

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS



El derecho a la salud mental de las personas con trastorno
de esquizofrenia en el Perú

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
ABOGADO

AUTORA

Fatima Rubi Valverde Bernedo

ASESORA

Nuccia Seminario Hurtado

Lima, Perú

2025

METADATOS COMPLEMENTARIOS**Datos del autor**

Nombres	Fatima Rubi
Apellidos	Valverde Bernedo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	76251814
Número de Orcid (opcional)	

Datos del asesor

Nombres	Nuccia
Apellidos	Seminario Hurtado
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	74025220
Número de Orcid (obligatorio)	https://orcid.org/0000-0002-1805-7780

Datos del Jurado**Datos del presidente del jurado**

Nombres	Edgar Odón
Apellidos	Cruz Acuña
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	06660409

Datos del segundo miembro

Nombres	Carlos Enrique
Apellidos	Castillo Rafael
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	07618054

Datos del tercer miembro

Nombres	Nuccia
Apellidos	Seminario Hurtado
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	74025220

Datos de la obra

Materia*	Salud mental, esquizofrenia, barreras institucionales, políticas públicas, estigma social.
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado: enlace	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.05.01
Idioma (Normal ISO 639-3)	SPA - español
Tipo de trabajo de investigación	Tesis
País de publicación	PE - PERÚ
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	Abogado
Grado académico o título profesional	Título Profesional
Nombre del programa	Derecho
Código del programa Consultar el listado: enlace	421016

*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesoro).

	SUSTENTACIÓN DE TESIS	CÓDIGO GC-REG-05
		Página: 1 de 1

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
N.º 012-2025-UCSS-FDCP-JE

Los miembros del JURADO EVALUADOR que suscriben, reunidos el miércoles 5 de noviembre de 2025, a las 9:20 horas, en forma presencial, para evaluar la SUSTENTACIÓN Y DEFENSA DE LA TESIS titulada “El derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú”, para optar el Título Profesional de Abogado, presentada por el bachiller,

VALVERDE BERNEDO, FATIMA RUBI
 DNI, 76251814
 Código, 2019100321

Con el asesoramiento de la profesora, Nuccia Seminario Hurtado.


Sustentada la tesis, oídas las respuestas y absueltas las observaciones formuladas, se declara:

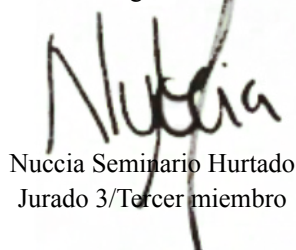
APROBADO				DESAPROBADO
Sobresaliente	Muy bien	Bien	Aprobado	
_____	18	_____	_____	_____

En consecuencia, de conformidad con la DIRECTIVA 002-2020-UCSS-FDCP de la Facultad, queda en condiciones de ser calificada como EXPEDITA para obtener el Título Profesional de Abogado.

Siendo las 10:20 horas, se dio por concluido el presente acto público,


 Edgar Odón Cruz Acuña
 Presidente
 Jurado 1


 Carlos Enrique Castillo Rafael
 Jurado 2/Segundo miembro


 Nuccia Seminario Hurtado
 Jurado 3/Tercer miembro

Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS / INFORME ACADÉMICO/ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Lima, 08 de noviembre de 2025

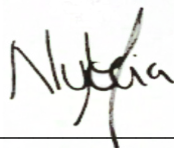
Señor(a),
Nuccia Seminario Hurtado
Jefe del Departamento de Investigación/Coordinador Académico de Unidad de Posgrado
Facultad de Derecho y Ciencias Políticas UCSS

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: “El derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú”, presentado por Fatima Rubi Valverde Bernedo (código de estudiante 2019100321 y DNI 76251814) para optar el título profesional de Abogado ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser publicado en el Repositorio Institucional Digital.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de de 3 % (tres por ciento)**. *Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



Nuccia Seminario Hurtado

DNI N°: 74025220

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1805-7780>

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas UCSS

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi madre María R.B.R, quien siempre insistió en la redacción de esta investigación, por su apoyo constante, su amor incondicional y su fe persistente en mis capacidades. A mi hermano Luis V.B, quien fue razón central para desarrollar esta investigación, él es la persona con trastorno de esquizofrenia que desarrolló a lo largo de la investigación, su experiencia compartida conmigo me inspiró a buscar las causas raíces de las implicancias limitativas de su derecho a la salud mental. Esta investigación es un reconocimiento a todas aquellas personas con trastornos mentales que son víctimas del prejuicio social y aun así buscan valer sus derechos a la salud y dignidad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado sabiduría y conocimiento para poder realizar el siguiente estudio.

También agradezco a mi familia por siempre apoyarme, alentándome a crecer académicamente y profesionalmente.

Agradezco a mi asesora, la Dra. Nucia Seminario Hurtado, por haberme guiado y dedicado tiempo en el desarrollo de esta investigación; sin su valioso apoyo no se hubiera podido concluir el estudio del presente.

Agradezco las entrevistas brindadas por los especialistas en derecho y medicina que entrevisté, los cuales muy gustosos me brindaron sin ningún costo, prestándome su valioso tiempo para la investigación de campo del presente.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema / Realidad problemática.....	4
1.2 Formulación del problema (general y específicos)	6
1.3 Justificación.....	6
Teórica.....	6
Justificación práctica	6
Justificación metodológica:	7
Justificación personal:	7
Novedad y originalidad:	7
1.4 Hipótesis.....	8
1.5 Objetivo.....	8
Objetivo general	8
Objetivos Específicos	8
1.6 Límites de la investigación.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales	10
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	12
2.2 Bases Teóricas.....	14
a) Derecho a la salud mental.....	14
b) Persona con esquizofrenia.....	15
2.3 Definición de términos	16
2.4 Estado de la Cuestión	17
Sesión 1: La realidad de la salud mental y la discapacidad en Perú.....	17
Sesión 2: Recursos y desafíos en la atención de salud mental	19
Sesión 3: Desafíos y avances.....	21
CAPÍTULO III: TRATAMIENTO HISTÓRICO Y SOCIO-JURÍDICO DE LA PERSONA CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA EN EL PERÚ.....	24
3.1. Contexto histórico de la discapacidad.....	24

3.2. Modelos de discapacidad	24
3.2.1. Modelo de Prescendencia:.....	24
3.2.2. Modelo Médico:	24
3.2.3. Modelo social:	25
3.3. Concepto de discapacidad mental	25
3.4. Persona con esquizofrenia en el Perú.....	25
3.5. Tratamiento de la esquizofrenia en el Perú	25
CAPÍTULO IV: MARCO JURÍDICO.....	26
4.1. Marco jurídico internacional	26
4.1.1 Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos.	26
4.1.2 Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos.....	32
4.2. Marco Jurídico Nacional	37
4.2.1 Constitución Política del Perú,	37
4.2.2. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.	38
4.2.3. Reglamento de la Ley de Salud Mental- 007-2020-SA.....	40
4.2.4. Norma Técnica de Salud Mental del MINSA, Centros de Salud Mental comunitarios.	41
4.2.5. Ley N.° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad	41
4.2.3. Ley N° 29973 - Ley de la Persona con Discapacidad	42
4.2.4 La persona con trastorno de esquizofrenia en el Código Civil.....	44
4.2.5. Jurisprudencia del Tribunal Constitucional.....	45
4.2.6 Doctrina	49
4.3. Derecho comparado.....	50
4.3.1 Uruguay	50
4.3.2 Brasil.....	52
4.3.3 Suiza	55
CAPÍTULO V: MARCO METODOLÓGICO	58
5.1 Escenario de estudio.....	58
5.2 Participantes	58
5.3 Procedimiento.....	59
5.3.1 Rigor científico.....	59
Dependencia	59
Credibilidad	60
Transferencia	60
Confirmación o confirmabilidad	60

5.4 Método de análisis de información	60
5.5 Aspectos éticos.....	61
5.6 Paradigma.....	61
5.7 Enfoque	61
5.8 Alcance.....	62
5.9 Diseño.....	62
5.10 Técnica e instrumento	62
a) Técnica de la Entrevista.....	62
b) Instrumento: Guía de entrevista	62
CAPITULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	64
6.1 RESULTADOS	67
6.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	98
CONCLUSIONES	109
REFLEXIONES.....	111
ANEXOS	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de comparación con Uruguay.	51
Tabla 2. Tabla de comparación con Brasil.	53
Tabla 3. Tabla de comparación con Suiza.	56
Tabla 4. Secuencia del análisis de datos del estudio.	60
Tabla 5. Sobre la población de la muestra.	64
Tabla 6. Sobre los objetivos, categorías y preguntas.	64
Tabla 7. Categoría de análisis: Acceso a Servicios de Salud Mental.	67
Tabla 8. Categoría de análisis: Centros de Salud Mental Comunitarios.	75
Tabla 9. Categoría de análisis: Personas especial protección.	82
Tabla 10. Categoría de análisis: Causas y Factores de Riesgo.	89

RESUMEN

La siguiente tesis tiene por título: El derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, que tuvo por objetivo general evaluar las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y objetivos específicos, identificar y analizar las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios de salud de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y determinar en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú. La metodología que se utilizó fue el paradigma sociocrítico, enfoque cualitativo, con alcance exploratorio y de diseño etnográfico; se empleó la técnica de la entrevista y su instrumento, la guía de entrevista. Los resultados manifestaron que existen barreras institucionales en la coordinación interinstitucional, falta de recursos, estigma social y brechas en las políticas públicas. En conclusión, el derecho a la salud mental de las personas con esquizofrenia en Perú no se garantiza por causas sociales, económicas, políticas, etc.; es necesario implementar políticas públicas que fortalezcan la coordinación intersectorial y promuevan la sensibilización.

Palabras clave: Salud mental, esquizofrenia, barreras institucionales, políticas públicas, estigma social.

ABSTRACT

The following thesis is titled: The right to mental health of people with schizophrenia disorder in Peru, which had as its general objective to evaluate the implications of the right to mental health of people with schizophrenia disorder in Peru and specific objectives to identify and analyse the main institutional barriers that hinder access to health services for people with schizophrenia disorder in Peru and determine to what extent current legislation in Peru protects and guarantees the rights of people with schizophrenia disorder in Peru. The methodology used was the socio-critical paradigm, a qualitative approach, with exploratory scope and ethnographic design, using the interview technique and its instrument, the interview guide. The results showed that there are institutional barriers in inter-institutional coordination, a lack of resources, social stigma and gaps in public policies. In conclusion, the right to mental health of people with schizophrenia in Peru is not guaranteed due to social, economic, political, etc., causes; it is necessary to implement public policies that strengthen intersectoral coordination and promote awareness.

Keywords: Mental health, schizophrenia, institutional barriers, public policies, social stigma.

INTRODUCCIÓN

El tema a tratar en la siguiente investigación es el derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú; para ello se plantearon los presentes objetivos: objetivo general, evaluar las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú; y objetivos específicos, identificar y analizar las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios de salud de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y determinar en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.

Para lograr estos objetivos, se examinará el marco legal y las políticas públicas existentes en el Perú en relación con el derecho a la salud mental de las personas con esquizofrenia y se propondrán recomendaciones.

La relevancia de este estudio radica en varios aspectos. En primer lugar, la esquizofrenia afecta a cientos de miles de peruanos y muchos de estos no tienen una atención de salud adecuada; los centros de salud psiquiátricos son pocos e ineficientes. En segundo lugar, las personas con esquizofrenia enfrentan no solo los desafíos propios de su condición, sino también el estigma social y la discriminación. Además, en un país como el Perú, donde los recursos para la salud mental son limitados, es crucial e importante analizar y mejorar las políticas y prácticas existentes para garantizar el derecho a la salud mental de este sector vulnerable.

La tesis se estructura en 6 capítulos. El primer capítulo abordará el problema principal sobre las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y los problemas conexos, sobre las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a la salud para las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y en qué medida la legislación actual protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú. Desarrolla la justificación teórica, Práctica, Metodológica, Personal, se explica la novedad y originalidad de la investigación. No existe hipótesis. Se señala como objetivo general evaluar las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú., objetivos específicos, identificar y analizar las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios de salud de las personas con trastorno

de esquizofrenia en el Perú: determinar en qué medida la legislación actual protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, se evidencia estadísticas internacionales y nacionales de personas con trastornos de esquizofrenia, principalmente varones, número de personas con trastorno de esquizofrenia que recibe atención en salud mental, cantidad de personas con esquizofrenia inscrita en CONADIS, cantidad de centros de salud comunitarios hasta el 2024, cantidad de hospitales psiquiátricos para internamiento en Perú, y barreras diversas.

El segundo capítulo aborda el marco teórico, desarrolla los antecedentes internacionales de la OMS, ONU, CPDP., y nacionales de MINSA, CONADIS, DP, INEI, también se explican las bases teóricas, que son el derecho a la salud mental, definición de persona con esquizofrenia, definición de términos, estado de la cuestión en cuatro apartados: la realidad de la salud mental y la discapacidad en Perú, recursos y desafíos en la atención de salud mental, necesidades urgentes y recomendaciones, desafíos y avances.

El tercer capítulo abordará el tratamiento histórico y socio jurídico de la persona con trastorno de esquizofrenia en el Perú, su contexto histórico de la discapacidad, los modelos de discapacidad, que son el modelo de prescindencia, el modelo médico, el modelo social, se desarrolla también el concepto de discapacidad mental, de persona con esquizofrenia en el Perú, y cuál es el tratamiento de la esquizofrenia en el Perú.

El cuarto capítulo abordará el marco jurídico a nivel internacional, bajo las luces del sistema universal de protección de los derechos humanos y el sistema interamericano de protección de los derechos humanos; también desarrolla el marco jurídico nacional, en el marco de la Constitución Política del Perú, la ley de salud mental N.º 30947, la ley N.º 29973 - ley de la persona con discapacidad; también se integra jurisprudencia del Tribunal Constitucional, doctrina, derecho comparado de los países Uruguay, Brasil y Suiza.

El quinto capítulo abordará el marco metodológico, desarrollando el escenario de estudio, participantes, procedimiento, rigor científico, dependencia, credibilidad, transferencia, confirmación o confirmabilidad, método de análisis de información, aspectos éticos, paradigma, enfoque, alcance, diseño, técnica de la entrevista, y de instrumento la guía de entrevista.

El sexto capítulo abordará los resultados y la discusión; se identificaron dificultades en el acceso a servicios de salud: insuficiencia de personal médico psiquiatra, barrera

demográfica, barrera del sistema de referencias, hospitales especiales de nivel 3 saturados de pacientes, la barrera económica, la barrera de la educación. Se determinó que la legislación actual protege medianamente los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, existe la ley 29737, que norma el internamiento involuntario, la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 creada en 2021, la creación de los centros comunitarios de salud mental desde el año 2014, la reforma del código civil en el 2018 respecto a la incapacidad jurídica de las personas con trastornos mentales, entre otros.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema / Realidad problemática

A nivel internacional, señala la Organización Mundial de la Salud, que el trastorno de esquizofrenia es un desafío muy significativo; a nivel mundial, casi la mitad de la población que ingresa a los centros psiquiátricos es diagnosticada con esquizofrenia y que solo la mitad de la mitad recibe atención, siendo una de las causales el mal manejo de recursos en los hospitales psiquiátricos, resultando ineficientes en la atención primaria hacia la comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Las Naciones Unidas explican que en la temporada de la pandemia de covid-19, la deficiencia en salud mental se intensificó más, dejando en claro la ineficiente organización respecto de las instituciones que funcionan como internamiento de pacientes con trastornos mentales como la esquizofrenia, que sugieren la eliminación de estos centros por la naturaleza de agravio que ocasionan a estas personas. Esta situación ha hecho pensar nuevos planteamientos de accionar de los derechos humanos para evitar los internamientos forzosos de pacientes (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020).

El Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas indica que las personas con discapacidad, incluidas las con discapacidad mental como la esquizofrenia, su situación en la pandemia COVID-19 fue muy compleja, que si ya desde antes se veían discriminadas, esta se intensificó en pandemia, creció la estigmatización, que por su condición eran más vulnerables al COVID-19; insta a que los estados hagan promoción de sus derechos humanos (Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas [CDPD], 2022).

La Organización de las Naciones Unidas menciona que durante la pandemia del COVID-19 la atención de salud fue desbordada, y como estrategia de atención de salud, se prioriza a cierto sector de población, se atendieron primordialmente a personas con tratamientos físicos dejando de lado a los mentales como el tratamiento de personas con esquizofrenia, esto se debe que no hubo un plan de prevención y acción, evidenciando los escasos recursos destinados al área de salud, esto plantea cuestiones éticas médicas y la necesidad de que las personas con trastornos mentales como la esquizofrenia reciban atención incluso en sistemas de salud desbordados, respetando su derecho a la salud (ONU, 2020).

A nivel nacional, el Ministerio de Salud de Perú señala que atendió más de 85.000 caso nacional en 2023, siendo la población masculina la que tenía más casos del trastorno que, a comparación del género femenino, usualmente estas personas son víctimas del estigma social, el cual ocasiona que los referidos tengan complicaciones para acceder a los centros de salud. La psiquiatra Natalia Ascurra Cano indica que es mentira que las personas con esquizofrenia no puedan realizar vidas normales y activas, que con tratamientos adecuados estas se pueden reinsertar en la sociedad (Ministerio de Salud [MINSa], 2024).

El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad indica que, hasta noviembre de 2020, en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPCD) de Perú había un total de 8,637 casos de esquizofrenia registrados, y estos están referidos a aquellas personas que sufren de una afectación mental que limita su capacidad para que se puedan relacionar plenamente con la sociedad (Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad [CONADIS], 2021).

La Defensoría del Pueblo indicó que las personas con discapacidad mental enfrentan barreras al momento de acceder a las instituciones que brindan salud mental, enfatizando la atención inadecuada para estos pacientes, que se tenía pensado establecer 250 centros de salud mental comunitario; sin embargo, solo 203 se crearon (Defensoría del Pueblo [DP], 2022). Que no existe una coordinación estructurada entre instituciones que atienden al mismo sector de personas, como el Ministerio de Salud, EsSalud, gobiernos locales, entre otros; además, existe un insuficiente presupuesto destinado a la salud mental, que la falta de estrategias no permite hacer un adecuado seguimiento y, por todo ello, se sugiere evitar la internación prolongada de los pacientes y que mejor se debería enfocar en integrar este sector en la comunidad.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática indicó que las personas con discapacidad son los que mayor expuestos están a sufrir una enfermedad, esta tendencia es tanto en el sector urbano y rural, que las personas con discapacidad buscan atención hacia su salud en menor porcentaje que las personas sin discapacidad, que las personas con discapacidad en 2022 casi el 90 por ciento de sus afiliaciones son con el sistema SIS, en especial en lugares rurales. Que las personas con discapacidad son las que menos se afilian a un sistema de pensión en comparación con las personas sin discapacidad (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2022).

1.2 Formulación del problema (general y específicos)

Problema Principal

¿Cuáles son las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú?

Problema Conexo

¿Cuáles son las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a la salud para las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú?

¿En qué medida la legislación actual protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú?

1.3 Justificación

Teórica

Este estudio se enmarca dentro del ámbito del derecho a la salud mental y los derechos de las personas con discapacidad, proponiendo una nueva interpretación de los datos existentes sobre las barreras que enfrentan las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú. Al aplicar el modelo social de la discapacidad y los determinantes sociales de la salud, se busca ampliar la comprensión teórica de cómo las barreras estructurales y sociales afectan el acceso a servicios de salud. Además, se examinará la efectividad de las políticas públicas actuales, ofreciendo una crítica constructiva basada en la teoría de los derechos humanos y la equidad en salud.

Justificación práctica

La investigación es relevante en términos prácticos porque los resultados pueden informar la formulación y la implementación de políticas públicas más efectivas y equitativas en el sector salud. Identificar las barreras específicas permitirá a los responsables de las políticas públicas diseñar estrategias que aborden directamente estas dificultades, mejorando así el acceso y la calidad de los servicios de salud para las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú. Asimismo, se espera que los hallazgos de este estudio fomenten la capacitación de profesionales de la salud y la adecuación de infraestructuras para cumplir con los estándares de accesibilidad y calidad.

Justificación metodológica:

El enfoque cualitativo elegido para este estudio es particularmente adecuado para explorar las experiencias y percepciones de las personas con trastorno de esquizofrenia respecto a su acceso a los servicios de salud mental en el Perú. La utilización de entrevistas en profundidad y análisis de casos permitirá obtener una comprensión exhaustiva y detallada de las barreras que enfrentan, algo que no podría lograrse mediante métodos cuantitativos tradicionales. La incorporación de las voces de las personas afectadas, combinada con el análisis de políticas públicas y marcos legales, ofrece un enfoque metodológico innovador. Esto es innovador, enriquecerá la investigación y proporcionará nuevos conocimientos sobre la intersección entre la experiencia vivida y las estructuras sociales y legales que afectan el acceso a la salud mental.

Justificación personal:

Mi elección de investigar el acceso a la salud mental para personas con trastorno de esquizofrenia surge de una experiencia personal profunda y directa. Tengo personas cercanas que sufren esta enfermedad y he sido testigo de primera mano de las dificultades que enfrentan para acceder a servicios de salud mental adecuados en el Perú. Esta experiencia personal me ha permitido observar de cerca las barreras, desafíos y carencias del sistema de salud en relación con el trastorno de esquizofrenia.

Novedad y originalidad:

Esta investigación aborda un tema poco explorado en el ámbito jurídico peruano: las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia. A diferencia de otros estudios que se han centrado en discapacidades físicas o sensoriales, este trabajo arroja luz sobre la situación particular de las personas con discapacidad mental, un grupo frecuentemente invisibilizado en las discusiones sobre derechos y políticas públicas. La originalidad está en su enfoque que une el modelo social de la discapacidad, los factores sociales que afectan la salud y la ley de derechos humanos, aplicándolos al contexto de la esquizofrenia en el Perú. Al incorporar las voces de las personas afectadas y proponer medidas concretas basadas en evidencia, este estudio no solo llena un vacío significativo en la literatura jurídica sobre discapacidad mental. También sienta las bases para una reforma de políticas que reconozca y atienda las necesidades específicas de este grupo vulnerable.

1.4 Hipótesis

No hay

1.5 Objetivo

Objetivo general

Evaluar las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.

Objetivos Específicos

- 1- Identificar y analizar las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios de salud de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.
- 2- Determinar en qué medida la legislación actual protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.

1.6 Límites de la investigación

Este estudio se centra en el análisis del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú en los últimos años, respecto a la disponibilidad de centros de atención e internamiento psiquiátrico y la eficiencia de los recursos destinados a sus tratamientos. Se limita geográficamente al territorio peruano, con un enfoque en áreas urbanas y rurales con mayor carencia de servicios de salud mental, y metodológicamente al análisis de legislación, políticas públicas, informes gubernamentales, así como estadísticas oficiales.

No se incluyen en el estudio datos actuales del año 2024 debido a que instituciones encargadas de brindar información, su data es hasta el año 2017 y 2020; la información que se brinda no es clara y concisa, puesto que no existe una coordinación adecuada entre estas instituciones.

El estudio se centra exclusivamente en el sistema de salud público, excluyendo métodos de investigación que impliquen interacción directa con pacientes y el análisis detallado de instituciones privadas de salud mental.

Al realizar la búsqueda de entrevistas dirigidas a especialistas en salud psiquiátrica, se me vio limitada la accesibilidad a profesionales y centros de salud, como fue el caso cuando intenté entrevistar psiquiatras del Hospital San José del Callao, pero me indicaron que no era posible debido a que mi universidad no mantenía un convenio de colaboración con dicha institución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Martinez (2021) en su tesis doctoral denominada “Estigma de los profesionales de la salud hacia las personas con trastorno mental” en España presentó el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención basada en el contacto directo para disminuir el estigma de los estudiantes de enfermería hacia las personas con trastorno mental. La metodología que usó es de enfoque cualitativo, con técnicas de grupos focales y cuestionarios.

Los resultados revelan que los profesionales que brindan el servicio de salud dirigido a pacientes con trastornos mentales como la esquizofrenia tienen comportamientos estigmatizantes hacia ellos, que en cuanto la atención primaria los médicos consideran que estas personas necesariamente necesitan de un tratamiento farmacológico para poderlos atender porque creen que estas personas se pueden alterar rápidamente y no posibles de controlar, por otro lado las enfermeras intensifican el estigma presentando hostilidad al momento de atender a los pacientes.

El estudio concluye que los pacientes estudiados perciben que los prestadores de salud y los que no eran los trataron con prejuicios y estigma social, por ello los pacientes solicitan un nuevo sistema de atención de salud mental, iniciando desde la misma formación de los referidos profesionales de salud.

Esta investigación aporta a la presente tesis, respecto a comprender porque a veces las personas con discapacidad mental evitan buscar ayuda profesional en su salud, y esto es debido al estigma y prejuicio social que los mismos prestadores de salud realizan hacia ellos, significando una barrera más que perjudica su derecho a la salud mental, esto solo es una causal de muchas.

Tomás (2023) en su tesis doctoral denominada “Percepción de calidad de los cuidados psiquiátricos en el ámbito de salud mental comunitaria desde la perspectiva de los profesionales y de los usuarios” en España presentó el objetivo de describir y comparar las percepciones de calidad de los cuidados psiquiátricos desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales en el ámbito comunitario. La metodología que usó es de enfoque cualitativo, con diseño descriptivo psicométrico transversal y comparativo.

Los resultados revelan que la salud mental en España muestra alta prevalencia de ansiedad y depresión, especialmente en mujeres y desempleados, con preocupante consumo de ansiolíticos. Datos de 2017 indican una prevalencia general de problemas de salud mental del 27.4%. La esquizofrenia, que tiene una prevalencia del 1.2%, ocurre 12 veces más en personas con bajos ingresos que en las de altos ingresos. Esto destaca la conexión entre el nivel socioeconómico y los problemas mentales graves.

El estudio concluye que la evaluación y seguimiento continuo a los tratamientos psiquiátricos trae una serie de beneficios, como es la detección temprana de problemas y poderlos corregir en un tiempo prudente, promoviendo la confianza en el sistema de salud.

Esta investigación aporta a la presente tesis, valiosa información sobre la prevalencia de trastornos como la ansiedad, depresión y esquizofrenia, destacando las desigualdades sociales en el acceso a la salud mental. Al comparar este estudio con la realidad peruana, se evidencia la necesidad de investigaciones locales que aborden las particularidades culturales y socioeconómicas del país.

Urquizo (2022) en su artículo denominado “COVID-19 y telepsiquiatría: un reto para el tratamiento de la salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría” en Colombia presentó el objetivo de describir la utilidad, las ventajas, las desventajas y las limitaciones de la telemedicina en la atención clínica de pacientes psiquiátricos antes y durante la pandemia de la COVID-19. La metodología que utilizó es de enfoque cualitativo descriptivo.

Los resultados revelan que la tele psiquiatría es una herramienta útil que facilita las atenciones en salud mental, contribuye a que más casos sean atendidos con prontitud y a costos reducidos, su eficacia se asimila a la atención presencial, reduce el estigma y tal fue eficiente en tiempo de pandemia, donde ocurría un confinamiento social.

El estudio concluye que la tele psiquiatría es una oportunidad más de crecer y aprovechar la tecnología, se considera que está en progreso y por ello con el tiempo se implementarán más herramientas para hacerla mejor útil; resulta un beneficio para el servicio de salud y para el paciente, facilita que la salud mental sea mejor promocionada y adaptada.

Esta investigación aporta a la presente tesis, porque aborda distintos desafíos que se pueden complementar con mi investigación; además, sugiere cómo contribuir a salvaguardar el derecho a la salud mental con el uso de la tecnología que es la tele psiquiatría, y otorga recomendaciones para un plan de acción a futuro en el marco de la identificación de áreas a profundizar en una próxima investigación.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Vilchez (2019) en su investigación denominada “El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: La guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú” en Perú, tuvo por objetivo brindar recomendaciones basadas para el abordaje temprano, tratamiento farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. La metodología que utilizó es de enfoque cualitativo, con métodos de entrevistas.

Los resultados obtenidos a partir de un análisis profundo de profesionales de salud de clínicas, institutos, hospitales, logró el planteamiento de cuatro recomendaciones a tener en cuenta para la salud mental de las personas con esquizofrenia.

El estudio concluye que, ante los primeros signos de síntomas psicóticos, estos deben atenderse lo más rápido posible en los centros comunitarios de salud, acompañado de un tratamiento de medicinas y terapias. El artículo explica cuáles son las pautas que llevan el protocolo de salud de un hospital especializado en salud mental en Perú.

Esta investigación aporta a la presente tesis, al ser una base sólida de manejo de situaciones reales de personas con trastorno de esquizofrenia; explica la importancia de la atención temprana y un abordaje integral.

Odicio (2022) en su investigación denominada “La salud mental como derecho constitucional fundamental y el papel del Estado peruano en la Revista Pacha Derecho y Visiones” en Perú, Puno, presentó el objetivo determinar si en el Perú se garantiza la salud mental de las personas como derecho fundamental y plantear la inclusión del derecho a la salud mental en la Carta Magna. La metodología que utilizó es de enfoque cualitativo descriptivo.

Los resultados revelan que la tele psiquiatría es una herramienta útil que facilita las atenciones en salud mental, contribuye a que más casos sean atendidos con prontitud, y a

costos reducidos, su eficacia se asimila a la tensión presencial, reduce el estigma y tal se vio eficiente en tiempo de pandemia donde ocurría un confinamiento social.

El estudio concluye que la tele psiquiatría es una oportunidad más de crecer y aprovechar la tecnología, se considera que está en progreso y por ello con el tiempo se implementarán más herramientas para hacerla mejor útil, resulta un beneficio para el servicio de salud y para el paciente, facilita que la salud mental sea mejor promocionada y adaptada.

Esta investigación aporta a la presente tesis, porque aborda distintos desafíos que se pueden complementar con mi investigación, además sugiere como contribuir a salvaguardar el derecho a la salud mental con el uso de la tecnología que es la tele psiquiatría, y otorga recomendaciones para un plan de acción a futuro en el marco de la identificación de áreas a profundizar en una próxima investigación.

Antinori (2022) en su tesis de maestría denominado “Análisis de la implementación y gestión del Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto del distrito de Villa María del Triunfo, sustentado en el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 - 2021” en Perú, presentó el objetivo: conocer y evaluar el proceso de implementación y gestión del CSMC San Gabriel Alto en el distrito de Villa María del Triunfo, sustentado en el “Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 - 2021”, con la finalidad de proponer alternativas que contribuyan a la eficiencia y sostenibilidad en la gestión de los CSMC.

La metodología que utilizó es de enfoque cualitativa y cuantitativa, con técnicas de Entrevistas semi estructuradas, Observación, Revisión documentaria, y Cuestionario.

Los resultados devienen positivos respecto a la reforma del sistema de atención en centros comunitarios de salud mental; se evidencian factores que promueven el progreso de la reforma de salud.

El estudio concluye que es necesario tener en consideración los documentos de gestión, ya que gracias a ellos se logrará una eficiente gestión del sistema de salud de los centros comunitarios. Cabe destacar que los documentos de gestión brindan pautas para el buen funcionamiento del centro comunitario de salud.

Esta investigación aporta a la presente tesis, brindando sugerencias de los estándares mínimos de calidad que deben tener las instituciones que se encargan de tratar la salud mental; tener en consideración los documentos de gestión más la norma técnica de salud mental puede ayudar para evidenciar alguna deficiencia de los centros. Además, esta tesis aporta conocimiento de pacientes en vulnerabilidad para resaltar la necesidad de urgencia atención.

2.2 Bases Teóricas

a) Derecho a la salud mental.

La Organización Mundial de la Salud indica que el derecho a la salud mental es aquel derecho humano que pertenece a todos y está referida a la accesibilidad adecuada de los servicios de salud, sobre un estándar de calidad de vida, que su ausencia produce perjuicio a la salud personal y general. Por ello se sugiere que los países deben integrar en sus políticas públicas el respaldo el tema de la salud mental, en especial el que se dirige a personas que son estigmatizadas y discriminadas por su condición mental (Organización Mundial de la salud [OMS], 2023).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), y bajo la luz de su artículo 7 hace entender que el derecho a la salud mental es un derecho que exige respeto y la misma accesibilidad de salud como las demás personas sin discapacidad.

La ley N° 30947 Ley de Salud Mental, de Perú indica que es aquel derecho de todas las personas que les garantiza contar con una buena salud psíquica y social, por ello se destaca la importancia de recibir un servicio de calidad para salvaguardar su integridad mental y dignidad humana, que este apartado es de más importancia su aplicación para personas que tienen un trastorno mental (Ley N.º 30947, 2019).

