

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE



El impacto de la intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” (SMC) en pacientes de salud mental con esquizofrenia, desde las experiencias del entorno familiar y de los agentes de salud de un Centro de Salud Mental de VES, Lima.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN BIOÉTICA Y
BIODERECHO

AUTOR

Ivonne Carla León Rondinel

ASESOR

Dr. Benigno Peceros Pinto

Lima, Perú

2022

Dedicatoria

Dedico la presente tesis a mis amados; padres, Dacio Santos Leon Salcedo (+) y Petronila Rondinel Peralta, quienes siempre me apoyaron incondicionalmente y me impulsaron con sus sabias palabras y ejemplo de vida, a superarme cada día y dar lo mejor de mí. Todos mis logros se los debo a ellos.

Agradecimientos

Mi primer Agradecimiento va dirigido a Dios, de quien nos viene todos los bienes y sin quien nada es posible.

Agradezco a mis padres, quienes incansablemente me apoyaron de todas las formas que estuvo a su alcance, para poder continuar y concluir con mis estudios de maestría.

Agradezco a mis hermanos, por su acompañamiento y estímulo constante.

A mi esposo e hijos, por toda su comprensión

Agradezco a mi asesor de tesis, Dr. Benigno Peceros, por brindarme su conocimiento y sobre todo por la paciencia que me ha tenido a lo largo del desarrollo de esta investigación.

Agradezco a todas las personas que, de alguna u otra manera, contribuyeron a la realización de esta investigación.

Resumen

El presente estudio ha tenido como objetivo aportar evidencia sobre el impacto de la intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” en pacientes de salud mental con esquizofrenia desde las experiencias del entorno familiar y de los agentes de salud de un Centro de Salud Mental de VES, Lima. Tiene enfoque cualitativo con diseño fenomenológico hermenéutico. La muestra seleccionada fue de ocho pacientes, seis familiares directos y cinco agentes de salud a quienes se les administró una entrevista semiestructurada. En los resultados se encontró que el entorno familiar mejoró su calidad de vida mediante la organización de hábitos y horarios, asimismo, con el aseo y autocuidado del paciente. En relación a los agentes de salud se encontró que el modelo aplicado logró el cambio de paradigma en la atención al paciente.

Palabras clave: Salud Mental Comunitaria, esquizofrenia, trato humanizado, atención al paciente.

Abstract

The objective of this study has been to provide evidence on the impact of the intervention with the “Community Mental Health” model in mental health patients with schizophrenia from the experiences of the family environment and the health agents of a VES Mental Health Center, Lima. It has a qualitative approach with a hermeneutical phenomenological design. The selected sample consisted of eight patients, six direct relatives, and five health agents who received a semi-structured interview. In the results, it was found that the family environment improved their quality of life through the organization of habits and schedules, likewise, with the grooming and self-care of the patient. In relation to health agents, it was found that the applied model achieved a paradigm shift in patient care.

Keywords: Community Mental Health, schizophrenia, humane treatment, patient care.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice.....	vi
Introducción.....	x
Capítulo I. El Problema de investigación	1
1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación de la investigación	3
1.4. Objetivos de la investigación.....	4
1.4.1. Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos específicos	4
1.5. Hipótesis	4
Capítulo II. Marco Teórico.....	5
2.1. Antecedentes de la investigación.....	5
2.2. Bases teóricas.....	7
2.2.1. La Salud Mental Comunitaria (SMC): orígenes	7
2.2.2. El modelo de Salud Mental Comunitaria (SMC)	8
2.2.2.1. <i>Definición</i>	8
2.2.2.2. <i>Características</i>	9
2.2.2.3. <i>Principios</i>	9
2.2.3. La Psiquiatría Comunitaria	10

2.2.3.1. <i>Definición</i>	10
2.2.3.2. <i>Surgimiento</i>	10
2.2.3.3. <i>Objetivo</i>	11
2.2.4. La Esquizofrenia	11
2.2.4.1. <i>Definición</i>	11
2.2.4.2. <i>Epidemiología</i>	11
2.2.4.3. <i>Síntomas</i>	12
2.2.4.4. <i>Tipología</i>	12
2.2.4.5. <i>Impacto</i>	12
Capítulo III. Materiales y Métodos	14
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	14
3.2. Población y muestra.....	14
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión	14
3.3. Descripción del entorno	14
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	14
3.5. Procedimiento	15
3.6. Plan de análisis e interpretación de la información	15
3.7. Aspectos éticos	18
3.7.1. Código de Ética del psicólogo	19
Capítulo IV. Resultados y Discusión	19
4.1. Características de los participantes.....	19
4.2. Análisis descriptivo.....	19
4.2.1. Familiares	20
4.2.1.1. <i>Entrevistado 1</i>	19
4.2.1.2. <i>Entrevistado 2</i>	19
4.2.1.3. <i>Entrevistado 3</i>	20

4.2.1.4. <i>Entrevistado 4</i>	20
4.2.1.5. <i>Entrevistado 5</i>	21
4.2.1.6. <i>Entrevistado 6</i>	21
4.2.2. Agentes de salud	22
4.2.2.1. <i>Entrevistado 1</i>	22
4.2.2.2. <i>Entrevistado 2</i>	22
4.2.2.3. <i>Entrevistado 3</i>	23
4.2.2.4. <i>Entrevistado 4</i>	23
4.2.2.5. <i>Entrevistado 5</i>	24
4.3. Análisis estructural	24
4.3.1. Categoría 1: experiencias de los familiares de los pacientes con esquizofrenia en la convivencia diaria	24
4.3.1.1. <i>Tema 1: Organización en hábitos y horarios</i>	25
4.3.1.2. <i>Tema 2: Cuidado del aseo personal</i>	25
4.3.1.3. <i>Tema 3: Tema 3: Estado de ánimo estable</i>	26
4.3.1.4. <i>Tema 4: participación en la comunidad</i>	26
4.3.2. Categoría 2: experiencias de los agentes de salud con el modelo de intervención de SMC	26
4.3.2.1. <i>Tema 1: El trato humanizado es clave para lograr buenos resultados a favor del paciente y la familia.</i>	27
4.3.2.2. <i>Tema 2: Tema 2: El modelo de SMC ha representado un cambio de paradigma en cuanto a la atención.</i>	27
4.4. Análisis interpretativo	27
4.4.1. Categoría 1: experiencias de los familiares de los pacientes con esquizofrenia en la convivencia diaria	28
4.4.1.1. <i>Tema 1: Organización en hábitos y horarios</i>	28
4.4.1.2. <i>Tema 2: Aseo personal y autocuidado</i>	28
4.4.1.3. <i>Tema 3: Estados de ánimo estables</i>	28

4.4.2. Categoría 2: experiencias de los agentes de salud con el modelo de intervención de SMC	29
4.4.2.1. <i>Tema 1: El trato humanizado es clave para lograr buenos resultados a favor del paciente y la familia</i>	29
4.4.2.2. <i>Tema 2: El modelo de SMC ha representado un cambio de paradigma en cuanto a la atención.</i>	29
4.5. Discusión	29
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones.....	32
5.1. Conclusiones.....	32
5.2. Recomendaciones	33
Referencias	34
Anexos.....	38

Introducción

La salud mental comunitaria (SMC), la cual apunta a devolver la dignidad humana a todas aquellas personas que, por su condición de salud mental, lastimosamente viven, aún hoy en día, sumidas en el estigma social; es actualmente, el modelo de intervención con mayor necesidad por parte de la población.

La acogida que ha tenido ha sido exitosa. Partiendo desde un trabajo de prevención, formación, la búsqueda de personas con problemas en su salud mental, muchos de ellos referidos por vecinos, el tratamiento a domicilio en algunos casos, las terapias familiares y las terapias de grupo, y el posterior seguimiento de los casos intervenidos. Todo ello ha hecho que esta intervención marque la diferencia en cuanto a los tipos de atención tradicionales, en las cuales era el paciente el que tenía que ir en búsqueda de la atención. Otorgando así a los agentes de salud, un papel más activo y dinámico en el proceso de recuperación del paciente.

El Centro Parroquial de Salud Mental (CPSM) ubicado en el Sector 6 Grupo A Parque Central de Villa El Salvador, cuya misión es prestar una atención integral, con calidad y caridad, para mejorar la salud mental en la comunidad de Lima Sur, nos ha permitido tener la experiencia de este tipo de intervención, fortaleciendo así la atención que ya se venía brindando a la comunidad.

Este modelo de atención, ha significado salir al encuentro de la persona que sufre debido a sus limitaciones funcionales y mentales. Es estar cara a cara con la, muchas veces, cruda realidad en la que cada uno de ellos intenta “sobrevivir”.

Es el contacto cercano, afectivo y humano. Es integrarse con las realidades cultural, social y religiosa de los pacientes y las familias; junto al cual también se ha permitido desarrollar una sensibilización personal, tanto en los agentes de salud participes y no participes de la intervención, así como de la comunidad cercana de Villa el Salvador.

El presente estudio se ha trabajado bajo un enfoque cualitativo, de tipo no experimental, longitudinal, con diseño de propósito para analizar los cambios a través del tiempo para los pacientes y de tipo no experimental, transaccional y descriptivo para las familias y agentes de salud. Su objetivo general ha sido el de aportar evidencia sobre el impacto de la intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” en pacientes de

salud mental con esquizofrenia, su entorno familiar y los agentes de salud , y como objetivos específicos, describir las experiencias y vivencias tanto de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, su entorno familiar y el de los agentes de salud participes de este modelo de intervención, la cual se basa en recuperar la dignidad de persona del paciente y brindarle un trato humanizado.

