ideas, análisis y experiencias del personal de psicología, acerca de las experiencias en las atenciones de salud mental en el primer nivel de atención; el mismo que les posibilitó la identificación “permitió identificar allí diversas tensiones que obstaculizan el desarrollo de estrategias integrales de salud mental. El objetivo del trabajo fue indagar en las tensiones identificadas, desarrollando y articulando algunos ejes explicativos, con el objetivo de visibilizar y desnaturalizar ciertas lógicas de las prácticas institucionales en el quehacer cotidiano. Utilizaron métodos y estrategias en el estudio, que permitió la articulación de pequeños relatos de la propia experiencia con desarrollos conceptuales organizados en cinco apartados” (p. 6). Concluyeron que existe una relación estrecha entre del modelo biomédico de atención sanitaria con la construcción histórica de la identidad profesional del psicólogo/a y el impacto de la feminización en los cuidados en salud, entre otros. También incluyeron definiciones de un breve desarrollo proveniente del enfoque colonial de la salud y de reflexiones finales, como aporte en las bases conceptuales al abordaje de esta complejidad.

Coronel en el 2020 (8) presento un estudio se propusieron “indicadores de cambio en salud mental en personas afectadas por el conflicto armado interno, las cuales fueron elaboradas con el personal de salud en la ciudad de Ayacucho. Los participantes fueron profesionales de diferentes organizaciones públicas y privadas con experiencia de trabajo en salud mental con personas afectadas por el conflicto armado interno. La metodología para este estudio fue de tipo cualitativo para el que se utilizó entrevistas semiestructuradas y grupo de discusión. Se realizaron análisis temático de los resultados y se validaron los

indicadores de salud mental de forma participativa” (p. 3). Se obtuvieron como resultados 3 dimensiones: “personal, cultural y comunitaria, la primera señala la capacidad para reconocer emociones y recursos a nivel personal, la segunda evidencia la capacidad de validar los saberes tradicionales de salud mental, emprender y producir de forma colaborativa, finalmente, la tercera incluye la participación en espacios públicos y favorecer la organización comunitaria” (p. 27). Concluyendo que estos indicadores podrían permitir dar un seguimiento y ajustar las intervenciones en salud mental en personas afectadas por el conflicto armado interno.

El Ministerio de Salud en el año 2018 (3) diseñó el documento técnico plan de “fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria, que tuvo como objetivo primordial, el incremento progresivo, el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, integrados a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, con enfoque de salud mental comunitario en todo el territorio nacional” (p. 14), durante el periodo 2018-2021.

“Muestra que la integración de la atención en el primer nivel de atención es una de las cinco estrategias recomendadas como fundamentales para acercar los servicios a la población. En el Perú, después de experiencias focalizadas y más tarde con el impulso de los lineamientos para la acción en salud mental y el plan de salud mental 2006, se han realizado esfuerzos para avanzar en este sentido incorporando profesionales de psicología al primer nivel de atención y capacitando a los equipos básicos de salud médicos generales, enfermeras, obstetras, para atender los pacientes de salud mental de menor complejidad. Por su lado, estudios sobre las capacidades para la atención de salud mental, también demuestran la existencia de competencias en el personal, pero que no las ponen en práctica debido a restricciones normativas, por ejemplo, en los servicios de crecimiento y desarrollo el cuidado

de la salud mental materna que es vital para el niño o niña no es reconocido por los indicadores de gestión. en efecto, en el primer nivel se registran el mayor número de casos con problemas de salud mental (PSM) debido a que se ha logrado incorporar el tamizaje de salud mental y violencia familiar, pero esto no necesariamente implica una detección efectiva y el consecuente tratamiento o atención integral recuperativa. el único indicador que exige el plan estratégico sectorial multianual (PESEM) 2016-2021 del sector salud es el porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental. Esto ha generado, que, desde la gestión de las redes de servicios, se exija a profesionales de psicología metas exclusivas en el tamizaje subestimando sus potencialidades para las intervenciones terapéuticas y psicosociales y, además, propiciando que médicos, enfermeras, obstetras abdiquen de sus responsabilidades inherentes a sus profesiones en el cuidado de la salud mental la detección debe hacerse en los servicios generales y por los equipos básicos de salud. estos profesionales pueden tener buena voluntad que se ve rebasada por la carga laboral y la prioridad que les conceden a otros problemas, que erróneamente, ven distantes de la salud mental” (Ministerio de Salud, 2018b, p. 14).

Murillo en el 2018 (9) en su investigación, planteo como objetivo determinar el nivel de salud mental positiva de los estudiantes matriculados en el año 2017 de la facultad de enfermería de la universidad nacional del altiplano, para ello utilizo el tipo de estudio descriptivo; de diseño simple, corte transversal y no experimental, trabajo con una población de 524 estudiantes del I al VIII semestre, siendo su muestra de 222 estudiantes según muestreo probabilístico aleatorio estratificado, así mismo para la recolección de datos utilizo la técnica de la encuesta y para el instrumento empleo la medición de la variable que es: “escala de salud mental positiva” de Lluch (1999), la cual paso por el proceso de validación en el Perú por Mendo en el 2014; con una consistencia interna aceptable de 0.789 por Alpha

de Cronbach; los resultados obtenidos se plasmaron en factores: respecto a satisfacción personal y actitud prosocial el 64.4% y 55.4% alcanzaron un nivel alto respectivamente; mientras que el factor de autocontrol obtuvo 59.5% correspondiente a un nivel medio de salud mental positiva, autocontrol autonomía 52.3%, resolución de problemas y auto actualización 48.2%, y habilidades de relación interpersonal 65.3%.

El Ministerio de Salud en el 2017 (5) reportó en el “documento técnico para los centros de salud mental comunitarios”, la aprobación de la norma que tuvo el objetivo principal de establecer y determinar el marco normativo, legal, regulación de la organización, funcionamiento y operatividad de los establecimientos de salud en las redes de servicios de salud, relacionados con las instituciones prestadoras de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención del sector; también estableció el modelo de atención comunitario, en el cual el eje principal es la comunidad y está orientado a fomentar la promoción y protección de la salud mental, y a la provisión de atención continua en los cuidados de la salud de la persona, familia y colectividad, enfocados a los problemas psicosociales y/o trastornos mentales, de cada territorio, con liderazgo de la comunidad.

Sulca Quispe en su investigación realizada en el año 2016 (6) estableció como objetivo principal evaluar los resultados de la ejecución de la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz en establecimientos de salud: Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros, del Distrito de Carmen de la Legua, Provincia Constitucional del Callao, desde diferentes enfoques de gerencia social y de gestión, construyendo un análisis, a partir de los documentos y las percepciones de los responsables de la implementación de la estrategia sanitaria y representantes de organizaciones y actores sociales de la comunidad distrital. Valoró los resultados con respecto a programación de metas de los años 2010 y 2011, y a partir de allí se planteó las siguientes recomendaciones para mejorar la cobertura de metas y garantizar que la toma de decisiones esté debidamente sustentada desde aspectos

gerenciales. Los resultados que se obtuvieron muestran los avances en el proceso de la estrategia sanitaria, la percepción de los responsables por limitaciones de carácter administrativo, deficiencia en el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos, débil estrategia de monitoreo y de una participación activa de la comunidad. Concluyendo de esta manera que son los operadores de la estrategia sanitaria quienes carecen de formación de competencias en gerencia social y que estos a su vez viabilicen la eficiencia de la estrategia, actividades que se evidencian cuando la comunidad no percibe que los establecimientos de salud estén trabajando enfocados a los aspectos relacionados con el cuidado de la salud mental de su población, pero identifican la importancia de cuidar estos aspectos de sus salud, para así poder prevenir la aparición de nuevos problemas de violencia y otros en la localidad.

Velásquez en el año 2016 (10) señaló que en Perú, “indudablemente, existe un número considerable de usuarios que tienen algún problema de salud mental y por ende con muchas limitaciones para el acceso al tratamiento”. Adicionalmente, estos usuarios afrontan a una sociedad estigmatizadora y que invisibiliza los problemas o trastornos de salud mental y a los que los padecen. De la misma forma, encontró que este temor al rechazo no es del todo irracional, dado que algunas personas son excluidas de oportunidades de empleo y educación por miedo a que ocasionen algún tipo de daño, lo cual incrementa la poca aceptación social de los trastornos o problemas de salud mental. Este rechazo va de la mano con actitudes de exclusión y discriminación por la que optan algunas familias, acarreado consigo el abandono de las personas, el encarcelamiento, o internamiento en centros hospitalarios o mal llamadas “casas de sanación”. En este sentido, es necesario poner en evidencia que la responsabilidad de los problemas de salud mental es una tarea que nos involucra a todos, desde la familia, comunidad, sistema de salud, y que no solo está relacionado y recae sobre los profesionales. En vista de ello, se proponen estrategias para

que la atención de la salud mental sea más inclusiva, integral, accesible y con una mirada más holística, adicionalmente se plantea un modelo en el que las atenciones sean preferentemente ambulatorias, quiere decir la disminución de esquemas clásicos de hospitalización y encierro, que las estrategias y acciones sean más asociadas con las familias y comunidades. En el país, hace varios años, se comenzó a formular y un nuevo modelo de salud mental comunitaria a partir de la praxis y la reflexión. Se ha asumido una política pública conducente a crear un modelo de salud mental comunitaria que ya posee algunos hitos. El primero fue la aprobación de leyes y el segundo, la creación de centros comunitarios de salud mental, con el objetivo de que las personas con trastornos mentales se reinseren en sus familias y comunidades.

Dummar en el 2015 (11) reporto la investigación “salud mental y exclusión: un análisis a partir de la esquizofrenia” que tuvo como objetivo primordial estudiar la relación entra salud mental y exclusión social, a partir del análisis de la realidad psicosocial de personas con diagnóstico de esquizofrenia. Para cumplir con ese fin analizo las características, ámbitos de las políticas, estrategias en salud mental, atención brindada por los servicios sociales y de salud (se incluyeron evaluaciones de conceptos y conocimientos teórico-prácticos); considerados estos, los pilares y dimensiones de inclusión social, que facilitan la integración y reinserción de estas personas en la comunidad, el procedimiento utilizado la presente, fue a través del método cualitativo de observación directa, a través del uso de técnicas cualitativas de investigación social, en el que hubo priorización para la ejecución de entrevistas en profundidad y grupos de discusión orientados por un guion temático, concluyendo que “los profesores universitarios entrevistados, concuerdan que el tratamiento prioritario destinado a las personas con diagnóstico de esquizofrenia es el farmacológico, mientras que las otras formas de intervenciones como: programas de prevención, habilidades sociales, psicoterapias, tratamiento psicológico de síntomas

psicóticos, terapias dirigidas a los familiares, son escasas en los centros de salud mental y algunos profesores valoran el uso de la medicación como base necesaria para el tratamiento de la esquizofrenia, mientras que otros creen que este modelo medico de intervención es reduccionista y científicamente incorrecto”. Desde una perspectiva crítica del modelo de intervención implementado en los servicios de atención, las intervenciones psicológicas propician la reestructuración del cotidiano de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, promoviendo una vida integrada en la sociedad. Encontrando a partir del objetivo general de la investigación, que los problemas de salud mental y exclusión social están altamente correlacionados, apareciendo de forma conjunta y reforzándose negativamente entre sí.

Pesenti & Araico en el año 2015 (12) en su estudio realizado en España acerca de salud mental e inclusión social, situación actual y recomendaciones contra el estigma, se tuvo como propósito el desarrollo de una batería de propuestas ordenadas y jerarquizadas que sirva para elaborar una estrategia estatal de lucha contra el estigma y promoción de la salud mental, en la presente investigación se hace énfasis en el enfoque bio-psico-social, en sus principios, en la reforma psiquiátrica española, se otorga además, un enfoque orientado a la rehabilitación psicosocial (psicoterapia, recuperación de habilidades sociales, etc.) en el tratamiento de los trastornos mentales graves a través de los programas de continuidad, en la postura o creencia de que la terapia reduccionista se basa solo en el tratamiento farmacológico. Se escogió por el análisis integral y el meta-análisis a partir información de fuentes secundarias, que recabó los principales hallazgos respecto a la generación del estigma y la promoción de la salud mental en estos ámbitos. El presente estudio estuvo estructurado en varios capítulos, el primero que recogió aspectos relacionados a los objetivos y el proceso metodológico desarrollado en diversos ámbitos de intervención, y en otro capítulo separado se abordó temas del ámbito judicial y policial, que incluyó, además, datos de fuentes secundarias y el prolijo análisis de la información derivada de un trabajo de

campo. Concluyó así que los principales elementos detectados son los que afectan y simbolizan la aun existencia de actitudes poco responsables relacionadas a la discriminación y estigmatización. Cada espacio de trabajo requiere de actuaciones y acciones concretas, que estén acorde con la manera de manifestar el estigma en cada uno de ellos, dependerá de prioridad es decir la urgencia y la importancia atribuida tras el diagnóstico para la erradicación del estigma y sociedad más inclusiva.

Larban en el 2010 (13) en su transcripción revisada, modificada y actualizada de la ponencia presentada en la jornada de análisis salud mental Illes Balears hace referencia de que “el modelo comunitario de atención a la salud mental ha de concretarse a través de la creación y desarrollo de una red de dispositivos (unidades o estructuras) asistenciales para la atención de la salud mental de la población, dentro de la red sanitaria”. En el estudio se expone de forma breve las principales particularidades del modelo comunitario, así mismo plantea que una buena calidad de atención en salud mental no solo está relacionado a la disponibilidad de recursos sino también a su calidad y diversidad. Analizo que los equipos multidisciplinarios de salud que estén relacionados a la solución o intervención de las respuestas complejas del ser humano (bio-psico-social) deben estar debidamente fortalecidos en cuanto a sus competencias y calidad de atención (aplicación de modelos teóricos y prácticos). Así mismo que los profesionales tengan mayores capacidades receptivas y cuenten con la disponibilidad para involucrarse en la necesidad de cambio y aprendizaje continuados para el trabajo comunitario. Concluyo que los usuarios, familias, terapeutas y políticos tienen que superar todas las resistencias (a menudo inconscientes) al cambio, superar el deseo de protagonismo y dejar de lado los intereses personales y conflictos ideológicos y partidistas.

