

UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL DE LIMA METROPOLITANA

Tesis para optar al Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presenta el Bachiller

JUAN DIEGO CRUZADO CAMA

Presidente: Pablo Miguel Flores Galindo Rivera

Asesor: Ana Maria Guerrero Espinoza

Lector: Maria Eugenia Maguiña Lorbes

Lima – Perú

Octubre de 2024



UARM

Universidad
Antonio Ruiz
de Montoya

Anexo N.º 3 - Reglamento General de Grados y Títulos de Pregrado y Posgrado
Aprobado por Resolución Rectoral N° 150-2023-UARM-R

INFORME DE ORIGINALIDAD

Sres.
CONSEJEROS
Pte.

De nuestra consideración:

Por la presente nos dirigimos a Ustedes para saludarlos e informar al Consejo Universitario sobre el producto académico elaborado por CRUZADO CAMA, Juan Diego quien solicita la obtención de su título profesional a través de la sustentación de una tesis.

El producto académico elaborado tiene como título “Representaciones sociales de la salud mental en profesionales de atención en instituciones de salud mental de Lima Metropolitana”.

Por tanto, en nuestra condición de Asesor de producto académico y de integrante de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas respectivamente, declaramos que el producto académico de CRUZADO CAMA, Juan Diego ha sido examinado con el programa antiplagio *Turnitin* para identificar su nivel de coincidencias.

El resultado que arroja el programa es de 19% de similitud, el cual proviene de fuentes de información que han sido debidamente citadas o reconocidas utilizando las normas del sistema APA.

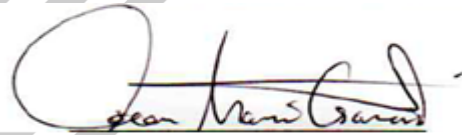
Sin otro particular, quedo de ustedes.

Firmado en Lima, el 04 del mes de setiembre de 2024

Atentamente,



Ana Maria Guerrero Espinoza
Asesor

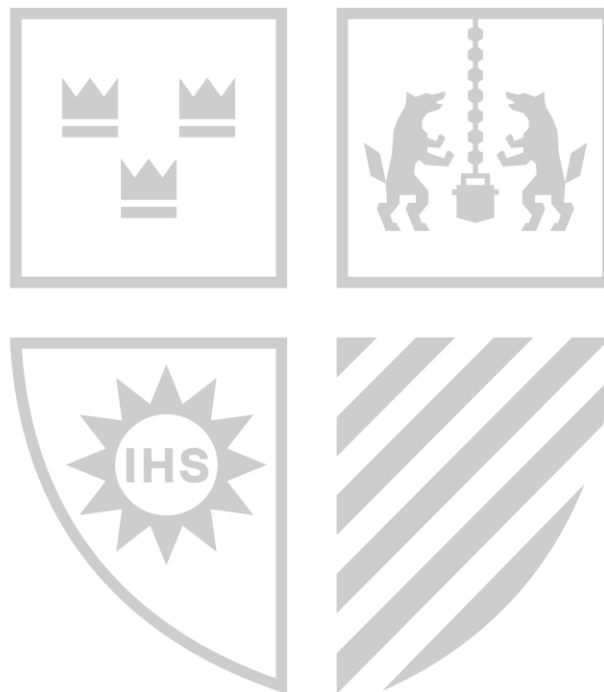


Oscar Heerbert Marin Garcia
Secretario técnico

EPÍGRAFE

“La Salud y la Enfermedad se disputaban al hombre, como el Bien y el Mal lo hacían con el mundo [...] Importa muchísimo no confundir la enfermedad con el pecado ni con el demonio. Pero del hecho de que el mal no sea un ser, no se sigue que sea un concepto privado de sentido, no se sigue que no existan valores negativos, no se sigue que el estado patológico sea en el fondo sólo el estado normal.”

Lo normal y lo patológico, Georges Canguilhem



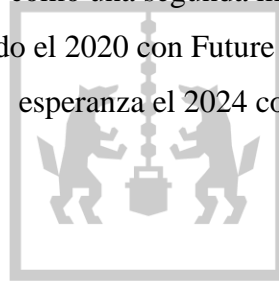
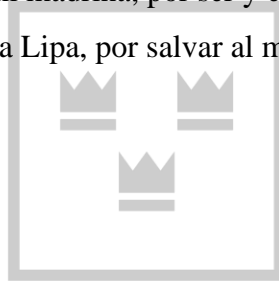
DEDICATORIA

A Sigmund Freud, por crear el psicoanálisis y porque no le gustaba mucho celebrar su cumpleaños.

A Mamá, aunque pensó que sería un gran abogado, por siempre apoyarme y a mis cuestionables ambiciones de salvar al mundo.

A mi madrina, por ser y estar como una segunda mamá durante mi vida.

A Dua Lipa, por salvar al mundo el 2020 con Future Nostalgia y por darle esperanza el 2024 con Radical Optimism.



AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mamá.

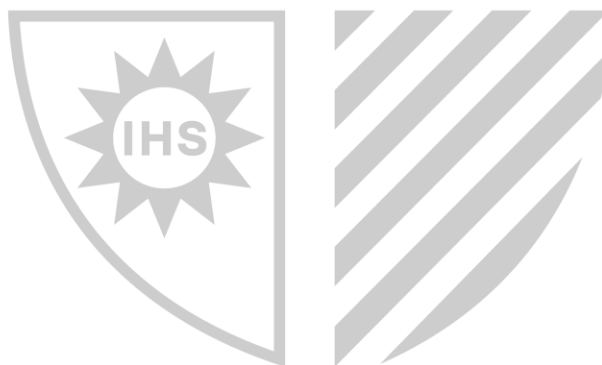
A Ana María Guerrero, por su enorme paciencia, vocación y respeto al asesorarme durante la tesis y toda la carrera.

A Cami, por acompañarme con afecto y sensibilidad

A mis mejores amigas: Lili, Fab, Brenda, Pawla, Camila y Sof; por su compañía y sabiduría emocional; a los muchachos, especialmente a Chuquin, Pugli, Alejandro, Billy, JV y Diego, por la comedia.

A la UARM, por hacerme reducir mis agradecimientos a 100 palabras.

Finalmente, a quienes me acompañaron significativamente por el turbulento camino profesional de la salud mental en un país donde no importa lo suficiente.



RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir las representaciones sociales de la salud mental en profesionales que se desempeñan en atención en salud mental en instituciones de salud mental en Lima Metropolitana. Se empleó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico y se aplicaron entrevistas semiestructuradas a 11 profesionales que trabajan en atención en instituciones de salud mental al momento de la investigación. Los resultados plantean una descripción de las representaciones sociales de la salud mental que se enfoca en tres temas: Concepciones de la salud mental, Actitudes hacia la salud mental en la práctica de atención y Expectativas de recuperación de la salud mental. Los resultados mostraron que las concepciones de la salud mental se encuentran en tránsito y las representaciones de la salud mental se nutren de las ideas e imágenes que proponen el modelo de atención en salud mental comunitario, dando cuenta de actitudes positivas hacia su práctica y actitudes negativas hacia el sistema de salud. Así, las representaciones de la salud mental nos muestran que hay tendencias hacia la adopción paradigmática del modelo de salud mental comunitario, pero aún existen rezagos ideológicos y conceptuales asociados al paradigma biomédico de la salud en los profesionales de salud mental.

Palabras clave: Salud Mental, Representaciones Sociales, Profesionales de Salud Mental, Prácticas en Salud Mental.

ABSTRACT

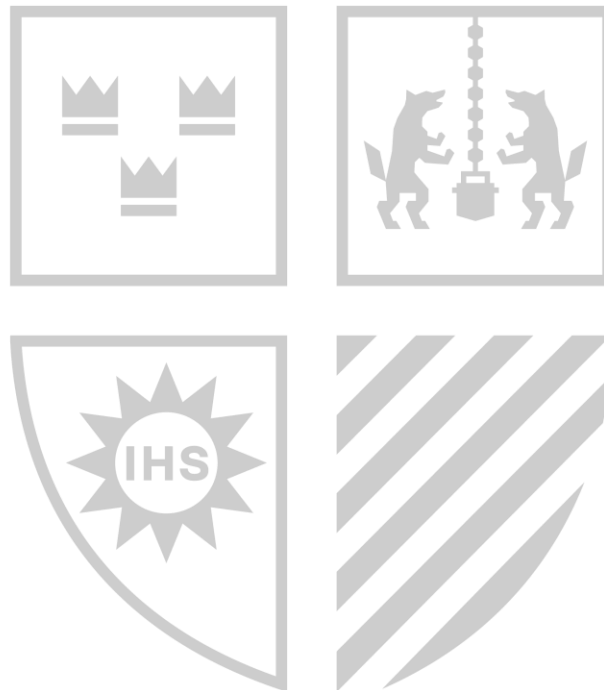
The following investigation aims to describe the social representations of mental health in professional caregivers working at mental health institutions in Lima. For that purpose, qualitative methodology and a descriptive scope were used to apply semi structured interviews to 11 mental health professionals that had been working as caregivers at mental health institutions. The results point at three main themes on the description of social representations of mental health: Mental health's conceptions, Attitudes towards mental health's practice and Expectations of recovery of mental health. The results show that mental health's conceptions are in transit between paradigms of health and that the social representations of mental health are nurtured by the ideas and images brought up by the communitarian mental health attention model, also showing positive attitudes towards the mental health practice and negative attitude towards the healthcare system. In conclusion, social representations of mental health show us that there are tendencies toward the adoption of the communitarian mental health attention model in mental health practice, however there is still ideological lag from the engrained concepts associated to the biomedical paradigm of health on the mental health professionals.

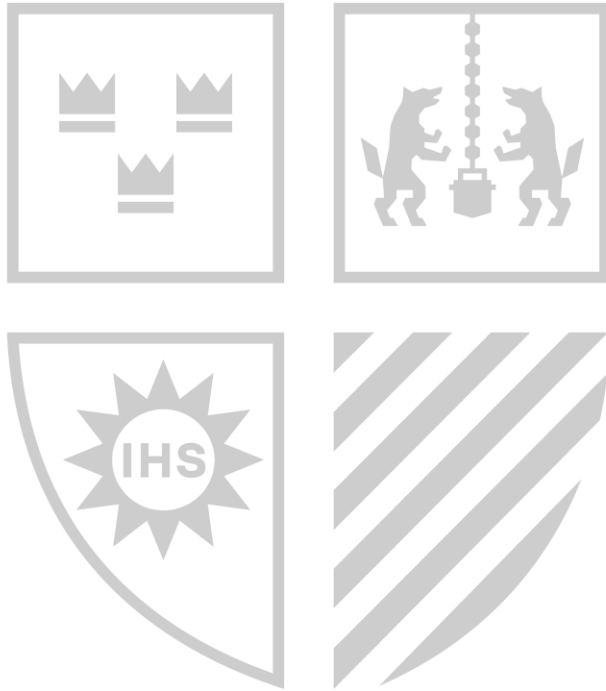
Keywords: Mental Health, Social Representations, Mental Health Professionals, Mental Health Practice

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
1.1. Salud Mental.....	14
1.2. Representaciones Sociales.....	20
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	25
2.1. Diseño 25	
2.2. Participantes.....	25
2.3. Instrumentos de recolección de información.....	27
2.4. Procedimiento.....	29
2.5. Aspectos éticos y criterios de calidad de la información.....	30
2.6. Análisis de la información.....	31
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	33
3.1. Concepciones de la salud mental.....	33
3.1.1. Definiciones de la salud mental.....	33
3.1.2. Concepciones asociadas a la falta de salud mental.....	35
3.1.3. Imágenes asociadas a la persona que goza de salud mental.....	38
3.2. Actitudes hacia la Salud Mental en la práctica de atención en salud mental.....	40
3.3. Expectativas de recuperación de la Salud Mental.....	44
3.3.1. Significado y posibilidad de recuperación.....	44
3.3.2. Factores que influyen en la recuperación de la salud mental.....	46
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	52

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	61
5.1. Limitaciones y Recomendaciones	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	77
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	78
ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA	80
ANEXO 3: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	81





INTRODUCCIÓN

Históricamente, la salud mental ha sido invisibilizada en el discurso social y científico. En su comprensión, resultan centrales las nociones de sanidad y locura, que determinaron lo que era considerado normal y anormal en la sociedad. Condicionaron, también, las formas de comprender y actuar frente a aquello que se consideró anormal, instaurando un paradigma institucionalizador (Foucault, 1967; Moll, 2009; Porter, 2002).

En la antigüedad se hablaba de la locura como un fenómeno mitológico de origen divino y, durante el medioevo, se les llamó locos a quienes actuaban fuera de los límites de la racionalidad. No sería hasta el curso del siglo XVIII, que la locura transitó de una comprensión puramente religiosa y social a ser considerada por los primeros paradigmas de la psiquiatría y la medicina como una enfermedad de los afectos y la voluntad: la alienación mental (Lanteri-Laura, 1998; Foucault, 1967). Los posteriores avances de la ciencia y del modelo biomédico en medicina durante el siglo XIX y XX, plantearon una evolución hacia una comprensión que conceptualizó múltiples enfermedades mentales, con base en las observaciones a la pluralidad de manifestaciones del malestar reportadas por los pacientes que las experimentaron, configurando el segundo paradigma de la psiquiatría (Lanteri-Laura, 1998; Musante, 2022).

Sin embargo, este paradigma resultó insuficiente para explicar la génesis de las patologías mentales, lo cual dificultaba el tratamiento y recuperación al reducir la comprensión de la patología a malestares individuales, en lugar de analizar al sujeto como parte de un sistema más complejo (Álvarez, Pagani y Meucci, 2012; Cortese, 2004; Singh, 2009). Es por ello que, a inicios del siglo XX, desde el estructuralismo se propuso una comprensión holística de la persona, influyendo al desarrollo del paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas en psiquiatría (Lanteri-Laura, 1998; Musante, 2022).

Por ello, la concepción de salud fue transitando del paradigma biomédico hacia un paradigma biopsicosocial, el cual considera a la salud como un estado integral de bienestar físico, psicológico y social (Álvarez, Pagani y Meucci, 2012; Cortese, 2004; Singh, 2009; Nieto-Munuera et al., 2015). Con el tránsito hacia un paradigma biopsicosocial, se definió a la salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (OMS, 2013, p. 42). En ese sentido, la comprensión de la salud mental y sus trastornos adquiere una dimensión relacional que cobraría importancia desde un modelo de atención comunitaria de la salud mental.

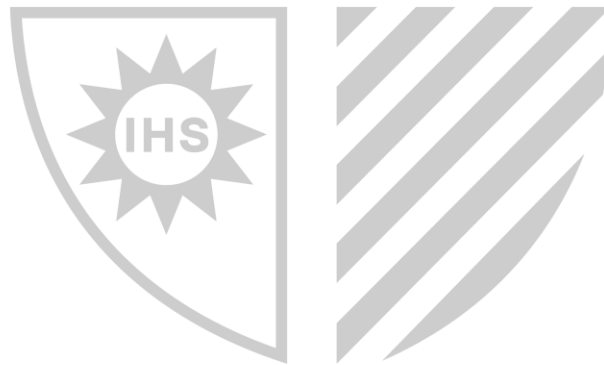
Este enfoque busca la descentralización de la salud mental de las instituciones psiquiátricas, para poder otorgar herramientas y conocimientos a la comunidad de manera que participe activamente del tratamiento y cuidado de las personas que no necesitan de un tratamiento institucionalizador (Moll, 2013). Bajo esa lógica, el enfoque biopsicosocial busca la promoción de la salud mental desde las redes de apoyo primarias, fomentar un entendimiento holístico de la salud mental y lograr un accionar orientado a generar mejores condiciones de salud y bienestar en las personas, haciendo énfasis en la capacidad vincular, funcional y homeostática de la salud (Grupo de Trabajo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

En ese orden de ideas, la atención en salud mental implica una dinámica de constante interacción entre médico y paciente (Velázquez, 2007; Velázquez, Rivera-Holguín y Custodio, 2015), en el cual los trabajadores generan representaciones sobre su práctica, su objeto de conocimiento y las personas con las que interactúan, construyendo socialmente un marco para comprender la salud y la enfermedad, que les permita saber cómo actuar en la cotidianeidad de su práctica (Moll, 2013). Por consiguiente, estas representaciones que forman aquello que se cree conocer sobre la salud mental desde la relación médico-paciente son una creación cognitiva de origen principalmente social (Álvarez, 2006; Betancur et al., 2014; Betancur y Restrepo, 2016; Caravaca, 2015).

Por lo tanto, resulta relevante conocer estas representaciones debido a que dan cuenta de elementos que guían las prácticas de atención en profesionales de salud (Caravaca, 2015), y que a su vez les permite desarrollar herramientas que influyen en la

relación con el paciente (Moll, 2013). Además, dada la gran relevancia que ha adquirido el concepto de salud mental en la actualidad (Miranda, 2018), resulta pertinente investigar acerca del tránsito paradigmático en la comprensión del campo de la salud mental, abriendo nuevamente el diálogo crítico sobre lo que se concibe como salud mental desde la psicología y desde las profesiones que atienden psicopatologías de manera cotidiana. En ese sentido, resulta coherente preguntarse: ¿Cómo son las representaciones sociales de la salud mental en trabajadores de instituciones de salud mental de Lima metropolitana?

Finalmente, se plantea como objetivo general de la presente investigación, describir las representaciones sociales de la salud mental de los profesionales de atención de instituciones de salud mental de Lima Metropolitana. Además, los objetivos específicos planteados son: Describir las concepciones que los profesionales de salud construyen sobre la salud mental en su práctica clínica, conocer las actitudes hacia la salud mental de los trabajadores desde su práctica de atención en instituciones de salud mental y describir cómo se representan las expectativas de mejoría en los profesionales de atención.



CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1. Salud Mental

A lo largo de la historia, la salud mental ha transitado por diferentes formas de ser entendida, siguiendo la tradición científica y la lógica del conocimiento dominante en el contexto social e histórico en el cual eran pensados (Hernández y Grau, 2015; Moll, 2009). Si bien no siempre se ha hablado de “salud mental” como tal, nociones asociadas a la salud mental o a su falta, como la locura, los trastornos mentales y la normalidad, han estado presentes de diferentes formas en la sociedad (Foucault, 1967; Salaverry, 2012).