La Organización de las Naciones Unidas, por su lado, indica que es aquel derecho referido al estado mental de las personas, por cuanto su protección es para todos; por ello se convierte en un derecho fundamental y universal. Al ser de relevancia universal, es exigible que cada país cuente con una cobertura de salud que garantice a las personas con dificultades mentales que tengan el mejor tratamiento de salud de inicio hasta el final, que para ello se debe contar con estrategias comunitarias, lo que significa que se debe incorporar la atención de salud mental en la gestión de salud general (ONU, 2023).

El derecho a la salud mental es un derecho puerta que abre otros derechos, por ejemplo, el derecho a la dignidad e integridad humana. Este derecho resalta la línea delgada que existe entre el bienestar mental y un estándar de calidad de vida, las instituciones citadas, todos coinciden en que el primer paso a su salvaguardia significa que exista una accesibilidad adecuada de atención de salud mental eficiente en todos sus componentes, y se resalta que se debe reducir el esquema social de discriminación y estigmatización que tiene la sociedad hacia las personas con trastornos mentales, por ello, los estados de cada país deben integrar en sus políticas públicas estrategias respecto de la atención sanitaria. Se debe considerar que la salud mental no es un tema aislado, sino que tiene que ver mucho con aspectos valorativos de la persona y la empatía.

b) Persona con esquizofrenia.

La Organización Mundial de la Salud (2022) señala que la persona con esquizofrenia es aquel sujeto que sufre de un trastorno psíquico que no le permite discernir la realidad de lo ficticio, y por ende contrae una serie de cambios de comportamientos, como es el tener la razón de una idea equivocada a pesar de que se demuestre lo contrario, ideas delirantes. La persona percibe la realidad en un mundo ficticio de fantasías, donde sus sentidos como la vista, el escuchar, el sentir y el olor se ven involucrados. Las personas con esquizofrenia usualmente perciben que no tienen ideas propias y que sus ideas son inducidas por terceros que las quieren perjudicar, que por estas razones sus conductas son impulsivas, desorganizadas, irrazonables, tienen limitaciones para relacionarse en la sociedad. Las personas con esquizofrenia son más propensas a la muerte que las demás personas, ya que por su naturaleza conductual casi siempre se violan sus derechos humanos en instituciones que deberían velar por su salud mental y en la comunidad misma. El estigma social siempre será el acompañante de este sector, lo que resulta en que estas personas sean excluidas socialmente; esto contribuye a que estas personas sean susceptibles de sufrir una discriminación médica.

El Ministerio de Salud señala que la persona con esquizofrenia es aquella que tiene demencia psíquica y por ello tiene dificultades de percibirse a sí misma y su entorno, lo que conlleva que tenga una percepción alterada y errónea de la realidad, entre otras dificultades, y que la mayoría de veces se evidencia durante los quince años hasta los veinticinco (MINSa, 2024).

Entonces, una persona con esquizofrenia es la persona que sufre de un trastorno y crisis mental que afecta la percepción de la realidad, tanto individual como social. Esta discapacidad genera que quien lo integra no se pueda relacionar socialmente y tenga dificultades de comprensión, por lo que le hace más vulnerable a transgresiones legales de sus derechos humanos, no dejando de lado la discriminación y el estigma social, que el grado es mayor para ellos. Por ello se resalta la necesidad de un tratamiento de salud adecuado a sus condiciones, en que se ponga énfasis, mucha la empatía para su integración en la sociedad.

2.3 Definición de términos

- **Esquizofrenia:** Trastorno mental grave que afecta el pensamiento, las emociones y el comportamiento de una persona. Se caracteriza por síntomas como alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y alteraciones en la funcionalidad social y ocupacional (OMS, 2022).
- **Derecho a la salud:** Derecho humano fundamental que implica no solo el acceso a servicios de atención médica, sino también a condiciones que permitan una vida saludable, incluyendo factores sociales, económicos y ambientales (OMS, 2017).
- **Salud mental:** Estado de bienestar en el que una persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (OMS, 2018).
- **Acceso:** es el derecho relacionado a la facultad de poder ingresar a algún sitio físico en que sí mismo realizar acciones dentro de ella, es una situación de posibilidades físicas (Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, 2019).
- **Accesibilidad:** Se refiere al espacio físico que ha sido diseñado con ciertas particularidades para acomodarse a las condiciones de las personas con discapacidad o sin discapacidad, también de herramientas, dispositivos y servicios (Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, 2019).
- **Deficiencia:** Es la falta o ausencia de componentes estructurales, en todas las variantes (Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, 2019).

- **Discapacidad:** Para que surja, es necesaria la interacción social, donde ocurren barreras sociales donde se evidencia una diferenciación de oportunidades (Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, 2019).
- **Integración:** Es el proceso en que la persona con discapacidad se integra a la sociedad, adaptándose ella a la sociedad, mas no la sociedad a ella, de manera forzada, es más una facultad individual de querer encajar con los demás sin que haya facilidades de adaptabilidad para su inclusión. Tiene un matiz negativo (Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, 2019).
- **Inclusión:** Tiene un matiz positivo, es una transformación de la sociedad adaptándose con cambios políticos, estructurales, económicos, sociales de las personas con discapacidad, garantizando la igualdad de oportunidades según condiciones físicas y mentales (Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, 2019).
- **Estigmatización,** es la designación de un estigma donde se atribuyen percepciones negativas a una persona en un grupo social, está ligado a trastornos mentales y conlleva a la exclusión (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2023).

2.4 Estado de la Cuestión

Sesión 1: La realidad de la salud mental y la discapacidad en Perú

Rondón (2006) cita estudios epidemiológicos recientes en Perú que revelan que hasta un 37% de la población tiene riesgo de padecer un trastorno mental, con tasas de depresión particularmente altas en Lima. Esta alta prevalencia subraya la urgencia de fortalecer los servicios de salud mental. Vega (2024), al mencionar la limitada disponibilidad de servicios de rehabilitación concentrados en Lima, refuerza la idea de que el sistema de salud mental no está preparado para atender de manera equitativa la demanda existente.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013) reveló que un asombroso 88.6% de los sujetos con discapacidad, incluida la esquizofrenia, no tuvo acceso a servicios de rehabilitación en Perú. Esta falta de acceso subraya la enorme desigualdad en la atención de salud que existe en el país.

Madera (2019) enfatiza que las autoridades de salud deben prestar más atención a la discapacidad en el diseño de políticas de salud, con el objetivo de abordar la desigualdad existente. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013) refuerza esta necesidad al mostrar que un elevado porcentaje de personas con discapacidad no accede a servicios de rehabilitación, lo que indica que la falta de atención por parte de las autoridades contribuye a perpetuar la desigualdad en el acceso a la salud.

Fernández (2022) señala que muchas personas con discapacidad mental, incluyendo aquellas con esquizofrenia, continúan siendo víctimas de reclusiones arbitrarias o involuntarias en instituciones psiquiátricas y centros de readaptación social, donde sufren graves violaciones de sus derechos humanos. Este hecho subraya la necesidad urgente de revisar y reformar las políticas y prácticas institucionales en el Perú para asegurar que los derechos de estas personas sean plenamente respetados

Fernández (2022) subraya además que, al formular leyes o políticas públicas relacionadas con la discapacidad mental o psicosocial, es crucial reconocer que el verdadero impedimento para que estas personas ejerzan plenamente sus derechos no radica en su condición, sino en las restricciones culturales y sociales. Esta perspectiva resalta la necesidad de un cambio de paradigma en la legislación.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021) agrega que las políticas de salud mental en Perú están influenciadas por estigmas sociales, lo que sugiere que estas barreras culturales no solo existen en la legislación, sino que también afectan la implementación y efectividad de las políticas públicas.

Palpa (2023) destaca que la alta incidencia de discapacidad psicosocial en Perú se intensificó como consecuencia de la crisis y el confinamiento durante la pandemia de COVID-19. Este contexto de emergencia sanitaria no solo exacerbó las condiciones preexistentes de las personas con esquizofrenia, sino que también evidenció las deficiencias estructurales del sistema de salud mental. Esto se alinea con la observación de Fernández (2022), quien destaca las violaciones de derechos humanos en instituciones psiquiátricas.

Vega (2024) refuerza esta idea al señalar que los servicios de salud mental están concentrados principalmente en Lima, lo que agudiza la falta de acceso para quienes viven en otras regiones del país, evidenciando una disparidad geográfica en la disponibilidad de tratamiento.

INEI (2013) apoya esta afirmación al mostrar la escasez de acceso a servicios de rehabilitación, evidenciando que tanto la centralización como la limitación de servicios son barreras significativas para las personas con esquizofrenia en Perú.

Sesión 2: Recursos y desafíos en la atención de salud mental

Borjóquez (2012) indica que se debe impulsar una reforma de la salud mental en Perú, porque los trastornos mentales configuran el primer factor de carga de enfermedad y el Estado no ha asumido su responsabilidad adecuadamente. Esta necesidad de reforma se relaciona con Henao (2016), quien argumenta que la política pública de salud mental en Perú refleja la pobreza y la inequidad que afectan a gran parte de la población, sugiriendo que la inacción del Estado contribuye a perpetuar estas desigualdades.

Esta idea de inequidad estructural en el sistema de salud se ve reforzada por Piazza (2015), quien señala que los recursos humanos para atender problemas de salud mental en Perú son escasos, destacando que solo hay dos psiquiatras, seis enfermeras, cuatro psicólogos y un trabajador social por cada 100,000 habitantes, con el 82% de los psiquiatras concentrados en Lima.

La Defensoría del Pueblo (2020) apoya esta observación, mostrando que la cantidad de psiquiatras y psicólogos en Perú sigue siendo baja, con solo 3 psiquiatras y 10 psicólogos por cada 100,000 habitantes, mayoritariamente concentrados en Lima, lo que acentúa la desigualdad en la distribución de recursos.

La Federación Iberoamericana del Ombudsman (2018) describe condiciones deplorables en la entidad institucional que se responsabiliza por la rehabilitación de los enfermos mentales de Iquitos, donde hay pacientes que han sido institucionalizados por 20 años, afectando su integridad y dignidad. Esta situación de vulnerabilidad extrema subraya las carencias estructurales del sistema de salud mental en Perú, como indica Borjóquez (2012), quien llama a una reforma urgente para abordar la carga de enfermedad mental en el país.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2020) revela que solo una mínima fracción de las personas con discapacidad que reciben tratamiento o terapia de rehabilitación obtienen atención de salud mental.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021) indica que la asistencia de salud mental para personas con discapacidad es costosa y poco accesible debido a su consideración como especializada. La Defensoría del Pueblo (2022) añade que, aunque se haya aumentado la inversión pública en salud mental en 2018, sigue siendo insuficiente. La inversión en salud representa solo el 1,6% del presupuesto de salud, lo que perpetúa las barreras económicas para el acceso a la salud mental.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021), citando al Ministerio de Salud (2018), señala que la disposición de medicinas para pacientes que requieren salud mental es limitada, con una disparidad en la disponibilidad de medicamentos psiquiátricos: dos tercios de los hospitales los tienen, mientras que en los centros de salud la cifra es inferior al 20%. Por su parte la Defensoría del Pueblo (2022) refuerza la preocupación por la inversión insuficiente en salud mental, sugiriendo que la falta de recursos afecta directamente la disponibilidad de medicamentos y tratamientos esenciales.

Atilio (2022) complementa esta idea indicando que la salud constituye uno de los retos fundamentales que enfrenta la población en Perú, con aproximadamente el 20% de las personas excluidas de los cuidados esenciales de atención médica, lo que subraya la necesidad de una mayor asignación de recursos y esfuerzos para mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental.

Bojórquez (2012) señala que el centralismo y la exclusión de las dolencias mentales resultaron en el colapso del único centro de salud psiquiátrico del país, el Hospital Víctor Larco Herrera, con reportes de condiciones deplorables para sus internos. Esta preocupación es reforzada por Ticona (2014), quien describe que la situación de salud mental en Perú se caracteriza por problemas psicosociales, lo que ha contribuido a que las condiciones en instituciones como la referida se deterioren aún más.

Henaó (2016), citando a la OMS en 2011, señala que un alarmante 80% de las personas con trastornos mentales graves carecen de acceso a atención sanitaria adecuada. Esta situación refleja una brecha en el acceso a la atención que sigue afectando a la población, incluso con la ampliación de la cobertura mencionada por Arroyo (2023), lo que pone de relieve la necesidad de reformas más profundas en el sistema de salud para asegurar una cobertura efectiva y equitativa.

Sesión 3: Desafíos y avances.

El estado de la salud mental en Perú revela desafíos significativos a lo largo de los años, exacerbados por limitaciones estructurales y la falta de recursos. Según Arroyo Laguna (2006), las personas con discapacidad psicosocial enfrentan obstáculos significativos para acceder a una atención adecuada debido a la discriminación y la falta de políticas públicas específicas.

Esta situación persiste, como lo indica el Informe Defensorial n.º 140 de la Defensoría del Pueblo (2009). Este informe subraya cómo las personas con discapacidad mental siguen siendo víctimas de la desigualdad y la exclusión, en parte debido a la inadecuada integración de este grupo en las políticas públicas del gobierno (Fernández, 2022).

A medida que avanza la década, se observa una creciente preocupación por la insuficiencia en la asignación de recursos y la falta de personal capacitado. El Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la PUCP (2012) señala que, a pesar de los compromisos internacionales, el derecho a la salud mental sigue siendo vulnerado, especialmente para las personas con discapacidad psicosocial.

Esto se alinea con las observaciones de Acuña et al. (2012), quienes destacan que la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en centros de salud mental enfrenta desafíos críticos, como la falta de un enfoque integral y la escasez de personal capacitado.

A lo largo de los años, diversos informes han señalado las graves deficiencias en el sistema de salud mental del país. Alarcón (2015) resalta cómo la creciente prevalencia de diagnósticos psiquiátricos se agrava debido a la falta de profesionales cualificados y a deficiencias en su formación.

Este problema es aún más preocupante cuando se considera que la OMS (2015) ya alertaba sobre la exclusión de las personas con discapacidad psicosocial, quienes no solo enfrentan barreras en el acceso a la atención de salud, sino también en la educación, el empleo y la vivienda.

El deterioro en la atención de salud mental se agrava con el tiempo, como lo indican informes posteriores. La Defensoría del Pueblo (2018) advierte sobre el estigma social que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial, incrementando su vulnerabilidad y

afectando sus derechos. En el mismo sentido, Yoma (2019) subraya cómo la pobreza actúa como un obstáculo estructural para estas personas, que dependen de un sistema precario de servicios sociales para preservar su autonomía.

En años más recientes, Cusihuamán (2023) señala que el sistema de salud peruano carece de equipamiento adecuado para la telemedicina, limitando su uso principalmente a llamadas telefónicas y mensajes desde los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC).

Este problema se enmarca en un contexto de desinversión progresiva en la atención en salud mental desde 2016, como lo observa Agrest (2022), y se refleja también en las limitaciones presupuestarias que denuncian tanto el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021) como la Defensoría del Pueblo (2020), que critican la desproporcionalidad en la asignación del presupuesto para salud mental, lo que da como resultado que 8 de cada 10 peruanos con necesidades de atención no obtengan la asistencia necesaria.

Finalmente, autores como Fernández (2022) y Marsh (s. f.) subrayan la urgencia de ampliar el acceso a la salud mental. Fernández (2022) discute las resoluciones alarmantes del Tribunal Constitucional que atentan contra el enfoque social de la discapacidad y el derecho a la libertad de personas con discapacidad mental, mientras que Marsh (s. f.) indica que más de 6 millones de personas en Perú necesitan atención en salud mental, con un 20% de la población sufriendo trastornos, lo que requiere acciones urgentes. Esta serie de evidencias sugiere que, a pesar de los avances en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, las brechas en la atención y protección de estos derechos persisten y requieren una intervención urgente y coordinada.

La Organización Panamericana de Salud refiere que Perú ha progresado en cuanto a la cantidad de centros comunitarios de salud mental en el país, indicando que aumentaron a 155 en el 2020, atendiendo a cien mil personas por cada una. Estas instituciones no solo ofrecen promoción y tratamiento, sino que también han fortalecido la atención primaria; conjuntamente, se han integrado hogares comunitarios protegidos y unidades de salud mental en hospitales, lo que significa un avance en la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica. También refiere que el presupuesto nacional ha aumentado y que, positivamente, recientemente se ha eliminado la denominación de incapacidad jurídica del Código Civil nacional respecto de las personas con discapacidad (OPS, 2022).

Berenice Pérez-Ramírez (2021) explica cómo la concepción de trastorno mental se ha ido transformando hacia la idea de discapacidad psicosocial, destacando la incidencia del ambiente y los procedimientos de instituciones. Así como en el caso de Maru, una dama con demencia en un centro penitenciario, se desafía el enfoque médico tradicional que agrava estas condiciones por no considerar factores sociales y estructurales. Lo que se sugiere es que se aborde desde un contexto integral que integre componentes como la sociedad y las posibilidades de poder comprender a las personas con discapacidad psicosocial.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ante la situación de escasa accesibilidad a los centros de salud mental y el estigma de la sociedad, recomienda a los estados poner en marcha políticas públicas y reforzar sus normativas de salud mental, para que las instituciones de internación tengan condiciones adecuadas para los pacientes. que se debe integrar sistemas de inclusión en los ambientes de atención comunitaria; se hace la necesidad la capacitación a profesionales en áreas de derechos humanos y atención en salud mental para su promoción, también la coordinación de instituciones, programas de concientización, se resalta la protección al derecho a la libertad, inclusión social, salud en el marco de las directrices internacionales (CIDH, 2000).

Las barreras que hay sobre la participación ciudadana de las personas con discapacidad mental son, en primer lugar, las económicas, como son el cubrir pasajes, alojamiento y similares; también el lenguaje académico técnico, que dificulta el poder debatir; la estigmatización sobre incapacidad influye en que sus voces no sean tomadas en cuenta; además, la falta de accesibilidad y la escasa capacitación de políticos respecto a este tema agrava las barreras (Yoma, 2023).

La Organización Panamericana de la Salud destaca que Perú, respecto al financiamiento en salud mental, a pesar de ser el más pequeño de América, ha triplicado su inversión en salud mental, lo que ha permitido la descentralización de los servicios de salud mental. Entre 2015 y 2022, la inversión en salud mental aumentó un 223,7%, con la creación de 248 centros psicosociales, el 82% de ellos ubicados fuera de la capital, y la integración de psicólogos en más de 1.000 centros de atención primaria en todo el país (OPS, 2022).

La Organización Panamericana de Salud resalta la importancia de la participación política de las organizaciones de personas con discapacidades, pone de ejemplo a Perú y la Asociación Álamo, que fueron partícipes de la redacción de la ley 29889 del 2012 que incluyó en el modelo de salud mental comunitario, y la reforma de 2018 que reconoció la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. (OPS, 2022).

CAPÍTULO III: TRATAMIENTO HISTÓRICO Y SOCIO-JURÍDICO DE LA PERSONA CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA EN EL PERÚ

3.1. Contexto histórico de la discapacidad

A lo largo del tiempo, las personas con discapacidad han enfrentado adversidades sociales, las cuales implican la opresión de sus derechos a todas luces, desde su exclusión social, forzamiento de trabajos inhumanos hasta su propia eliminación, en el marco del estigma hacia ellos, significando extraños y no normales sus condiciones físicas y psíquicas. Por ello, a partir del XX se movilizaron varios movimientos sociales para la defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad. El reconocimiento que se logró permitió que estas personas fueran reconocidas como sujetos de derechos y pudieran ser integradas en la sociedad. (López, 2019).

3.2. Modelos de discapacidad

3.2.1. Modelo de Prescindencia:

Este modelo explica que inicialmente las personas con discapacidad eran consideradas como personas sin valor, sin provechos y que, debido a sus condiciones, eran susceptibles de exclusión y marginación, e incluso de tener la facultad de decidir sus muertes, todo ello debido a que en general eran concebidas como una carga y un castigo divino (López, 2019).

3.2.2. Modelo Médico:

A partir del siglo XIX, este modelo concibe a la persona con discapacidad como paciente con padecimiento de enfermedades que debían ser curadas por ser concebidas como normales. Este modelo indica que las personas con discapacidad se tienen que integrar a la sociedad, adecuándose la persona a la sociedad y no viceversa (López, 2019).

3.2.3. Modelo social:

En comparación de los modelos anteriores, este tiene un enfoque de construcción social respecto de la persona con discapacidad, porque considera que el problema es la sociedad que, con su egoísmo, ha interpuesto barreras de integración hacia las personas con discapacidad. Este modelo busca que estas personas tengan facilidades para su inclusión en la sociedad en el marco de la igualdad de oportunidades y su promoción de derechos humanos (López, 2019).

3.3. Concepto de discapacidad mental

La discapacidad mental, según la Organización Mundial de la Salud (2022), significa la condición de distorsión de la realidad, un conjunto de componentes de alteración, debido a complicaciones mentales que ocasionan que quien lo padezca tenga dificultades para poder socializar y realizar su vida cotidiana normal.

3.4. Persona con esquizofrenia en el Perú

La Organización Mundial de la Salud (2022) define la esquizofrenia como un trastorno que altera la percepción de la realidad, generando comportamientos delirantes y alucinaciones sensoriales. Las personas con esquizofrenia enfrentan estigmatización, exclusión social y violaciones de derechos humanos, lo que las hace vulnerables a la discriminación médica.

3.5. Tratamiento de la esquizofrenia en el Perú

Tomando de ejemplo el Hospital Víctor Larco Herrera y el Instituto Nacional de Salud del Perú, para realizar el tratamiento de la esquizofrenia en el Perú, lo primero que realizan estas instituciones es analizar la historia clínica del paciente para tener conocimiento de si existen antecedentes familiares del trastorno, o usos de medicamentos o tratamientos previos. En consecuencia, se realiza un examen físico conjunto con la evaluación psicológica para determinar la gravedad de los síntomas.

Para el diagnóstico se suele utilizar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); a partir de la detección, se crea un plan de Tratamiento Individualizado, con uso de medicamentos y terapias psicosociales, donde intervienen la familia y el médico. Se realiza el seguimiento al tratamiento, con visitas al médico, y para la reinserción social se ofrecen programas de rehabilitación (Vilchez et al., 2019).

CAPÍTULO IV: MARCO JURÍDICO

4.1. Marco jurídico internacional

4.1.1 Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos.

4.1.1.1 La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948

El artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos indica que todas las personas merecen una calidad de vida adecuada, la cual está compuesta por el bienestar personal y de su familia, la accesibilidad a alimentos, el tener un hogar en condiciones humanas, una oportuna atención a la salud, vestimenta, entre otros. (Declaración Universal de Derechos Humanos [DUDH], 1948, Art. 25)

En la realidad peruana, este artículo directriz de legislaciones se convierte en una mera aspiración que en una obligación; el artículo resulta algo genérico y no muy específico. No se está respetando la igualdad ante la ley y mucho menos obedeciendo a los estándares internacionales, como es el derecho humano de la salud, sabiendo que estamos en nuevos tiempos y diferentes culturas. Se recomienda adaptar a las nuevas realidades, donde se implemente más fiscalización y sanciones. Esto se compara con la falta de personal psiquiátrico en el país y la escasez de servicios de salud mencionada en el capítulo VI para personas con discapacidad. Las más afectadas son las mujeres, los niños y las personas rurales que padecen esquizofrenia.

Mediante resultados de la presente investigación, se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia. Esta norma supranacional no se cumple en el contexto peruano, porque las leyes y políticas nacionales actuales no regulan adecuadamente la salud mental, no existe una tasa mínima de inversión en salud, no tienen un apartado que obligue a la reflexión cultural de la sociedad, hay una ausencia de fiscalización severa en las etapas distintas de atención en la salud, mucho de estas omisiones se oponen a los DD.HH como es la baja expectativa de vida de las personas con esquizofrenia por falta de prevención de salud.

4.1.1.2 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece un derecho fundamental: el derecho a la salud. Este artículo reconoce que toda

persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Esto implica que los Estados integrantes en el Pacto tienen la obligación de adoptar medidas para garantizar este derecho. Esto incluye tanto la prevención de enfermedades como la atención médica oportuna cuando sea necesaria. (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC], 1996, Art. 12)

En concordancia con el Artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece una obligación fundamental para los Estados Partes. En pocas palabras, este artículo compromete a los Estados a tomar medidas concretas para hacer realidad los derechos económicos, sociales y culturales reconocidos en este tratado (PIDESC, 1996, Art. 2).

Zuñiga (2008) señala que el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales garantiza el derecho a la salud para todos, sin especificar por discapacidad. Esto implica que los Estados deben asegurar que las personas con discapacidad también reciban atención médica adecuada y accesible, incluyendo el cuidado de la salud mental, para alcanzar el mejor nivel de salud posible.

El reconocimiento de este derecho es progresivo, es decir, los estados deben tomar medidas para mejorar continuamente la salud de su población, en la medida de sus recursos disponibles. En el Perú, este pacto fue ratificado en 1978, abriendo las puertas al garantismo de la salud en el país. Ciertamente, el Perú a lo largo del tiempo se excusó de no brindar buenos servicios de salud a causa de la ausencia de recursos económicos, la cual no es justificación para al menos brindar las condiciones mínimas sanitarias y no quedarse en aquella sino buscar crecer en el área para un garantizar el derecho a la salud física y mental. Esto se contrasta con la barrera institucional de la asignación de presupuesto y atención de salud centralizada en la capital identificada en el capítulo VI.

Mediante resultados de la presente investigación, se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia, esta norma cumple medianamente en el contexto peruano. Se evidencia en datos, que las obligaciones mínimas que brindan la PIDESC no son ejecutadas en el País, no se respeta el acceso no discriminatorio a centros de salud, no existe medicamentos esenciales, no hay distribución equitativa de recursos y hay ausencia de políticas de

prevención en salud mental, se expone a los grupos vulnerables de las personas con discapacidad mental.

4.1.1.3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2006

El Artículo 17 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es un pilar fundamental en la protección de la integridad personal de todas las personas con igual comentario, debe hacer un análisis de la norma supranacional de discapacidad. Este artículo reconoce que cada individuo, independientemente de sus capacidades o limitaciones, tiene derecho a vivir libre de maltrato, abuso y explotación. Es un llamado universal a respetar la dignidad y la autonomía de todas las personas (CDPD, 2006, Art. 17).

En el caso específico de las personas con trastornos de esquizofrenia, este artículo cobra una relevancia particular. Este grupo poblacional, debido a los estigmas y prejuicios asociados a su condición, es especialmente vulnerable a la discriminación y al abuso. Por ello, el derecho a la integridad personal se convierte en un escudo protector que garantiza que estas personas puedan acceder a servicios de salud mental de calidad, recibir el tratamiento adecuado y vivir en una comunidad que respete sus derechos. Este artículo no solo protege su integridad física, sino también su salud mental, reconociendo que ambas son aspectos fundamentales de la dignidad humana.

El Artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) establece el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud. Este artículo reconoce que las personas con discapacidad, incluyendo aquellas con trastornos de esquizofrenia, tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad sin discriminación. Esto implica que las personas con esquizofrenia deben tener la misma oportunidad que cualquier otra persona de prevenir enfermedades, recibir tratamiento y rehabilitación, y acceder a tecnologías de apoyo que les permitan mejorar su calidad de vida (CDPD, 2006, Art. 25).

Constantino y Bregaglio (2022) señalan que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) representa un cambio fundamental en la forma en que se entienden los derechos y la autonomía de las personas con discapacidad. En lugar de basarse en modelos antiguos que consideraban a estas personas como una carga o como sujetos de rehabilitación, la CDPD adopta el modelo social de la discapacidad. Este modelo

reconoce que la discapacidad resulta de la interacción entre una deficiencia personal y barreras sociales que impiden la participación plena en la sociedad.

Los artículos señalados y la convención son una normativa directriz que aún no ha sido muy acoplada en el contexto peruano. El diseño que exige la convención es en aras de la protección de los derechos humanos, diseño que trasciende el modelo tradicional médico, el cual es complicado de aplicar en el contexto peruano, al ser un estado con una gestión deficiente y supervisión escasa de la ejecución de políticas públicas. Esto se contrasta con la barrera institucional de mecanismos forzosos de contención hacia personas con esquizofrenia, abandono del estado y la propia familia, y el estigma social identificados en el capítulo VI.

Mediante resultados de la presente investigación se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia, esta norma no se cumple en el contexto peruano, debido a que esta ordena la salvaguardia de la integridad de la persona, sin embargo en resultados, se evidencia que se transgrede ello al haber procedimientos de contención hacia personas con esquizofrenia mediante uso de sujeción mecánica, existe el abandono familiar y social del estado, el derecho a la salud se ve transgredido al haber escasez crítica de personal médico, medicamentos, instituciones médicas, discriminación en la atención resaltando el estigma hacia personas con discapacidad mental, la gestión se resiste el modelo medico donde no se integra la participación de personas con discapacidad y la de genero mujeres, niños o personas rurales con esquizofrenia.

4.1.1.4 Observación General N° 14 - Comité DESC sobre el Derecho a la Salud

La Observación General n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, adoptada en 2000, interpreta el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Se define el alcance y contenido del derecho a la salud, estableciendo que abarca no solo la atención médica oportuna y apropiada, sino también los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a agua potable, saneamiento adecuado, alimentos seguros, nutrición, vivienda, condiciones laborales y ambientales saludables y acceso a educación e información relacionada con la salud. También resalta los principios de no discriminación, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en los servicios de salud, y subraya las responsabilidades de los Estados para respetar, proteger y cumplir

este derecho fundamental (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CESCR], 2000).

Así mismo, las Naciones Unidas señalan cuatro características del derecho a la salud en su artículo 12, estas son: a) **disponibilidad**, es decir, cada país debe velar porque las condiciones de salud sean garantizadas mediante mecanismos, recursos, servicios, instituciones, como es el consumo de agua potable, vivienda, alimentación, centros de salud, y demás recursos necesarios para garantizar la salud del ciudadano. A partir de las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, se identificó como principal barrera institucional que dificulta el acceso a servicios de salud de los referidos la ausencia de disponibilidad en servicios de salud mental, programas, medicamentos, personal; configura una barrera institucional que dificulta el acceso a servicios de salud de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú. Se determina que la legislación actual no protege y garantiza los derechos de las personas con discapacidad, en especial las mujeres, niños o personas rurales con esquizofrenia.

b) **Accesibilidad**, que significa que ningún sujeto puede ser discriminado o excluido por alguna condición física, mental, social u otros, para acceder a un servicio de salud. A partir de las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, se identificó como principal barrera institucional que dificulta el acceso a servicios de salud de los referidos, fue el estigma social, discriminación, distancias significantes en la sierra, costos altísimos de medicamentos, falta de información de centros de salud mental. Se determina que la legislación actual no protege y garantiza los derechos de las personas con discapacidad, las mujeres, niños o personas rurales con esquizofrenia.

c) **Aceptabilidad**, que señala que los bienes y servicios destinados a salud deben respetar la ética médica y la confidencialidad del usuario, significando ser adecuados para los usuarios, respetando sus culturas y características. A partir de las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, se identificó como principal barrera institucional que dificulta el acceso a servicios de salud de los referidos el trato con estigma, no sabiendo el personal cómo actuar ante emergencias psiquiátricas en el marco de la comprensión del trastorno. Se determina que la legislación actual no protege y garantiza los derechos de las personas con discapacidad, las mujeres, niños o las personas rurales con esquizofrenia.

d) **Calidad**, que significa que las instituciones, servicios y demás deben ser distribuidos en un estado aceptable para el usuario; esto involucra personal, medicamentos, infraestructura, agua saludable. A partir de las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, se identificó como principal barrera institucional que dificulta el acceso a servicios de salud de los referidos, que no existe personal capacitado, los tratamientos suelen ser deshumanizados, hay ausencia de medicamentos, falta de abastecimiento de camas en centros de internación y alta demanda para pocos servicios de salud. Se determina que la legislación actual no protege y garantiza los derechos de las personas con discapacidad, las mujeres, los niños o personas rurales con esquizofrenia.

Salmón (2020) indica que el acceso equitativo a la salud, sin discriminación alguna, es un derecho fundamental arraigado en la dignidad intrínseca del ser humano. Este derecho no solo es valioso por sí mismo, sino que también facilita el ejercicio de otros derechos esenciales. La Organización Mundial de la Salud presenta una visión integral de la salud, describiéndola como un estado que va más allá de la mera ausencia de enfermedades, abarcando el bienestar completo en las esferas física, mental y social del individuo.