La presente investigación está desarrollada a lo largo de cinco capítulos, las cuales se mencionarán a continuación:

En el capítulo primero se realiza el abordaje de la situación problemática, su respectiva formulación, la justificación de nuestro estudio y por último se señalan los objetivos.

En el capítulo segundo se presenta los antecedentes de la investigación, el marco teórico, en la cual se presentan las bases teóricas de la SMC, además de la definición de la misma. Se define la psiquiatría comunitaria. Así también se presenta la definición de la esquizofrenia, síntomas, epidemiología, tipología y su impacto.

En el capítulo tercero se presenta los materiales y métodos empleados, en la que se señalan el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, la descripción del entorno, el plan de recolección de datos e instrumentos, el procedimiento y por último el análisis y los aspectos éticos.

En el capítulo cuarto, se muestran el resultado de los análisis descriptivos, estructural e interpretativos de la información recabada, así como la respectiva discusión.

Además, en el capítulo quinto, se presentan la conclusión y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

Aunque todavía queda mucho trabajo por realizar, sin embargo, esta experiencia nos deja una sensación satisfactoria y gratificante, la cual es necesaria poder compartir con los profesionales de salud, familias y comunidad en general para lograr un mayor compromiso por parte de ellos de manera que se conviertan en agentes activos de cambio y podamos brindar a nuestros hermanos afectados en su salud mental un mundo más sensible, humano y una vida que corresponda a su dignidad de personas.

Capítulo I. El Problema de investigación

1.1. Situación problemática

En el trabajo diario dentro del área de la salud mental nos encontramos con una población creciente en trastornos mentales. En nuestro territorio, tres de cada diez peruanos estarían presentando algún trastorno mental a lo largo de su vida. Dentro de ellas, la esquizofrenia es una de las patologías con mayor repercusión en el funcionamiento de la persona que la padece y de su entorno familiar, por lo que representa el trastorno mental con mayor demanda en los servicios de salud (Ministerio de Salud del Perú [MINSa], 2018).

En la actualidad, la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en el mundo y en Perú alcanza a 280 mil personas, de los cuales hasta un 80% de pacientes no reciben el tratamiento mental adecuado. Además, debido a la sintomatología que presenta, suele generar un estigma social, ante lo cual el paciente suele responder con una conducta de aislamiento y agresividad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019; MINSa, 2018).

Por otro lado, las deficiencias y limitaciones en los servicios de salud mental en el Perú han sido principalmente el déficit de cobertura, el aislamiento y estigmatización, y la falta de programas de difusión y prevención desde las primeras décadas del presente siglo (Velásquez, 2007).

Respecto al primero se sabe que una de cada cinco personas presenta algún síntoma mental significativo anualmente y que solo 2 de cada 10 pacientes con trastornos mentales adquiere un tratamiento psiquiátrico idóneo; debido aún a la centralidad de grandes hospitales y la atención psiquiátrica enfocada solo al individuo o al trastorno, dejando de lado el impacto y papel de la sociedad; a pesar de existir bases legales que fundamentan la intervención comunitaria (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019).

Asimismo, las zonas que se ubican a las afueras de Lima y que se hallan en condiciones de pobreza y pobreza extrema son las que presentan mayores índices de problemas psiquiátricos (más del 20% representado por la esquizofrenia) y no gozan de un servicio de salud mental adecuado (Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizán, 2020).

En relación al aislamiento y estigmatización, sólo un tercio de los usuarios vive a una hora o menos del establecimiento psiquiátrico más cercano, en vehículo o transporte público; lo cual denota una mayor lejanía a su entorno. En este sentido, el no existir instancias intermedias dificulta la reinserción, propicia el rechazo de la familia e incrementa el estrés de los cuidadores (Velásquez, 2007).

Además, la falta de programas de difusión y prevención denota un sistema de información no integrado que no responde a nuevos requerimientos. Esto se ve comprometido por la falta de ambientes saludables en la familia, escuela, trabajo y comunidad en general (Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizán, 2020).

Asimismo, somos testigos de las limitaciones que tiene la atención clínica para lograr una mayor mejoría en la salud del paciente mental. El impacto que esta atención mental tiene en la recuperación del paciente no es del todo satisfactorio por lo que es necesario recurrir a otro tipo de intervención que desplace el eje de atención a redes de servicios territoriales, con equipos interdisciplinarios y con poblaciones que tengan un rol comunitario activo en el cuidado constante de la salud mental (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019).

En ese sentido, la Salud Mental Comunitaria (SMC) es un tipo de intervención basada en devolver la dignidad humana a todas las personas afectadas por un trastorno mental. Actualmente es el modelo de intervención que mejor desempeño tiene en la población por comprender la formación, prevención, formas de búsqueda de personas con problemas mentales, tratamiento especializado, terapias familiares dentro de la comunidad y el seguimiento permanente a las personas y familias por parte de equipos interdisciplinarios de salud (Camas, 2018).

Para promover la intervención con este tipo de atención en la comunidad es necesario conocer la dinámica familiar del paciente y cómo se establecen las relaciones y vínculos sociales entre ellos. Además, se debe investigar las características de la familia que facilitan la salud o, por el contrario, las que la dificultan, puesto que son el principal grupo que recibe el impacto de la enfermedad. Por estos motivos, para poder realizar una intervención en la familia de un paciente, se torna necesaria la comprensión del sistema familiar para reconocer los efectos positivos y negativos de los tratamientos y la recuperación (Acero et al., 2016).

Por todo lo anterior, esta investigación tiene como primera finalidad explorar, describir y presentar las características, las experiencias, las necesidades y las dificultades de la intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” (SMC) en pacientes con esquizofrenia y su entorno familiar. Como segunda finalidad se busca describir el impacto y los logros que tiene el modelo “Salud Mental Comunitaria” (SMC) en la rehabilitación del paciente de salud mental con esquizofrenia.

Finalmente, los conocimientos obtenidos contribuirán y facilitarán la labor de los profesionales en el ámbito de la salud mental, cuyo impacto se relaciona directamente con la calidad de la atención a los pacientes con esquizofrenia y sus familias.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el impacto del modelo “Salud Mental Comunitaria” (SMC) en la rehabilitación del paciente de salud mental?

1.3. Justificación de la investigación

El estudio se justifica teóricamente en la necesidad de analizar el impacto del modelo “Salud Mental Comunitario” (SMC) en la rehabilitación de uno de los problemas de salud mental más graves a nivel global y nacional: la esquizofrenia. De acuerdo a ello, se busca conocer las expectativas, necesidades y experiencias de los pacientes con dicho cuadro, así como sus vivencias relacionadas a la aplicación del modelo de salud mental dentro de sus respectivos círculos sociales.

Además, debido a que el enfoque también considera a los familiares, se describe el proceso de acompañamiento y cuidado de aquellos respecto al individuo, así como los posibles obstáculos que pueden surgir durante su desarrollo. Por ende, la importancia del estudio del impacto de la SMC representa no solo una necesidad académica sino también una de carácter social dentro de la comunidad.

Por otro lado, el estudio permite abordar la temática con la finalidad de beneficiar directamente a los pacientes con esquizofrenia y a sus familiares, al recabar información de primera mano sobre sus percepciones y procesos implicados en la mantención de la salud. Estos datos pueden ser un punto de partida para potenciar las estrategias de SMC ahondando en los puntos más delicados dentro de la dinámica paciente-familia y mejorando la adherencia a tratamientos continuos.

Por último, metodológicamente, por medio de su enfoque cualitativo, permite conocer con mayor detalle las variables de estudio y presentar las experiencias y expectativas de los implicados para, a partir de ello, proponer una teoría sustentada que afiance la intervención desde una lógica de la SMC en los casos de esquizofrenia.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Aportar evidencia sobre el impacto de la intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” en pacientes de salud mental con esquizofrenia desde las experiencias del entorno familiar y de los agentes de salud de un Centro de Salud Mental de VES, Lima.

1.4.2. Objetivos específicos

Describir las experiencias de los pacientes de salud mental con esquizofrenia.

Describir las experiencias sobre el acompañamiento y el cuidado integral del entorno familiar.

Describir la vivencia de los agentes de salud en el proceso de tratamiento y recuperación del paciente con el modelo “Salud Mental comunitaria” (SMC).

1.5. Hipótesis

La intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” (SMC) tiene un impacto positivo en la recuperación del paciente en salud mental con esquizofrenia y su entorno familiar.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

Keliat et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar el efecto de la aplicación del modelo de salud mental comunitaria de enfermería sobre las habilidades para la vida y la productividad laboral en pacientes adultos con esquizofrenia. El estudio fue experimental y se incluyeron 193 participantes en quienes se realizaron terapias cognitivo-conductuales durante 4 meses. Se halló que las habilidades para la vida del grupo experimental y del grupo control mejoraron significativamente luego de la intervención; en cambio, la productividad laboral incrementó significativamente después de la intervención en el grupo experimental; por lo que concluyeron que la implementación del modelo de salud mental comunitario tuvo resultados positivos en las habilidades para la vida y la productividad de los pacientes con esquizofrenia.

Krieger et al. (2020) buscaron evaluar el impacto del uso de los servicios de rehabilitación de salud mental comunitaria en las tasas de hospitalización en los pacientes con esquizofrenia. La investigación fue una cohorte retrospectiva que analizó los datos de 185 pacientes registrados en los servicios de rehabilitación y los que habían tenido alguna hospitalización psiquiátrica. Se observó que la duración y número de hospitalizaciones fue menor en los pacientes que utilizaron los servicios de rehabilitación en comparación con los que no accedieron a ellos; por lo que concluyeron que el uso de los servicios de rehabilitación de salud mental basada en la comunidad presenta un impacto positivo en la prevención de la hospitalización en pacientes con esquizofrenia.

Kearns et al. (2019) tuvieron como objetivo reconocer si la presencia de servicios de salud mental comunitarios influía en la búsqueda de ayuda profesional y cómo afectaba el estigma de la salud mental en las localidades donde fueron instaurados. La investigación fue transversal, se encuestaron a 1074 pobladores de dos localidades sobre su percepción del autoestigma de la mala salud mental y las actitudes que manifestaban al momento de buscar ayuda profesional. Se observó que, luego de la implementación de los centros de salud mental comunitaria, el estigma social y el autoestigma disminuyeron y el acercamiento de la población hacia los servicios de salud mental en busca de ayuda profesional se realizó con actitud más positiva, por lo que concluyeron que la presencia de los centros de salud mental comunitarios tuvo un impacto positivo en el comportamiento adoptado durante la búsqueda de ayuda profesional y el estigma de la salud mental en las localidades estudiadas.

Asher et al. (2018) evaluaron el efecto de una intervención de rehabilitación basada en la comunidad en el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia. El estudio fue un piloto de método mixto en 10 pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores, la intervención fue de 12 meses donde se recopilaron datos al inicio del estudio, a los 6 y 12 meses; se realizaron 40 entrevistas y 2 focus group con 31 pacientes, cuidadores, personal de salud, supervisores, miembros de la comunidad y funcionarios de salud. Se halló que la rehabilitación basada en la comunidad tuvo un impacto positivo en el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia en el apoyo familiar recibido, el acceso a la atención médica, el incremento de sus ingresos y la mejora de su autoestima; por lo que concluyeron que la intervención basada en la comunidad es aceptable y factible en centros de salud para personas con esquizofrenia.

Ozden y Coban (2018) en su estudio buscaron conocer las experiencias de distintos profesionales de la salud que laboraban en centros de salud mental comunitarios en relación a sus roles y puntos de vista sobre los efectos de este modelo. El estudio fue cualitativo y se entrevistó a 11 trabajadores de salud que laboraban en 8 centros de salud mental comunitaria. Se observó que existían estigmas por parte del personal de salud hacia los pacientes, que los profesionales no percibían estar debidamente capacitados, que los centros de salud presentaban dificultades relacionadas a la falta de recursos y la estructuración y que los trabajadores recomendaron la implementación de más centros de salud, por lo que concluyeron que la perspectiva de los profesionales de los centros de salud mental comunitarios es positiva en relación al modelo de atención.

Gil (2017) estudió la influencia del entorno familiar en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia basado en el modelo de salud mental comunitaria. La investigación fue de tipo explicativa-correlacional, no experimental y enfoque cuantitativo en 39 familiares de pacientes con esquizofrenia de un centro de salud mental comunitario a los que se les aplicaron encuestas. Se demostró que el 72% de los pacientes ha recibido atención interdisciplinaria, el 80% recibió al menos una visita domiciliaria a la semana y el 87% recibió seguimiento telefónico al menos una vez por semana; el 69% de los familiares reconocen la existencia de un buen apoyo familiar, el 64% se comunica de forma recíproca con los pacientes y refieren tener buen conocimiento de la enfermedad; por lo que concluyó que la aplicación del modelo de salud mental comunitario tuvo un impacto positivo en los familiares de pacientes con esquizofrenia en relación a sus conocimientos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La Salud Mental Comunitaria (SMC): orígenes

La Salud Mental Comunitaria (SMC) presenta sus principales orígenes en los años sesenta del siglo XX cuando se promulga la ley de creación de centros comunitarios de salud mental presentado en el Congreso de Estados Unidos en 1963 por el mismo presidente John Kennedy con la finalidad de prevenir y diagnosticar tempranamente la enfermedad mental, así como asistir, tratar y rehabilitar a dicha persona. Esto se entiende como una crítica a la forma como se abordaban y trataban los problemas mentales en instituciones donde el paciente muchas veces no tenía otro desenlace más que la muerte (Desviat, 2020).

Por otro lado, el libro de Gerald Caplan sobre *Principios de salud mental comunitaria* suponen la introducción de bases conceptuales y elementos fundantes dentro de la Salud Mental Comunitaria que encuentran influencia en corrientes psiquiátricas, sociológicas y filosóficas de la época, pero que dan una nueva visión psiquiátrica (Desviat, 2020).

Este nuevo cambio de paradigma en relación a la salud mental se desarrolla en un entorno mundial donde los propios movimientos y tendencias intelectuales permiten la evolución. En este punto, el movimiento antipsiquiátrico de los sesenta que toma forma en Europa y Estados Unidos y que luego migra a otros países va de la mano con los movimientos sociales de los 60 y 70 respecto a la reivindicación de los derechos civiles y, sobre todo, humanos (Carrasco, 2015).

Desde entonces, los avances de la salud mental han ido planteándose de acuerdo a los objetivos de las naciones y según lineamientos de organizaciones como la OMS, la cual junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan la aplicación del enfoque del modelo ambulatorio y/o comunitario ratificado en la Declaración de Caracas de 1990 y en la que se propone el énfasis en la inserción social de las personas con problemas mentales, dejando de lado la institucionalización (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2021).

Asimismo, la Asamblea Mundial de Salud aprobó el plan de acción integral en materia de salud mental para el periodo comprendido entre 2013 y 2020 haciendo hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos de los pacientes y familiares, fortalecimiento de la sociedad civil y el papel fundamental de la atención comunitaria con la finalidad de incrementar el acceso a los servicios de salud mental y salvaguardar el bienestar social y comunitario (OMS, 2018).

2.2.2. El modelo de Salud Mental Comunitaria (SMC)

2.2.2.1. Definición

El modelo de Salud Mental Comunitario (SMC) es una perspectiva de atención centrada en las personas, familias y comunidades con la participación activa y constante de estas desde su planificación hasta la valoración de los procesos que conforman la promoción y prevención de la salud mental, así como los cuidados sanitarios de los individuos y colectivos con trastornos psicológicos en un determinado territorio (MINSAL, 2018).

2.2.2.2. Características

Entre sus características principales se encuentran la centralidad del enfoque hacia la persona, familia y comunidad con el ejercicio de sus derechos fundamentales; el abordaje de las determinantes sociales de la salud en los problemas mentales; la integralidad de la atención psicológica considerando las esferas que conforman al individuo; la intervención de equipos multidisciplinarios de salud; el enfoque territorial y la operación en redes basadas en alianzas intersectoriales que propicien la atención, cuidados, rehabilitación y reinserción con el objetivo de alcanzar mejores estados de autonomía y bienestar (MINSA, 2018).

Lo que se observa en el modelo de Salud Mental Comunitaria es una combinación del autocuidado y de la autogestión ayudado por el entorno (familia y allegados), recursos y apoyo directo de los profesionales de la salud para alcanzar el máximo bienestar y salud dentro de la comunidad, disminuyendo desventajas o desigualdades sociales, estigmas y necesidades no cubiertas en la población con problemas psicológicos leves, moderados y graves (Pieters et al., 2017).

Asimismo, el modelo se fundamenta principalmente en el trabajo dentro del espacio comunitario, propiciando la acción activa de los integrantes e incorporando la salud mental a los lineamientos de la Atención Primaria de Salud (APS) con mayor importancia en la prevención de trastornos y promoción de salud psicológica de forma temprana (Camas, 2018).

2.2.2.3. Principios

Entre los principios del modelo se ubican la continuidad y calidad de los cuidados integrales considerando las necesidades multidimensionales de la salud de todas las personas a lo largo de su vida; la normalización de la vida diaria en la comunidad de las personas con trastornos mentales para potenciar el acceso a más oportunidades; la participación comunitaria en todos los procesos de gestión sanitaria mental; la equidad y solidaridad en la salud mental; y los cuidados de la situación psicológica considerando el género y la interculturalidad (MINSA, 2018).

2.2.3. La Psiquiatría Comunitaria

2.2.3.1. Definición

La Psiquiatría Comunitaria también entendida como Psiquiatría Social en acción implica un área de la psiquiatría enfocada en la salud y enfermedad de lo social. Busca la determinación de la salud mental y la identificación de los factores que condicionan la aparición de patologías psicológicas. Además, se dirige a desarrollar opciones de intervención con enfoque en la prevención de complicaciones o cuadros severos, la protección del bienestar y la promoción de la salud mental en la comunidad (Peña et al., 2014).

A partir de la determinación de riesgos en la salud mental comunitaria y su superación mantiene su atención en la rehabilitación psicosocial del paciente con desórdenes mentales en su medio social e integrado al sistema de salud desde el primer nivel de atención hasta los otros dos niveles superiores (Peña et al., 2014).

2.2.3.2. Surgimiento

En este sentido, existen tres factores que permitieron el surgimiento y desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria desde el siglo pasado: la falta de consenso respecto a la existencia de escuelas y corrientes psiquiátricas diversas; la ausencia de un lenguaje específico como la observada en la medicina u otras ramas de la ciencia; y el inexistente cuerpo terapéutico sistemático (Vallejo y Leal, 2012).

A partir del desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria dentro del modelo de Salud Mental Comunitario, muchos países han comenzado a aplicarla, aunque no de la mejor manera; sin embargo, la gestión de centros o servicios psiquiátricos con base en la comunidad es esencial para el cuidado de la salud mental de manera complementaria a la acción de la Psiquiatría Hospitalaria (Vargas, 2020).

2.2.3.3. *Objetivo*

Con ello se pretende potenciar tres principales funciones dentro del abordaje y reinserción de las personas con problemas psiquiátricos. El primero es la rehabilitación psicosocial como un conjunto de estrategias que buscan mejorar el intercambio de emociones y recursos entre el individuo y su medio. El segundo es la recuperación, la cual busca que la persona desarrolle sus habilidades como parte del grupo. El tercero es la inclusión sociocomunitaria que implica tanto la capacidad del individuo para insertarse en su comunidad como la habilidad de esta para permitir su ingreso y gradual retorno (MINSAL, 2018).

2.2.4. La Esquizofrenia

2.2.4.1. *Definición*

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que presenta un impacto considerable sobre el individuo y su entorno, caracterizado por presentar síntomas positivos, negativos, deterioro cognitivo en diferente grado y desórdenes de humor (Escamilla-Orozco et al., 2021).

2.2.4.2. *Epidemiología*

Se sabe que es uno de los trastornos mentales más graves en el mundo y que puede afectar hasta 21 millones de personas tanto en el ámbito físico como en el intelectual o laboral; por lo que supone hasta 2.5 veces más probabilidades de muerte en edades tempranas por las comorbilidades que suelen asociarse al cuadro esquizofrénico (OMS, 2019).

Asimismo, representa uno de los cuadros psiquiátricos más relevantes en cuanto al deterioro de la calidad de vida, utilización de los servicios sanitarios y gastos en salud, como en el caso de países de Latinoamérica y el Caribe donde el costo anual total del abordaje de esquizofrenia bordea los 1.81 millones de dólares respecto al millón de habitantes (Vilchez et al., 2019).

2.2.4.3. Síntomas

La esquizofrenia se caracteriza por presentar dos tipos de síntomas específicos: los síntomas positivos son aquellos que incluyen las alucinaciones, delirios, trastorno del pensamiento (incoherencia), comportamiento extravagante y distorsión de funciones (Velazco et al., 2018).

Por otro lado, se encuentran los síntomas negativos que están representados por la deficiencia en la actividad mental como en los casos de alogia o pobreza del lenguaje, aplanamiento afectivo, apatía, deterioro de la atención y asocialidad. El problema de estos últimos es que no responden de igual manera a los fármacos como en los de carácter positivo, dejando al paciente muchas veces desmotivado e inerte (Velazco et al., 2018).

2.2.4.4. Tipología

Los tipos de esquizofrenia más estudiados son: esquizofrenia paranoide, hebefrenica, indiferenciada, catatónica, residual, simple, sin especificación y otros tipos. De todos ellos, la esquizofrenia paranoide es la más común en el mundo y denota delirios casi estables, alucinaciones (sobre todo auditivas) y perturbación de la realidad con menor frecuencia de sintomatología negativa (Velazco et al., 2018).

2.2.4.5. Impacto

Del total de afectados en el mundo por esquizofrenia, la mayor parte son varones en comparación al sexo femenino, sobre todo en edades tempranas con episodios que se incrementan en la etapa adulta junto con el desarrollo de discapacidad y deterioro en las capacidades cognitivas, intelectuales y/o laborales (OMS, 2019).

Respecto al impacto, la enfermedad supone un efecto contundente sobre el nivel sociolaboral del paciente, alterando la calidad de vida de sus familiares y de sí mismo. Además, puede reducir la esperanza de vida desde 15-20 años en comparación con aquellos sin enfermedad mental severa. Por ello, esto recarga al individuo, su entorno y al sistema de salud (Escamilla-Orozco et al., 2021).

Se sabe que solo el 50% de personas con esquizofrenia en el mundo reciben un tratamiento adecuado y de aquellos, casi el 90% residen en países de renta media o baja, asociándose más a la falta de acceso a los servicios de salud mental (OMS, 2019).

Debido a la falta de tratamiento y empeoramiento del cuadro esquizofrénico, muchos de los pacientes son estigmatizados o discriminados dentro de su comunidad. Esto también suele deberse al desconocimiento de la población y al rechazo y abandono al tratamiento por parte del individuo al no reconocer su enfermedad y propiciar la cronicidad de su estado o pronóstico mental (Vilchez et al., 2019).

Capítulo III. Materiales y Métodos

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

La investigación es de enfoque cualitativo con diseño fenomenológico hermenéutico (Hernández et al., 2014).

3.2. Población y muestra

La población del presente estudio estuvo conformada ocho familiares directos y cuatro agentes de salud entre ellos un psiquiatra, un psicólogo, una asistente social, y la coordinadora de la institución. El tipo de la muestra es no probabilística por conveniencia, (Hernández, et al., 2014). Participaron familiares de pacientes y agentes de salud que se encontraron a disposición de la investigación.

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Dentro de los criterios de inclusión se tomó en consideración:

- varones y mujeres mayores de 18 años.
- familiar directo del paciente con esquizofrenia, que acepta libre y voluntariamente participar en la investigación.
- agentes de salud involucrados en el desarrollo de SMC.

3.3. Descripción del entorno

El entorno de trabajo de la presente investigación, se sitúa en el Consultorio parroquial de salud mental San José, lugar donde se brinda atención especializada en psiquiatría y psicología a la población de Lima Sur.

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

Con la finalidad de obtener información general orientativa de los pacientes participantes del programa se utilizó una ficha sociodemográfica (Anexo D). Con respecto al familiar directo del paciente se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada y como instrumento la guía de entrevista, la misma que consta de seis preguntas, orientadas a recoger la experiencia que tiene el familiar en la convivencia con una persona

diagnosticada con esquizofrenia (Anexo B). Por otra parte, con los agentes de salud, se usó también una entrevista semi-estructurada, y la guía de entrevista la cual consta de cuatro preguntas (Anexo C). Asimismo, se realizó una segunda entrevista con los agentes de salud para profundizar en algunas de las respuestas de la primera entrevista aplicada.

3.5. Procedimiento

En primer lugar, se solicitó la autorización requerida a la administradora del centro de salud mental San José, indicando que se tomarían en cuenta el respeto a la confidencialidad, el anonimato y los aspectos éticos durante el desarrollo de las entrevistas. Una vez obtenida la autorización, se contactó vía telefónica con los familiares directos de los pacientes atendidos con el modelo de salud mental comunitaria. Se les brindó información pertinente acerca del estudio a realizar y del objetivo de dicha investigación. Una vez aceptada su participación en el estudio, se concertó el día, la hora y lugar donde se llevaría a cabo la entrevista. Fueron seis personas dentro de los cuales cinco fueron mujeres y uno fue varón. Se dio inicio a la entrevista con la explicación del estudio, seguidamente se les hizo entrega del consentimiento informado.

La entrevista inició con la explicación del estudio y sus objetivos, seguidamente se les hizo entrega del consentimiento informado (Anexo A), el cual evidencia la participación voluntaria de cada uno de ellos. En todo momento se respetó la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Durante la entrevista se hizo ayuda de la grabación de voz, previo consentimiento del entrevistado, la misma que se conserva en estricta reserva y confidencialidad por parte del tesista, solo para uso exclusivo de la presente investigación.

Finalmente, se realizó la depuración y organización del contenido de la información para su correspondiente análisis. De igual manera se procedió con los agentes de salud que en este caso fueron cinco.

3.6. Plan de análisis e interpretación de la información

Inicialmente, se realizó la transcripción de cada una de las entrevistas con la finalidad de obtener un panorama global de las vivencias y actitudes de los encuestados. Se ha tenido mucho cuidado de mantener al margen las actitudes y expectativas personales durante el proceso de análisis, de manera que, la presente investigación sea absolutamente

objetiva. Evitando así condicionar los resultados de manera parcializada hacia la perspectiva del investigador.

En este punto se elaboró un extracto narrativo de cada una de las entrevistas realizadas, en el cual se exponen los aspectos sustanciales de cada respuesta emitida, ciñéndonos siempre a lo declarado por cada entrevistado.

Seguidamente, se efectuó el análisis de los datos para su respectiva codificación y categorización, mediante el análisis de contenido (Hernández et al., 2014). En esta segunda etapa, se elaboró un análisis sistemático de la estructura de cada respuesta emitida por los entrevistados, ordenándolas en categorías que nos permitieran ejercer un óptimo análisis. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de contenido por dimensiones. Como etapa final, se efectuó la decodificación del contenido central, en función al análisis inicial y estructural. En nuestro estudio, se llevó a cabo la interpretación de la postura y vivencia de los familiares y agentes de salud frente al proceso de tratamiento y recuperación del paciente con el modelo de salud mental comunitaria.

Por último, se procedió a la interpretación de los resultados obtenidos (Ricoeur, 2006). De modo que se pueda conseguir un entendimiento más hondo y a la vez objetivo de las conclusiones de las entrevistas y así poder determinar la existencia o no de un impacto positivo en los pacientes, familiares y agentes de salud, de la intervención con el modelo de salud mental comunitario.

3.7. Aspectos éticos

En la actualidad las enfermedades mentales, entre ellas la esquizofrenia sigue siendo un tema tabú y motivo de estigma social, por ello se abordó la entrevista con mucho respeto y empatía, procurando no incidir en preguntas que no guarden estricta relación con el tema de la investigación.

La presente investigación tomo en consideración los cinco principios éticos:

Confidencialidad de los datos, protegiendo la identidad los participantes y de los datos recabados, manteniéndolos en reserva y no divulgados. Así también, se les brindo una oportuna información y explicación acerca de la finalidad del estudio, del manejo y

acceso de la información reunida, indicándoles que el investigador – tesista, sería el único responsable del uso de la información.

Respeto a la Privacidad: Se respetó el tiempo concedido por los participantes, así como la cuota de información que decidieron voluntariamente proporcionar.

No discriminación y libre participación: Todo aquel que reunía los criterios de inclusión tuvo derecho a formar parte del estudio, anulándose cualquier modo de inducción coercitiva.

Consentimiento informado proporcionado a las participantes del estudio, los mismos que recibieron información precisa sobre su participación y la finalidad de la investigación. En cuanto al consentimiento del paciente, solo en el caso de que su terapeuta señalase que no estuviera capacitado para ello, se consideró suficiente el consentimiento familia.

Respeto por la calidad de la investigación, para lo que se obtuvo la necesaria autorización por parte de los participantes sobre el uso de los resultados y se les comunico del proceso de la investigación.

Por otra parte, el presente estudio cuenta con validez científica, puesto que el marco teórico fue validado con información actualizada (Universidad Católica Sedes Sapientiae, 2018).

3.6.1. Código de Ética del psicólogo

Art. 16: El psicólogo, como ciudadano, debe respetar las normas éticas y jurídicas de la comunidad social en la que se desenvuelve.

Art. 17: Como psicoterapeuta, el psicólogo debe formarse de manera idónea para lograr que su actividad como tal se realice en condiciones óptimas, en beneficio del cliente.

Art. 24: El psicólogo mantiene el secreto profesional en la preservación y ordenamiento final de los informes confidenciales.

Art. 25 y 26: Los materiales clínicos u otros materiales de casos se pueden usar en la enseñanza y publicaciones, pero sin revelar la identidad de las personas involucradas, la cual sólo se publica después de haber obtenido el permiso explícito.

Art. 42: El psicólogo evita realizar el mal uso de la confianza que se le ha depositado.

Art. 44: El psicólogo informa previamente al usuario acerca del proceso de intervención, incluyendo el registro de la entrevista a través de una grabadora o el uso de la información para fines científicos.

Art. 79 al 87: las actividades orientadas a la investigación deben resaltar la importancia de informar al participante acerca del estudio, la libre participación, la confidencialidad y el anonimato (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

Capítulo IV. Resultados y Discusión

Se exhibe el análisis de las entrevistas en tres partes: análisis descriptivo; análisis estructural y análisis interpretativo (Hernández, et al., 2014; Ricoeur, 2006).

4.1 Características de los participantes

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Pacientes			
Edad	21- 44		
Sexo	5 mujeres	-	3 hombres
G. instrucción	5 Sin escolaridad	-	3 primaria
Familiares directos			
Edad	32- 57		
Sexo	5 mujeres – 1 varón		
G. instrucción	4 Primaria – 2 secundaria		
Estado civil	3Casados – 3 separados		
Agentes de salud			
Edad	24- 49		
Sexo	4 mujeres - 1 varón		
G. Instrucción	5 superior		
Estado Civil	3 casados – 2 solteros		

4.2. Análisis descriptivo

Este análisis abarca un breve extracto narrativo que encierra las cuestiones más relevantes de cada entrevista realizada.

4.2.1. Familiares

4.2.1.1. Entrevistado 1

El parentesco que tiene con el paciente es el de cuñado. Con respecto a su experiencia en la convivencia con la paciente, manifiesta haber pasado situaciones muy difíciles, ya que no lograban organizarse como familia para el cuidado y la atención del paciente. Debido al grado de deterioro cognitivo y limitación en la capacidad para su independencia social, el entrevistado refiere que le toco realizar muchas labores como preparar sus alimentos, hacerse cargo del aseo personal de su familiar, además de la limpieza de su habitación y tolerar los cambios de humor que presentaba, así como el rechazo a algunos alimentos que se le proporcionaba. Sin embargo, afirma que desde que la paciente viene asistiendo al programa de SMC, ha podido observar cambios positivos, como el que ahora se puede vestir sola, ingiere sus alimentos con tranquilidad y orden, además de colaborar en su aseo personal y tener un estado de ánimo más estable.

4.2.1.2. Entrevistado 2

El parentesco es de madre del paciente. Ella manifiesta que su hijo de ahora 33 años, se puso mal desde los 12 años de edad, desde allí noto cada vez más un empeoramiento en su conducta. Dejo de estudiar y tenía muchos comportamientos “extraños”. La madre dice que su hijo se puso muy agresivo, por ello lo instalaron en el patio trasero de la casa, para que se mantenerlo alejado ya que tenían hijos más pequeños. Refiere haberlo llevado al doctor, sin embargo, al notar ellos que su hijo empeoraba, decidieron quitarle la medicación y dejarlo en el patio de la casa, lugar a donde le llevaban los alimentos y donde también dormía y hacia sus necesidades

La madre refiere que, al inicio de la intervención con SMC, tenía desconfianza, pero sin embargo notó que su hijo poco a poco lograba mejorar y eso la motivo a continuar con el tratamiento y aceptar la medicación para su hijo. Después de muchos años de estar encerrado, logro salir por primera vez fuera de la casa y poder trasladarse

en el transporte público. La madre dice sentirse muy agradecida ya que no veía esperanzas para su hijo.

4.2.1.3. Entrevistado 3

La relación que tiene con la paciente es de vecina, ya que los padres fallecieron hace muchos años y no se le conoce ningún familiar. la vecina refiere que la paciente era una persona muy agresiva, incluso se dieron episodios en los que arrojaba piedras a los vecinos, motivo por el cual nadie se le quería acercar ni ayudar, es más cuando la veían la trataban de evitar. Andaba muy descuidada en su aseo personal y sucia en su vestir. No obstante, desde que la paciente entro en el programa de SMC, ha visto un gran cambio en ella, la ve de un humor más estable, más tranquila, colaboradora con los vecinos de quienes incluso bota la basura a cambio de propinas que le dan.

La entrevistada nos relata que tiene una bodega en la cual le da productos en calidad de fiado a la paciente, y esta es responsable en pagar sus deudas. Los vecinos también tratan de ayudarla con alimentos, ropa y brindándole conexión de luz para su casa durante las noches.

4.2.1.4. Entrevistado 4

El parentesco que tiene con el paciente es de madre. La entrevistada es madre de dos de los pacientes, varón y mujer, ella refiere que sus dos hijos eran personas que estaban muy descuidadas, no se aseaban, ni trabajaban, tampoco ayudaban en nada en casa e incluso uno de ellos, el varón, salía de casa sin avisar y volvía muy tarde, incluso hasta un día después. Por otro lado, su hija mujer, tenía un hijo, a causa de una violación, del que no se hacía cargo, ni asumía su rol de madre. La entrevistada, nos manifiesta que desde que sus hijos entraron al programa de SMC, están mucho mejor, cuidan un poco más de su aseo personal, apoyan en lo que pueden en la casa. Su hijo avisa cuando quiere salir y le dice a donde va. Por otro lado, su hija tiene una mejor relación con su hijo, tratándose de interesar por las actividades que este desempeña.

4.2.1.5. Entrevistado 5

El parentesco que tiene con el paciente es de madre. Ella nos menciona que su hijo no realizaba ninguna actividad en casa, al ser el último de los hijos y presentar el

diagnostico, la familia asumía todas las labores del hogar, queriendo así minimizar el esfuerzo que este podía realizar. Sin embargo, ello llevo a que su hijo se hiciera muy dependiente de ellos, dándose el caso que cuando la madre tuvo que comenzar a trabajar, lo dejaba solo en casa, con la comida hecha, pero sin embargo al momento de ingerir sus alimentos, su hijo no lo hacía en el horario adecuado, y al no poder hacer uso de electrodomésticos, consumía la comida fría. Aparte de ello, el paciente fue perdiendo la comunicación e incluso dejo de verbalizar muchas de las palabras haciendo el lenguaje incomprensible. La madre nos refiere que desde que su hijo estar participando del proyecto de SMC, ha visto cambios importantes y una gran mejoría, colabora en los quehaceres del hogar, como barrer y tender su cama, es más cuidadoso en su aseo personal, puede seguir un horario y atenderse en tareas simples. Además de que ahora su lenguaje ha mejorado y se le puede entender con mayor facilidad, haciéndose así la comunicación más fácil. Lo ve motivado, con un mejor estado de ánimo.

4.2.1.6. Entrevistado 6

El parentesco que tiene es el de hermana. La entrevistada nos señala que su hermano, no tenía horarios definidos, dormía hasta muy tarde y se acostaba a la hora que quería. Así también no tenía horarios establecidos para ingerir sus alimentos. No se ocupaba de su aseo personal, teniendo ella que exigirle y presionarle para que lo haga. Además, presentaba cambios de humor constante. Menciona que para ella fue muy difícil lidiar con el cuidado de su hermano y el de sus hijos pequeños y esto la llevo a sentirse muy cansada y estresada. Sin embargo, manifiesta que desde que su hermano comenzó a participar en la SMC, ha visto grandes mejorías en su conducta, colabora más en casa, es capaz de seguir un horario, cuida su aseo personal y su estado de ánimo es más estable. Lo que para ella representa una gran ayuda en su tarea de madre.

4.2.2. Agentes de salud

4.2.2.1. Entrevistado 1

Psiquiatra con 20 años de experiencia. Nos manifiesta que la intervención con el modelo de SMC ha sido fundamental para la mejoría del paciente, quienes tenían limitaciones funcionales en el aspecto mental, quienes estaban detenidos en su funcionamiento, no tenían actividad, ni cuidado de higiene personal, horarios en su alimentación, ni actividades recreativas. A través de la intervención se les ha podido ayudar en cuanto a su disciplina, horarios, mejorar su autoestima a partir de poder lograr metas. El avance individual, a pesar de estar en grupo ha sido evidente, ya que se ha trabajado de manera personalizada con cada uno de ellos. Así mismo menciona que ha sido muy reconfortante el poder ver que personas que han estado abandonadas, limitadas, han comenzado a tener un diferente estilo de vida, al potenciar su autocuidado. En algunos casos incluso realizaron manualidades y pinturas que luego pusieron a la venta generando un ingreso a su vez que fortalecían su autoestima.