La primera referencia a lo que actualmente se conoce como un trastorno de salud mental, aparece en la sociedad occidental en el Antiguo Testamento, donde se retrata la locura como un castigo divino en el que se le quita su condición racional al rey Nabucodonosor. Dicho relato muestra la representación de la locura en la edad antigua asociada a un estigma de origen divino, deshumanizando a la persona que la padecía debido a la pérdida de su condición racional (Salaverry, 2012). Siglos más tarde, con la oficialización del cristianismo en Occidente, la medicina quedaría influida por los dogmas de aquella fe, y el estigma que antiguamente se le atribuía a la pérdida de razón le sería heredado a la lepra. Dada la característica contagiosa y el simbolismo penitente de esta enfermedad, se gestionó su tratamiento desde el asilamiento de aquellos que la sufrían hasta fines de la edad media. (Álvarez, 2018; Foucault, 1967; Salaverry, 2012, Soto, 2003)

Posteriormente, la progresiva desaparición de la lepra supuso un dilema para la estructura sanitaria de la época. De tal modo, tras varios años de tránsito durante los siglos XVII y XVIII, la lógica de exclusión y estigmatización de la lepra le sería heredada al fenómeno de la locura, tanto a nivel de salud pública como en las prácticas cotidianas en

las que se reprodujo la condena moral asociada a dicho fenómeno (Agnese, 2018; Foucault, 1967). Para Foucault (1967), la exclusión del “*loco*” era una gestión ritualística que perpetuaba su imagen deshumanizada, mostrando el tránsito de la representación de la locura hacia un “universo enteramente moral”. De tal modo, el fenómeno de la locura representaría para la sociedad de la época todo aquello que se concibiera como una anormalidad moral y conductual.

En ese orden de ideas, la locura fue incorporada durante el siglo XIX a la medicina desde las creencias sociales de aquella época, y se conceptualizó como un trastorno de la normalidad que pasaría a considerarse posteriormente como una única entidad nosológica: la alienación mental (Lanteri-Laura, 1998; Godoy 2003 en Schejtman, 2003). Esta conceptualización médica propuesta por Pinel, recupera el fenómeno de la locura y lo incorpora a la psiquiatría como una enfermedad cuyo tratamiento asilar y moral, daría las posteriores bases paradigmáticas del abordaje y tratamiento biomédico que se le daría a la salud mental y sus trastornos hasta finales del siglo XX (Lanteri-Laura, 1998; Musante, 2022).

Sin embargo, pasada la primera mitad del siglo XIX, el continuo desarrollo de las ciencias naturales y la medicina llevaron al cuestionamiento de la alienación mental como única unidad diagnóstica. En primer lugar, siguiendo los avances de la anatomía patológica y los descubrimientos experimentales de las ciencias naturales aplicadas a la salud, se privilegió el estudio del cuerpo y sus afecciones desde la observación de sus partes específicas, dando origen al paradigma biomédico de la salud (Baeta, 2015; Canguilhem, 1971). En segundo lugar, resultaba evidente desde la psiquiatría, las leyes y la educación que la experiencia de malestar de las personas resultaba insuficiente a nivel empírico y teórico para el diagnóstico de monomanía o alienación mental. Por ello, Falret propuso un modelo que conceptualizó múltiples formas de alienación mental que no eran parte de una categoría única, sino que eran entidades irreductibles entre sí, localizables mediante una cuidadosa y sistemática observación. Este modelo daría una mayor exactitud en el diagnóstico, mejoraría el tratamiento y la prognosis de los pacientes (Lanteri-Laura, 1998, Musante, 2022). Bajo este paradigma, se crearían y organizarían múltiples categorías diagnósticas precursoras de las que existen en la actualidad, y la influencia del modelo biomédico de la medicina en este paradigma nutrió las hipótesis

etiopatogénicas de las diferentes enfermedades concebidas hasta ese momento (Lanteri-Laura, 1998; Baeta, 2015).

Cabe resaltar que el paradigma biomédico de la salud propone principalmente una concepción mecanicista del cuerpo (Baeta, 2015; Cortese, 2004), por lo que la comprensión del proceso de salud-enfermedad bajo este paradigma resulta en un entendimiento de la salud como ausencia de sintomatología. Asimismo, dado el enfoque en la observación y cuantificación de los síntomas provocados por la enfermedad, el tratamiento de las enfermedades se centraba en el alivio de los síntomas (Amigo, Fernandez y Perez, 2003; Cortese, 2004; Rodríguez, 1995 citado en Moll, 2013).

Sin embargo, el paradigma de las enfermedades mentales entraría en crisis a inicios del siglo XX. El énfasis de la psiquiatría en el diagnóstico de la *enfermedad* ocasionó la proliferación de categorías diagnósticas cuya diferenciación de otras no logró sostenerse con claridad. Además, se empezaron a debatir las hipótesis localizacionistas sobre el origen de las *enfermedades mentales* y sus diagnósticos, dando inicio al tránsito hacia un nuevo paradigma a inicios del siglo XX (Lanteri-Laura, 1998). En primer lugar, el desarrollo del concepto de *estructura* por parte de la filosofía, la lingüística y la teoría de la Gestalt influiría en el entendimiento sobre el funcionamiento neurológico de las personas y cómo se veían afectadas por las *enfermedades mentales*. Se sostuvo que la totalidad del organismo no funcionaba como una adición y yuxtaposición de sus partes, sino que estas se integraban en una organización dinámica que daba lugar al funcionamiento de un todo, la estructura. En segundo lugar, los avances médicos en el estudio clínico de los sobrevivientes con lesiones neurológicas concluyeron que el funcionamiento neurológico no obedecía a los supuestos localizacionistas, sino que demostraba el funcionamiento del cerebro como una estructura.

En ese orden de ideas, el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas consideraba que la patología mental era una fuente de conocimientos que debía tomar a la persona como totalidad, por lo que el diagnóstico era un ejercicio estructural y suponía que la psicopatología representaba una desestructuración de la organización dinámica del ser humano (Lanteri-Laura, 1998).

Por otro lado, los aportes a la medicina de Perkins y Siergest durante el siglo XX, basados en el enfoque positivo de la salud que comenzaría a esbozar Bernard en 1893,

darían cuenta de la importancia de visibilizar el concepto de salud en la medicina (Rodríguez, 2011). Por ello, desde la medicina, se propuso abordar el entendimiento de la salud desde una perspectiva holística y sistémica, que permitiera entender su pluridimensionalidad, comprendiendo la interrelación entre la salud mental y la salud física u orgánica (OMS, 2004; Nieto-Munuera et al., 2015) y la implicancia de factores socioculturales en la concepción de salud y enfermedad, superando las limitaciones del paradigma biomédico de la salud (Singh, 2009; Moll, 2013; Nieto-Munuera et al., 2015; Torres et al., 2015; Betancur y Restrepo, 2016).

De tal modo, se dio el tránsito hacia un modelo biopsicosocial de la salud como respuesta a las concepciones anteriores, planteando una forma alternativa de entender y abordar el proceso de salud y enfermedad que no se limita a la observación de factores únicamente biológicos. Al respecto, Nieto-Munuera et al. (2015) mencionaron:

La salud y la enfermedad no tienen una raíz exclusivamente orgánica. Los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados, como hemos visto, con numerosos factores. Dada la condición social del ser humano y el funcionamiento intersistémico de nuestro organismo, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todos y cada uno de los sistemas de los que forma parte. La estrecha dependencia de unos y otros genera una especie de mecanismo de policausalidad en el que cada uno tiene alguna responsabilidad en los fenómenos o procesos que se desencadenan, aparentemente aislados, en cualquiera de los restantes subsistemas (p. 61).

Posteriormente, tras el final de la Segunda Guerra Mundial, se puso especial énfasis al enfoque positivo de la salud y a la importancia de la salud mental hasta la actualidad (Miranda, 2018). Inicialmente, el concepto de salud mental parte del higienismo mental, movimiento que inició en la década de 1950, el cual buscaba mejorar el tratamiento y la creación de acciones de prevención de trastornos desde la salud pública (Vainer, 2007; Miranda, 2018). Además, desde 1950, instituciones rectoras en salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han incorporado a la salud mental dentro de su concepción de salud (OMS, 1950 en Miranda, 2018). Sin embargo, con la evolución de los saberes en sociopolítica, psiquiatría, psicoterapia y psicología llegaría también un mayor desarrollo y ambigüedad de lo que se entiende por salud mental. Si bien existe un campo relacionado a la salud mental y sus prácticas, su multidimensionalidad y pluralidad

conceptual impide que exista una única acepción para dicho término (Restrepo y Jaramillo, 2012; Miranda, 2018). Sin embargo, en la actualidad es posible observar cómo las prácticas de salud mental desde la psiquiatría y la psicopatología continúan permeadas por el paradigma biomédico y las concepciones anteriores al modelo biopsicosocial de la salud.

En el contexto peruano, el paradigma institucionalizador era hegemónico en el tratamiento de la salud mental, sosteniendo un modelo de internamiento en instituciones psiquiátricas a aquellos considerados locos, lo cual generó exclusión en el sistema sanitario (Bojórquez et al., 2012). La idea de locura y enfermedad mental era central para el tratamiento clínico de la salud mental (Moll, 2009) y no es hasta el año 2003 con la publicación del Informe Final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación que la salud mental como eje transversal a la experiencia humana cobra relevancia en el ámbito público y académico. Desde la salud pública, se promueve que en el Perú la salud mental se reconozca como dimensión fundamental del desarrollo integral y bienestar del individuo (Grupo de Trabajo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006; MINSA, 2016) y en el año 2012 se propone a través de la modificación de la Ley General de Salud, transitar hacia la implementación de un enfoque de atención en salud mental comunitaria, con el objetivo de fortalecer el acceso a servicios de salud mental, descentralizándola del tratamiento y atención en instituciones psiquiátricas (Bojórquez et al., 2012; MINSA, 2018a).

Al respecto, se han realizado investigaciones sobre el campo de la salud mental relacionadas a las brechas de acceso a los servicios de salud mental, la implementación y la atención en los servicios de salud mental, desde un enfoque cuantitativo (INSM, 2004; 2005; 2006; 2007; 2011; Saavedra, 2012, Castillo y Cutipe, 2019), en las cuales se evidencia la existencia de brechas y factores que impiden el acceso e implementación de servicios de salud mental y salud mental comunitaria.

Por otro lado, el modelo de atención en salud mental comunitario se enfoca en el reconocimiento de las diversidades y condiciones psicosociales en todos los niveles, de modo que se posibilite el trabajo en el vínculo social y comunitario, la inserción en la sociedad y el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitarias y la promoción de la salud mental, con el objetivo de facilitar el acceso a la ayuda oportuna y se pueda acercar

la salud mental a la población desde una perspectiva enfocada en la promoción del bienestar y no en el tratamiento de síntomas (Castillo y Cutipé, 2019; Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006; MINSA, 2018a; Ramos Murga, 2019; Velázquez, 2007; Velázquez y Rivera-Holguín, 2020).

Este enfoque de salud resulta particularmente importante debido a la situación actual de la salud en el Perú. Se estima que, en la actualidad, los trastornos mentales constituyen la principal causa de discapacidad y se estima que aproximadamente el 20% de la población peruana convive con algún trastorno cada año (Cavero, Hidalgo y Rivera, 2021; MINSA, 2018b). Hasta el año 2018, se estimaba que la brecha de atención en salud mental impedía a más del 69% de peruanos que habitan zonas metropolitanas y más del 90% de peruanos que habitan zonas rurales, poder acceder oportunamente a un tratamiento (MINSA, 2018a). Las principales causas halladas por el MINSA (2018a, p.28) señalaban la falta de recursos humanos en salud mental, la centralización y escasez de servicios de salud mental, la búsqueda de ayuda tardía y la falta de inversión por parte de la población.

Al respecto se ha estudiado, desde un enfoque cualitativo, que las complejidades que se presentan ante un diagnóstico de salud mental y sus consecuencias psicosociales, responden a una serie de desigualdades sociales, políticas y económicas que son estructurales en la sociedad peruana. Palma (2019) realizó una revisión socio histórica en la que estableció que las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental, son consecuencia de las crisis políticas, económicas y sociales que atravesó el país desde los años 1990. La ausencia de políticas de salud públicas sostenibles, el contexto de violencia y las secuelas psicosociales, visibilizaron el grave estado de la salud mental en la población nacional y la precarización de los servicios de salud mental.

Con la emergencia sanitaria producida por la pandemia por COVID-19 desde inicio del 2020 hasta mayo de 2023, la situación de la salud mental en el Perú es aún más crítica. Si bien se estima que los servicios de salud mental comunitaria atienden a más personas anualmente desde su implementación progresiva el 2018 (MINSA, 2023; Delta, 2023), también existe una mayor prevalencia de trastornos afectivos como ansiedad y depresión, y de problemáticas psicosociales, como violencia intrafamiliar y de género (MINSA, 2023; Diario Oficial el Peruano, 2023). Además, se indica un déficit en cuanto

a la disponibilidad de recursos humanos en salud mental y falencias en cuanto a la correcta implementación de las políticas sanitarias necesarias para cubrir la brecha de atención en el país (Defensoría del Pueblo, 2023; INSM-HDHN, 2023).

1.2. Representaciones Sociales

En el marco de la presente investigación, se utilizará la teoría de las representaciones sociales (RS). Las RS son entidades que parten de las relaciones sociales (Moscovici, 1979), por lo que permiten plantear un marco explicativo sobre ciertas conductas y formas de comunicación ante fenómenos que experimenten en su cotidianeidad grupal o individual (Mora, 2002). Esta experiencia relacional implica que el sujeto vuelva conocido aquello que en principio era desconocido (Avendaño, Krause y Winkler, 1993; Fuentealba, 2013). En ese contexto, se puede definir las RS desde lo mencionado por Jodelet (2011):

Corresponden a una forma específica de conocimiento, el conocimiento ordinario, que es incluido en la categoría del sentido común y tiene como particularidad la de ser socialmente construido y compartido en el seno de diferentes grupos. Esta forma de conocimiento tiene una raíz y un objetivo práctico: apoyándose en la experiencia de las personas, sirve de grilla de lectura de la realidad y de guía de acción en la vida práctica y cotidiana. (p. 134)

En ese orden de ideas, la construcción del conocimiento, pensamiento y accionar del sujeto supone el establecimiento de una relación entre sujeto y sociedad, donde el individuo construye activamente el conocimiento de la realidad y tiene también la posibilidad de actuar sobre ella para intervenir en las dinámicas sociales establecidas (Deaux y Philogène, 2001; Howarth, 2006). Por ello, la comprensión de las dinámicas sociales no puede ser concebida fuera de la interacción entre el sujeto y sus condiciones históricas, culturales y macrosociales (Deaux y Philogène, 2001), por lo que, desde las RS, se puede plantear una aproximación a la forma de entender la realidad según la experiencia subjetiva.

Al respecto, Knapp (2003, p. 23) plantea sobre las RS que “nos permite acceder al estudio científico, desde la óptica de la Psicología Social, del pensamiento social...”,

por lo que resulta pertinente su uso para el estudio de fenómenos que surgen de la interacción de las estructuras subjetivas para construir significados de la realidad social (Moscovici, 1997; Mora-Ríos et al., 2008).

Debido a su complejidad teórica, en las RS se pueden identificar tres dimensiones que engloban la amplitud de constructos que abarca la teoría: actitud, información y campo representacional (Araya, 2002; Jodelet, 1984 en Knapp, 2003; Moscovici, 1979; Mora, 2002; Moll, 2013; Rangel, 2009). Estas dimensiones se encuentran entrelazadas entre sí en las RS y su expresión, pero suelen ser separadas con fines didácticos, metodológicos y empíricos (Moll, 2009).

En primer lugar, la dimensión de actitud, como menciona Araya (2002, p. 39), se define como: “la atribución afectiva positiva o negativa, de una representación que orienta la acción hacia aquello que es representado”. Sin embargo, esta atribución afectiva debe ser entendida como una respuesta evaluativa del sujeto frente al objeto de representación (Moliner y Tafani, 1997; Moscovici, 1979 citado en Cuevas, 2016; Tafani, 2001). En ese sentido, el componente afectivo cumple una función estructurante de la conducta hacia el objeto de representación (Parales-Quenza y Vizcaino-Gutierrez, 2007), debido a la importancia del afecto en la regulación de la intensidad e intencionalidad de la conducta, condicionando la interacción a nivel social.

En segundo lugar, la dimensión información en las RS, refiere a la organización de ideas o conocimientos sobre el objeto de representación en forma de un contenido seleccionado por los sujetos (Araya, 2002; Rangel 2009; Cuevas 2016). Esta información es obtenida mediante el contacto y la interacción directa con el objeto de representación, en un marco social y cultural que determina la calidad de esta (Araya, 2002).

En tercer lugar, Moll (2013, p. 104) menciona que el campo de representación es “la organización jerarquizada de los elementos que configuran el contenido de la representación. [...] conforman un nuevo nivel de organización: una red de elementos tejidos por combinaciones de unas y otras”. Entonces, siguiendo a Moscovici (1979) el campo de representación hace referencia a la idea de imagen, al contenido concreto y limitado de aquello que se refiere a un aspecto específico, puntual del objeto de representación que se estructura y organiza en un contexto social.

Además, las RS se forman mediante los procesos de anclaje y objetivación. En primer lugar, el anclaje refiere al proceso en el que el sujeto incorpora aquello que le resulta nuevo, ajeno o desconocido en sus pensamientos anteriores a la interacción con el objeto, incorporando la RS a su marco de referencia preexistente para otorgarle un significado (Araya, 2002; Castorina y Barreiro, 2012, Moll, 2009). En segundo lugar, la objetivación refiere al proceso por el cual el sujeto otorga un significado concreto a los conceptos abstractos, asociando cosas a las imágenes y palabras a los conceptos de modo que los pueda conocer en la realidad material (Araya, 2002; Castorina, Barreiro y Toscano, 2007; Castorina y Barreiro, 2012; Moll, 2009).