León Gonzales en el 2002 (14) realizo en su trabajo de investigación, una revisión de la atención comunitaria en salud mental, iniciando un proceso de reorientación de la

psiquiatría hacia la atención primaria de salud (APS), dándole mayor énfasis a la parte salubrista y a la atención psiquiátrica de la población, su eje principal fueron las actividades de prevención y promoción de salud, sin dejar las otras que son de recuperación y rehabilitación. Para la ejecución del presente trabajo fue necesario introducir modelos comunitarios en salud mental, bajo las premisas de que el sistema de salud facilita la creación de estos modelos para su enfoque comunitario, tal como la creación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, lo que favoreció que la atención sea más integral, con una característica de no hospitalización y estancia más corta, de la misma forma que se logre una ubicación más cercana de la comunidad. “Así mismo, la creación de un sistema de atención ambulatoria en los hospitales de día y en las unidades de intervención en crisis (UIC), elementos que influyen en la organización de la asistencia psiquiátrica”. Concluyendo así de que se dé inicio con la utilización de los recursos propios de la comunidad en la solución de los problemas de salud de la población, y en el país la propuesta de contar con equipos de salud mental (ESM) en la atención al usuario con trastornos psiquiátricos en los diferentes establecimientos de salud (policlínicos), ya que también es un factor importante que establece la implementación del modelo, que, como estrategia garantiza un mayor impacto de menor costo.

Escalante & Uribe en el año 1968 (15) realizaron un plan piloto de descentralización de las atenciones en psiquiatría y salud mental realizado en la ciudad de Ayacucho en los años 1995 y 1996, mencionaron que la centralización que existe en nuestro país, hace que los servicios médicos, especialmente los de salud mental y psiquiatría, sean menos accesibles para todos los ciudadanos. Se conoce que únicamente tienen acceso a los servicios de salud, un 40% de la población. En lo que se refiere a la disponibilidad de recursos profesionales, la mayoría están agrupados en Lima. Para el año en el que se desarrolló el estudio Ayacucho contaba con una población aproximada de 1500 habitantes y no contaban

con médico psiquiatra y profesionales de salud de otras especialidades, no se encontraban capacitados en estos temas, lo que indudablemente repercute sobre todo esfuerzo que se haga por prevenir secuelas de la violencia armada, por ello se plantearon estrategias de fortalecimiento de capacidades del personal médico, enfermería y otros, quienes desarrollarían acciones de atención y seguimiento a las personas con problemas psicosociales o trastornos mentales, ofrecer atención psiquiátrica, a cargo de un profesional, quien viajaría al hospital de Ayacucho cada 15 días y brindar asesoría técnica permanente al personal capacitado. Concluyendo así que se lograron a los 2 años de intervención resultados de estructuración de un contenido de temas para licenciadas en enfermería, el contenido se basó en aspectos de psiquiatría y salud mental, relacionado a conceptos teórico-prácticos, así como de psicopatología, nosología, atenciones psiquiátricas en la ciudad de huamanga, en las que se aperturaron alrededor de 250 historias clínicas psiquiátricas a usuarios solicitantes y diseños de programas comunitarios.

## **2.2. Base Teórico Científica**

El desarrollo de conceptos fundamentales en la presente investigación es de suma importancia, para la secuencia adecuada, siendo uno de ellos el siguiente:

### **2.2.1. Salud Mental**

La OMS (1) describe la salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p12).

En este aspecto positivo, la salud mental es esencial para el logro de bienestar y funcionamiento efectivo de la persona y la comunidad. este concepto primordial de la salud mental es consciente y tiene amplias y varias interpretaciones de las diferentes culturas (1).

### **2.2.2. *Modelo de atención comunitario de salud mental***

Es la guía sanitaria de salud mental que tiene como eje central a la comunidad, en el que se prioriza y fomenta las actividades preventivo promocionales de la salud mental, así como la secuencia de cuidados de la persona, familia y colectividad, que padezcan de problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada espacio, lugar o circunstancia, en la que se tiene que tener intervención protagónica de la comunidad (5).

### **2.2.3. *Centro de Salud Mental Comunitario***

Es un establecimiento de salud categoría I-3 o I-4 especializados o su correspondientes, que cuenten con psiquiatra y servicios especializados para niños/as y adolescentes, adultos y adultos mayores, así como en servicios especializados en adicciones y participación social y comunitaria. realizan actividades para la atención ambulatoria especializada de usuarios con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, el fortalecimiento técnico de los establecimientos del primer nivel de atención y la activación de la red social y comunitaria de su jurisdicción(5).

### **2.2.4. *Articulación Intersectorial***

“La articulación consiste en enlazar acciones con otras instituciones públicas y privadas para desarrollar acciones y resolver necesidades de salud mental de usuarios, en correspondencia sus competencias y funciones en la jurisdicción asignada al centro de salud mental comunitario” (5).

El centro de salud mental comunitario (CSMC) en el 2017 “son considerados eje de la red de salud mental del ámbito de su jurisdicción. Las atenciones de los comunitarios están fundamentadas en enfoque territorial para una población general aproximadamente de 100 000 habitantes” (5).

Así mismo funciona en red, logrando la coordinación y articulación de los servicios y programas de la red asistencial, asegurando la continuidad de cuidados de salud de los

usuarios. para este fin organiza una comisión con las unidades prestadoras de servicios de salud de la red territorial (incluyéndose la participación del equipo de gestión del hospital general, de los establecimientos de salud del primer nivel públicos y privados, de los servicios sociales comunitarios, de los representantes de usuarios, entre otros) que se reúnen al menos una vez al mes para la discusión y mejora efectiva del flujo grama de referencia y contra referencia, la evaluación de las prestaciones y la mejora continua de la calidad de atención de salud mental (5).

Así mismo según (2) la Ley de salud mental estableció las prioridades en salud mental, en el artículo 6: “(a) El cuidado de la salud mental en poblaciones vulnerables: primera infancia, adolescencia, mujeres y adultos mayores, bajo un enfoque de derechos humanos, equidad de género, interculturalidad e inclusión social, que garanticen el desarrollo saludable y la mejor calidad de vida de las personas, familias y comunidades”, “(b) la implementación de servicios de atención de salud mental comunitaria, como componentes primordiales y esenciales de las redes integradas de salud”, “(c) la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria como eje estratégico de la política pública de salud mental” (p. 12)

En el artículo 21 de (Congreso de La República, 2018), se enfatiza el modelo de atención comunitaria, que tiene las siguientes características: “(a) se implementa continuamente, según las necesidades”, “(b) satisface las necesidades de una población jurisdiccionalmente determinada en una red de servicios de salud”, “(c) promueve la participación de la comunidad organizada”, “(d) promueve la recuperación total, la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, así como la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidades” (p. 4)

El reglamento de la ley de 30947 en el 2018 “establece las disposiciones para la implementación de los servicios de atención de salud mental comunitaria, en el marco de las

redes integradas de salud. Los gobiernos regionales y locales, dentro del ámbito de sus competencias y funciones, implementan el modelo de atención comunitario en salud mental, con arreglo a los lineamientos técnicos que apruebe el ente rector” (2).

El modelo de atención de salud mental comunitaria según (16) tiene como principal a la persona, familia y comunidad, en las diferentes etapas de planificación, evaluación y evaluación de procesos implementados, para garantizar acciones estratégicas de promoción y protección de la salud mental, en cada territorio y sus características son: “(a) centralidad en las necesidades y demandas de la persona a lo largo del curso de vida, de la familia, de la comunidad con pleno ejercicio de sus derechos”, “(b) aborda los determinantes sociales que subyacen a los problemas de salud mental. a la población, y no solamente en sus síntomas”, “(c) aborda integralmente la atención de la salud mental desde la perspectiva de la recuperación total”, “(d) tiene dos dimensiones, una política y otra operativa; la primera está representada por el funcionamiento del estado en lo referente a la gestión e implementación de leyes, políticas, normas, programas y planes en los niveles nacional, regional y local. la segunda implica la acción de los establecimientos de salud, dependencias públicas sectoriales, interinstitucionales y privadas, así como las organizaciones sociales”, “(e) a nivel del encuentro profesional – usuario/a, énfasis en la comprensión de las narrativas de los procesos de salud – enfermedad, más que el limitado abordaje y tratamiento del síntoma. por ejemplo, en este modelo se resaltan las formulaciones, es decir, la organización de la información obtenida con el usuario en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender su queja como un conjunto de problemas cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, construyendo con el/la usuaria una estrategia de tratamiento previendo la modalidad, intensidad, la duración de este y las probables dificultades que se presentarían durante su desarrollo. en este enfoque, cada persona atendida tiene un plan individualizado de tratamiento que, en casos severos o complejos, se articula a un plan de continuidad de

cuidados”, “(f) configura intervenciones en equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios, para la promoción y protección de la salud mental la atención, rehabilitación y reinserción social”, “(g) demanda la participación activa y responsable de la persona, familia y comunidad”, “(h) tiene un enfoque territorial, es decir, la comprensión y abordaje de los problemas de salud mental de una población implica concebir al territorio, además de un espacio físico, como un escenario socialmente construido donde ocurre todo lo social y lo simbólico, que incluye las relaciones de poder o posesión por parte de un individuo o grupo. de esta forma, los problemas de salud mental y su abordaje son contextualizados sistémicamente en el territorio donde viven y se relacionan los usuarios, familiares y los profesionales de la salud”, “(i) se opera en redes, estableciendo alianzas vinculantes entre las instituciones del sector y de otros sectores que aseguren carteras de atención, la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial, la igualdad de oportunidades y una vida ciudadana en las mayores condiciones de autonomía y bienestar posibles. esta colaboración intersectorial promueve el abordaje de la salud mental en sus diferentes aristas, dado el carácter multidimensional de la misma” (p. 41).

En el Plan Nacional de Fortalecimiento de servicios de salud mental (3) mencionan Principios y valores orientadores del modelo de atención de salud mental comunitario: “(a) continuidad y calidad de cuidados integrales. el cuidado de la salud mental implica la identificación y atención de las necesidades multidimensionales étnicamente diversas en salud de las personas a lo largo del curso de su vida (nacimiento, niñez, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor), sean hombres o mujeres en un entorno familiar determinado. comprenden intervenciones de promoción, prevención de riesgos, diagnóstico, tratamiento y recuperación. la familia como primer espacio de crecimiento y socialización y la comunidad como entorno de oportunidades de desarrollo e inclusión social son dos escenarios presentes en la perspectiva del cuidado integral en una localidad determinada. la

calidad significa asegurar en cada usuario el conjunto de servicios más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los usuarios y los equipos de salud para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción de los usuarios con el proceso. la continuidad de cuidados integrales implica la coordinación entre los diferentes niveles y escenarios de la red de atención de salud, incluyendo al componente clínico, psicosocial y de gestión, así como los dispositivos sociales no sanitarios, para el uso sucesivo o simultáneo de todos ellos por parte del usuario/a. la coordinación busca garantizar la continuidad de las intervenciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, en sentido longitudinal (a lo largo de la vida) y transversal (entre los niveles descritos), así como mejorar la accesibilidad, el enfoque integral, la flexibilidad de la red, la individualidad de las intervenciones y la participación del usuario/a”, “(b) normalización de la vida cotidiana en la comunidad. se fundamenta en la recuperación funcional de las personas con trastornos mentales graves-severos, a fin de que puedan acceder a todas las oportunidades de desarrollo e inclusión social que cualquier ciudadano puede tener. el límite de esta normalización de la vida cotidiana lo colocan los mismos usuarios y usuarias, no los prestadores de servicios, quienes más bien tienen la responsabilidad de buscar el más alto grado de bienestar y desarrollo posible para las personas que padecen estos trastornos mentales”, “(c) corresponsabilidad y participación comunitaria. es la garantía del deber de participación de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones, para lograr y mantener un adecuado estado de salud mental, bienestar y protección de derecho”, “(d) las organizaciones sociales de base al formar parte del tejido social representan el capital social de la gestión de la salud mental en la comunidad. el mapeo de información para identificar necesidades y problemas de salud mental en la comunidad, el acompañamiento de usuarios y usuarias en la ruta de atención, la articulación y desarrollo de acciones de prevención primaria, las visitas domiciliarias y la

vigilancia comunitaria de los problemas de salud mental configuran un conjunto de roles que estos actores comunitarios pueden asumir, trabajando con los equipos de los establecimientos de salud y con los equipos de los otros servicios especializados y diferenciados de salud mental”, “(e) equidad en salud mental. garantizar una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios en salud mental, de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud mental en una jurisdicción determinada”, “(f) solidaridad obligación ética de contribución de los ciudadanos para el logro de una eficiente cobertura universal en salud que permita satisfacer las necesidades de salud mental de la población más vulnerable”, “(g) cuidados apropiados al curso de vida. constituye un salto cualitativo desde un enfoque evolutivo fragmentado a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales. el curso de vida es un enfoque clave para la continuidad de cuidados en salud mental y el máximo desarrollo integral posible de las personas afectadas por trastornos mentales. recoge la historia temprana, la carga genética familiar, las circunstancias personales y condiciones de vida actuales y de manera prospectiva contribuye a predecir la adultez”, “(h) el género está definido como una red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. desde este concepto, implica la identificación diferenciada de las necesidades de salud mental y el consecuente manejo de los problemas de salud mental”, “(i) interculturalidad es un marco dialógico en el encuentro con el otro, que reconoce la presencia de la cultura de cada interlocutor en transacción, y resalta en dicho encuentro, el derecho que tiene cada una al mismo espacio para la expresión, representación, opinión y capacidad de decisión desde su cosmovisión, partiendo de una

concepción de la cultura como un fenómeno que se constituye y reconstituye en ese encuentro. la interculturalidad en salud es una manera de ver y hacer en salud, de relacionarse y concretar derechos en salud con pertinencia cultural, la cual permita a través de un diálogo entre iguales reconocer, armonizar y negociar las diferencias que existen entre grupos étnica y culturalmente diversos, lo cual incluye tanto a los profesionales de la salud como a los/las usuarios/as” (p. 42).