Esto contrasta con la barrera institucional identificada en el capítulo VI: la falta de disponibilidad en los centros de salud, que no abastecen a toda la población. La accesibilidad está limitada por condiciones geográficas y económicas. La aceptabilidad de las personas con trastornos mentales es muy baja debido al prejuicio social, y la calidad de los servicios es deficiente porque hay una gestión desorganizada detrás.

Mediante resultados de la presente investigación se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia, esta norma se cumple parcialmente, porque se transgrede la observación en sus cuatro categorías, en la disponibilidad de salud, Perú tiene ausencia de instituciones médicas, personal, recursos, etc.; en la accesibilidad, hay estigma social, precios, costo médico, obtención de citas; en la aceptabilidad, donde el personal médico no sabe cómo tratar a una persona con discapacidad mental, trato con estigmas. Los Centros de Salud comunitarios son servicios valiosos, pero no especializados, con pocos recursos. Todo lo descrito ocasiona poner en una situación de vulnerabilidad los derechos de las personas con esquizofrenia.

4.1.2 Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos.

4.1.2.1 Protocolo de San Salvador (1988):

El Artículo 10 del Protocolo de San Salvador (1988) establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Esto significa que la salud no se limita a la ausencia de enfermedades, sino que abarca un estado completo de bienestar que incluye aspectos físicos, mentales y sociales. Este artículo reconoce que los Estados deben tomar medidas para garantizar que todas las personas bajo su jurisdicción puedan disfrutar de este derecho fundamental, lo que implica no solo el acceso a servicios de salud, sino también la promoción de condiciones de vida saludables y el bienestar general (Protocolo de San Salvador [PSS], 1988, Art. 10).

Saco (2010) señala que el Protocolo de San Salvador reconoce el derecho de toda persona a la salud, definiéndose como el máximo bienestar físico, mental y social. Este documento complementa la Convención Americana sobre Derechos Humanos, estableciendo la salud como un bien público y obligando a los Estados a tomar medidas para garantizarla, incluyendo la atención primaria y la prevención de enfermedades. Juntos, estos instrumentos forman un marco legal que protege y promueve el derecho a la salud en América.

Aquel protocolo es un complemento más a las disposiciones universales que existen, y el Perú parece observar medianamente; esto se contrasta con la barrera institucional de la ausencia de centros de salud mental identificada en el capítulo VI. Aunque se rescata que en 2015 se crearon los centros de salud comunitarios, una iniciativa que sirvió para la atención primaria de la salud mental, el Perú trata de prevenir más casos de afectaciones mentales mediante la prevención con los centros comunitarios de salud, lo que significa en parte el cumplimiento del protocolo descrito líneas atrás.

Mediante resultados de la presente investigación, se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia. Esta norma se cumple parcialmente en el Perú; ciertamente, el artículo 10 del protocolo indica que la persona tiene derecho al más alto nivel de bienestar mental y social; sin embargo, se incumple cuando en los resultados se evidencian citas prolongadas, falta de personal médico, recursos, infraestructura, presupuesto, inversión, medicamentos, servicios, etc. Se tiene en cuenta también la creación de los centros comunitarios de salud

mental que aún no son muy implementados en la actualidad; a pesar de los esfuerzos, todo queda en una mera aspiración.

4.1.2.2 Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978)

El Artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) establece el compromiso de los Estados Partes de garantizar progresivamente los derechos económicos, sociales y culturales de sus ciudadanos. Esto significa que los gobiernos deben tomar medidas concretas, tanto a nivel nacional como internacional, para mejorar las condiciones de vida de sus habitantes en áreas como la educación, la salud, el trabajo y la cultura. Sin embargo, este progreso se reconoce como un proceso gradual, que depende de los recursos disponibles y de las circunstancias particulares de cada país (Convención Americana sobre Derechos Humanos [CADH], 1969, Art. 26)

En el contexto de la salud mental y la esquizofrenia, este artículo implica la obligación de los Estados de mejorar continuamente los servicios de salud mental, desarrollar políticas y programas más efectivos para la atención de la esquizofrenia, y asignar recursos crecientes para la investigación y el tratamiento de trastornos mentales. Este compromiso de progresividad es esencial para garantizar que la atención a la salud mental, incluida la esquizofrenia, mejore constantemente con el tiempo.

Mediante resultados de la presente investigación se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia, se demuestra que se incumple el apartado de progresividad que señala el art 26 de la CADH en el Perú, al tenerse en cuenta que los entrevistados manifestaron que las crisis descritas ha sido de siempre y no se han mejorado en la actualidad, se hizo un esfuerzo con la creación de los centros de salud comunitarios, pero no es suficiente; se señala como implementación desorganizada.

4.1.2.3 Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)

La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad establece una definición amplia e inclusiva de discapacidad. Esta definición abarca explícitamente a las personas con discapacidades mentales, reconociendo que estas pueden limitar su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas esenciales. Además, la Convención reconoce que estas limitaciones

pueden ser agravadas por factores socioeconómicos (Organización de los Estados Americanos [OEA], 1999, Art. I).

Los Estados firmantes de la Convención, así como todo Perú, están obligados a implementar medidas concretas para combatir la discriminación contra las personas con discapacidad. Estas medidas deben abarcar diversos ámbitos, incluyendo el legislativo, social, educativo y laboral, con el objetivo de facilitar la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad. Esto implica, entre otras cosas, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud para individuos con trastornos mentales como la esquizofrenia (OEA, 1999, Art. III, 1.^a).

La Convención enfatiza la importancia de un enfoque integral en el manejo de la discapacidad. Esto incluye la detección temprana, la intervención oportuna, el tratamiento adecuado, la rehabilitación, la educación y la formación ocupacional. Además, se subraya la necesidad de proporcionar servicios globales que promuevan la máxima independencia y calidad de vida posible para las personas con discapacidad. Todos estos elementos son cruciales en el manejo efectivo de trastornos mentales crónicos como la esquizofrenia (OEA, 1999, Art. IV, 2.b).

Si bien la Convención pone un énfasis significativo en la prevención de la discapacidad, también reconoce implícitamente la importancia de proporcionar atención y tratamiento adecuados para aquellas condiciones que no pueden prevenirse. Esto es particularmente relevante en el contexto de trastornos mentales como la esquizofrenia, donde la prevención puede no ser siempre posible, pero el tratamiento y la atención continua son fundamentales para el bienestar del individuo (OEA, 1999, Art. III, 2.^a).

Esto se contrasta con la barrera institucional identificada en el capítulo VI, de que el Perú ha omitido cumplir algunos de los artículos descritos anteriormente, como es el tratamiento adecuado. No existe un sistema de supervisión de tratamientos a pacientes en los programas de rehabilitación ni en la integración a la sociedad; estas implicancias generan que el derecho a la salud mental de muchas personas se vea vulnerado.

Mediante resultados de la presente investigación, se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia. Esta norma no se cumple en el estado peruano debido a que esta directriz tiene por objeto evitar la discriminación de las personas con discapacidad, las mujeres,

niños o personas rurales con esquizofrenia, y en resultados se demuestra que el estado no ha tratado de evitar ello, sino que impone más barreras de accesibilidad y acceso de derechos para personas con discapacidad; no garantiza la salud en la prevención, en el diagnóstico, en el tratamiento y la promoción de la salud mental.

4.1.2.4 Jurisprudencia de la Corte Consultiva y contencioso.

Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (2006)

Este caso de la Corte Interamericana de Derechos Humanos abarca la situación de Ximenes Lopes, un paciente con trastorno de esquizofrenia que se enfrenta al estado de Brasil y que a partir de su caso con relevancia internacional se establecen precedentes sobre el derecho a la salud mental y el tratamiento adecuado vinculado al derecho a la dignidad humana y demás derechos de las personas con discapacidad mental.

La Corte determinó que Brasil había transgredido los derechos fundamentales de Ximenes Lopes por lo siguiente: inicialmente, Ximenes había sido internado en una casa de reposo Guarapes en 1999; este era parte del Sistema Único de Salud (SUS), y era el único lugar de internación psiquiátrica en el municipio. Tan solo pasaron pocos días y fue hallado en el lugar con maltratos físicos, una crisis grave mental y condiciones deplorables en el ambiente y en el aseo del paciente; a partir del hallazgo, tan solo pasaron unas horas y falleció Ximenes. Es a raíz de este suceso que se inicia el proceso judicial por parte de los familiares del paciente (Dolores, 2016). La corte concluye que Brasil no cumplió con sus deberes de respeto, prevención y protección de la salud mental; se instó a que la nación brasileña y demás estados obligatoriamente debían mejorar sus servicios de salud mental en el margen de que siempre respeten la dignidad humana. (CIDH, sentencia de 2006).

La realidad problemática de ese momento en Brasil se identifica con la realidad de Perú y comparten algunas similitudes, como es el caso de que aún siguen existiendo centros o instituciones psiquiátricos que no cumplen con los estándares de calidad para mantener un buen ambiente infraestructural, de personal, de servicios de salud mental, factores que, a las finales, repercuten en la salud y derechos de los pacientes con trastorno de esquizofrenia.

Caso Furlan y Familiares vs. Argentina:

El caso versa sobre Sebastián Furlan, un menor de edad que sufrió un accidente a raíz de estar jugando en una propiedad abandonada que pertenecía al ejército militar de Argentina. El ambiente no estaba cercado, ni tenía avisos de precaución; el terreno constaba de una infraestructura peligrosa propia de un campo militar. No solo era Sebastián Furlan quien recorría ese lugar; usualmente, toda la vecindad. Sebastián Furlan intentó colgarse de un parante transversal, lo que ocasionó que cayera sobre él un montículo pesado, lo que generó traumatismo encéfalo craneano con pérdida de conocimiento y posteriormente convertirse en una persona con discapacidad mental - retraso intelectual moderado. (CIDH, sentencia de 2012).

El sistema de justicia de Argentina demoró años en declarar un fallo a favor de Sebastián Furlan y el monto de reparación indemnizatorio no respondía a sus nuevas condiciones como una persona con discapacidad; por ello, la Corte Interamericana declara que Argentina transgredió el derecho a la integridad personal y el derecho de acceso a la justicia. Se deben aplicar "garantías de no repetición" y "control de convencionalidad" para garantizar que los agentes del Estado manejen los casos de personas en situación de vulnerabilidad con prontitud y respeto a sus derechos (CIDH, sentencia de 2012).

Este caso nos demuestra que las personas con discapacidad estamos en una situación de vulnerabilidad, en la que el mismo sistema judicial no sabe cómo salvaguardar nuestros derechos, además de que no es preventivo ni oportuno con el tiempo. Este caso contribuyó al reforzamiento de los estándares internacionales respecto de los derechos de igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad.

Caso Rosario Congo vs. Ecuador

El señor Víctor Rosario Congo fue sentenciado por el Juzgado Penal de Ecuador por robo y asalto, derivado en una cárcel de reos común cuando en el momento el señor Congo presentaba inicios de trastornos mentales, este se agrava más a partir del trato que el personal de la cárcel le realizaba hasta llegar a daños físicos y mentales, así mismo se consta que el señor Congo nunca recibió algún tipo de atención médica psicológica, al agravarse su enfermedad el director de la institución penitenciaria decide aislar al señor Congo a una celda con condiciones deplorables, por lo que derechos humanos tuvo que intervenir, después de tantos procedimientos legales y administrativos se deriva al señor

Congo a un centro de rehabilitación social y después a un hospital para fallecer. Por lo que la CIDH recomienda a Ecuador brindar abastecimiento de personal médico psiquiátrico a los centros penitenciarios para la detección de síntomas de trastornos mentales de los reclusos y poder tratar oportunamente los referidos. (CASO 11.427, CIDH)

En este caso emblemático se puede evidenciar que el estado de Ecuador no está salvaguardado los derechos de los reclusos en centros penitenciarios de su competencia, el estado debía garantizar sin discriminación el derecho a la salud del señor Congo la cual es garantizar un ambiente adecuado para la vida digna, la que incluye también un acceso de atención a los servicios de salud médica y psicológica, el ser recluso en un centro penitenciario no significa que el referido va ser objeto de agresiones y un entorno de deshumanización, el trato hacia el señor Congo sobre las agresiones físicas y psicológicas que tuvo demuestra la incapacidad del estado de Ecuador para proteger el derecho a la salud mental de sus reclusos.

4.2. Marco Jurídico Nacional

4.2.1 Constitución Política del Perú,

La Constitución del Perú de 1993 establece un sólido marco para la protección y promoción de la salud como un derecho fundamental. El Artículo 7.º garantiza que todos los peruanos tienen el derecho a cuidar de su salud y la de su familia, obligando al Estado a asegurar el acceso a servicios de salud de calidad y a tomar medidas para prevenir enfermedades y promover el bienestar. Este artículo reconoce la salud como un derecho esencial y subraya la responsabilidad compartida entre el Estado y los ciudadanos para garantizar su cuidado (Constitución del Perú, 1993, Art. 7).

El inciso 1) del Artículo 2.º establece el derecho de cada persona a su integridad mental, obligando al Estado peruano a proteger a las personas de daños, amenazas o limitaciones en su vida y bienestar personal (Constitución del Perú, 1993, Art. 2). Este principio fundamenta muchos otros derechos y libertades garantizados por la Constitución.

El Artículo 13.º establece que la protección del derecho a la salud es un principio rector de la política pública, social y económica del Estado, y que el Poder Ejecutivo es responsable de diseñar, normar y supervisar su aplicación de manera plural y descentralizada (Constitución del Perú, 1993, Art. 13).

Además, el Artículo 11.º de la Constitución dice que la salud es un derecho básico que necesita acciones para garantizarlo, las cuales pueden ser ofrecidas por entidades públicas, privadas o combinadas. Esto significa que la salud es un servicio público que necesita apoyo de reglas sobre presupuestos, procedimientos y organización para funcionar bien y asegurar que se cubran todas las necesidades de salud de las personas de manera efectiva y eficaz (Constitución del Perú, 1993, Art. 11).

Quijano (2016) indica que, en Perú, el derecho a la salud se ha consolidado como un derecho fundamental, exigible y protegido por la Constitución; su evolución se reflejó en la inclusión en el Código Procesal Constitucional, permitiendo su defensa a través del proceso constitucional de amparo. Además, el país ha implementado mecanismos administrativos para supervisar y sancionar el sector salud, asegurando tanto el cumplimiento de políticas de salud pública como la protección efectiva de los derechos de los ciudadanos. Esto contrasta con la dificultad institucional para obtener citas para la atención mental, la falta de recursos, programas, profesionales y un presupuesto inadecuado que se menciona en el capítulo VI.

Mediante resultados de la presente investigación, se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con discapacidad, las mujeres, los niños o personas rurales con esquizofrenia. Esta norma cumple parcialmente con sus apartados; en los arts. 7 y 11 se salvaguarda el derecho a la salud sus variantes, estas en la realidad, como manifiestan los entrevistados no se garantizan, los apartados normativos son meramente textuales y no se aplican prácticamente.

4.2.2. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.

La ley N° 30947 de Salud Mental establece una serie de derechos fundamentales para las personas con problemas de salud mental, incluyendo a aquellas con discapacidad mental. El Artículo 7 de la ley reconoce varios derechos clave, como el acceso a la atención en salud mental, el respeto por la dignidad de los individuos, la confidencialidad de su información y su participación activa en las decisiones relacionadas con su tratamiento. En específico, el inciso e) garantiza el derecho a recibir un trato digno y respetuoso, libre de violencia y discriminación. El inciso f) asegura que las personas sean informadas de manera comprensible sobre su situación de salud y los tratamientos propuestos, y que otorguen su consentimiento informado (Ley N° 30947, 2019).

El Artículo 12 de la misma ley estipula que la atención en salud mental debe ser integral y especializada, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad mental. Esto incluye la provisión de servicios de apoyo y rehabilitación que promuevan su autonomía y su inclusión en la comunidad (Ley N° 30947, 2019).

Por otro lado, el Artículo 17 se enfoca en la protección contra el internamiento involuntario, estableciendo salvaguardias y procedimientos para garantizar que el internamiento de personas con problemas de salud mental, incluidos aquellos con discapacidad mental, respete su derecho al debido proceso. Además, se asegura que haya una revisión periódica de su situación para proteger sus derechos y dignidad (Ley N° 30947, 2019).

Su implementación es parcialmente efectiva, a pesar de presentar un progreso normativo que busca alcanzar las directrices internacionales de derechos humanos aun le persisten algunos desafíos, como el que señala Minsa (2024) que al término del 2024 se creó 294 centros de salud mental comunitarios de 400 propuestos como meta, además la Defensoría del pueblo (2025) indica que casi la mitad de hogares protegidos, hospitales, entre otros proyectados estuvieron en funcionamiento, la fiscalización advirtió deficientes estructuras de las instituciones la mayoría de ellos no contaba con licencia correspondiente, todos estos desafíos vulneran el derecho a la salud mental y el respeto a su dignidad de las personas con discapacidad. Esto se contrasta con la barrera institucional de que los actuales centros comunitarios son una buena iniciativa, pero que no están muy implementados y no son especializados, sino genéricos, identificada en el capítulo VI.

Mediante resultados de la presente investigación se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza de los derechos de las personas con discapacidad, las mujeres, niños o personas rurales con con trastorno de esquizofrenia, esta norma cumple parcialmente con el contexto peruano, se revela una transgresión a la tutela de derechos de las personas con discapacidad a sus derecho a la salud en específico a la mental, al trato digno y respetuoso, a razón de que señalan los entrevistados muchos de las personas con discapacidad son víctimas de tratos estigmatizantes por parte de su propia familia y del personal médico en la atención primaria, implicando una transgresión directo el derecho a la dignidad constitucionalmente garantizada, lo que establece el art 17 sobre internamiento involuntario se ve transgredido al aplicar la extra legalidad de internamiento de 72 horas vs 12 horas establecidas.

4.2.3. Reglamento de la Ley de Salud Mental- 007-2020-SA

Este reglamento tiene por objeto especificar la normativa de la ley de salud mental vigente, mediante la cual garantiza el derecho a la salud mental, lo que significa la accesibilidad a centros de salud mental, la intervención de la sociedad, el cuidado continuo, la reinserción de la persona en sociedad; es decir, vela por el cumplimiento efectivo de la prevención, del diagnóstico, del tratamiento y la reinserción de la persona que necesita cuidado de salud mental (Reglamento 007-2020, 2020).

Se pueden evidenciar algunas ausencias normativas en el reglamento, como es en su artículo 17, el cual señala las intervenciones en salud mental; sin embargo, se denota que falta regular la intervención de la telemedicina, que es una realidad no alejada de la sociedad y que la implementación traería beneficios para utilizar citas y tratamientos, teniendo en cuenta criterios que no perjudiquen la atención presencial cuando sea necesaria.

Otro vacío que se evidencia es en su artículo 15, respecto al diagnóstico de los problemas de salud mental; sería ideal incorporar plazos para el diagnóstico, evitando que se prolonguen y eviten perjuicios en los pacientes que, por la naturaleza de la enfermedad, deben ser atendidos prontamente. Claro está que los plazos dependerán de criterios de necesidad de atención y categorías. Incorporan todo su capítulo V, que se refiere a la atención y cuidado de salud mental; no se incorporan plataformas digitales, uso de herramientas tecnológicas, entre otros similares; su abastecimiento ayudaría bastante para la supervisión que tanta falta hace en este ámbito. En su artículo 26, respecto a situaciones de emergencia, no se aborda un detallado protocolo ante crisis suicidas, que debería abordar una evaluación de riesgo, su intervención y el seguimiento.

Lo descrito se contrasta con la barrera institucional de que los servicios de salud mental y especialistas de la rama son escasos o, si los hay, son saturados por la alta demanda de población con trastornos mentales. La telemedicina podría ser una buena opción para contrarrestar la demora de atención, identificada en el capítulo VI.

Mediante resultados de la presente investigación, se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia. Esta norma es parcialmente efectiva, porque presenta algunos desafíos, como son los que encuentran los psiquiatras para atender prontamente a la persona con

esquizofrenia, en los que los plazos tomaron un papel crucial para su salud. Los mecanismos de supervisión son pocos; los centros de salud comunitarios no son especializados para atender crisis suicidas.

4.2.4. Norma Técnica de Salud Mental del MINSA, Centros de Salud Mental comunitarios.

Esta norma técnica regula el funcionamiento y administración de los centros de salud mental comunitarios en el Perú; en ella se incluye la definición de las referidas como centros que brindan servicios de salud mental comunitarios, funcionando como órganos de apoyo de hospitales y de la comunidad. Su finalidad es acercar a la comunidad un centro de salud mental que brinde servicios rápidos y no costables bajo las manos de un equipo multidisciplinario, con el fin de ayudar a la salud mental y bajar tasas de personas con trastornos mentales (Norma técnica de salud mental del Minsa, 2017).

Sin embargo, se evidencian algunos apartados que mejorar, como la falta de supervisión y sanciones; asimismo, no existen indicadores para evaluar. Esto se contrasta con la barrera institucional identificada en el capítulo VI, que identifica el abogado Renato Constatino, que casi no existen mecanismos de supervisión y disminuye cada año; también el Dr. psiquiatra Dancuart explica que los centros de salud mental comunitarios, por ley, no están facultados para manejar emergencias; solo es ambulatorio para hacer consultas.

Mediante resultados de la presente investigación, incorporó y determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia. Esta norma no protege los derechos de las personas con discapacidad mental; no hay recursos suficientes, supervisión inexistente, coordinación interinstitucional deficiente y acceso a servicios de salud saturados.

4.2.5. Ley N.º 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad

La ley señalada, de 1999, antes de su reforma, se caracterizaba por ser la creadora de la institución CONADIS y, mediante ello, realizar un registro de los datos de las personas con discapacidad, las mujeres, niños o personas rurales con esquizofrenia, en el país y traerles beneficios. La ley tenía por objeto el reconocimiento y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, en vía de promocionar su tutela y la de su familia, en la cual se les permitiera tener acceso a distintos servicios. Sus aspectos negativos fueron que aún se concebía a la persona con discapacidad como en el modelo médico; como era nuevo

CONADIS, no estaban muy claras sus especificaciones. Aún existía falta de justiciabilidad para personas con discapacidad; en medio de la ley se encontraba la regulación del código civil que normaba cómo incas relativos a personas con discapacidad; existía restricción al derecho del voto, restricción de servicios privados, entre otros (Ley N.º 27050, 1999).

Los principales derechos reconocidos eran el derecho a la igualdad ante la ley, integración activa en el entorno social, económico y político, mejor accesibilidad a servicios esenciales de alimentación, salud, trabajo y rehabilitación, donde pudieran vivir en una sociedad que permita su normal desenvolvimiento sin barreras, esto significaba obligatoriamente modificaciones en muebles e inmuebles que se pudieran adaptar a las condiciones de las personas con discapacidad mediante la gestión de autoridades nacionales, regionales y locales, los desafíos se evidenciaron en el modo de dirigirse a las personas con discapacidad en el que se le nombraba con palabras vulgares, este periodo se caracterizó por ser más asistencia que por garantizador de derechos, es que había una ausencia de supervisión y sanciones de las gestiones involucradas en asistir a las personas con discapacidad (Ley N.º 27050, 1999).

4.2.3. Ley N.º 29973 - Ley de la Persona con Discapacidad

La Ley N.º 29973, también conocida como la Ley 2012, establece una serie de disposiciones para asegurar la igualdad de derechos y oportunidades para las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad mental. El Artículo 15 garantiza la accesibilidad en entornos, productos y servicios, asegurando que las personas con discapacidad puedan participar en la sociedad en igualdad de condiciones (Ley N.º 29973, 2012).

El Artículo 20 se enfoca en la salud y la rehabilitación, asegurando que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud y rehabilitación adecuados y especializados, promoviendo la igualdad en el alcance a estos servicios médicos y de rehabilitación (Ley N.º 29973, 2012).

Además, el Artículo 22 establece la provisión de programas y servicios de protección social para apoyar a las personas con discapacidad y a sus familias, asegurando una red de apoyo y asistencia integral para mejorar su calidad de vida y bienestar (Ley N.º 29973, 2012).

La Dra. Sheyla Blumen (2024) señala que, con los cambios en la Ley de Salud Mental, hay una serie de reformas legislativas en Perú que buscan mejorar la atención en salud mental mediante un enfoque que respete los derechos y la autonomía de las personas con trastornos mentales. Se enfoca en la desinstitucionalización y en el fortalecimiento de servicios comunitarios, así como en la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento. También subraya la importancia de capacitar a los profesionales y asignar recursos adecuados para garantizar una atención de calidad y efectiva. Esto se contrasta con la barrera institucional de que los médicos psiquiatras prescriben medicamentos y tratamientos de manera aislada, sin consentimiento informado del paciente en la mayoría de los casos, al ser algo muy mecánico de costumbre, identificado en el capítulo VI.

La implementación de esta ley es parcialmente efectiva, porque presenta algunos desafíos, como el que señala Bregaglio (2014) acerca de las sanciones que emiten las municipalidades frente a infracciones respecto a la accesibilidad de transportes, eventos, espectáculos públicos, entre otros dirigidos a personas con discapacidad, lo que resulta un vacío normativo si es que no existen estas ordenanzas o reglamentos en una municipalidad específica, interrumpiendo la tutela de sus defensorías de las personas con discapacidad. Otro desafío advertido según la Defensoría del Pueblo (2025) es la constante discriminación. Otro hacia las personas con discapacidad, que persiste a pesar de existir normativas; lo que parece fortalecer es programas de sensibilización para la sociedad y para las mismas instituciones que prestan servicios de salud.

Esta reforma de ley se caracterizó por integrarse al modelo social, dejando atrás al modelo médico; se concebía a las personas con discapacidad como sujetos plenos de igualdad de derechos, mediante el cual tenían igual reconocimiento ante la ley. Se creó el sistema nacional para la integración de la persona con discapacidad, se garantizó el acceso a servicios de salud, trabajo, educación, entre otros esenciales y necesarios. Se actualizó el registro nacional de personas con discapacidad, se implementaron varios mecanismos de la Defensoría del Pueblo para la justiciabilidad de las personas con discapacidad y otros. Sus aspectos negativos son que aún persiste la falta de integración de personas con discapacidad en tratamientos jurídicos, no existen mecanismos que sirvan de facilitadores de comunicación y de promoción de igualdad para el sector; asimismo, hay una falta de armonización legislativa.

Mediante resultados de la presente investigación, se determinó en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia. Esta norma cumple parcialmente en el contexto peruano, evidenciando en resultados que el derecho a la igualdad ante la ley y el derecho fundamental de la salud se ven transgredidos por el estigma social, tratamientos deshumanizados, exclusión laboral, falta de supervisión, entre otros descritos anteriormente.

El reglamento de la ley general de la Persona con discapacidad aprobado por el Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP, es una directriz muy importante también para tener en cuenta, su aseguramientos de salud, rehabilitación con reinserción en la sociedad, soy dos lineamientos que no se aplican en la realidad social, son muy pocas las personas que se favorecen de esos apartados por la desigualdad social, se evidencia que no hay enfoque de programas para personas con esquizofrenia, y también de protocolos especializados de contención.

4.2.4 La persona con trastorno de esquizofrenia en el Código Civil

Anteriormente nuestro código Civil Peruano, trataba a las personas con discapacidad mental como la esquizofrenia con limitaciones en el ejercicio de su capacidad jurídica, como los denominados “Incapaces absolutos o relativos”, lo que actualmente no es viable ello antes las luces de los DD.HH.

En el vigente Código civil, en sus **Artículo 43** sobre Incapacidad Absoluta, y el **Artículo 44** sobre Capacidad de ejercicio restringida, ahora ya no integra como incapaz a la persona con esquizofrenia, a diferencia de antes, la integración de un curador se reemplaza por apoyos y ajustes razonables, esto confirma que las personas con esquizofrenia no tienen ningún impedimento para ejercer su capacidad jurídica, lo que significa que tienen derecho a decidir por su salud, manifestar su voluntad de aceptar o no un internamente privativo en un centro de salud, y otros conforme el CDPD.

La institución Lp (2025) citando a Varsi y Torres (2019) hacen un paréntesis y diferenciaba con los códigos anteriores estos concebían la capacidad jurídica en dos sesiones: capacidad de goce y capacidad de ejercicio, en esta situación las personas con esquizofrenia eran las impedidas de capacidad de ejercicio (decidir por si mismos), ahora con los lineamientos internacionales como el CDPD toda persona tiene derecho a su capacidad jurídica en igualdad de condiciones (no solo goce sino también de ejercicio).

4.2.5. Jurisprudencia del Tribunal Constitucional

CASO DE LA PACIENTE G.R.S. (EXPEDIENTE 3081-2007-PA/TC)

Caso de la paciente G.R.S. del expediente 3081-2007-PA/TC: Es una persona con discapacidad mental, específicamente **esquizofrenia**. Su madre R.J.S.A., interpone recurso de amparo contra Essalud por haber dictado alta a favor de su hija que notablemente aún necesitaba de los servicios médicos asistenciales de la red prestacional de salud, lo que el demandado fundamenta: que la madre no quiere atender a su hija y se quiere desprender de sus obligaciones como familiar y curadora; ciertamente, las condiciones de la madre de la paciente son precarias, económicamente no tiene una base estable, no cuenta con luz ni agua, servicios básicos imprescindibles para dar una vida digna a su hija con esquizofrenia paranoide; además, la madre es una persona de tercera edad con discriminación de la cadera, lo que significa que cuenta con toda la energía para poder atender a su hija, que requiere de tratos especiales por su discapacidad mental (Tribunal Constitucional, 2007).

Se pone en discusión si el sistema judicial debería obedecer a las directrices internacionales de hacer que la paciente se resocialice en sociedad con su familia, integrándose a ella, lo que implicaría el abandono del centro de internamiento, o que prime el derecho a la dignidad humana, el derecho a la salud y la vida, por lo que el tribunal constitucional falla fundada la demanda de amparo en líneas de que las directrices internacionales se aplican de manera particular, según el menoscabo que se haga a algún derecho (Tribunal Constitucional, 2007).

Este caso demuestra que la libertad personal de la persona con discapacidad está condicionada también a las condiciones de ambiente que tienen los cuidadores, que usualmente son ellos quienes cuidan de estas personas con discapacidad después de un resultado de alta. Suena relevante la capacidad que tiene la persona con discapacidad mental de ejercer su voluntad y decisión frente a estos casos, pues se manifiesta que hay una ponderación de derechos que obedecen al bien común.

CASO MEDINA VILLAFUERTE (EXP. N.º 2480-2008-AA)

También resulta oportuno abordar la sentencia del Exp. N.º 2480-2008-AA, del caso Medina Villafuerte, la señora Medina es una persona de edad en una situación precaria económica que interpone demanda de amparo contra Essalud en favor de su hijo Ramon Medina Villafuerte que tiene trastorno de **esquizofrenia paranoide**, con la pretensión que

dejen sin efecto el alta médico por Essalud ya que dice que vulnera el derecho a su salud de su hijo, justificado que su hijo es muy violento consigo mismo y los demás por el cual necesita ser internado indefinidamente, sin embargo Essalud refiere que se ha logrado resultados positivos con el paciente y que por la naturaleza del trastorno es sabido que siempre estará en esa situación de dificultades de socialización normal y tendrá que convivir con ello, entonces para su mejora es necesario la interrelación social con su familia, y se asegura al paciente a acceder a sus servicio de salud, por lo cual no justifica el internamiento (Tribunal Constitucional, 2008).

El Tribunal Constitucional alega que el trastorno del paciente es muy crónico, por lo que requiere un internamiento prolongado; además, el informe del alta de Essalud no se adecua propiamente a las necesidades del paciente; se enfatiza el seguimiento farmacológico en un ambiente especializado, que el informe no tomó en cuenta la situación económica del familiar, así que por resguardar la salud del paciente se declara fundada el amparo interpuesto (Tribunal Constitucional, 2008).

Al respecto, de nuevo se manifiesta que se prioriza más el derecho a la salud que la libertad, y significa que la toma de decisiones del paciente con trastorno mental está condicionada a varios factores que conlleva a un internamiento que limita su derecho a la libertad, la decisión del tribunal de repente obedece a la época de la sentencia, que es el 2008 y en ese tiempo el código civil no regulaba, no permitía la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.

CASO GUILLÉN DOMINGUEZ (SENTENCIA N° 00194-2014)

El caso Guillén Dominguez de la sentencia N° 00194-2014, emitida por el tribunal constitucional en el 2019, nos relata el caso de una persona con **discapacidad intelectual** y como se ve enfrentado al derecho de la libertad personal, cuestionando qué alcances se debe considerar para que una persona ejerza su derecho a la libertad personal, se ve involucrado el espacio donde vive y su circulación de tránsito de la persona.