Finalmente, Moscovici (1979) menciona que las RS no sólo guían el comportamiento social sino también remodelan los elementos del medio social para dar lugar a ese comportamiento, dándole sentido e integrándolo como una práctica estable en el medio. Según Abric (2001), las RS ejercen un rol en las interacciones sociales a través de cuatro funciones: Cognitivas, que permiten entender y explicar el contexto, facilitando la transmisión de la representación de forma práctica. Identitarias, que definen al sujeto y su grupo, permitiendo que el sujeto o grupo resguarden su imagen positiva en los procesos de socialización y se diferencien de otros. De orientación, es decir que, las representaciones que tenga un sujeto o grupo condiciona su comportamiento con el objeto de representación, creando un tipo particular de relación. Justificadoras, que explican y justifican *a posteriori* las conductas o prácticas sociales adoptadas, reforzando la posición de grupo y justificando la diferenciación social.

En conclusión, las RS permiten comprender cómo se relacionan las personas y grupos con otras, influidos por cómo construyen e incorporan la representación a sus pautas sociales y marcos referenciales (Abric, 2001; Jodelet, 1986; Moscovici 1979).

Existen investigaciones en el campo de la salud mental usando la teoría de las representaciones sociales. En algunas de estas investigaciones, el estudio está centrado en las representaciones de la *enfermedad mental* y su tratamiento (Bueno y Mestre, 2005; Fotia y Assis, 2012; Goerg, Fischer, Zbinden, y Guimón, 2004; Mora-Rios, Medina, Sugayama y Natera, 2008; Mora Rios, Natera, Bautista y Ortega, 2013; Ohlsson, 2017; Putri y Prawiro, 2018; Ribiero, Coutinho y Nascimento, 2010), colocando énfasis en el estudio de los trastornos mentales y la sintomatología reportada por médicos y pacientes,

privilegiando el enfoque biomédico en la investigación de las diversas construcciones alrededor de la salud y la *enfermedad mental* en países de renta media como el Perú.

Por otro lado, también se han planteado investigaciones sobre salud mental con una comprensión positiva de la salud, centrándose en las características propias del proceso de la salud y las relaciones entre el proceso de la salud con el entorno físico y social de las personas. Estas investigaciones se enfocaron en recoger las representaciones de trabajadores y usuarios de diferentes servicios de salud mental. Entre ellas, las más relevantes para esta investigación son las mencionadas a continuación.

Según la investigación realizada por Betancur y Restrepo (2016) en Medellín, los profesionales de salud mental suelen asumir que la salud mental es un objeto que se tiene o no se tiene, por lo que definen la presencia o ausencia de la salud mental bajo ciertos criterios: conciencia de sí, adaptación, afrontamiento de dificultades, bienestar e imperturbabilidad. Asimismo, la formación de RS sobre la salud mental en profesionales responde tanto a su formación teórica y académica como a su práctica cotidiana y su interacción con los pacientes. En ese sentido, se puede plantear una interacción y contradicción constante entre la concepción de cada profesional y la promovida por la normatividad colombiana, que promueve abordajes desde la salud pública y los determinantes sociales de la salud.

Otra investigación relacionada fue la que realizaron Torres, Munguía, Aranda y Salazar (2015) en adultos de la ciudad de Guadalajara en México. Los autores encontraron que las RS de la salud mental se asocian a un estado de estabilidad emocional, y se enfatizaron las capacidades y facultades individuales de las personas. Además, las RS de la *enfermedad mental* fueron asociadas al diagnóstico o padecimiento de patologías y/o trastornos psicológicos o psiquiátricos, producidas por una falta de las capacidades o facultades que permiten el desarrollo de la salud mental. Finalmente, se enfatiza en los factores individuales por encima de las condiciones sociales, tanto en la presencia de salud como de la *enfermedad mental*.

Con respecto al estudio de las representaciones de la salud mental, se han revisado las siguientes investigaciones que resultan especialmente relevantes para el desarrollo de esta investigación. En primer lugar, la investigación realizada por Moll (2009) explica cómo los trabajadores de dos hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana se

aproximan a la salud mental desde sus marcos de referencia profesionales y prácticos, haciendo énfasis en la ausencia de trastornos y el equilibrio entre el bienestar físico y psicológico. Por ello, el estudio concluye que los trabajadores de estas instituciones aún suelen construir sus representaciones sociales de la salud mental desde una ideología biomédica.

Por otro lado, Espejo (2011) realizó un estudio en el que describe cómo son las representaciones sociales de la salud mental en trabajadores de salud mental en Huancavelica, una de las regiones más afectadas por la violencia política y las condiciones socioeconómicas del país. En esta investigación se reportaron diferencias sustanciales con respecto a la investigación realizada en Lima por Moll (2009), las cuales fueron atribuidas al contexto sociocultural en el cual se planteó el estudio. La autora concluye que, las representaciones de la salud mental en esa muestra de trabajadores se encuentran en mayor concordancia con una perspectiva comunitaria de la salud mental y conciben la salud como un estado de adaptación al medio y su capacidad de relacionarse positivamente con su entorno.

En ese sentido, se puede argumentar que actualmente existe en su mayoría una comprensión la salud mental enfocada en la importancia del factor social y psicológico de la misma, ya que en todo momento aquello que se entiende por salud y enfermedad está vinculado a los conocimientos que adquirimos de la sociedad, la cultura y la propia experiencia en la práctica clínica (Álvarez, 2006; Betancur et al., 2014; Betancur y Restrepo, 2016; Espejo, 2011; Moll, 2009; Singh, 2009; Torres et al., 2015).

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Diseño

Tomando en cuenta la relevancia de investigar sobre las representaciones de la salud mental en los trabajadores de este sector, ya que dan cuenta de su comprensión y quehacer profesional, resulta fundamental conocer cómo son estas representaciones desde la subjetividad e interacción que cada profesional experimenta cotidianamente. En ese sentido, la presente investigación se plantea desde un enfoque cualitativo, de modo que se pueda explorar con mayor profundidad, dispersión y riqueza interpretativa, la subjetividad de quienes nos permiten acceder a sus experiencias (González Rey, 2007). Además, tiene un diseño fenomenológico, el cual se enfoca en la construcción de las percepciones y vivencias de los sujetos con respecto a su experiencia en determinado fenómeno cotidiano (Salgado, 2007), permitiendo al investigador conocer las representaciones desde la reconstrucción que articulan los trabajadores de sus experiencias. Finalmente, es de tipo descriptivo ya que busca conocer las características de las representaciones sociales de la salud mental que han podido ser exploradas parcialmente en contextos similares al de la presente investigación, tanto a nivel internacional (Betancur et al., 2014; Betancur y Restrepo, 2016) como nacional (Espejo, 2011; Moll, 2009).

2.2. Participantes

Se eligió como participantes a profesionales de salud que se desempeñen en instituciones de atención en salud mental de Lima Metropolitana, ya que concentra la mayor cantidad y disponibilidad de profesionales y servicios de salud mental al momento de formular el estudio (INSM, 2023). Se utilizó un muestreo intencional Izcara (2014), tomando en cuenta la idoneidad del entrevistado para aportar una riqueza de información

sobre el objeto de estudio. Además, se tomaron los criterios de accesibilidad y de interés personal (Izcara, 2014; Tojar, 2006), considerando a aquellos profesionales que presenten disposición a cooperar en la investigación, excluyendo a todos los que mostraron indiferencia en el estudio.

Se determinó el tamaño de la muestra evaluando el criterio de poder de la información (Malterud, Siersma y Guassora, 2016), obtenido del diálogo brindado por los participantes entrevistados, considerando como dimensiones a evaluar el objetivo del estudio, la especificidad de la muestra, el uso de teoría establecida, la calidad del diálogo y la estrategia de análisis. Además, se consideraron los procedimientos y recomendaciones para conducir investigaciones enmarcadas en diseños fenomenológicos (Dukes, 1984; Moustakas, 1994 citado en Creswell y Poth, 2018), definiendo la muestra en 11 profesionales de salud que trabajen en atención en salud mental en instituciones de Lima Metropolitana.

Como criterio de inclusión se estableció que los participantes sean profesionales habilitados en ejercicio de las carreras de psicología, psiquiatría, enfermería, medicina, trabajo social y tecnología médica, cuenten con una especialidad en atención en salud mental o psicoterapia y cuenten con experiencia de atención en una institución de atención en salud mental de por lo menos 1 año tras haber culminado su formación profesional.

Como criterio de exclusión, se planteó que aquellos profesionales que no hayan estado en interacción directa, sea mediante atención virtual o presencial, por lo menos por un año después de haber culminado sus estudios de grado con los usuarios de sus respectivas instituciones, no puedan participar de la investigación.

En ese sentido, se entrevistó a trabajadores de atención de ambos sexos, 8 de instituciones de salud públicas y 3 de instituciones de salud particulares, entre ellos hay 7 psicólogas, 1 médico psiquiatra, 1 médico de familia y comunidad, 1 terapeuta de lenguaje y 1 enfermera especializada en salud mental. Las participantes tienen una edad entre 26 y 48 años, y tienen entre 2 y 20 años de experiencia en el ámbito de atención en salud mental a usuarios de servicios de salud mental públicos o privados.

Tabla 1

Caracterización de las y los participantes

Participantes	Edad	Ocupación	Formación	Tiempo de
---------------	------	-----------	-----------	-----------

				experiencia
Entrevistada 1	26	Psicóloga y psicoterapeuta	Psicología Clínica y Psicoterapia Cognitivo Conductual	3 años
Entrevistada 2	34	Psiquiatra	Medicina con especialidad en Psiquiatría y Psicoterapia Cognitivo Conductual	4 años
Entrevistada 3	35	Psicóloga	Psicología	2 años
Entrevistada 4	26	Psicóloga	Psicología Clínica y Psicoterapia Cognitivo Conductual en formación	3 años
Entrevistado 5	27	Psicólogo psicoterapeuta	Psicología Clínica y Psicoanálisis Lacaniano	3 años
Entrevistada 6	31	Psicóloga	Psicología Clínica y Psicoterapia Cognitivo Conductual	8 años
Entrevistada 7	33	Médica de Familia y Comunidad	Medicina con especialidad en medicina comunitaria y de familia con enfoque en salud mental.	4 años
Entrevistada 8	29	Terapeuta de Audición, Voz y Lenguaje	Tecnóloga médica con especialidad en audición, voz y lenguaje	3 años
Entrevistada 9	33	Jefa del servicio de enfermería	Licenciada en Enfermería con Especialización en Salud Mental	7 años
Entrevistada 10	48	Jefa del servicio de adulto y adulto mayor	Psicología Clínica y Psicoterapeuta cognitivo conductual y de terapias contextuales	20 años
Entrevistado 11	27	Psicólogo psicoterapeuta	Psicología Clínica y Psicoanálisis Lacaniano	3 años

2.3. Instrumentos de recolección de información

Se construyó una ficha de datos sociodemográficos (Anexo 3) para caracterizar a cada participante en términos de edad, formación profesional y su rol de atención en salud mental. Además, se eligió la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de información, ya que es una herramienta que permite acceder a las creencias, conocimientos, actitudes, significados y representaciones que dan los entrevistados a sus experiencias e interacciones. Por ello, se elaboró una guía de entrevista, organizando las preguntas a formular *a priori* según los elementos teóricos que componen las

representaciones sociales. De tal modo, el instrumento se construyó con la intención de proponer una guía temática para el diálogo entre el investigador y la persona entrevistada, considerando que el diálogo es la estrategia central para organizar la investigación, ya que permite dar cuenta de lo subjetivo que surge en la comunicación activa entre los participantes (González Rey, 2005 en Rivas, 2020; Trinidad, 2016).

La guía de entrevista (Anexo 2), fue sometida al juicio de tres expertas en psicología clínica, psicología social y psicología de la salud. Se les solicitó, a través de una carta formal enviada por correo electrónico, su participación como jueces en el proceso de validación del instrumento. Tras su aceptación, se les envió por correo electrónico una copia de la versión preliminar de la guía de entrevista dividida en las áreas a estudiar. Las expertas evaluaron las preguntas de la guía según la claridad con la que se formulaba cada pregunta, la pertinencia de cada pregunta para alcanzar el objetivo de la investigación y la coherencia que existía entre cada pregunta y la dimensión que buscaba abordar. Además, se evaluó la guía en su totalidad para medir la fluidez con la que se harían las preguntas. Con las devoluciones y aportes de las expertas, se implementó un mejor fraseo de las preguntas de la entrevista, se agregó una pregunta introductoria más amplia y una pregunta de cierre que permitía a los profesionales volver sobre algún punto de la entrevista para profundizar si lo creían necesario. Finalmente, se optó por incluir en el instrumento, repreguntas opcionales que permitan profundizar en los temas asociados a las dimensiones de campo representacional e información.

Una vez realizadas las correcciones, se realizó la entrevista piloto del instrumento. Se contactó a través de un informante clave con una trabajadora de salud mental que cumplía con los criterios de inclusión y accedió a participar. Previamente a la entrevista, se explicó detalladamente el objetivo del estudio y de la entrevista a la participante. La entrevista fue realizada a través de la plataforma Zoom, y duró aproximadamente 45 minutos. Tras la entrevista, se preguntó a la participante sobre la fluidez e idoneidad de las preguntas de la guía. Ella mencionó sentirse cómoda en la entrevista, y consideró que la fluidez era apropiada, resaltando que la pregunta de apertura era lo suficientemente amplia para poder reflexionar sobre la salud mental en el contexto actual. Se realizó un análisis de las preguntas en base a las respuestas obtenidas y las recomendaciones de la

entrevistada, con las cuales se pudo validar la versión final de la guía de entrevista (Anexo 2).

La versión final de la guía consiste de 12 preguntas y 10 *repreguntas* que abordan tres categorías teóricas de las representaciones sociales: Campo representacional, asociado a las creencias e imágenes asociadas a la salud mental; actitud, que muestra la valoración que le da el sujeto al objeto de representación, indicando así cómo orienta su conducta hacia dicho objeto; e, información, que indica los conocimientos que tiene la persona entrevistada sobre la salud mental y cómo la adquisición de estos conocimientos y el contexto en el cual fue adquirido, moldea su representación.

2.4. Procedimiento

Para la realización del trabajo de campo, se extendieron invitaciones de participación por medio de redes sociales y de correos electrónicos a contactos clave que trabajaban en diferentes instituciones de salud mental de Lima Metropolitana al momento de la investigación, con el objetivo de establecer comunicación con profesionales de atención en salud mental que estén interesados en ser entrevistados. Cabe resaltar que, debido a la promulgación del estado de emergencia sanitaria del Estado Peruano (Decreto Supremo N° 044-2020-PCM), los protocolos de investigación de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya dictaron que toda comunicación con los participantes se realice de manera virtual, lo cual dificultó el contacto y la invitación a los profesionales a ser parte del estudio.

Se estableció contacto con múltiples CSMC de Lima Metropolitana a través de sus redes institucionales y con profesionales de instituciones privadas de atención en salud mental cuyo enfoque estuviera alineado a las políticas de salud públicas en salud mental y al modelo de atención en salud mental comunitaria. Sin embargo, debido a las consecuencias psicosociales de la pandemia y el incremento en el diagnóstico y la prevalencia de trastornos de salud mental tanto en la población general como en el personal sanitario de apoyo (Huarcaya-Victoria, 2020), la capacidad de atención médica se redujo considerablemente, dificultando el acceso al universo de participantes que cumplen con el perfil necesario, considerando que la muestra debe tener características y

conocimientos específicos sobre el objeto de estudio y el contexto en el que se llevará a cabo la investigación. En ese sentido, se recibieron múltiples respuestas negativas a la invitación a participar en el estudio por parte de los profesionales contactados y al establecer comunicación con los CSMC, se nos solicitó la aprobación de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS), entidad los administra, para establecer una comunicación institucional que invite a los profesionales a participar. A pesar de haber iniciado el trámite con las DIRIS de la jurisdicción respectiva de cada CSMC, los requerimientos solicitados eran imposibles de cumplir en los plazos establecidos por la Universidad para la realización de la tesis. Por lo tanto, se decidió continuar con la invitación a los profesionales de manera individual a través de contactos clave en las instituciones de salud y desistir del procedimiento de presentación de proyecto de investigación ante las DIRIS.

Aquellos profesionales que decidieron participar en la entrevista, fueron contactados nuevamente a través de correo electrónico. Ellos se mostraron receptivos e interesados en la temática, por lo que en algunos casos se intercambiaron correos explicando brevemente la temática de la tesis antes de extenderles el consentimiento informado (Anexo 3). Una vez firmado el consentimiento, se coordinaron los horarios para la realización de la entrevista, la cual fue realizada por la plataforma Zoom, informándoles que tendría una duración de 40 a 55 minutos aproximadamente. Durante la realización de las entrevistas, se volvió a explicar a cada participante el consentimiento informado y se informó a cada participante que el audio de la entrevista sería grabado para la posterior transcripción de la información. Finalmente, se codificó cada participante según los datos recopilados en la ficha de datos sociodemográficos, se transcribió cada entrevista y se procedió con la eliminación de cada grabación de audio. Cabe resaltar que la mayoría de participantes que ejerce en una institución pública tuvo que reprogramar el primer horario acordado debido a la gran carga laboral que estaban manejando.

2.5. Aspectos éticos y criterios de calidad de la información

Siguiendo lo planteado por Flick (2011), los cuidados éticos hacia los participantes están fundamentados bajo los cuatro principios éticos planteados por Murphy y Dingwall. En primer lugar, el principio de no maleficencia, asegura que el investigador evitará en todo momento causar daño o perjuicio a los participantes. En segundo lugar, el principio de beneficencia reza que la investigación busca producir beneficios positivos e identificables en el campo de la investigación y poner en el menor riesgo posible a los participantes. En tercer lugar, el principio de autodeterminación sostiene que las decisiones y la voluntad de los participantes deberá ser respetada en todo momento. Finalmente, el principio de justicia menciona que los participantes serán tratados por igual durante todo el contacto que se tenga durante el desarrollo de la investigación.

Por tanto, se expresó a todos los participantes mediante un consentimiento informado (Anexo 1) que su participación sería completamente voluntaria y anónima, que la información obtenida sería utilizada de manera confidencial con fines únicamente académicos y de investigación, que de aceptar podían decidir no responder alguna pregunta, que podían informar al investigador en caso se encuentren en una situación incómoda y que estaban en la facultad de interrumpir o culminar su participación en cualquier momento de la investigación sin que resulte en un perjuicio para ellos.