Suess Schewend en el año 2020 (17) menciona las funciones a nivel comunitario y cuáles son los roles y competencias diferenciadas. Como el personal de enfermería brinda cuidados integrales, haciendo énfasis en la calidad de atención sea basada en la integralidad, por ello combinará 3 roles: médico, consultor para otros cuidados profesionales e investigador / innovador.

Por otro lado, se hace necesario precisar que, para la organización panamericana de la salud, la integración eficaz de la atención de salud mental en los servicios de atención primaria es de naturaleza compleja, el número de personal especializado en diferentes campos, debidamente capacitado y supervisado para brindar atención de salud mental, es insuficiente (17).

Por ello el cambio de modelo requiere un replanteamiento del modelo asistencial para pasar de una atención a corto plazo a otra a largo plazo que en lugar de utilizar un abordaje biomédico adopte uno de carácter biopsicosocial. Este último incluirá especialmente aspectos de la dimensión social, y será particularmente relevante para las comorbilidades y estará en vigencia no solo en el primer nivel de atención, sino también en los diferentes niveles de atención en salud. Los sistemas sanitarios están creados y organizados para responder a los casos agudos (modelo hospitalario) y cuando se ha resuelto esta fase, el usuario entra confusión y angustia, ya que la continuidad no ha definido ni la

infraestructura, ni los recursos humanos, habilidades, competencias, aptitudes y responsabilidades que pudieran facilitar su atención adecuada.

Es en estas circunstancias cuando emerge el sistema de atención primaria de salud del que, a manera de *deus ex machina* de las tragedias griegas, se espera que lo resuelva todo. la pregunta clave, sin embargo, es ¿cómo puede el sistema de salud en su conjunto atender a las necesidades de los pacientes que requieren atención a largo plazo al tiempo que les garantice el disfrute absoluto de su ciudadanía? este asunto concierne no solo a los trastornos mentales sino a muchas afecciones crónicas que requieren atención a largo plazo (por ejemplo, la infección por el VIH/SIDA o la tuberculosis). es así como surge la “tentación del internamiento” como la respuesta más sencilla, pero también como la más devastadora (18).

En el Perú hay datos notables, que indican que los problemas psicosociales o trastornos mentales, en especial, los episodios depresivos y de ansiedad forman parte de las estadísticas principales de salud pública. Se evidencia que de cada 10 personas 3 han experimentado algún trastorno psiquiátrico alguna vez en su vida; principalmente en ciudades como Ayacucho, Puerto Maldonado e Iquitos, y las ciudades con el mayor número de reporte de problemas de salud mental son Ayacucho, Puno, Lima, Tacna y Puerto Maldonado. Los usuarios de salud mental aún conservan la idea en relación al prejuicio, por ello es que el mayor número de atenciones ambulatorias son atendidas en establecimientos no especializados, esto a razón de que no se ha puesto en ejecución los trabajos correctos de enfoques comunitarios (19).

Sin embargo, es necesario señalar que la salud mental ha tenido avances significativos en el Perú, tal es así que:

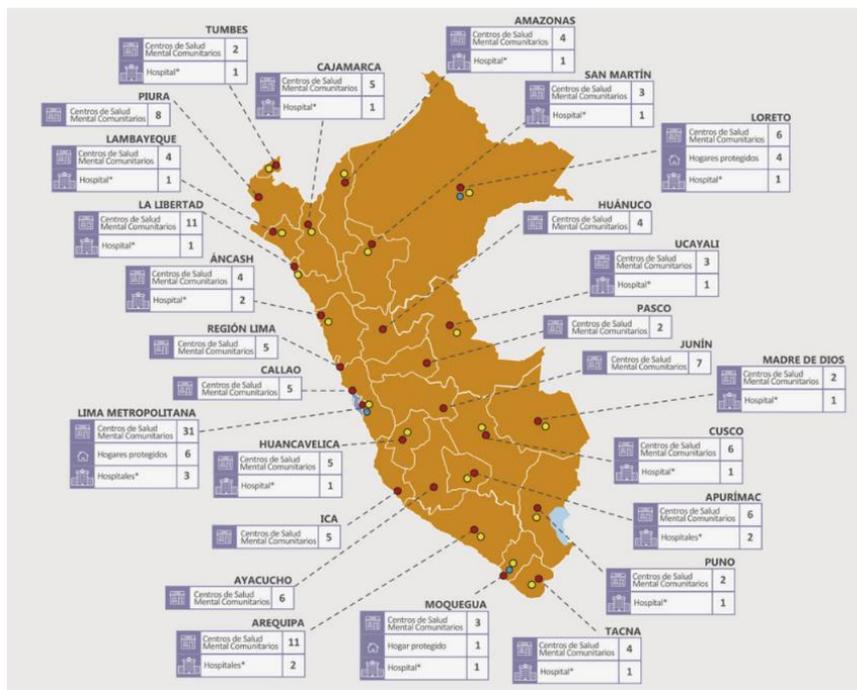
Del año 2015 al 2020 se cuentan con:

- ✓ 154 Centros De Salud Mental Comunitarios

- ✓ 23 Hospitales
- ✓ 11 Hogares Protegidos

**Figura 1**

*Mapa de distribución de Centros de Salud Mental Comunitarios a nivel nacional*



*Fuente: Plan De Fort. Nac. 2018(Ministerio de Salud, 2018b)*

Establecimientos de Salud son aquellos espacios sanitarios que cumplen, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de preventivo - promocionales, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, orientadas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas. Establece la unidad operativa más importante de la oferta de servicios de salud, clasificado en una categoría e implementada con recursos humanos, logísticos, tecnológicos, encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten ofrecer atenciones sanitarias dentro y fuera del establecimiento, de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de complejidad (20) (p. 5)

Los establecimientos de salud tienen una clasificación de acuerdo a la capacidad resolutive y al tipo de prestación que brinda, por esta razón los centros de salud sin

internamiento en donde atienden uno o más profesionales que desarrollan actividades que se restringen a la atención clínica ambulatoria, o a la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación que no requieran de internamiento (20)

Por ello es importante conocer de las funciones de los establecimientos con sé que se articulan los centros de salud mental comunitario; para que se pueda enlazar funciones y se logre el tejido de red: “(a) brindar atención integral de salud a la persona por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad”, “(b) participar en las actividades de educación permanente en salud para la mejora del desempeño en servicio”, “(c) realizar la gestión del establecimiento y participar en la gestión local territorial”, “(d) participar en el análisis del proceso de atención en salud para la toma de decisiones eficiente y efectiva”, “(e) brindar apoyo técnico a los equipos básicos de salud familiar y comunitaria” (5)

Desde el 5 de diciembre del 2016 se implementó el primer centro de salud mental comunitario en la ciudad de Ayacucho, por ello las acciones de salud y el avance se evalúa de manera anual en aras de verificar y rediseñar estrategias de cumplimiento (3)

Existen 12 indicadores de salud mental estrictamente de los centros de salud mental comunitario y 3 indicadores enlazados con los establecimientos de primer nivel:

### **Tabla 1**

#### *Reporte De Indicadores Epidemiológicos De Salud Mental Intentos De Suicidio*

#### *Reportados Por Los Establecimientos De Salud 2016 - 2020*

Establecimientos De Salud	Años	Total
15	2016-2020	154

### **Tabla 2**

#### *Reporte De Indicadores Epidemiológicos De Salud Mental Episodio Depresivo*

#### *Reportados Por Los Establecimientos De Salud 2016 - 2020*

Establecimientos De Salud	Años	Total
15	2016-2020	967

**Tabla 3**

*Reporte De Indicadores Epidemiológicos De Salud Mental Trastorno Psicótico*

*Reportados Por Los Establecimientos De Salud 2016 - 2020*

Establecimientos De Salud	Años	Total
15	2016-2020	250

**Tabla 4**

*Reporte De Indicadores De Violencia Intra Familiar Reportados Por Los*

*Establecimientos De Salud 2020*

Establecimientos De Salud	Años	Total
14	2019-2020	1314

**Tabla 5**

*Reporte De Feminicidios 2020*

Establecimientos De Salud	Años	Total
1	2020	1

Las acciones de liderazgo y empoderamiento como estrategia hacen posible la oficialización de reuniones técnicas, por equipos de salud mental de los centros de salud mental comunitario en coordinación con las micro redes y establecimientos de salud. estas aún son deficientes y se han visto afectadas en su desarrollo a causa de la pandemia del COVID 19. es necesario señalar que el responsable de salud mental y los profesionales que laboran en los establecimientos de primer nivel reciben capacitaciones y son fortalecidos

permanentemente para el cumplimiento de sus actividades planteadas, la sectorización de los CSMC hace posible que se aúnen esfuerzos para coberturar las actividades de salud mental; cabe mencionar, que el alto grado de sensibilización y empoderamiento hacia la estrategia que van desarrollando a lo largo de la implementación, tratando de cumplir sus metas: las mismas que están focalizadas a la continuidad de la atención y a la operativización del modelo comunitario(articulación), es por ello que se busca establecer acciones de coordinación con actores sociales, instituciones, organizaciones sociales, ONGS y cooperantes según su plan operativo. al corte de este análisis aún no se ha determinado con precisión el número de usuarios reinsertados y las estadísticas del primer feminicidio y los casis de intento de suicidio nos llevan a concluir que existe la necesidad de evaluar si el modelo de salud mental comunitario está siendo totalmente operativo en el primer nivel de atención.

### **2.3. Marco conceptual**

***Trastorno mental:*** “es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento del organismo la personalidad y la interacción social en forma transitoria o permanente

***Problemas psicosociales:*** son las alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas su ambiente y su entorno” (5).

***Corresponsabilidad y participación comunitaria:*** “Es la garantía del deber de participación de la persona, familia y comunidad como socios activos en la toma de decisiones, para lograr y mantener un adecuado estado de salud mental, bienestar y protección de derechos”(3) (p. 4).

***Articulación de la red de salud mental:*** “en el ámbito de su jurisdicción abarca principalmente la atención a la población en general en un aproximado de 100000 habitantes en el que se debe asegurar la continuidad de cuidados y el tejido de red” (5) (p. 15).

***Servicios y Programas terapéuticos:*** “que se orientan básicamente en acciones de promoción y prevención de los problemas psicosociales y trastornos mentales se busca la construcción de responsabilidades en cada etapa del curso de vida” (5) (p. 15).

***Interacción de los centros de salud mental:*** “proceso en el cual existe una relación de la población con los usuarios considerando el rol cultural y reconociendo la relevancia de la procedencia del usuario y la familia la interculturalidad el idioma las costumbres vinculadas al proceso de salud enfermedad en el que el propósito es asegurar las competencias interculturales del personal de salud” (5) (p. 15).

## **2.4. Identificación Y Operacionalización De Variables**

### **2.4.1. Variable**

Operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención.

## 2.5. Identificación y operacionalización de variable.

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN Y VALOR FINAL
OPERATIVIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Es el modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que fomenta la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con participación protagónica de la propia comunidad.	La aplicación del modelo de salud mental comunitario se evaluará a través de 5 indicadores priorizados, que permitirán medir el avance en el eje articulador y de trabajo en red. Para lo cual se hará uso de la técnica de observación, entrevistas y análisis de documentos, consignando las siguientes dimensiones.	indicador 6: personas con trastornos mentales rehabilitados	Número de usuarios (cod. REH-rehabilitados en escala de Deficiente Regular Optimo	ORDINAL y NOMINAL
			indicador 7 usuarios con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol rehabilitados	Número de usuarios rehabilitados con registro del código REH de HIS	ORDINAL
			indicador 8 número de asistencia técnica y capacitación a micro redes de salud	Numero de capacitaciones y fortalecimientos a los EE.SS.	ORDINAL
			indicador 9 reuniones con actores sociales de la comunidad para el cuidado de salud mental	Numero de reuniones con actores sociales identificados	ORDINAL
			indicador 10 agentes comunitarios en salud mental capacitados que promueven acciones de promoción de la salud mental	Número de agentes comunitarios reconocidos mediante acto resolutivo	ORDINAL
	Articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención con los centros de salud mental comunitarios.	SI NO	ORDINAL		
	La operatividad de los establecimientos de salud son un conjunto de actividades de un establecimiento de salud, mutuamente relacionadas y que	La operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención se medirá a través de la fuente HIS/SIS, actas y	Usuarios con trastornos mentales y problemas psicosociales reinsertados	1 A 3 4 A 7 8 A MAS	ORDINAL

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN Y VALOR FINAL
	interactúan, en la cual se convierte un elemento de entrada en resultado.	resoluciones para obtener los datos, que nos indiquen que existe articulación y continuidad de cuidados de los problemas de salud mental.			
			Acompañamientos psicosociales recibidos por los centros de salud mental	1 A 5 6 A 10 11 A 15	ORDINAL
			Tejido de red para soporte en caso de emergencias psiquiátricas	SI NO	NOMINAL
			Nivel de responsabilidad y delimitación de funciones en el personal de los establecimientos del primer nivel de atención.	SI NO	NOMINAL

## Capítulo III

### Diseño Metodológico

#### 3.1. Tipo De Estudio

Investigación aplicada: Según Hernández Sampieri, se considera que es un estudio que busca “resolver problemas”, este planteamiento es de mucha utilidad para evaluar, comparar, establecer, analizar, interpretar y determinar causalidad y sus implicaciones, además tiene como justificación adelantos y productos tecnológicos.(21)

De tipo cuantitativo: es centrado en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de fenómenos.