El entrevistado nos menciona que realmente no solo recomendaría la intervención con el modelo de SMC, sino que es muy necesario y en todo caso lo indicaría, no solo para pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, sino que también para todo paciente que tenga una limitación funcional como retardo, trastorno del desarrollo, entre otros; pues requieren una rehabilitación funcional.

4.2.2.2. Entrevistado 2

Psicóloga con 10 años de experiencia. Manifiesta que desde que comenzaron a realizar la intervención con el modelo de SMC, ha sido una gran experiencia en cuanto a la notable mejoría que ha podido observar tanto en los pacientes como en sus familiares y en el entorno inmediato. La experiencia de poder ver y tratar al paciente, priorizando su dignidad humana por encima de su diagnóstico, ha representado un cambio de paradigma también en la experiencia profesional. Los resultados han sido más que satisfactorios, desde los pequeños logros que cada uno de ellos ha podido obtener, detrás de los cuales se ha dado un arduo trabajo en conjunto, hasta las situaciones donde se los ha ido involucrando en actividades sociales, esto de cara a que se vayan integrando dentro de su comunidad. Nos señala que definitivamente este modelo de intervención ha significado un crecimiento para todos los involucrados.

4.2.2.3. Entrevistado 3

Interna de psicología, nos refiere que la experiencia con la intervención del modelo SMC, ha sido una experiencia de muchos aprendizajes, solidaridad y amor al prójimo. Pudo observar el compañerismo y cohesión que habían desarrollado entre ellos, siendo el caso que incluso si uno de ellos faltaba, lo echaban de menos y preguntaban por el motivo de la ausencia. Fue la dedicación, perseverancia, paciencia y amor puestos en la intervención lo que permitió los avances en cada uno de ellos.

4.2.2.4. Entrevistado 4

Asistente social, quien nos refiere que su trabajo estuvo más orientado al trabajo con las familias, con los cuales realizaba una primera entrevista, seguida de visitas domiciliarias. Menciona que había familias que brindaban el apoyo a sus pacientes, mientras que otras no lo hacían ya que no los aceptaban por su condición. Fue importante trabajar con ellos el tema de la higiene personal, los hábitos en casa.

Por otra parte, se pudo tramitar su documentación ya que muchos no contaban con el DNI, o carnet de CONADIS. las donaciones que se podían obtener eran dirigidas hacia ellos.

Se buscó la inserción en la sociedad haciéndolos participar de eventos organizados por la municipalidad o por el área de OMAPED. Dentro de nuestra institución como parte de la intervención con SMC, se organizaban paseos a los parques zonales o a la playa, para fomentar el tiempo de recreación e integración familiar; así también se tenían en cuenta las fechas festivas del calendario cívico y se les hacía participes de los mismos. Todo ello permitía reforzar los lazos de amistad entre ellos e integrar a la familia.

Existía una comunicación constante con los familiares para poder concientizarlos sobre el diagnóstico de su familiar y brindarles pautas para reforzar el trabajo en casa. Los familiares se sentían muy contentos y agradecidos al ver el progreso.

4.2.2.5. Entrevistado 5

Administradora de la institución donde se llevó a cabo la intervención, quien nos señala que esta, ha sido una experiencia muy gratificante, ya que le ha permitido conocer

a las personas en una dimensión distinta a la que acostumbraba. El hecho de involucrarse más a fondo con los pacientes, en su recuperación, es algo que no se lo imagino, pero que sin embargo le ayudo a trascender más allá de la enfermedad y verlos como familia y querer involucrarse de tal manera que pudiera lograr la recuperación de los pacientes.

Hubo dos casos en concreto, en los cuales la condición en la que se encontraban era de una pobreza extrema y la condición en la que llevaban su enfermedad era realmente de miseria; y el hecho de poder tomarlos de la mano y recuperar su dignidad de persona humana y tratarlos con amor, ha hecho que se puedan ir recuperando.

El trabajo comenzaba desde que se los acogía con cariño, llamándolos por sus nombres, habituándolos a un horario, dándoles pequeñas responsabilidades y reforzando sus logros. Considera que esta experiencia, en lo personal, ha sido un regalo de Dios.

4.3. Análisis Estructural

Para efectuar este apartado se elaboró un análisis del contenido de las respuestas emitidas por los entrevistados, según la metodología señalada anteriormente. Se logró hallar los siguientes temas y categorías, las cuales se emplearon para hacer el respectivo análisis de contenido y así mismo Es así que se hallaron las siguientes categorías y temas, las mismas que nos servirán para realizar el análisis de los contenidos y reunir tanto las experiencias como las opiniones emitidas.

4.3.1. Categoría 1: experiencias de los familiares de los pacientes con esquizofrenia en la convivencia diaria

Los principales temas en cuanto a la experiencia de los familiares en la convivencia con el familiar diagnosticado con esquizofrenia, a partir de la intervención con el modelo de SMC, han sido identificados a través del análisis estructural.

Tema 1	organización en hábitos y horarios
--------	------------------------------------

Tema 2	Cuidado del aseo personal
Tema 3	Estados de ánimo estables
Tema 4	Participación en la comunidad

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

4.3.1.1. Tema 1: Organización en hábitos y horarios

El análisis en cuanto a este tema es que la organización y la adecuación a hábitos es importante para que tanto el paciente como la familia, puedan llevar una convivencia saludable.

Al lograr tener, en la medida de lo posible, una rutina más ordenada, incorporando actividades orientadas a un adecuado desenvolvimiento en el hogar, además de lograr una convivencia más llevadera con el paciente, a su vez hace posible la adherencia al tratamiento farmacológico, tan necesario para el tratamiento.

4.3.1.2. Tema 2: Cuidado del aseo personal

El análisis de este tema es que el adecuado cuidado del aseo personal refleja la dedicación del familiar hacia el paciente y a su vez el interés del propio paciente hacia su persona.

Al tener un adecuado cuidado en cuanto al aseo personal y vestimenta del paciente, se hace posible que este se sienta bien consigo mismo y que la familia este más dispuesta a tener un mayor acercamiento. Se le hace saber al paciente lo especial e importante que es para la familia.

4.3.1.3. Tema 3: Estado de ánimo estable

El análisis de este tema es que un trato más humano y digno, repercute en el estado emocional del paciente.

Los estados de ánimo también son afectados por el trato externo que los pacientes reciben. El sentirse tratados con respeto, escuchados, ayudados y tratados de manera horizontal, provoca que su estado de ánimo se mantenga más estable, además de sentirse bien en un ambiente agradable para ellos.

4.3.1.4. Tema 4: Participación en la comunidad.

El análisis de este tema es que la inclusión dentro de la comunidad y la aceptación de esta hace que la familia se sienta más apoyada y menos estigmatizada por el hecho de tener un paciente con esquizofrenia.

La participación de los pacientes en actividades y grupos sociales y el reconocimiento y aceptación por parte de estos, hace que la familia se sienta más tranquila y a la vez comprendida. A su vez los pacientes al sentirse aceptados, se encuentran más motivados y contentos por el hecho de sentirse parte de un grupo humano.

4.3.2. Categoría 2: experiencias de los agentes de salud con el modelo de intervención de SMC

Los temas principales de la experiencia de los agentes de salud partícipes del modelo de SMC han sido identificados mediante el análisis estructural.

Tema 1	El trato humanizado es clave para lograr buenos resultados a favor del paciente y la familia
Tema 2	El modelo de SMC ha representado un cambio de paradigma en cuanto a la atención.

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

4.3.2.1. Tema 1: El trato humanizado es clave para lograr buenos resultados a favor del paciente y la familia.

El análisis de este tema es la actitud positiva hacia la intervención con el modelo de SMC, por parte de los agentes de salud.

Es imprescindible partir de un trato humanizado, teniendo la dignidad de persona como punto de partida para la intervención con el modelo de SMC. Solo así se podrá lograr el máximo posible de la rehabilitación del paciente y la recuperación de sus capacidades. Para ello, en definitiva, es primordial trabajar con la familia en este sentido.

4.3.2.2. Tema 2: El modelo de SMC ha representado un cambio de paradigma en cuanto a la atención.

El análisis de este tema es la repercusión que el modelo de SMC ha tenido también, para el ejercicio del servicio de los agentes de salud.

Lamentablemente, aun entre los profesionales de la salud aún existe cierto rechazo hacia la atención a los pacientes con esquizofrenia. Hay incluso algunos que se niegan a atenderlos, haciendo derivaciones a otros profesionales. Siendo el caso que, para la intervención con el modelo de SMC, se encontraron pocos voluntarios que quisieran participar.

La experiencia en este modelo de atención, ha hecho que la actitud hacia estos pacientes se siga reafirmado de manera positiva, ya que se ha ido acompañando muy de cerca el avance de cada uno de ellos, siendo participes de sus logros. Así también se ha conocido más de cerca la historia personal de cada uno de los pacientes y las relaciones con sus familiares.

4.4. Análisis interpretativo

Las experiencias de los familiares de un paciente con esquizofrenia, es muy distinta a la de otras familias, ya que, por las condiciones de este diagnóstico, muchas veces son blancos de estigma social con el que tienen que vivir, además que la sintomatología propia de la esquizofrenia, hace muchas veces complicada una saludable convivencia.