Guillén Dominguez bajos los cuidados de su madre como figura de curadora habitualmente vivía en su casa de la misma, se detalla que su ambiente constaba de rejas y materiales que indubitablemente daría entender que Guillén Dominguez no podía salir de su cuarto y ejercer su libre circulación o tránsito, anteriormente hubo un proceso de habeas corpus donde se declaró funda en parte donde se solicitaba a la madre que se ambientara

un cuarto con condiciones más humanas por ello el traslado al segundo piso el cual tenía ventanales y espacios grandes, sin embargo la primera Sala Penal de Apelaciones de la Corte Superior de Justicia de Arequipa revoca la sentencia fundamentando que Guillén Dominguez necesitaba un ambiente que pudiera contenerlo debido a sus condiciones, ya que en algunas veces se ponía agresivo y podía hacer daño a terceros o hacia sí mismo, por lo que las acciones de su madre eran lógicas. No obstante, el tribunal constitucional considera que si se vulnera el derecho a la libertad individual debido que se constata que Guillen Dominguez estaba el mayor tiempo del día encerrado y que las condiciones del ambiente no eran apropiadas para las condiciones de una persona con discapacidad (Constantino, 2021).

Este caso suena muy relevante para el estudio, en principio ya desde hace tiempo la persona con discapacidad ha sido marginada por sus condiciones y este se agrava cuando es una discapacidad mental o intelectual como en el caso descrito que es intelectual, estos últimos tienen dificultades para expresar su voluntad de manera clara pero esto no le quita ni los limita de sus posibilidades de ejercer sus derechos como es el del derecho a la libertad individual, el cual toma un papel muy relevante en estos tipos de discapacidad mental e intelectual, se demuestra que son susceptibles de ser transgredidos por la sociedad y por sus propias familias, se supone que la familia es la que debería tomar mejor el papel de salvaguardia y auxiliar su salud de estas personas, sin embargo estas son las que participan del estigma social hacia ellos, esto significa que las personas con discapacidad están más vulnerables que nunca, y que las instituciones como el poder judicial, el ministerio público no están realizando un buen trabajo de tutela jurisdiccional, la deficiente interpretación de los hechos, de los derechos perjudica y agrava más la situación de las personas con discapacidad.

CASO ODILA YOLANDA CAYATOPA (SENTENCIA 476/2020)

En 2020, el tribunal constitucional mediante su Sentencia 476/2020 resolvió a favor del caso de Odila Yolanda Cayatopa Vda. de Salgado, en representación de su hija J.E.S.C, la madre demandó con recurso de amparo a Essalud por emitir el alta médico de su hija con **esquizofrenia** y a la vez transgredir su derecho a la salud mental, previamente solicitaba el internamiento en un hospital de tercer nivel, a lo largo de su hospitalización de J.E.S.C, se vio acompañada de varios trámites engorrosos para el traslado, debido que

en primera instancia el hospital no respondió su pedido, tramitó la solicitud mediante el Hospital Almenara de Lima, el cual le observó (Tribunal Constitucional del Perú, 2020).

Se concluye que no se sustentó las observaciones que hizo el Hospital Almenara, hubo una desconcentración de información, algunos informes decían que el diagnóstico era paranoide mientras otros sustentaron, por lo que Essalud se justifica en que ambos son similares, sin embargo bajo estudios se determina que son totalmente diferentes, así mismo existen informes contradictorios como es la mejoría del paciente y otros que seguía necesitando tratamiento; por ello el tribunal considera que Essalud transgredió el derecho a la salud mental de la referida (Tribunal Constitucional del Perú, 2020).

El caso descrito refleja las usuales fallas del sistema de salud en el país, que evidencia la ausencia de coordinación interinstitucional, de gestiones claras y atención personalizada para personas con discapacidad; por ello resulta importante que cualquier decisión que se adopte se tome teniendo en consideración los derechos humanos de las personas con discapacidad.

CASO PEDRO GONZALO MARROQUÍN SOTO (EXP. N.º 03426-2008-PHC/TC)

En 2010, el tribunal Constitucional resolvió la interposición de recurso de agravio constitucional interpuesto por Pedro Gonzalo Marroquín Soto, contra el Inpe, en el que solicitaba previamente el internamiento del referido en un hospital especializado a razón de que se le había declarado inimputable en sentencia emitida por la Segunda Sala Penal de Lima Norte, sin embargo las gestiones de la Inpe ha sido ineficientes resultado la permanencia prolongada del referido en el penal, por ello el Tercer Juzgado Penal de Lima Norte declaró fundada la demanda, no obstante la Primera Sala Penal de Lima Norte revocó la sentencia y declaró infundada la demanda por considerar que la INPE cumplió con sus obligaciones hasta donde pudo (Tribunal Constitucional, 2010).

El Tribunal Constitucional enfatiza que la problemática peruana respecto a la salud mental es la deficiencia de centros de salud, en especial los especializados para personas con trastornos mentales, la escasa infraestructura y recursos. Situación como la referida era común, según informe de la Defensoría del Pueblo. Así mismo, no se puede poner como justificación los escasos recursos estatales para evitar la ejecución de un mandato judicial, que lo correspondiente es buscar alternativas; no existe una coordinación interinstitucional (Tribunal Constitucional, 2010).

De lo descrito se evidencia que se transgredieron varios derechos relacionados con el derecho a la salud mental, integridad, dignidad, etc. La denominación de este caso como “Estado de Cosas Inconstitucional” significa que existen barreras estructurales en las instituciones, que, a pesar de la existencia de normativas, derechos, tratados internacionales, siguen resultando insuficientes para garantizar los derechos de las personas con discapacidad. La situación de que 58 reos se encuentren en un centro penitenciario a razón de estar en espera de ser trasladados a hospitales psiquiátricos por falta de camas refleja la falta de coordinación en instituciones del Estado y la falta de inversión en este sector de salud que preocupa.

4.2.6 Doctrina

Constantino (2019) indica que lo más destacable a partir de la emisión de la Ley de Salud Mental n.º 30947 fue la integración de límites que se puso al internamiento involuntario como caso excepcional con requisitos para los pacientes con discapacidad mental, teniendo en cuenta que en el 2012 Perú ya contaba con la Ley General de Salud 28642, la cual también señalaba con excepcionalidad el internamiento involuntario, pero no establecía plazos de temporalidad, con 12 horas máximo de permanencia, reforma que refleja un cambio progresivo en sus derechos a la libertad y maximiza el derecho de autonomía de las personas con trastorno de esquizofrenia.

Ponce de León y Eurasquin (2024) señalan que desde el 2012, con la emisión de la ley General de Salud N.º 29889, la cual cambia el modelo hospitalario tradicional a uno comunitario, el presupuesto adecuado para el sector sigue siendo opción efectiva de la falta de compromiso político y la competencia con otros sectores para la asignación de presupuesto. Desde el 2015, con 1.5% de presupuesto asignado al sector de la salud mental, ha crecido hasta el 2023 con 2.6%, aunque aún sigue reflejada poca inversión en términos generales.

Chunga (2021) señala que tanto la normativa legal como internacional, respecto a los tratados y convenios que Perú ha ratificado para garantizar el derecho a la salud mental y los derechos de las personas con discapacidad, han significado un progreso. Un claro ejemplo es la eliminación de la incapacidad jurídica absoluta de las personas con discapacidad mental; sin embargo, aún persisten dificultades para tomar en consideración las voluntades de estas personas en decisiones judiciales. También otra barrera es la confusión de interpretación entre las connotaciones de internamiento y hospitalización.

Rivera (2023) señala que el Perú, durante el periodo del covid-19, fue el país más perjudicado en atención ambulatoria, lo que significó el incremento de casos de trastornos mentales y de los ya existentes agravándose más; la desigualdad social y económica fue razón para que se agravara en las poblaciones vulnerables. Se creó un grupo de centros de atención comunitaria de salud en un intento de retener el incremento de casos; él sugiere plantear estrategias de salud para un futuro y aumento demográfico de la población.

Saavedra (2023) enfatiza que la pobreza es un factor influyente en la salud mental, destacando más casos en la costa y la selva en comparación con la sierra. Plantea la pobreza como un factor influyente que no permite a la persona con trastorno mental tener una calidad de vida adecuada, siendo el sector más perjudicado el género femenino; por ello, sugiere que las políticas públicas deben integrar aspectos de promoción y prevención de la salud mental, más allá del tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias de atención del paciente y su género, porque ambos tienen necesidades fisiológicas distintas.

Cusihuman et al. (2023) explican cómo fue la atención en centros de salud comunitarios en Lima y Callao durante la época del COVID-19, a partir de la percepción de los pacientes y familiares. Los resultados revelaron que la pandemia exacerbó la situación de las personas con trastornos mentales. Debido al confinamiento y la distancia social, la atención se realizó mediante llamadas; lo que al principio parecía una opción efectiva resultó no tan eficiente en comparación con las atenciones presenciales, puesto que había dificultades digitales, como la de conectividad, y la alta demanda de pacientes por poco personal de salud.

4.3. Derecho comparado

4.3.1 Uruguay

Es un país que tiene un marco legal específico y políticas públicas dirigidas a la promoción y protección del derecho a la salud mental. Se concibe la salud mental como parte de factores sociales, biológicos, psicológicos, culturales, entre otros. La salud mental en este país se maneja por medio de departamentos y dispositivos que abordan aspectos psicoterapéuticos y psicosociales (OPS, 2022).

La Ley de Salud Mental N.º 19.529 de 2017 indica un marco para convertir el sistema de atención en salud mental en Uruguay; tiene por fines la promoción desde una

perspectiva comunitaria que supera el sistema de asilo y hospital céntrico; también tiene el fin de garantizar un acceso equitativo a la atención, teniendo en cuenta la geografía y los recursos disponibles. Para ello, se requiere la implementación de instituciones o programas, como el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial, la Casa de Medio Camino y la Unidad de Corta Estadía, que deben funcionar en red con otras instituciones, asegurando una atención integral, y en 2020 elaboró un plan nacional de salud mental futuro del 2020 al 2027, demostrando preocupación y empatía por las personas con discapacidad mental (OPS, 2022).

Uruguay está utilizando una buena estrategia de internamiento más humanista y progresista en salud mental; su ley y plan nacional resultan adecuados para una comunidad latinoamericana, teniendo en cuenta varios factores singulares de esta. El espacio comunitario suena humanístico y este carácter es esencial para el tratamiento de las personas con este tipo de discapacidad mental. Es una buena idea que pretende llegar a más personas y afianzar la confianza de los internamientos, dejando atrás las figuras de los manicomios que se conocen como lugares de contención física y maltratos. Uruguay y otros países de la región latinoamericana suelen enfrentarse a situaciones de desprotección de las personas con discapacidad mental. Comparten barreras geográficas y económicas como aspectos similares. La diferencia recae en que, mientras Perú evidencia una falta de coordinación interinstitucional, escasez de centros de salud y recursos para garantizar el derecho a la salud, Uruguay demuestra una buena gestión de prestación de servicios de salud mediante dinámicos centros diurnos. La práctica ejemplar de Uruguay puede ser replicada en Perú para evitar el estado de cosas inconstitucional, optando por una planificación a largo plazo de políticas públicas, atendiendo las condiciones sociales y culturales de Perú.

Tabla 1. *Tabla de comparación con Uruguay.*

Criterio	Uruguay	Perú
¿Qué hace mejor a cada país?	- El Plan Nacional (2020-2027), con miras hacia el futuro en aras de garantizar la salud mental en la prevención, y se enfatiza la coordinación interinstitucional . -Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial -Casa de Medio Camino y la Unidad de Corta Estadía.	- Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. -Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030. -292 Centros de Salud Mental Comunitarios.

¿Qué barreras similares o diferentes enfrentan?	<ul style="list-style-type: none"> -760 plazas con componente habitacional en 2024. -310 plazas ambulatorias en 2024. - Alto grado de alfabetización. - Pobreza baja. - El gasto público en salud es un 70 %. -Estigma de la sociedad. -Barrera geográfica. - 3.5 millones de población. - Presupuesto mínimo para salud mental. - Falta de personal psiquiátrico. - Centralización de atención del Estado en la capital. - Población con esquizofrenia: 12,3% 	<ul style="list-style-type: none"> -52 unidades de hospitalización en hospitales generales. -94 hogares protegidos. -6 servicios penitenciarios especializados. - Estigma de la sociedad. - Barrera geográfica. -34.35 millones de población. - Falta de Personal Psiquiátrico. -Centralización de atención esta -Falta de coordinación interinstitucional. -Atención en servicios de salud saturados. -Sistema burocrático en las referencias. -Normativas no adecuadas a las condiciones de personas con discapacidad mental. -Falta de reglamentación de supervisión y sanciones.
¿Qué podría aprender Perú de esas experiencias?	Mejorar la coordinación interinstitucional, fortalecer instituciones hogares de internación, aumentar plazas habitacionales y ambulatorias, mejorar el nivel de pobreza, mejorar el gasto público en salud.	

Nota. Elaboración propia

4.3.2 Brasil

Es uno de los países con mejores buenas prácticas respecto de los servicios que otorgan sus Centros de Atención Psicosocial (CAPS); estas instituciones tienen 3 niveles según la gravedad del estado mental del paciente, y también hay CAPS con servicios específicos, las (CAPSi), que son para menores de edad, y las (CAPSad) para personas con problemas de uso de drogas y alcohol (OPS, 2022).

Los CAPS de nivel III ofrecen apoyo de salud a personas con trastornos mentales graves (incluida la esquizofrenia); su propósito es realzar la autonomía de la persona. Los CAPS son sustitutos de hospitales psiquiátricos e integran la coordinación con otros servicios multidisciplinarios respecto de la salud primaria (OPS, 2022).

El diseño de las CAPS está elaborado para parecerse a un hogar, proporcionar un ambiente cómodo sin limitaciones; integra un plan de atención individual donde las personas realizan un "Proyecto Terapéutico Singular" (PTS) con un profesional a su lado, acoplándose a sus condiciones y fines con el propósito de que el paciente participe activamente en las etapas de su tratamiento. Este programa también brinda diversos talleres y actividades dinámicas para la reinserción del paciente en la sociedad. Los principios y valores del servicio son el respeto a la capacidad jurídica de la persona, las prácticas no coercitivas y la inclusión comunitaria (OPS, 2022).

No por nada Brasil es el que más sobresale en sus servicios de atención de salud mental en Latinoamérica; ha logrado resultados positivos con sus nuevas estrategias de salud mental, lo que significa que su modelo de atención es eficiente. La organización de CAPS resulta ordenada y selectiva; selectiva porque los tratamientos se adecuan a las condiciones de los pacientes; es una buena opción para sustituir los hospitales psiquiátricos y realza la autonomía de la persona, que, en estos casos, aquel aspecto resulta necesario e importante.

Perú y Brasil son países que tienen similar población y similar cantidad de personas con trastornos mentales, las cuales se ven en la necesidad de encontrar un diseño de hospital que supere el tradicional. La diferencia es que, mientras Perú mantiene reos a personas con esquizofrenia por falta de centros de salud, dicta de alta médica a personas con esquizofrenia grave por falta de recursos, las familias internan a sus familiares con esquizofrenia como única solución, etc. Brasil ha elaborado una red de 2500 CAPS que realizan atenciones especializadas a personas con esquizofrenia sin gestiones engorrosas ni prolongadas esperas. La buena práctica que se rescata del modelo hogareño de sus servicios de salud es que aleja la idea de una instalación carcelaria, brindando atenciones de calidad y resguardando el derecho a la salud mental del peruano.

Tabla 2. Tabla de comparación con Brasil.

Criterio	Brasil	Perú
¿Qué hace mejor a cada país?	<ul style="list-style-type: none"> -2500 CAPS - Plan de Acción para la Erradicación de la Pobreza 2022-2027 - Priorización de eliminación de otras enfermedades de interés público. - Enfoque de salud desde la óptica mercantil, cultural y ambiental. - Programa de alimentación adecuada para la prevención de riesgos de salud mental. - Trabaja con otros países para mejorar la salud pública. - "Programa Nacional de Avaliagao dos Servigos Hospitalares-PNASH" para supervisar hospitales psiquiátricos. - "Programa de Retorno a Casa" 	<ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. - Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030. -292 Centros de Salud Mental Comunitarios. -52 unidades de hospitalización en hospitales generales. -94 hogares protegidos. -6 servicios penitenciarios especializados.
¿Qué barreras similares o diferentes enfrentan?	<ul style="list-style-type: none"> -Estigma de la sociedad. -Barrera geográfica. - 211 millones de población. -Presupuesto mínimo para salud mental. -Falta de personal psiquiátrico. -El gasto Publico en salud es 3,8% del PIB -Centralización de atención mental en el sur. -Población con esquizofrenia 8%. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estigma de la sociedad. -Barrera geográfica. -34.35 millones de población. -Presupuesto mínimo para salud mental. -Falta de personal psiquiátrico. -Centralización de atención del Estado en la capital. -Falta de coordinación interinstitucional. -Atención en servicios de salud saturados. -Sistema burocrático en las referencias. -Normativas no adecuadas a las condiciones de personas con discapacidad mental. -Falta de reglamentación de supervisión y sanciones.
¿Qué podría aprender Perú de esas experiencias?		Mejorar la coordinación interinstitucional, fortalecer instituciones hogares de internación, implementar programas específicos de salud mental, elevar el nivel de pobreza, mejorar el gasto público en salud.

Nota. Elaboración propia

4.3.3 Suiza

Es uno de los países a nivel mundial que ha sido elegido como uno de los mejores prestadores de servicios de salud mental según la Organización Panamericana de la Salud. Gracias al desarrollo del programa Casa Soteria en Berna, se resalta que los resultados del programa son muy positivos respecto del tratamiento de psicosis (también la esquizofrenia), significando un avance en la salud mental. El programa constituye el tratamiento en ambientes similares a nuestro hogar, denominados Casa Soteria, donde la medicación es mínima; su propósito es que el paciente reciba su tratamiento en un ambiente acogedor, motivando su autonomía y reinserción con la comunidad, en aras de proporcionar un ambiente más humano y menos coercitivo, a diferencia de los hospitales psiquiátricos comunes (OPS, 2022).

Sus características más particulares son las siguientes: el servicio abarca una atención integral que prioriza la reducción del estrés y la intimidad, integra una residencia flexible; el personal no solo cuenta con profesionales de salud mental, sino también con artistas y educadores, con turnos prolongados. El acceso al servicio es directo y no necesita referencias médicas; el tratamiento se divide en psicoterapia, atención a domicilio y grupos de apoyo (OPS, 2022).

Los principios en los que se rigen son la autonomía del paciente, respetando su capacidad jurídica respecto de decisiones sobre su tratamiento. Las acciones no son coercitivas respecto a la medicación. Inclusión en la comunidad: los pacientes son inducidos para que puedan retomar su vida cotidiana mediante diversas experiencias de participación (OPS, 2022).

Suiza es reconocida como uno de los lugares que ofrece un buen servicio de salud, lo que significa que tiene una poca cantidad de habitantes con enfermedades mentales, a razón de que tiene políticas preventivas. Resultan una buena opción las casas Soteria, porque brindan ambientes hogareños para los pacientes, promoviendo la autonomía del paciente y el tratamiento con menos medicación, el cual resulta interesante e innovador; su atención es multidisciplinaria con residencia flexible y aleja la idea de prácticas coercitivas.

El Perú y Suiza, reconocen y se adscriben a los lineamientos de los derechos humanos, por su lado Perú a la actualidad ha incorporado una serie de normativas para garantizar el derecho a la salud mental como es la integración de la ley 29889 del 2012,

después la ley 30947 del 2019 que realza la atención comunitaria y la integración de los centros de salud mental comunitarios del 2015, mientras que Suiza convierte el servicio de salud mental en un entorno amigable caracterizándose en ofrecer ambientes similares a un hogar la diferencia se evidencia en que Suiza en sus tratamiento hace uso mínimo de fármacos, mientras que en Perú sin menospreciar su progreso con los centros comunitarios de salud en la realidad aún hay complicaciones por el uso y adquisición de medicinas, así mismas casas Soterias integran un equipo de profesionales que no son solo de especialidad de sino que también hay artistas y educadores, mientras que los centros de salud mental comunitarios peruanos se limitan a tener equipos multidisciplinarios que solo abarcan la especialidad de medicina.

Tabla 3. *Tabla de comparación con Suiza.*

Criterio	Suiza	Perú
¿Qué hace mejor a cada País?	<ul style="list-style-type: none"> - Programa casa Soteria en Berna - Seguro médico obligatorio -Prioriza servicios comunitarios y ambulatorios con equipos multidisciplinarios. -Bastantes centros de salud psiquiátricos. - Duración de internación psiquiátrica es de 35 días. - Gasto en salud PIB 11.4 % -Población 8.401.120. -Uso del tarifario TARMED. 	<ul style="list-style-type: none"> -Política Nacional Multisectorial de salud al 2030. -Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030. -292 Centros de Salud Mental Comunitarios. -52 unidades de hospitalización en hospitales generales. -94 hogares protegidos. -6 servicios penitenciarios especializados.
¿Qué barreras similares o diferentes enfrentan?	<ul style="list-style-type: none"> -Las provincias tienen autonomía de restringir laborar a médicos privados para evitar el sobre costo privado en salud. -9 millones de habitantes. -Deficiencia en monitoreo de indicadores de salud. - Casi no tiene políticas de salud, porque cada provincia es autónoma en su gestión. -Los cantones “las provincias” sólo pueden gestionar las atenciones hospitalarias más no otras como las de tratamientos sin hospitalización. -Falta de coordinación con el sector privado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estigma de la sociedad. -Barrera geográfica. -34.35 millones de población. -Presupuesto mínimo para salud mental. -Falta de Personal Psiquiátrico. -Centralización de atención del estado en la capital. -Falta de coordinación interinstitucional. -Atención en servicios de salud saturados. -Sistema burocrático en las referencias.

-Hay recursos, pero son mal asignados. -Normativas no adecuadas a condiciones de personas con discapacidad mental.
-Falta de reglamentación de supervisión y sanciones.

¿Qué podría aprender Perú de esas experiencias?

También coordinar con el sector privado para costear y hacer más accesibles atenciones de salud. Incluir un tarifario de costos como la TARMED, una rehabilitación más humana como el uso de CASA SOTERIA.

Nota. Elaboración propia

CAPÍTULO V: MARCO METODOLÓGICO

5.1 Escenario de estudio

Este contempla el lugar y el tiempo donde incide el problema, en donde intervienen factores sociales, económicos, culturales, entre otros, que son de importancia su consideración para los hallazgos de las variables (Sánchez, 2015).

El escenario de estudio se contextualiza en el ámbito académico y profesional, enfocándose en el derecho a la salud mental, el derecho constitucional, los derechos humanos y los derechos de las personas con discapacidad en Perú. La investigación se llevará a cabo en dos escenarios principales: primero, el contexto jurídico, donde especialistas en derecho constitucional, derechos humanos y discapacidad analizarán la normativa vigente y las barreras legales para acceder al derecho a la salud mental; y segundo, los entornos clínicos, donde psiquiatras evaluarán los servicios de atención psicológica disponibles para personas con esquizofrenia, proporcionando una perspectiva médica y profesional.

5.2 Participantes

Los participantes del análisis son 6 expertos, tres abogados y tres especialistas en psiquiatría:

Abogados: Un abogado con especialidad en derecho constitucional, un abogado con especialidad en derechos humanos y un abogado en derechos de las personas con discapacidad; tales profesionales cuentan con una extensa trayectoria en el análisis y ejecución de la constitución, de los acuerdos internacionales ratificados en nuestro país y sobre la normativa específica para personas con discapacidad, respecto a las garantías esenciales de las personas con trastornos de esquizofrenia, incluyendo la protección de la salud mental. Su perspectiva resulta importante para comprender las carencias legales que podrían influir el acceso a servicios de manera equitativa.

Psiquiatras: Son expertos en alteraciones mentales, estos prTARMED y una rehabilitación más humana, y trayectoria en el hospital San José del Callao respecto en la identificación y abordaje de trastornos psicóticos, como la esquizofrenia. Su perspectiva resulta importante para entender los desafíos clínicos en el tratamiento de personas con esquizofrenia, la reinserción social, el seguimiento continuo y las repercusiones en las

familias de los pacientes. Este especialista abordará los protocolos óptimos para garantizar el acceso a tratamientos adecuados y las restricciones de recursos en el sistema público de salud mental.

5.3 Procedimiento

El procedimiento de esta metodología de esta investigación es el siguiente: **Paso 1: Selección y primer acercamiento con los participantes:** El investigador establecerá una comunicación previa con los abogados y especialistas en psiquiatría, detallando la finalidad del estudio y la metodología a implementar. Esto se realizará mediante mensajes electrónicos, contacto telefónico o encuentros presenciales (según la disponibilidad de los participantes). **Paso 2: Elaboración de guías de entrevistas,** se crea una estructura de preguntas pautadas, que posibilite el diálogo fluido para evaluar las garantías de atención psicológica, el marco normativo actual y los servicios médicos para personas con esquizofrenia. **Paso 3: Ejecución de los diálogos.** Las conversaciones se realizan de forma física o virtual, según las posibilidades de cada participante. **Paso 4: Documentación y reproducción de los diálogos.** Las conversaciones serán grabadas (con la autorización de los participantes) y plasmadas por escrito. **Paso 5: Evaluación de la información** se evaluará la información obtenida, detectando elementos como similitudes y diferencias entre las visiones de los abogados y psiquiatras. **Paso 6: Elaboración del documento final,** los resultados del análisis se integrarán en el documento de investigación, donde se analizarán las consecuencias de los resultados.

5.3.1 Rigor científico

Dependencia

Funciona en margen a las condiciones que abarca el estudio, es decir, su entorno, y que los resultados deben ser obtenidos en consideración al contexto en que se llevó a cabo el estudio de manera coherente y realista de los hechos, lo que va a permitir que otros estudios que investiguen circunstancias similares den resultados parecidos. Por ello, en el estudio se seleccionará a participantes específicos, se utilizará variada información, y auditorías externas en la etapa de análisis de datos, lo que significa la posibilidad de que otros especialistas revisen el proceso metodológico y los resultados (López, 2020).

Credibilidad

Busca que los resultados sean verdaderos de acuerdo al fenómeno estudiado, sin haber alterado una variable o dato, trata de asegurar que los hallazgos reflejan fielmente la realidad percibida por los participantes.

Transferencia

Es la posibilidad de que los resultados de una investigación sean utilizados en otros, ya sea para describir, comparar o contextualizar. Esto es debido a que, al ser un estudio cualitativo, la dinámica del estudio permite que la investigación refleje datos específicos sobre un grupo determinado. En el caso de la investigación, por ejemplo, puede ser aplicada en otros estudios que versen sobre identificar las normativas respecto a la salud mental en general, e incluso abarcar estudios extranjeros que compartan condiciones similares a las del Perú respecto a la salud mental (López, 2020).

Confirmación o confirmabilidad

Significa la acción de verificar o validar si los resultados son fieles a los hechos y hallazgos que alegan los participantes. Por ende, a que la interpretación del investigador sea acorde a ello en el largo del estudio, en el sentido de la razonabilidad y la fiabilidad (López, 2020).

5.4 Método de análisis de información

Este es el proceso de organizar los resultados obtenidos a partir de estrategias que permitan las comparaciones e identificaciones de patrones, temas o categorías mediante un análisis cuidadoso (López, 2020), Por ello en este estudio se empleará el interpretativismo y triangulación de análisis de datos de acuerdo a la tabla siguiente:

Tabla 4. Secuencia del análisis de datos del estudio.

TEMÁTICA	PROCESOS	ELABORACIÓN DE RESULTADOS	INFORME DE HALLAZGOS
Transcripción de datos en matriz por	Interpretación. Reducción. Codificación.	Presentación de tendencias no esperadas.	Presentación de resultados según

cada aspecto de Categorización. análisis.	Presentación de tendencias esperadas. Discusión crítica. Conclusiones previas.	objetivos del estudio.
---	--	------------------------

Nota: Elaboración Propia

5.5 Aspectos éticos

Se refiere al procedimiento llevado a cabo en la investigación respecto a los principios y valores ejecutados en los participantes que participaron y la interpretación, es decir en el margen del respeto a la integralidad y veracidad de la información (López, 2020). Por ello en mi investigación, previo a las entrevistas, se brinda a los participantes un consentimiento informado en aras de la transparencia, este aspecto y muchos más avalan este elemento.

5.6 Paradigma

Socio crítico, este paradigma busca una transformación social y no se limita a observar y comprender; por ello integra la participación activa de los estudiados (Alvarado y García, 2008). Se elige este paradigma para buscar una comprensión profunda y contextualizada de la situación específica del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.

5.7 Enfoque

Para esta investigación se usará el enfoque cualitativo; Quintana (2006) explica que la investigación cualitativa es un proceso de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas que examina un problema humano o social. El investigador construye un panorama complejo y holístico, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en un entorno natural. Este enfoque ayudará a comprender las experiencias y contextos particulares relacionados con el derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.

5.8 Alcance

En mi investigación sobre el derecho a la salud mental de personas con esquizofrenia en Perú, adopté un alcance exploratorio porque, según Hernández et al. (2014), este se caracteriza por explorar nuevos campos, nuevos conocimientos, o aborda temas sociales muy poco conocidos. Mi investigación explora el derecho a la salud de la persona con discapacidad mental; ciertamente, este tema es muy poco conocido y abordado en estudios.

5.9 Diseño

El diseño de investigación es etnográfico, según Pérez (2010), es la investigación que integra la participación del investigador en el fenómeno estudiado, de manera que este es consciente de la realidad social y percibe culturas y comportamientos del grupo estudiando. Este se adecúa a mi investigación porque intervendré, involucrándome en programas sociales respecto del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y realizaré entrevistas.

5.10 Técnica e instrumento

a) Técnica de la Entrevista

Se realizarán entrevistas dirigidas a tres especialistas en psiquiatría y tres abogados de la rama constitucional, derechos humanos, y derechos de las personas con discapacidad. Para este propósito, las entrevistas estructuradas serían las más adecuadas dada la naturaleza de los participantes. Las sesiones de entrevista contarán con un tiempo estimado de 60 minutos, y se realizarán a disposición del participante el evento virtual o presencial, en aras de adecuarse a las condiciones y horarios de los entrevistados. Se desarrollarán siguiendo una guía estructurada, lo que va a permitir ahondar en los temas más significativos de la temática con la profundidad necesaria.

b) Instrumento: Guía de entrevista

Este instrumento será fundamental para las entrevistas estructuradas que planeo realizar, se caracterizará por una hoja guía con preguntas y posibles respuestas. Este cuestionario servirá de guía para orientar el diálogo, serán dos cuestionarios dirigidos a tres abogados con la especialidad de derecho constitucional, derechos humanos y derechos de

las personas con discapacidad, y, por otro lado, una guía de entrevista dirigida a tres especialistas en psiquiatría.

CAPITULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la presente investigación se aplica la técnica de la entrevista estructurada. A continuación, se realiza una descripción de la muestra de las entrevistas:

Tabla 5. *Sobre la población de la muestra*

Doctor	País	Sexo	Especialidad
EU1	PERÚ	Masculino	Médico Psiquiatra - <i>Dr. José Carlos Negrón Muñoz.</i>
EU2	PERÚ	Femenino	Médico Psiquiatra - <i>Dra. Mariela Linares Linares</i>
EU3	PERÚ	Masculino	Médico Psiquiatra - <i>Dr. Javier Mauricio Dancuart Mendoza</i>
EU4	PERÚ	Masculino	Abogado con especialidad en Derechos Humanos. - <i>Abog Jorge Isac Torres Manrique</i>
EU5	PERÚ	Masculino	Abogado con especialidad en Derechos Constitucional- <i>Abog. José Velásquez García</i>
EU6	PERÚ	Masculino	Abogado con especialidad en Derechos de las personas con discapacidad. - <i>Abog Renato Antonio Constantino Caycho</i>

Nota. Elaboración propia

A continuación, se detallan las preguntas para la guía de entrevistas (Muestra) aplicada a los entrevistados:

Tabla 6. *Sobre los objetivos, categorías y preguntas.*

Objetivos	Categorías	Preguntas
Objetivo General:		PARA UN PSIQUIATRA
Evaluar las implicancias del derecho a la salud	Acceso a Servicios de Salud Mental	a) ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?

mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y

Objetivos

específicos,

identificar y analizar las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios de salud de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú y el determinar en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.