#### 3.2. Tipo De Diseño De Investigación

**No experimental:** ya que no se manipulo deliberadamente la variable, observaremos los fenómenos tal y como se dará en su contexto natural.(21)

**De corte Transversal - Prospectivo:** Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede.(21)

**Descriptivo:** En el estudio de alcance descriptivo se pretende especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.(21)

#### 3.3. Área De Estudio

Describir donde se va a realizar el estudio, límites y como se accede a lugar:

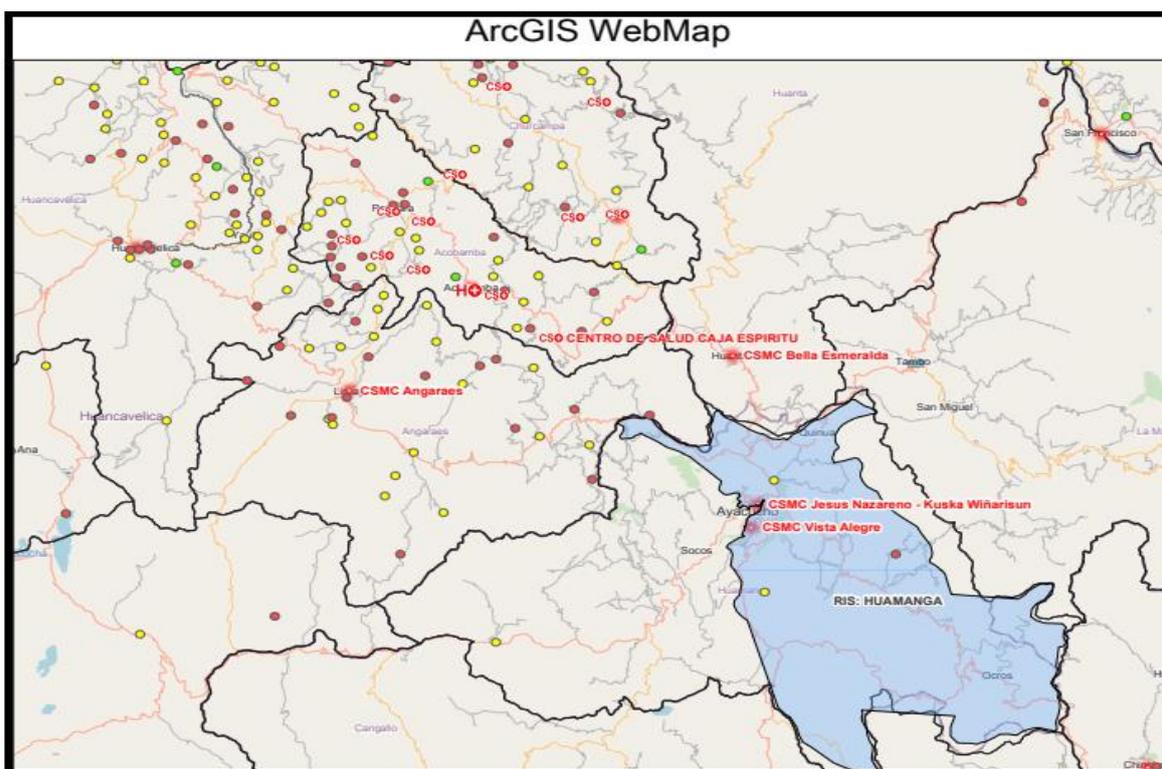
El área de estudio fue cada Servicio de salud Mental de cada uno de los 15 establecimientos que serán parte de nuestra investigación. No existe limitante actual, ya que

como investigadora pudo acceder a la recopilación de la información en coordinación con la DIRECCION DE SALUD PUBLICA (trabajadora de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga).

El acceso a los 15 establecimientos de salud está detallado a través de un mapa: los cuales son: Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, Centro de Salud Socos, Centro de Salud San Juan Bautista, Centro de Salud Santa Elena, Centro de Salud Carmen Alto, Centro de Salud Licenciados, Centro de Salud Belén, Centro de Vinchos, Centro de Salud Totos, Centro de Salud Paras, Centro de Salud Quinua, Centro de Salud Ocos, Centro de Salud Putacca, Centro de Salud Chontaca, Puesto de Salud Muyurina.

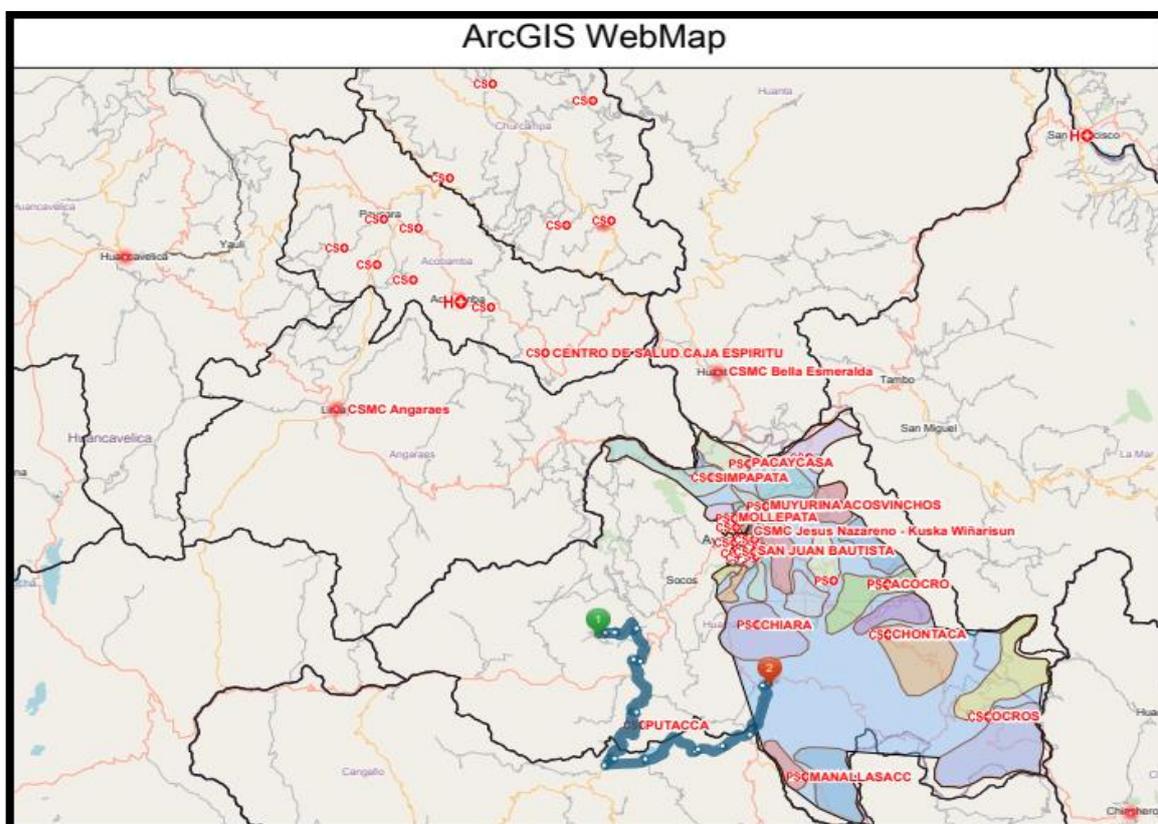
## Figura 2

*Mapa de distribución de Centros de Salud Mental según RIS I*



### Figura 3

de establecimientos de salud según RIS I y RIS II



#### 3.4. Población Y Muestra

##### 3.4.1. Población

93 establecimientos de salud

##### 3.4.2. Muestra

La muestra será obtenida a través de los 15 establecimientos que cuentan con el área de Salud Mental, es decir se procederá a trabajar con 15 responsables del Servicio de Salud Mental, de las cuales se obtendrá información clasificada de acuerdo con los objetivos específicos que vamos a recolectar, analizar y determinar y estos son:

“(a) Hospital de Apoyo Jesús Nazareno”, “(b) Centro de Salud Socos”, “(c) Centro de Salud San Juan Bautista”, “(d) Centro de Salud Santa Elena”, “(e) Centro de Salud Carmen Alto”, “(f) Centro de Salud Licenciados”, “(g) Centro de Vinchos”, “(h) Centro de

Salud Acosvinchos”, “(i) Centro de Salud Quinua”, “(j) Centro de Salud Ocros”, “(k) Centro de Salud Putacca”, “(l) Centro de Salud Conchopata”, “(m) Centro de Salud Totos”, “(n) Centro de Salud Paras”, “(o) Centro de Salud Chontaca”.

Criterios de inclusión:

Estarán incluidos los establecimientos cabeceras de micro red que están dentro del ámbito de los Servicios de Salud Mental Comunitario. Entre ellos los que cuentan con equipo de profesionales Psicólogos, Enfermera, Obstetra y Personal Técnico.

Criterios de exclusión:

Serán excluidos los establecimientos con categoría I-1.

Tamaño muestral

Para obtener la unidad de análisis o muestra, en la presente investigación, no se utilizó formulas probabilísticas, ya que la recolección de datos dependió del profesional a cargo o responsable del Servicio de Salud Mental de cada Micro Red, que fue sometida a la investigación, siendo 15 establecimientos que son pieza fundamental de la investigación.

Muestreo

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se buscó seleccionar la información por la accesibilidad directa que se tuvo, es decir se consideró las áreas establecidas y a los profesionales evaluados para dicha operatividad de los establecimientos de salud. El propósito fue que la muestra sea representativa para la investigación. Ya que se buscaba precisar los resultados, mas no el tamaño de muestra (Sampieri, 2014)

### 3.5. Técnica E Instrumento De Recolección De Datos

Para la recolección de datos se empleará

TECNICAS	INSTRUMENTOS
La observación	Guía de observación.
La entrevista	Ficha de recolección de datos

TECNICAS	INSTRUMENTOS
El análisis de documentos	HIS – SIS – ACTAS - RESOLUCIONES

- a. Para la variable el instrumento a utilizar es:
- GUIA DE OBSERVACION DEL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
  - FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
- b. Propósito de instrumento: Obtención de los datos relativamente rápido sobre las variables y recolección de datos.
- c. Componentes o dimensiones DE LA VARIABLE que evalúa el instrumento.
- Indicador 6: personas con trastornos mentales rehabilitados.
  - Indicador 7 usuarios con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol rehabilitados.
  - Indicador 8 número de asistencia técnica y capacitación a micro redes de salud.
  - Indicador 9 reuniones con actores sociales de la comunidad para el cuidado de salud mental.
  - Indicador 10 agentes comunitarios en salud mental capacitados que promueven acciones de promoción de la salud mental.
  - ✓ Articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención con los centros de salud mental comunitarios.
  - ✓ Usuarios con trastornos mentales y problemas psicosociales reinsertados
  - ✓ Acompañamientos psicosociales recibidos por los establecimientos de salud mental
  - ✓ Tejido de red para soporte en caso de emergencias psiquiátricas

- ✓ Nivel de responsabilidad y delimitación de funciones en el personal de los establecimientos del primer nivel de atención.

d. Criterio de administración

Los instrumentos se aplicarán a los 15 colaboradores de los 15 establecimientos de salud del primer nivel priorizados, la cual consta de preguntas que respondan a la operatividad del modelo de salud mental comunitario, así mismo se procederá a emplear los datos de la base CEPLAN 2022, para extraer información a la unidad de análisis.

### 3.6. Recolección De Datos

Se realizará la visita a los 15 establecimientos de salud seguido de la entrevista con los responsables del Servicio de Salud Mental para llevar a cabo la aplicación del instrumento de recolección donde obtendremos los datos de articulación de los establecimientos, usuarios reinsertados, números de acompañamientos, tejidos de red para soporte en casos de emergencias y los niveles de responsabilidad y delimitación de funciones en el personal de los establecimientos de salud, los cuales luego serán procesados y analizados para la obtención de nuestros resultados finales. Una vez recolectada la información se procederá a:

***Verificación del control de calidad.*** Revisar cada ficha o instrumento recabado, para verificar si han sido respondidas adecuadamente los ítems, caso contrario cerrar con una línea, evitar dejar espacios en blanco.

***Ordenamiento de los instrumentos utilizados.*** Una vez concluida con la verificación del control de calidad clasificar los instrumentos utilizados y realizar la numeración para totalizar los instrumentos.

***Categorización, codificación.*** Cada ítem debe contar con un código numeral para facilitar su almacenamiento.

*Resumen de los datos en hojas maestras.* Actualmente existen muchas formas de almacenar la información, los datos recolectados se almacenarán en el programa SPSS versión 24.

### **3.7. Presentación Y Análisis De Datos**

Los datos obtenidos de la presente investigación serán ordenados sistemáticamente, y podrán presentarse en tablas de frecuencias, de doble, triple entrada. De la misma forma los gráficos podrán ser procesados en Microsoft Excel 2016 y SPSS 24. Se aplicará estadística descriptiva (distribución de frecuencias y gráficas) análisis de datos cuantitativos, para medida de tendencia central (moda). Todo este proceso se puede realizar a través del análisis de tablas de frecuencias y descriptivas, por lo que se someterá el instrumento a Juicio de Expertos para obtener mayor confiabilidad y validez.

## Capítulo IV

### Resultados

**Tabla 6**

*Establecimientos de Salud-RSH que son parte de la investigación. Ayacucho 2022.*

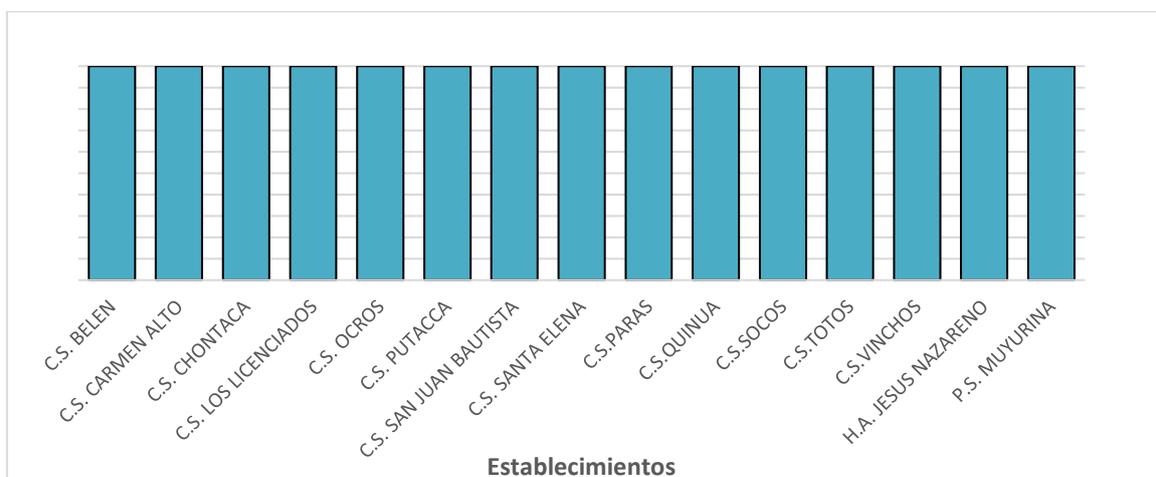
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
	Frecuencia	Porcentaje
C.S. BELEN	1	6,7
C.S. CARMEN ALTO	1	6,7
C.S. CHONTACA	1	6,7
C.S. LOS LICENCIADOS	1	6,7
C.S. OCROS	1	6,7
C.S. PUTACCA	1	6,7
C.S. SAN JUAN BAUTISTA	1	6,7
C.S. SANTA ELENA	1	6,7
C.S.PARAS	1	6,7
C.S.QUINUA	1	6,7
C.S.SOCOS	1	6,7
C.S.TOTOS	1	6,7
C.S.VINCHOS	1	6,7
H.A. JESUS NAZARENO	1	6,7
P.S. MUYURINA	1	6,7
Total	15	100,0

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** De la tabla N° 1, se puede visualizar la distribución de establecimientos de salud que fueron parte de la investigación.