Finalmente, la presente investigación se apoya en los siguientes criterios de calidad: En primer lugar, el criterio de credibilidad, lo cual supone que la información obtenida en el discurso de los participantes es tomada como una experiencia verídica que refleja la realidad tal como la conocen, la experimentan y la sienten profundamente. En segundo lugar, el significado en contexto, que considera el contexto particular en que se desenvuelven los participantes y los significados específicos que tienen para ellos las experiencias vividas. Finalmente, se considera el criterio de transferibilidad, es decir, que ciertas características de la investigación cualitativa serán transferibles a otras investigaciones, conservando significados y sentidos en contextos similares (Leininger, 2003, citado en Miele Tonon et. al, 2012).

2.6. Análisis de la información

Se utilizó el análisis temático como procedimiento para analizar la información obtenida en las entrevistas a los profesionales, ya que es una herramienta versátil en el análisis, generando una categorización desde un modelo teórico preestablecido siguiendo un razonamiento deductivo, o, generando categorías que emergen de la información recopilada en el discurso de los participantes, siguiendo un razonamiento inductivo (Braun y Clarke, 2006). Además, es planteado por Mieles, Tonon y Alvarado (2012) como un método enmarcado en la fenomenología social, teniendo como objetivo la exploración del sentido subjetivo y la atribución de significado a las experiencias en la vida de las personas. En ese sentido, el análisis temático resulta congruente para el estudio de las representaciones sociales de fenómenos cotidianos, como son la interacción entre un profesional de salud mental y los usuarios que acuden a consulta. La técnica de análisis temático sigue una secuencia de 6 fases según lo plantean Braun y Clarke (2006). Estas fases son: familiarización con los datos, generación de categorías o códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas, y finalmente la producción del informe final. Para la realización del análisis temático se seguirá una lógica inductiva, ya que los temas generados se relacionan estrechamente a los datos obtenidos en el discurso de los participantes por lo que el proceso de codificación se genera de manera que no se trate de “encajar la información en un marco de codificación preexistente ni seguir los prejuicios analíticos del investigador” (Braun y Clarke, 2006 en Escudero, 2020, p. 6).

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos a partir del procesamiento de la información recopilada a través de las once entrevistas realizadas a los profesionales que laboran en instituciones de salud mental. Los resultados obtenidos fueron organizados de manera inductiva en tres categorías temáticas que configuran las representaciones de la salud mental en los profesionales entrevistados. Los temas son: Concepciones de la salud mental, Actitudes hacia la salud mental en la atención en instituciones de salud mental, y Expectativas de recuperación de la salud mental.

3.1. Concepciones de la salud mental

Se encontraron múltiples concepciones de salud mental en el discurso de los participantes, las cuales se asociaron a la diversidad de sus experiencias profesionales, el enfoque institucional y personal bajo el que construyen las nociones de salud y enfermedad que media su práctica y los paradigmas de salud y salud mental a los que se alinean sus conocimientos y formaciones. En ese sentido, se identificó que las concepciones de la salud mental que se encuentran en los profesionales de salud abarcan tres temas fundamentales: Definiciones de la salud mental, Concepciones asociadas a la falta de salud mental e Imágenes asociadas a las personas que gozan de buena salud mental.

3.1.1. Definiciones de la salud mental

Los profesionales de salud de instituciones públicas e instituciones privadas, construyen las definiciones de su objeto de estudio y praxis, desde sus conocimientos previos, sus creencias y sus vivencias profesionales y personales. Las definiciones

expresadas en la presente investigación pueden agruparse temáticamente en: Definiciones paradigmáticas de la salud mental y visiones críticas del concepto de salud mental.

Respecto a las definiciones paradigmáticas de la salud mental, se encontró que son las más prevalentes en el discurso de los profesionales de salud. Estas definiciones responden a sus conocimientos teóricos y prácticos, adquiridos y contrastados con los supuestos paradigmáticos de cómo se define la salud mental desde las instituciones rectoras de la salud. Es decir, la construcción de cada profesional de sus definiciones de salud está relacionada con el paradigma propuesto por las instituciones en las que se desempeña, en este caso sería el paradigma biopsicosocial de la salud, el cual comprende a la salud mental como un estado de bienestar necesario para ser saludable.

Además, en los profesionales del sector público se alinea la concepción de la salud mental con las características propuestas por la OMS, institución rectora de la salud en el mundo, y los lineamientos de salud mental comunitaria que rigen el modelo de atención en el ámbito Estatal.

“Yo sí entiendo y acepto que la Salud Mental es el bienestar que pueda tener, físico, social, emocional, psicológico y que yo pueda tener los sentimientos de bienestar y que, así como yo me sienta bien, puede tener un impacto en las personas que están a mi alrededor. Eso es salud mental. Y que también tenga el reconocimiento, un autoconocimiento de mi persona, cuáles son mis recursos porque así también yo voy a tener mejores respuestas dentro de mi comunidad.”
(Entrevista 6, Psicóloga Clínica)

En el ámbito privado, los profesionales de psicología expresan una comprensión paradigmática de la salud mental que se alinea con los estándares de la salud biopsicosocial, comprendiendo e integrando la importancia de la funcionalidad y el bienestar personal. Sin embargo, existen visiones críticas a la concepción paradigmática que promueven las entidades rectoras de la salud, como se muestra a continuación:

"Para mí la salud mental, se entiende desde una dualidad previa de salud y enfermedad... es un ideal. Un ideal que rápidamente se contrasta con la clínica, o sea, rápidamente se rebate con lo que uno encuentra en la clínica [...] Dudo mucho que alguien genuinamente en lo más profundo de su ser apunte a la salud, hay algo que no apunta a la salud en los individuos... a ese término de salud plena que dice que nunca sufras, porque el sufrimiento parece tener una función... Yo concluiría

que hay algunos (*organismos e instituciones*) que te tratan de decir qué es salud y a lo mejor lo que esa perspectiva que te dice qué es salud o no, desconoce esto muy particular y muy raro ¿no?" (Entrevista 11, Psicólogo Clínico)

En ese sentido, en la atención de los profesionales de psicología que practican la psicoterapia de manera privada, se concibe la salud mental desde una perspectiva que rescata las particularidades del sujeto que acude a atención, priorizando la singularidad en la construcción del malestar y el bienestar que tiene cada individuo en su vida.

"Para mí la salud mental es un poco... La singularidad, encontrar eso que te pueda anudar a ti a la vida, eso es un poco lo que podría decir yo sobre la salud mental. Ya pensando un poco desde el psicoanálisis, que es un poco lo que pienso. Esta singularidad que es lo que se anuda, tiene que ver con que la persona realmente pueda encontrar la capacidad de amar, de trabajar, de saber hacer frente al conflicto, frente a las dificultades que vive." (Entrevista 5, Psicólogo Clínico)

Es así que los profesionales de atención manifiestan en las definiciones de la salud mental, los conocimientos y creencias que configuran parte de su representación de salud mental.

3.1.2. Concepciones asociadas a la falta de salud mental

Por otro lado, asociadas a las definiciones de lo que *es* la salud mental, se construyen diferentes concepciones asociadas a la falta de salud mental o lo que tradicionalmente se conocía como "*enfermedad mental*", concepción que ha ido transformándose implícita y explícitamente desde el siglo XVII desde los planteamientos del paradigma biomédico de la salud y los paradigmas psiquiátricos de la locura y las enfermedades mentales. En ese sentido, se pueden distinguir tres temáticas que conceptualizan la falta de salud mental asociada a la definición de salud mental y las propias experiencias clínicas del profesional: la concepción biomédica, la concepción psicosocial y la concepción filosófica.

En primer lugar, la concepción biomédica argumenta que la presencia de afecciones emocionales, desbalances neurológicos, lesiones neurofisiológicas y/o condiciones cognitivas que comprenden una enfermedad, señala la ausencia de salud

mental. En tal sentido, existe una comprensión negativa de la salud, la salud mental y la concepción de enfermedad mental, congruente con el paradigma biomédico de la salud.

"Una dolencia, ya bueno, pero en la parte de afectación a nivel emocional o también ya un problema orgánico a nivel cerebral ¿no? Una persona que de alguna manera va necesitar justamente el apoyo de un médico, en este caso del psiquiatra, o también de los profesionales de psicología para poder salir de lo que está pasando [...] Una afectación emocional o también orgánica ¿no? Porque hay algunos trastornos mentales que surgen producto ya de una afección orgánica y bueno, en ese caso, sí pues necesitan también de la atención ya médica, ¿no?" (Entrevista 9, Enfermera).

En ese sentido, existe una representación de la enfermedad mental en los profesionales de atención entrevistados, sin embargo, en ella pudieron reconocer la experiencia subjetiva del sufrimiento de cada persona y el estigma social asociado a los procesos de enfermedad y sus manifestaciones en la sociedad y en los espacios terapéuticos, acercando parcialmente dicha representación al paradigma biopsicosocial.

En segundo lugar, desde la concepción psicosocial, se reconocen múltiples procesos personales y factores psicosociales en la influencia de lo que se comprende como salud mental y cómo las falencias vinculares, sociales y sistémicas pueden impactar en la salud mental. Desde esta concepción rechaza el término "enfermedad mental", ya que se concibe como un estigma residual del paradigma biomédico que dificulta la búsqueda de ayuda, afecta al tratamiento de psicopatologías y agrava las problemáticas psicosociales causantes de malestar psicológico. Sin embargo, se sostiene como entidad nosológica al trastorno mental y las categorías diagnósticas aún son fundamentales en el tratamiento de la salud mental.

"La verdad no me gusta mucho ese término... Es una etiqueta ¿no? Cuando a mí se me viene a la mente la enfermedad mental, sé que están hablando de algún diagnóstico en salud mental, pero me gusta poder cambiarlo justamente por: "Tienes un diagnóstico, pero un diagnóstico no define a una persona" [...] Hablar de enfermedad mental es limitante, es muy invalidante... De por si las personas con diagnósticos ya luchan de por sí con todo el estigma, hasta de ellos mismos, para poder aceptar ese diagnóstico. Entonces, que nosotros mismos, los profesionales, estemos contribuyendo a decir "tienes esto, eres esto, eres tal cosa" propicia también que la misma sociedad

no los valide y la verdad es que se quiere dentro del enfoque también de salud mental y la manera mía de pensar como profesional de salud mental y de salud, trato de no etiquetarlos de esa manera.” (Entrevista 4, Psicóloga Clínica)

En ese sentido, existe un tránsito de la comprensión de la salud como ausencia de enfermedad hacia una visión estructural de la persona y sus malestares, concibiendo al trastorno como un desbalance particular en el funcionamiento de cada persona. Por lo tanto, esta comprensión de la salud se alinearía con el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas de la psiquiatría y daría lugar a una comprensión dinámica de cada sujeto que sufre de malestar y cómo le afecta dicho malestar en su contexto particular.

En tercer lugar, se pudo distinguir en algunos profesionales de psicología entrevistados una construcción cognitiva sobre la salud alineada a sus conocimientos y práctica psicoterapéutica, por lo que elaboran una concepción filosófica del proceso de salud y se critican las estructuras nosológicas y etiológicas del sufrimiento humano, el cual se concibe como ausencia de salud mental.

“Dudo mucho que alguien genuinamente en lo más profundo de su ser apunte a la salud, hay algo que no apunta a la salud en los individuos, a ese término de salud plena que nunca sufras porque el sufrimiento parece tener una función. Una paciente hace poco, me trajo una frase curiosa. Estaba hablando y dijo: "Es que es increíble amigo, creo que a veces hasta hago cosas para sentirme mal". Como si de alguna forma no conscientemente desde ella, porque ella desde el enunciado de "yo no quiero sufrir" está muy segura, que no quiere sentirse mal; pero ahí deja traslucir otra cosa. Es como que hago cosas para sufrir... Uno se sujeta al sufrimiento de alguna forma o hay algo que lo sujeta al sujeto al sufrimiento.” (Entrevista 11, Psicólogo Clínico)

En tal sentido, la salud cobra una dimensión subjetiva particular que trasciende las categorías diagnósticas y definiciones paradigmáticas tradicionales. Desde esta comprensión, los profesionales argumentaron que las nociones de salud hegemónicas estructurales suelen ser insuficientes para la adecuada comprensión y tratamiento del malestar que suele generar lo que es diagnosticado por las ciencias médicas y psicopatológicas. De este modo, la subjetividad de cada persona recurre a formas de

resolución parcial de un malestar profundo que, al ser medicalizado, no logra ser tratado ni aliviado por las comprensiones paradigmáticas tradicionales.

3.1.3. Imágenes asociadas a la persona que goza de salud mental

Con respecto a las imágenes asociadas a las personas que gozan de salud mental, los profesionales de atención describieron y enlistaron características que asocian con la salud mental cuando se manifiesta en las personas. Se describió la imagen esperada de una persona con salud mental como una persona que cuenta con tres principales características.

La primera característica refiere a la imagen integrada de las propias capacidades de afrontamiento cotidiano que tienen las personas que se caracterizan por gozar de salud mental. En tal sentido, los profesionales coincidieron en que una persona saludable puede autoevaluarse a nivel emocional, cognitivo y actitudinal en situaciones cotidianas interpersonales, y conducirse acorde a su vivencia subjetiva y la realidad de su entorno.

"Es saber tomar decisiones también, el no ver como catastrófico de repente un escenario que es muy usual presentarlos o tenerlos [...] Alguien que presenta emociones negativas y positivas como lo tenemos todos, pero que tiene herramientas adecuadas para resolver estas... estas dificultades. Alguien con una madurez necesaria para saber que lo malo no ha venido a quedarse ¿no?"
(Entrevista 2, Psiquiatra)

La segunda característica asociada a la persona que goza de salud mental, refiere a la capacidad de introspección y regulación apropiada de las emociones. Para los profesionales resulta una característica fundamental a observar en las personas es que tengan adecuado control de sus emociones y que estas sean coherentes con las situaciones que vive.

"Muchas veces cuando hablo con mis pacientes acerca de esto, les digo, o sea, no se trata de no sentir o no se trata de dejar de sentir emociones desagradables, porque existen y están y se van a presentar en algún momento. Se trata de tener tú el control sobre ellas y poder convivir con ellas y poder justamente, y ahí me aterrizó un poco más en Freud; amar, en el sentido de relacionarte con otros, tener vínculos saludables y de trabajar, en el sentido de ser una persona funcional en el

día a día... No únicamente ir a un trabajo sino poder estudiar, poder cumplir con responsabilidades, poder hacer cuestiones tan sencillas, desde levantarte de la cama, ordenar tu cuarto, mantenerse como aseado..." (Entrevista 1, Psicóloga)

En ese orden de ideas, se menciona que las personas que gozan de salud mental están en la capacidad de reconocer las situaciones negativas y emociones displacenteras que estén experimentando, pensar en estrategias de resolución oportuna y actuar hacia la resolución de los conflictos de manera asertiva. Implica también tener conciencia de que los estados displacenteros y conflictos vitales son estados transitorios que requieren de acción para poder mejorar.

La tercera característica que mencionaron los profesionales, es la orientación hacía el propio bienestar ante situaciones conflictivas y potencialmente dañinas. Al considerar que la salud mental es una tendencia hacia el bienestar, los profesionales mencionaron que es indicador de una buena salud mental la capacidad de poder buscar el propio bienestar de manera cotidiana y, asociado con la capacidad de autorregulación, puede afrontar o evitar exitosamente situaciones e interacciones potencialmente perjudiciales para su equilibrio psicológico.

"...Sería una persona que trabaja, que es consciente, una persona que va a psicoterapia y trabaja su mente y su salud mental va a tener muchas más herramientas para poder desarrollarse y poder decidir y poder manejar también los conflictos que pueden suceder con sus relaciones sociales. Entonces... Creo que eso ¿no? Una persona que decide cómo le pueden afectar o no las cosas ¿no?" (Entrevista 4, Psicóloga)

Finalmente, se menciona como característica de una persona que goza de buena salud mental, la capacidad de ser funcional y contribuir positivamente a su entorno, haciendo énfasis en la dimensión activa de la persona y su capacidad para tender al bienestar y desarrollarse de manera positiva para sí mismo y su entorno, buscando trascender en su propia vida y su contribución en las diferentes esferas sociales en las que se encuentra.

"...Pensándolo desde que un individuo, un sujeto con salud es aquel capaz de amar y de trabajar. Amar desde la idea de relacionarse en general, amigos, familia, pareja, trabajo, etc. Y trabajar en

el sentido de ser funcional en el día a día. Esa es un poco mi idea de salud mental, creo que muy ligado a la funcionalidad, que la persona pueda ser funcional en cada aspecto de su vida, no necesariamente al 100% en todo, pero que se encuentre en un estado de salud que le genere beneficios más que problemas.” (Entrevista 1, Psicóloga Clínica)

3.2. Actitudes hacia la Salud Mental en la práctica de atención en salud mental

Respecto a las actitudes hacia la salud mental en la atención a pacientes en instituciones de salud mental, se pudo encontrar en el relato de los entrevistados la disposición afectiva y cognitiva hacia la salud mental desde sus experiencias profesionales. En tal sentido, las temáticas que agrupan tales actitudes se dividieron en: actitudes hacia el enfoque de atención en salud mental y actitudes hacia las instituciones de salud mental en el Perú.

Respecto a las actitudes hacia el enfoque de atención en salud mental, los profesionales de atención afiliados a instituciones del estado expresaron su valoración hacia el sistema de salud en el que inscribe su práctica profesional. Por un lado, se expresó un optimismo hacia el enfoque de salud mental comunitario en la atención en salud mental a nivel nacional, resaltando el énfasis en la concepción sistémica del individuo en el modelo de salud y la práctica terapéutica vincular y multidisciplinaria de los profesionales de salud para facilitar el establecimiento de una buena relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento. En ese orden de ideas, se resalta la importancia del enfoque de salud mental comunitaria como enfoque de atención a los usuarios, valorando positivamente la mirada holística de la persona.