Centros de Salud Mental Comunitarios

Personas de especial protección

b) ¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación con la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?

PARA UN ABOGADO

a) ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?

b) ¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?

PARA UN PSIQUIATRA

a) ¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?

b) ¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contra referencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?

PARA UN ABOGADO

a) ¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?

b) ¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios?

PARA UN PSIQUIATRA

a) En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia?

b) ¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las GPC-BE, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?

PARA UN ABOGADO

a) ¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia?

b) En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético?

PARA UN PSIQUIATRA

a) ¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia?

b) ¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental?

Causas y
Factores de
Riesgo

PARA UN ABOGADO

a) ¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?

b) ¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?

6.1 RESULTADOS

En el presente apartado se presentan los resultados y la discusión del estudio sobre el derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, para ello se presentan las respuestas sistematizadas por cada categoría en cuestión, así como la discusión de resultados basados en autores. A continuación, se detalla la información:

Tabla 7. Categoría de análisis: Acceso a Servicios de Salud Mental

Entrevistados	Sobre Acceso a Servicios de Salud Mental
EU 1	<p><i>Dr. José Carlos Negrón Muñoz.</i></p> <p>a) ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?</p> <p>La población psiquiátrica es el uno por ciento de la población, las barreras para el acceso a la salud mental son la educación de los familiares, del paciente, de los médicos y del mismo sistema de salud.</p> <p>b) ¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?</p> <p>En la práctica el consentimiento informado se hace en los internamientos de los pacientes, para la prescripción de psicofármacos debería firmarse, aunque es raro, lo que se hace es explicar a los pacientes y familia sobre la implicancia que puede tener, es importante la comunicación médico y paciente, una buena relación para evitar la negligencia médica.</p>
EU 2	<p><i>Dra. Mariela Linares Linares</i></p> <p>a) ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta</p>

externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?

Como psiquiatras, tenemos criterios como el tiempo, antes de que el trastorno se concrete hay síntomas previos, signos que hacen pensar que una persona puede estar pasando por un cuadro de salud mental y, eventualmente, un cuadro psicótico que podría prolongarse y ser una esquizofrenia, si nosotros vemos la dificultad o la barrera en los servicios de salud, entendemos que hay barreras como lo económico, los servicios de salud escasos, las citas muy espaciadas, y el estigma en nuestra sociedad, también necesitamos hacer un barrido de otras causas físicas que puedan estar generando ese cuadro, aunque esto también hace prolongar un poco el diagnóstico y recibir un tratamiento adecuado, otra dificultad es el seguimiento al tratamiento del paciente que, por naturaleza del trastorno, muchos de ellos no siguen la medicación que se les receta, la adherencia al tratamiento es baja y el rechazo a la medicación es una barrera, es por eso que en los últimos años se viene implementando otras medidas a nivel farmacológico, como el uso de medicamentos de acción prolongada, donde se pone una ampolla cada dos o tres meses, de tal manera que la persona no tenga que estar tomando diariamente medicación, esto es algo que en Perú está empezando y ha comenzado a agarrar más fuerza.

b) ¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?

Las estrategias para obtener consentimiento informado sobre psicofármacos dependen del estado del paciente, en crisis agudas, primero se controla la situación, luego, en consulta con el paciente más estable, se informa sobre efectos secundarios, aunque los pacientes desean medicamentos sin efectos adversos, esto es imposible, por lo que se usan estos efectos como guía para ajustar tratamientos, a

diferencia del pasado, cuando solo se buscaba suprimir síntomas, hoy el objetivo de la medicación es ayudar a regular los síntomas mientras se mejoran las áreas cognitiva y afectiva del paciente con esquizofrenia.

Dr. Javier Mauricio Dancuart Mendoza

EU 3

a) ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?

OK, en primer lugar, está el estigma de que no hay mucho personal que haya tenido un buen entrenamiento respecto a la psiquiatría en general, ¿no? y menos aún sobre las características que tienen los pacientes con esquizofrenia, que vendrían a ser pacientes con síntomas psicóticos, ¿no? este estigma es reforzado por los medios, por Hollywood, no sé, se asocia a que son pacientes, personas violentas, personas agresivas, cuando no es así, cuando son personas que muchas veces, por sus síntomas, están convencidos de que los demás quieren hacerles daño, ¿no? entonces, claramente van a estar a la defensiva, otro gran problema que enfrentan, y diría yo que no es solo de los pacientes con esquizofrenia, es en general el difícil acceso a los servicios de salud para toda la población, ya sea que tengas un diagnóstico de cáncer, que tengas un diagnóstico crónico como diabetes, ¿no? se hace el tema de la ubicación de los centros de atención, ¿no? que necesitas un tiempo de traslado, digamos la distancia que no es fácil, el acceso, el tiempo en el cual tú puedes recibir una atención porque demora, y también la calidad misma de la atención, ¿no? esos son tres factores importantes en general a nivel de salud, claramente lo puedes aplicar a salud mental, también los pacientes con esquizofrenia no solo tienen esquizofrenia, son personas que pueden sufrir de otra cosa, pueden tener asma, pueden tener diabetes, una mujer puede tener cáncer de útero, te puede dar una neumonía, entonces una dificultad es cuando estos pacientes se van a atender a otros servicios, a otras especialidades, no es infrecuente que se minimice las molestias, que los dolores, que los cansancios, que las

quejas, se les atribuya de manera automática como parte de su enfermedad, ¿no? como parte de un cuadro psicótico, y por ahí no se aborda de manera correcta, ¿qué se puede hacer? bueno, digamos que la responsabilidad del Estado es primero que pueda haber más sitios para atención general en psiquiatría, que haya una mejor formación de los especialistas y de psiquiatras o de profesionales como enfermeras, psicólogos, y el personal técnico, porque el abordaje de este tipo de enfermedades, bueno, este tipo de personas con estas enfermedades, debería ser un abordaje multidisciplinario, no es exclusivamente médico, y creo que otra limitación también tiene que ver un poco con el entendimiento de la enfermedad por parte del mismo paciente y de la familia y de los cuidadores, bueno, es fundamental del personal de salud hacer psicoeducación, que desde el punto de vista costo-efectivo es la intervención más potente, es destinar un tiempo a que con lenguaje sencillo y claro pueda transmitir al paciente y a la familia en qué consiste la enfermedad, cuáles son las alteraciones de la enfermedad, cómo funciona el tratamiento, por qué se lo estoy indicando, cuáles son los beneficios y efectos secundarios del medicamento, cuáles son las consecuencias de dejar el medicamento, y recomendaciones generales o específicas para el abordaje de la familia para estos pacientes, por ahí la familia, que claramente no tiene por qué tener estudios de la enfermedad, puede pensar que la enfermedad es que esté agresivo, que escuche voces, que se comporte un poco raro, pero parte de la enfermedad también es que te va quitando facultades, entonces estas personas las etiquetan de ociosos, de vagos, de malcriados, y bueno, ya sabemos cómo suelen ser los castigos promedio en nuestro medio, que probablemente involucran cierto grado de violencia, entonces, estas son personas que por ahí no reciben el mejor apoyo de nadie, en verdad.

b) ¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la

obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?

Si son pacientes que van a consulta ambulatoria, que no tienen los síntomas muy activos y según el escenario que no son pacientes que están deteriorados, la mejor estrategia, como digo, es educación, o sea, explicarles los beneficios de la medicina y las consecuencias de no tomarla, porque la esquizofrenia no define a la persona, yo soy Mauricio y puedo tener asma, yo soy Mauricio y puedo tener diabetes, y yo soy Mauricio y puedo tener esquizofrenia, no me define como persona, si no entendemos la enfermedad, no vamos a entender a qué nivel están las alteraciones, pero si un paciente no está con la enfermedad severamente activa, no hay tanta desconexión con la realidad, sí pueden firmar el consentimiento y no hay ningún inconveniente, o incluso en un primer momento, cuando el paciente está muy psicótico, por ejemplo, desde el punto de vista legal es inimputable o debería ser inimputable, entonces no se le puede aplicar la ley al cien por ciento, entonces, en ese caso también se aplica para el tema de los consentimientos, y es la familia la que termina firmando porque no está en condiciones de hacerlo, por ejemplo, un paciente que es atropellado, está con dolor, está inconsciente y tiene que entrar a la operación, tiene que haber un consentimiento informado, lo firma la familia porque la persona no está en condiciones de hacerlo, entonces, en algunos casos severos, sobre todo pacientes que deben ir a una emergencia o deben hospitalizarse, no están en condiciones de firmar un consentimiento, pero no pueden recibir la ayuda necesaria a menos que esté firmado, luego, más adelante, cuando se estabilice el cuadro, se le vuelve a plantear ya al paciente una especie de renovación del consentimiento por parte de él o de ella misma.

Abog. Jorge Isac Torres Manrique

EU 4 **a) ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?**

Las personas con trastornos mentales en Perú enfrentan obstáculos como el estigma, el escaso acceso a servicios especializados, la economía de ellos y derivaciones sociales, se necesita cambiar la atención en salud mental comenzando por la gestión del MINSA, que debe tomar un papel de responsabilidad frente a la política de salud mental, reforzar el cuidado de salud mental desde el primer nivel de atención y ampliación de plazas de residentado médico para la especialidad de psiquiatría.

b) ¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?

El Sistema Nacional de Salud tiene que velar por la eficiente atención en salud mental por medio del Ministerio de Salud, el Plan Nacional de Salud Mental del 2017 al 2021 indica métricas respecto a la salud mental, señala la organización, ejecución de políticas y planes en salud mental, el Perú tiene Centros de Salud Mental, que incluyen hospitales psiquiátricos, centros de atención especializada y centros de salud mental comunitarios, los cuales brindan servicios de atención médica a las personas con trastornos mentales, también la Ley de Protección a la Persona con Discapacidad, y la Defensoría del Pueblo son instituciones que salvaguardan a la persona con discapacidad mental.

EU 5

Abog. José Velásquez García

a) ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?

Existe un marco legal que apoya a personas con discapacidad y el Estado ha implementado leyes y decretos supremos, pero resulta insuficiente, las instituciones públicas tienen un porcentaje mínimo de ingreso de empleos para personas con discapacidad porque prefieren personas sin discapacidad, lo cual es discriminatorio, el Estado ha creado oficinas regionales de discapacidad, pero no todos los que

trabajan ahí son discapacitados, más allá de la norma, el Estado debe dictar políticas para cumplir la ley e implementarla, porque no basta con la norma si no hay políticas públicas y presupuesto para ejecutarla.

b) ¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?

Los mecanismos pueden ser legales, administrativos o políticos, pero el mecanismo real y efectivo debe venir del Estado, a través del ejecutivo, a pesar de existir una ley, las personas con discapacidad se sienten vulneradas por falta de trabajo y limitaciones para estudiar, pocas personas con discapacidad terminan la universidad porque el Estado no les proporciona los medios suficientes, no basta con tener una ley si esta no es efectiva ni protege integralmente a estas personas, el Estado debe asignar presupuestos para todas las áreas e instituciones públicas, y también dictar políticas para el sector privado, para que los derechos de las personas con discapacidad tengan suficiente protección.

Abog Renato Antonio Constantino Caycho

EU 6

a) ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?

Uno de los principales problemas para acceder a servicios de salud mental es el estigma, ya que muchas personas tienen miedo de acudir a estos servicios, aunque desde la reforma del sistema de salud mental en 2014 se mejoró la accesibilidad con los centros de salud mental comunitarios, persiste la percepción negativa sobre la atención, además, hay una escasez de profesionales especializados, y algunos departamentos, como Apurímac y Tumbes, solo cuentan con un psiquiatra en toda la región, la accesibilidad económica también es un obstáculo, ya que los servicios públicos son limitados y costosos, mientras que, en el ámbito privado, los precios de la atención son

elevados, también hay escasez de medicamentos psiquiátricos, lo que agrava la situación.

b) ¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?

En cuanto a los mecanismos de supervisión, casi no existen, el sistema de salud mental tiene poca fiscalización, y en el ámbito público, los pocos mecanismos para garantizar la calidad de los servicios son insuficientes, la Defensoría del Pueblo emite algunos informes, pero la fiscalización ha disminuido en los últimos años, además, en el mercado informal de centros de rehabilitación, no hay ninguna supervisión, lo que agrava la falta de control y calidad en la atención.

Nota. Elaboración propia

Tabla 8. Categoría de análisis: Centros de Salud Mental Comunitarios

Entrevistados

Dr. José Carlos Negrón Muñoz.

EU 1

a) ¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?

La falta de psiquiatras, en especial en provincias, ejemplo en Perú tenemos 33 millones de habitantes y solo hay 1500 psiquiatras, antes eran menos, una alternativa que propone el Ministerio de Salud es crear los centros de atención comunitaria, que es buena y debe expandirse a más, lo ideal es que las personas acudan en primer lugar a los hospitales nivel uno en vez de ir de frente a los de nivel 4, el Ministerio de Salud para ello debe implementar las herramientas necesarias para equipar los hospitales de nivel uno de atención, las postas estar con lo mínimo, para que no se deriven a los pacientes, atención pronta.

b) ¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contra referencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?

La falta de educación de los mismos médicos, de los familiares por el estigma social, desconocimiento cuando van a psicólogos, pero hay veces que los psicólogos quieren tratar forzosamente cuando sus capacidades no lo permiten, como es brindar medicación de un psiquiatra, por ejemplo, he trabajado en Rebagliati, en la clínica internacional se denota los niveles bajos y altos que hay un temor en hacer en la interconsulta.

Dra. Mariela Linares Linares

EU 2

a) ¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?

La intención y el diseño de los centros, creo que está genial, porque la idea, justamente, es descentralizar la atención, para que pueda recibir su tratamiento con un especialista adecuado, y que, eh, digamos, tenga la capacidad para poder resolver ese tipo de situaciones, aun así, ¿qué es lo que pasa? los centros de salud mental comunitarios reciben a muchísimas personas, porque también la demanda de salud mental ha aumentado, y eso, si bien es cierto, ha acercado un poco más a la población, pero creo que también sería importante, aparte de solo medicar deberíamos preocuparnos en la prevención, y promoción, es difícil trabajar en ello, a veces termina faltando tiempo, recursos, incluso energía, para poder dedicarnos a lo otro, entonces creo que es importante el diseño, me parece que los centros de salud mental comunitarios han sido diseñados con una muy buena estrategia, el tema es que se hicieron de manera desorganizada, o por la misma población, necesitamos la prevención, y promoción de la salud, para que el centro de salud mental comunitario no sea una réplica del hospital, no se trate solamente de que yo voy a la consulta, recibo mi medicina, y regreso, de acá, a dos, tres meses, ¿no? sino la idea es que justamente, al ser un centro de salud mental comunitario, el enfoque sea principalmente preventivo.

b) ¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?

El sistema burocrático y el factor tiempo suele jugar en contra del sistema de referencias, porque, por ejemplo, hay muchos pacientes, poco profesionales, y se hace lo mejor que se puede, o no tengo la menor duda, en el camino, muchos, consultantes se quedan sin atención, o no terminan efectivizando esa referencia, porque el tiempo es tanto que se cansan.

Dr. Javier Mauricio Dancuart Mendoza

EU 3

a) ¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?

Ok, primero habría que ver cuáles serían mis indicadores de efectividad, porque como repito, el sistema de salud en general claramente no es el mejor, entonces, separar tanto salud mental del resto de salud ya es un poco perpetuar el estigma, entonces, tendría que verse como un hecho que desde hace algunos años ya se hayan implementado centros de salud mental comunitarios para poder manejar estos cuadros en un primer nivel de atención, eso ya es un gran avance, el que se destine un poco más de presupuesto, eso está muy bien, y diría que mi respuesta es un poco entre cincuenta y cincuenta, porque tengo conocimiento de algunos centros que trabajan muy bien y conocimiento de algunos centros que, por falta de personal, por falta de recursos, no pueden atender como quisieran, hay algunos centros que tienen una alta demanda, por ejemplo, yo voy a una primera evaluación y mi primera cita es en dos o tres meses, y hay centros donde no hay muchos pacientes, ¿no? que eso ya depende de cada localidad, ¿no? el que haya en todas las provincias me parece algo positivo, pero en muchas no hay psiquiatras, y es porque mayormente los psiquiatras están en Lima, ¿no les parece atractivo ir a provincia por una cantidad determinada de días, a pesar de que la remuneración sea alta? personalmente, yo considero que es que no los hagas ir quince o diecisiete días, o les pagas menos, que igual el psiquiatra considera que es un montón de plata para diez días, y así en Lima tienes tiempo para trabajar en otra cosa, pero bueno, ese es un gran problema, yo he visto cómo hay visitas domiciliarias, cómo el personal va a las casas de pacientes que tienen una mala adherencia al tratamiento o que tienen un mal soporte, por ejemplo, hay medicinas que son como unas ampollas que le puedes poner una ampolla del psicótico y les dura un mes, ¿no? quince días, entonces, hay personal que va a las casas, pone esa medicina o verifica que esté tomando las pastillas, yo he visto cómo van personal, terapeutas ocupacionales, tecnólogos, y he visto

cómo asean al paciente, bañan al paciente, los hacen hacer actividad física, ¿no? entonces, son intervenciones que la gente no sabe qué se hace y que son muy potentes porque tienen que ver con el cuidado de la persona, pero igual no te alcanza para ir a todo lo que tú quisieras, ¿no? hay algunos que no tienen ni una moto ni una camioneta para poder ir a los caseríos a ver a los pacientes, ¿no? y bueno, también la disponibilidad de ciertos medicamentos, ¿no? yo estuve en algún momento en comunitario en Cusco y no tenía antipsicóticos, estuve un mes sin antipsicóticos, no tenía sentido que pueda tratar pacientes con trastornos psicóticos sin antipsicóticos, ¿no? ¿cuál sería el resumen? actualmente, claramente no funciona al cien por ciento, pero si lo comparamos con hace ocho años, hemos avanzado un montón, creo que estaría mejor ver el vaso medio lleno que medio vacío.

b) ¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contra referencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?

A ver, digamos que, en un primer nivel de atención, o sea, no es salud mental, sino que son las postas médicas, cuando van pacientes, no saben cómo manejarlos, ¿no? digamos, en un cuadro que se llama agitación psicomotora, es un paciente con esquizofrenia que no tomó su medicina, está descompensado, entonces podría haber un riesgo de agresión hacia los demás, no parte de las manifestaciones, y ahí hay un problema, al menos de mi experiencia, es que los centros de salud mental comunitarios, o sea, los que yo conozco, por ley no están facultados para manejar esas emergencias, o sea, solo es ambulatorio para hacer consulta, y donde sí se puede poner esta medicina inyectable o para internarlo, se ven las postas médicas, pero las postas médicas ellos más bien todo lo mandan a salud mental, y el pobre paciente lo están peloteando, como suele ser, como suele pasar, estos centros de salud en general, las postas de salud, no tienen los medicamentos para manejar, pero ni el conocimiento, pero por ley deberían ser salud comunitaria, tienen el conocimiento, por ahí pueden tener la medicina, pero no tienen el permiso, la autorización desde el punto de vista legal,

entonces, hay un gran conflicto, y bueno, el tema de referencias y contra referencias, muchas veces es si lo haces por la vía regular, muy probablemente no tengas respuesta o tengas una respuesta negativa, y por lo general necesitas hacer algo fuera del conducto regular, que es tú llamar al colega, presentarle bien el caso, porque las líneas que te ponen en formato es muy poquito, es prácticamente rogar para hacer una referencia o una contra referencia, ¿no? el conducto regular claramente está hecho por personas que ya no atienden pacientes, claramente, ¿no? y por ahí las estrategias que tomamos es este conducto no regular, de hacer coordinaciones internas para que las referencias o contra referencias sean aceptadas, ¿no? y lo otro también tiene que ver con el tiempo, ¿no? por ahí el colega acepta, sí, qué imagen al paciente, pero sabes qué, no lo puedo atender todavía porque no tengo tiempo, ¿no? si eso también es otra dificultad que hay ahí, y bueno, también que, por ejemplo, si tú quieres referir a un centro de mayor nivel de complejidad, muchas veces está saturado, ¿por qué tienen pacientes que no deberían atender ahí? por ejemplo, en un hospital nivel tres o en el instituto, debería haber solo casos complejos, pero hay gente que tiene diagnósticos no complejos y que podrían tratarse en un centro de salud mental comunitario, entonces, todavía falta esa redistribución para una correcta atención de los pacientes, yo creo que eso también haría que el sistema de referencia y contra referencia no veo que funcione mejor, pero que funcione con un poco menos de trabas.

Abog. Jorge Isac Torres Manrique

EU 4

a) ¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?

Para saber si los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplen con los lineamientos de derechos humanos, se necesita evaluar el progreso de las políticas públicas, la capacitación de los servidores de salud, la participación activa de pacientes y familias, herramientas de seguimiento, y un compromiso social, el rechazo al estigma, la

salvaguardia de la autonomía individual, todo ello en marco de una coordinación institucional en varios sectores sociales, políticos y económicos.

b) ¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios?

La descentralización de los servicios de salud mental por medio de centros comunitarios significa bajo los lineamientos de la constitución proteger los derechos fundamentales de las personas con trastornos mentales, implicando el derecho a un tratamiento digno, no excluyente, accesible y de calidad, que respeten su dignidad, les permitan vivir en sociedad y recibir atención personalizada en un espacio no restrictivo.

EU 5

Abog. José Velásquez García

a) ¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?

Perú forma parte de las Naciones Unidas y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que supervisa acciones cuando se vulneran derechos humanos, sin embargo, últimamente el Estado está reacio a cumplir los estándares y sentencias de derechos humanos, el Estado debe vigilar y supervisar la ejecución de todas las políticas públicas en materia de personas con discapacidad, existe el Ministerio de Inclusión Social, pero basado en experiencia personal trabajando en instituciones públicas como la Municipalidad Metropolitana de Lima, hay muchas barreras burocráticas para personas con discapacidad: de cien abogados, ninguno tenía discapacidad, cuando debería haber al menos un diez por ciento.

b) ¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios?

Respecto a los centros de salud mental comunitarios, es una buena política de estado que se debe implementar, en San Martín existe un centro tipo asilo, pero lo maneja un privado y su solvencia es a través de una ONG, no es del estado, la obligación del estado es proteger a todos sin exclusión alguna, pero se ha olvidado de este tipo de personas, en San Martín hay centros para menores y adultos, pero son privados, cuando hay jóvenes con trastornos mentales, el Poder Judicial los deriva a estos centros privados, que requieren apoyo de terceros para solventar gastos, el estado tiene que invertir en estos centros, hacer una política de estado para implementarlos a nivel país y supervisarlos, porque no basta con delegar a privados..

EU 6

Abog Renato Antonio Constantino Caycho

a) ¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?

Creo que hay un avance bastante fuerte para cumplirlo, ¿no? o sea, creo que suelen ser disponibles, ser accesibles, tener una atención en donde se privilegia mucho el trabajo desde el respeto a las necesidades del otro, y no tanto desde lo que llamaríamos, el poder psiquiátrico, ¿no? sino que hay más bien un trabajo de respeto a la persona, entonces, creo que van por buen camino, creo que más bien otras respuestas más, eh, más patologizantes son las que me preocupan más, ¿no? la privación de libertad, el internamiento involuntario, a mí en principio, me preocupa mucho más, como el centro de salud mental comunitario no hace eso, me preocupa menos, ¿qué sí me preocupa? por ejemplo, uno que, eh, que no haya siempre los médicos, que no haya siempre los especialistas suficientes, psicólogos, psiquiatras, que no haya los medicamentos suficientes, y eso es lo que más me preocuparía a mí.

b) ¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios? O sea, ya existe, ¿no? eso y creo que ha sido una decisión inteligente, adecuada, y constitucional, no veo un problema

efectivo, creo que eh, en muchos casos, las municipalidades, los gobiernos locales han tratado de apoyar, brindando usualmente el terreno, y luego el MINSA es el que, efectivamente, todavía mantiene un nivel mucho más fuerte de rectoría sobre estos servicios, creo que ahí todavía no ha habido una transferencia plena, pero en todo caso, creo que es un tema más de gestión pública, antes de un problema de derecho constitucional.

Nota. Elaboración propia

Tabla 9. Categoría de análisis: *Personas especial protección*

Entrevistados	Personas especial protección
EU 1	<p><i>Dr. José Carlos Negrón Muñoz.</i></p> <p>a) En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia? Por ejemplo, yo he trabajado en emergencia psiquiátrica, y lo que usualmente se realiza al ochenta por ciento es utilizar medicamentos y psicofármacos, el 20 por ciento psicoterapias, pero siempre es medicamentos parenterales dada la naturaleza del paciente y su trastorno.</p> <p>b) ¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las GPC-BE, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos? El consentimiento informado debe publicarse obligatoriamente, por ejemplo, en rebagliati se publica un comunicado de cuando hay una emergencia se atiende al usuario de todas maneras, porque hay veces que los mismos servidores administrativos son obstáculos, debe publicarse obligatoriamente en instancias privadas y públicas, a veces, los servidores administrativos pueden ser un obstáculo en este proceso. además, se sugiere incluir el consentimiento informado en los encartes</p>

de los laboratorios médicos, los cuales brindan recetarios especiales para medicamentos de manera gratuita a los médicos. Este formato, que cumple con los estándares del ministerio, podría incluir también el consentimiento informado en los recetarios habituales, lo cual beneficiaría tanto a los médicos como a los pacientes sin generar costos adicionales.

Dra. Mariela Linares Linares

EU 2

a) **En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia?** En un cuadro agudo, de una emergencia, lo que corresponde es la parte farmacológica, significa contener a la persona, evitar que se pueda hacer daño a sí misma, o a alguien más, o al ambiente también.

b) **¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las GPC-BE, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?** Tal vez en un cuadro agudo, no va a ser efectivo, cuando se está en la consulta, posiblemente sí, primero se debe tener información, no solamente de la persona que está llevando, que está recibiendo el medicamento, sino también de la familia, también es nuestro deber, informar para qué sirve cada medicamento que se está usando, algunos efectos, o los efectos secundarios más frecuentes, porque si hablamos de todos los efectos, pues hay una lista infinita, pero sí los efectos secundarios más frecuentes, que pueden ocurrir con este medicamento.

EU 3

dr. Javier Mauricio Dancuart Mendoza

a) **En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia?**

Para que lleguen a una emergencia, se deben cumplir ciertas condiciones, una emergencia psiquiátrica: uno, que el paciente tenga un diagnóstico psiquiátrico; dos, que uno de los síntomas de ese diagnóstico psiquiátrico esté exacerbado; tres, que ese síntoma perteneciente a este diagnóstico esté poniendo en riesgo la salud del paciente o la salud de alguien más; y cuatro, que ese cuadro no pueda manejarse de manera ambulatoria, quiere decir en consulta externa, ahí es cuando un paciente va a emergencia y tiene posibilidad de quedarse en observación o que ya se hospitalice, ¿cuáles son las consideraciones? todo esto ya está escrito, hay protocolos, el primer paso es hacer lo que se llama contención verbal, ¿no? entonces, llega un paciente, debería haber una infraestructura correctamente condicionada para disminuir los posibles riesgos tanto para el paciente como para el personal, y el primer abordaje debería ser una contención verbal, ¿no? primero enseñarle al paciente que somos mayor número, somos un gran número de personas, ¿no? eso se llama show de fuerza, enseña la fuerza, ¿no? mira, acá estamos todos nosotros, y hay una contención verbal que ya está escrita y está escalonada, que tiene que ver con presentarme, decir muy en claro cuál es mi función, cuál es mi rol, cuál es el motivo por el cual está aquí, cuáles son todas las cosas que vamos a hacer, le podemos brindar también agua, comida, digamos idealmente para que se sienta cómodo, ¿no? mientras hacemos todo eso, debería haber un personal destinado también a explicarle a la familia lo que estamos haciendo, ¿no? porque si toda la contención verbal no funciona, ¿no? el paciente luego se le ofrece medicina, idealmente se le debería ofrecer en vía oral, si el paciente no la acepta, se le ofrece de vía parenteral, quiere decir por ampollas, y si no acepta, ahí debido al riesgo de poner la posibilidad de poner en riesgo su salud o la de alguien más, es que se procede a poner la medicina, si el paciente no la acepta, en algunos sitios está indicado que se aplique lo que llamamos sujeción mecánica, para que el paciente pueda recibir la medicina, y luego de unos minutos debería soltarse la sujeción mecánica, ¿ok? no es un método de castigo, no es que voy a amarrar a

la persona por horas hasta que se canse, pero ahí claramente eso va a perjudicar su cuadro si él está convencido de que la gente lo quiere matar, que le quiere hacer daño, y vas a un sitio contra tu voluntad y te amarran, claramente eso no te va a calmar, pues, ¿no? más bien va a reforzar esa idea, y también se le tiene que explicar a la familia todo lo que te estoy diciendo, porque si no lo explicas: a ver, oye, ¿por qué a mi hijo lo estás amarrando? ¿por qué le estás poniendo ampollas? y que esté en todo su derecho de quejarse porque no le estás dando la información.

b) ¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las gpc-be, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?

Eh, yo podría hablarte al menos de la experiencia que tengo en el instituto con pacientes hospitalizados, los pacientes hospitalizados, cuando ingresan, por ahí veinticuatro horas máximo cuarenta y ocho horas están en un ambiente de aislamiento porque sí, pueden estar, puede haber riesgo de agresión, sobre todo si hay otros usuarios ahí también, y aun así, o sea, esa primera entrevista con el paciente, por más que esté psicótico, tú le explicas: oye, eh, yo como médico quiero hacer todo lo posible por ayudarte, como médico manejo medicinas, ahora, si no estás muy tranquilo en la evaluación, también vemos que es consciente de su enfermedad, muchas veces no es consciente de la enfermedad, es parte del síntoma, eso debe ser un poco más complejo de explicar, pero se le dice: vamos a utilizar esta medicina por unos días, esta medicina te va a ayudar, puede ser que la medicina te dé un poco de sueño, por ahí hay riesgo de que te pongas un poquito duro o que tiembles un poquito, ok, yo voy a venir aquí todos los días para ver si eso está pasando o no, muy probablemente no pase, pero si pasa, yo lo voy a manejar, no te preocupes, y una vez que ya sale ese ambiente, nosotros todos los días hacemos que cada uno de los pacientes pase a una consulta en la cual evaluamos sus síntomas, y por más que esté psicótico, por más que esté escuchando voces, por más que piense que

su mamá le ha estado poniendo en la comida, nosotros explicamos los medicamentos, se le dice el nombre del medicamento, la dosis, el número de pastillas que va a tomar, qué esperamos que suceda en cuanto a sus síntomas, cuánto tiempo va a demorar, y posibles efectos adversos, ¿no? por más que el paciente esté psicótico, porque como digo, la psicosis afecta funciones muy específicas, no es que el paciente no te va a entender, ¿no?, entonces, como a cualquier otra persona, eso al menos en cuanto a mi experiencia en el instituto, porque también tenemos unos lineamientos orientados a seguridad del paciente, ¿no? entonces, la educación, psicoeducación para el paciente y para la familia, todo lo que te he dicho también lo hacemos con la familia porque la citamos, ¿no? todo esto está enmarcado dentro de algunos estándares para seguridad del paciente, ¿no? y también desde el punto de vista ético legal, tendría que explicarle al paciente todo lo que estás decidiendo, ¿no? y proponiendo.

Abog. Jorge Isac Torres Manrique

EU 4

a) ¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia? El marco legal actual sobre el derecho a la autonomía personal de personas con esquizofrenia en Perú está regulada por la Ley 29.737, que indica mediante normas la aplicación del internamiento involuntario basado en principios de protección y excepcionalidad, con una justificación médica estricta y detallada, con autorización judicial, defensa legal, y seguimiento médico, con el objeto de proteger los derechos de las personas con trastornos mentales mientras se garantiza su seguridad y la de terceros.

b) En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético? El internamiento involuntario en Perú es una medida excepcional que debe ser utilizada con precaución y siempre que se cumplan las salvaguardas legales. Es fundamental garantizar el

respeto a los derechos humanos y promover un sistema de salud mental que se centre en la atención integral, la desinstitutionalización y la recuperación del paciente. El internamiento involuntario se debe utilizar de manera ética, como la justificación médica, la autorización judicial y el derecho a la defensa. Sin embargo, es importante abordar las críticas y preocupaciones sobre la implementación de esta ley en la práctica, como la falta de recursos, la coerción y el estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales.

EU 5

Abog. José Velásquez García

a) ¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia?

Para abordar el tema, primero tiene que conocer el problema mediante un trabajo de investigación por parte del estado, con la finalidad de saber cuántas personas sufren esta discapacidad, haciendo un mapeo nacional. Segundo, se debe conocer cuáles son sus actividades, sus facultades y las incapacidades que presentan. Tercer punto, conocer las barreras burocráticas que enfrentan. Después de diagnosticar el problema, se puede presentar un proyecto. Esto podría hacerse mediante una iniciativa legislativa o mediante una política de estado a través del ejecutivo y el ministerio competente. La sociedad civil y la academia también tienen derecho a impulsar políticas. Un tercer mecanismo sería el amparo colectivo, demandando al ministerio correspondiente por ser ineficiente, para obligar al estado a tomar decisiones en favor de estas personas.

b) En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético? Sobre el internamiento voluntario, se da por voluntad de un particular que decide entrar porque es la mejor forma de estar mejor, al cuidado de alguien, ya que quizás la familia no le da el cuidado debido. Desde un punto ético, de la persona que cuida,

parece bueno, pero desde un punto ético de la familia que deja a esa persona y se aleja, sería contraproducente. No habría un conflicto ético entre la persona que va y la persona que lo asiste, más bien habría un tema ético entre los padres o familiares directos de esta persona que se va a internar.

Abog Renato Antonio Constantino Caycho

EU 6

a) **¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia?**

Prácticamente, hay todo un cambio bastante drástico en la forma en que se toman decisiones, y los impedimentos relacionados con enfermedades, con lo que llamaríamos, enfermedades mentales, en los términos del código, pues básicamente, ya no están vigentes, ¿no? entonces, las personas con discapacidad pueden tomar decisiones, estas decisiones, por lo, ya no hay organismos de apoyos, totalmente, o sea, adecuadamente establecidos, pero que no son servicios públicos, entonces, creo que a veces, los apoyos funcionan mucho mejor, en ámbitos de discapacidad intelectual, donde a veces, la familia es un apoyo muy cercano, y muy fuerte, mientras que en discapacidad psicosocial, a veces, las personas están solas, han cortado sus lazos con sus familiares, y entonces ese apoyo no es tan fácil de, para lograr eso, de manera sencilla. b) **En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético?**

Lo complicado es saber si es que creemos que el internamiento involuntario debería o no debería existir, y creo que es altamente complejo en el sentido que hay varias decisiones, como el caso Guillén Domínguez, en el Tribunal Constitucional, aborda estos problemas, y como que un poco llega a su propia construcción, entonces, en mi opinión, creo que como yo no sé si se puede volver ético, y creo que ese es un, un tema clave, no sé si se puede volver ético, ahora, hay

salvaguardias, sí, la primera puede ser el tiempo, la segunda podría ser hacer como en Argentina, y proveer, y determinar, que esta decisión no es de los médicos, sino que es un órgano de un órgano judicial, puedes plantear también la posibilidad de que se decida, eh, de que pueda haber, como que el internamiento, pero no necesariamente, hay medidas de contención, biológica, como se le llama, o sea, que te droguen, ni medidas de contención mecánica, es decir, la camisa de fuerza, por poner un término, entonces, puedes poner esas medidas, algunas están en la ley de salud mental, no sé si son suficientes. Creo que lo ideal, en todo caso, sería que, a partir del conocimiento, y el respeto con la persona, y que tú hablas con ella, y conversas con ella, puedan llegar a la decisión, que va a pasar, en momentos de crisis, ¿no? entonces, ahí, tú hablas con la persona, te dice, mira, en un momento de crisis, yo sí acepto que me internen, pero que me internen en este lugar, por tanto tiempo, pero que utilicen estas drogas, y no estas otras drogas, etcétera, etcétera, etcétera, creo que es, ojo, creo que es muy difícil de lograr, creo que ningún país del mundo lo ha logrado plenamente. La sentencia de Guillermo Domínguez, da a conocer que no es obligatorio, pero hacia eso debemos llegar, entonces creo que no hay muchas formas de volverlo ético, ¿no? Creo que igual es una situación horrible, que te restringen la libertad, en un momento en el que estás en crisis, y valdría mucho la pena preguntarse si es constitucional.

Nota. Elaboración propia

Tabla 10. *Categoría de análisis: Causas y Factores de Riesgo*

Entrevistados

Causas y Factores de Riesgo

EU 1

Dr. José Carlos Negrón Muñoz.

a) ¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia? En la

evaluación de un paciente con esquizofrenia se tiene que ver los niveles de alteración, su trastorno es de pensamiento, y si esto está muy comprometido, audiciones auditivas audiovisuales, que a veces dice que se hagan daño, eso se evalúa en principio si el paciente puede cometer algo así mismo o alguien más, entonces se internaliza, además el paciente con esquizofrenia puede ser Inter dictado, y se dice que va ver responsabilidad médica, por ello debe internarse, porque estos pacientes han generado mucho daño por su condición, es de cuidado este paciente, es un paciente crónico, debe tener siempre medicación y control médico, ejemplo el primer mundo estos pacientes andan deambulando pidiendo limosna, pero en el tercer mundo no hay eso, más bien son rehabilitados prontamente.

b) ¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental? Para minimizar el riesgo es la capacitación de familiar responsable, con sus controles mensuales, también a los profesores de colegio, jefes, y servicios de salud, siempre estar atento, antes hacer una medicina preventiva, y sensibilización a la sociedad en general. Una discapacidad no es un limitante para ser feliz o conseguir un trabajo, para hacer tu vida cotidiana, si se puede con medicación y controles.

EU 2

Dra. Mariela Linares Linares

a) ¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia? Es importante que cuando nosotros, estamos en la evaluación con la consulta, no solamente veamos qué tanto ha mejorado la persona, o qué tanto pretendemos que mejore con la medicación, sino también, informar sobre los efectos secundarios, al paciente, a la familia, y también considerar cómo se siente, con el esquema farmacológico.

b) ¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como

de alto riesgo en salud mental? Es importante, no solo centrarnos en el tratamiento de prescripción de medicamentos, sino también irnos hacia adelante, ver, en la parte preventiva, hacer una intervención temprana, dar tratamiento oportuno, para que la persona no se siga deteriorando, si hay mayores probabilidades de deterioro a nivel cognitivo, la persona se le hace más difícil regresar a su trabajo, o continuar sus estudios, entonces eso también es importante, tenerlo en cuenta.

EU 3

Dr. Javier Mauricio Dancuart Mendoza

a) ¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia?

Ok, hay como recomendación, la palabra "factores de riesgo", al menos nosotros en medicina, la ponemos como todos aquellos componentes que pueden contribuir a la aparición o al empeoramiento de una enfermedad. Aquí yo utilizaría la palabra: ¿Qué consideraciones tendría para hacer la evaluación de un paciente con esquizofrenia?

Repito, un paciente ambulatorio o un paciente que esté en emergencia hospitalizado es el mismo abordaje, ¿no? por lo general, los pacientes ambulatorios casi siempre van con alguien, y algunos que van solos están estables, y son las consideraciones que tendría un médico con cualquier otro paciente, cualquier otra especialidad: tratarlo con el mayor respeto debido, optimizar el tiempo de consulta, explicarle tu razonamiento, tus recomendaciones en cuanto al tratamiento, brindarle confort, brindarle esperanza y resolver dudas. Sobre todo, eso es una buena práctica clínica, no solo con pacientes con esquizofrenia, sino en general con cualquier paciente.

Y en el caso de una emergencia, o de un paciente que esté activamente psicótico, que puede estar agresivo, hay algunas consideraciones, ¿no? nosotros ya estamos entrenados para ver cuándo un paciente está en riesgo de una posible agresión. Entonces, uno evalúa un poco el lenguaje corporal del paciente, evalúa si por ahí está tenso, si está

contenido, el volumen con el que habla, las frases que pueda utilizar, ¿no? lo que dice... ya uno ve si está en un tono amenazante, si está contenido, ¿no?

¿Qué hacemos nosotros? por ejemplo, eh, le decimos que él esté sentado. Ahorita nosotros estamos parados, no escondemos las manos. La idea es que nuestras manos estén visibles, porque si él piensa que le vamos a hacer daño y tú le sales con las manos en los bolsillos o atrás, no sabe si tendrás algo ahí, ¿no? enseñamos las manos, eh, no hacemos un contacto visual directo; miramos aquí, a este punto, para que la persona vea que lo estamos mirando, pero no lo perciba de una manera desafiante, ¿no? eh, mantener un tono, un volumen y una velocidad de voz adecuados.

Como digo, un buen psiquiatra ya tendría que estar entrenado en eso. Y repetir lo que te dije, o sea, decir las cosas claras, ¿no? decir cuáles son las reglas del juego, qué es lo que está permitido, qué es lo que no está permitido, ¿no? y explicarle mis recomendaciones y el por qué, ¿no? digamos, es un poco las consideraciones que podría decirnos.

El punto, dice el psiquiatra, eh, y desde el punto de vista de otro especialista, es no minimizar molestias físicas que pueda tener, no atribuirle alguna molestia física a su cuadro psicótico, que muchas veces pasa, ¿no? los pacientes con esquizofrenia tienen una expectativa de vida quince años menor que la población general, y por lo general es por tres factores, ¿no?

Uno, porque sus mismos síntomas psicóticos pueden ponerlo en riesgo en alguna situación. Dos, efectos adversos de los fármacos que tienen que ver con el aumento del riesgo metabólico: me predispone a subir de peso, a diabetes, por ende, me puede dar un infarto, me puede dar un accidente cerebrovascular. Si ese paciente va a la emergencia, probablemente un cirujano va a decir: "no, tiene esquizofrenia, no tiene nada", y ese paciente luego puede fallecer o lo operan de emergencia y le ponen una bolsa con la que tiene que estar toda su vida, eh, y eso ya tiene que ver con el tercer factor, que es el que va por tu prematurez. Imaginemos una casa, no sé, en Ventanilla, con esteras, en donde hay

una señora de cincuenta y siete años que tiene esquizofrenia. Entonces, toda la familia la cuida, pero prácticamente en esa casa todo, o casi todo, gira en torno a esta persona, pero sobre todo a su enfermedad.

Entonces, muy probablemente, esa señora nunca ha ido a un chequeo por ginecología, nunca se ha hecho un Papanicolaou, muy probablemente no ha ido a otros especialistas médicos por cualquier molestia. Entonces, a veces, o muchas veces, los pacientes con esquizofrenia no prestan atención a la salud física, porque lo que prima, lo más notorio, es el cuadro de salud mental. Todas las complicaciones que eso puede traer también repercuten directamente en la expectativa de vida de esa persona.

b)¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental? Lo primero sería, como digo, eh, ver la manera que la población general puede entender un poco más de esta enfermedad, o sea, hablar del tema, que no se estigma, ¿no? yo puedo decir 'ah, mi hijo tiene asma', 'ah, mi mamita tiene cáncer', pero cuidado que digas que tu hermano tiene esquizofrenia, ¿no? Eso no se dice, ¿no? eso es lo primero, hablar del tema, normalizar, porque es un diagnóstico más, un diagnóstico médico, ok, ese es el primer paso, normalizar. dos, que hay una mejor formación en salud mental, ya sea en pregrado en medicina y en otras profesiones también. Mejorar el nivel de residencia en psiquiatría también, o sea, el resultado en psiquiatría, porque muchas veces no es, eh, no cumplen los estándares mínimos y necesarios, hay otras intervenciones que se hacen, por ejemplo, en algunos sitios de Europa, como Inglaterra, o en Estados Unidos, que tiene que ver con el primer nivel de atención, está tan bien entrenado que, dentro de algunas campañas, estrategias que utilizan en general para salud, empiezan a ver que por ahí hay antecedentes familiares de esquizofrenia o de algún trastorno psiquiátrico severo, que esta persona ha empezado con síntomas prodrómicos. ¿Qué quiere decir eso? pequeñas manifestaciones que todavía no, eh, digamos desencadenan en un

diagnóstico de esquizofrenia, pero que probablemente lo haga porque está en riesgo. Entonces, estos pacientes son captados y son derivados a un equivalente a un centro de salud mental comunitario en esos países, y se empiezan a hacer intervenciones no farmacológicas, sino, sobre todo, terapéuticas, ¿no? del punto de vista pedagógico, digamos, se intenta por ahí que eh, se refuercen ciertas funciones ejecutivas, de cálculo, de memoria, ¿no? porque eso al final es lo que va a deteriorar al paciente. Si por ahí hacen un síntoma psicótico, probablemente mejore con la medicina, pero al tú captar estas personas y hacer intervenciones ahí no farmacológicas, sí me doy el riesgo de que estas personas puedan eh, desarrollar la enfermedad, o no.

EU 4

Abog. Jorge Isac Torres Manrique

a) **¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?** La legislación peruana busca equilibrar el derecho a la libertad personal y el tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia mediante la Ley 29.737. Sin embargo, la aplicación de esta ley ha generado preocupación por posibles violaciones de los derechos humanos en las personas con esquizofrenia, la constitución garantiza el derecho a la libertad personal que solo puede ser restringido por causas legalmente establecidas. La ley de salud, reconoce esta necesidad de tratamiento para personas con esquizofrenia en crisis, especialmente cuando representa un peligro para sí mismas, para terceros y debe ser otorgado por un psiquiatra. Luego está la autorización judicial para internar a una persona involuntariamente, pero con autorización de un juez. El derecho a la defensa, enfocado a su derecho a la autonomía, a la salud y derecho a la vida. Con un seguimiento periódico por un médico psiquiatra, cada centro de salud debe contar con un abogado que les pueda asistir. Es importante porque el médico desde su desconocimiento no puede proceder. No todo puede ser eh digamos medicina. Todo tiene que tratarse además no solo desde el derecho sino

desde la interdisciplinaridad. Es importante atender la falta de recursos, analizar y determinar que esto no termine como buenos intentos y que al final no se logre. Se necesita evaluación y modificación de la ley y de la estructura de salud.

b) **¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?** Afecta a millones de personas en todo el mundo. Su impacto en la vida de quienes padecen es significativo, la atención y el tratamiento debe basarse en la alternativa de derechos humanos, reconociendo su dignidad, autonomía y derecho de una vida digna. hasta los mismos abogados algunos no saben diferenciar entre derechos humanos, derechos fundamentales, dignidad, autonomía y vida digna, esto se agrava más con un médico, el sistema de salud, así no se puede hacer ningún tipo de estrategias, y más aún cuando no se recurre, al enfoque interdisciplinario, escapar del derecho y escapar de la medicina, como así incorporar a la administración como es un estudio previo de diagnóstico situacional y terminando por un mapeo de estrategias del acceso a la salud mental de calidad.

EU 5

Abog. José Velásquez García

a) **¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?**

Nuestro estado, en el artículo dos, regula los derechos fundamentales, entre ellos la libertad individual, que tiene diferentes aristas, la libertad individual significa que una persona es autónoma, pero el estado ha regulado que esta libertad tiene ciertas limitaciones o restricciones, que solamente pueden ser por mandato judicial o por un tema expresamente en la ley, respecto a las personas con esta discapacidad que son llevadas a la fuerza, contra su voluntad, hay que evaluar dos cosas: proteger la seguridad de la persona, pero también considerar que esta autonomía está viciada por la discapacidad, la libertad para estas personas se

acorta cuando no están en su facultad normal, y el Estado, en su lugar, toma esa facultad para velar por un interés más grande: el interés público, la salud, la vida, se le recorta esta libertad por proteger un interés común o derechos superiores, la autonomía, en este tipo de casos, está por debajo del interés social.

b) ¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?

Las estrategias, como primer filtro, deben venir por parte del Estado, que es el principal órgano encargado de elaborar políticas públicas en favor de este tipo de personas, en segundo lugar, debe participar la sociedad civil, que comprende ONG, asociaciones y otros tipos de organizaciones o actores, en tercer lugar, estaría la academia, representada por estudiantes e investigadores que pueden proponer estrategias, por ejemplo, incluir un diez o quince por ciento de personas con discapacidad en concursos públicos o en cualquier tipo de proceso de selección, no solo en el sector público, sino también en empresas privadas, si hay un político realmente interesado en esta política, será algo positivo y se podrá encontrar una forma de implementarla, pero si no existe la posibilidad de hacerlo mediante una política de Estado, la única manera de salvaguardar los derechos de estas personas será a través de un proceso judicial de amparo.

EU 6

Abog Renato Antonio Constantino Caycho

a) ¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?

Pues, esa supuesta necesidad, es abordada por la ley de salud mental, que establece un mecanismo específico, en el cual plantea la emergencia, de la psiquiatría como un aval, para poder actuar en el internamiento involuntario, igual, diría yo, que está bastante más restringido que en muchos otros países del mundo, ¿no? Entonces, creo que ese es el balance, y el balance ha llegado a que sean bueno, 12

horas, según la ley, y en el reglamento, estas se amplían a 72 horas, hay una situación de extra legalidad, pero que, en todo caso, es la que funciona en la práctica. En la práctica, son 72 horas, ese ha sido un poco el balance que hoy tenemos.

b) ¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?

Creo que la esquizofrenia genera bastantes problemas sociales. Es fundamental contar con políticas públicas adecuadas de educación y concientización sobre salud mental, pero principalmente de empleo digno y vivienda.

Las principales apariciones de esquizofrenia suelen estar relacionadas con factores genéticos y con una forma de vida precaria. Para contrarrestar esto, debe existir una política pública de acceso a la vivienda, así como políticas públicas de alimentación que prevengan la preocupación constante por la comida, lo cual podría evitar situaciones de drogadicción u otros problemas similares.

Básicamente, necesitamos políticas públicas redistributivas a un nivel amplio, dándole prioridad —en mi opinión— a la vivienda, para poder lograr ese cambio que tú mencionas.

Nota. Elaboración propia

6.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la realidad actual de nuestro país, la salud mental se ha vuelto un tema muy controversial, que va en aumento cada año, y las políticas actuales de salud benefician solo a ciertos sectores. En los últimos años se han hecho esfuerzos por salvaguardar la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental, como la creación de centros comunitarios de salud que se han aproximado a una atención más directa de los pacientes con esquizofrenia; sin embargo, este esfuerzo se ha visto limitado por variadas condiciones económicas, políticas, sociales y culturales. La perspectiva médica, psiquiátrica y legal revela interesantes enfoques profesionales respecto a la actuación médica frente al paciente con esquizofrenia. Los abogados enfatizan la protección de los derechos, la importancia de políticas públicas y convenios internacionales que delinear criterios legales, mientras que los médicos psiquiatras enfatizan más el procedimiento médico y la falta de recursos para brindar servicios más humanistas.

En primer lugar, el desarrollo de esta investigación tiene como primera categoría el *Acceso a Servicios de Salud Mental*, que tiene por objeto demostrar los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú y qué mecanismos existen para garantizar una atención sin discriminación. A continuación, se presentan las respuestas del análisis.

***EU 1:** a) La población psiquiátrica es el uno por ciento. Las barreras para el acceso a la salud mental son la educación de los familiares, del paciente, de los médicos y del mismo sistema de salud. b) El consentimiento informado se hace en los internamientos. Para psicofármacos debería firmarse, aunque es raro, se explica a pacientes y familia sobre las implicancias. Es importante la comunicación médico-paciente y una buena relación para evitar negligencia médica.*

***EU 2** a) Los psiquiatras tienen criterios como el tiempo para diagnosticar. Existen barreras como lo económico, servicios escasos, citas espaciadas y estigma social. Se necesita descartar causas físicas que puedan generar el cuadro. Otra dificultad es la baja adherencia al tratamiento, por lo que se implementan medicamentos de acción prolongada. b) Las estrategias para obtener consentimiento sobre psicofármacos dependen del estado del paciente. En crisis agudas, primero se controla la situación. Todos los medicamentos tienen efectos adversos, que sirven como guía para ajustar*

tratamientos. El objetivo actual de la medicación es regular síntomas mejorando áreas cognitivas y afectiva.

EU 3 a) El estigma, no hay mucho personal con buen entrenamiento en psiquiatría y el difícil acceso a los servicios de salud con problemas de ubicación, tiempo y calidad de atención. Cuando estos pacientes buscan atención para otros problemas, se minimice las molestias de forma automática. Las soluciones incluyen más sitios para atención, mejor formación de especialistas y psicoeducación porque la familia suele etiquetar a estos pacientes de ociosos sin entender que la enfermedad les va quitando facultades. b) Para pacientes ambulatorios sin síntomas severos, la mejor estrategia es educación porque la esquizofrenia no define a la persona. Mientras los pacientes estables pueden firmar el consentimiento, cuando están muy psicóticos son inimputables y la familia termina firmando, similar a un paciente inconsciente que necesita cirugía urgente. Cuando se estabilice el cuadro, se le plantea al paciente una renovación del consentimiento.

EU 4 a) Los obstáculos incluyen estigma, escaso acceso a servicios especializados, economía y derivaciones sociales. Se necesita cambiar la atención comenzando por la gestión del MINSA, reforzar el cuidado desde el primer nivel y ampliar plazas de residentado médico en psiquiatría. b) El Sistema Nacional de Salud debe velar por la eficiente atención a través del MINSA. El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2021 indica métricas y organización. Perú tiene centros de salud mental, hospitales psiquiátricos y centros comunitarios. Existen instituciones como la Ley de Protección a la Persona con Discapacidad y la Defensoría del Pueblo.

EU 5 a) Existe marco legal, pero resulta insuficiente. Las instituciones públicas tienen mínimo ingreso de personas con discapacidad. El Estado ha creado oficinas regionales, pero no todos los que trabajan ahí son discapacitados. Se necesitan políticas, presupuesto y ejecución. b) Los mecanismos deben venir del Estado a través del ejecutivo. Las personas con discapacidad se sienten vulneradas por falta de oportunidades. No basta con tener ley si no es efectiva. El Estado debe asignar presupuestos para instituciones públicas y dictar políticas para el sector privado.

EU 6 a) El estigma es un problema principal, pues muchas personas temen acudir a servicios de salud mental. Desde la reforma de 2014 mejoró la accesibilidad con

centros comunitarios, pero persiste la percepción negativa. Hay escasez de profesionales especializados y medicamentos. La accesibilidad económica es un obstáculo con servicios públicos limitados y costosos. b) Los mecanismos de supervisión casi no existen. El sistema tiene poca fiscalización y los pocos mecanismos son insuficientes. La Defensoría emite informes, pero la fiscalización ha disminuido. En el mercado informal de centros de rehabilitación no hay supervisión.

Los médicos psiquiatras (E1, E2, E3) consideran que las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en los servicios de salud mental son las siguientes: la población psiquiátrica es mínima, falta de educación de los familiares, del paciente, de los médicos y el sistema de salud, barreras económicas, servicios escasos, citas espaciadas, estigma social, descartar otras causas físicas con síntomas similares, baja adherencia al tratamiento, no hay personal con buen entrenamiento en psiquiatría, y ubicaciones geográficas.

Las estrategias que ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos son las siguientes: depende del estado del paciente; se hace en internamientos, para psicofármacos se firman raras veces; por ello se explica a pacientes y familia sobre las implicancias, hay una comunicación médico-paciente y buena relación. En crisis agudas, primero se controla la situación; el objetivo de la medicación es regular síntomas, mejorando áreas cognitivas y afectivas. Para pacientes ambulatorios sin síntomas severos, la mejor estrategia es la educación, mientras que los pacientes estables pueden firmar el consentimiento; cuando están muy psicóticos, la familia termina firmando.

Desde la perspectiva legal de los abogados (EU 4, EU 5, EU 6) los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú, es que en los procedimientos no se incluye una salvaguardia integral de los derechos a la salud, a la igualdad ante la ley, la dignidad humana reconocida en la constitución, si bien es cierto los abogados reconoce las limitaciones estructurales como el estigma social, el escaso acceso a servicios especializados, la economía de las familias, etc., también resaltan que la aplicación del marco jurídico en la realidad social no se realiza, aún hay prácticas de la interdicción en personas con trastornos mentales tratándolos como incapaces absolutos a pesar de que existe los denominados apoyos y ajustes razonables, por ello hay la necesidad de reformas políticas, presupuestos y ejecución.

Los mecanismos que existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación son el Sistema Nacional de Salud, que a través del MINSA y su Plan Nacional de Salud Mental del 2017-2021 indica métricas y organización. Hay centros de salud mental, hospitales psiquiátricos y centros comunitarios; existe la Ley de Protección a la Persona con Discapacidad y la Defensoría del Pueblo. Los mecanismos de supervisión casi no existen y menos en el mercado informal de centros de rehabilitación.

Se demuestra que el acceso a los servicios de salud mental tiene implicancias clínicas y legales, clínicas desde la relación paciente-médico, tratamientos, medicamentos, cantidad de personal y legales como la organización del Estado para crear instituciones, marcos legales, presupuestos que ayuden a un mejor servicio de salud para los pacientes con esquizofrenia.

En segundo lugar, se procede a presentar la categoría *Centros de Salud Mental Comunitarios*, que analiza cómo se puede asegurar que estos cumplan con los estándares de derechos humanos y cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios. A continuación, se presentan las respuestas del análisis.

EU 1: a) Escasez de psiquiatras en Perú (1500 para 33 millones de habitantes). Los centros comunitarios son una buena alternativa que debe expandirse. Es ideal que las personas acudan primero a hospitales de nivel uno, equipándolos adecuadamente para evitar derivaciones innecesarias. b) Falta educación entre médicos y familiares debido al estigma social. Algunos psicólogos intentan tratar casos que requieren intervención psiquiátrica, sobrepasando sus capacidades.

EU 2: a) El diseño de los centros es positivo para descentralizar la atención, pero reciben demasiada demanda. Deberían enfocarse más en prevención y promoción, no solo en medicación, para evitar replicar el modelo hospitalario. b) La burocracia y falta de tiempo afectan el sistema de referencias. Muchos pacientes abandonan el proceso debido a las largas esperas.

EU 3: a) La implementación de centros de salud mental comunitarios y mayor presupuesto son avances positivos, pero la efectividad es cincuenta-cincuenta: algunos centros funcionan bien mientras otros carecen de recursos y personal. Es positivo que existan en todas las provincias, aunque muchas no tienen psiquiatras por la

concentración en Lima. Las visitas domiciliarias para pacientes con mala adherencia son intervenciones potentes pero insuficientes por limitaciones logísticas y de medicamentos. Comparado con hace ocho años, se ha avanzado mucho, aunque actualmente no funciona al cien por ciento. b) Las postas médicas no saben manejar pacientes psiquiátricos, pero están facultadas para emergencias, mientras los centros de salud mental tienen conocimiento, pero solo pueden dar atención ambulatoria, creando un problema donde el paciente queda "peloteado". El sistema formal de referencias generalmente no funciona, recurriendo a coordinaciones informales entre colegas. Otro problema es la saturación de centros especializados con casos que podrían tratarse en centros comunitarios, faltando una redistribución adecuada que permitiría un sistema con menos trabas.

EU 4: a) Evaluar estos centros requiere monitorear las políticas públicas, capacitación del personal, participación de pacientes y familias, seguimiento adecuado, y compromiso social contra el estigma, todo coordinado entre sectores sociales, políticos y económicos. b) La descentralización mediante centros comunitarios debe proteger derechos fundamentales, garantizando tratamientos dignos, accesibles, de calidad y en espacios no restrictivos.

EU 5: a) Perú pertenece a organismos internacionales de derechos humanos, pero recientemente el Estado es reacio a cumplir estándares. Hay barreras burocráticas para personas con discapacidad, con insuficiente representación en instituciones públicas. b) Los centros comunitarios son una buena política estatal que requiere mayor implementación. En San Martín existen centros privados financiados por ONG, pero el Estado debe invertir, implementar y supervisar estos centros a nivel nacional.

EU 6: a) Creo que van por buen camino, aunque no haya siempre especialistas suficientes, no hay medicamentos suficientes". b) Ha sido una decisión inteligente, adecuada, y constitucional donde las municipalidades, los gobiernos locales han tratado de apoyar, y el MINSA, siendo un tema más de gestión pública, antes de un problema de derecho constitucional.

Los psiquiatras (E1, E2, E3) examinan cómo funcionan las intervenciones comunitarias para ayudar a pacientes con esquizofrenia. Tienen en cuenta la falta de recursos y el enfoque comunitario y cultural, y destacan lo siguiente: Escasez de psiquiatras en Perú. Los centros

comunitarios son una opción válida, aunque es ideal que las personas acudan primero a hospitales de nivel uno, equipándolos adecuadamente para evitar derivaciones innecesarias. Los centros de salud comunitarios reciben demasiada demanda; por ello deberían enfocarse más en prevención y promoción, no solo en medicación; debe haber mayor implementación y presupuesto, que existan en todas las provincias, con personal adecuado, visitas domiciliarias para pacientes con mala adherencia insuficiente por limitaciones logísticas y de medicamentos.

Los desafíos que ha encontrado en la implementación del sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental son la falta de educación entre médicos y familiares, el estigma social, psicólogos que intentan tratar casos que requieren intervención psiquiátrica, la burocracia, falta de tiempo, largas esperas; las postas médicas no saben manejar pacientes psiquiátricos, pero están facultadas para emergencias, mientras los centros de salud mental tienen conocimiento, pero solo pueden dar atención ambulatoria. El sistema formal de referencias generalmente no funciona, recurriendo a coordinaciones informales entre colegas. Otro problema es la saturación de centros especializados con casos que podrían tratarse en centros comunitarios, faltando una redistribución adecuada que permitiría un sistema con menos trabas.

Desde la perspectiva legal, los abogados (EU 4, EU 5, EU 6) consideran que se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos. Esto se logra evaluándose, monitoreando las políticas públicas, capacitación del personal, participación de pacientes y familias, seguimiento adecuado y compromiso social contra el estigma. Además, se puede coordinar con los sectores sociales, políticos y económicos. Además, se considera que Perú, a pesar de entablarse en los derechos humanos, el Estado es reacio a cumplir esos estándares. Hay barreras burocráticas para personas con discapacidad.

Las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios son las siguientes: deben proteger derechos fundamentales, requieren mayor implementación, inversión y supervisión, y es un tema más de gestión pública de un problema de derecho constitucional.

En tercer lugar, se procede a presentar la categoría "*Personas de especial protección*" que pretende identificar la legislación actual, el derecho a la autonomía personal, la toma de decisiones, las salvaguardas legales en casos de internamiento involuntario de las personas con trastorno de esquizofrenia. A continuación, se presentan las respuestas del análisis.

EU 1: a) En emergencia psiquiátrica, el 80% del tratamiento utiliza medicamentos y psicofármacos, y solo el 20% psicoterapia, principalmente medicamentos parenterales debido a la naturaleza del paciente. b) El consentimiento informado debe publicarse obligatoriamente en instituciones públicas y privadas. Los servidores administrativos pueden ser obstáculos. Se sugiere incluir el consentimiento en los recetarios que los laboratorios proporcionan a médicos.

EU 2: a) En cuadros agudos de emergencia, corresponde el tratamiento farmacológico para contener a la persona y evitar autolesiones o daños a terceros. b) En cuadros agudos, el consentimiento puede no ser efectivo, pero en consulta es necesario informar tanto al paciente como a la familia sobre el propósito y los efectos secundarios más frecuentes de los medicamentos.

EU 3: a) Una emergencia psiquiátrica requiere diagnóstico, síntoma grave con riesgo y que no pueda manejarse ambulatoriamente. Se sigue un protocolo: primero contención verbal con “show de fuerza” y explicación del rol profesional, ofreciendo comodidades. Si no funciona, se da medicación oral, luego parenteral, y si es necesario, se usa sujeción mecánica temporal. Siempre se informa a la familia para evitar malentendidos. b) En el instituto, los pacientes pasan 24-48 horas en aislamiento por posible agresividad. Aunque estén psicóticos, se les explica el tratamiento. Luego, en consultas diarias, se detallan nombre del medicamento, dosis, efectos y riesgos. La psicosis no impide toda comprensión. También se educa a la familia, siguiendo normas ético-legales y de seguridad.

EU 4: a) La Ley 29.737 regula el internamiento involuntario basado en principios de protección y excepcionalidad, requiriendo justificación médica, autorización judicial, defensa legal y seguimiento. b) El internamiento involuntario debe usarse con precaución, respetando derechos humanos y promoviendo atención integral. Las críticas incluyen falta de recursos, coerción y estigma.

EU 5: a) El estado debe investigar para conocer cuántas personas tienen esta discapacidad, sus capacidades y las barreras que enfrentan. Después, se pueden presentar proyectos mediante iniciativa legislativa, política estatal o amparo colectivo. b) El internamiento voluntario ocurre por decisión personal. El dilema ético no está entre el paciente y quien lo asiste, sino entre los familiares que dejan al paciente.