**Figura 4**

*Establecimientos de Salud-RSH que son parte de la investigación*

**Tabla 7**

*Distribución de los Establecimientos de Salud, según categoría Ayacucho 2022.*

	Establecimientos	Porcentaje
	I-2	1
	I-3	11
Categoría	I-4	2
	II-1	1
	Total	15
		100,0

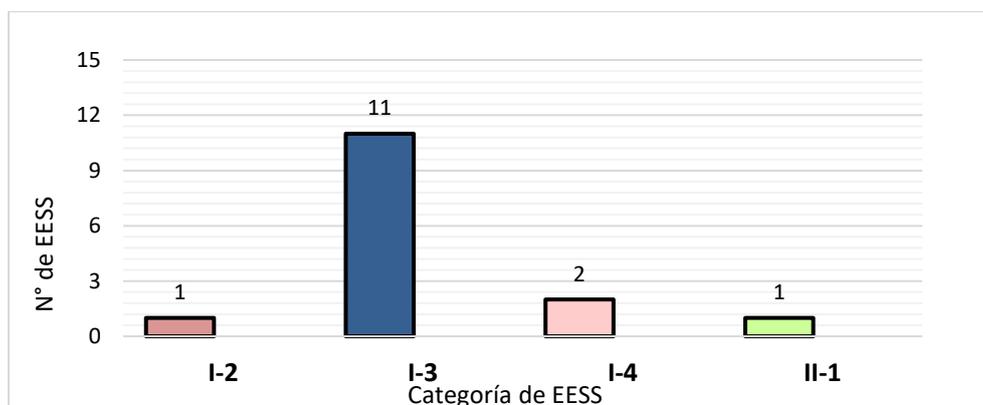
*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** De la tabla N° 2, se puede visualizar la distribución de establecimientos de salud por categoría; 11 establecimientos de salud corresponden a la categoría I-3, equivalente al 73.3% del total, seguido de ello 2 establecimientos de categoría I-4 (13.3%), 1 establecimiento de categoría I-2 y II-1 respectivamente.

Es necesario precisar que en las categorías I-3, I-4, II-1 se cuenta con profesional de psicología para el área de salud mental, como parte de una estrategia fundamental en la reducción de las brechas de atención y que significaría que la continuidad de cuidados de los pacientes este asegurado.

**Figura 5**

*Distribución de los Establecimientos de Salud, según categoría*

**Tabla 8**

*Establecimientos de Salud del primer y segundo nivel adscritos a los Centros de Salud Mental Comunitario Ayacucho 2022.*

		Establecimientos adscritos	Porcentaje
Centro de Salud Mental	C.S.M.C. Kuska Wiñarisun	6	40,0
	C.S.M.C. San Juan Bautista	4	26,7
	C.SM.C. Musuq Rikchay	5	33,3
Total		15	100,0

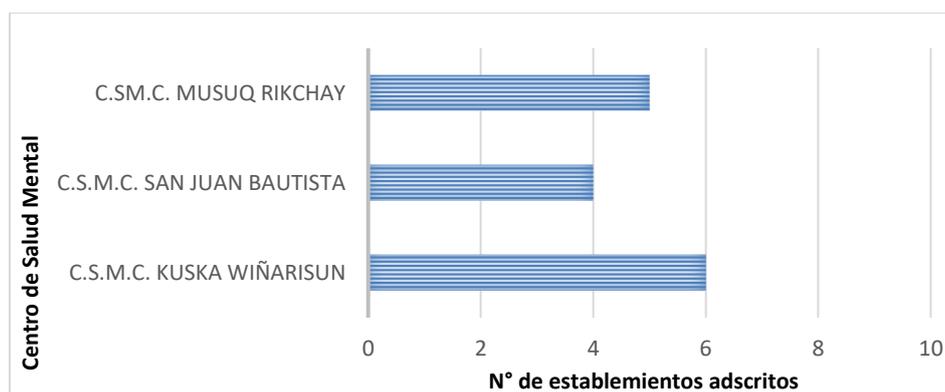
*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** De la tabla N° 3, se puede interpretar que, 6 establecimientos de salud están adscritos al Centro de Salud Mental Kuska Wiñarisun, equivalente al 40% del total, seguido de ello, 5 (33.3%) establecimientos pertenecen al Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Rikchay y 4 (26.7%) son parte del Centro de Salud Mental Comunitario San Juan Bautista; sin embargo es necesario precisar que los establecimientos especializados en salud mental, deben garantizar la adscripción de todos los puestos y centros de salud en

el ámbito de su jurisdicción, para ser eje articulador y funcionar en red, así como lo establece el Modelo de Salud Mental Comunitario.

### Figura 6

*Establecimientos de Salud del primer y segundo nivel adscritos a los Centros de Salud Mental Comunitario*



### Tabla 9

*Porcentaje de Establecimientos de Salud articulados a los Centros de Salud Mental Comunitario Ayacucho 2022.*

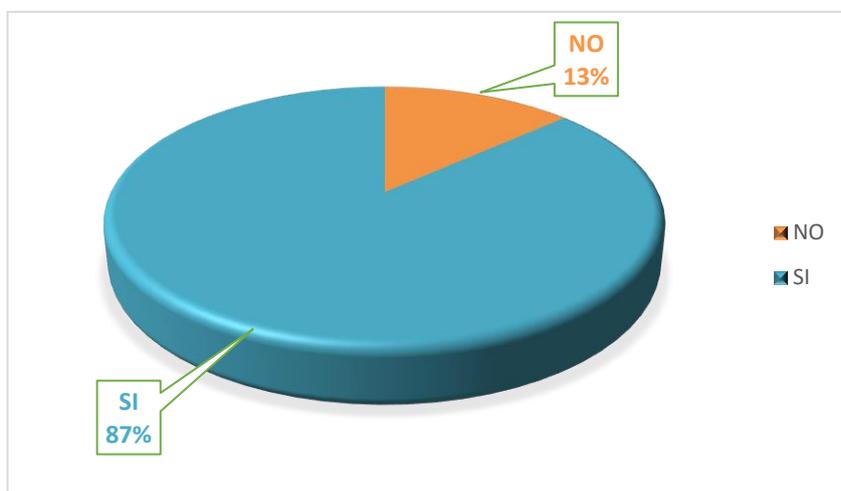
		Frecuencia	Porcentaje
Articulación	NO	2	13,3
	SI	13	86,7
Total		15	100,0

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** En la tabla N° 4, se puede observar que de los 15 establecimientos de salud que son parte de la investigación, el 86.7% si están articulados con los Centros de Salud Mental Comunitario, mientras que el 13.3% de ellos no lo están; por tanto, cabe señalar que el proceso de articulación es una tarea básica y fundamental para la gestión de salud mental, que, de ser adecuado, respondería a la aplicación del modelo comunitario con resultados orientados a la prevención y recuperación.

**Figura 7**

*Porcentaje de Establecimientos de Salud articulados a los Centros de Salud Mental Comunitario*

**Tabla 10**

*Establecimientos de Salud que articularon con algún tipo de documento Ayacucho 2022.*

	Frecuencia	Porcentaje
ACTA	3	26,7
OTROS (reunion)	8	60,0
PLAN DE INTERVENCION	2	13,3
Total	13	100,0

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

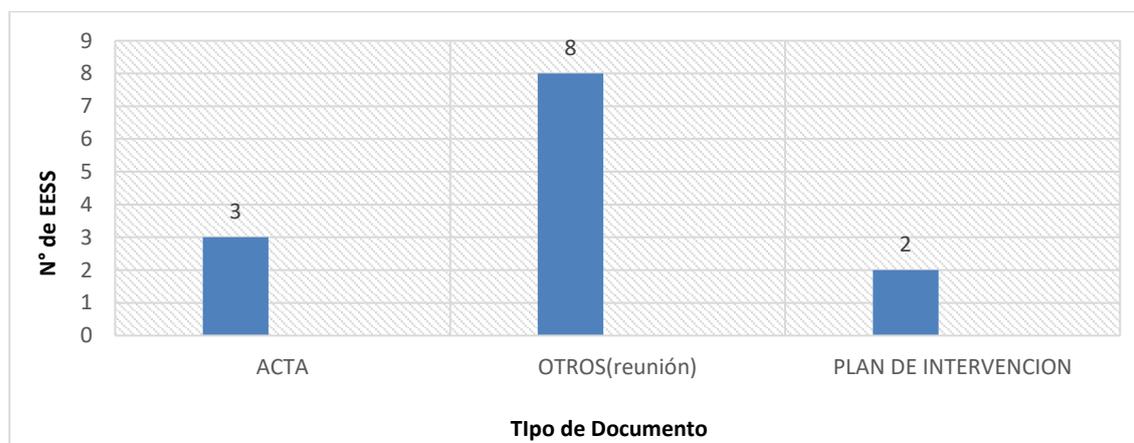
**Interpretación:** En la interpretación de los datos de la tabla N° 4.1., se puede evidenciar que si bien hay 13 establecimientos de salud articulados, 8 de ellos se dieron en el ítem otros, es decir que no se ha completado el proceso adecuado, con los documentos debidamente fundamentados y sustentados técnicamente para hacer válido dicho proceso, tal es así que refleja el 60% de los resultados, seguido de ello 3 establecimientos lo realizaron mediante acta, equivalente al 26.7% y finalmente solo 2 establecimientos lo ejecutaron con

plan de intervención, por lo que es importante mencionar que esta etapa se concrete con documentos técnicos, evidenciables a fin de cumplir con los procesos en la gestión de salud mental comunitaria.

Así mismo se precisa que 2 establecimientos NO están articulados, por lo que no forman parte del análisis de la presente.

### Figura 8

*Establecimientos de Salud que articularon con algún tipo de documento*



### Tabla 11

*Porcentaje de usuarios con problemas psicosociales o trastornos mentales reinsertados, según Establecimiento de Origen. Ayacucho 2022.*

		%	Establecimiento
REINSERCIONES	CSMC ESPECIALIZADO KUSKA WIÑARISUN	6.7%	C.S. BELEN
	CSMC ESPECIALIZADO MUSUQ RIKCHAY		C.S. CARMEN ALTO
	CSMC ESPECIALIZADO SAN JUAN BAUTISTA	6.7%	

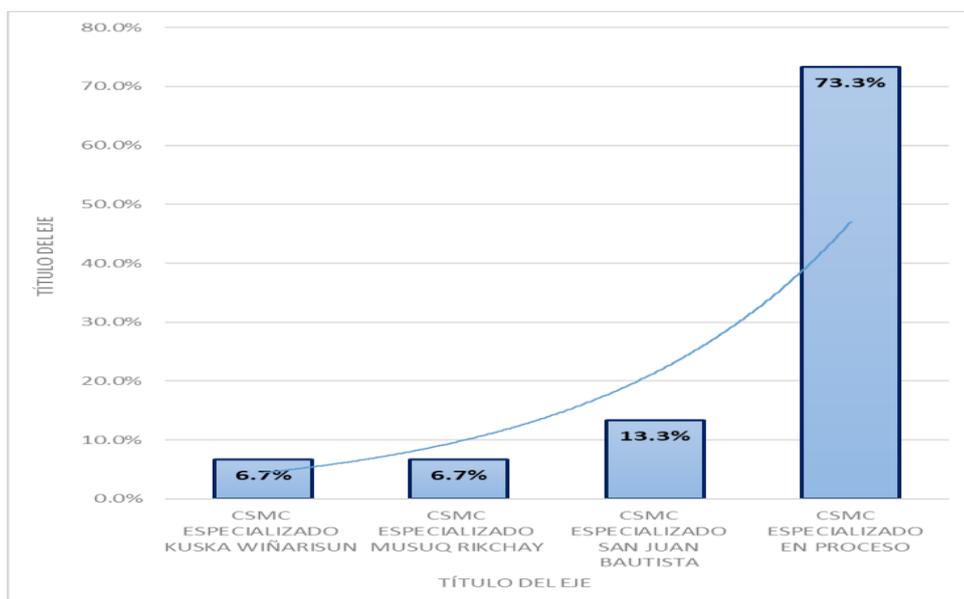
		%	Establecimiento
	CSMC ESPECIALIZADO EN PROCESO	13.3%	C.S. QUINUA C.S. SAN JUAN BAUTISTA
		73.3%	OTROS
Total		100.0%	

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** En la tabla N° 5, se puede analizar e interpretar que respecto al porcentaje de usuarios con problemas psicosociales o trastornos mentales reinsertados según establecimientos de salud, el 73.3% de otros centros de salud adscritos a los diferentes centros de salud mental comunitario se encuentran en proceso de reinserción, seguido de los Centros de Salud Quinua y San Juan Bautista que están adscritos al CSMC San Juan Bautista con el 13.3% de reinserciones, y 6.7% del C.S. Belen y Carmen Alto adscritos respectivamente a los CSMC Musuq Rikchay y Kuska Wiñarisun que cuentan con reinserciones, esto debido al tipo de diagnóstico, el tiempo de tratamiento, soporte familiar y al cumplimiento de paquete mínimo de atenciones en salud mental. Cabe señalar que respecto a la reinserción socio productiva, esta tiene por objetivo principal ayudar a los usuarios a recuperar o adquirir nuevas habilidades, capacidades y hábitos necesarios para acceder a espacios laborales y apoyar en su integración y mantenimiento en la sociedad.