“Nosotros desde el modelo comunitario [...] tratamos a la persona como lo que es, una persona en todos sus ámbitos [...] aquí tratamos que desde un inicio se puedan ver todos estos aspectos y ver, porque la persona tiene también un trasfondo que poder trabajar para que pueda mejorar, incluso el entorno donde pueda vivir. Eso se trabaja coordinadamente también con la familia, cosa que es un poco difícil hacerlo con el modelo biomédico tradicional.” (Entrevistada 9, Enfermera)

Se resaltó la labor vincular en la atención, actuando como facilitadores del bienestar psicológico de los pacientes que acuden a consulta, teniendo en cuenta el contexto particular de cada paciente y las necesidades que presenta el caso. En ese

sentido, se describe también la importancia de la labor asistencial en la atención desde el modelo comunitario, brindando la atención directamente a la comunidad y permitiendo que las personas que no tienen acceso, puedan ser beneficiarios de la atención necesaria.

"... lo bonito de los Centros de Salud Mental Comunitarios es que es justamente eso, comunidad. Es bastante trabajo social, nosotros íbamos a las casas de los pacientes que no podían ir al Centro De Salud Mental Comunitaria porque justamente son pacientes que tienen una esquizofrenia, que ni siquiera se bañan ¿no?... Entonces todos los profesionales de ahí son capacitados justamente en este enfoque de salud mental comunitaria. Entonces íbamos, las enfermeras los bañaban... Entonces, yo iba también acompañando en visitas domiciliarias que se llamaba ¿no?" (Entrevista 4, Psicóloga Clínica)

Por otro lado, los profesionales de atención que ejercen su práctica clínica de manera privada, manifestaron la importancia de la aplicación de la psicoterapia en la atención de salud mental, enfatizando que la particularidad de cada sujeto que busca atención en salud mental se beneficia de la correcta aplicación y desarrollo del vínculo terapéutico con un profesional que concibe a la persona como un caso único. Esta disposición hacia la atención de salud mental está profundamente alineada con las concepciones críticas de las definiciones de salud mental y de las manifestaciones psicopatológicas asociadas a la concepción de enfermedad mental.

"Desde lo psicoanalítico hay mucho de este encuentro con lo diferente, que tiene que ver mucho con la construcción de la singularidad. Cómo cada ser humano subjetiva una experiencia, sea de pérdida, de duelo, de una alegría, del amor, etcétera. Y eso es lo que me parecía muy particular ¿no? como cada uno en su propia construcción de su subjetividad termina atrapado en un sufrimiento, también particular. Me pareció muy interesante como uno en la atención podía ver tal vez un caso de depresión, pero cada uno con algo diferente, con un sufrimiento diferente, con un sufrimiento muy particular... y ESO para mí fue como abrir una ventana de muchas posibilidades ¿no? Porque el sufrimiento es tan particular, tan interesante alojar eso particular, eso diferente, que también te lleva por otros campos de conocimiento, otras teorías o dentro de una misma teoría, otros campos de investigación, estudiar..." (Entrevista 5, Psicólogo Clínico)

En segundo lugar, se agruparon en el tema actitudes hacia las instituciones de salud mental, la disposición emocional y cognitiva de los entrevistados hacia la salud

mental desde su práctica clínica, la cual está mediada por las instituciones de salud mental a las que pertenece o bajo las que se rige su práctica clínica, tanto en el ámbito público como en la atención privada. Al respecto, los profesionales manifestaron crítica hacia las instituciones de salud debido a la falta de compromiso con cumplimiento oportuno de las políticas de salud mental en el país y frustración ante la insuficiencia de los recursos materiales y espacios seguros para la atención en salud mental.

Desde el sector público, los profesionales manifestaron las dificultades que enfrentan cotidianamente en su práctica, ya que perciben que deben mediar entre la correcta aplicación de los lineamientos del modelo de atención de salud mental comunitaria y el cumplimiento de indicadores cuantitativos de atenciones que solicitan las entidades rectoras de salud. Es así que el discurso se orienta hacia una crítica al sistema de salud por su falta de comprensión del modelo de salud mental comunitario y de la reforma de salud mental.

“...en nuestro país, recién las autoridades están tomándole más atención a lo que es la parte de la Salud Mental y de los problemas psiquiátricos, todavía estamos en pañales, pues. Nos falta mucho más. Hay otros países tienen ya años luz en lo que es la Reforma de Salud Mental y han ido obviamente viendo los problemas con los que han tenido, la falta de recursos y todo y lo han ido implementando [...] Nosotros como país estamos yendo por un buen camino, pero todavía nos faltan también años para poder mejorar y tomarle la importancia debida.” (Entrevistada 9, Enfermera).

Sin embargo, existen valoraciones positivas de los esfuerzos conjuntos de profesionales e instituciones de salud en el ámbito estatal respecto a la implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios, ya que permiten a los profesionales poder atender en equipos multidisciplinarios y capacitados en el enfoque de salud mental comunitaria, favoreciendo la atención integral a los usuarios que acuden a los servicios de salud.

"Yo te diría en, en cuanto a los pros, es... la creación de estos Centros de Salud Mental Comunitario, la mejora del presupuesto... el hecho que sean Centros donde hay una atención integral de muchos profesionales tal vez, el enfoque que se maneja, la formación de estos

profesionales, una formación continua también que nos brindan... en los temas de salud mental comunitarios, en todo. Entonces esas cosas son positivas." (Entrevista 10, Psicóloga Clínica)

Por otro lado, los profesionales de psicología que ejercen de manera privada, manifestaron su percepción de la falta de solidez de las instituciones para promover la psicoeducación y la salud mental a nivel nacional a través de la apropiada oferta de espacios de diálogo necesarios ante las problemáticas psicosociales y tabús recurrentes en la sociedad.

"La salud mental es un término del que se habla mucho, pero no se habla mucho de lo que implica la salud mental [...] Muchas veces son temas que las personas no quieren hablar, sea por la idiosincrasia social en la que uno vive y también porque estructuralmente nunca nos hemos preparado y todavía no estamos preparados como sociedad para poder alojar eso ¿no? Entonces pienso que una institución sólida, como el Colegio de Psicólogos, que no es sólida... pero si uno tuviera una institución sólida, ayudaría también a la salud mental, porque creo que los esfuerzos que se podrían hacer desde ahí, ayudarían a visibilizar estos temas que son difíciles de hablar... Porque la salud mental no implica solamente encontrar un equilibrio entre lo que uno siente, piensa, hace y corporalmente ¿no? Sino también poder debatir y hablar de los temas que muchas veces atraviesan nuestra vida, como son la muerte y la sexualidad, pero ese tipo de cosas no se habla muchas veces, entonces creo que ayudaría al estado de la salud mental el poder hacer visible este tipo de circunstancia, de problemática, estos temas que siguen siendo tabú en la sociedad." (Entrevista 5, Psicólogo Clínico)

Por otro lado, los profesionales expresaron también su frustración por las dificultades que genera el déficit de recursos humanos y materiales en la intervención oportuna de población vulnerable en los Centros de Salud Mental Comunitarios en Lima Metropolitana. Los entrevistados manifestaron su inconformidad con la falta de recursos humanos, abastecimiento y disponibilidad de medicamentos en los Centros.

Dicha situación genera sensaciones como frustración e insatisfacción hacia el sistema de salud, mostrando una valoración negativa de las entidades rectoras de la salud mental, expresando que se percibe la falta de apoyo y recursos que se destinan a mejorar la atención, generando en los profesionales, sensaciones de sobrecarga laboral, impotencia frente a las altas listas de espera y emociones negativas ante el poco soporte percibido a sus instituciones.

"Creo que me genera un poco de impotencia, porque muchas veces presentamos documentos o solicitudes, requiriendo, por ejemplo, personal... pero no... Parece que fuera al vacío. Algunas veces hay cierta frustración porque no puedo hacer mucho por muchas personas, por ejemplo, que están en estado de abandono y como que es un poco limitado los recursos que tenemos para ayudar a estas personas o cubrir estas necesidades que tienen ¿no?" (Entrevista 7, Médico de Familia y Comunidad)

Finalmente, se menciona la dificultad de poder cubrir la existente brecha de atención a usuarios debido a la poca densidad de profesionales de atención disponibles en los Centros de Salud Mental Comunitarios. Además, se menciona como un punto negativo la falta de recursos humanos en cuanto a profesionales de salud mental en el país, por lo que se genera una mayor demanda por infraestructura y profesionales capacitados para la atención de usuarios.

"En contra diría que este... no somos muchos profesionales, imagínate la brecha que tengo yo, que es imposible que yo la pueda asumir sola ¿no? y todos los días tenemos más usuarios y más usuarios, entonces una cosa que terminas por decir "nunca acabo y nunca acabaré" como tal ¿no? [...] por norma técnica, nosotros debemos atender a 100000 habitantes. El centro que yo trabajo te atiende: el distrito de San Borja, el distrito de San Isidro, el distrito de Miraflores y el distrito de Surquillo.... Entonces, es imposible ¿no? " (Entrevista 10, Psicóloga Clínica)

3.3. Expectativas de recuperación de la Salud Mental

A continuación, se describirán los significados que le atribuyen los profesionales de atención a la recuperación de la salud mental, las expectativas generadas a raíz de la comprensión construida de la noción de recuperación de la salud mental y los factores que influyen en el proceso de recuperación de la salud mental. Estas características confluyen en la representación que construyen los profesionales en torno a la recuperación de la salud mental.

3.3.1. Significado y posibilidad de recuperación

Con respecto al significado y posibilidad de recuperación, los profesionales de salud mental expresaron que la recuperación podría ir orientada hacia la curación o hacia la convivencia con el trastorno.

Por un lado, las expectativas de recuperación entendidas como curación, responden a una expectativa de que el paciente pueda regresar a un estado premórbido, sin reporte de sintomatología y un desarrollo funcional. En este sentido, los profesionales que atribuyen a la recuperación de la salud mental el significado de la curación, describen la recuperación como ausencia de enfermedad o de síntomas, por lo que reciben el alta médica como señal de encontrarse en un estado de salud. Cabe resaltar que esta comprensión de la recuperación de la salud mental suele estar asociada con el tratamiento de cuadros diagnósticos y diagnósticos de trastornos mentales no crónicos.

“Sí, sí creería que sí es posible recuperar la salud mental. Muchos de los trastornos que existen, que se estudian en salud mental no tienen como una duración para toda la vida, por ejemplo, un trastorno de ansiedad, un trastorno depresivo, fobias específicas, trastornos obsesivos compulsivos, adicciones incluso, trastornos de la conducta alimentaria... Todos ellos pueden ser trabajados y el paciente puede ser dado de alta confiando en que ya tiene las herramientas necesarias para no caer nuevamente en ese trastorno... Que esto no quiere decir que no lo vuelva a tener nunca más puede pasar, ¿no? Por eso hablamos de cuadros depresivos o cuadros de ansiedad, por ejemplo, a nivel diagnóstico. Porque son periodos en específicos y por esto hablamos de cuestiones más situaciones y del contexto que está viviendo la persona.” (Entrevista 1, Psicóloga Clínica).

Por otro lado, las expectativas de recuperación entendidas como un proceso de aprendizaje para la convivencia con el trastorno responden a una expectativa de que el usuario pueda recuperar su funcionamiento y pueda adquirir las herramientas para recuperar su productividad, regular sus emociones y establecer relaciones saludables a la vez que es consciente de su condición y es capaz de “convivir” con ella sin que le imposibilite ser miembro activo y funcional de su entorno social. Esta concepción de la recuperación suele estar asociada a imágenes de pacientes diagnosticados con trastornos mentales crónicos, psicopatologías de la personalidad o enfermedades neurológicas, lesiones neurofisiológicas irreversibles y condiciones cognitivas hereditarias.

“En mi práctica y por las cosas que leo y he visto, considero que es algo (las condiciones de salud mental) que nos va a acompañar por siempre. No es que tomemos una pastilla y ya estemos bien al día siguiente, porque es algo con lo que tenemos que aprender a convivir. Esto es algo que muchos pacientes me preguntan, "doctora ¿yo me voy a curar?", "¿voy a estar bien?", "me quiero curar"...y en realidad es algo que nos va a acompañar siempre y por eso es necesario ir a terapia y el factor farmacológico. [...] Los diagnósticos se pueden ir transformando con el tiempo por eso es importante trabajarlos en terapia psicológica y [...] que ellos sean conscientes que es algo que ellos van a tener que convivir durante toda su vida quizás.” (Entrevistada 4, Psicóloga Clínica)

En ese sentido, se entiende que las expectativas de los profesionales de atención con respecto a la recuperación de la salud mental de un paciente con un diagnóstico crónico, según las características de la representación de la salud mental del participante, también otorgan un significado a la salud y enfermedad mental, influyendo en el pronóstico y tratamiento de los profesionales en su práctica clínica.

"Aquella persona que está pasando por un proceso que muchas veces, bueno, va a ser el tratamiento más agudo y que probablemente así cómo se va aliviar de esto, [...] va a haber este tipo de enfermedad que lo va a acompañar toda su vida ¿no? Que tiene que aprender a aceptar también esto que le está pasando y qué va a tener que aprender nuevas cosas e interiorizar los aprendizajes para que pueda sobrellevar esto que está pasando." (Entrevista 6, Psicóloga Clínica)

3.3.2. Factores que influyen en la recuperación de la salud mental

Finalmente, respecto a los factores que influyen en la recuperación de la Salud Mental, se describen los factores que favorecen y factores que perjudican a la recuperación de la salud.

Respecto a los factores que favorecen a la recuperación de la salud mental, los profesionales concordaron en la importancia de que la persona que sufre de algún trastorno o malestar tenga conciencia de este y sea capaz de expresarlo oportunamente, de modo que pueda acceder a la ayuda de manera oportuna y se oriente hacia la recuperación de su salud. Resulta interesante distinguir que aquellos profesionales con una concepción biomédica de la salud, definieron esta característica como conciencia de

enfermedad y asociaron la recuperación con el alta médica y el retorno a un estado asintomático o pre mórbido.

"Tener conciencia de enfermedad es lo más importante. Así no haya una red de apoyo, el tener conciencia de enfermedad y que ese paciente, bueno, trabajar como si estuviese solo en el mundo... Empezamos desde cero, pero sabiendo: que necesita ayuda, que necesita psicoterapia y tratamiento farmacológico. Eso es básico, la conciencia de enfermedad, el *insight*" (Entrevista 2, Psiquiatra)

En concordancia con ello, los profesionales también mencionaron la importancia de establecer una alianza terapéutica positiva entre médico y paciente, basada en el respeto mutuo y la empatía del profesional de atención por el sufrimiento del paciente, permitiendo el establecimiento de un vínculo positivo, fortalece la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos reportados por el usuario.

"Entonces trato de ser bastante humana, amable con ellos... Y en general hay una buena respuesta, obviamente es recíproco. Pero como te decía, hay pacientes más reacios o intensos que otros. Depende de cómo uno lo pueda manejar, pero en general es bastante bueno, hay bastante efectividad, pero también depende mucho de la voluntad que tenga el paciente y que cosas... si es que trabaja o no. Por ejemplo, yo les dejo tareas, cosas que deben hacer, les doy libros, material, veo algunos pacientes semanales, otros que no tanto, pero con estos pacientes que veo semanal les ayuda bastante... me dicen ellos que sí, las sesiones los ayudan bastante..." (Entrevista 4, Psicóloga Clínica)

Además, se expresó la importancia a nivel personal de la presencia de redes de soporte social para los pacientes que reciben atención, ya que la presencia constante y positiva de individuos o colectivos que puedan acoger a la persona fuera del espacio terapéutico, sea de manera presencial, emocional o material; influye positivamente en el proceso de recuperación del bienestar y ayudan a evitar las recaídas.

"Un buen ambiente social, de cierta manera... O sea, sentir que una persona tiene una red social, tener un buen ambiente social podría provocar que una persona tenga: Primero, mejores herramientas; segundo, tenga una mejor concepción de sí mismo frente a las dificultades que pueda

atravesar y que sabe que no está solo ¿no? Porque es diferente una persona que se siente solo, que se sabe solo, el no poder tener una red de apoyo, es más difícil. (Entrevista 5, Psicólogo Clínico)

En ese orden de ideas, los profesionales mencionaron también la importancia a nivel macrosocial de contar con el soporte de estructuras de seguridad social y políticas de salud y salud mental que puedan ayudar a las personas con malestares psicosociales y con diagnósticos de psicopatologías y trastornos que afectan a la salud mental. Se enfatizó en la importancia de contar con instituciones sólidas que garanticen el acceso a servicios básicos, servicios de salud, infraestructura, información y espacios de dialogo que puedan colaborar con los tratamientos de salud mental y fomentar la inclusión.

Algún apoyo también en cuanto a... este... a factores políticos... este deseo de querer hacer algo, brindándoles un apoyo económico a nuestros pacientes crónicos, por ejemplo. También, estas normas que establecen [...] que todas las empresas tienen que tener una cantidad de personas con alguna discapacidad digamos física o mental que también nos ayuda ¿no? Otra, el tema de inclusión en los colegios, porque hay personas con problemas de Salud Mental, que tienen ciertas pautas de conducta, pero pueden funcionar, a nivel cognitivo están muy bien y pueden ir al colegio, o sea también es parte de la inclusión. (Entrevista 6, Psicóloga Clínica)

Por otro lado, al describir los factores externos que mejoran la salud mental, los profesionales resaltaron la importancia de poder intervenir de forma multidisciplinaria y contar con el apoyo de un equipo de profesionales de salud mental. Esta forma de intervención se considera la más adecuada para lograr la reinserción de los pacientes en la comunidad, generando empoderamiento y habilidades sociales en los usuarios y su comunidad.

"Es importante la intervención pero que sea en forma interdisciplinaria ¿no? No solo la atención por psiquiatría con su medicación correspondiente sino también por psicología, la psicoterapia es importante. Pero también, eh... para generar si es un trastorno mental grave, pues el trabajo con terapia ocupacional, terapia de lenguaje ¿no? para poder habilitar, mantener ¿no? ciertas funciones que le puedan dar mayor autonomía a la persona y que, pues, luego se pueda insertar a nivel social ¿no? Y digamos que la intervención tiene que ser eh... interdisciplinaria ¿no?, una intervención que viene de todos los servicios pues ¿no?" (Entrevista 8, Terapeuta de Lenguaje)

Respecto a los factores que perjudican la recuperación de la salud mental, los profesionales mencionaron que la falta de conciencia de enfermedad o la incapacidad total o parcial del paciente por darse cuenta está en un estado de sufrimiento, lo cual imposibilita la búsqueda de ayuda y el posterior desarrollo de un tratamiento.