EU 6: a) hay un cambio drástico en la forma en que se toman decisiones y los impedimentos relacionados con enfermedades mentales, según el código, ya no están vigentes, las personas con discapacidad pueden tomar decisiones, aunque los apoyos funcionan mejor en discapacidad intelectual como es el apoyo de la familia mientras en discapacidad psicosocial las personas están solas y están alejados de su familia. b) Lo complicado es saber si el internamiento involuntario debería existir, con salvaguardias como tiempo limitado y decisión judicial. Lo ideal sería acuerdos previos con la persona con crisis, aunque no es obligatorio y queda la duda si es constitucional.

Los médicos psiquiatras (E1, E2, E3) explican que, en el contexto de emergencias psiquiátricas, los enfoques terapéuticos que consideran más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia son los siguientes: el 80% del tratamiento utiliza medicamentos y psicofármacos, y solo el 20%, psicoterapia, principalmente medicamentos parenterales, en cuadros agudos de emergencia, corresponde el tratamiento farmacológico para contener a la persona, requiere diagnóstico, el síntoma grave con riesgo y que no pueda manejarse ambulatoriamente, es decir, se sigue un protocolo: la contención verbal con “show de fuerza” y explicación del rol profesional, ofreciendo comodidades. Si no funciona, se da medicación oral, luego parenteral, y si es necesario, se usa sujeción mecánica temporal. Siempre se informa a la familia para evitar malentendidos.

Ellos aseguran que el consentimiento informado sobre los psicofármacos siga las recomendaciones de las GPC-BE. Proponen mejoras para que los pacientes estén completamente informados sobre los riesgos y efectos negativos mediante lo siguiente: el consentimiento informado debe publicarse obligatoriamente en instituciones públicas y privadas. Se sugiere incluir en los recetarios que los laboratorios proporcionan a médicos. En cuadros agudos, el consentimiento puede no ser efectivo, pero en consulta es necesario informar tanto al paciente como a la familia. En un instituto nacional del Perú de salud mental, los pacientes pasan 24-48 horas en aislamiento por posible agresividad. Aunque estén psicóticos, se les explica el tratamiento y en consultas diarias, se detallan los medicamentos. La psicosis no impide toda comprensión. También se educa a la familia, siguiendo normas ético-legales y de seguridad.

Desde la perspectiva legal, los abogados (E4, E5, E6) consideran que la legislación actual aborda el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con

esquizofrenia con lo siguiente: la Ley 29.737 que regula el internamiento involuntario basado en principios de protección y excepcionalidad, con justificación médica, judicial, defensa legal y seguimiento. El estado debe tener datos de la cantidad de personas con esta discapacidad, sus capacidades y las barreras que enfrentan y presentar proyectos legislativos, políticos o de amparo colectivo. Se evidencia que la toma de decisiones y los impedimentos relacionados con enfermedades mentales, según el código, ya no están vigentes; las personas con discapacidad pueden tomar decisiones, aunque los apoyos funcionan mejor para salvaguardarlas.

En casos de internamiento involuntario, las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético son las siguientes: el internamiento involuntario debe respetar los derechos humanos, se evidencia que hay falta de recursos, coerción y existe estigma. Existe un dilema ético respecto del consentimiento de la propia familia. Para el internamiento involuntario hay salvaguardias como el tiempo limitado y la decisión judicial. Lo ideal serían acuerdos previos con la persona con crisis, y queda la duda de si es constitucional.

Por último, se procede a presentar la categoría *Causas y Factores de Riesgo* que aborda la legislación peruana respecto del equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis y las estrategias que podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos. A continuación, se presentan las respuestas del análisis:

EU 1: a) En la evaluación de pacientes con esquizofrenia se consideran los niveles de alteración del pensamiento, las alucinaciones auditivas y audiovisuales, y principalmente si puede causarse daño a sí mismo o a otros, lo que justificaría su internación. Es un paciente crónico que requiere medicación constante y control médico, existiendo responsabilidad médica cuando estos pacientes generan daño por su condición. b) Para minimizar riesgos es necesaria la capacitación del familiar responsable, controles mensuales, formar a profesores, jefes y servicios de salud, implementar medicina preventiva y sensibilizar a la sociedad. Una discapacidad mental no limita la felicidad o el conseguir trabajo, se puede lograr una vida cotidiana normal con medicación y controles adecuados.

EU 2: a) En evaluación clínica, es importante ver la mejoría del paciente, informar sobre efectos secundarios y considerar cómo se siente con el esquema farmacológico.

b) No centrarse solo en medicamentos, sino en prevención e intervención temprana para evitar deterioro cognitivo que dificulte trabajo o estudios.

EU 3: a) Más que “factores de riesgo”, se habla de consideraciones al evaluar pacientes con esquizofrenia: tratarlos con respeto, optimizar el tiempo, explicar el tratamiento y dar esperanza. En emergencias, observar lenguaje corporal, tono y actitud; mostrar las manos, evitar contacto visual directo y hablar claro. No se deben minimizar molestias físicas ni atribuir las solo al cuadro psicótico. Tienen 15 años menos de expectativa de vida por riesgos propios de los síntomas, efectos de medicamentos y poca atención médica general. b) Primero, hablar del tema sin estigmas y normalizar el diagnóstico. Segundo, mejorar la formación en salud mental desde pregrado y residencia. En otros países, el primer nivel de atención detecta síntomas prodrómicos y deriva a centros comunitarios, donde se hacen intervenciones no farmacológicas para reforzar funciones cognitivas y así prevenir o retrasar la enfermedad.

EU 4: a) La legislación peruana busca equilibrar libertad personal y tratamiento involuntario. La constitución garantiza libertad personal, pero la ley reconoce la necesidad de tratamiento en crisis. Se requiere autorización judicial, derecho a defensa y seguimiento médico. Falta un enfoque interdisciplinario. b) La esquizofrenia afecta a millones de personas. El tratamiento debe basarse en derechos humanos. Muchos profesionales no diferencian entre conceptos básicos, lo que impide crear estrategias efectivas sin enfoque interdisciplinario.

EU 5: a) La constitución regula la libertad individual, pero con limitaciones. Para personas con discapacidad llevadas contra su voluntad, se debe considerar la protección personal y que su autonomía está afectada. El estado interviene para proteger un interés mayor. b) Las estrategias deben venir primero del Estado, luego de la sociedad civil y finalmente de la academia. Se sugiere incluir porcentajes de personas con discapacidad en concursos públicos y privados. Sin apoyo político, solo quedaría el amparo judicial.

EU 6: a) La ley de salud mental regula el internamiento involuntario mediante aval psiquiátrico. Legalmente son 12 horas, pero el reglamento permite 72 horas, creando una situación extralegal que funciona en la práctica. b) La esquizofrenia tiene

componentes genéticos y sociales. Se necesitan políticas públicas de educación, concientización, empleo digno y principalmente vivienda, además de alimentación para prevenir la drogadicción. Son esenciales políticas redistributivas amplias.

Los médicos psiquiatras (EU 1, E2, E3) consideran que los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia son los siguientes. Los niveles de alteración del pensamiento, las alucinaciones auditivas y audiovisuales, y si puede causarse daño a sí mismo o a otros, lo que justificaría su internación. Si es un paciente crónico que requiere medicación constante y control médico, también debe observarse la mejoría del paciente, informar sobre efectos secundarios y considerar cómo se siente con el esquema farmacológico. Observar lenguaje corporal; no se deben minimizar molestias físicas ni atribuirse solo al cuadro psicótico.

Las intervenciones tempranas que consideran más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental son las siguientes. Es necesaria la capacitación del familiar responsable, controles mensuales, formar a profesores, jefes y servicios de salud, implementar medicina preventiva y sensibilizar a la sociedad. Hablar del tema sin estigmas y normalizar el diagnóstico.

Desde la perspectiva legal, los abogados (E4, E5, E6) explican que la legislación peruana aborda el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis de la siguiente manera: La constitución garantiza libertad personal, libertad individual, pero la ley reconoce la necesidad del tratamiento en crisis con los requisitos de la autorización judicial, el derecho a defensa y seguimiento médico. Falta un enfoque interdisciplinario. Para personas con discapacidad llevadas contra su voluntad, se debe considerar la protección personal y que su autonomía está afectada. El Estado interviene para proteger un interés mayor. La ley de salud mental regula el internamiento involuntario mediante aval psiquiátrico. Legalmente, son 12 horas, pero el reglamento permite 72 horas, creando una situación extralegal que funciona en la práctica.

Las estrategias que podrían aplicarse desde la perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia considera las siguientes: El tratamiento debe basarse en derechos humanos. Las estrategias deben venir primero del Estado, luego de la sociedad civil y finalmente de la academia. Sin apoyo político, solo quedaría el amparo judicial. La esquizofrenia tiene componentes genéticos

y sociales. Se necesitan políticas públicas de educación, concientización, empleo digno y, principalmente, vivienda y alimentación. Son esenciales políticas redistributivas amplias.

La responsabilidad del Estado toma un papel muy importante para el planteamiento de propuestas de reforma legal o mejora institucional; es parte de su obligación, según constitución y convenios internacionales ratificados por el Perú, el garantizar el derecho a la salud mental, en su prevención, en el proceso y el tratamiento. Por ello, se propone plantear la creación de una ley de salud mental para personas con esquizofrenia como la ley contra el cáncer, que exiga la obligatoriedad de atención en el servicio de salud estatal y privado de modo gratuitos respaldados con seguros, que garantice los procedimientos especializados en los internamientos, en la supervisión, en las acciones de cumplimiento, con una asignación presupuestaria apartada de las otras ramas de salud en general.

CONCLUSIONES

PRIMERO: Las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú evidencian que la situación actual configura un estado de cosas inconstitucional, debido a la transgresión y falta de salvaguardia de los derechos fundamentales a la salud y a la libertad por parte del Estado. El acceso a los servicios de salud para estas personas enfrenta múltiples barreras estructurales que profundizan la vulnerabilidad de quienes padecen esta condición. Aún hay prácticas de interdicción en personas con trastornos mentales tratándolos como incapaces absolutos a pesar de que existe los denominados apoyos y ajustes razonables con la reforma del Código Civil.

SEGUNDO: Una de las principales dificultades es la barrera demográfica, ya que la gran mayoría de especialistas en psiquiatría se concentran en Lima, lo que genera una marcada desigualdad frente a las demás regiones del país, donde la atención especializada es muy limitada o inexistente. A ello se suma la barrera del sistema de referencias, el cual es excesivamente procedimental, burocrático y tardío, lo que retrasa el acceso oportuno a diagnósticos y tratamientos adecuados. Asimismo, los hospitales especializados de nivel 3 se encuentran saturados de pacientes, lo que limita su capacidad de brindar un servicio de calidad y atención integral.

TERCERO: Otro problema fundamental es la barrera económica, pues el presupuesto asignado al sector resulta insuficiente, lo que se traduce en una escasez de medicamentos, servicios

limitados y la obligación de muchos pacientes de acudir a centros privados que resultan inaccesibles económicamente. Si bien la creación de los centros comunitarios de salud mental ha representado un avance significativo, acercando la atención ambulatoria a las comunidades y contribuyendo a reducir las barreras geográficas, estos aún requieren mejoras en infraestructura, recursos humanos y equipamiento.

CUARTO: La educación del personal de salud constituye también una limitación significativa, ya que muchos profesionales carecen de la formación adecuada para atender a pacientes con esquizofrenia. En algunos casos, los psicólogos han asumido funciones propias de los psiquiatras, como la prescripción de fármacos, lo que representa un riesgo para la salud de los pacientes y refleja una deficiencia en la organización del sistema.

QUINTO: En cuanto al marco normativo, si bien la legislación actual ofrece una protección parcial de los derechos de las personas con esquizofrenia, se han promulgado normas relevantes como la Ley N.º 29737, que regula el internamiento involuntario bajo límites y condiciones estrictas, buscando un equilibrio entre el derecho a la libertad y la garantía del derecho a la salud. Del mismo modo, en el año 2021 se aprobó la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030. Esta fue formulada por el MIMP y el CONADIS. Establece siete objetivos estratégicos orientados a garantizar una mejor atención, accesibilidad y no discriminación hacia las personas con discapacidad en los diferentes entornos sociales.

SEXTO: Aunque se han logrado avances en las leyes y políticas para mejorar la situación de las personas con esquizofrenia, las aun limitaciones se tienen que superar exigiendo el fortalecimiento de los recursos humanos, la infraestructura, descentralizar los servicios y garantizar una adecuada asignación presupuestal. Se sugiere como solución crear una ley personalizada para garantizar los derechos de salud de las personas con esquizofrenia, como es la ley contra el cáncer, que significaría que la ley para las personas con esquizofrenia exiga la obligatoriedad de atención en el servicio de salud estatal y privado de modo gratuitos respaldados con seguros, declarándose de interés nacional, estableciendo una tasa mínima de inversión en salud.

REFLEXIONES

Enmarcarse en un estado de cosas inconstitucional significa un grave descuido por parte del Estado. La situación actual evidencia una transgresión continua del derecho a la salud mental y a la libertad de personas en condiciones de vulnerabilidad. Al tratarse de una problemática de gran escala, queda demostrado que las políticas públicas vigentes no están funcionando adecuadamente. La concentración de psiquiatras en la capital revela una clara desigualdad en la distribución de recursos entre las distintas regiones del país, lo que responde a políticas públicas que no se adecúan a la realidad nacional y que, en muchos casos, priorizan las zonas urbanas dejando de lado las áreas rurales. Esta situación genera una barrera geográfica, pues las personas con esquizofrenia deben recorrer largas distancias para obtener una cita médica, cuando logran acceder a ella.

El sistema de referencias, por su parte, constituye otro obstáculo, ya que dificulta la atención temprana en los servicios de salud mental debido a sus procedimientos excesivamente burocráticos y lentos. A ello se suma la saturación de los servicios estatales por la gran demanda de pacientes, lo que agrava aún más la situación. En el aspecto económico, el presupuesto asignado a la salud mental es deficiente, lo que genera limitaciones y exclusiones frente a otras áreas de la salud. La falta de abastecimiento suficiente de medicamentos obliga a que muchas familias opten por suspender los tratamientos o acudir al sector privado, cuyos costos resultan exorbitantes. Los centros comunitarios de salud mental representan una alternativa prometedora, pero aún no cuentan con el apoyo necesario en términos de abastecimiento, financiamiento y recursos humanos.

En relación con la formación de los profesionales de salud, persisten deficiencias que afectan directamente la calidad de la atención brindada a los pacientes con esquizofrenia. La falta de preparación específica en el manejo integral de estos casos constituye una barrera significativa. Además, la controversia en torno a la delimitación de competencias entre psiquiatras y psicólogos puede generar errores que repercuten negativamente en la salud de los pacientes, al inducir a tratamientos inadecuados o innecesarios.

En cuanto al marco normativo, el Perú ha mostrado un desarrollo progresivo en la protección de los derechos de las personas con esquizofrenia. Destacan la Ley N.º 29737, que regula los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales desde

2011; el Plan Nacional de Salud Mental de 2014, con sus lineamientos de accesibilidad e implementación de centros comunitarios; y la reforma del Código Civil que reconoce la capacidad jurídica de las personas con trastorno mental. Sin embargo, aún persisten incongruencias en los textos normativos, como los plazos establecidos en horas para los internamientos, así como deficiencias en la supervisión de los servicios de salud mental, especialmente en el sector informal. A esto se suma la escasa representación de la salud mental en las estructuras estatales y la falta de un enfoque interdisciplinario que garantice una atención verdaderamente integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrest, M., Rosales, M., Matkovich, A., Cabrera, R., Pinto, R., Paternina, J., Fernández, M., Ardila, S., & Velzi, A. (2022). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la atención de personas con discapacidad psicosocial: Perspectiva de trabajadores. *Revista Argentina de Salud Pública*, 4(1), 47-47. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2022000200047&lang=es
- Alarcón, R. (2015). Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(1), 1-2. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972015000100001&script=sci_arttext&tlng=pt
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2018). *La salud mental como un derecho humano*. <https://www.ohchr.org/es/stories/2018/05/mental-el-derecho-humano>
- Alvarado, L., y García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, 9(2), 187-202. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011837011.pdf>
- Antinori, J. (2022). *Análisis de la implementación y gestión del Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto del distrito de Villa María del Triunfo, sustentado en el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021”*. [Tesis para obtener grado de maestría]. Repositorio Universidad Pontificia Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/22366>
- Arroyo, J., & La Chira, P. (2023). Factores asociados a los desplazamientos de la demanda en salud en Perú, 2007-2021: Un modelo discreto de privatización e informalización. *Gerencia y Políticas de Salud*, 22(1), 1-23. <https://www.proquest.com/docview/3039087462/fulltextPDF/55B7467EE756484CPQ/23?sourcetype=Scholarly%20Journals>

- Blumen, S. (2024). *Cambios en la ley de salud mental*. Punto Edu: Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://puntoedu.pucp.edu.pe/coyuntura/dra-sheyla-blumen-cambios-en-la-ley-de-salud-mental/>
- Bojórquez, E., Chacón, O., Rivera, G., Donadío, G., Stucchi, S., Cihuas, C., Rosas, M., & Llanos, A. (2012). Colegio Médico del Perú: Propuesta de reforma de la salud mental en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 29(1), 43-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3925973>
- Buendía, A., Cárdenas, W., Villanueva, R., & Lescano, G. (2022). Políticas públicas en Sistema Nacional de Salud en el Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 27(99), 1280-1291. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8890732>
- Calizaya, J., Pacheco, M., Alemán, Y., Zapata, F., Caldichoury, N., Lopez, N., Ramos, L., & Soto, M. (2022). Propiedades psicométricas de la escala de salud mental positiva en Arequipa (Perú). *Anales de Psicología*, 38(1), 76-84. <https://www.proquest.com/docview/2807083680/55B7467EE756484CPQ/4?source=Scholarly%20Journals>
- Cavero, V., et al. (2020). *Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú*. Organización Panamericana de Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52978?show=full>
- Chunga, M. (2021). *El internamiento y la hospitalización involuntaria de personas con discapacidad psicosocial en el ordenamiento jurídico peruano*. [Tesis para obtener título]. Repositorio Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/items/68236c99-1a76-486d-ab2f-9990f896927f>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2000). Informe anual 2000: Capítulo VI - Los derechos de las personas con discapacidad. <https://cidh.oas.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>
- Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad. (2020). Declaración sobre la COVID-19 y los derechos humanos de las personas con discapacidad.

<https://www.ohchr.org/en/news/2020/06/statement-covid-19-and-human-rights-persons-disabilities?LangID=E&NewsID=25942>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible *de salud*. <https://www.acnur.org/filete/Docu/BDL/2001/1451.pdf>

Congreso de la República del Perú. (1993). Constitución política del Perú. <http://www.pcm.g.o/w-conteo/upl/201/09/C-Pol%C3%ADt-del-Perú-19.pdf>

Congreso de la República del Perú. (2012). Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-rec-violencia/contenedor-dgcvg-rec/contenidos/Legisl/Ley-general-de-la-per-con-Discapacidad-29.pdf>

Congreso de la República del Perú. (2019). Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. <https://busquedas.elperu.gob.pe/norma/a-de-salud-mental-el-n-3-1772004-1>

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. (2021). Anuario estadístico 2020 del Registro Nacional de la Persona con Discapacidad. <https://www.gob.pe/institucion/consejo-nacional-de-integracion-de-la-persona-con-discapacidad/informes-publicaciones/27456-anuario-estadistico-2-del-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad>

Constantino Caycho, R. A., & Bregaglio Lazarte, R. A. (2022). La compleja comprensión del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *IUS ET VERITAS*, (64), 156-176. <https://doi.org/10.18/iusetver.20220>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1999). INFORME N° 63/99. CASO 11.427. VÍCTOR ROSARIO CONGO. ECUADOR. <https://cidh.oas.org/annualrep/98span/Fondo/Ecuador%2011.427.htm>

Cusihuamán, N., Vilela, A., Diez, F., Cavero, V., & Villareal, D. (2023). Experiencias de usuarios y familiares sobre la atención recibida en centros de salud mental comunitaria de Lima y Callao durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(3), 278-86. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2023.v40n3/278-286/#>

Custodio, N., Garcia, A., Montesinos, R., Escobar, J., & Bendezú, L. (2008). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(4), 233-238. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8415333>

Defensoría del Pueblo del Perú. (s.f.). *Mecanismo Independiente para promover, proteger y supervisar la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad – MICDPD*. <https://www.defensoria.gob.pe/mecanismo-independiente-para-promover-y-supervisar-la-convencion-sobre-derechos-de-personas-con-discapacidad-micdpd/>

Defensoría del pueblo y Ministerio de salud. (2004). Promoviendo los derechos humanos y la salud mental. Los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad por enfermedad mental. https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1021_CPS8.pdf

Defensoría del Pueblo. (2018). Defensoría del Pueblo: urge fortalecer inversión en salud mental para garantizar atención descentralizada y de calidad. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-urge-fortalecer-inversion-en-salud-mental-para-garantizar-atencion-descentralizada-y-de-calidad/>

Defensoría del Pueblo. (2018). El derecho a la salud mental: Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. <https://www.defensoria.gob.pe/w-cont/subidas//2018/12/En-Defiendo-N%C2%%NO--180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>

Defensoría del pueblo. (2018). Nota de Prensa N° 380/OCII/DP/2018. Ocho de cada 10 personas no reciben atención en salud mental pese a requerirlo. <https://www.defensoria.gob.pe/ocho-de-cada-10-personas-no-reciben-atencion-en-salud-mental-pese-a-requerirlo/>

Defensoría del pueblo. (2020). Defensoría del Pueblo: Estado peruano debe priorizar la atención de la salud mental. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-priorizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>

- Defensoría del Pueblo. (2022). Serie de informes especiales n.º 004-2022-DP. <https://www.defensoria.gob.pe/informes/serie-de-informes-especulacion-n-004-2022-dp/>
- Denchev, P., Pearson, J. L., Allen, M. H., Claassen, C. A., Currier, G. W., Zatzick, D. G., & Schoenbaum, M. (2017). Modeling the cost-effectiveness of interventions to reduce suicide risk among hospital emergency department patients. *Psychiatric Services, 69*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600351>
- Diaz, C. (2021). *Análisis de la implementación de políticas de salud mental en el Perú. El caso de los centros de salud mental comunitarios*. [Tesis para obtener grado de Doctor]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58795/D%C3%ADaz_VAC-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Dotti, G. (2024). Salud mental en Uruguay: Ley 19.529 desde su implementación hasta la actualidad. (2024). *Revista Uruguaya de Enfermería, 19*(1). http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-03712024000101200
- El Comercio. (2024). *Gobierno de Uruguay anuncia centro comunitario para atender salud mental*. <https://www.elcomercio.com/actualidad/mundo/gobierno-uruguay-centro-comunitario-salud-mental/>
- El peruano. (2023). Salud mental: casos atendidos por Minsa se incrementaron en casi 20 % durante el 2022. <https://www.elperuano.pe/noticia/210845-salud-mental-casos-atendidos-por-minsa-se-incrementaron-en-casi-20-durante-el-2022>
- Enfoque Derecho. (2019). La nueva ley de salud mental: avances y aspectos problemáticos. Enfoque Derecho. <https://enfoquederecho.com/la-nueva-ley-de-salud-mental-avances-y-aspectos-problematicos/>
- Espinoza, J., & Fernández, L. (2021). Estrategias de intervención en salud mental en el contexto de la pandemia. *Revista de Salud Mental, 10*(1), 12-29. <https://openjournal.in.hongo.p/revis/asm/articulo/ver/44>

- Federación Iberoamericana del Ombudsman. (2018). Orientaciones Para La Implementación Y El Fortalecimiento Del Mecanismo De Supervisión De La Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad Por Parte Del Ombudsman. Sistematización De Experiencias En Procesos De Implementación. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/09/ORIENTACIONES-DISCAPACIDAD-FINAL.pdf>
- Fernandez, M. (2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Opinión y debate. *Revista de derechos humanos*, (11), 10-17. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25716.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Directrices para un lenguaje inclusivo en el ámbito de la discapacidad*. <https://www.unicef.org/peru/archivos/2021-10/DIRECTOS%20PARA%20UN%20LENGUAJE%20EL%20C3%81%20DE%20LA%20DISCAPACIDAD.pdf>
- Garcia, V. (2018). La dignidad humana y los derechos Fundamentales. *Derecho y Sociedad*, (51), 13-31. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7793041.pdf>
- Gobierno del Perú. (2004). *Ley N° 27715: Ley de protección de personas con discapacidad*. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1772004-1>
- Guillen, C. (2019). *Personas con discapacidad psicosocial: invisibles, pero discriminadas*. Bajo Lupa. <https://documenta.org.mx/blog-documenta/2018/08/08/personas-con-discapacidad-psicosocial-invisibles-pero-discriminadas/>
- Gutiérrez, M. (2023). Ética y salud mental: Una aproximación desde la bioética. *Bioética: Revista Iberoamericana*, 14(1), 45-62. <https://r.citas.e/indice.php/biografia-revi-iber/articulo/vista/19275/17672>
- Henao, S., Quintero, A., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, E. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica. Un estado del arte. Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia. *Facultad Nacional de Salud*, 34(2), 184-192. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5505908>

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (Uruguay). (2020). *MSP aprobó Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP). (2024). *Lo bueno, lo malo y lo feo del reglamento de la Ley General de la Persona con Discapacidad*. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/boletin-eventos/lo-bueno-lo-malo-y-lo-feo-del-reglamento-de-la-ley-general-de-la-persona-con-discapacidad-4409/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad. <https://www.inei.gob.pe/med/Menú/pub.De/Este/Lib117/ENVÍO%2020%20--%20CO.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). Nota de prensa: en el Perú 1 millón 575 mil personas presentan algún tipo de discapacidad. <https://m.inei.gob.pe/media/menurecursivo/noticias/np-178-2013.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). Perú: Caracterización de las condiciones de vida de la población con discapacidad. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5357753-peru-caracterizar-de-las-condiciones-de-vida-de-la-poblacion-c-discapacidad-2022>
- López, J. (2019). La conceptualización de la discapacidad a través de la historia: una mirada a través de la evolución normativa. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 69(273), 1-48. <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2019.273-2.68632>

- López, M., & Pérez, J. (2020). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 52(9), 641-648. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rigor-investigacion-cualitativa-13354>
- Lowder, E. M., Rade, C. B., & Desmarais, S. D. (2017). Effectiveness of mental health courts in reducing recidivism: A meta-analysis. *Psychiatric Services*, 69(1), 15–22. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700107>
- Machengo, B. (2023). El efecto de un programa de psicoterapia de telesalud en la salud mental de jóvenes en alto riesgo psicosocial. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologías de Informação*, 50(1), 106-117. <https://www.proquest.com/docview/2876939587/fulltextPDF/55B7467EE756484CPQ/7?sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Madera, R. (2019). 8 barreras que romper para defender los derechos de las personas con discapacidad. *Haz Revista. Periodismo que transforma*. <https://hazrevista.org/rsc/2019/09/8-barreras-que-romper-para-defender-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/>
- Martínez, C. (2021). *Estigma de los profesionales de la salud hacia las personas con trastorno mental*. [Tesis para obtener grado de Doctor]. Repositorio Universidad de Alicante. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=301713>
- Martínez, V. (2013). *Paradigmas de investigación: Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación: Una visión desde la epistemología dialéctica crítica*. Universidad de Sonora. https://pics.unisono.mx/wp-content/uploads/2013/11/7_Paradigmas.pdf
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Revista Salud Mental*, 38(1), 53-58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
- Mesquita, A. (2015). *Salud mental y exclusión social: Un análisis a partir de la esquizofrenia*. [Tesis para obtener grado de Doctor]. Repositorio Universidad de Oviedo.

https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33960/TD_alinedemesquita.pdf?sequence=1

Ministerio De La Mujer Y Poblaciones Vulnerables. (2020). Política Nacional en Discapacidad para el desarrollo. <https://sistemas.conadisperu.gob.pe/normativos/public/uploads/archivos/3-pnnd-iDJWZLgknyyT.pdf>

Ministerio de La Mujer y poblaciones vulnerables. (2021). La discapacidad en el Perú: Una mirada desde las diversas fuentes producidas en los últimos 10 años. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2102799/%20Estudio%206%20%7C%20Discapacidad%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). Propuestas y acciones para la protección y promoción de los derechos de las poblaciones. <https://www.mimp.gob.pe/files/novedades/propuestas-acciones-proteccion-promocion-derechos-poblaciones-vulnerables.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (s.f.). Política Nacional en Discapacidad para el Desarrollo. <https://www.unife.edu.pe/defensoria/POLITICA%20NACIONAL%20EN%20DISCAPACIDAD%20PARA%20EL%20DESARROLLO.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. (2023). Establecimientos de salud del MINSA atendieron más de 85,000 casos de esquizofrenia. <https://www.gob.pe/ins/minsa/noticias/968553--establecimiento-de-salud-del-minsa-atendieron-pero-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>

Ministerio de Salud del Perú. (2023). *Establecimientos de salud del MINSA atendieron más de 85,000 casos de esquizofrenia.* <https://www.gob.pe/institu/minsa/noticias/968553-establecer-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>

Ministerio de Salud. (2024). *MINSA sustentó presupuesto para el año fiscal 2025.* <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1039535-minsa-sustento-presupuesto-para-el-ano-fiscal-2025>

- Ministerio de Salud. (2024). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6490994/5622014-pnmdd-ie-2023-f-f.pdf?v=1718678250>
- Ministerio de Salud. (2025). *Reporte de Seguimiento del Programa Presupuestal 0131*.
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2025/reporte-seguimiento/Reporte_PP_0131_2025_I.pdf
- Miranda, J., & Carrillo, M. (2023). Desafíos en la atención de salud mental en Perú: Un análisis crítico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(3), 278-286. <https://www.scielosp.org/a/revoluciones/2023.v40/278-286/#>
- Morales, M. (2022). *Sin cobertura para salud mental: aseguradoras privadas excluyen tratamientos y el Estado no se da abasto*. La República.
<https://data.larepublica.pe/sin-cobertura-para-salud-mental-aseguradoras-privadas-excluyen-tratamientos-y-el-estado-no-se-da-abasto/>
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (2024). El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes. El ACNUDH y el derecho a la salud.
<https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
<https://www.un.org/esa/so/habilitar/documentos/tccconvs.pdf>
- Naciones Unidas. (2020). La COVID-19 ha agravado el descuido histórico de la atención de la salud mental digna, en especial para los que se encuentran en instituciones, según experto de las Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/2020/06/covid-19-tiene-ex-histórico-n-De-metro-salud-atención-especialmente-aquellos>
- Odicio, M. (2022). La salud mental como derecho constitucional fundamental y el papel del Estado peruano. *Revista Pacha Derecho y Visiones*, 3(1).
<https://fcjp.derecho.unap.edu.pe/rp/inde.php/rp/articulo/vi/62/25>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2020). Derecho a la salud: ¿cómo resolver el conflicto ético de la asistencia colapsada?