**Figura 9**

*Porcentaje de usuarios con problemas psicosociales o trastornos mentales reinsertados, según jurisdicción*

**Tabla 12**

*Número de acompañamientos psicosociales que han recibido los establecimientos de salud Ayacucho 2022.*

	N° de acompañamientos	N° Establecimientos	Porcentaje
	1	3	20.0
	2	1	6.7
Acompañamientos psicosociales	3	4	26.7
	4	4	26.7
	5	1	6.7
	6	2	13.3
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100.00</b>

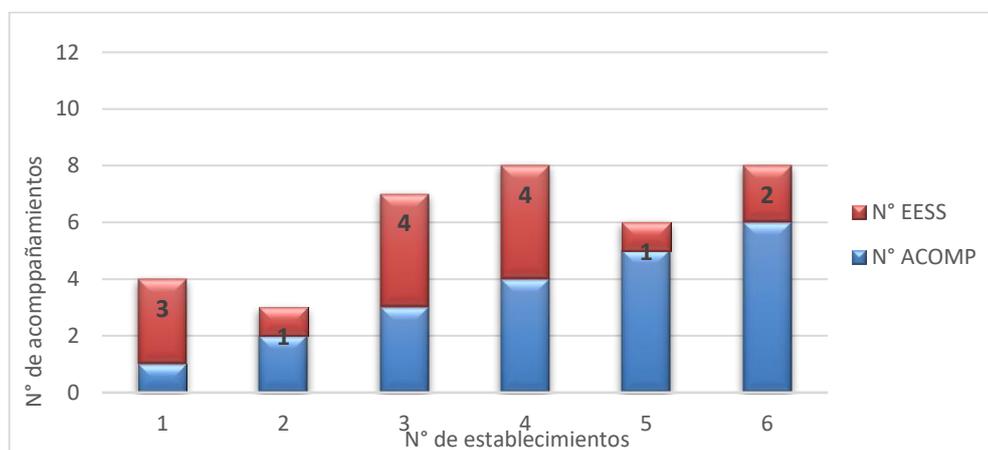
*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** En la interpretación de la tabla N° 6, se analiza que del total de acompañamientos recibidos por los establecimientos del primer nivel, el 26.7% corresponde

a 4 establecimientos que han recibido entre 3 y 4 acompañamientos psicosociales, seguido del 20% que corresponde a 3 establecimientos que recibieron 1 acompañamiento, 13.% equivalente a solo dos establecimientos que han recibido 6 acompañamientos y 6.7% 1 establecimiento de salud, que recibió entre 2 y 5 acompañamientos respectivamente. En tal sentido cabe precisar que el acompañamiento psicosocial es uno de los pilares fundamentales del modelo comunitario, ya que esta estrategia de asistencia técnica permite la articulación y el perfeccionamiento de acciones como prioridad de las atenciones en salud mental.

**Figura 10**

*Número de acompañamientos psicosociales que han recibido los establecimientos de salud*



**Tabla 13**

*Porcentaje de establecimientos que cuentan con área de emergencia o urgencia psiquiátrica Ayacucho 2022.*

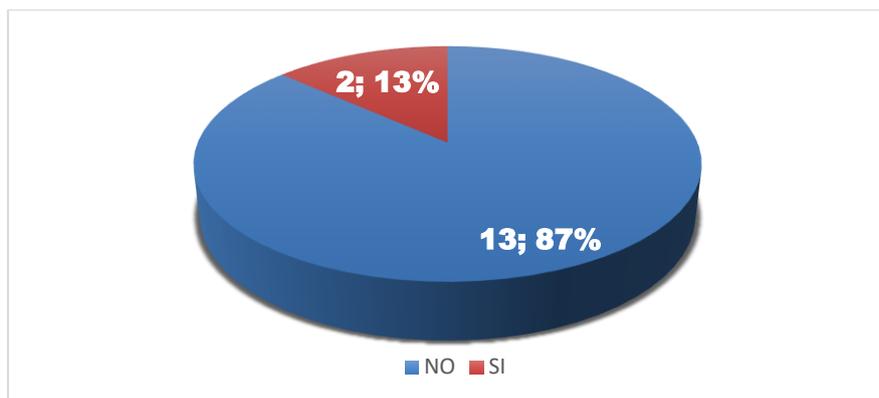
	ESTABLECIMIENTOS		Porcentaje
Tejido de red	NO	13	86,7%
	SI	2	13,3%
	Total	15	100,0%

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** En la tabla N° 7, se evidencia que, respecto al tejido de red, es decir si los establecimientos que son parte de la investigación cuentan con un área de emergencia o urgencia psiquiátrica, los resultados muestran que 13 establecimientos no cuentan con estas áreas, es decir equivalen al 86.7%, mientras que 2 establecimientos equivalentes al 13.3% si cuentan con estos espacios, del cual se puede interpretar, que aun los servicios de salud, no están preparados para dar respuestas a este tipo de situaciones, y que de presentarse, estamos obligados a dar respuestas como sistema de salud, más aun cuando son parte de las estrategias comunitarias y de población vulnerable.

### Figura 11

*Porcentaje de establecimientos cuentan con área de emergencia o urgencia psiquiátrica*



### Tabla 14

*Establecimientos de salud que cuentan con radar mental, agente comunitario y área de emergencia psiquiátrica Ayacucho 2022.*

		Radar Comunitario	Agentes Comunitarios	Emergencia psiquiátrica
Respuesta	NO	13	13	15
	SI	2	2	0
	Total	15	15	15

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** De la tabla N° 7.1, se puede interpretar que de los 15 establecimientos que son parte de la investigación, 13 no cuentan con radar mental ni agentes comunitarios respectivamente, y la totalidad (15) no cuentan con área de emergencia psiquiátrica, por lo que la continuidad de cuidados y el enfoque de integración de salud mental aún requiere de estrategias que fortalezcan el sistema de atención y cierre de brechas, así como de coordinación entre los diferentes niveles y espacios de la red de salud mental.

**Figura 12**

*Establecimientos de salud que cuentan con radar mental, agente comunitario y área de emergencia psiquiátrica*



**Tabla 15**

*Establecimientos de salud que cuentan con acciones de fortalecimiento en el primer y segundo nivel en salud mental Ayacucho 2022.*

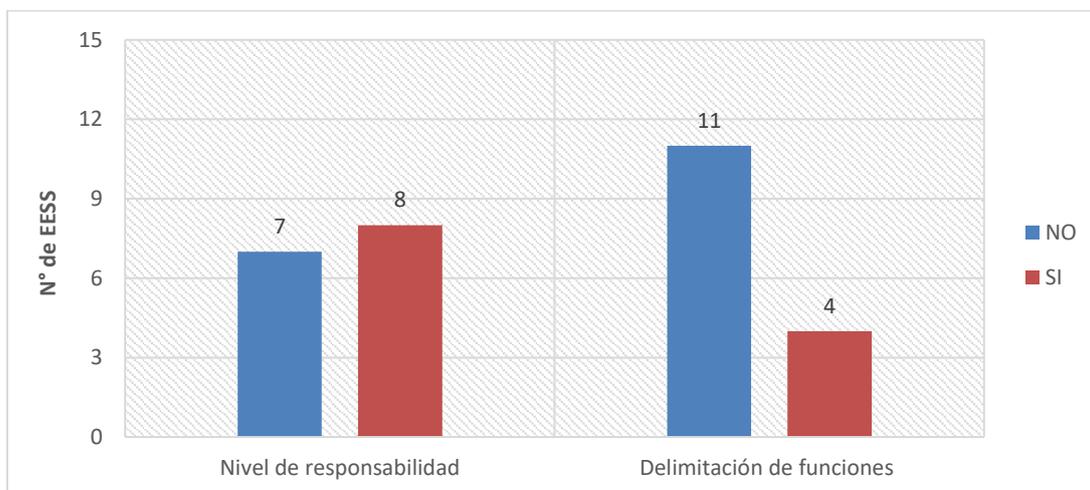
		Nivel de responsabilidad	Delimitación de funciones
Acciones de fortalecimiento	NO	7	11
	SI	8	4
	Total	15	15

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** En la interpretación de la tabla N° 8, se puede evidenciar que respecto a las acciones de fortalecimiento respecto a la delimitación de responsabilidades, 7 establecimientos de salud no lo han ejecutado, sin embargo en la delimitación de funciones, 11 si lo realizaron, por lo que al análisis estos procesos son cuando los centros de salud mental realizan el contacto con los EESS del primer nivel, es decir la articulación en red, inciden en esta acción, sin embargo respecto a la responsabilidad no está determinada por ningún tipo de documento, menos aun cuando nos e han logrado coberturas deseadas dentro del tejido de red, es preciso mencionar que las acciones del modelo comunitario son necesarias en las acciones de fortalecimiento, como son el nivel de responsabilidad de los establecimientos de primer y segundo nivel con los centros de salud mental comunitario, unidades de hospitalización entre otros, así como la delimitación de funciones de cada uno de los operadores de salud, a fin de que la provisión de servicios esté asegurada y finalice en la atención a los usuarios de salud mental.

### Figura 13

*Establecimientos de salud que cuentan con acciones de fortalecimiento en el primer y segundo nivel en salud mental*



**Tabla 16**

*Indicadores de Salud Mental, según número de atenciones de los EESS, base CEPLAN*

*2022. Ayacucho 2022.*

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL	INDICADO R 6	INDICADO R 7	INDICADO R 8	INDICADO R 9	INDICADO R 10
	REH	OH	ASIT. TEC.	ACTORES	AGENTES
CSMC MUSUQ RIKCHAY (5)	38	0	11	13	46
CSMC KUSKA WIÑARISUN (6)	32	0	9	8	34
CSMC SAN JUAN BAUTISTA (4)	22	0	5	4	24
TOTAL	92	0	25	25	104
META	100	50	100	100	200

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

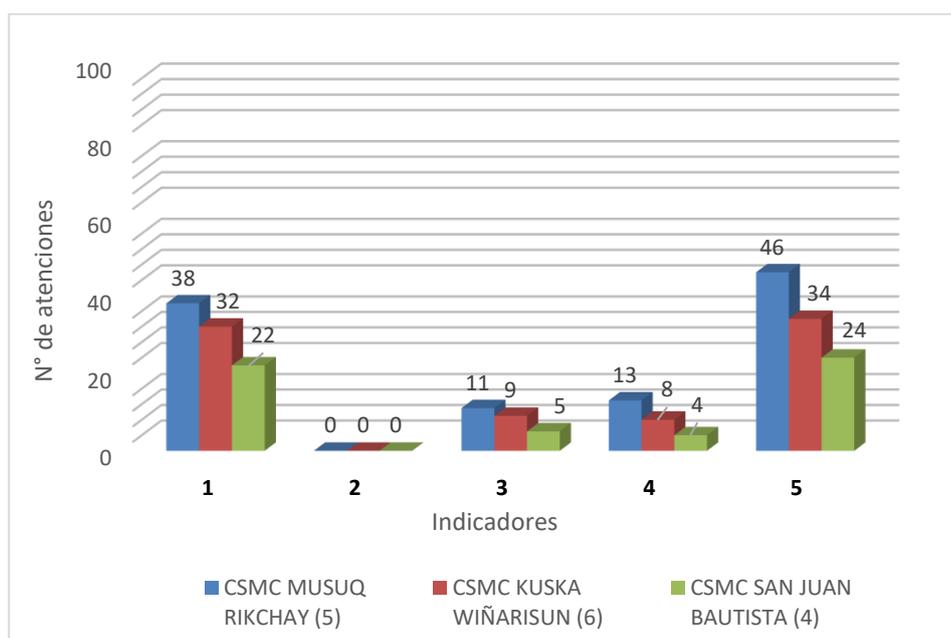
**Interpretación:** De la tabla N° 9, se puede analizar e interpretar lo siguiente, según los indicadores de salud mental, el indicador 10 evidencia un total de 104 atenciones, seguido del indicador 6 que muestra 92 atenciones, así mismo el indicador 8 y 9, solo 25 atenciones cada uno y finalmente el indicador 7, 0 atenciones; por lo que es necesario precisar que todas las atenciones corresponden al registro de las prestaciones realizadas, es decir, el registro codificado de las actividades, las mismas que permiten medir el avance gradual en cada uno de los establecimientos, ya que cuentan con una meta programada y con definiciones operacionales de estricto cumplimiento, definiendo así que no se ha concretado el avance programado conforme lo establece las definiciones operacionales.

Estos indicadores en salud mental tienen como objetivo primordial presentar un paquete mínimo estándar de información y carga de datos, necesarios y vitales para caracterizar la situación de salud mental en el ámbito de los EESS de la Red Huamanga,

para así poder tomar decisiones estratégicas en cuanto al manejo de estos indicadores, recursos humanos, financieros y logísticos, pero con más importancia al cierre de brechas en salud mental.

### Figura 14

*Indicadores de Salud Mental, según número de atenciones de los EESS, base CEPLAN Ayacucho 2022.*



### Tabla 17

*Indicadores de N° 6: Personas con trastornos mentales rehabilitados, según número de atenciones, base CEPLAN 2022*

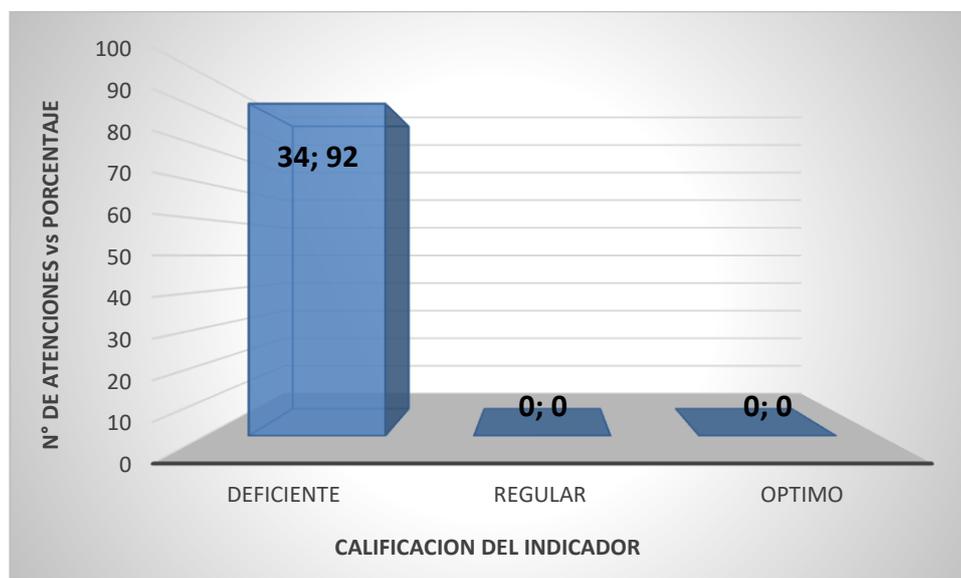
		N° de atenciones de los 15 EESS	
			Porcentaje
Calificación del indicador	No se cumplido	92	34
	En proceso	0	0
	Ejecutado	0	0
Total		92	34

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**Interpretación:** En la interpretación de la tabla N° 10, se puede evidenciar que, respecto a las atenciones del indicador trazador, solo se cuenta con 92 atenciones equivalente al 34% del total programado, por lo que se interpreta que no se ha cumplido con los procesos correspondientes a brindar el paquete mínimo de atenciones, porque los resultados no reflejan las intervenciones en salud mental.

### Figura 15

*Indicadores de N° 6: Personas con trastornos mentales rehabilitados Ayacucho 2022.*



encuentran en proceso de reinserción de sus usuarios, haciendo así deficiente el indicador 6, que está relacionado al proceso de rehabilitación (alta del usuario), sin embargo 2 establecimientos han reinsertado 4 usuarios, mostrando un avance regular y 2 establecimientos que han reinsertado 2 y 3 usuarios respectivamente.

## Discusión

La presente investigación tuvo como propósito principal, determinar la aplicabilidad del Modelo de salud Mental Comunitario en operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga, Ayacucho 2022, para ello se realizó el análisis correspondiente de las variables, en el que evidencio que los establecimientos de salud del primer y segundo nivel, que si bien han articulado con los centros de salud mental comunitario, aun no se han logrado los resultados de reinserción; por ello se hace necesario precisar que este proceso es el más importante y es el pilar del modelo comunitario, dado que busca que los usuarios se integren a la sociedad sin ser estigmatizados o discriminados por su condición.

En ese sentido, Sulca Quispe en el 2016, evaluó los resultados de la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental con respecto a las metas trazadas durante los años 2010 y 2011, en los que mostro los avances en el desarrollo de la estrategia sanitaria, la percepción de los responsables por limitaciones de orden administrativo, carencia de recursos humanos debidamente capacitados, falta de un adecuado monitoreo y de una activa participación comunitaria. Concluyendo que se evidencia que los operadores de la estrategia sanitaria carecen de formación en gerencia social que posibiliten la eficiencia de la estrategia, que se evidencia en el hecho que la comunidad no percibe que los establecimientos de salud estén trabajando lo suficiente en aspectos relacionados con el cuidado de la salud mental en la población.

Por lo que, en los resultados obtenidos en el presente estudio, se identificó que en la tabla 4 y 4.1 se precisan resultados respecto a la articulación de los centros de salud mental comunitario con los establecimientos de cada jurisdicción, y si bien el 86.7% han articulado, estos no se han documentado, tal como lo señala la tabla 4.1, y para que la estrategia comunitaria operativize es de suma importancia que estas acciones se fortalezcan es espacios

de coordinación y que culminen con los respectivos instrumentos y acuerdos para el logro de los objetivos comunitarios. De la misma forma en la tabla 6 se muestran los resultados de los acompañamientos psicosociales que recibieron los puestos y centros de salud, en el que evidencia también que no se ha logrado el número adecuado, siendo el más visible, 2 establecimientos que recibieron 6 asistencias, señalando una vez más que estas acciones fortalecen el modelo comunitario. Por tal motivo coincidimos con lo mencionado por Sulca Quispe, incidiendo en la importancia de mejorar acciones de gestión en salud mental.

Así mismo Velásquez en el 2016 señaló que en el Perú, indudablemente, existe un número considerable de usuarios que tienen algún problema de salud mental y por ende con muchas limitaciones para el acceso al tratamiento. En este sentido, resulta evidente que la responsabilidad de los problemas de salud mental no recae solamente en los profesionales y en el estado, sino también en la sociedad, comunidades y en las familias.

Por ello en relación a los resultados que se presentan en la tabla 7, se evidencia que 13 de 15 establecimientos no cuentan con área de emergencia psiquiátrica, seguido de la tabla 7.1, donde se demuestra que 13 establecimientos tampoco cuentan con radar comunitario (permite monitoreo de pacientes con trastornos) y no han logrado la formación de agentes comunitarios, y finalmente en la tabla 8 se presentan resultados respecto a la delimitación de funciones y del nivel de responsabilidad; mostrando así que estamos en proceso de consolidar el modelo de atención comunitaria, por ello podemos contrastar lo mencionado por Velásquez cuando plasma que el trabajo de salud mental debe ser abordado desde todos los ámbitos, es necesario precisar que cada una de las intervenciones deben ser eficaces, utilizando cada una de las estrategias y recursos necesarios, para así poder garantizar que los usuarios reciban tratamientos acordes con su diagnóstico, menos dependientes del sistema, que sean debidamente monitorizados por los profesionales de la salud y tener el soporte familiar y social, para que los problemas de salud mental que afectan

a estos usuarios encuentren soluciones y alternativas para el afrontamiento y posterior pase a potenciar habilidades, siempre en la búsqueda de su inclusión sin discriminación a los roles de la sociedad y de la misma forma Larban en el año 2010 hace referencia de que el modelo de salud mental comunitaria debe concretarse con la creación y desarrollo de red, por lo que, aunados a este antecedente mencionamos que en cada proceso de salud mental es necesario el tejido de red, puesto que esto permite que el usuario tenga el soporte desde todos los operadores en salud, y que el sistema de contención evite recaídas o revictimización, haciendo de esa forma el proceso continuo hasta su recuperación, por ello también resulta importante que los equipos multidisciplinarios estén preparados para dar respuestas oportunas y sostenibles en el tiempo, ya que los problemas de salud mental o trastornos mentales en ocasiones son de larga data.

Siguiendo con los resultados encontrados en la presente investigación, evidenciamos que en la tabla 9, se presentan los indicadores de salud mental en 5 dimensiones: de rehabilitación, asistencia técnica, reunión con actores sociales y agentes comunitarios, de los cuales, las atenciones extraídas de la base de datos, no reflejaría un avance adecuado en relación al paquete mínimo y a las metas programadas que se debe cumplir para asegurar las atenciones a los usuarios, por lo que reforzamos el estudio realizado por Pesenti & Araico que tuvo como propósito el desarrollo de propuestas, en el que hace énfasis al enfoque bio psico social , principios y roles de rehabilitación, enfocando principalmente la reducción de tratamiento farmacológico, todo ello enlazado al cumplimiento de los 5 indicadores pilares de salud mental, esos datos nos permitirán conocer el avance de enfoque comunitario, reducción de tratamientos farmacológicos, avance en terapias de rehabilitación, que son necesarios para que en algunos establecimientos de salud se lleve a cabo la readecuación de tratamientos obsoletos por terapias, como una práctica constante y factor clave en los

procesos de desinstitucionalización, desestigmatización, recuperación y reinserción, aunado a la utilización de los recursos comunitarios como base del modelo actual.

## Conclusiones

En la presente investigación sobre la aplicación del modelo de salud mental comunitario en la operatividad de los establecimientos de salud del primer nivel, realizado a los establecimientos de salud y sus respectivas unidades de salud mental, se determinó que los establecimientos de salud se encuentran en proceso de reinserción de sus diferentes usuarios, haciendo de esta forma deficiente el indicador de rehabilitación, con ello demostramos que el modelo de salud mental aplicado en la operatividad de procesos, no están siendo correctamente aplicado, dado que los parámetros, definiciones, estrategias están hechas de forma general y no adaptados a la realidad de cada contexto, en este caso Ayacucho como región tiene características especiales respecto a la salud mental.

Así mismo se identificó que 13 establecimientos de salud han realizado procesos de articulación, pero estos no están debidamente documentados, y en su mayoría se han concretado únicamente con reuniones, sin embargo, es preciso señalar que este proceso en el modelo es un desafío del trabajo clínico y clásico para encaminar una labor netamente comunitaria, de hacerlo se obtendrían mejores procesos sostenibles y sistematizados. Con la mirada hacia la continuidad de cuidados en el marco de las redes integradas de salud.

Por otra parte, se identificó que los acompañamientos psicosociales que han recibido los establecimientos de salud, equivalen al 6.7%, demostrando así que en el primer nivel de atención no se ha logrado el fortalecimiento de competencias, mejora de habilidades respecto a la identificación, tratamiento, rehabilitación entre otros procesos de salud mental comunitaria, resultando deficiente la aplicación del modelo, cabe señalar que esta estrategia es fundamental porque permite la identificación de los recursos que tiene cada establecimiento de salud, sus redes, el contexto, el ámbito, entre otros, para una adecuada gestión en salud mental, así como el fortalecimiento en el abordaje de los trastornos mentales.

De la misma forma se identificó que el 86.7% de los establecimientos en el tejido de red cuentan con un área de emergencia psiquiátrica, demostrando así que aun el sistema de salud mental tiene una tendencia clásica y que no estamos cerca del modelo comunitario.

Finalmente se concluye que según los resultados obtenidos, demostramos que el modelo de salud mental comunitario no está siendo correctamente aplicado en todos niveles, por ello con el apoyo de algunas políticas publicas aun requieren de mayores esfuerzos para su aplicación y gestión en cada establecimiento de salud, profundizar en los conceptos de abordaje comunitario, articulación; favorecerán mejorar las redes de atención y abocarnos a la reducción de tratamientos clásicos, dependientes y poco cercanos al enfoque comunitario.

## Recomendaciones

Se recomienda adaptar los lineamientos de salud mental al contexto de la región, para enfocar estrategias oportunas, puntuales y sostenibles, que nos permitan contribuir a mejorar la salud mental de la población Ayacuchana que se atiende en cada uno de los establecimientos de salud.

Recomendamos fortalecer la atención primaria en salud para mejorar el acceso de los usuarios a los servicios de salud mental, ya que el contacto es más cercano, reduce la estigmatización y discriminación, de la misma forma minimiza las posibilidades de rechazo a las atenciones en otros niveles (sin referencia) de mayor complejidad y mejora la optimización de los recursos comunitarios.

Se recomienda fortalecer las competencias y habilidades de los profesionales de salud en todos los establecimientos de salud del primer nivel, para promover la participación activa de cada uno de ellos en todas las etapas de la atención comunitaria, es decir garantizar el abordaje y continuidad de cuidados.

Recomendamos establecer las responsabilidades con todos los actores sociales y operadores de salud (salud mental tarea de todos), para que cada uno de ellos, desde su espacio y función coadyuven en la formación del tejido de red, para favorecer la contención, evitar recaídas y mejorar los procesos de rehabilitación de cada uno de los usuarios de salud mental.

Se recomienda que los profesionales de los centros de salud mental comunitario garanticen la totalidad de acompañamientos psicosociales y la utilización de diversas herramientas como el MhGAP para la detención oportuna de trastornos mentales en la atención primaria, para su posterior plan de gestión individualizado en los niveles que corresponda.

Recomendamos que los procesos de sectorización, es decir los establecimientos del primer nivel que correspondan a cada centro de salud mental sean reconocido con los respectivos documentos, a fin de que exista la corresponsabilidad en la atención y abordaje comunitario.

Finalmente recomendamos que el modelo de salud mental comunitario sea responsabilidad de todos los sectores y no únicamente de salud, porque es importante reconocer que la salud mental respecto a su comportamiento y cuidado depende de múltiples factores, como son el de educación, vivienda, economía, seguridad y otros, para garantizar así, el cierre de brechas en salud mental, las deserciones y la discapacidad por estos trastornos.

### Referencias Bibliográficas

1. OMS, Victorian F. Promocion de la Salud Mental. Ginebra; 2004. (2). Report No.: 1.
2. Congreso de La República. LEY N° 30947 LEY DE SALUD MENTAL. PERU: PROMULGA LEY; 4, 2018. p. 574725–30.
3. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Primera ed. Cutipe Y, Mendoza M, Uribe R, editors. Ministerio de Salud del Perú. Lima Perú: Cutipé, Yuri; 2018. 100 p.
4. Baena VC. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:1–6.
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios. Primera ed. Cutipe Cardenas, Yuri, Uribe Obando Rita et al, editor. Ministerio de Salud. Lima Perú; 2017.
6. Sulca Quispe RE. Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en el Distrito de Carmen de La Legua Reynoso De La Provincia Constitucional Del Callao. Lima - Perú. Pontificia Universidad Catolica del Peru; 2016.
7. Bang C, Cafferata LI, Castaño Gómez V, Infantino AI. Entre “lo clínico” y “lo comunitario”. Vol. I, Revista de Psicología. Argentina; 2020.
8. Coronel M. Indicadores de cambio en salud mental en contextos de postconflicto armado interno en Ayacucho Dedicatoria. Pontificia Universidad Catolica del Peru; 2020.
9. Murillo S. Salud mental positiva en estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno 2017. Repositorio InStitucional UNA-PUNO. Facultad de Enfermería; 2018.

10. Velasquez T. Salud mental en el Perú hacia un modelo de salud comunitaria Pólemos. Polemos. 2016. p. 1.
11. Dummar A de M. Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia. Universidad de Oviedo; 2015.
12. Pesenti JC, Araico AS. Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.” In: Consultores R, editor. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. 1a ed. España; 2015. p. 1–112.
13. Larban J. El modelo comunitario de atención en salud mental “continente y contenido.” Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2010 Oct;205–24.
14. León González M. La atención comunitaria en salud mental. Vol. 18, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002. p. 340–2.
15. Escalante E, Uribe R. Plan piloto de descentralización de atención en psiquiatría y salud mental. Angew Chemie Int Ed 6(11), 951–952. 1967;1 y 2(anales de salud mental):201–8.
16. Mario L. La atención comunitaria en salud mental. Cuba; 2002.
17. Suesch Schwend A. The trans depathologization perspective: a contribution to public health approaches and clinical practices in mental health? SESPAS Report 2020. Gac Sanit. 2020 Jan;34:54–60.
18. Rodríguez J. Salud mental comunidad Segunda edición. 2da ed. Malvarez S, Gonzales R, Levav I, editors. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009. 391 p.
19. Saavedra J, González S, Bernal E, Al E. Anales de Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental. 1era ed. Saavedra J, Albuquerque F, Stucchi S, editors.

- Vol. Vol 24, Anales de Salud Mental. Lima Perú: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI”; 2008. 249 p.
20. Ministerio de Salud. Categorías de Establecimientos de Sector Salud. 1st ed. Ministerio de Salud, editor. Vol. 2, Fresenius Environmental Bulletin. Lima Perú; 2018. 66 p.
  21. Sampieri RH. Metodología de la Investigación. Sexta Edic. Roberto H, editor. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA; 2014. 634 p.

**Anexos**

**Anexo 1***Ficha de recolección de datos*

Establecimiento de salud:		
Categoría de EESS:		
Fecha:	Hora:	Evaluador:

Estimado profesional esta encuesta es anónima y tiene como finalidad obtener información objetiva sobre la influencia del Modelo comunitario de salud mental en la operatividad de los establecimientos de primer nivel. Los resultados que se obtengan servirán para que las autoridades en salud pública y salud mental rediseñen estrategias para mejorar el nivel de abordaje en salud mental. La investigadora agradece su colaboración.

**INSTRUCCIONES:** Por favor marque con un aspa (x) los siguientes datos, luego proceda a leer cuidadosamente cada ítem y marque con un aspa(x) la respuesta que usted crea correcta.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	
1. ¿Esta articulado su establecimiento de salud, con algún Centro de Salud Mental Comunitario?	
SI	( )
NO	( )
Si su respuesta es SI, indique con qué centro se encuentra articulado y si la articulación se dio mediante algún documento:	
Nombre del CSMC: _____	
Tipo de documento:	
( )	acta
( )	acto resolutivo
( )	plan de intervención
( )	otros

2. ¿Cuántos usuarios con problemas psicosociales o trastornos mentales de su jurisdicción, se han reinserado a la sociedad? Marque con un aspa (x) según corresponda:
· De 1 a 3 usuarios ( )
· De 4 a 7 usuarios ( )
· De 8 a más usuarios ( )
· En proceso ( )
3. ¿Cuántos acompañamientos psicosociales ha recibido su establecimiento?
· De 1 a 5 acompañamientos ( )
· De 6 a 10 acompañamientos ( )
· De 11 a 15 acompañamientos ( )
4. ¿En el tejido de Red, se cuenta con área para la atención de casos de urgencia y emergencia?
SI ( )
NO ( )
Si su respuesta es SI, responda las siguientes preguntas:
¿El establecimiento cuenta con radar mental comunitario? SI ( ) NO ( )
¿Cuentan con agentes comunitarios en salud mental? SI ( ) NO ( )
¿Cuentan con área de emergencia psiquiátrica? SI ( ) NO ( )
5. Indique si o no en las siguientes preguntas, según corresponda
¿Se determinó el nivel de responsabilidad en el área de Salud Mental en su establecimiento SI ( ) NO ( )
¿Se delimito las funciones para el área de salud mental? SI ( ) NO ( )
Si sus respuestas fueron que SI, marque a través de que se dio:
( ) acta
( ) acto resolutivo
( ) plan de intervención
( ) ninguno

**Anexo 2**

*Ficha de observación de cumplimiento de indicadores*

ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL PROYECTO	ACTIVIDAD/OBRA	ACTIVIDAD PARA OBSERVAR	CUMPLE	
			SI	NO
INDICADOR 6	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES REHABILITADOS	DESARROLLO DE ACTIVIDADES DIARIAS(AVD) DEL GRUPO IDENTIFICADO TERAPIA PSICOSOCIAL TERAPIA COGNITIVA TERAPIA OCUPACIONAL EVALUACION CONTINUA A USUARIOS DEL PROGRAMA		
INDICADOR 7	USUARIOS CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL REHABILITADOS	DESARROLLO DE ACTIVIDADES DIARIAS(AVD) DEL GRUPO IDENTIFICADO TERAPIA PSICOSOCIAL TERAPIA COGNITIVA TERAPIA OCUPACIONAL TALLERES PSICOEDUCATIVOS PARA LA FAMILIA EVALUACION CONTINUA A USUARIOS DEL PROGRAMA		
INDICADOR 8	NUMERO DE ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION A MICROREDES DE SALUD	1.- CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL A MÉDICOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. 2.- FORTALECIMIENTO DE ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACIONES A LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN TEMAS DE SALUD MENTAL: TAMIZAJES VIF, SRQ 18 Y GUIAS CLINICAS PARA LA ATENCION EN SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA. 3.REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES: REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS. ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE FORMA MULTIDISCIPLINARIA		
INDICADOR 9	REUNIONES CON ACTORES SOCIALES DE LA COMUNIDAD PARA EL CUIDADO DE SALUD MENTAL	1.- REUNIONES CON MUNICIPIO LOCAL 2.- REUNIONES CON ORGANIZACIONES CIVILES Y OSB 3.- REUNIONES CON INSITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS 4.- ACTIVIDADES DE PARTICIPACION EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL CON DIFERENTES ACTORES SOCIALES IDENTIFICADOS		

ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL PROYECTO	ACTIVIDAD/OBRA	ACTIVIDAD PARA OBSERVAR	CUMPLE	
			SI	NO
		5.- TALLERES DE CAPACITACION Y SENSIBILIZACION CON LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES		
INDICADOR 10	AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL CAPACITADOS QUE PROMUEVEN ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD MENTAL	1.- IDENTIFICACION DE AGENTES COMUNITARIOS 2.- TALLERES DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES AGENTES COMUNITARIOS 3.- DESARROLLO DE ACTIVIDADES CON AGENTES COMUNITARIOS DE LA ZONA DE INTERVENCION 4.- ACOMPAÑAMIENTO TECNICO Y SOSTENIBILIDAD A LOS AGENTES COMUNITARIOS 5.- CAPTACION DE NUEVOS AGENTES COMUNITARIOS		

### Anexo 3

#### Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>APLICACION DEL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN LA OPERATIVIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION, AYACUCHO 2021.</p>	<p><b>GENERAL</b> ¿Se aplica el Modelo de Salud Mental Comunitario en la operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga?</p> <p><b>ESPECIFICOS</b> ¿Están articulados Los establecimientos de salud del primer nivel de atención con los centros de salud mental comunitarios? ¿Cuántos usuarios con trastornos mentales y problemas psicosociales han logrado el proceso de reinserción social? ¿Cuántos acompañamientos psicosociales han recibido los establecimientos de primer nivel de atención por parte del centro de salud mental comunitario? ¿Cuentan con el tejido de red para soporte en caso de emergencias psiquiátricas? ¿Cuál es el nivel de responsabilidad y delimitación de funciones en el personal de los establecimientos del primer nivel de atención?</p>	<p><b>GENERAL</b> Determinar la aplicabilidad del Modelo de salud Mental Comunitario en operatividad de los establecimientos del primer nivel de atención de salud de la Unidad Ejecutora Red de Salud Huamanga.</p> <p><b>ESPECIFICOS</b> Evaluar el nivel de articulación los establecimientos de salud del primer nivel de atención con los centros de salud mental comunitarios.</p> <p>Identificar el número de usuarios con trastornos mentales y problemas psicosociales han logrado el proceso de reinserción social.</p> <p>Identificar el número de acompañamientos psicosociales que han recibido los establecimientos de primer nivel de atención por parte del centro de salud mental comunitario.</p>	<p>Variable OPERATIVIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION</p>	<p>Tipo de Estudio Investigación aplicada Diseño de la investigación <b>No experimental:</b> ya que no se manipulará deliberadamente las variables, observaremos los fenómenos tal y como se dará en su contexto natural. Transversal Prospectivo Descriptivo</p> <p><b>Población:</b> La población de mi investigación estará compuesta por 60 trabajadores a nivel de los 15 establecimientos. Muestra: La muestra será obtenida a través de los servicios de Salud Mental de cada Establecimiento, es decir se procederá a trabajar con 15 responsables del servicio de Salud Mental de las cuales se obtendrá información clasificada de acuerdo con los objetivos específicos que vamos a recolectar, analizar y determinar. Técnicas de recolección de datos: OBSERVACION ENTREVISTA ANALISIS DE DATOS</p> <p>Instrumento de recolección de datos: Guía de observación.</p>

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
		<p>Evaluar si los establecimientos de primer nivel cuentan con el tejido de red para soporte en caso de emergencias psiquiátricas</p> <p>Diferenciar nivel de responsabilidad y delimitación de funciones en el personal de los establecimientos del primer nivel de atención.</p>		<p>Ficha de recolección de datos            HIS/SIS/ACTA/ACTO RESOLUTIVO</p>

**UNSCH**ESCUELA DE  
POSGRADO

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD 156-2023-UNSCH-EPG/EGAP

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajo de tesis de Posgrado en segunda instancia para la **Escuela de Posgrado - UNSCH**; en cumplimiento a la Resolución Directoral N<sup>º</sup> 198-2021-UNSCH-EPG/D, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:

### **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

<b>AUTOR:</b>	Bach. Osores Marticorena, Katty Eliana
<b>DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS</b>	MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
<b>GRADO ACADÉMICO QUE OTORGA</b>	MAESTRO
<b>DENOMINACIÓN DEL GRADO ACADÉMICO</b>	MAESTRO(A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
<b>TÍTULO DE TESIS</b>	Aplicación del modelo de salud mental comunitario en la operatividad de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Ayacucho 2022
<b>EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD</b>	18%
<b>Nº DE TRABAJO</b>	2176782699
<b>FECHA</b>	25-sept.-2023

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad con depósito.

Se expide la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 25 de setiembre del 2023.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTOBAL DE HUAMANGA  
ESCUELA DE POSGRADO

Ing. Edith Geovana Asto Peña  
Responsable Área Académica

# Aplicación del modelo de salud mental comunitario en la operatividad de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Ayacucho 2022

*por* Katty Eliana Osoreo Marticorena

---

**Fecha de entrega:** 25-sep-2023 03:53p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2176782699

**Nombre del archivo:** TESIS\_KATTY\_OSORES\_250923.doc (1.95M)

**Total de palabras:** 16494

**Total de caracteres:** 90324

# Aplicación del modelo de salud mental comunitario en la operatividad de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Ayacucho 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>documentop.com</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>polemos.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>iris.paho.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>repositorio.upsjb.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.unap.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>bvs.minsa.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

9	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1 %
10	<a href="http://www.consultas-cursos-de-psicoanalisis.com">www.consultas-cursos-de-psicoanalisis.com</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	<1 %
13	<a href="http://transparencia.unap.edu.pe">transparencia.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://repositorio.unan.edu.ni">repositorio.unan.edu.ni</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://www.codajic.org">www.codajic.org</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://www.dspace.unitru.edu.pe">www.dspace.unitru.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://documents.mx">documents.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

20 grandesmedios.com <1 %  
Fuente de Internet

---

21 1library.co <1 %  
Fuente de Internet

---

22 www.grafiati.com <1 %  
Fuente de Internet

---

23 noticia.educacionenred.pe <1 %  
Fuente de Internet

---

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 30 words



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR  
AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO (A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD  
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 00665-2023-UNSCH-EPG/D**

Siendo las 11:00 a.m. de 21 de Setiembre de 2023 se reunieron en el auditorium de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el Jurado Examinador y Calificador de tesis, presidido por el **Dr. Emilio Germán RAMÍREZ ROCA** director (e) de la Escuela de Posgrado, al **Mg. Roaldo PINO ANAYA** Directora (e) de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, por los siguientes miembros: **Dra. Iris JARA HUAYTA** y la **Dra. Angelica RAMIREZ ESPINOZA**; para la sustentación oral y pública de la tesis titulado, **APLICACIÓN DEL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN LA OPERATIVIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION, AYACUCHO 2022**. En la Ciudad de Ayacucho del 2023, presentada por la **Bach. Katty Eliana OSORES MARTICORENA**. Teniendo como asesor el **Dr. Edward Eusebio BARBOZA PALOMINO**.

Acto seguido se procedió a la exposición de la tesis, con el fin de optar al Grado Académico de **MAESTRO (A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**, Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduanda. A continuación el Jurado Examinador y Calificador de tesis procedió a la votación, la que dio como resultado el siguiente calificativo: DIECI OCHO (18)

**CALIFICACION (\*)**

Aprobado por unanimidad	X
Aprobado por Mayoría	—
Desaprobada por Unanimidad	—
Desaprobada por mayoría	—

(\*) Marcar con aspa

Luego, el presidente del Jurado recomienda que la Escuela de Posgrado proponga que se le otorgue a la **Bach. Katty Eliana OSORES MARTICORENA**. el Grado Académico de **MAESTRO (A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**. Siendo las 12:50 pm hrs. Se levanta la sesión. Se extiende el acta en la ciudad de Ayacucho, a las 12:50 pm hrs. Del 21 de setiembre 2023.

.....  
**Dr. Emilio Germán RAMÍREZ ROCA**  
Director (e) de la Escuela de Posgrado

.....  
**Mg. Roaldo PINO ANAYA**  
Directora (e) de la Unidad de Posgrado – FCSA

.....  
**Dra. Iris JARA HUAYTA**  
Miembro

.....  
**Dra. Angelica RAMIREZ ESPINOZA**  
Miembro

.....  
**Dr. Edward Eusebio BARBOZA PALOMINO**  
Secretario Docente (e)

**Observaciones:**

.....  
.....