"Es aquella (*persona*) que necesita ayuda para poder salir de ello (*el trastorno mental*) porque por sí solos no lo van a hacer. Y, muchas veces lo que veo es que no siempre quieren hacerse atender, pero no es tanto, creo yo no, porque no quieren sino porque no están en la capacidad ni siquiera de poder pedir ayuda. Están a veces tan débiles o abrumados con su dolencia, que, ya es el familiar o son las amistades, quien vienen a veces a pedir la ayuda por él. Entonces yo lo veo de esa forma."
(Entrevista 6, Psicóloga Clínica)

Además, los profesionales mencionaron la dificultad que presenta para la recuperación, la brecha de acceso en los servicios de salud mental debido a la poca densidad poblacional de profesionales de atención y el limitado acceso que existe a servicios de salud, afectando efectivamente en la recuperación de la salud mental.

"...A mí el enfoque me parece bueno, me parece válido, lo que les falta, para tú brindar una atención de calidad, también tienes que tener, los profesionales indicados para poder respetar los tiempos [...] el modelo no es malo, ya es un tema de personal, porque yo en realidad, atendiendo 10 casos a la semana y 6 pacientes nuevos... No me abastezco para tantos como para darles una atención de calidad, o sea, los pacientes que van a venir ahora, van a encontrar una cita conmigo de acá a un mes y medio [...] cuando decimos "no ya la psiquiatra no tiene cita hasta diciembre", ya se desvirtúa todo el modelo y toda la atención que tú quieres brindar". (Entrevistada 6, Psicóloga)

Los profesionales mencionaron también la resistencia o dificultad para la adherencia a los tratamientos por parte de los usuarios de los servicios de salud. Si bien se estimó una variedad de factores que explicarían ello, se pudo encontrar que los impedimentos psicosociales, emocionales, cognitivos y conductuales para que el paciente se adhiera al esquema de tratamiento o terapia que se le brinda en la atención en salud mental se asocian principalmente al estigma social hacia las personas con diagnósticos, el estigma de los usuarios de los servicios de salud hacia los medicamentos psiquiátricos y la imposibilidad de establecer una relación terapéutica positiva con el profesional tratante.

“A veces se estigmatiza a las personas, se les dice "eso ya va a pasar", "no es para tanto", "pon de tu propia voluntad" ¿no? A veces no creen también que la persona tenga los síntomas, está mal y necesita ayuda, y los padres no colaboran, las personas mayores no colaboran ¿no? Tienen miedo a que sus hijos, las personas en sí, sean medicados porque no conocen tanto estos trastornos y tienen bastante miedo porque la sociedad en sí ve a la psicología como que "ahí van las personas que están locas", y a la psiquiatría más todavía, tienen más miedo de ir allí.” (Entrevista 3, Psicóloga Clínica)

"Hay mucho estigma respecto a los medicamentos, los medicamentos sí son un problema para mí porque creen aún que los van a volver adictos, dependientes... A pesar de que ya identifican que la enfermedad mental existe, todavía hay mucho... mucha dificultad con la adherencia a los tratamientos ¿no?" (Entrevista 2, Psiquiatra)

Finalmente, los entrevistados mencionaron que aquellas personas que se encuentran en un ambiente perjudicial, que facilita, perpetúa, impulsa y/o motiva conductas de riesgo psicosocial como el abuso de sustancias, la violencia y el abuso en todas sus formas; tienden a estar impedidas en su recuperación o en su búsqueda de bienestar. Por lo tanto, la prevalencia de factores de riesgo psicosocial influye negativamente en la salud mental y en el proceso de recuperación.

"Nuestra cultura está tan acostumbrada pues a que a que los niños se puedan todavía corregir con golpes ¿no?, y bueno a mí, yo sobretodo que trabajo con niños y a veces estas formas de corrección son tan inadecuadas, no necesariamente con golpes pues ¿no?; pero, con reprimendas, con gritar, con levantar la voz, ¿no? Siento que marca mucho a los niños y sobre todo a los niños con problemas de lenguaje, ¿no? porque ya no solo genera problemas de lenguaje sino también un problema emocional." (Entrevista 8, Terapeuta de Lenguaje)

"Que ha presenciado violencia, que ha visto o ha tenido tocamientos... [...] el haber visto violencia intrafamiliar también... el abuso sexual es muy frecuente... Eventos que nosotros, según el CIE-10, nosotros los catalogaríamos no como estrés postraumático, pero para ellos sí son factores de estrés muy grandes que incluso se vuelven en postraumáticos..." (Entrevista 2, Psiquiatra)

Finalmente, de la misma forma que la presencia de redes de apoyo fue planteada como un factor fundamental para el apoyo a la recuperación de la salud mental, la falta

de redes de apoyo, especialmente a nivel familiar o amical, es un factor que impide la recuperación de la salud. Los profesionales sostuvieron que la percepción de soledad, la falta de interacciones positivas, la estigmatización social y la falta de contención y empatía, entorpecía los avances logrados en *settings* terapéuticos.

“Tengo varios pacientes que lamentablemente no cuentan con las redes de soporte en casa. Entonces todo lo que se intenta trabajar una hora a la semana o dos horas a la semana en sesiones, en casa se desestabiliza totalmente [...] cuesta mucho avanzar en terapia y realmente como percibir un proceso terapéutico que esté dando resultados cuando en casa sucede todo lo contrario. Lo que más he visto y es algo que en verdad me sorprende muchísimo e incluso me llega a afectar detrás de algunas sesiones. Es la familia, ¿no? O sea, la familia puede funcionar como su más grande red de soporte o como el factor de riesgo más grande que puedes tener” (Entrevista 1, Psicóloga Clínica)

En suma, los factores que perjudican la recuperación de la salud mental son considerados por los profesionales como aquellos que impiden que el usuario pueda desarrollar la tendencia al equilibrio psicológico propia del estado de salud mental.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, buscan contribuir en la profundización del estudio de las representaciones sociales de la salud mental en un grupo de profesionales de atención. Como mencionó Moscovici (1979), las RS de una persona o colectivo, las prepara para accionar en determinada forma, a la vez que ese accionar condiciona el entorno para que dicho accionar sea normalizado. Por tanto, las representaciones de los participantes se nutren de sus experiencias cotidianas tanto a nivel personal como a nivel profesional e influyen en su praxis clínica (Betancur y Restrepo, 2016; Caravaca, 2015; Espejo, 2011; Moll, 2009; Singh, 2009; Torres et al., 2013), a la vez que mantienen en los profesionales determinado saber sobre la salud mental y sus manifestaciones. Por lo tanto, en esta sección se buscará reflexionar acerca de la influencia de las RS descritas en el objeto y praxis de los profesionales de salud mental de Lima Metropolitana, las cuales fueron plasmadas en los resultados de la presente investigación.

Los profesionales entrevistados mencionaron sus concepciones de la salud desde una perspectiva que, si bien manifiesta nociones propias de una comprensión biomédica de la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 2003; Nieto Munera et al., 2015; Singh, 2009), también expresa múltiples elementos asociados al paradigma biopsicosocial de la salud, al paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas de la psiquiatría y al campo de la salud mental a nivel teórico y conceptual (Amigo, Fernández y Pérez, 2003; Lanteri-Laura, 1998). En esa línea, lo encontrado en la presente investigación coincide con los hallazgos de Moll (2009) y Espejo (2011) en el contexto nacional, en relación al hallazgo que sostiene que los profesionales de atención en salud mental en el Perú tienden a aceptar e incorporar en su práctica la comprensión biopsicosocial de la salud mental, generando

una representación de la salud mental asociada a la salud integral de la persona en la práctica de atención.

En ese orden de ideas, el testimonio de los profesionales sostiene principalmente las siguientes ideas acerca de sus representaciones de la salud mental: En primer lugar, las representaciones de la salud mental de los profesionales dan cuenta de una disposición optimista y sensaciones positivas con respecto a su práctica a nivel actitudinal, manifestando que la comprensión de la salud mental de manera pluridimensional y sistémica les es favorable profesionalmente. Además, se encontró una actitud positiva hacia la atención psicoterapéutica e integral. Asimismo, se resalta la importancia de la construcción y mantenimiento de vínculos entre personas, grupos y en la sociedad para el enfoque de atención en salud mental comunitaria (Velázquez, 2007; Moll, 2009; Espejo, 2011). Ello influye de manera positiva en el tratamiento de la salud mental, contribuye a mermar el impacto negativo de la vivencia de enfermedad mental en los pacientes (Caravedo, 2016) y ayuda a combatir las prácticas estigmatizantes que suelen percibir las personas con diagnósticos de enfermedad mental (Maza, 2015; Tafur, Quispe y Ayala, 2023).

En segundo lugar, los participantes coinciden en el rechazo por la etiqueta de la enfermedad mental, considerando que el término “enfermo mental” es producto del estigma hacia la salud mental y resulta perjudicial para la recuperación de la persona con una condición psicológica o psiquiátrica. Se ha investigado ampliamente el impacto negativo del estigma social en la salud mental de las personas. En el contexto peruano, Moll (2009) y Espejo (2011) y Erausquin (2017), hallaron que los profesionales de atención tendían a representar a la persona que sufre de algún trastorno mental como “loco”, evocando sentimientos de tristeza, lástima o rechazo en las personas con diagnósticos crónicos, como la esquizofrenia. Sin embargo, en la presente investigación se ha visto un cambio en el discurso respecto al estigma en la atención en salud mental y el tratamiento de los usuarios de los servicios de salud mental con patologías crónicas y trastornos psicológicos graves, dando cuenta del avance existente en materia de atención en salud mental respecto los primeros años de instaurado el modelo de atención en salud mental comunitario y del ejercicio continuo en la construcción de nuevas formas de representar la salud y la enfermedad mental en el ámbito clínico.

En tercer lugar, en esta investigación se encontró que los participantes se aproximaron hacia la persona que no goza de una buena salud mental desde una mirada que los representa como “personas en desequilibrio” o que “sufren de un malestar”, atribuyendo la pérdida del estado de salud a situaciones vitales de la persona en lugar de atribuirlo a la persona como característica, evitando que se reproduzca el estigma y se generen prácticas auto-estigmatizantes en el usuario, ya que se evita que se internalice el estigma de tener una enfermedad o diagnóstico psiquiátrico.

En ese orden de ideas, la mera descripción de características o rasgos de la condición de sufrimiento, sea generado por una psicopatología o por problemáticas psicosociales, da cuenta también de los rezagos del enfoque biomédico al momento de expresar las condiciones que sujetan a la persona a su malestar. Ello es congruente con lo planteado por Stolkiner (2021), quien señala como una concepción que normativiza el modelo de salud-enfermedad como forma de planificación de la atención conlleva una violencia simbólica subyacente hacia el usuario de los servicios de salud mental. Es decir, que la patologización del origen, de las manifestaciones y de las representaciones de los estados de sufrimiento de las personas, los cuales son asociados tradicionalmente a la psicopatología, constituye en la normalización de un ejercicio de violencia simbólica hacia los usuarios de los servicios de salud mental.

Con respecto a los significados y expectativas de recuperación de la salud mental, se puede ver como las expectativas de mejora dan cuenta de características peculiares de la representación de la salud mental. Los participantes coincidieron en que es posible la recuperación de la salud mental. Sin embargo, las expectativas halladas refieren a la curación y a la reinserción. Por un lado, la curación se asocia más a las nociones biomédicas de salud como ausencia de enfermedad, entendiendo la enfermedad mental como un desbalance orgánico, genético u emocional por lo que la salud mental consiste en tratar los síntomas y retorna a un estado de “normalidad” (Amigo, Fernández y Pérez, 2003; Torres et al. 2015, (Palacios-Espinosa, 2021).

Por un lado, se encontró en esta investigación que las representaciones de la recuperación de la salud asociadas a la curación siguen enfocadas en el componente funcional de la salud y el bienestar psicológico de los usuarios atendidos, coincidiendo con Moll (2009), quien halló los profesionales suelen asociar la recuperación de los

pacientes en instituciones de salud mental especializadas al reaprendizaje de habilidades sociales, el autovalimiento y en última instancia al retorno a un estado pre-mórbido.

Por otro lado, la expectativa de recuperación que se asocia más a la reinserción, es entendida como la recuperación de las capacidades de la persona y brindarle la posibilidad de recuperar sus vínculos, adaptarse mejor al entorno y ser funcional para sí mismo y la sociedad (Velázquez, 2007). En ambos casos, la salud mental es representada como un proceso que se ve interrumpido por la experiencia de la enfermedad mental y que puede ser recuperado mediante herramientas como psicológicas, psiquiátricas, psicoeducativas y asistenciales

En ese sentido, desde el relato acerca de su praxis y saberes sobre atención en salud mental, se logró reconocer un proceso de cambio respecto a la comprensión de la salud mental de los profesionales. Este proceso de cambio en el entendimiento de la salud, promueve un modelo de atención en salud mental comunitaria, ya que reconoce las características favorables de este modelo, tomándolo como un enfoque positivo para el ejercicio profesional en el campo de la salud mental (Grupo de Trabajo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006; Velázquez, 2007).

Asimismo, se encontró que los profesionales de salud han incorporado progresivamente a su concepción de salud mental, la idea de bienestar consigo mismo y equilibrio en los diferentes aspectos de la persona, resaltando la importancia personal y colectiva que tiene la construcción de vínculos saludables, la posibilidad de mantener relaciones sanas y poder relacionarse con el entorno. Esta concepción de salud mental es congruente con la definición que propone la OMS (2013), la cual se vincula a un enfoque positivo de la salud, en el cual se integra el bienestar psicológico y emocional como una dimensión fundamental de la salud integral de la persona (OMS, 2018).

En ese sentido, se logró observar que los profesionales manifiestan una concepción paradigmática de la salud mental asociada al paradigma biopsicosocial de la salud, ya que la construcción de este entendimiento recoge la importancia de las dimensiones socioculturales y vinculares para el desarrollo, fortalecimiento y cuidado de la salud mental, a la vez que procura un enfoque de preventivo promocional por encima de la tradición manicomial hegemónica en el sistema de salud mental peruano.

Sin embargo, es difícil determinar si este cambio hacia una comprensión biopsicosocial de la salud, responde al tránsito hacia un nuevo paradigma de la salud mental, mediante la construcción de sistemas complejos de teorías, conceptos, problemas, normas, criterios, valores y metodologías que solucionen la tensión entre los residuos conceptuales paradigmas anteriores y las fuerzas de la innovación científica (Kuhn, 2006). Por otro lado, se extiende la posibilidad de que este cambio no sea un tránsito propiamente sino un reflejo de una tendencia hacia las ideas tecnocráticas normativistas (Stolkiner, 2021) que, si bien proponen flexibilidad en la concepción de ideas y aplicación de terapéuticas, sostienen las mismas estructuras de conocimiento que los anteriores paradigmas de la salud y la salud mental. En tal sentido, se encuentra coincidencia con las diferentes representaciones de la recuperación que halló Moll (2009) según la carrera profesional de los entrevistados de su estudio, al situar las representaciones asociadas al autovalimiento en el discurso de las técnicas de enfermería y enfermeras de los centros de salud mental especializados y las representaciones asociadas a la recuperación y la expectativa del retorno al estado pre-mórbido al discurso de los psiquiatras y asistentes sociales.

Además, se pudo notar también la ausencia de elementos de reflexión teórica y práctica de procesos que son fundamentales para el desarrollo de un enfoque de salud mental comunitario, reflexiones que aún no se han manifestado o no han sido captados en el discurso de los profesionales. En ese sentido, lo observado en la presente investigación refleja cierta falta de profundidad en las reflexiones y argumentos profesionales en los entrevistados que se desempeñan en la práctica clínica en instituciones públicas, ya que, al expresar sus representaciones de salud mental desde una perspectiva institucional acorde con la planteada por el sistema de salud, no observa claramente la crítica hacia sus prácticas clínicas y el propio objeto de representación que guía su praxis, a la vez que sostienen elementos de las representaciones sociales originadas en contextos sociales y médicos que eran sostenidos por modelos de atención y concepciones biomédicas e institucionalizadoras.

Tal observación es concordante con lo que Stolkiner (2021) conceptualiza como una visión “tecnocrática-normativa” de la salud, en la cual se inicia el proceso de desmanicomialización y se da entrada a servicios de atención de salud psicoterapéuticos

de múltiples enfoques, pero conservan las visiones funcionales y dualistas de la salud y enfermedad mental, las cuales están profundamente inscritas en la lógica de salud pública predominante en el sistema de salud y de gobierno de la sociedad. Es así que se logra explicar la dificultad de los profesionales que pertenecen a la práctica pública para manifestar claramente una representación de la salud mental que esté en consonancia con la construcción de concepciones más acordes con la realidad nacional actual.

En ese sentido, Stolkiner (2021) argumenta que las prácticas del campo de la salud mental están enmarcadas en el sistema de salud pública y sus respectivos supuestos ideológicos y determinantes políticos. En concordancia con ello, los hallazgos de la presente investigación nos llevan a sostener también que las representaciones manifestadas por los profesionales de salud entrevistados, se inclinan más hacia las posturas normativas de las instituciones rectoras de los servicios de salud y salud mental y los aprendizajes que se obtienen a lo largo de la formación profesional y académica, las cuales facilitan la formación de representaciones sociales de la salud mental que persisten a pesar de los cambios en el contexto actual respecto las formas que promovía el sistema de salud previo a las reformas de salud mental en el Perú.

Por ejemplo, se encontraron congruencias en el pensamiento crítico hacia la concepción hegemónica de la salud mental en los profesionales con mayor experiencia en el ámbito público y en los que no tienen experiencia en él, sino que se desempeñan de manera privada; mientras que las concepciones construidas por las profesionales con experiencia en el sector público solo hacían críticas puntuales que carecían de una reflexión sobre la comprensión del sujeto y el modelo de atención. Por lo tanto, se puede observar que las concepciones manifestadas por los profesionales del sector público coinciden profundamente con las posiciones institucionales promovidas por las entidades rectoras del sistema de salud.