<https://www.unesco.org/es/articles/derecho-la-salud-como-resolver-el-conflicto-etico-de-la-asistencia-colapsada>

Organización Mundial de la salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión Abreviada. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445;jsessionid=1BE2C4C664F35D3BC5FBD3DC39D39EEF?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Atlas de salud mental 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Esquizofrenia. <https://www.who.int/es/sala-de-noticias/hecho--hojas//detalle/esquizofrenia>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Día Mundial de la Salud Mental 2023: La salud mental es un derecho humano universal*. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2023---mental-health-is-a-universal-human-right>

Organización Mundial de la salud. (2023). Discapacidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). "No hay salud sin salud mental". <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud mental: Documento de referencia sobre modelos y requisitos mínimos para la red de atención*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-documento-referencia-sobre-modelos-requisitos-minimos-red-atencion>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. Iris. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56176/9789275325933_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Salud Mental en América Latina y el Caribe: Informe del Banco Interamericano de Desarrollo*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56176/9789275325933_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Servicios de salud mental en hospitales: promover enfoques centrados en la persona y basados en los derechos*. Iris <https://iris.who.int/handle/10665/341647>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estigma en salud mental*. https://www.paho.org/sites/default/files/estigma-en-salud-mental_0.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Panorama de la salud mental en América Latina y el Caribe 2022-2023*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57798>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Salud mental: Perfil país Brasil*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-brasil>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Discapacidad*. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Perú evalúa su gestión presupuestal para mejorar salud mental de la población*. <https://www.paho.org/es/noticias/13-6-2025-peru-evalua-su-gestion-presupuestal-para-mejorar-salud-mental-poblacion>
- Pereda, E. (2011). *Los derechos de las personas con discapacidad mental Manual para aplicar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en los centros de salud mental del Perú*. Pontificia Universidad Católica del Perú. https://lum.cultura.pe/cdi/sites/default/files/libro/pdf/manual_salud_mental02-1_0.pdf
- Pérez, B. (2021). De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad psicosocial a partir de una intervención situada. *Interdisciplina*, 9(25), 233-256. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-57052021000300233&lng=es&nrm=iso

- Pérez, J. (2010). Diseño etnográfico: una estrategia de investigación en contextos educativos. *Revista de Investigación Educativa*, 28(2), 287-299. <https://www.redalyc.org/journal/4779/477963932010/html/>
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2015). Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. *Salud mental*, 38(5), 337-445. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7455142>
- Ponce, C. (2015). “*Radio Descosidos*”, una experiencia en salud mental comunitaria con usuarios de un hospital especializado de Lima. [Tesis para optar grado de Maestría]. Repositorio Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4440c064-c0b8-4177-a107-d89b9a59a3f6/content>
- Quijano, O. (2016). La salud: Derecho constitucional de carácter programático y operativo. *Derecho & Sociedad*, (47), 306-319. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/18893>
- Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>
- Rojas, Á., Castaño, G., & Restrepo, B. (2018). Salud mental en Colombia: Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052018000200129
- Rondón, M. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237-238. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001
- Saco Chung, V. (2010). El derecho a la salud en el derecho internacional: Un mínimo común denominador universal y las obligaciones que de este emanan. *Derecho & Sociedad*, (35), 305-312. <https://revistas.pu.edu.pe/dónde.php/derechoysociedad/artículo/vida/13309>

- Sánchez, A. (2015). El escenario de investigación y su importancia en el proceso investigativo. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 26(2), 1-8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000200013#:~:text=%E2%80%9CEntendemos%20por%20escenario%20de%20investigaci%C3%B3n,participar%20en%20la%20investigaci%C3%B3n%E2%80%9D%208
- Sculco, C., Meneguzzo, M., & Albanese, E. (2025). How can access to mental health services in Switzerland be improved in the aftermath of the COVID-19 pandemic? *Public Health Reviews*, 46(1), 1-25. <https://doi.org/10.3389/phrs.2025.1607659>
- Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. N° Serie C 149, 4 de julio de 2006. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf
- Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. N° Serie C 205, 31 de agosto de 2012. <https://jur.corte.o.cr/v/corte-i-caso-f-88>
- Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. N° 03426-2008-PHC/TC, 26 de agosto de 2010. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2010/03426-2008-HC.html>
- Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. N° 03081-2007-AA, 8 de noviembre del 2008. <https://www.tc.gob.pe/jurisp/2008/03081-2-AA.html>
- Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. N° 476/2020, 18 de agosto de 2020. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2020/05048-2016-AA.pdf>
- Tamayo, P., Riera, G., Silva, S., Marcacuzco, L., & Palomino, R. (2023). Una gobernanza eficiente para mejorar el bienestar social de los ciudadanos a partir de su salud mental. *Analecta Política*, 13(25), 1-15. <https://www.proquest.com/docview/2846853244/55B7467EE756484CPQ/11?sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Ticona, P. (2014). *El derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI ¿un derecho protegido o un derecho postergado por el estado peruano*. [Tesis de maestría]. Repositorio Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5560>

- Tomás, M. (2023). *Percepción de calidad de los cuidados psiquiátricos en el ámbito de salud mental comunitaria desde la perspectiva de los profesionales y de los usuarios*. [Tesis para obtener grado de Doctor]. Repositorio Universidad de Barcelona. https://diposit.ub.edu/dsp/bitstr/2445/201160/1/MTJ_TESIS.pdf
- Tribunal Constitucional del Perú: centro de estudios constitucionales. (2022). *Cuadernos De Jurisprudencia (Nueva Época): Derechos De Las Personas Con Discapacidad*. LP. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2022/09/Derechos-de-las-personas-con-discapacidad->
- Tupac, D. (2017). *Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud – Lima*. [Tesis para optar el grado de Licenciatura]. Repositorio institucional Universidad Mayor de San Marcos. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/pendiente/api/núcleo//flujos de bits//1c95a757 -c7e-49a5-98e9 -8698d09/contenido](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/pendiente/api/núcleo//flujos%20de%20bits//1c95a757-c7e-49a5-98e9-8698d09/contenido)
- Urquiza, D. (2022). COVID-19 y telepsiquiatría: Un reto para el tratamiento de la salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 76-80. <https://www.sciencedir.com/ciencia/articulo/p/S003474502>
- Valencia, A. (2020). Breve historia de las personas con discapacidad: De la opresión a la lucha por sus derechos. *Revista Española de Discapacidad*, 1(8), 285-286. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7456215>
- Vega, F. (2024). *Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". <https://www.insm.gob.pe/i/articulos/4.html>
- Vílchez Salcedo, L. A., Turco Arévalo, E., Varillas Marín, R. Á., Salgado Valenzuela, C. A., Salazar de la Cruz, M., Carmona Clavijo, G., Huamán Sánchez, K., Bonilla Untiveros, C., Reyes Puma, N., & Caballero Ñopo, 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. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(3), 168-178.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300021

- Yoma, M. (2023). Barreras para la participación ciudadana de personas usuarias de servicios de salud mental. *Revista Española de Discapacidad*, 11(1), 115-137. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.11.01.06>
- Yoma, S. (2019). Participación de las personas usuarias en políticas públicas de salud mental: Una revisión integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2499-2512. <https://www.scielo.org.br/articulo/c/2.v24n7/2499--2512/#>
- Zuñiga, F. (2008). Derechos económicos, sociales y culturales: Apuntes acerca de la naturaleza y justiciabilidad de los derechos fundamentales. *Pensamiento Constitucional*, 13(13), 11-37. <https://revistas.pucp.edu.pe/indice.php/p/articulo//ver/2011>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de categorización

Matriz de categorización		Técnica e instrumento		
Problema	Objetivo	Categorías / Indicadores		
		Subcategorías	Indicadores	
<p>Problema general: ¿Cuáles son las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuáles son las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a la salud para las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú? ¿En qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú?</p>	<p>Objetivo general: Evaluar las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú</p> <p>Objetivos específicos: 1- Identificar y analizar las principales barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios de salud de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú. 2- Determinar en qué medida la legislación actual en Perú protege y garantiza los derechos de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú.</p>	<p>Acceso a Servicios de Salud Mental</p> <p>Centros de Salud Mental Comunitarios</p> <p>Categoría 2: Personas con trastornos de esquizofrenia</p> <p>Personas de especial protección</p> <p>Causas y Factores de Riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Cobertura de salud • Atención • Calidad • Servicios especializados <ul style="list-style-type: none"> • viabilidad • impacto en la comunidad • equidad en el acceso <ul style="list-style-type: none"> • Dignidad humana. • Igualdad y no discriminación. • Igualdad de oportunidades. <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones Socioeconómicas 	<p>Técnica Entrevista</p> <p>Instrumentos de medición Guía de entrevistas</p> <p>Material de registro Grabadora, papel y lápiz (para anotaciones)</p>

Anexo 2: Matrices de codificación – Entrevista

Matriz de codificación (para la guía de entrevista) PARA UN ABOGADO						
Código	Categoría		Técnica	Instrumento	Preguntas	
	Denominación	Subcategoría	Denominación			
C1	Derecho a la Salud Mental	C1.SC1	Acceso a Servicios de Salud Mental	Entrevista	Guía de entrevistas	¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?
C2	Personas con trastorno de esquizofrenia	C1.SC2	Centros de Salud Mental Comunitarios			¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?
		C2.SC1	Personas de especial protección			¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia? En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético?
		C2.SC2	Causas y Factores de Riesgo			¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis? ¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?

Matriz de codificación (para la guía de entrevista) PARA UN ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Categoría		Subcategoría		Técnica	Instrumento	Preguntas
Código	Denominación	Código	Denominación			
C1	Derecho a la Salud Mental	C1.SC1	Acceso a Servicios de Salud Mental	Entrevista	Guía de entrevistas	¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?
		C1.SC2	Centros de Salud Mental Comunitarios			¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?
C2	Personas con trastorno de esquizofrenia	C2.SC1	Personas de especial protección			¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural? ¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?
		C2.SC2	Causas y Factores de Riesgo			En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia? ¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumple con las recomendaciones de las GPC-BE, y que mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?
						¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia? ¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental?

Anexo 3: Instrumento- Guías de Entrevistas

Guía de Entrevista a Profundidad para un Abogado

Sección 1: Introducción

- **Propósito de la entrevista:** Obtener información sobre las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, desde la perspectiva de un especialista en salud mental.
- **Duración:** Aproximadamente 60 minutos.
- **Confidencialidad:** Garantizar que las respuestas serán tratadas con confidencialidad y que los datos serán utilizados únicamente para fines de investigación.

Sección 2: Información General del Entrevistado

- **Nombre:**
- **Especialidad:**
- **Años de experiencia en salud mental:**
- **Institución donde labora:**
- **Experiencia con pacientes con esquizofrenia:**

Sección 3: Derecho a la salud mental

1. Acceso a Servicios de Salud Mental

- ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?
- ¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?

2. Centros de Salud Mental Comunitarios

- ¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?
- ¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios?

Sección 4: Personas con trastornos de esquizofrenia

1. Personas de especial protección

- ¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia?
- En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético?

2. Causas y Factores de Riesgo

- ¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?
- ¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?

Guía de Entrevista a Profundidad para un Especialista en Psiquiatría

Sección 1: Introducción

- **Propósito de la entrevista:** Obtener información sobre las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú, desde la perspectiva de un especialista en salud mental.
- **Duración:** Aproximadamente 60 minutos.
- **Confidencialidad:** Garantizar que las respuestas serán tratadas con confidencialidad y que los datos serán utilizados únicamente para fines de investigación.

Sección 2: Información General del Entrevistado

- **Nombre:**
- **Especialidad:**
- **Años de experiencia en salud mental:**
- **Institución donde labora:**
- **Experiencia con pacientes con esquizofrenia:**

Sección 3: Derecho a la salud mental

1. Acceso a Servicios de Salud Mental

- ¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?
- ¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?

2. Centros de Salud Mental Comunitarios

- ¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?
- ¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental??

Sección 4: Personas con trastornos de esquizofrenia

1. Personas de especial protección

- En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia?
- ¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las GPC-BE, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?

2. Causas y Factores de Riesgo

- ¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia?
- ¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental?

Anexo 4: Validación de instrumentos de Guías de Entrevistas

Validación efectuado por la Dra. Guisella Ivonne Azcona Avalos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: DERECHO A LA SALUD MENTAL

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Acceso a Servicios de Salud Mental								
1	¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?	X		X		X		
2	¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?	X		X		X		
Subcategoría 2: Centros de Salud Mental Comunitarios								
3	¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?	X		X		X		
4	¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra: Guisella Ivonne Azcona Avalos DNI: 43991476

Especialidad del validador: Docente investigador – Metodología de la investigación

11 de octubre del 2024

- ¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.
²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.
³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comproueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALUA: PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Personas de especial protección								
1	¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia?	X		X		X		
2	En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético?	X		X		X		
Subcategoría 2: Causas y Factores de Riesgo								
4	¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?	X		X		X		
5	¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra: Guisella Ivonne Azcona Avalos DNI: 43991476

Especialidad del validador: Docente investigador – Metodología de la investigación

11 de octubre del 2024

- ¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.
²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.
³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comproueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: DERECHO A LA SALUD MENTAL

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Acceso a Servicios de Salud Mental								
1	¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?	X		X		X		
2	¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?	X		X		X		
Subcategoría 2: Centros de Salud Mental Comunitarios								
3	¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?	X		X		X		
4	¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra: Guisella Ivonne Azcona Avalos DNI: 43991476

Especialidad del validador: Docente investigador – Metodología de la investigación

11 de octubre del 2024

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.
²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.
³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota. Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio


 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Personas de especial protección								
1	En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia?	X		X		X		
2	¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las GPC-BE, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?	X		X		X		
Subcategoría 2: Causas y Factores de Riesgo								
4	¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia?	X		X		X		
5	¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra: Guisella Ivonne Azcona Avalos DNI: 43991476

Especialidad del validador: Docente investigador – Metodología de la investigación

11 de octubre del 2024

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.
²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.
³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota. Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio


 Firma del Experto Informante.

Validación efectuado por el Dr Cruz Nuñez Roberto Leonardo

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: DERECHO A LA SALUD MENTAL

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Acceso a Servicios de Salud Mental								
1	¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?	X		X		X		
2	¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?	X		X		X		
Subcategoría 2: Centros de Salud Mental Comunitarios								
3	¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?	X		X		X		
4	¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. ROBERTO LEONARDO CRUZ NUÑEZ PASAPORTE N° G31321601

Especialidad del validador: DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

11 de octubre del 2024



Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.

²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.

³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALUA: PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Personas de especial protección								
1	¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia?	X		X		X		
2	En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético?	X		X		X		
Subcategoría 2: Causas y Factores de Riesgo								
4	¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?	X		X		X		
5	¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. ROBERTO LEONARDO CRUZ NUÑEZ PASAPORTE N° G31321601

Especialidad del validador: DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

11 de octubre del 2024



Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.

²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.

³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: DERECHO A LA SALUD MENTAL

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Acceso a Servicios de Salud Mental								
1	¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?	X		X		X		
2	¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?	X		X		X		
Subcategoría 2: Centros de Salud Mental Comunitarios								
3	¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?	X		X		X		
4	¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. ROBERTO LEONARDO CRUZ NUÑEZ PASAPORTE N° G31321601

Especialidad del validador: DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

11 de octubre del 2024



Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.

²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.

³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Personas de especial protección								
1	En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia?	X		X		X		
2	¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las GPC-BE, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?	X		X		X		
Subcategoría 2: Causas y Factores de Riesgo								
4	¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia?	X		X		X		
5	¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. ROBERTO LEONARDO CRUZ NUÑEZ PASAPORTE N° G31321601

Especialidad del validador: DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

11 de octubre del 2024



Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.

²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.

³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio

G31321601

Validación efectuado por el Mg Quiñonez Oré, Héctor Daniel:

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: DERECHO A LA SALUD MENTAL

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Acceso a Servicios de Salud Mental								
1	¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales para acceder a servicios de salud mental de calidad en el Perú?	X		X		X		
2	¿Qué mecanismos existen para garantizar que las personas con trastornos mentales reciban atención en salud mental sin discriminación?	X		X		X		
Subcategoría 2: Centros de Salud Mental Comunitarios								
3	¿Cómo se puede asegurar que los Centros de Salud Mental Comunitarios cumplan con los estándares de derechos humanos?	X		X		X		
4	¿Cuáles serían las implicaciones constitucionales de descentralizar los servicios de salud mental mediante centros comunitarios?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [**X**] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: QUIÑONEZ ORÉ, HÉCTOR DANIEL DNI: 44499241

Especialidad del validador: TITULADO EN DERECHO – MASTER EN CIENCIA POLÍTICA – MASTER EN ANTROPOLOGÍA

11 de octubre del 2024

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.
²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.
³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALUA: PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Personas de especial protección								
1	¿De qué manera aborda la legislación actual el derecho a la autonomía personal y la toma de decisiones para personas con esquizofrenia?	X		X		X		
2	En casos de internamiento involuntario, ¿cuáles son las salvaguardas legales que se implementan para proteger los derechos de las personas con esquizofrenia y garantizar que el proceso sea ético?	X		X		X		
Subcategoría 2: Causas y Factores de Riesgo								
4	¿Cómo se aborda en la legislación peruana el equilibrio entre el derecho a la libertad personal y la necesidad de tratamiento involuntario en personas con esquizofrenia en crisis?	X		X		X		
5	¿Qué estrategias podrían aplicarse desde una perspectiva de derechos humanos para abordar las desigualdades sociales que incrementan el riesgo de desarrollar esquizofrenia?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [**X**] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: QUIÑONEZ ORÉ, HÉCTOR DANIEL DNI: 44499241

Especialidad del validador: TITULADO EN DERECHO – MASTER EN CIENCIA POLÍTICA – MASTER EN ANTROPOLOGÍA

11 de octubre del 2024

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.
²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.
³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: DERECHO A LA SALUD MENTAL

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Acceso a Servicios de Salud Mental								
1	¿Cuáles son las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia para recibir atención adecuada en la consulta externa y qué medidas se podrían implementar para mejorar su acceso a los servicios de salud mental?			X		X		
2	¿Qué estrategias ha encontrado más efectivas para obtener y mantener el consentimiento informado de los pacientes en relación a la prescripción de psicofármacos, especialmente considerando la obligación de informar sobre los posibles riesgos y efectos adversos a corto, mediano y largo plazo?	X		X		X		
Subcategoría 2: Centros de Salud Mental Comunitarios								
3	¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones comunitarias en la atención de pacientes con esquizofrenia, considerando la escasez de recursos y el enfoque comunitario e intercultural?	X		X		X		
4	¿Qué desafíos ha encontrado en la implementación de este sistema de referencias y contrarreferencias entre los diferentes niveles de atención en salud mental?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: QUIÑONEZ ORÉ, HÉCTOR DANIEL

DNI: 44499241

Especialidad del validador: TITULADO EN DERECHO – MASTER EN CIENCIA POLÍTICA – MASTER EN ANTROPOLOGÍA

11 de octubre del 2024

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.

²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.

³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA: PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Nº	Subcategorías/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
Subcategoría 1: Personas de especial protección								
1	En el contexto de emergencias psiquiátricas, ¿Qué enfoques terapéuticos considera más adecuados para tratar a pacientes con esquizofrenia?	X		X		X		
2	¿Cómo asegura que el consentimiento informado sobre los psicofármacos cumpla con las recomendaciones de las GFC-BE, y qué mejoras propone para garantizar que los pacientes estén plenamente informados sobre los riesgos y efectos adversos?	X		X		X		
Subcategoría 2: Causas y Factores de Riesgo								
4	¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que deberían considerarse en la evaluación de pacientes con esquizofrenia?	X		X		X		
5	¿Qué intervenciones tempranas considera más efectivas para mitigar el riesgo de complicaciones en pacientes identificados como de alto riesgo en salud mental?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: QUIÑONEZ ORÉ, HÉCTOR DANIEL

DNI: 44499241

Especialidad del validador: TITULADO EN DERECHO – MASTER EN CIENCIA POLÍTICA – MASTER EN ANTROPOLOGÍA

11 de octubre del 2024

¹Pertinencia: Evalúa si las preguntas se alinean con los objetivos de la investigación.

²Relevancia: Determina si las preguntas son importantes para obtener información clave del estudio.

³Claridad: Verifica que las preguntas estén redactadas de manera comprensible y sin ambigüedad.

Nota: Comprueba si el conjunto de preguntas cubre todas las dimensiones necesarias del estudio



Consentimiento Informado de Entrevista al Dr José Carlos Negrón, Psiquiatra.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante:

La presente investigación es conducida por **Fatima Rubi Valverde Bernedo** estudiante del Pregrado de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Católica Sedes Sapientiae – UCSS. El objetivo consiste en indagar y evaluar las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista estructurada. Esto tomará aproximadamente una parte de su tiempo. Lo que conversemos durante la sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacerlo saber o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo, JORGE ISAAC TORRES MANRIQUE, decido participar voluntariamente en esta investigación y he sido informado del propósito de la investigación conforme al presente documento.



15/11/2024

Consentimiento Informado de Entrevista al Dr Jorge Torres Manrique, Abogado en derechos humanos.

Consentimiento Informado

Estimado(a) participante:

La presente investigación es conducida por **Fatima Rubi Valverde Bernedo** estudiante del Pregrado de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Católica Sedes Sapientiae – UCSS. El objetivo consiste en indagar y evaluar las implicancias del derecho a la salud mental de las personas con trastorno de esquizofrenia en el Perú

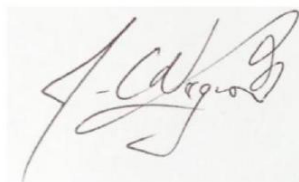
Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista estructurada. Esto tomará aproximadamente una parte de su tiempo. Lo que conversemos durante la sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

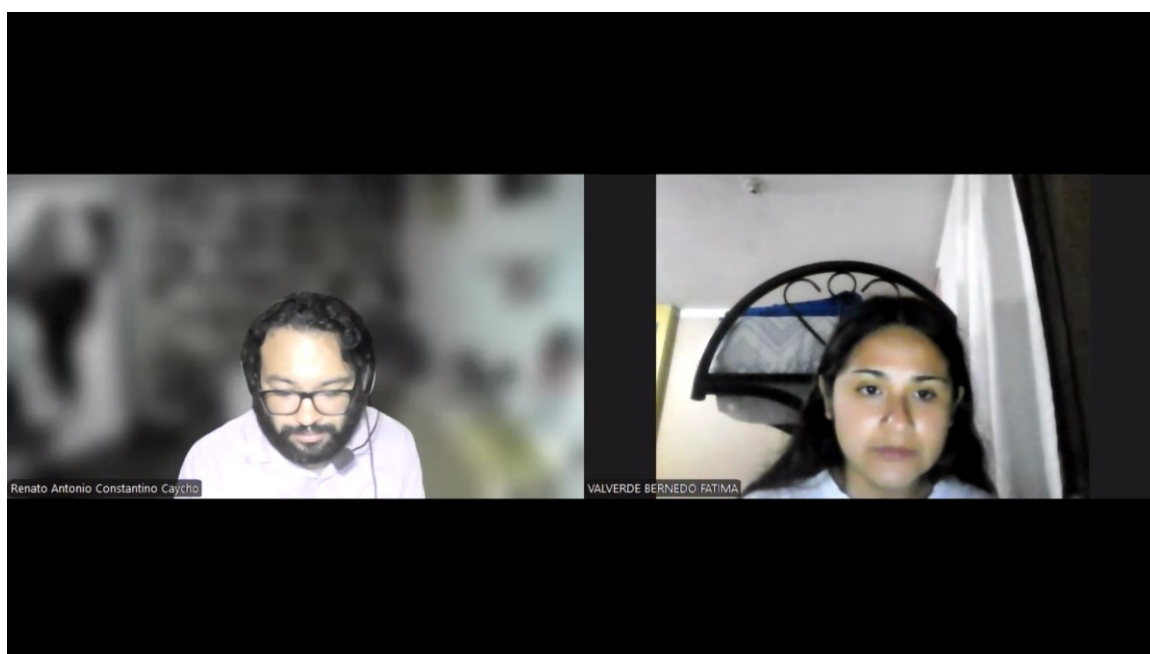
Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacerlo saber o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

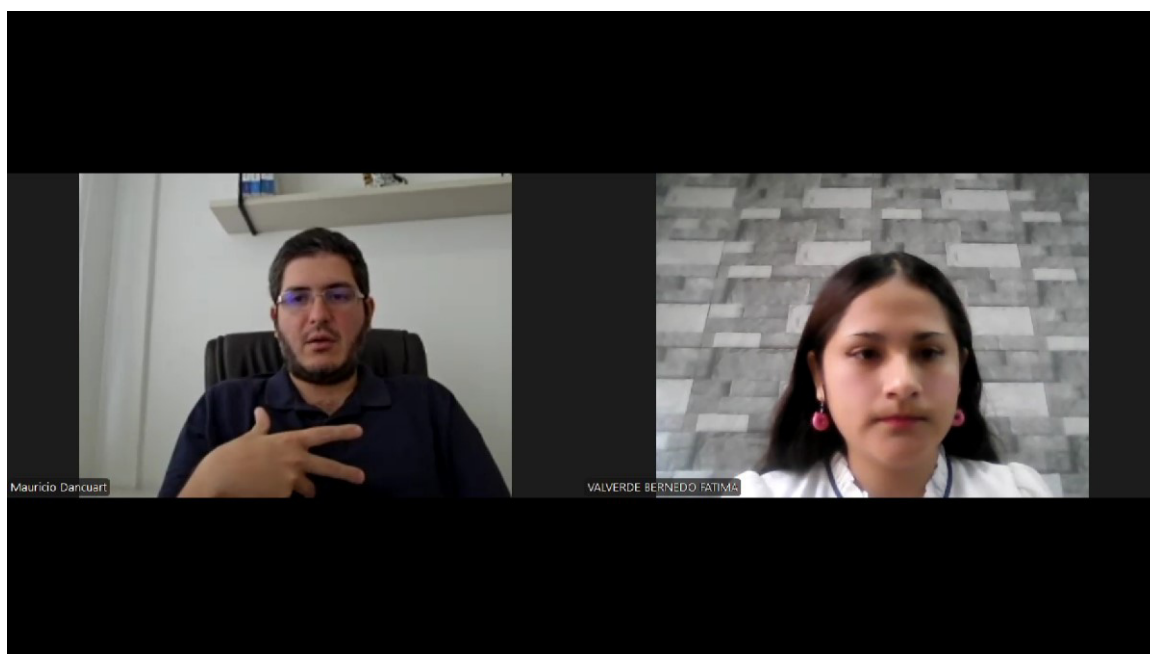
Yo, **Jorge Torres Manrique** acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informado del propósito de la investigación conforme al presente documento.



Entrevista a Abg en DD.HH Renato Antonio Cconstantino Caycho



Entrevista a Psiquitara Mauricio Dancuart





6763698b-00d4-4163-a706-2b63ac1f59c9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

FATIMA RUBI VALVERDE BERNEDO

ha participado y aprobado el
**Curso Virtual de Autoaprendizaje: Entendiendo y actuando
contra el estigma en salud mental en contextos de salud**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 5 - Porcentaje de aprobación: 98,33 %

18 de diciembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/moooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6763698b-00d4-4163-a706-2b63ac1f59c9>



67368af7-ecd4-48f5-9958-35bdac1f5005

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

FATIMA RUBI VALVERDE BERNEDO

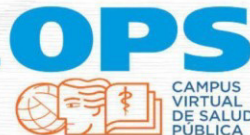
ha participado y aprobado el curso virtual:
**Protección y promoción de los derechos humanos en la respuesta
en salud mental y apoyo psicosocial en emergencias**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 99,33 %

14 de noviembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/moooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67368af7-ecd4-48f5-9958-35bdac1f5005>



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Lima, 17 de Septiembre del 2024

MEMORANDO N° D001586-2024-CONADIS-DPRIPD

PARA : ANA YAJAIDA CASTRO PINEDA
Funcionario Responsable
Acceso a la Información Pública

ASUNTO : Se remite respuesta a la solicitud de acceso a la información pública de la ciudadana Fátima Rubí Valverde Bernedo (Código: 892GOGK9J)

REFERENCIA : Memorando N°000212-2024-CONADIS-AI
Expediente N°AI000020240000196

FECHA : Lima, 16 de Septiembre de 2024

Tengo el agrado de dirigirme a usted en relación al documento de la referencia, mediante el cual la ciudadana Fátima Rubí Valverde Bernedo requiere se le brinde la siguiente información:

“Me gustaría obtener los siguientes datos: Número de personas con discapacidad mental: ¿Podría proporcionarme la cifra actual de personas diagnosticadas con discapacidad mental en nuestro país? Tipos de discapacidad mental: ¿Cuáles son los tipos principales de discapacidad mental reconocidos por su institución? Agradezco de antemano su atención a esta consulta y quedo a la espera de su respuesta.”

En ese sentido, el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPCD) compila, procesa y organiza la información referida a la persona con discapacidad y sus organizaciones, proporcionada por las entidades públicas de los distintos niveles de gobierno. En lo que respecta a la **cifra actual de personas diagnosticadas con discapacidad mental en nuestro país**, se anexa la siguiente información:

Población inscrita en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad por deficiencia mental según región, 2000 – 2024.

Ahora bien, respecto a **¿Cuáles son los tipos principales de discapacidad mental reconocidos por su institución?** Es preciso mencionar que, desde el Conadis se realizan las inscripciones en el RNPCD de acuerdo al Certificado de Discapacidad emitido por el Minsa conforme a la NTS N° 127–MINS/2016/DGIESP, Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación, y Certificación de la Persona con Discapacidad, por lo que es el Ministerio de Salud la entidad que clasifica y reconoce los tipos de discapacidad en concordancia con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud – CIF.

Al respecto, hay que indicar que, el tercer párrafo del Artículo 13 del Texto Único Ordenado de la Ley N°27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N°021-2019-JUS (en adelante TUO de la LTAIP), establece: **“La solicitud de información no implica la obligación de las entidades de la Administración Pública de crear o producir información con la que no cuente o no tenga obligación de contar al momento de efectuarse el pedido. En este caso, la entidad de la Administración Pública deberá comunicar por escrito que la denegatoria de la solicitud se debe a la inexistencia de datos en su poder respecto de la información solicitada”,** en atención a ello, dicho extremo de su solicitud es denegada.



**PERÚ**Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones VulnerablesConsejo Nacional para
la Integración de la
Persona con Discapacidad
CONADIS**Cuadro N° 1****PERÚ: POBLACIÓN INSCRITA EN EL REGISTRO NACIONAL DE LA PERSONA CON
DISCAPACIDAD POR DEFICIENCIA MENTAL SEGÚN REGIÓN, 2000-2024 1/**

RNPCD		Sexo	
		Hombre	Mujer
Total	44601	27149	17452
AMAZONAS	920	503	417
ÁNCASH	1479	869	610
APURÍMAC	720	449	271
AREQUIPA	1690	1036	654
AYACUCHO	1098	647	451
CAJAMARCA	1567	845	722
CALLAO	2195	1386	809
CUSCO	2011	1108	903
HUANCAVELICA	515	270	245
HUÁNUCO	1136	680	456
ICA	1153	721	432
JUNÍN	1003	586	417
LA LIBERTAD	2346	1415	931
LAMBAYEQUE	1029	631	398
LIMA METROPOLITANA	16953	10836	6117
LIMA PROVINCIAS	1353	851	502
LORETO	538	304	234
MADRE DE DIOS	166	99	67
MOQUEGUA	443	288	155
PASCO	483	269	214
PIURA	2416	1332	1084
PUNO	986	557	429
SAN MARTÍN	1052	619	433
TACNA	479	318	161
TUMBES	552	339	213
UCAYALI	318	191	127

Fuente: CONADIS - Registro Nacional de la Persona con Discapacidad.

1/ Inscripciones al 04 de setiembre de 2024.

Nota: Se excluyen registros de personas fallecidas, retiros voluntarios y nulidades.



PERÚ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad CONADIS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Finalmente, esta Dirección, cumple con dar respuesta a la solicitud de información de la ciudadana Fátima Rubí Valverde Bernedo dentro de nuestras competencias.

Atentamente,

Documento Firmado Digitalmente

LIC. CARMEN LOURDES SEVILLA CARNERO
Directora II
Dirección de Promoción, Registro e Intervenciones para las
Personas con Discapacidad
Consejo Nacional para la Integración de la
Persona con Discapacidad-CONADIS

Sede Central
Av. Arequipa 375,
Santa Beatriz. Lima
Telf: (01) 6305170
www.gob.pe/conadis

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el CONADIS, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.conadisperu.gob.pe:8181/validadorDocumental/inicio/detalle.jsf> e ingresando la siguiente clave: 0GQVMT



**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**



CORREO N° 5186 -2024-INEI/OTD-OEIN

Señora

FATIMA RUBI VALVERDE BERNEDO

Previo cordial saludo y en atención a su consulta, manifestar que no se dispone de información con el detalle requerido, sin embargo, puede revisar la última información disponible sobre discapacidad, correspondiente a los resultados del Censo Nacional 2017, información que puede consultar a través del sistema de consulta REDATAM (<https://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>). El sistema es de libre disposición y permite al usuario construir y descargar rápidamente cuadros estadísticos (frecuencias y cruces de variables). Se remite reporte extraído del sistema como ejemplo.

Asimismo, le invitamos a visitar nuestra **Biblioteca virtual** <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/> y nuestra **Biblioteca Institucional**, sito en la Av. Gral. Garzón 658 Jesús María, donde podrá consultar información estadística, social, económica y demográfica elaboradas por nuestra institución, entidades públicas, privadas y de organismos internacionales, la atención es de lunes a viernes de 8:30 a 13:00 y 14:00 a 16:15 horas, correo electrónico biblioteca@inei.gob.pe, teléfono 7434949 anexo 9588.

Sin otro particular, nos despedimos de usted.

Atentamente,

Oficina Técnica de Difusión
Centro de Información

Síguenos en     

De puerta en puerta
/Contamos
tu casa,
contamos
contigo!

(01) 743 4949 anexo 9016 - 9242 - 9588

 infoinei@inei.gob.pe
 transparencia@inei.gob.pe  Biblioteca@inei.gob.pe www.gob.pe/inei