4.4.1. Categoría 1: experiencias de los familiares de los pacientes con esquizofrenia en la convivencia diaria

Aunque a comparación de otros trastornos mentales, la esquizofrenia es menos frecuente, sin embargo, la característica propia de la enfermedad hace que pueda llevar a un mayor deterioro y limitaciones de sus competencias básicas. Además, debido a la condición social a la que pertenecen las personas partícipes de este estudio, hace que sea más difícil el acceso a los centros de salud especializados, ya sea esto debido a un factor económico, tanto para la atención como para la medicación, como por un tema de ignorancia y tabú de la enfermedad.

4.4.1.1. Tema 1: Organización en hábitos y horarios

Es muy importante comenzar por organizarse, ya que el desorden en el ambiente comienza en la desorganización mental. El mantener hábitos y horarios establecidos, permite a la familia y al paciente aligerar un poco la carga y disminuir conflictos en la convivencia. Además, que los hábitos orientados hacia una adherencia al tratamiento ayudasen a mejorar la sintomatología. Todo ello repercutirá en una mejor calidad de vida.

4.4.1.2. Tema 2: Aseo personal y autocuidado

La familia reconoce la importancia del aseo personal y autocuidado de su paciente, lo cual va a favorecer el desarrollo social. Así también va a influir positivamente en su autoestima y la aceptación de sí mismo.

4.4.1.3. Tema 3: Estados de ánimo estables

Las relaciones familiares se ven afectadas por el estado anímico del paciente y viceversa. A través del trabajo en la mejora de la autoestima del paciente, a través del cumplimiento de metas, desarrollo de sus habilidades, lo que los hace sentir más capaces, vemos un impacto en la mejora de la autoestima, lo cual resulta a su vez beneficioso para desarrollar relaciones más saludables en el grupo social como en el seno familiar.

4.4.2. Categoría 2: experiencias de los agentes de salud con el modelo de intervención de SMC

Las experiencias de los agentes de salud con el modelo de SMC, son en su totalidad positivas, ya que han podido ser parte del proceso y testigos directos de la evolución positiva de los pacientes.

4.4.2.1. Tema 1: El trato humanizado es clave para lograr buenos resultados a favor del paciente y la familia

Esta afirmación apunta a conseguir un cambio de perspectiva no solo de los profesionales de salud, sino que también de los miembros de la sociedad, acerca del trato con las personas con el diagnóstico de esquizofrenia.

4.4.2.2. Tema 2: El modelo de SMC ha representado un cambio de paradigma en cuanto a la atención.

Debido a la notable mejoría de los pacientes y su entorno familiar, se ha podido cuestionar la atención que se viene brindando en la consulta externa, en busca de poder mejorarla y a su vez indicar la intervención con el modelo de SMC, como una alternativa de tratamiento fundamental para la rehabilitación del paciente.

4.5. Discusión

El presente estudio ha tenido como finalidad, reseñar, analizar y entender el impacto que ha tenido la intervención con el modelo de SMC, en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, a través de las experiencias de los familiares directos y de los agentes de salud participantes de dicha intervención.

Para la presente investigación, se trabajó con la muestra conformada por seis (6) familiares directos, cinco (5) agentes de salud, entre ellos un psiquiatra, una psicóloga, una interna de psicología, una asistente social y una administradora del centro mental donde se realizó dicha intervención.

El lugar donde se realizó la intervención, fue el Puesto Parroquial de Salud Mental San José (P.P.S.M.S.J) Ubicado en el distrito de Villa el Salvador de la provincia

de Lima. Lugar donde también laboran los agentes de salud mencionados. Así mismo los familiares entrevistados residen todos ellos en el distrito de Villa el Salvador.

La participación tanto de los agentes de salud como de los familiares, fue de manera voluntaria y no aleatoria. A pesar de que la información obtenida en este estudio ha sido de gran importancia para conseguir los objetivos trazados, la validez de la misma es limitada no pudiéndose generalizar los datos conseguidos. No obstante, la información recabada es de gran importancia, ya que nos permite deducir que este modelo de intervención de SMC, es sin duda un modelo de intervención exitoso para lograr la rehabilitación de la funcionalidad del paciente con diagnóstico de esquizofrenia, y así también, tiene un impacto positivo tanto en sus familiares como en los agentes de salud. Los resultados interpretativos encontrados guardan relación con dos categorías de actitudes, las cuales a su vez presentan sus respectivos temas:

Categoría 1: Experiencias de los familiares de los pacientes con esquizofrenia en la convivencia diaria. Los temas correspondientes: Tema1: Organización en hábitos y horarios. Tema2: Cuidado del aseo personal. Tema3: Estados de ánimo estables Tema 4: Participación en la comunidad.

Categoría 2: Experiencias de los agentes de salud del modelo de intervención de SMC. Los temas correspondientes: Tema 1: El trato humanizado es clave para lograr buenos resultados a favor del paciente y de la familia. Tema 2: El modelo de SMC, ha representado un cambio de paradigma en cuanto a la atención. Con respecto a la categoría 1 acerca de las experiencias de los familiares de los pacientes con esquizofrenia en la convivencia diaria, es notable la mejoría que refieren en cuanto a la organización en hábitos y horarios tanto para su alimentación y rutina diaria. Así también el progreso en el aseo personal es evidente, tanto como la estabilidad en los estados de ánimo y su notable participación en la comunidad.

Resultados similares se hallaron en Keliat (2020) en cuya investigación se tuvo como objetivo evaluar el efecto de la intervención con el modelo SMC, se pudo hallar que las habilidades mejoraron significativamente, de modo que concluyeron que la implementación del modelo de salud mental comunitario tuvo resultados positivos en cuanto a las habilidades para la vida y la productividad de los pacientes.

Asher (2018) evaluó el efecto de una intervención de rehabilitación basada en comunidad en pacientes con esquizofrenia. En este estudio se halló que la rehabilitación basada en la comunidad, tuvo un impacto positivo en el funcionamiento de los pacientes y en el apoyo familiar recibido. Así también repercutió en la mejora de su autoestima, por tal motivo concluyeron que la intervención basada en la comunidad es aceptable y posible en los centros de salud donde se tratan a personas con esquizofrenia.

Por otra parte, Kearns (2019) tuvo como objetivo reconocer la influencia de la presencia de servicios de salud en cuanto a la búsqueda de ayuda profesional y como afectaba al estigma de la salud mental. Se pudo observar que la implementación de servicios de salud mental comunitaria trajo como consecuencia la disminución del estigma social y el autoestigma. Concluyendo que los centros de SMC, tienen un impacto positivo en la reducción del estigma de la salud mental en la comunidad.

Por último, Krieguer (2020) en cuyo estudio se buscó evaluar el impacto del uso de servicios de rehabilitación de SMC, en las tasas de hospitalización en los pacientes con esquizofrenia. Se pudo observar que la duración y número de hospitalización fue menor en los pacientes que habían recibido este servicio de rehabilitación a diferencia de los que no lo habían recibido. Concluyendo por tanto que hay un impacto positivo en cuanto a la prevención de la hospitalización en los pacientes con esquizofrenia.

En cuanto a los resultados hallados en la Categoría 2: Experiencias de los agentes de salud con el modelo de intervención de SMC. Podemos resaltar que en principio encuentran que el trato humanizado, digno y caritativo es fundamental para poder lograr los resultados esperados tanto en los pacientes como en los familiares. Por otra parte, este modelo de intervención ha significado un cambio de perspectiva por parte de los agentes de salud en cuanto a su atención profesional y así también a la forma de relacionarse con el paciente, trascendiendo más allá de la condición de su diagnóstico.

Resultados similares podemos encontrar en la investigación de Ozden y Coban (2018) en cuyo estudio buscaron conocer las experiencias de los profesionales de la salud que trabajaban en centros de SMC, se concluyó que la perspectiva que tenían los profesionales de salud mental, es positiva en relación al modelo de atención.

Capítulos V. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La intervención con el modelo SMC, ha evidenciado que la organización y la adecuación a hábitos, es importante para que tanto el paciente como la familia, puedan llevar una convivencia saludable. Al lograr, dentro de lo posible, una rutina más ordenada, se logró un mejor desenvolvimiento, por parte del paciente, en el hogar, a su vez que hizo posible la adherencia al tratamiento farmacológico, tan necesario para el tratamiento.

El adecuado cuidado del aseo personal refleja la dedicación de la familia hacia el paciente y a su vez el interés del propio paciente hacia su persona. Se hace posible, de esta manera, que este se sienta bien consigo mismo y que la familia este más dispuesta a tener un mayor acercamiento. Por su parte, los pacientes, al sentirse tratados con respeto, escuchados, ayudados y acogidos , reflejaron un estado de ánimo más estable.

la inclusión lograda dentro de la comunidad y la aceptación de esta, así como la participación de los pacientes en actividades y grupos sociales, permitió que la familia se sienta más apoyada y menos estigmatizada por el hecho de tener un paciente con esquizofrenia. A su vez los pacientes al sentirse aceptados, se encuentran más motivados y contentos por el hecho de sentirse parte de un grupo humano.

La intervención con el modelo de SMC, a partir de un trato humanizado, teniendo la dignidad de persona como punto de partida por parte de los agentes de salud, hizo factible que se pudiera lograr el máximo posible de la rehabilitación del paciente y la recuperación de sus capacidades.

La experiencia en este modelo de atención, ha hecho que la actitud de los agentes de salud, participes de esta intervención, hacia estos pacientes se siga reafirmado de manera positiva, ya que se ha ido acompañando muy de cerca el avance de cada uno de ellos, siendo participes de sus logros. Es así que pueden indicar la intervención con el modelo de SMC, como una alternativa de tratamiento fundamental para la rehabilitación del paciente.

5.2. Recomendaciones

Algunos de los casos intervenidos han tenido un proceso largo, antes de empezar a ver los resultados. Por ellos es importante trabajar desde el primer instante del diagnóstico con los pacientes, ofreciéndoles un abordaje terapéutico temprano, para evitar que se empeore su condición, incluso poder así reducir la necesidad de hospitalizaciones.

La salud mental es un tema que nos concierne a todos como sociedad, por ello es importante que se pueda impulsar por parte del sistema sanitario, el fácil acceso a la atención especializada a las personas con problemas de salud mental, replanteándose la inversión en salud.

Es importante que el trabajo terapéutico con los pacientes y sus familias sea de manera permanente y no esperar a que su condición se empeore, de manera que los logros obtenidos sean mantenidos y reforzados a lo largo de su vida.

Este tipo de intervención con el modelo de SMC, dado su éxito en el abordaje y rehabilitación del paciente y su entorno familiar, podría ser replicado en más establecimientos de salud mental, de manera que más personas puedan ser beneficiadas e incluso no solo aquellas con diagnóstico de esquizofrenia, sino que también para toda aquella persona que por algún tema de salud mental vea limitada su funcionalidad.

Es importante que los agentes de salud que participen en una intervención de este tipo sean previamente capacitados en cuanto a la forma de intervención, la cual es muy distinta a la que se realiza en un consultorio. Basándose en primer lugar en la concepción de la persona humana y su dignidad, antes de mirarlo como un paciente con un diagnóstico concreto. El trabajo en equipo por parte de los agentes de salud, es un factor muy importante para obtener las metas trazadas.

La reinserción en la sociedad es uno de los principales objetivos, por ello es necesario que las entidades distritales y regionales, puedan impulsar espacios donde los pacientes “psiquiátricos” puedan ser reconocidos como ciudadanos y tengan participación social.

Referencias

- Acero, AR., Cano-Prous, A. y Canga, A. (2016). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. *An. Sist. Sanit. Navar*, 39(2), 203-212. https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n2/03_originales2.pdf
- Asher, L., Hanloh, C., Birhane, R., Habtamu, A., Eaton, J. y Weiss, H. (2018). Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 250. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30075715/>
- Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*, 42, 1-6. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e162>
- Carrasco, J. (2015). Una historia de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile a partir de las transformaciones neoliberales en el periodo 1980 a 2010. En A. Arruda Leal Ferreira, A. Molas y J. Carrasco (Org.). *Tecnología, Psicología e Sociedade* (171-192). NUA. https://www.researchgate.net/publication/333647089_Una_historia_de_la_Salud_Mental_y_Psiquiatria_Comunitaria_en_Chile_a_partir_de_las_transformaciones_neoliberales_en_el_periodo_1980_a_2010
- Castillo-Martell, H. y Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Salud Publica*, 36(2), 326-333. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de Ética y Deontología*. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 17-45. <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/367856/466393/>
- Escamilla-Orozco, R., Becerra-Palars, C., Armendáriz-Vázquez, Y., Corlay-Noriega, I., Herrera-Estrella, M., Llamas-Núñez, R., Meneses-Luna, O., Quijada-Gaytán, J., Reyes-Madrigal, F., Rosado-Franco, A., Rosel-Vales, M. y Saucedo-Uribe, E. (2021). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta Médica de México*, 157(4), 1-18. https://www.gacetamedicademexico.com/portadas/gmm_21_157_supl_4.pdf
- Gil, W. (2017). *Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de salud mental comunitario, del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad, Cerro Colorado Arequipa – 2017* [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5394/CHSgimews.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Hospital Hermilio Valdizán. (2020). *Plan Operativo Institucional (POI) 2020*. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Transparencia/Plan-Operativo/POI_2020.pdf
- Kearns, M., Muldoon, O., Msetfi, R. y Surgenor, P. (2019). The impact of community-based mental health service provision on stigma and attitudes towards professional help-seeking. *J Ment Health*, 28(3), 289-295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30457027/>
- Keliat, B., Riasmini, N., Daulima, N. y Erawati, E. (2020). Applying the community mental health nursing model among people with schizophrenia. *Enferm Clin*, S1130-8621(20). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33349528/>

- Krieger, I., Tzur, D., Sharon-Garty, R., Baloush-Kleinman, V. y Zamir, L. (2020). The Effect of Community-Based Mental Health Rehabilitation Services for Schizophrenia: a Retrospective Cohort Study. *Psychiatr Q*, 91(4), 1453-1463. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32424545/>
- Ministerio de Salud (2018). *Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental*. <http://sw.ewok.cl/saludmental.cl/que-es-la-salud-mental/>
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Guía de Práctica Clínica para el abordaje temprano y manejo de la esquizofrenia*. https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cnsp/unagesp/publicaciones/gpc/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20para%20el%20Abordaje%20Temprano%20y%20Manejo%20de%20Esquizofrenia_HV_LH-c.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2019). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ozden, S. y Coban, A. (2018). Community Based Mental Health Services in the eye of community mental health professionals. *J Psychiatric Nurs*, 9(3), 186-194. https://www.researchgate.net/publication/327263034_Community_Based_Mental_Health_Services_in_the_eye_of_community_mental_health_professionals
- Peña, L., Clavijo, A., Bujardon, A, Fernández, Y. y Casas, L. (2014). La psiquiatría comunitaria en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(1), 91-104. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n1/mil11114.pdf>

- Pieters, G., Ruud, T., Van Weeghel, J., Bahler, M., Murphy, B., Shields-Zeeman, L. y Keet, R. (2017). *Documento de consenso sobre los principios fundamentales y elementos clave de salud mental comunitaria*. <https://eucoms.net/wp-content/uploads/2019/12/EUCOMS-consensus-paper-Spanisch-version.pdf>
- Universidad Católica Sedes Sapientiae. (2018). *Código de Ética para la Investigación*. <https://sapientia.ucss.edu.pe/sei/site/documentos/codigo-etica-investigacion.pdf>
- Vallejo, J. y Leal, C. (2012). *Tratado de Psiquiatría*. MARBAN S.L. <https://www.marbanlibros.com/muestras/9788471018717/mobile/index.html#p=3>
- Vargas, H. (2020). El hospital psiquiátrico y la psiquiatría comunitaria. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1), 1-2. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3679>
- Velásquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Biblioteca Nacional del Perú. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1057_CIES-IB28.pdf
- Velazco, Y., Rodríguez, I., Fernández, M., Fernández, A. y Zamora, E. (2018). Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1163-1171. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me184v.pdf>
- Vílchez, L., Turco, E., Varillas, R., Salgado, C., Salazar, M., Carmona, G., Huamán, K., Bonilla, C., Reyes, N. y Caballero, P. (2019). El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. *An. Fac. med*, 80(3), 389-396. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300021

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento, tiene como finalidad invitarlo a formar parte de manera voluntaria de una investigación en bioética y bioderecho para la elaboración de tesis; cuyo fin es recoger las experiencias a partir de la intervención con el modelo de atención de SMC. Respecto a su participación esta será mediante una entrevista, la cual será:

Voluntaria: usted **puede** responder todas las preguntas, negarse a responder algunas, o también retirar su consentimiento en cualquier momento que lo desee sin ninguna sanción.

Anónima y confidencial: Su identidad no será revelada, los datos obtenidos se mantendrán en reserva y serán de uso exclusivo para la investigación, pudiendo acceder a ella solo el asesor y el tesista.

Su participación es muy importante, pues beneficiará y aportará a nuevos estudios y /o proyectos a favor de la salud mental, ya que los resultados serán publicados en artículos de base científica. Por tal motivo, antes de firmar el presente documento, usted tiene derecho a preguntar sobre los puntos que no le hayan sido claros incluyendo el desarrollo ético del estudio.

Doy mi consentimiento para participar voluntariamente en el estudio y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, según lo descrito líneas arriba.

Firma Investigador

Firma Participante

ANEXO B

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

GUIA DE PREGUNTAS

PREGUNTAS A LOS FAMILIARES

1. ¿Cómo era un día es su vida familiar antes de traer a su familiar a participar del programa de SMC?
2. ¿Qué cambios se produjeron en su vida a raíz de la enfermedad?
¿Qué expectativas cambiaron?
3. ¿Que ha sido hasta hoy, para la familia, lo más difícil de la enfermedad?
4. ¿Ha observado algún cambio en la convivencia familiar a partir de la participación de su familiar en el programa de SMC?
5. ¿Encuentra usted algo positivo en este programa de SMC?
6. ¿Qué comentarios realizan los otros miembros de la familia sobre su familiar a partir de la participación en el programa de SMC?

ANEXO C

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

GUIA DE PREGUNTAS

PREGUNTAS A LOS AGENTES DE SALUD

- 1 ¿Cuál fue su motivación para participar en el programa de atención con el modelo de SMC?
- 2 ¿Cuál ha sido su experiencia en el trabajo de intervención con el modelo de SMC?
- 3 ¿Qué ha significado esta experiencia en su vida profesional?
- 4 ¿Recomendaría usted este modelo de atención? ¿Por qué?

ANEXO D

C.M.P.S.M.SAN JOSE

FECHA _____

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

- EDAD: _____
- SEXO: _____
- ESTADO CIVIL: _____
- ESCOLARIDAD: _____
- OCUPACION: _____

- TIEMPO DE PARTICIPACION EN EL SMC: _____