Por otro lado, se encontró que la construcción de las concepciones críticas, se explicitan ampliamente en los profesionales de psicología con experiencia únicamente en atención privada y en las profesionales con muchos más años de experiencia (20 años) en la práctica clínica en el sector público respecto a sus demás colegas. Es así que estos profesionales expresaron una reflexión sobre las concepciones más normativas y mostraron una tendencia hacia una mirada que concibe el malestar como parte inherente

a la experiencia humana individual y colectiva desde la cual se pueden construir y facilitar procesos de salud mental.

Asimismo, se puede asociar tales visiones críticas de la concepción de salud presente en los profesionales entrevistados a una concepción integral y participativa de la salud, configurando progresivamente el lugar simbólico que ocupan las personas y comunidades en el ejercicio de la salud mental y contrastándolo con su práctica (Stolkiner, 2021), ya que existe una postura que favorece la *despatologización* de sus concepciones profesionales en el campo de la atención en salud mental a nivel nacional, distanciándose progresivamente de las dicotomías estigmatizantes de la salud y la enfermedad, promoviendo actitudes positivas de los profesionales hacia la salud mental como objeto de estudio y de práctica. Sin embargo, a pesar de ser manifiesta la disposición positiva hacia el modelo de salud mental comunitario, existen concepciones prioritariamente normativas respecto a la implementación y desarrollo de la Reforma de Salud Mental.

A lo largo de la historia, el ser humano ha manifestado en diversas formas su preocupación por lo psíquico, desde las concepciones místicas de la locura en la antigüedad hasta las reflexiones más recientes sobre el campo de la salud mental, siempre ha significado un desafío para la humanidad poder traducir su interés y adquisición de conocimientos sobre la salud mental en acciones suficientes para asegurar el desarrollo, promoción y cuidado de esta. En la actualidad, no se han logrado superar las grandes falencias existentes, tanto a nivel global como local. En todo el mundo, existe un déficit mundial de inversión económica en salud mental a pesar de que se han agudizado los problemas de salud mental por la pandemia de COVID-19 (OMS, 2021, UNICEF, 2022).

Además, es de amplio conocimiento que en el Perú existe una gran brecha de acceso a servicios de salud y de atención en salud mental (Cavero, Hidalgo y Rivera, 2021; Castro y Cutipé, 2019; INSM, 2004; 2005; 2006; 2007; 2011; Palma, 2019; Saavedra, 2012), las cuales se han incrementado por la pandemia por COVID-19 y sus consecuencias psicosociales y la reducción presupuestal para el sector de la salud mental en el Perú (Velázquez y Rivera-Holguín, 2020, IDEHPUCP, 2020; MINSA y UNICEF, 2021).

En tal sentido, los profesionales entrevistados mencionaron la importancia de la implementación del enfoque comunitario y las normativas que lo sostienen como respuesta a las problemáticas existentes en el campo de la salud mental en el Perú. Sin embargo, también se expresaron sensaciones de impotencia asociadas a la imposibilidad de atender a todos los pacientes que requerían atención, además de una falta de apoyo por parte de las entidades rectoras del sector salud en su práctica cotidiana asociadas a las altas cargas burocráticas, la falta de respuesta por parte del sector salud ante las necesidades materiales y de recursos humanos.

Al respecto, coincidimos con lo hallado por Endale et al. (2020), quienes señalaron que una de las barreras para el desarrollo e implementación de capacidades en atención en salud mental es la falta de recursos humanos. La falta de profesionales de salud y salud mental en países de renta media y baja (Kakuma et al., 2011; Saraceno et al., 2007) suele generar dificultades en los profesionales de atención cuando los profesionales no se encuentran altamente motivados, no se ofrece capacitación ni oportunidades de desarrollo profesional. Adicionalmente, esta vivencia de los profesionales genera una actitud de resignación e impotencia con respecto a su labor como trabajador del Estado, a pesar de los esfuerzos existentes por implementar la reforma de salud mental en el Perú (Castillo y Cutipé, 2019), lo cual constituye en una de las más grandes dificultades percibidas por los profesionales de salud.

En ese orden de ideas, los profesionales manifestaron que se percibe como las dificultades con el sistema de salud que estructuralmente afectan a la atención a los usuarios logran “*desvirtuar el enfoque*”, en tanto no se llega a todas las personas que lo solicitan ni se le puede hacer un seguimiento frecuente a las personas que acceden al servicio. Al respecto, coincidimos en que la centralización de recursos y la falta de acciones por parte de los líderes en el sector salud, sumado a la falta de inversión, son las principales causas de la falta de respuesta oportuna por parte de las instituciones en el país (Velázquez y Rivera-Holguín, 2020) y en el continente (Saraceno et. al, 2007), lo cual impide también la correcta implementación del nuevo paradigma de salud mental comunitaria en el Perú.

En suma, se distingue desde el discurso de los participantes entrevistados para fines de esta investigación, que la representación de salud mental de los profesionales de

atención transita por el cambio de paradigma de salud y salud mental, pasando de una comprensión biomédica que resultaba reduccionista de la naturaleza humana, a la construcción de una comprensión biopsicosocial e integral del ser humano, brindando complejidad a la condición humana y por lo tanto a la comprensión del sufrimiento y malestar que generan las condiciones psicopatológicas (Morant, 1995 en Moll, 2009; Singh, 2009; Tramontini, Giorgi y Fanali, 2019; Resende, 2020). Si bien este tránsito constituye un ejercicio multidimensional que debe calar tanto en la construcción de conocimientos como en la práctica de la atención en salud mental y debe estar acompañado de políticas públicas sólidas, voluntad de las autoridades y una estrategia de inversión en salud mental que permita el desarrollo de los modelos de atención comunitaria en salud mental, es importante que se pueda reflexionar acerca de las concepciones que se tienen a nivel institucional y a nivel individual sobre el individuo, la comunidad y cómo la implementación del modelo de atención comunitaria se desarrolla en un contexto tan plural como el peruano.

Los rezagos epistemológicos y conceptuales del paradigma biomédico persisten en los profesionales de atención en salud mental de Lima Metropolitana, tanto a nivel individual como institucional se han visto concepciones o contradictorias con el paradigma biopsicosocial, generando representaciones ambiguas que se sostienen de imágenes de casos particulares y sucesos específicos.

En ese sentido, el tránsito paradigmático en el campo de la salud mental no tiene como objetivo final que las personas históricamente estigmatizadas y excluidas sean incluidas y reinsertadas a una sociedad que los adapta desde su modelo de atención en salud mental a una sociedad funcionalista (Foucault, 1967; Moll, 2009; Erausquin, 2017). El objetivo de establecer un modelo de salud mental comunitario en el Perú es buscar la construcción de concepciones del sujeto y la comunidad que permitan la implementación de un modelo de salud mental comunitaria verdaderamente activo. Este lugar subjetivo en el que se situaría el tratamiento a los pacientes, permitirá remover progresivamente las barreras que evitan una genuina comprensión del sufrimiento humano, concibiendo con dignidad y respeto a las personas aún en sus momentos de mayor vulnerabilidad y brindando oportunidades de movimiento subjetivo de las posiciones desfavorables que se sostienen estructuralmente hasta hoy (Velázquez, 2007; Stolkiner, 2021).

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permitieron profundizar en las concepciones de la salud mental desde los enfoques biomédico y biopsicosocial, y cómo continúan trasponiéndose tanto conceptual como empíricamente, influyendo en la implementación y desarrollo del modelo de atención en salud mental comunitaria en el contexto peruano. Si bien existen pocos estudios previos sobre las representaciones sociales de la salud mental en el Perú, la amplitud de las representaciones sociales permite hacer un ejercicio intertextual con otras investigaciones que han profundizado en el estudio de la salud mental. Además, tras la implementación de las políticas de salud pública que buscan fortalecer el sistema de salud mental y proponen nuevos enfoques de atención en salud mental (Castillo y Cutipé, 2019) es importante continuar explorando y profundizando en las reflexiones que surgen de los tránsitos y cambios de enfoque en el campo de la salud mental en el Perú, ya que aún existe desinformación, prácticas estigmatizantes y representaciones sociales que perjudican la salud mental, su cuidado y tratamiento, en diferentes esferas de la sociedad.

Se puede concluir que la representación social de la salud mental en trabajadores de instituciones de atención con enfoque de salud mental comunitaria está asociada al bienestar psicológico, entendida como la capacidad de vincularse saludablemente, ser funcional en su entorno, tener la capacidad de resolver problemas cotidianos y de convivir con sus emociones en el día a día, resaltando el componente funcionalista y adaptativo de la salud.

Desde esta representación es que los profesionales de atención se relacionan con los usuarios que atienden en su práctica cotidiana, con una mirada que busca ser no estigmatizante de las condiciones o diagnósticos del usuario, fortaleciendo sus capacidades y buscando recuperarlas para que se pueda ser parte de funcional de la

sociedad nuevamente, a la vez que brinda herramientas al usuario y a la sociedad para aproximarse hacia la salud mental desde una mirada integral. Este cambio hacia una visión integral de la salud indicaría también un avance en la implementación de la Reforma de Servicios de Salud Mental en el Perú, ya que desde el 2012 se vienen realizando esfuerzos a nivel políticos y económicos a nivel nacional para descentralizar la atención y desplazarla hacia un enfoque multidisciplinario que involucre a la comunidad y sea respetuoso de los derechos humanos como el derecho al acceso a la salud y a la dignidad (Castillo y Cutipé, 2019, Velázquez, 2007).

Con respecto a las representaciones de la salud mental, se puede concluir que el trabajador de salud mental ha adquirido una comprensión de lo que *es* la salud mental que lo inclina a actuar de manera respetuosa y humana con los usuarios que lleguen a consulta, con el objetivo de revalorizar el vínculo y el contexto familiar, social y cultural (Velázquez, 2007). Esto resulta importante ya que puede influir de manera positiva en la experiencia de tener una enfermedad mental (Caravedo, 2015). Asimismo, se concluye que los participantes han incorporado los elementos de la representación para otorgarle un significado positivo a la representación de salud mental en la persona, construyendo una imagen favorable de una persona que goza de salud mental y *despatologizando* progresivamente lo que se entiende por salud mental.

Adicionalmente, se puede concluir que los profesionales entrevistados tienen una valoración positiva del enfoque de salud mental comunitaria, resaltando las características relacionales, multidisciplinarias y de mirada integral que les permite valorar positivamente su práctica de atención. También, se valora el enfoque de salud mental comunitaria como mejor que el enfoque biomédico, ya que permite establecer una mejor relación terapéutica con el usuario, favoreciendo en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

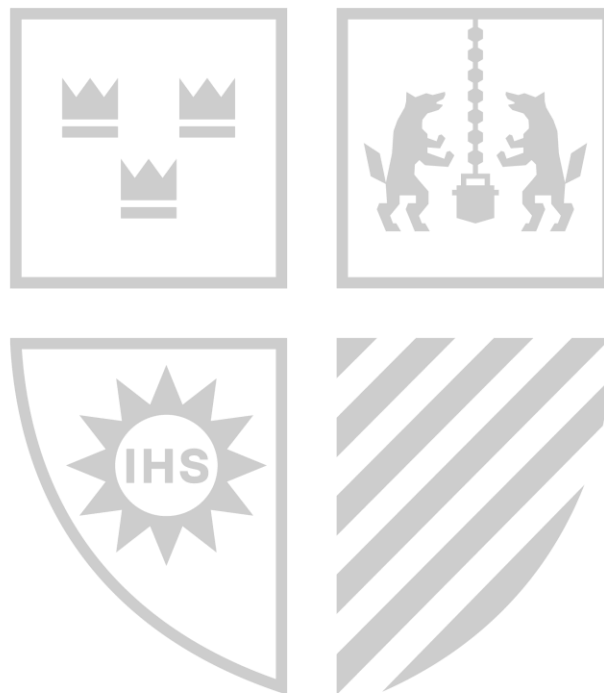
Con respecto a la representación de la *enfermedad mental*, se observó que la construcción de las concepciones de la falta de salud mental responde a la comprensión de la salud mental como un proceso amplio y complejo, por lo cual el concepto de enfermedad mental se define como una irrupción en el proceso de salud de las personas y como estigma social hacia las enfermedades crónicas que rompen con “la normalidad” de la sociedad.

A pesar que se desaconseja su uso desde un enfoque biopsicosocial de la salud, el término *enfermedad mental* continúa estrechamente vinculado con la psicopatología crónica, las patologías neurofisiológicas y las psicosis en la representación de la salud mental en las personas. Sin embargo, los esfuerzos profesionales e institucionales por prescindir de tal categoría, procura aproximarse al usuario con menor carga estigmatizante y mayor comprensión de la vivencia subjetiva de los pacientes que cuando la atención era predominantemente biomédica, buscando también eliminar los rezagos del paradigma biomédico. Sin embargo, existen aún rasgos del paradigma biomédico en la atención a los usuarios de los servicios de salud y se manifiestan en formas simbólicas de violencia en el trato, en la concepción del sujeto y en la comprensión del rol de la comunidad en su proceso de salud.

Por otro lado, se concluye que los aspectos negativos en la representación de la salud mental están asociados a la percepción de los profesionales de la falta de apoyo de las Instituciones rectoras del sector de la salud y la salud mental, las cuales se manifestaron particularmente en los profesionales de atención que trabajan en instituciones de atención que pertenecen al sector público. Por el lado de los profesionales de psicología que ejercen en el sector privado, se expresó la importancia de contar con instituciones sólidas para el desarrollo de la atención en salud mental, ya que las actuales instituciones no fomentan iniciativas ni espacios seguros para poder desarrollar en la sociedad civil una mayor percepción de apoyo y alcance de la información sobre salud mental. Los sentimientos de resignación e impotencia de los trabajadores ante las dificultades por realizar una adecuada atención y/o seguimiento y la imposibilidad de atender a las personas que buscan atención, dan cuenta de las dificultades estructurales del sistema de salud en el Perú, debido a la gran brecha de atención, dificultades para el acceso a la atención y la falta de recursos humanos y materiales.

Finalmente, se concluye que existe un proceso de cambios y reformas en la salud mental en el Perú, el cual promueve normativas e iniciativas que buscan mejorar el estado de la salud mental. Si bien esta reforma sostiene que se busca acercar la salud mental a la población mediante un modelo de atención en salud mental comunitaria, que se basa en la comprensión biopsicosocial de la salud, existen aún rezagos paradigmáticos de los modelos manicomializantes hegemónicos en el Perú continúan influyendo en la atención

de la salud mental, incluso en los nuevos dispositivos y modelos de atención. En tal sentido, se sostiene que existe una superposición de paradigmas en las construcciones cognitivas asociadas a la salud mental, como objeto y como práctica. Ello, sumado a la delicada situación sociopolítica y económica del país desde inicios del siglo XXI, constituye un obstáculo para la instauración de una práctica de salud mental participativa, digna e integral.



LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Respecto a las limitaciones del estudio, se reconoce que debido al difícil contexto de emergencia sanitaria y la creciente demanda por servicios de salud y salud mental, el acceso al universo de profesionales especializados en atención en salud mental fue limitado, evitando que se pudieran realizar un mayor número de entrevistas en el periodo de aplicación de las entrevistas. Además, el difícil acceso a la población y las barreras burocráticas que existen para acceder a personal médico del Estado a través de sus instituciones, generó dificultades para el contacto con más participantes. En ese sentido, se recomienda realizar estudios con una mayor cantidad de participantes y plantear estudios que comprendan más territorio, de modo que se puedan observar las representaciones sociales de la salud mental en el Perú.

Es recomendable para el desarrollo de investigaciones futuras con muestra poblacional de sectores estatales, que el investigador o la institución a la que pertenece cuente con un algún convenio de cooperación para la investigación, de modo que se pueda establecer el acceso a dicha población de manera oportuna.

Por otro lado, si bien el enfoque cualitativo permitió conocer a profundidad la vivencia de los participantes, se optó por usar una guía de entrevista como único instrumento de recojo de información, por lo que se recomienda, en futuras investigaciones que usen la teoría de las Representaciones Sociales, incorporar métodos cuantitativos y/o mixtos para lograr un mayor análisis del objeto de representación.

Se recomienda a la comunidad académica que pueda continuar profundizando en el estudio de la salud mental y sus representaciones desde la investigación cualitativa y/o mixta de modo que se puedan contrastar los planteamientos y hallazgos sobre la situación de la salud mental en el Perú, los cuales son eminentemente estudios cuantitativos y/o

epidemiológicos. Es necesario que se pueda contrastar la data estadística y sus interpretaciones con estudios que puedan dar cuenta de la percepción y vivencia de tales cifras en la población general, en los profesionales de atención en salud mental y en los usuarios de los servicios de salud mental.

Otro aspecto importante es que, debido al contexto de pandemia por COVID-19 y la emergencia sanitaria en el país, esta investigación fue realizada en su totalidad de manera virtual en cumplimiento con las políticas sanitarias actuales. En ese sentido, no fue posible el acceso a los ambientes de las instituciones ni tampoco realizar entrevistas de manera virtual. Tal situación no constituye una limitación en sí misma, pero deberá ser contrastado en futuras investigaciones, teniendo en cuenta que las representaciones sociales son conocimientos basados en el sentido común y las prácticas cotidianas de un grupo social determinado.

Finalmente, se sugiere continuar por la línea de acción que describen Petersen, Lund y Stein (2011), sobre el escalamiento de servicios de salud mental en países de renta media y baja, en la cual se sugiere acompañar las políticas públicas de descentralización, capacitación y adaptación por parte de los profesionales con políticas que garanticen adecuada infraestructura y recursos humanos especializados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. (1991). *Prácticas sociales y representaciones*. Recuperado de: https://www.academia.edu/4035650/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales_y_Representaciones
- Agnese, G. (2018). Historia de una enfermedad y sus fuentes. En: A. Álvarez (Comp.), *La historia de la salud y la enfermedad: recursos archivísticos y metodológicos de un campo historiográfico en construcción* (pp. 67-76). Editorial Eudem, Argentina.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). Capítulo 1: La Psicología de la salud (pp. 1-29). En *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Álvarez, L. (2006). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *MedUNAB*, 9(3), 211-220.
- Álvarez, A. S., Pagani, M., & Meucci, P. (2012). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model in Mental Health. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91, S173–S180. doi:10.1097/phm.0b013e31823d54be
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127, San José de Costa Rica: Flacso.
- Avendaño, C. Krause, M. y Winkler, M. (1993). Representaciones Sociales y teorías subjetivas: relevancia teórica y aplicaciones empíricas. *Psyche*, 2(1), 107-114.
- Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es.
- Betancur, C. y Restrepo, D. (2016). Representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales en la ciudad de Medellín: un enfoque procesual. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(2), 5-14.

- Betancur, C., Restrepo, D., Ossa, Y., Zuluaga., C. y Pineda., C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial. *Revista CES Psicología*, 7(2), 96-107.
- Bojórquez, E., Chacón, O., Rivera, G., Donadío, G., Stucchi, S., Sihuas, C., Rosas, M. y Llanos, A. (2012). Propuesta de Reforma de la Salud Mental. *Acta Médica Peruana*, 29(I), 43-55. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000100013
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Recuperado de <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>
- Bueno Abad, J. y Mestre Luján, F. (2005). Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental. *Psychosocial Intervention*, 14(2), 131-159.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France
- Caravaca, J. (2015). Las representaciones sociales y la cognición social: Contribuciones para la investigación en enfermería y salud. *Revista Texto contexto Enfermería*, 26(4). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400317&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Caravedo, C. (2016). Concepciones de enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricas hospitalizadas. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Castorina, J.; Barreiro, A. y Toscano, A. (2007). *Dos versiones del sentido común: las teorías implícitas y las representaciones sociales*. En: Castorina, J. (Ed.). *Construcción conceptual y representaciones sociales. El conocimiento de la sociedad*.
- Castorina, J., y Barreiro, A. (2012). Los usos de las representaciones sociales en la investigación educativa. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, 9(9), 15-40.
- Castillo H. y Cutipé Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 36(2). 326-33.
- Cavero, L.; Hidalgo, L. y Rivera, D. (2021). Perfil del País: Perú. Análisis para una campaña y defensa de la salud mental.
- Creswell, J & Poth, C. (2015). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE

- Corrigan, P., (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn. Behav. Pract.* 5, 201–222. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0).
- Corrigan, P., Kerr, A., Knudsen, L., (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Appl. Prev. Psychol.* 11, 179–190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>.
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140.
- Cortese, E. (2004). Psicología médica: salud mental. Editorial Nobuko. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uarm/76284?page=30>
- Daguerre, I. (2016). La locura como estigmatización y exclusión social. Trabajo de fin de grado. Universidad de la República de Uruguay. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/isab%20el_daguerre.pdf
- Deaux, K. y Philogène, G. (2001). Representations of the social: bridging theoretical Traditions. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13 (5), 409-416.
- Decreto Supremo N° 044-2020-PCM (15 de marzo de 2020). Normas Legales, N° 1864948-2. Diario Oficial El Peruano, 16 de marzo de 2020.
- Defensoría del Pueblo. (10 de octubre de 2023) Salud Mental no se prioriza en la agenda nacional. *Nota de Prensa n.° 563/OCII/DP/202*. Lima, Perú.
- Dukes, S. (1984). Phenomenological methodology in the human sciences. *Journal of Religion & Health*, 23(3), 197–203.
- Endale, T., Qureshi, O., Ryan, G., Esponda, G., Verhey, R., Eaton, J., De Silva, M., & Murphy, J. (2020). Barriers and drivers to capacity-building in global mental health projects. *International journal of mental health systems*, 14(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00420-4>
- Engel, G. L. (1997). From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics*, 38(6), 521–528. doi:10.1016/s0033-3182(97)71396-3
- Erausquin, M. (2017). *La experiencia de vivir con esquizofrenia para personas que reciben servicios de rehabilitación*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7868>

- Escudero, C. (2020) El análisis temático como herramienta de investigación en el área de la Comunicación Social: contribuciones y limitaciones. *La Trama de la Comunicación*, 24(2), 89-100. Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe.
- Espejo, L. (2011). *Representaciones de Salud Mental en trabajadores de salud de la ciudad de Huancavelica*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima]. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1377>
- Fotia, G. y Assis, C. (2012). Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía a partir de la sanción de la ley nacional de salud mental. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF, Nueva York.
- Fuentealba, R. (2013). Representaciones sociales de la esquizofrenia en las redes sociales primarias de las personas esquizofrénicas. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Chile]. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130670>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.
- Flick, U. (2011). *Introducing Research Methodology: A Beginner's Guide to Doing a Research Project*.
- Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E., & Guimón, J. (2004). Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 18(4), 225-234.
- Grau, J. y Hernández, E. (2005). Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales. En E. Hernández y J. Grau (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 33-84). Guadalajara, México: Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- González Rey, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de construcción de la información*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo*

con poblaciones. Lima: Perú, Ministerio de Salud, Proyecto AMARES. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7F8766F4F4FEEBF805257C940055969B/\\$FILE/1_pdfsam_SaludmentalcomunitariaPer%C3%BA.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7F8766F4F4FEEBF805257C940055969B/$FILE/1_pdfsam_SaludmentalcomunitariaPer%C3%BA.pdf)

Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: Exploring the critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology*, 45, 65-86.

Huarcaya-Victoria, J. (2020) Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 37(2), 327-334. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>>.

Instituto de Democracia y Derechos Humanos PUCP (Anfitrión) 3x06: Salud Mental durante la pandemia (Episodio de Podcast) En: Amigos con Derechos. (junio de 2020) Spotify. <https://open.spotify.com/episode/3Yk6oAhopT54wNIDE1OZe9>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2004). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003 - Informe General. *Revista Anales de Salud Mental*, Vol. 19 (1-2)

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2005). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana - Informe General. *Revista Anales de Salud Mental*, Vol. 21 (1-2)

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2006). Estudio Epidemiológico Salud Mental en Fronteras 2005 - Informe General. *Revista Anales de Salud Mental*, Vol. 22 (1-2)

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2007). Estudio Epidemiológico de Salud Mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao.

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2011). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Abancay 2010. *Revista Anales de Salud Mental*, Vol. 27

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2023). Estimación de brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales y administrativos del INSM “HD - HN”. Documento Técnico N°198-2023-DG/INSM“HD - HN”.

Izcara, S. (2014). *Manual de Investigación Cualitativa*. México: Editorial Fontamara. 1° Ed.

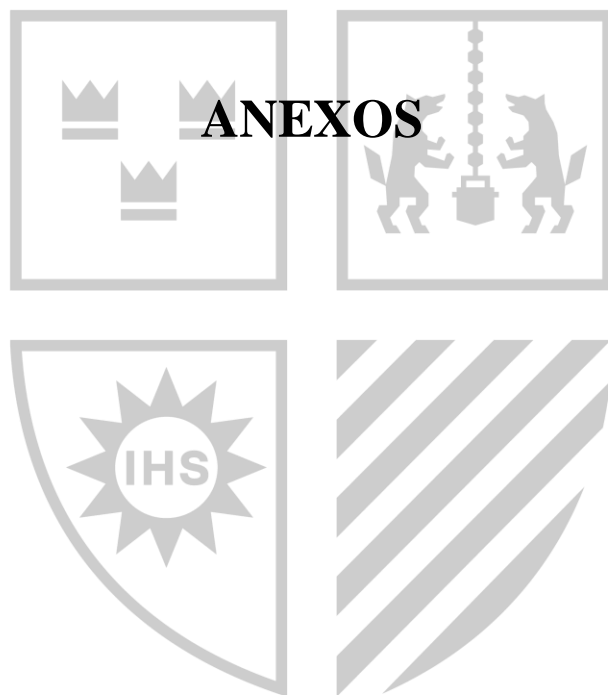
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómeno, concepto y teoría. En: Moscovici, S. (Ed.) *Psicología Social II. Pensamiento y vida social* (pp. 469-493). Ediciones Paidós Iberica.
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco—Serie indagaciones*, 21, 133–154.
- Kakuma, R., Minas, H., Ginneken, N., Paz, M., Desiiraju, K., Morris, J., Saxena, S. y Scheffler R. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*. 378, 1654–1663.
- Knapp, E. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista cubana de psicología*, 20(1), 23-34.
- Kuhn, T. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica
- Lampropoulos, D., Fonte, D., Apostolidis, T., (2018). Exploring the link between stigma and social representations among people with and without schizophrenia in the French context. *Psychiatry Research*, 272 (2019), 595–601
- Link, G., (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am. Sociol. Rev.* 52, 96. <https://doi.org/10.2307/2095395>.
- Link, G. & Phelan, J., (2013). Labeling and stigma. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. pp. 525–541.
- Ley N°30947, Ley de Salud Mental (22 de mayo de 2019). <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/> Diario Oficial El Peruano. Lima, Perú.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.
- Maza, C. (2015). *Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6462>
- Mieles Barrera, M., Tonon, G. y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195-225. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n74/n74a10.pdf>

- Ministerio de Salud (2016). Salud mental comunitaria: nuevo modelo de atención. Dirección de Salud Mental. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú (2018a). Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 – 2021. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/Resolucion_Ministerial_N_356-2018-MINSA.PDF
- Ministerio de Salud del Perú (2018b). Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/276778-carga-de-enfermedad-en-el-peru-estimacion-de-los-anos-de-vida-saludables-perdidos-2016>
- Ministerio de Salud del Perú (2019). Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013 - 2018. Lima: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud del Perú (2021). La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19. Lima. Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud del Perú (7 de agosto de 2023). Casi un millón de casos de salud mental atendidos en diversos establecimientos del MINSA. Nota de Prensa. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/814543-casi-un-millon-de-casos-de-salud-mental-atendidos-en-diversos-establecimientos-del-minsa>
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía Y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86–95. Recuperado de: https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/#redalyc_27957772009_ref16
- Moliner, P. y Tafani, E. (1997). Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach. *European Journal of Social Psychology*, 6(27), 687-702.
- Moll, S. (2009). *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú], Lima
- Moll, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología PUCP*, 31(1), 99-128. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472013000100004

- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1-25. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Mora-Ríos, J., Medina-Mora, M., Sugiyama, E., & Natera, G. (2008). The Meanings of Emotional Ailments in a Marginalized Community in Mexico City. *Qualitative Health Research*, 18(6), 830-842.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Bautista-Aguilar, N., & Ortega, M. (2013). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. *Representaciones sociales y contexto de investigación con perspectiva de género*, 45-80
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul S. A
- Moscovici, S. (1997). Social representations mailing list postings. Recuperado de: <http://psyberlink.flogiston.ru>
- Nieto-Munuera J., Abad, M., Esteban, M. y Tejerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ohlsson, R. (2017). Public discourse on mental health and psychiatry: Representations in Swedish newspapers. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 22(3), 298–314. doi:10.1177/1363459317693405
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos Básicos, 45 edición, 1-18, Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de: www.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Palacios Espinosa, X. (2021). El inestimable costo del estigma de la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1).
- Palma, P. (2019). Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 352-372. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>

- Parales-Quenza, C., y Vizcaíno-Gutiérrez, M. (2007). Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 351-361. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000200010&lng=pt&tlng=es
- Putri, E., & Prawiro, F. (2018). Social Representations of Mental Illness Among the Serang Regency Ciomas Community in Indonesia. *Makara Human Behavior Studies in Asia*, 22(2), 101-108. <https://doi.org/10.7454/hubs.asia.1201118>
- Rangel, M. (2009). Teoría De La Representación Social: Revisión De Enfoques Significativos Para La Investigación. *Revista Xihmai*, 4(7). Recuperado de <http://201.116.70.198/xihmai/index.php/xihmai/article/view/125>
- Ramos Murga, K. (2019). Bienestar psicológico de las personas que buscan ayuda en centros de escucha de Lima metropolitana. [Tesis de Licenciatura, Universidad Antonio Ruiz de Montoya], Lima.
- Resende, V. (2020) *Cambio de Paradigma en el Abordaje En Salud Mental a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental 19.529* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de la República de Uruguay]
- Ribeiro, K., Coutinho, M., & Nascimento, E. (2010). Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(3), 448-463. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300002&lng=es&tlng=.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300002&lng=es&tlng=)
- Saavedra, J. (2012). Situación de la salud mental en el Perú, Lima, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/SSMP/2012-SSMP/index.html#/0>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(1), 143–148. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Saraceno, B., Ommeren, M., Cohen, R., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D., Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9593), 1164–1174.
- Singh, A. (2009). Integrating Social Representations Theory and Bio-psychosocial Model for Intervention in Mental Health. *Journal of the Indian Academy of Applied*, 35(2), 195-202.
- Stolkiner, A. (2021) *Prácticas en Salud Mental*. 1º Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico

- Szasz, T. (1994) *El mito de la enfermedad mental*. 4° Ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tafari, E. (2001). Attitudes, engagement et dynamique des représentations sociales: Etudes expérimentales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 14(1), 7-29.
- Tafur S., Quispe M., Ayala R. La reforma de salud mental en el Perú, una actualización en el contexto pandémico. *Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública* 3(2), 53-58. DOI: 10.53684/csp.v3i2.56
- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76.
- Tójar, J. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. 1ª Ed. Madrid: La Muralla.
- Tramonti F., Giorgi F., Fanali A. (2019) General system theory as a framework for biopsychosocial research and practice in mental health. *Syst Res Behav Sci.*; 36, 332–341. <https://doi.org/10.1002/sres.2593>
- Trinidad, V. (2016) Entrevistando en investigación cualitativa y los imprevistos en el trabajo de campo: de la entrevista semiestructurada a la entrevista no estructurada. En: Schettini, P. y Cortazzo, I. (Coords.) *Técnicas y estrategias en la Investigación Cualitativa* (pp. 18-32).
- Velázquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima: Ediciones Nova Print SAC. Recuperado de <http://www.cies.org.pe/sites/default/files/files/investigacionesbreves/archivos/ib-28.pdf>
- Velázquez, T., Rivera, M., y Custodio, E. (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: Un modelo teórico y práctico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 307-334.
- Velázquez, T., y Rivera-Holguín, M. (2020). Salud mental comunitaria en tiempos del Coronavirus: alcances y desafíos. Memoria PUCP.



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Trabajo de Campo

La presente actividad es conducida por **Juan Diego Cruzado Cama**, de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, en el marco del curso **SEMINARIO DE TESIS 1**. El objetivo de esta actividad es **recoger información para realizar la validación del piloto de la presente investigación de tesis.**

Si usted accede a participar en esta actividad, se le pedirá responder preguntas en **ENTREVISTA**, lo que le tomará aproximadamente **45** minutos de su tiempo.

La información que se recoja será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los del curso. Sus respuestas serán identificadas con un código y, por lo tanto, serán anónimas.

Su participación en esta actividad es voluntaria y puede dejar de participar en el momento que desee sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Adicionalmente, si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al estudiante o de no responderla.

Tratándose de una actividad formativa no será posible obtener resultados de esta actividad pues su único fin es la formación del estudiante.

Si tiene preguntas adicionales sobre su participación en esta actividad puede contactar a **María Eugenia Maguiña y Sonia Natalie Meza Villar** a los correos **maria@uarm.pe** y **sonia.meza@uarm.pe** o al teléfono 7195990 anexo 117.

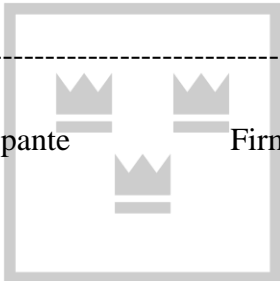
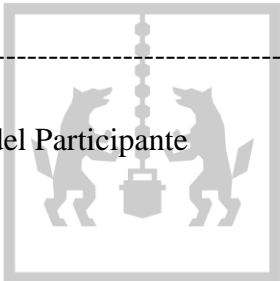

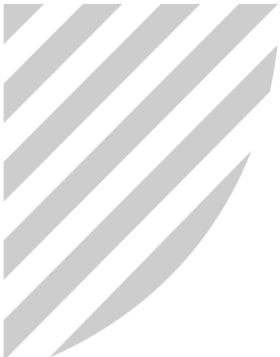
Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta actividad a cargo de estudiantes de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. He sido informado(a) del objetivo, duración y otras características de la actividad.

Reconozco que mi participación es voluntaria y que la información que yo provea en el curso de esta actividad es confidencial.

De tener preguntas sobre mi participación en esta actividad, puedo contactar a **María Eugenia Maguiña y Sonia Natalie Meza Villar** a los correos maria@uarm.pe y sonia.meza@uarm.pe o al teléfono 7195990 anexo 117.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que el presente trabajo es un ejercicio para capacitación del alumno, por lo cual no se contempla la entrega de resultados.

----- ----			-----
Nombre del Participante	Firma del Participante		Fecha
			

ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA

1. ¿Cómo así llegaste a trabajar en la Institución de salud mental?
2. ¿Qué motivaciones tuviste para trabajar en atención en salud mental?
3. ¿Cómo ves la situación general de la salud mental en el Perú?
4. ¿Cómo describirías la atención que das a tus pacientes?
5. ¿Qué es para ti la salud mental?
6. ¿Cómo describirías a una persona que goza de buena salud mental?
7. ¿Qué factores favorecen a la salud mental de una persona? *Repreguntar: ¿Cómo conoces sobre estos factores? ¿Los has visto atendiendo pacientes?
8. ¿Qué se te viene a la mente cuando escuchas hablar de enfermedad mental?
9. ¿Cómo describirías a una persona con una enfermedad mental?
10. ¿Qué factores perjudican a la salud mental de una persona? *Repreguntar: ¿Cómo conoces sobre estos factores? ¿Los has visto atendiendo pacientes?
11. ¿Es posible superar la enfermedad mental? ¿Por qué? *Repreguntar: ¿Qué se necesita para superar la enfermedad mental?
12. Antes de finalizar esta entrevista, ¿te gustaría agregar, aclarar o resaltar algún otro punto relacionado?

ANEXO 3: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Ficha de Datos Sociodemográficos



Fecha: dd/mm/aaaa

Hora de Inicio: hh:mm

Hora de Fin: hh:mm

- Código de participante: P-*Número de Entrevista*
- Edad:
- Formación profesional:
- Institución a la que pertenece (especificar si es particular o pública):
- Ocupación actual en la institución:
- Experiencias en Salud Mental:

