



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

**Centros de Salud Mental Comunitarios y los
adolescentes en situación de desprotección familiar y
sus cuidadores de los Centros de Acogida Residencial,
2017-2021**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social con
mención en Promoción de la Infancia

AUTOR

José Ronald VILLAFANE ALVA

ASESOR

Dr. Julio Víctor MEJÍA NAVARRETE

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Villafane, J. (2025). *Centros de Salud Mental Comunitarios y los adolescentes en situación de desprotección familiar y sus cuidadores de los Centros de Acogida Residencial, 2017-2021*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	José Ronald Villafane Alva
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42608690
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4790-1757
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Julio Víctor Mejía Navarrete
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08425674
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4170-5643
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Ivonne Teresa Valencia León
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09899635
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Enrique Marino Jaramillo García
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07224140
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Lidia Elisa Sihuacollo Mamani
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	10124216
Datos de investigación	
Línea de investigación	E.4.7.1. Políticas de salud
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: San Martín Provincia: San Martín Distrito: Tarapoto Latitud: -6.487945 Longitud: -76.359905
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020 - 2022
URL de disciplinas OCDE	Políticas de salud, Servicios de salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02 Temas sociales https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.05 Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN

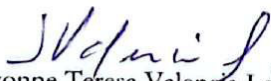
En Lima, a los ocho días del mes de abril del año dos mil veinticinco, mediante sustentación presencial a cargo de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 03:30 p.m., bajo la presidencia de la Dra. Ivonne Teresa Valencia León y con la concurrencia de los demás Miembros del Jurado de Tesis, se inició la ceremonia invitando al graduando, **VILLAFANE ALVA, José Ronald**, para que hiciera la exposición de la tesis para optar el **Grado Académico de Magíster en Política Social con mención en Promoción de la Infancia**. Siendo el trabajo titulado:

«Centros de Salud Mental Comunitarios y los adolescentes en situación de desprotección familiar y sus cuidadores de los Centros de Acogida Residencial, 2017-2021»

A continuación, fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminando esta prueba y, verificada la votación, se consignó la calificación correspondiente a:

A - Excelente - 20

Por tanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el **Grado Académico de Magíster en Política Social con mención en Promoción de la Infancia** al bachiller **VILLAFANE ALVA, José Ronald**. Siendo las 4:23 p.m., y para constancia se dispuso se extendiera la presente acta:


Dra. Ivonne Teresa Valencia León
Presidenta


Dr. Enrique Marino Jaramillo García
Miembro


Mg. Lidia Elisa Situaquito Mamani
Miembro


Dr. Julio Víctor Mejía Navarrete
Asesor

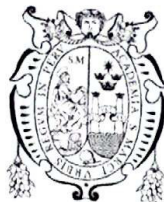


UNMSM

Firmado digitalmente por DIAZ
ARRIOLA Luisa Esther FAU
2014092202 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 08.04.2025 17:31:28 -05:00

Dra. LUISA ESTHER DÍAZ ARRIOLA
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE POSGRADO

Pabellón José Carlos Mariátegui – Ciudad Universitaria



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Julio Víctor Mejía Navarrete en mi condición de asesor acreditado con el **Dictamen** **Directoral N.º 0524-UPG-F.CC.SS-2023** de la tesis de investigación académico, cuyo título es «Centros de Salud Mental Comunitarios y los adolescentes en situación de desprotección familiar y sus cuidadores de los Centros de Acogida Residencial, 2017-2021», presentado por el bachiller Villafane Alva, José Ronald, para optar el grado académico de **Magíster en Política Social con mención en Promoción de la Infancia**, **CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la Plataforma Informática para la Detección de Similitudes (PIDS), el documento evaluado cuenta con el **10% de similitud**, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado correspondiente.

Lima, 26 de febrero de 2025

Firma del asesor

Nombres y apellidos del asesor: Julio Víctor Mejía Navarrete

DNI:

08425644

Pabellón José Carlos Mariátegui – Ciudad Universitaria
Teléfono: 6197000 Anexo 4003. Lima – Perú.
Correo: tesisupg.sociales@unmsm.edu.pe,
Web: <http://sociales.unmsm.edu.pe/>

Agradecimientos

A la Dra. Roxana Vivar Cuba, médico psiquiatra, asistente de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, por haber sembrado la semilla de mi interés en la población infanto juvenil en desprotección familiar y lo mucho que se necesita dirigir la mirada hacia este grupo vulnerable.

A los Centros de Acogida Residencial en Tarapoto, Cañete y Villa El Salvador que comprendieron el sincero interés de la investigación y permitieron mi ingreso, usualmente restringido, para escuchar la voz de los adolescentes y su personal.

Al personal de salud de los Centros de Salud Mental Comunitarios de Lima, Jaén, Chiclayo, Cusco, Arequipa, Apurímac y Huancayo por haber brindado su testimonio en relación a las atenciones a los menores en desprotección y haber confiado en la metodología a distancia de la recolección de información que el estado actual del arte permite.

A mis padres, por su constante aliento en la superación a través del estudio.

A la familia que formé, Fiorella y Rebeca, por haber comprendido que, a pesar de las muchas horas dirigidas a la investigación, mi presencia emocional siempre se mantuvo y que el amor que me profesan fue el mayor aliciente para perseverar en el presente trabajo.

In memoriam

A Roxana Collado Guerra, médico psiquiatra, participante de las entrevistas a profundidad. Su prematura partida es un llamado a la reflexión que nos recuerda dar lo mejor de nosotros en lo fugaz de la vida, tal como lo hizo ella.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación Problemática.....	1
1.2. Formulación del Problema	2
1.2.1. Problema principal.....	2
1.2.2. Problemas específicos.....	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Marco epistemológico de la investigación	6
2.2. Antecedentes de investigación	7
2.2.1. La intervención del modelo comunitario en salud mental	7
2.2.2. Estudios en menores de edad en situación de desprotección	11
2.2.3. Estudios en el personal al cuidado de los menores.....	16
2.2.4. Evolución histórica del cuidado a la niñez desprotegida y a la salud mental 19	
2.2.4.1. <i>Niñez vulnerable: De la etapa precolombina a inicios de la República</i> 19	
2.2.4.2. <i>La organización contemporánea del cuidado a la niñez desprotegida.....</i>	24
2.2.4.3. <i>La asistencia estatal del cuidado de la salud mental</i>	27
A. Enfrentando la realidad: el contexto post violencia política para las políticas sociales.	29
2.3. Bases teóricas	34
2.3.1. Definición de términos básicos	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	39
3.1 Diseño y tipo de estudio	39
3.2 Muestreo.....	39
3.3 Instrumento de recolección de datos.....	42
3.4 Técnicas de procesamiento de información	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
4.1 Presentación de resultados: Características de los sujetos.....	46
4.2 Análisis por hipótesis de investigación	49
4.2.1. El lento avance comunitario dentro de un CAR.....	49
4.2.2. Las dificultades de un sistema sobrecargado	53

4.2.3.	El reto de ser un sistema nuevo	57
4.2.4.	La voz de los más necesitados.....	59
4.2.4.1.	<i>Intervenciones en salud mental hacia los cuidadores.</i>	60
4.2.4.2.	<i>La opinión de los cuidadores</i>	62
4.2.4.3.	<i>La opinión de los albergados</i>	63
CONCLUSIONES		66
RECOMENDACIONES		69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		72
ANEXOS		79
Anexo 1		80
Anexo 2		85

Lista de cuadros temáticos y figuras

Cuadro N°1:	Muestreo estructural según hábitat (área geográfica)	40
Cuadro N°2:	Áreas temáticas para las entrevistas a los profesionales de los CSMC.....	43
Cuadro N°3:	Áreas temáticas para las entrevistas a los cuidadores en los CAR.	44
Cuadro N°4:	Áreas temáticas para las entrevistas a los adolescentes en los CAR.....	44
Cuadro N°5:	Características de los CSMC en proceso de consolidación (< 48 meses de funcionamiento) y del personal entrevistado....	46
Cuadro N°6:	Características de los CSMC consolidados (48 meses a más de funcionamiento) y del personal entrevistado.....	47
Cuadro N°7:	Características de los cuidadores entrevistados de acuerdo al CAR.....	48
Cuadro N°8:	Características de los adolescentes entrevistados de acuerdo al CAR.....	48
Figura N°1:	CSMC Carabayllo, Lima.....	32
Figura N°2:	CSMC Próceres de la Independencia, Pucallpa.....	32
Figura N°3:	CAR, Tarapoto.....	33

RESUMEN

Con el advenimiento del nuevo modelo de atención a la salud mental de enfoque comunitario iniciado en 2012, se pasó a centrar la atención a las necesidades de los individuos en su entorno social, recuperando de la enfermedad, así como promoviendo la salud. De esta manera los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) se constituyen en el eje articulador de los servicios de salud mental en su jurisdicción. En dicho contexto una población con alta vulnerabilidad social y riesgo de desarrollar trastornos mentales es aquella de adolescentes albergados en Centros de Acogida Residencial (CAR) donde la investigación que ligue los sistemas de salud y de protección a poblaciones vulnerables es escasa. El presente estudio toma los testimonios de primera mano del personal de salud de los CSMC de regiones representativas a nivel nacional para dar cuenta del trabajo que vienen realizando con los CAR. Se exponen las dificultades que encuentran en el trabajo con esta población y la carencia de programas de intervención específicos a pesar de contar con normativa que establece dichas intervenciones. Finalmente se examina la opinión de los propios albergados y sus cuidadores sobre las expectativas que tienen en relación a las atenciones sobre su salud mental.

Palabras clave: Centros de Salud Mental Comunitarios, Centros de Acogida Residencial, Cuidadores, Adolescentes en desprotección.

ABSTRACT

The new model of bringing mental health services, the community model, started in 2012, focuses on the demands of the people in their social context, recovering the illness as well as promoting the wellbeing. The Community Mental Health Centers (CMHC) were born with the new model and are the liaison axis of all the mental health services in the catchment area. In this context, a high vulnerability group are the teenagers without parental care living in Residential Care Facilities (RCF), they have a high risk for development of mental disorders. Research bonding health and welfare public systems is scarce. In this qualitative research the points of view of the CMHC staff of representative regions of the country are taken, considering the difficulties in the work with the RCF and the lack of specific intervention programs even though the legislation exists. Finally, the opinion of the teen residents and their caregivers regarding the expectation of the mental health services provided are also taken.

Keywords: Community Mental Health Centers, Residential Care Facilities, caregivers, teenagers without parental care.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

La atención de niños y adolescentes en situación de desprotección es un constante reto para el Estado y la sociedad. Cuando, por orden judicial, los menores de edad son, excepcionalmente, separados de sus familias, se asume que se está obrando siguiendo el interés superior del niño y que las instituciones que los acogen también seguirán dicho precepto. Para proteger a esta población el sistema peruano ha organizado y reglamentado tipos de acogimiento, entre ellos, el acogimiento residencial, que vela por el cuidado físico y mental, la educación y la crianza de los menores durante el tiempo dispuesto por la autoridad. Producto de múltiples factores psicosociales, además del propio carácter cerrado de los centros de acogida, muchos de sus usuarios son a su vez usuarios del sistema de salud, específicamente, del sistema de salud mental demandando atenciones por problemas conductuales y trastornos mentales que ameritan investigación.

Los estudios acerca de las intervenciones para el cuidado de la salud mental en poblaciones institucionalizadas y sus cuidadores en el Perú son escasos. El carácter restringido de la información, la protección judicial y el poco enlace con el sistema de salud hacen que el acceso a las necesidades de los menores sea poco visibilizado, siendo los menores en desprotección altamente sensibles a ver comprometida su salud mental, traducida en peor adaptación social, incremento de problemas escolares y conductas disruptivas. (Fernández et. al, 2009)

En el último quinquenio el sistema oficial de atención de la salud mental ha virado hacia un modelo comunitario que tiene como características principales el centrarse en las necesidades particulares de las personas a lo largo de su vida, a la vez que aborda los determinantes sociales que subyacen a los problemas de salud mental demandando la participación activa de la persona, su familia y comunidad. Sin embargo, siendo el modelo comunitario de atención en salud mental una política pública (Congreso de la República, 2019), no se cuenta con información sobre cómo éste es aplicado en los usuarios de los Centros de Acogida y en quienes se encargan de su cuidado, radicando allí el problema que aborda la presente investigación.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es el nivel de intervención de los Centros de Salud Mental Comunitarios en los Centros de Acogida Residencial en el periodo 2017 – 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son los tipos de intervenciones que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios con los usuarios adolescentes y cuidadores de los Centros de Acogida?
- b) ¿Cuáles son los factores que limitan u obstaculizan la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida?

- c) ¿Cuáles son los factores que influyen en la existencia de programas específicos para la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida?
- d) ¿Cuál es la opinión de los usuarios adolescentes y cuidadores de los Centros de Acogida sobre la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitarios?

1.3. Justificación

Los menores en estado de desprotección e institucionalizados son un grupo de especial vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales (Sainero, Del Valle y Bravo, 2015) ya que llevan muchos de los aspectos de su vida social solo dentro de la institución: la educación formal, la recreación y la interacción con familiares quienes los visitan. Debido a que en nuestro país las instituciones que acogen a esta población son heterogéneas en la gestión, recursos humanos y materiales, el acceso a los servicios de salud mental no es uniforme y la información, específicamente sobre el estado de su salud mental, ha sido poco estudiada en nuestra realidad.

El sistema público de atención a la salud mental se rige en la actualidad por un modelo de intervención comunitario, en donde la interdisciplinariedad e intersectorialidad se conjugan para identificar y abordar los trastornos mentales y sus determinantes psicosociales. Desde el inicio de la reforma y con la aplicación del nuevo modelo se hace necesario conocer cuál es el nivel de intervención sobre la población en desprotección.

La presente investigación pretende describir el estado actual de la intervención en salud mental que se destina a los usuarios de los Centros de Acogida Residencial y a sus cuidadores por constituir ambos grupos vulnerables, contrastar si los hallazgos se ajustan al modelo comunitario y dilucidar los principales obstáculos que limiten las intervenciones. Esclarecer esta problemática contribuirá, como un primer paso, en el sustento para la mejora de políticas públicas de atención a la salud mental de menores en estado de desprotección familiar.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Describir el nivel de intervención que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios en los adolescentes en situación de desprotección familiar y sus cuidadores de los Centros de Acogida Residencial en el periodo 2017 – 2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Identificar los tipos de intervención existentes que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios en los usuarios adolescentes de los Centros de Acogida Residencial de menores y en el personal cuidador permanente.

- b) Describir los factores que limitan u obstaculizan la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida.
- c) Identificar los factores que influyen en la existencia de programas específicos para la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida.
- d) Documentar la opinión que tienen los usuarios adolescentes y los cuidadores de los Centros de Acogida Residencial sobre las intervenciones que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco epistemológico de la investigación

Partiendo de la idea de que las experiencias humanas y fenómenos sociales pueden ser investigados entendiéndolos desde el punto de vista de quienes los experimentan, la presente investigación de corte cualitativo, toma de primera mano los testimonios del personal de salud mental para comprender su nivel de interacción con los adolescentes en desprotección, así como con sus cuidadores. La realidad esperada de una atención de calidad centrada en las necesidades de las personas en su contexto social, choca con una realidad en la que el cumplimiento de los objetivos pueden verse seriamente limitado por la forma en que se articula el sistema de prestación de servicios de salud con el sistema de atención a poblaciones vulnerables, de allí la importancia de la voz de los actores involucrados, de los sujetos a investigar, la forma como ellos ven su realidad es un elemento gravitante e indesligable de la presente investigación.

Es así como en la presente investigación subyace el enfoque constructivista ya que se reconoce la necesidad de incluir cómo los participantes viven e interpretan su realidad y además la información es obtenida sin aislar a los sujetos de su contexto cultural, tan variado en nuestro país. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) El conocimiento obtenido es la resultante de un proceso de interacción investigador - estudiados, el cual ha sido especialmente complejo ya que se trata de adolescentes en situación de vulnerabilidad y personal cuidador y de salud

sometido a alto estrés emocional.

2.2. Antecedentes de investigación

2.2.1. La intervención del modelo comunitario en salud mental

El modelo de atención de la salud mental bajo el enfoque comunitario gira en torno a otorgar el mayor beneficio y orientarse hacia las necesidades de la persona, las familias y comunidades, haciendo partícipe a los usuarios desde la planificación de los servicios hasta, incluso, la evaluación de los procesos implementados para su atención. Al ser un modelo inclusivo y relativamente nuevo en el Perú, requirió, en primer lugar, del diseño de una política de salud mental, plasmada en la “Ley de reforma” del 2012. Los documentos normativos que emanaron del ente rector posterior a ello comenzaron a dar forma a los principios expresados en la ley, entre ellos se destaca el Plan de Fortalecimiento de servicios de salud mental (MINSA, 2018) dentro del cual se incluye como una actividad a desarrollar la implementación de programas de intervención comunitaria para la prevención y control de problemas de salud mental priorizados. Uno de dichos programas priorizados es aquel dirigido a atender la violencia contra niños, niñas y adolescentes, siendo el estado de desprotección familiar una forma de maltrato por negligencia. (Congreso de la República, 2015)

Los Centros de salud mental comunitarios son instituciones dentro del primer nivel de atención que se configuran como el eje articulador de los servicios de salud mental y, son desde los que se ejecutan los programas de

intervención de problemas priorizados. A pesar de lo gravitante de su rol, no se cuenta con información publicada sobre el diseño o la ejecución de programas específicos. La implementación de programas bajo el enfoque comunitario y la propia adhesión al modelo pueden verse obstaculizadas por múltiples causas; la revisión de la Asociación Psiquiátrica Mundial propone que la propia sociedad, el gobierno, la organización del sistema de salud mental local, los profesionales e incluso los usuarios, pueden llegar a tener responsabilidad tanto en facilitar como enlentecer la implementación del modelo comunitario. Dada su relevancia, la organización del sistema puede verse afectado por la falta de colaboración multisectorial, la falta de programas factibles o su no implementación, la necesidad de monitoreo, entre otras. Por parte del personal las limitantes pasan por la necesidad de liderazgo, la alta rotación de profesionales, la resistencia a virar al modelo comunitario de atención, la escasez de investigación sobre lo costo-efectivo de sus servicios, entre otras. (Thornicroft, et.al., 2010)

El modelo comunitario se nutre de experiencias previas y sigue las recomendaciones internacionales para el desarrollo de programas eficientes. La Organización Mundial de la Salud ha emitido recomendaciones sobre cómo deberían ser los programas en salud mental: de intervenciones en grupos específicos priorizados y de duración breve, entre las edades de 1 a 5 años, así como cumplir con los siguientes requisitos: (OMS, 2006)

- Establecer estrategias y plazos basados en la investigación y en información recopilada.

- Establecer indicadores y objetivos.
- Establecer las actividades principales y cómo y por quién serán desarrolladas.
- Establecer los costes y los recursos disponibles y orientar el programa según estos datos.
- Crear procesos de seguimiento y evaluación.

La atención a la salud mental, ya sea recuperativa como preventivo-promocional bajo el enfoque comunitario es un espacio con una gran potencialidad del desarrollo de programas, sin embargo, las publicaciones en torno a ellas son escasas.

En Argentina, Bang (2011), describió la experiencia de las instituciones que componen la Red barrial de la ciudad de Buenos Aires quienes realizaron eventos participativos de creación colectiva -actividades lúdicas y artísticas- en un área de la ciudad ocupada en su mayoría por migrantes. Se resalta el trabajo intersectorial, la participación comunitaria de las personas como protagonistas y no solo como asistentes y la generación de espacios de encuentro a la vez que se combate la discriminación y el aislamiento social de un grupo poblacional. Esta forma de actuación es congruente con acciones de promoción de la salud mental desde una óptica comunitaria.

Argentina continúa ejemplificando el modelo participativo comunitario al describir las acciones del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°

24, cuyos programas de intervención o dispositivos estratégicos fueron elaborados en forma grupal con universidades, asociaciones y sociedades científicas. La comunidad participa en la planificación de actividades, el equipo de salud analiza las necesidades y actúa en base al conocimiento compartido. De esa manera se cuenta con un programa para adolescentes embarazadas, “juegoteca” para niños, la estrategia de atención a niños y adolescentes con trastornos psicosociales complejos, entre otras. (Corin, 2013)

En el Perú, los Centros de salud mental comunitarios, inaugurados a partir del 2015, cuentan con un programa específico llamado Programa de cuidado continuo o de continuidad de cuidados (PCC), en el cual se atiende con mayor frecuencia e incluso a domicilio, a usuarios con trastornos mentales graves en riesgo de recaída o abandono del tratamiento. El CSMC de Carabayllo, en Lima, fue el primero que llevó a cabo dicha tarea pese a las preocupaciones por el déficit en infraestructura y la sobrecarga asistencial. El estudio del Banco Mundial sobre los inicios de la reforma en salud mental en nuestro país tomó como ejemplo al CSMC de Carabayllo dando cuenta de que el personal de salud consideró al PCC como la actividad más efectiva entre todas las realizadas por el CSMC (World Bank Group, 2018). El PCC debe ser llevado a cabo por todos los CSMC a nivel nacional, sin embargo, no se han encontrado publicaciones que detallen la ejecución de éste u otros programas específicos y sus resultados una vez iniciado el funcionamiento de los CSMC.

2.2.2. Estudios en menores de edad en situación de desprotección

A nivel global, los menores de edad en cuidado fuera del hogar y en especial aquellos bajo la modalidad de cuidado residencial representan un grupo vulnerable, se ha determinado que la mitad ellos presentan problemas a nivel emocional y del comportamiento que pueden ya ser catalogados clínicamente. Los estudios longitudinales han demostrado que esta población suele tener menores logros académicos, mantenerse sin hogar o convertirse en padres adolescentes; incluso al llegar a la adultez la probabilidad de estar involucrados en actividades delictivas es mayor (Bifulco, 2016).

Siguiendo las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas, los sistemas de cuidado alternativo para los niños y adolescentes en estado de desprotección deben priorizar la agrupación familiar, siendo los sistemas tipo albergue residencial la excepción, no la norma (ONU, 2010). Sin embargo, en el Perú la mayoría de los niños en estado de desprotección siguen estando en instituciones de residencia.

Los estudios que muestran las intervenciones en los menores están centrados qué actividades aprenderán como parte de su reintegración, posterior desinstitucionalización y preparación para la vida adulta, por ejemplo, a través de programas de inclusión sociolaboral que les permitan la autonomía futura. (UNICEF, 2013) Sin embargo la investigación en las intervenciones que promuevan o restablezcan la salud mental para la población de menores provenientes de instituciones de acogida son escasos centrándose

principalmente en la descripción de los problemas de conducta de los menores y no en qué intervenciones se ofrecen.

Para mostrar cuan afectados están los menores en situación de desprotección, el estudio de la ya citada autora Bifulco et al en Inglaterra midió el nivel de apego, definido como las relaciones y actitudes cognitivo-afectivas hacia la cercanía a otros y la sensación de autonomía. Utilizando dos cuestionarios, uno aplicado por los cuidadores y otro autoaplicado en un total de 194 adolescentes en cuidado residencial, se halló que cerca de la mitad mostraba un estilo de apego desorganizado, que incluía en especial características del tipo evitativo. El estilo de apego seguro, que se esperaría encontrar en adolescentes con adecuadas redes de soporte socioemocional, fue tan bajo como el 1% utilizando la entrevista de estilos de apego para adolescentes.

Del lado de las intervenciones, en Melbourne, Australia se diseñó un programa, el Proyecto Ripple, para fortalecer las capacidades de los cuidadores de adolescentes entre 12 a 17 años en acogida familiar y residencial. Se evaluaron las necesidades en salud mental de los cuidadores, así como de los adolescentes, y si las intervenciones psicosociales basadas en evidencia dentro del proyecto mejoran las características de su salud mental. El éxito de las intervenciones radicó en cuan aliadas se encontraban las organizaciones de acogida con los sectores de la red de servicios sociales. (Herrman et al., 2016)

La mayor cantidad de estudios en nuestro idioma provienen de la península ibérica, para población latinoamericana la información es escasa.

En España, donde se ha desarrollado ampliamente la investigación sobre la población en centros de acogida residencial (CAR) se cuenta con experiencia en la evaluación de los procesos de acogimiento, así como de los resultados en los menores. En una de las comunidades autónomas (regiones) de dicho país el 26% de los menores entre 6 y 18 años recibían algún tratamiento por un trastorno mental, aunque el rango de posibles niños con sintomatología llegó al 44% mientras que el 17% tenía ya una discapacidad mental. (Sainero, Bravo y Del Valle, 2014)

También en dicho país los centros de acogida residencial cuentan con un instrumento de seguimiento obligatorio de sus usuarios en el área educativa que incluye variables como la vinculación afectiva o la integración social en la residencia, los resultados permiten conocer si el modelo de atención global en un CAR está funcionando o no. La evaluación de los objetivos en el sistema español se realiza a través del Programa Individual de Intervención, el cual ayuda a los educadores a programar las intervenciones y evaluar los cambios producidos. Sin hacer referencia al tipo de intervención que se utiliza, las variables medidas como vinculación con la familia, cooperación familiar, autonomía personal, relaciones sociales externas e incluso objetivos laborales lo acercan a la integralidad del modelo comunitario. (Bravo y Fernández del Valle, 2001).

Martín y colaboradores (2007), señalan que sí se encuentran mejoras en las dimensiones evaluadas en los programas de acogimiento residencial en Canarias: autonomía, disposición para el aprendizaje y vinculación afectiva principalmente, sin embargo, también dan cuenta del empeoramiento de la integración social. Los estudios dentro de los centros de acogida y sus intervenciones se tornan así muy reveladores sobre los resultados que se desea obtener para la protección de los menores y en qué aspectos las intervenciones deben mejorar. Sin estudios como estos no sabremos el real estado de los menores ni como ayudarlos.

El Ministerio de Sanidad español financió un estudio para obtener la opinión de los menores de 45 centros de acogida residencial alrededor de todo el país (Ministerio de Sanidad, 2012), en donde pudieron expresar su perspectiva sobre los programas en donde habían sido incluidos (primera acogida, extranjeros, adolescentes con problemas severos, preparación para la independencia). Los aspectos relacionados con el apoyo escolar, la dieta que reciben o el recibimiento que les proporcionaron obtuvieron altas puntuaciones positivas, mientras que la participación de los adolescentes en su propio proyecto de intervención individual obtuvo los promedios más bajos. Estudios como este que valora las intervenciones -entre ellas las de salud mental- de los centros de acogida por los propios usuarios no son comunes, aunque muy necesarios puesto que dan muchas luces sobre la metodología de trabajo.

En un estudio binacional Fernández Daza y Fernández Parra (2017) describen que los problemas de comportamiento, emocionales y el déficit de

atención son mayores en niños venezolanos y colombianos institucionalizados al compararlos con sus pares escolares que viven con sus padres. A pesar de la rigurosidad con que se midieron los síntomas en los menores no se expuso cómo es el afronte de los problemas encontrados en los lugares de acogida.

Pineda y Moreno (2008) por otro lado analizan las historias de adolescentes mujeres colombianas para encontrar factores psicosociales que predispongan la institucionalización, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los padres es el primer factor que atañe la salud mental parental y que se relaciona con el abandono. No se halló en la descripción referencia a alguna intervención sobre este tópico con las adolescentes.

UNICEF Argentina junto a Aldeas Infantiles SOS de dicho país publicaron una guía para el cuidado de los menores en modalidad residencial (UNICEF, 2018), siguiendo un enfoque de derechos basados en la Convención de los Derechos del Niño. El trabajo en red de los profesionales a cargo, el énfasis en la continuidad de las relaciones, vínculos familiares y actividades en las que participaban los usuarios ingresados, así como la escucha activa de ellos describe un enfoque de cuidado comunitario en salud mental.

En el Perú los estudios también se han centrado en las conductas de los residentes de los Centros de Atención Residencial, así se han medido las formas de afrontamiento (León y León, 2020 – CAR Cajamarca), el nivel inteligencia emocional (Torreblanca, 2017 – CAR Huarochirí) o incluso la

adaptación social (Suarez, 2015 – CAR San José, Trujillo); las muestras incluyen población sin trastornos psiquiátricos diagnosticados.

Una de las descripciones más completas encontradas sobre la vida dentro de un centro de acogida y lo que ofrece en el tema de estilos de crianza es el de Salvador y Pérez en el Centro de Atención Residencial San Vicente de Paul, Huancayo (2019) donde las entrevistas con los menores y el análisis posterior da cuenta de un clima de organización lo más cercano a una familia, con un manejo conductual basado en el sistema de recompensas/consecuencias conforme los usuarios van reaprendiendo la vida en comunidad. Estudios de este tipo son escasos en nuestro medio siendo necesaria la investigación sobre las intervenciones en salud mental de menores provenientes de centros de acogida.

No se han encontrado estudios sobre la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la población de menores en centros de acogida.

2.2.3. Estudios en el personal al cuidado de los menores

Para el caso de los cuidadores, la atención de su salud mental es igual de necesaria. El estudio de Bridger, Binder y Kellezi (2019) en el Reino Unido, mostró, sobre una muestra de 187 cuidadores de instituciones de acogimiento familiar y residencial que estos obtuvieron puntajes por encima de los puntos de corte para estrés traumático secundario (al exponerse a las historias

traumáticas de los menores que cuidan) y para síndrome de agotamiento (burnout) ubicándose en el 25% más alto de la distribución.

Para el mismo país, Hannah y Woolgar (2018) encontraron que el 25,2% de cuidadores de niños en desprotección mostraron altos niveles de estrés traumático secundario, así como altos niveles de síndrome de agotamiento para el 30,5% de su muestra. Esto conlleva a una baja satisfacción laboral y bajos intentos de continuar ejerciendo como cuidador.

En Brasil (Santos, 2015) se estudió el impacto de una intervención breve en cuidadores de instituciones de acogimiento para prevenir el síndrome de agotamiento, mostrando una reducción de los niveles de indolencia y culpa a través de estrategias de afrontamiento, resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.

El vínculo entre el padre (cuidador) y el niño incluye la aceptación del rol de padre, el compromiso con el niño, el ser sensible a sus necesidades, los sentimientos de amor, alegría y conexión hacia él o ella. Se han comparado las dificultades en la relación vincular que experimentan los cuidadores de niños en acogimiento con aquellos padres de bebés prematuros, ello debido al miedo al dolor que sentirán cuando el niño sea retirado del hogar de acogida tanto como el miedo que sienten los padres de niños prematuros a la pérdida de estos. (Gribble, 2016). Las intervenciones que favorezcan el vínculo en padres de bebés prematuros pueden aplicarse en los padres de acogida ya que estos entrarán en un proceso de duelo cuando el niño sea retirado de su custodia, de

esta manera se debe facilitar cuidadosamente la expresión de sus emociones, proveer retroalimentación sobre el bienestar que representa para el niño el volver con su familia original y ofrecer apoyo durante el proceso de duelo, todo ello con el objetivo de que los padres de acogida mantengan su habilidad para vincularse con un siguiente niño en acogida.

En nuestro medio los estudios se han centrado en evaluar el agotamiento de cuidadores de niños con discapacidades físicas y adultos mayores como en el estudio de Arias et al. (2019) en Arequipa donde tomando a las propias madres cuidadoras como muestra se encontró que un 97,7% tienen riesgo de padecer el síndrome de agotamiento.

No se han encontrado estudios que midan las afectaciones de salud mental de cuidadores en albergues peruanos para niños en desprotección familiar, sin embargo, al ser altas las cifras a nivel internacional, se puede plantear que también lo serían en nuestro país.

No se puede soslayar el impacto en la salud mental de aquellos afectados por la pobreza y aquellas víctimas de la violencia política producto del conflicto armado interno sufrido en nuestro país en las décadas de 1980 y de 1990, consecuencia de ello es que las tasas de trastornos mentales son más altas en estos grupos (World Bank Group, 2018). Para la fecha de corte del presente estudio (2021), solo el 16,7% de la población peruana con problemas o trastornos mentales que requerían atención lograron ser atendidas (MINSA, 2024). De allí la importancia de nuevas estrategias para ampliar la cobertura,

lo que incluye estudios e intervenciones sobre la salud mental en poblaciones vulnerables: la infancia desprotegida y quienes los rodean que, además, suelen provenir de contextos de violencia y pobreza material (Defensoría del Pueblo, 2019).

2.2.4. Evolución histórica del cuidado a la niñez desprotegida y a la salud mental

2.2.4.1. *Niñez vulnerable: De la etapa precolombina a inicios de la República*

Para poder comprender cómo es el cuidado actual de los niños y adolescentes en situación de desprotección por disposición de la autoridad Estatal, es necesario entender cómo ha llegado hasta nuestros días esta forma de asistencia, puesto que, no siempre fue el Estado el llamado a velar por su cuidado.

Las sociedades de la América precolombina tenían un sentido de gregarismo para el trabajo y la vida comunitaria que les proveía un soporte emocional y de subsistencia eficiente en caso algunos de sus miembros en edad infantil se vieran desprovistos de los cuidados parentales. La participación en las actividades agrícolas desde la adolescencia en un ambiente de familia extendida promovía el vínculo entre sus miembros. La niñez era vista como parte integrante y funcional de la sociedad, la edad no se regía cronológicamente sino por la capacidad para el trabajo (Portocarrero, 1998).

Es un hecho social la necesidad del cuidado de aquellos desfavorecidos o desprotegidos. Muy temprano en nuestra historia la legislación incaica ya contaba con disposiciones para que “[...]los lisiados, sordos, tullidos...fuesen alimentados con fondos públicos [...]” invitándolos a comidas públicas incluso con un encargado oficial para ello, el *Onco Camayoc* (Valdizán, 1990). A pesar de las escasas referencias a niños huérfanos, la sociedad prehispánica, basada en vínculos comunitarios, hizo factible que aquellos que hubieran sufrido la pérdida de alguno de sus progenitores fueran adoptados por la comunidad. Su alimentación estaba, al menos, garantizada ya que el almacenamiento de las cosechas en años improductivos servía para abastecer al pueblo y atender, entre otros, a viudas y huérfanos (Muñoz, 2004).

De la época colonial se tienen registros escritos sobre las acciones del virreinato en relación a niñez expósita. La legislación, dictada desde la metrópoli, indicaba que si un niño quedase huérfano sin que en el testamento figure quién se haría cargo, entonces “los parientes varones más cercanos debían hacerse cargo de su crianza”, de no haber, las autoridades lo habrían de encargar a algún vecino “respetable”. Solo se declaraba huérfano si fallecía el padre, y la madre perdía la tutoría a menos que jure ante un juez que no se volvería a casar, esto debido a que “[...] por el gran amor a su (nuevo) marido no guardaría tan bien los bienes de los niños” (Borges & Vetter, 2016).

Sobre la clase de cuidados que recibían los niños en situación de orfandad, es de particular interés para el presente estudio aquel que se refiere al cuidado de la salud mental, sin embargo, hasta antes del siglo XX este

concepto solo puede aproximarse ya que la definición ha dependido del contexto socio político de las naciones.

Como resume Lopera (2015) sobre el concepto de salud mental para la Organización Mundial de la Salud, aquel se fue configurando luego de la Segunda Guerra Mundial, para alinearse a los intereses de las Naciones Unidas. Así en 1949 la salud mental incluyó proposiciones como: la capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás y la participación constructiva de los individuos en la modificación de su ambiente físico y social.

Teniendo este marco, en el caso de nuestro periodo colonial, para la aproximación al concepto de salud mental aludiremos al desarrollo de conductas y aptitudes para la vida, una vida funcional de acuerdo a la época. Aquí es significativo el rol de la Iglesia Católica, su accionar cumplía una doble función, la del cuidado y la función evangelizadora de los expósitos. Los niños abandonados en las puertas de las iglesias u hospitales eran considerados legítimos de acuerdo a la bula de Gregorio XVI, pudiendo incluso llegar a ordenarse de sacerdotes. En 1603 se fundó la Casa de Niños Expósitos también llamado Hospital de los Niños Huérfanos de Atocha¹ (en Lima) donde se cuidaban a niños abandonados, inicialmente españoles, pero luego se extendió a los demás grupos raciales con el trato clasista de la época. La fundación del Colegio de Niñas Expósitas de Santa Cruz de Atocha² es otro ejemplo de la

¹ Actual Parroquia Sagrado Corazón de Jesús – Los Huérfanos, Cercado de Lima, ubicada entre la séptima cuadra del jirón Azángaro y la cuarta cuadra del jirón Apurímac (antiguas calles de Huérfanos y Chacarilla de San Bernardo)

² Fundada en 1657 originalmente se encontraba adyacente al mencionado Hospital de los Niños Huérfanos. En 1837 se trasladó al local vacío del Convento de Santa Teresa, ubicado sobre el trazado

preocupación por la orfandad y su educación de influencia religiosa. La institución se encargaba de instruir las niñas en labores del servicio doméstico y concedía la dote en caso ingresaran al convento o fueran pedidas en matrimonio. (Rodríguez, Mannarelli, 2007)

Para la población indígena y mestiza en situación de orfandad, el darles un oficio fue una modalidad común en la colonia. Los ya mencionados autores Borges y Vetter (2016) describen el llamado “concierto de aprendices” el cual consistía en que el tutor del menor, –el curador o miembro del clero–, cedía a un maestro artesano, v.g. en sastrería u orfebrería, al menor, por lo general ya adolescente, para que le enseñase el oficio y se encargase de su manutención. De esta forma muchos huérfanos lograron obtener un oficio que les permitió posteriormente mantener a su propia familia. Pese a ello, los menores de edad dedicados a obrajos y encomiendas recibían el mismo trato que los adultos en esclavitud.

Se tiene evidencia que, desde la etapa republicana, una de las primeras instituciones en crearse fue la Beneficencia Pública, (1834) la cual comenzó a gestionar hospitales, orfanatos y albergues. El concepto de salud como derecho y la posibilidad de ser exigido por los ciudadanos es una forma moderna de pensar que aun no se tenía en aquella época.

La Beneficencia ha obtenido fondos privados durante toda su existencia, durante el siglo XIX y parte del XX los fondos provinieron de

actual de la cuadra 7 de la av. Abancay (Cercado de Lima). El convento fue derruido por la ampliación de dicha avenida en 1946. (Vargas, 1972)

personas adineradas de la sociedad peruana, riqueza obtenida principalmente de las actividades agropecuarias de la costa y sierra. A través del tiempo y con la llegada de la globalización serían las empresas privadas, nacionales y extranjeras las aportantes, motivadas por la legislación que promueve donaciones a cambio de beneficios tributarios. (MEF, 2017)

El mecenazgo de fines del siglo XIX e inicios del XX era una forma de actuar de la llamada aristocracia peruana, fue un momento de especial sentir en aquella clase social. Un buen ejemplo fue la construcción del hospicio para niños, conocido ahora como “puericultorio”. Gestiones con el propio presidente José Pardo y Barreda, los aportes del testamento de Tomás Valle y de Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, son una muestra de que la clase pudiente supo transferir recursos para el cuidado de los niños en situación de pobreza y desamparo. En el puericultorio, que lleva el nombre de su fundador, el médico Augusto Pérez Aranibar, las actividades para la vida estaban motivadas por su propio pensamiento:

Hagan ustedes comprender a un niño de esta clase que es objeto de la caridad y lo convertirán en una carga pública para toda la vida. Eso es lo que hemos estado haciendo durante siglos y el resultado es el que vemos: calles llenas de mendigos. No debe permitirse que esos niños se sientan inferiores a los demás; que crezcan creyendo que se les niega todo. (AVPPA, 2015, p.168)

Además de la muy cuidada educación física, los servicios médicos y nutricionales, los albergados a partir de los 13 años recibían educación técnica:

talleres de carpintería, sastrería, zapatería, mecánica, mecanografía, entre las más relevantes. Así tenemos, nuevamente, una aproximación al cuidado de la salud mental a través de la preocupación de los tutores por otorgar aptitudes para la autonomía. La formación religiosa estuvo a cargo de la congregación de origen francés de la Hijas de la Caridad de San Vicente y de los Hermanos Maristas.

2.2.4.2. *La organización contemporánea del cuidado a la niñez desprotegida*

La desprotección familiar es, en la actualidad, una figura reconocida por ley entendida como los hechos causados por el incumplimiento, imposibilidad o inadecuado desempeño de los deberes de cuidado a menores de edad que afecten gravemente su desarrollo integral (MIMP, 2016). Para evitar ello o disminuir sus consecuencias el Estado enfoca una serie de instancias: el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el sistema de Justicia, los gobiernos locales (Defensorías Municipales del Niño y del Adolescente – Demuna), y la Policía Nacional.

De acuerdo al Nuevo Código de los niños y adolescentes es el MIMP quien dirige el sistema nacional de atención integral al niño y al adolescente, articulando acciones interinstitucionales y desarrollando planes y programas que garanticen los derechos de dicha población, regula el funcionamiento de organismos que ejecutan programas dirigidos a la niñez y aplica las medidas correspondientes en caso de niños y adolescentes en situación de abandono. (Congreso de la República, 2000). Es de resaltar que dentro del listado de

programas bajo su responsabilidad se encuentren aquellos destinados a la “[...] rehabilitación que permita su recuperación física y mental [...]”, sin embargo, la articulación entre los servicios regulados por el MIMP para la niñez desprotegida y los servicios públicos de salud mental es aún incipiente.

Las cifras de niños en situación de desprotección son solo aproximadas. A partir del 2007 una ley reglamenta el funcionamiento de los albergues para atender a la niñez en situación de desprotección o imposibilidad de cuidado por parte de los padres. Se crea así la denominación de Centro de Atención Residencial (CAR), pudiendo ser públicos o privados (Congreso de la República, 2007). A marzo del 2021 había 1403 residentes en los 53 CAR autorizados y supervisados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a nivel nacional (Inabif, 2021). Sin embargo, esta cifra es ampliamente superada al obtener datos de aquellos centros aun no acreditados por el MIMP, muchos dependientes de los Gobiernos Regionales, órdenes religiosas u organizaciones no gubernamentales quienes superan en número a los CAR administrados por el Programa Integral Nacional para el Bienestar Infantil – INABIF. Censar los centros de acogida residencial activos y su población residente a nivel nacional es una tarea compleja, continua y urgente. Bajo las potestades de la Defensoría del Pueblo el año en que se pudo supervisar el mayor número de CAR fue el 2015, con 296 establecimientos visitados entre públicos y privados. Las últimas cifras publicadas corresponden a junio del 2019 donde se supervisaron 233 centros de acogida registrando una población de 6291 menores institucionalizados. (Defensoría del Pueblo, 2019)

Distintos autores coinciden en que si sumáramos a toda la población de niños y adolescentes en situación de desprotección institucionalizada a nivel nacional la cifra real se aproximaría a los 16 – 17 mil menores de edad. (Chunga et al. 2016) (Defensoría del Pueblo, 2011)

Los CAR deben estar organizados siguiendo un modelo de funcionamiento como si de un hogar se tratase. Sobre ello, los primeros informes de la Defensoría del Pueblo (2010 y 2011) dieron cuenta de una situación distinta donde predominaba el enfoque benéfico-asistencial, por lo que la planificación de acciones e identificación de responsabilidades resultaba limitada. Los controles médicos no eran universales (solo encontrados en el 61% de los CAR) a pesar de que más de la cuarta parte de los CAR reconocieron tener residentes con problemas de salud como adicción a sustancias o trastornos mentales.

De acuerdo a ley, los menores tienen como medida de protección el apoyo psicológico, tanto en los aspectos emocionales, cognitivos, de comportamiento y relacionales (MIMP, 2018), sin embargo, la forma específica de cómo se interviene con este apoyo es heterogénea. No se han encontrado intervenciones estandarizadas nacionales publicadas, siendo la literatura en español igualmente escasa. Galán (2014) lista las características más frecuentes a intervenir: la resistencia y carencia afectivas, el déficit en habilidades para manejar sus emociones y el déficit en el manejo simbólico. Existen abordajes basados en la evidencia para el manejo del niño abandonado (NCTSN, 2021) sin embargo el acceso a dicha información y su aplicación en

los CAR es una incógnita que la presente investigación pretende comenzar a develar.

2.2.4.3. *La asistencia estatal del cuidado de la salud mental*

El cuidado de la salud mental ha estado tradicionalmente orientado a tratar –en forma recuperativa– las enfermedades mentales, que hoy llamamos “psiquiátricas”. Desde la Colonia el sistema que recogía a los llamados “alienados” eran las “loquerías” o “manicomios”, regentados por la Iglesia con fondos propios o de la administración de turno, se caracterizaron por ser asilos donde se intentaba brindar condiciones dignas de vivienda y alimentación a aquellos con graves alteraciones de conducta que impedían su aceptación por la sociedad. La falta de conocimiento sobre los trastornos mentales en aquella época sumado al estigma que los pacientes provocaban hacía que los manicomios coloniales terminaran en condiciones muy precarias de atención donde predominaba el hacinamiento (Stucchi, 2012).

Ya en la era republicana y recién iniciado el siglo XX, auspiciado con fondos privados se inauguró el primer asilo para enfermos mentales, el asilo colonia Magdalena, frente al mar y alejado del centro de la capital (para la época), mantenía el esquema de segregación del paciente con trastornos mentales. De esa manera el sistema manicomial fue también el que siguieron los servicios de psiquiatría en hospitales generales cuya atención se centraba en el internamiento y la consulta externa.

Iniciado en Inglaterra, el sistema de atención en salud mental de enfoque comunitario nació luego de la segunda guerra mundial, con el gran número de afectados y la necesidad de reagrupar a los pacientes cuyos nosocomios habían sido destruidos por los bombardeos. Al volver a sus lugares de origen muchos pacientes volvían a actividades que antes realizaban y lograban insertarse parcialmente a su sociedad. Es así como nace la corriente del modelo comunitario de atención en salud mental con insignes ejemplos tanto en Inglaterra como en Italia que pasó por un proceso de desinstitucionalización, no sin altibajos, por el estigma imperante. El abordaje de los determinantes sociales, el estar centrado en las necesidades del usuario, su familia y comunidad son las características principales de este modelo. (OPS, 2009)

A pesar que en América Latina se viró hacia el modelo comunitario en el siglo pasado plasmándolo en la Declaración de Caracas de 1990, el Perú, a diferencia de otros países de la región, adoptó el modelo con significativo retraso recién a partir de la Ley de Reforma de Salud Mental en 2012. (Congreso de la República, 2012)

El actual modelo peruano de atención en salud mental de base comunitaria, descansa sobre el enfoque de derechos humanos el cual se fundamenta en la igualdad, la no discriminación, la inclusión, el acceso a la información y a la justicia, promueve la participación de la familia y el empoderamiento del propio usuario en el ejercicio de sus derechos. El modelo de atención de salud mental comunitaria incluye la continuidad del cuidado

integral, la normalización de la vida cotidiana en la comunidad, la corresponsabilidad y participación del usuario y su familia, la adecuación de intervenciones según el curso de vida, la integración de las organizaciones sociales de base en el cuidado y la consideración del patrón intercultural y de género del usuario. (MINSA, 2018)

La reforma de salud mental plantea que la responsabilidad sobre el cuidado recae tanto sobre una red de servicios de salud mental como en la comunidad organizada. Dentro de la red señalada se crean en el Perú y comienzan a funcionar desde el 2015 los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) que son establecimientos del primer nivel de atención especializados que funcionan como eje articulador en el ámbito de su jurisdicción desarrollando acciones de participación de asociaciones de personas afectadas por trastornos de salud mental, así como atenciones de promoción de la salud mental, recuperación y rehabilitación de problemas y trastornos.

A. Enfrentando la realidad: el contexto post violencia política para las políticas sociales.

Las políticas de protección social, tanto para la niñez desprotegida como el sistema de salud público se enmarcan en cómo el Estado maneja la política económica, ya que el financiamiento de las intervenciones de política social depende directamente de qué posición asumen quienes gobiernan el país y bajo qué influencia.

Las características utilitarista e individualista de una política de libre mercado pueden llegar a crear exclusión social ya que las organizaciones con suficiente capacidad instalada podrán acumular mayor riqueza, no así el pequeño y el pobre que no se adaptó al modelo. Siendo así, la economía social de mercado, adoptada en nuestra Constitución, debe garantizar un Estado regulador y promotor. El Estado, en su papel redistributivo, tendrá que asegurar la creación de empleo estable, mejorar los ingresos y demostrar una tendencia a la reducción de la desigualdad y la pobreza (Gonzales de Olarte, 1998), sin embargo, los resultados de la estimulación en la creación de riqueza distan mucho de ser los esperados.

Como han señalado Jimenez, Oscátegui y Arroyo (2024):

El gasto en salud se encuentra prácticamente estancado como porcentaje del PBI: 2,36% entre 1996-1997 y 2,37% en 2019. Hay déficit de hospitales y los que existen adolecen de problemas de salubridad. El déficit actual de infraestructura en salud es de cerca del 5% y en agua y saneamiento del 3,64% del PBI. (cap. 5)

La inversión en salud permite mantener a la población económicamente activa en óptimas condiciones para trabajar y generar riqueza creando así un círculo virtuoso. El 64% del crecimiento económico puede ser atribuido al capital humano (Kliksberg, 2002), cuidar de él es fundamental para el cambio social y económico.

En relación a los ingresos, Jimenez *et al* (2024), también puntualizan que los salarios reales de los trabajadores han disminuido a la mitad en 40 años y, peor aún, en el contexto de pandemia por COVID-19, la informalidad creció hasta cerca del 80% y la pobreza hasta 30,1%, afectando más a la población del área rural.

Para el 74,8% de la población económicamente activa el ingreso solo alcanza alrededor de S/.1000 mensuales. La pandemia develó que la desregulación del mercado de trabajo y la política de Estado mínimo no funcionaron para este sector, poniendo al descubierto la precarización de los servicios de salud, educación y protección social (Jimenez, 2024b).

Como se puede apreciar, las cifras no son auspiciosas, de allí la urgencia de entender que destinar recursos a las políticas sociales: salud, educación, protección de la niñez vulnerable, entre otras, son la base para la creación de riqueza, una inversión a mediano y largo plazo. Como señala Kliksberg (2002), un mejor nivel de salud reducirá las pérdidas de producción por trabajadores enfermos, brinda acceso a recursos naturales eliminando enfermedades endémicas de las zonas de extracción, incrementa la matrícula y asistencia escolar, además la salud preventiva ahorrará recursos ya que al no enfermar se pueden destinar fondos a otros sectores. La inversión en políticas sociales significa invertir en las habilidades y la productividad de las personas. El crecimiento económico no se traspasará automáticamente a los más desfavorecidos, se debe invertir en políticas sociales para asegurar la equidad y la generación de riqueza, las sociedades desarrolladas lo han entendido así, por eso sus habitantes están a la cabeza de competencias educativas y esperanza y calidad de vida, tales son los casos de los países escandinavos, de Japón y Corea del Sur o de Israel. El Perú requiere dar prioridad a lo mencionado para poder afrontar un futuro con desarrollo y equidad.

Fig. N°1: Visita del presidente Ollanta Humala (2011-2016) y el presidente del Banco Mundial, Jim Yong Kim al entonces recientemente inaugurado Centro de Salud Mental Comunitario de Carabayllo, Lima. 2015.



Fuente: Plataforma digital única del Estado Peruano, gob.pe

Fig. N°2: El presidente Martín Vizcarra (2018-2020) inaugura el Centro de Salud Mental Comunitario “Próceres de la Independencia”. Pucallpa, 2018.



Fuente: Andina. Agencia peruana de noticias

Fig. N°3: CAR en Tarapoto, actividad preventivo promocional a cargo del Centro de Salud Mental Comunitario de la jurisdicción, participan en ella los profesionales del CSMC e incluso la interna de Psicología en formación.



Fuente: Centro de Salud Mental Comunitario "La Banda de Shilcayo" - Tarapoto

2.3. Bases teóricas

Las modalidades del cuidado de la salud mental dentro de las instituciones de acogimiento residencial son variadas y en nuestro medio no han sido estandarizadas o uniformizadas. Tal como ha compilado Galán (2014), es posible tener hasta tres teorías o enfoques de abordaje con relación a la salud mental para menores en situación de desprotección.

- El enfoque centrado en la psicopatología, es decir los síntomas mentales y del comportamiento que presenten los menores y tratarlos bajo un modelo médico. Entiéndase este último como una explicación de base biológica de los trastornos mentales siguiendo el orden de causa (agente etiológico) – consecuencia (enfermedad o trastorno) (Perales, 1998). La principal crítica a éste es la rigidez de las clasificaciones diagnósticas, ya que se realizan tal como las enfermedades clásicamente llamadas “físicas”, o mejor, “somáticas” y el peligro de hacer encajar a los menores, cual lecho de Procusto, con trastornos que dependen de síntomas inespecíficos, que varían con la edad y con los estímulos del entorno.

Cabe aquí señalar que para la patología mental se han propuesto dos maneras de arribar al diagnóstico, el primero sigue el concepto de *diagnósticos categoriales*, es decir que para alcanzarlos se establecen categorías precisas con propiedades (o criterios) claramente individualizadas. A diferencia de ello, los mismos problemas mentales pueden ser clasificados a través de *diagnósticos dimensionales* en donde se ordenan los síntomas de acuerdo a los grados de intensidad que esté sintiendo el individuo (Widakowich, 2012),

pudiendo así transitar fluidamente de un diagnóstico a otro. Prueba de ello es el diagnóstico de Depresión, que va pasando de un cuadro leve hasta uno de máxima intensidad con severidad sintomática e incluso psicosis añadida, lo mismo para un trastorno de vínculo que puede derivar en trastorno de conducta y posteriormente incluso en trastorno de la personalidad disocial. Para los menores de edad, cuyo mundo psíquico se encuentra en evolución y constante cambio, los diagnósticos dimensionales se acercan más a la realidad. Considerar una comprensión biográfica y contextual de los síntomas es más que deseable.

- La segunda teoría o segundo enfoque es aquel en que las intervenciones están centradas en el trauma, que para el caso de los menores en centros de atención residencial, puede ser el abandono, el maltrato físico, psicológico o sexual o una combinación de las anteriores; su complejidad implica considerar que los eventos traumáticos no suelen estar asociados a un episodio único, sino que se presentan a lo largo de la vida del menor, por lo que las intervenciones deben considerar la cronicidad de los hechos y la forma cómo el niño se fue respondiendo, ya sea con conductas adaptativas o desadaptativas.
- Finalmente, el enfoque vincular donde se resalta la relación entre el menor y su figura de apego, ésta en primer lugar se refiere a los progenitores, que en el caso de residentes de los CAR están separados de ellos por orden de la autoridad judicial, y en segundo lugar se encuentran los cuidadores del centro de atención residencial, esta relación debería haber proporcionado el afecto y soporte emocional base de su autoestima y carácter; con el vínculo alterado o

sin él las intervenciones implican un gran esfuerzo de los profesionales para revincular al niño y a la vez mantener la suficiente distancia emocional para actuar sin sesgos.

2.3.1. Definición de términos básicos

- a. Salud Mental: Concepto que reúne características como son el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía y competencias personales, la dependencia intergeneracional y la autorealización de las capacidades intelectuales y emocionales (OPS, 2009)
- b. Desprotección familiar: Situación jurídica aplicable a un menor de edad en donde que se produce a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado desempeño de los deberes de cuidado y protección por parte de los responsables de ello (padres, familiares o tutores) y que afecta gravemente el desarrollo integral de un niño o adolescente. Tiene como consecuencia legal la separación temporal del menor para su protección a cargo del Estado. (MIMP/MINJUS, 2016)
- c. Modelo comunitario de atención a la salud mental: De acuerdo al Ministerio de Salud (2018) es un nuevo modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades a lo largo de su curso de vida abordando los determinantes sociales que subyacen a los problemas de

salud mental. Las estrategias de tratamiento se construyen junto con el usuario y el acompañamiento del equipo de salud interdisciplinario.

- d. Centro de salud mental comunitario (CSMC): Según lo reglamentado por el Ministerio de Salud (2017) es un establecimiento especializado dentro del primer nivel de atención que cuenta con médico psiquiatra y servicios especializados para la población infantil, adolescente, adulta y adulta mayor, así como un servicio para el tratamiento de las adicciones y uno de participación social y comunitaria. Realiza atención ambulatoria especializada, fortalece técnicamente a otros establecimientos de salud no especializados y activa la red social y comunitaria de su jurisdicción.
- e. Centro de acogida residencial (CAR): De acuerdo a la legislación del sector (MIMP, 2018), es el espacio físico donde se lleva a cabo el acogimiento residencial dispuesto en el procedimiento por desprotección familiar en un entorno que se asemeje al familiar. Pueden ser de carácter público, privado o mixto, sujetos a acreditación y supervisión por el MIMP. Tiene un carácter temporal y está encargado de cubrir las necesidades de los menores, así como garantizar sus derechos, en especial los de salud y educación. En el presente trabajo se utilizará como sinónimo el término “albergue”.
- f. Cuidadores de menores en estado de desprotección familiar: Llamados también personal de atención permanente, son parte del equipo básico

del centro de atención residencial, que, junto a los demás miembros del equipo, desarrollan las actividades de atención integral, se encuentran distribuidos en número de acuerdo al grupo etario de los menores. Establecen una relación directa de cuidado con los niños y adolescentes realizando tareas de crianza como la alimentación, higiene, interiorización de valores, el juego entre otras. Es la persona de escucha de los menores permitiéndoles así identificar sus sentimientos y facilitando su sentir como personas dignas de estima y respeto. (MIMP, 2012)

- g. Programas de salud mental: Son intervenciones individuales o en conjunto con un objetivo específico en relación a la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y/o la rehabilitación. Se centra en una prioridad específica de la salud mental que requiera atención especial por una razón particular en un momento concreto y suele ponerse en práctica en una división administrativa y temporal pequeña (de uno a cinco años). (OMS, 2006)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño y tipo de estudio

El presente estudio siguió un diseño cualitativo de tipo de estudio de casos múltiples. Dada la multiplicidad de clasificaciones (Rodríguez, Gil y García, 1999), el estudio se orienta a una tipología descriptiva-explicativa.

3.2 Muestreo

Se obtuvo información sobre las intervenciones que realizan los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales en funcionamiento a nivel nacional. Para considerar a un CSMC en el presente estudio se tomaron aquellos que contaban con un mínimo de 2 años de funcionamiento a la fecha de la presente investigación, esto debido a que, como toda institución pública nueva y especializada en salud mental, el primer año se centra en la difusión de la cartera de servicios y el desembalse de la demanda (que hasta entonces solo cubrían los hospitales), durante el segundo año de funcionamiento el trabajo de un CSMC se va consolidando y los planes y programas comienzan a tomar forma. Tomando en cuenta que los primeros CSMC comenzaron a funcionar en 2015 se seleccionaron aquellos que realizaron intervenciones entre el 2017 y el 2021. Posteriormente se subdividió a los CSMC en aquellos con un tiempo de funcionamiento de 24 a 48 meses “en proceso de consolidación” y aquellos de 48 meses a más “consolidados”. Los

CSMC debían contar con el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS).

De acuerdo a los criterios de elegibilidad del párrafo anterior, de los 203 CSMC a nivel nacional existentes al inicio del estudio, 89 cumplieron los criterios.

Para obtener la información sobre la intervención de los centros de salud mental comunitarios se utilizó un muestreo estructural de acuerdo a la ubicación geográfica. De esta forma se identificaron cinco hábitats: CSMC ubicados en la Amazonía, Macroregión Norte, Macroregión Sur, Macroregión centro y trapezio andino y Lima. Debido a que la capital concentra la mayor cantidad de CSMC del país entonces se dividió en dos hábitats: Lima I (sectores sur y este) y Lima II (sectores norte y centro). Se tomó a dos CSMC por cada hábitat de acuerdo al tiempo de funcionamiento según la siguiente distribución:

Cuadro N°1: Muestreo estructural según hábitat (área geográfica)

Hábitat	Tiempo en funcionamiento	Profesional
Amazonía	24 – 47 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
	≥ 48 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
Macro Región Norte	24 – 47 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
	≥ 48 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
Macro Región Sur	24 – 47 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
	≥ 48 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra

Macro Región Centro y Trapecio Andino	24 – 47 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
	≥ 48 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
Lima I – Ica	24 – 47 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
	≥ 48 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
Lima II – Callao	24 – 47 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra
	≥ 48 meses	Jefatura
		Médico Psiquiatra

De los 89 CSMC elegibles a nivel nacional, el muestreo estructural redujo la cifra teórica a 12, siendo la cifra real 11 CSMC ya que la región amazónica no contaba con ningún CSMC de 48 meses o más de funcionamiento al momento del planteamiento del estudio. Las alianzas estratégicas preexistentes fueron fundamentales para encontrar respuesta a la invitación de participar en el estudio al momento de seleccionar a los CSMC de localidades específicas dentro de cada hábitat.

Para el caso de los CAR se tuvo acceso a tres de ellos en Lima Metropolitana, Cañete (Lima provincia) y la Amazonía. Se decidió entrevistar a adolescentes entre 12 y 18 años de edad debido a su capacidad de respuesta y juicio de opinión. Se escogieron a aquellos que tenían como mínimo un año en el CAR. Se incluyeron tanto a menores pacientes directos del CSMC y aquellos que no. Los cuidadores a considerar fueron aquellos que tuvieron como mínimo un año de trabajo continuo en el CAR.

Debido al contexto de la pandemia por COVID – 19 que obligó al confinamiento y a que el muestreo era nivel nacional, las entrevistas a los profesionales de los CSMC fueron realizadas a distancia. Para el caso de los adolescentes y cuidadores de los CAR se realizaron entrevistas presenciales en uno de los albergues y mediante videollamada en los otros dos casos.

3.3 Instrumento de recolección de datos

Se desarrolló una Ficha de Registro donde se obtuvieron los datos generales de cada centro de salud mental comunitario: ubicación geográfica, años de funcionamiento, profesión del encargado de la jefatura del establecimiento. De igual forma las características generales de los cuidadores en los CAR: Edad, sexo, tiempo de trabajo, grado de instrucción y denominación dentro de la institución. Para los adolescentes: Edad, tiempo en el albergue y su condición de paciente en salud mental o no.

Se realizó una entrevista a profundidad al profesional responsable de la gestión del Centro de Salud Mental Comunitario y de la atención clínica de los adolescentes tratando en lo posible de incluir al médico psiquiatra del establecimiento. Para ello se desarrolló una guía de preguntas diferenciada tanto para el personal de salud, para los adolescentes quienes eran usuarios del CSMC y para quienes no lo eran y para los cuidadores del CAR. Esta guía se sometió a una prueba piloto para aclarar las preguntas, mejorar la redacción y asegurarse de que el lenguaje sea entendible.

3.4 Técnicas de procesamiento de información

Una vez realizadas las entrevistas se procedió a la transcripción de las mismas agrupándolas según hábitat y de acuerdo al tiempo de funcionamiento del CSMC.

La información se procesó en una hoja de cálculo donde la información se tabuló de acuerdo a las siguientes áreas temáticas:

- Para el caso de los CSMC:

Cuadro N°2: Áreas temáticas para las entrevistas a los profesionales de los CSMC

Temas	Subtemas
Conocimiento sobre menores en desprotección	Experiencia en la atención de menores
	Morbilidad
	Sentimientos desarrollados hacia los menores
Conocimiento sobre los albergues (CAR)	Conocimiento de las características del CAR
	Forma de contacto
	Nivel de coordinación con el personal del CAR
Intervenciones en salud mental	Tipos de intervención
	Experiencia en la interacción con los cuidadores
	Problemática de los cuidadores
	Intervención en los cuidadores
	Actitud del personal del CAR hacia el tratamiento
	Factores limitantes
Programas de intervención	Experiencia en general
	Inconvenientes para su elaboración
	Inconvenientes para su ejecución
	Propuestas de mejora

Esta tabulación se realizó por separado para los CSMC de menos de 48 meses y aquellos de 48 meses a más de funcionamiento.

- Para el caso de los CAR: Cuidadores

Cuadro N°3: Áreas temáticas para las entrevistas a los cuidadores en los CAR

Temas
Panorama laboral
Conocimiento sobre las intervenciones en salud mental a los albergados
Intervención hacia su propia salud mental
Interacción con el CSMC de la jurisdicción

- Para el caso de los CAR – Adolescentes

Cuadro N°4: Áreas temáticas para las entrevistas a los adolescentes en los CAR

Temas	Subtemas
Ambiente institucional	Percepción de la convivencia
	Soporte emocional (¿de quién lo recibe?)
	Intervenciones sobre las emociones y el comportamiento dentro del CAR
Conocimiento sobre servicios extramurales de salud mental (solo para quienes no eran pacientes de un CSMC)	
Receptividad de las intervenciones del CSMC (solo para los que eran pacientes)	

De esta forma se procedió a la reducción de la información obtenida para identificar y extraer las siguientes categorías propuestas:

- Tipos de intervención de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en los Centros de Acogida Residencial (CAR)
 - Preventivo promocional a menores
 - Preventivo promocional a los cuidadores
 - Recuperativo a menores
 - Recuperativo a los cuidadores

- Factores que limitan u obstaculizan la intervención de los CSMC en los CAR
 - Dependientes del CSMC
 - Dependientes del CAR
 - Dependientes del sistema MINSA – MIMP

- Factores que influyen en la existencia de instrumentos para dirigir intervenciones hacia los CAR
 - Factores normativos
 - Factores formativos del gestor(es)
 - Factores organizacionales

- Valoración de la opinión de usuarios adolescentes y sus cuidadores

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados: Características de los sujetos

Cuadro N°5: Características de los CSMC en proceso de consolidación (< 48 meses de funcionamiento) y del personal entrevistado

Hábitat	Localidad	Cargo y función	Profesión del Personal	Tiempo trabajando en el CSMC
Amazonía	Jaén	Jefatura	Lic. en Psicología	3 años
		Equipo tratante	Lic. en Psicología	3 años
Macro Región Norte	Chiclayo	Jefatura / Equipo Tratante	Lic. en Psicología	1 año, 7 meses
		Equipo tratante	Médico Psiquiatra	3 años
Macro Región Sur	Cusco	Jefatura / Equipo Tratante	Médico Psiquiatra	1 año
		Equipo tratante	Lic. en Psicología	3 años
Centro y Trapecio Andino	Apurímac	Equipo tratante	Lic. en Psicología	2 años y medio
		Equipo tratante	Médico Psiquiatra	1 año
Lima I	San Juan de Miraflores	Jefatura	Médico Psiquiatra	4 años
		Equipo tratante	Médico Psiquiatra	4 años
Lima II	Comas	Equipo tratante	Médico Psiquiatra	1 año, 9 meses
	Los Olivos	Jefatura / Equipo Tratante	Médico Psiquiatra	3 años

Como se puede apreciar en el cuadro N°5, se logró que cada hábitat fuera representado por uno o, en el caso de Lima II, dos, CSMC. En ciertos casos, como Chiclayo, Cusco y Los Olivos la jefatura del establecimiento era ejercida por un profesional quien al mismo tiempo era parte del equipo que trataba clínicamente al adolescente. Solo el CSMC de Jaén no contó con psiquiatra que atendiera a

población adolescente al momento de la realización del presente estudio. En el caso de Comas (Lima II) sólo se pudo acceder a entrevistar al psiquiatra encargado de la atención.

Cuadro N°6: Características de los CSMC consolidados (48 meses a más de funcionamiento) y del personal entrevistado

Hábitat	Localidad	Cargo y función	Profesión del Personal	Tiempo en el CSMC
Macro Región Sur	Arequipa	Jefatura	Lic. en Trabajo Social	6 años y medio
		Equipo tratante	Médico Psiquiatra	5 meses
Centro y Trapecio Andino	Huancayo	Jefatura / Equipo Tratante	Médico Psiquiatra	4 años
Lima I	Villa María del Triunfo	Jefatura / Equipo Tratante	Lic. en Psicología	4 años
		Equipo tratante	Médico Psiquiatra	1 año
Lima II	Pueblo Libre	Jefatura	Médico Psiquiatra	6 años
		Equipo tratante	Lic. en Psicología	6 años

Como ya se había descrito anteriormente en la sección de muestreo, solo la Amazonía no estuvo representada al no contar con CSMC de más de 48 meses de funcionamiento al momento del planteamiento de la presente investigación. También aquí se encuentra que quien ejerce la jefatura puede, al mismo tiempo, formar parte del equipo de atención clínica (CSMC en Huancayo y Villa María del Triunfo, Lima I). Cabe resaltar que en el CSMC de Arequipa es una licenciada en Trabajo Social quien ejerce la jefatura del establecimiento

Cuadro N°7: Características de los cuidadores entrevistados de acuerdo al CAR

Ubicación del CAR-albergue	Edad de la cuidadora	Tiempo de la cuidadora laborando en el CAR-albergue	Grado de Instrucción	Denominación dentro del CAR-albergue
Tarapoto (Región San Martín)	53 años	12 años	Superior técnica incompleta (Secretariado)	" <i>Mamá</i> "
Villa El Salvador (Lima Metropolitana)	71 años	7 años	Superior (Educación Religiosa y Matemáticas)	" <i>Hermana</i> " + su nombre propio
Cañete (Lima provincias)	43 años	3 años	Superior técnica (Educación)	" <i>Tía</i> " + su nombre propio

En el caso de las cuidadoras entrevistadas se encontró que todas fueron del sexo femenino, el tiempo de trabajo en el CAR llegó hasta 12 años. Todas tuvieron un grado de instrucción superior, aunque solo en el CAR de Tarapoto ésta fue incompleta. Llama la atención lo variable de la denominación de la cuidadora dentro del albergue, es de esta forma como es llamada por los menores e incluso por parte del personal clínico y administrativo del CAR. No se ha encontrado recomendación sobre cómo debe ser denominada la cuidadora dejándolo a la usanza de cada CAR.

Cuadro N°8: Características de los adolescentes entrevistados de acuerdo al CAR

Ubicación del CAR-albergue	Condición de salud mental	Edad	Tiempo en el albergue
Tarapoto	No paciente	14 años	5 años
Villa El Salvador - Lima	No paciente	14 años	7 años
Cañete	No paciente	15 años	10 años
Tarapoto	Paciente	16 años	5 años
Villa El Salvador - Lima	Paciente	15 años	9 años
Cañete	Paciente	16 años	14 años

Como se puede apreciar en el cuadro N°8, se encontró población adolescente en todos los CAR a los que se tuvo acceso, siendo su rango de edad entre 14 y 16 años. Llama la atención la prolongada estadía de los menores, habiendo ingresado, todos, cuando niños. Esto contrasta con el carácter temporal que debería tener el acogimiento residencial según la legislación peruana y las recomendaciones internacionales de cuidado alternativo.

4.2 Análisis por hipótesis de investigación

4.2.1. El lento avance comunitario dentro de un CAR

Las intervenciones de los Centros de Salud Mental Comunitarios hacia los Centros de Acogida Residencial son escasas, dispersas, y requieren ser sistematizadas y supervisadas.

El análisis de la relación entre los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y los Centros de Acogida (albergues o CAR) fue el tema central del presente trabajo de investigación. Como se ha señalado, la investigación nacional y regional en poblaciones cerradas, como las de un centro residencial es escasa precisamente por el carácter reservado de los casos donde los menores tienen antecedentes no solo de violencia por abandono sino, muchas veces, una historia previa de maltrato físico, psicológico e incluso sexual.

El modelo comunitario de atención a la salud mental centra sus esfuerzos en las personas, familias y comunidades colocándolas como protagonistas de su propio proceso preventivo y recuperativo. Aborda los determinantes sociales que predisponen, agravan o perpetúan la enfermedad mental (MINSA, 2018). Este postulado es de especial importancia en la población de menores bajo cuidado institucional puesto que están allí justamente por el desamparo familiar el cual obedece a multiplicidad de factores, entre ellos, la pobreza, violencia y la disfuncionalidad y desestructuración del seno familiar, que en vez de constituir un medio protector se ha convertido en un entorno riesgoso merecedor de la actuación judicial. Son los CSMC quienes articulan las acciones con los servicios de salud y con las organizaciones sociales y comunitarias de su territorio para todos sus usuarios, incluyendo a los menores albergados.

A nivel internacional los países que han implementado el modelo comunitario en salud mental reciben usuarios derivados por el sistema judicial. El Perú contaba al 2020 con 203 CSMC (OMS, 2020a), Chile, con una población equivalente al 58% de la población peruana, reportó para el mismo año, 102 centros comunitarios de salud mental (COSAM) en funcionamiento, reconociendo, aun así, las dificultades en el trabajo intersectorial con otros servicios del Estado (Lampert-Grassi, 2018). Brasil cuenta con una vasta red de centros de salud mental, tiene 6 veces y media la población del Perú, pero cuenta con 9 veces y media el número de establecimientos en la comunidad llamados *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS) llegando a 1948 centros repartidos en todo su territorio, entre ellos cuenta con una subvariante, los

CAPSi, específicamente para la población de niños y adolescentes (OMS, 2020b), (WHO, 2021).

Los centros comunitarios de salud mental proveen apoyo y cuidados fuera de un ambiente institucional (hospitalario) y en la proximidad de los hogares, entonces ¿cómo brindarlos cuando los adolescentes se encuentran internados en un albergue? Es allí donde radica el trabajo articulado con sus autoridades. Como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud (2021) el trabajo comunitario hace énfasis en la inclusión social y la participación de la vida comunitaria bajo un enfoque de derechos, los CSMC coordinan activamente la derivación de los usuarios a diferentes servicios comunitarios y el acceso a oportunidades de educación, esparcimiento e incluso empleo.

Los beneficios de las intervenciones en salud mental están más que sustentados, no sólo por la mejoría clínica de los menores sino por el aporte a la sociedad que derivará de ello en el futuro. En líneas generales los beneficios económicos más los beneficios hacia la comunidad representarían alrededor de 5900 millones de soles en cinco años si se ejecutaran intervenciones psicosociales y farmacológicas, p.e., en ansiedad y depresión (OPS, UNIATF & PNUD, 2021). Si tomamos dichos trastornos incluyendo la prevención del suicidio, para un país de ingresos medio altos como el nuestro, por cada dólar estadounidense invertido en la aplicación de estrategias preventivas y terapéuticas en adolescentes en entornos clínicos y escuelas, se espera un retorno a la economía de cerca de 75 dólares en beneficios económicos y de salud en el transcurso de los siguientes 80 años (Stelmach *et al*, 2022).

En el presente estudio todos los CSMC atendieron usuarios provenientes de albergues, siendo éste un criterio de inclusión para el muestreo. Durante la fase piloto se pudo comprobar la existencia de CSMC que no tenían una población de albergados en su jurisdicción o que teniéndola no tuvieron conexión con ellos. La forma de contacto fue en su mayoría a petición del propio albergue quien enviaba a los adolescentes como parte de las consultas externas, principalmente de Psiquiatría y Psicología. Solo un CSMC de los ya consolidados y uno de los nuevos acudieron al albergue como forma de presentación y oferta de sus servicios. En un caso (Lima I) la solicitud de atención provino de la Unidad de Protección Especial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

La mayoría de las coordinaciones fueron directas entre el personal solicitante del albergue y el profesional al momento de atender al menor. Es decir, las atenciones procedieron de acuerdo al flujo establecido: del albergue al establecimiento de primer nivel de atención de su jurisdicción y luego al CSMC con una referencia. No hubo una presentación exclusiva para trabajar con los usuarios del albergue, siendo atendidos de acuerdo a la demanda. En uno de los CSMC consolidados (Lima II), fueron los estudiantes de último año de Psicología (internos) los únicos informantes ante el profesional que atendió al menor, sin la presencia de cuidadores u otro profesional del albergue.

En el 100% de los casos las atenciones fueron recuperativas, es decir el tratamiento ya sea utilizando medicamentos o técnicas psicoterapéuticas. La mayoría de los CSMC en proceso de consolidación ofrecieron, además,

intervenciones de rehabilitación en terapia ocupacional o de lenguaje y tan solo 2 llevaron a cabo actividades preventivo promocionales. Esta última clase de actividades, destinadas a promover la salud de los adolescentes, es aquella en la que los lineamientos internacionales hacen hincapié. Las Naciones Unidas en sus lineamientos de cuidado alternativo señalan que el personal cuidador debe promover la salud de quienes albergan, promover el desarrollo mediante el juego y las actividades de esparcimiento; se puntualiza el fomentar y facilitar los contactos con niños y otras personas de la comunidad además de contribuir activamente en la reintegración familiar de los menores en tanto sea posible (Aldeas Infantiles, 2010). El personal clínico del CSMC es el llamado a capacitar en dichos tópicos al personal cuidador de los CAR.

- Categoría identificada: Intervención predominantemente del tipo recuperativo y dirigido solo a los menores.

4.2.2. Las dificultades de un sistema sobrecargado

Factores intrínsecos al sistema de salud y al sistema de protección a poblaciones vulnerables, así como la articulación entre ambos sistemas limitan u obstaculizan la intervención de los Centros de Salud Mental Comunitario en los Centros de Acogida.

El presente estudio permitió explorar cuales eran los factores que limitan un mayor involucramiento entre ambos servicios estatales de protección, el de salud

y el de poblaciones vulnerables de quien depende directamente el cuidado de los albergados. Para ello, en esta categoría se obtuvo información directa de los profesionales de salud que atendieron a los menores e, indirectamente, de los testimonios que los cuidadores de los albergues le refirieron al personal de salud.

En dos de los CSMC, uno consolidado y otro nuevo, reconocieron que la presión por la producción numérica de atenciones dependiente de las directivas del Ministerio de Salud provocaba que todo el tiempo se invirtiera en las consultas ambulatorias, dejando escaso o nulo tiempo para la coordinación de actividades preventivo promocionales o de intervención recuperativa extramuros. Ello a pesar que la atención ambulatoria es solo una de las tres funciones normadas para un CSMC, las otras dos son: el fortalecimiento de las capacidades del primer nivel de atención no especializado en salud mental y la articulación de acciones con los actores sociales de la comunidad, esto último implica la creación o activación de la red social y comunitaria para la promoción y prevención de problemas de salud mental (MINSA, 2017).

Aunque administrativamente se exijan metas en relación al número de atenciones, la propia gestión del CSMC, podría hacer prevalecer sus principios fundamentales, sin embargo, esto tampoco ocurría. Los profesionales entrevistados reportaron que el tiempo limitado y la falta de personal influían al momento de querer acercarse a los albergues, esto debido a que se utilizaban los recursos humanos y el tiempo en cumplir las metas impuestas. *“No es una meta institucional”* fue el crudo argumento de un profesional entrevistado en uno de los CSMC al referirse sobre su actuación dirigida hacia los albergues.

La rotación del personal de salud, es decir, el recambio constante en el recurso humano provocaba que la continuidad de las intervenciones se vea interrumpida. Las recomendaciones de la Asociación Psiquiátrica Mundial (Thornicroft et al., 2010) ya advierten de estos problemas en la implementación del modelo comunitario. Entre las situaciones que se remarcen es que las partes interesadas para la gestión del modelo son, no solo los funcionarios del sector salud, sino también los servidores y beneficiarios directos del sistema: el personal clínico, entre ellos los psiquiatras, los propios usuarios y cuidadores. Se deben sumar las asociaciones profesionales y representantes de colectivos indígenas, religiosos y de medicina tradicional. Todos ellos deben estar involucrados en el desarrollo, monitoreo y los ajustes necesarios de los planes de acción en salud mental. Para el caso que nos atañe, no se cuenta con documentos de gestión interinstitucional para los CAR entre el MINSA y el sistema de protección de poblaciones vulnerables – MIMP, a diferencia de otros grupos priorizados como es el caso de las víctimas de violencia de género. De ello se desprende que la atención a la salud mental de menores albergados no sea, aun, una prioridad.

El estudio del Banco Mundial sobre la aplicación del modelo comunitario en el Perú (2018) también da cuenta sobre la poca participación de la sociedad civil o grupos que representen a los pacientes invocando que se construya un movimiento inclusivo con la convocatoria de las autoridades locales, las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil. Los menores institucionalizados necesitan tener una voz en el diseño de programas para ellos

y en la forma en cómo se ofrecen los servicios de salud mental del cual son beneficiarios.

En el estudio tampoco se reportaron capacitaciones impartidas por los CSMC a los establecimientos del primer nivel de atención en el tratamiento específico de niños y adolescentes albergados. Uno de los CSMC consolidados reconoció que su propio personal requería ser capacitado en esta temática.

A través de las consultas, el personal de los albergues que acompañó a los menores pudo dar a conocer su realidad y en qué medida dificulta la correcta integración con el sistema de salud comunitario: ellos también tienen una alta rotación en relación a sus cuidadores y profesionales de planta, situación a evitar de acuerdo a las recomendaciones internacionales (Aldeas Infantiles, 2010). Se suma a ello las limitaciones económicas que derivaban en no poder transportar a los menores al CSMC e incluso el riesgo de fuga de los mismos. Se reportó limitación en la disponibilidad de tiempo de los propios cuidadores.

- Categoría identificada: Limitan principalmente la intervención clínica en los CAR factores dependientes del CSMC, como la no priorización de dicho grupo vulnerable. Así mismo la ausencia de articulación y visibilidad del sistema MINSA-MIMP en esta población específica es factor incidente para que los CSMC y CAR se relacionen limitadamente.

4.2.3. El reto de ser un sistema nuevo

Factores relacionados a la gestión y organización de los Centros de Salud Mental Comunitarios influyen en la existencia de programas específicos aplicables a los Centros de Acogida.

Como se ha observado la atención a menores provenientes de albergues no ha tenido, en su mayoría, una focalización o especial diferenciación del resto de las atenciones llevadas a cabo en los CSMC. Para evaluar el grado de interés en dicho grupo se exploró la existencia de programas de intervención específicos, los cuales ya están señalados en el documento técnico de guía como “programa de salud mental comunitaria para la prevención y control de la violencia contra niños, niñas y adolescentes” (MINSA, 2018). Ninguno de los CSMC entrevistados tenía un programa o proyecto para trabajar específicamente con los albergues. Si retrocedemos a explorar en las capacidades de los gestores en la elaboración de programas en general, la mayoría de los CSMC en proceso de consolidación refirió tener experiencia parcial en ello, solo en el caso de una jefatura de un CSMC (de la Amazonía) tenía experiencia en la elaboración de programas dirigidos a la niñez en situación vulnerable. El 50% de los CSMC consolidados refirió tener experiencia en la generación de programas.

El obstáculo más frecuente para elaborar un programa específico fue la no disponibilidad o programación de horas para su diseño puesto que son las horas asistenciales las que abarcan la mayor cantidad de tiempo de trabajo. Esto se

pudo apreciar tanto en los CSMC en proceso de consolidación como aquellos ya consolidados. Llamó la atención que en uno de los CSMC consolidados (Macro Sur) la realización de programas “*no se encontraba en los términos de referencia*” del psiquiatra contratado, esto denota el desconocimiento del trabajo en salud para los funcionarios de aquella red, limitando el accionar médico solo al trabajo asistencial.

Un programa de salud mental es una intervención dirigida hacia un objetivo determinado en un plazo establecido, sigue los lineamientos de los planes y políticas del sector priorizando una problemática específica. Como lo recomienda la OMS (2006), se deben establecer estrategias y antecedentes, indicadores y objetivos, delinear las actividades principales y los responsables, planificar el uso de recursos disponibles y crear procesos de seguimiento y evaluación. La población de adolescentes albergados, al estar institucionalizados, facilitaría el planeamiento y seguimiento, incluso la investigación. La priorización de esta población está en consonancia con cuanto trabajo extramural e intersectorial realiza el CSMC. El equipo de gestión del CSMC y los funcionarios de las redes de salud requieren trabajar coordinadamente para no invisibilizar a esta población que, en el Perú, no tiene visos de disminuir.

Si bien no abunda la literatura en nuestro idioma sobre los programas aplicables en población de menores en acogimiento residencial, aquellos publicados se adecúan al modelo comunitario de atención a la salud mental. Bravo y Del Valle (2009) describen un programa de “promoción del desarrollo

personal y social” el cual tiene una base preventiva dirigida a potenciar el desarrollo social y emocional de los adolescentes. Otro programa de interés es aquel dirigido a la preparación para la vida independiente con el objetivo de una futura integración sociolaboral cuando cese la protección del CAR. Los CSMC tienen los profesionales (psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional) idóneos para intervenir coordinadamente con los albergues en programas como estos.

Categoría identificada: Factores organizacionales del CSMC, como la disponibilidad de tiempo, afectan significativamente la (no) existencia de instrumentos de intervención (programas específicos) dirigidos a los CAR. Otro factor de incidencia parcial es el formativo de los gestores de los CSMC en cuanto a su capacidad de crear programas.

4.2.4. La voz de los más necesitados

La opinión de los usuarios y cuidadores de los Centros de Acogida no se ha tomado en cuenta para los programas de intervención propuestos por parte de los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Para explorar esta hipótesis se hizo necesario obtener los testimonios tanto de quienes ofertan el servicio de salud mental, como de quienes serían los

beneficiados de sus intervenciones, es decir los adolescentes albergados y sus cuidadores.

4.2.4.1. Intervenciones en salud mental hacia los cuidadores.

El personal de salud mental de los CSMC reportó que el contacto con los cuidadores fue predominantemente durante las atenciones a los menores sin haber intervenido en acciones para evaluar o dar seguimiento a la salud mental de los primeros. Los cuidadores entrevistados corroboraron esta realidad. No se encontraron diferencias en este aspecto entre los CSMC consolidados y aquellos en proceso. En dos de los casos no hubo contacto con los cuidadores puesto que quien llevaba a los menores al CSMC fue el personal de Psicología del albergue o incluso los practicantes del último ciclo de dicha carrera. Solo dos de los CSMC entrevistados refirieron haber participado en actividades preventivo promocionales movilizándose a los albergues de su jurisdicción, estas acciones fueron puntuales, en uno de los casos, en campaña, dando a conocer la cartera de servicios del CSMC. En el segundo caso (Lima II, en consolidación) existieron sesiones grupales con los cuidadores donde pudieron expresar su problemática emocional, esta intervención fue interrumpida cuando el personal del CSMC pasó a laborar en otros establecimientos.

La cobertura hacia los albergues, como objetivo institucional, se encuentra dentro de las acciones que requiere la población de menores en situación de desprotección familiar ya que la tutela estatal debe garantizar no solo el alojamiento de ellos sino también la educación, salud y cuidado

personal (Defensoría del Pueblo, 2019). Los CSMC como entidad estatal del sector salud son parte de los dispositivos de cuidado de menores en desprotección, intervenir también en la salud de los cuidadores permanentes es parte de garantizar el correcto cuidado personal de aquellos.

Aunque las consultas psiquiátricas o psicológicas no estuvieron dirigidas hacia los cuidadores, el presente estudio mostró que en 2/3 de los casos los profesionales de los CSMC pudieron tomar nota de los principales problemas en la labor de aquellos: rotación de personal, falta de competencias para el manejo de los menores y cansancio emocional.

Y es esta última característica la que, a largo plazo, podría ir en detrimento del sentido de ayuda hacia los menores. El cansancio emocional es el componente principal del Síndrome del quemado o *burnout* descrito como el conjunto de síntomas que presenta el personal con alta exigencia, en este caso en la ayuda a otros, presentando sentimientos de ira, frustración, desesperanza y una sensación de ser ineficiente en el trabajo que se realiza. Así mismo el personal desarrolla un estrés traumático secundario al oír frecuentemente sobre el trauma sufrido por los adolescentes, si a esto se le suma el burnout entonces se desarrolla la llamada “fatiga o hastío de la compasión” (del inglés “*compassion fatigue*”) caracterizado por insensibilidad, represión de sus sentimientos y actitud a la defensiva hacia los acontecimientos narrados por los menores. Cerca de 2/3 de los cuidadores de niños en

modalidad alternativa de cuidado muestran niveles moderados a severos de burnout y estrés traumático secundario (Ottaway & Selwyn, 2016) lo cual hace necesaria mayor investigación, atención y protección a este grupo específico para asegurar el bienestar de los menores a su cargo.

4.2.4.2. *La opinión de los cuidadores*

Al obtener testimonios de cuidadores de menores en situación de cuidado alternativo la literatura identifica que los principales tópicos de su interés son: las estrategias para el manejo de la conducta violenta o retadora y la percepción de que el soporte de los servicios de salud mental es insuficiente o inaccesible. (Hiller RM et al. 2020)

En la presente investigación el testimonio de una de las cuidadoras da luces sobre estas necesidades: “...*nosotros somos tutores en la especialidad de profesores, enfermeros u otros cargos, no nos alcanza a comprender tanto la situación psiquiátrica de los jovencitos que padecen estas situaciones...*”

Aunque todos refirieron conocer sobre las intervenciones en salud mental que reciben los albergados, las describieron como aplicadas por el personal de salud, no como propias, a pesar que una de las cuidadoras reconoció ser el soporte emocional de sus albergados a cargo.

Esta situación es descrita también por Fergeus et al. (2018) quien al entrevistar a cuidadores pudo evidenciar que casi ningún participante había recibido capacitación suficiente en temas de promoción de la salud mental o habilidades para manejar las necesidades en salud mental de los niños. La comunicación con las autoridades sanitarias se identificó como uno de los principales nudos críticos. Así mismo la información sobre cómo acceder a los recursos de apoyo disponibles fue inadecuada.

Los resultados del presente estudio muestran que 1/3 de los cuidadores reportó que escasamente tenían una supervisión en cuanto a su propia salud mental, dependiendo de evaluaciones esporádicas; en ninguno de los casos el personal de psicología de los CSMC en la jurisdicción del albergue había intervenido en ellos lo cual evidencia la aun poca penetración del sistema público de salud mental comunitario en instituciones con regímenes cerrados.

4.2.4.3. *La opinión de los albergados*

Los adolescentes en el estudio refirieron que su soporte emocional provenía de diferentes fuentes ya sea de los profesionales de Psicología o Educación pertenecientes al staff del propio albergue, así como también de sus cuidadores asignados. Los entrevistados quienes no tenían un diagnóstico en salud mental conocían solo muy vagamente la existencia de servicios que atendieran problemas de salud mental en su comunidad fuera del albergue. Una de las

adolescentes manifestó: “... *¿un centro de salud mental? he visto en películas, pero aquí no hay.*”

Argumentos como estos ejemplifican la aun poca conexión entre los sistemas de salud y de poblaciones vulnerables.

En cuanto a los adolescentes que sí asistían a un CSMC, estuvieron satisfechos con las intervenciones, cabe precisar que todas las atenciones implican que fueran ellos quienes se desplazaron al establecimiento. Las atenciones recibidas fueron eminentemente recuperativas sin oportunidad de intervenir en forma preventiva o trabajar articuladamente para la asesoría en temas de crianza o convivencia, tan necesarios en los albergues.

Al preguntarles a los menores sobre cómo valoran su estancia en un centro de acogida residencial, el Ministerio de Sanidad español (2012) ha reportado que aquellos ingresados en un programa regular se encuentran insatisfechos en un 16,9%, algunos de los resultados con puntuaciones más bajas incluyeron la poca participación en la elaboración de su propio plan de intervención y la participación escasa en el funcionamiento del hogar. Aquellos con graves problemas del comportamiento expresan no estar satisfechos en un 48,3% siendo las principales razones el no poder salir de la institución, la añoranza de la familia y lo apartado que está el albergue. Pérez-García et al. (2019) al describir la evaluación del programa de acogida residencial destaca que los menores puntuaron más alto en relación a la educación que recibían sobre estilos de vida saludables, el apoyo en sus estudios y la relación afectiva

que recibían de sus educadores. Aunque el objetivo de la presente investigación en relación a la opinión de los albergados fue indagar sobre cómo valoran los servicios de salud mental ofrecidos, el explorar el grado de satisfacción de los adolescentes en sus múltiples variables y el porqué de ello ayudaría a tomar medidas para mejorar su salud mental.

Categoría identificada: La opinión de los cuidadores de los CAR no ha sido valorada para las intervenciones de los CSMC dirigidas hacia los albergues, tampoco la de los adolescentes puesto que las intervenciones preventivas son escasas y el contacto con ellos se da prioritariamente en el consultorio y no en su propio CAR.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo el propósito de describir el nivel de intervención realizado por los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en adolescentes que se encuentran en situación de desprotección familiar albergados en Centros de Acogida Residencial (CAR). La ventana de tiempo considerada incluyó intervenciones realizadas entre el 2017 y el 2021. El estudio siguió una metodología cualitativa realizando entrevistas a profundidad a representantes de siete CSMC de menos de 48 meses en funcionamiento y cuatro CSMC con más de 48 meses en servicio, distribuidos a nivel nacional y escogidos según muestreo estructural. Además, se tomaron las apreciaciones de adolescentes y cuidadores de CAR ubicados en tres regiones diferentes.

En el desarrollo del presente trabajo de investigación se alcanzaron los objetivos específicos de:

- ✓ Identificar los tipos de intervención que los CSMC realizan con usuarios de los CAR
- ✓ Describir los factores que limitan dichas intervenciones
- ✓ Identificar los factores que influyen en la existencia de programas dirigidos a los CAR por parte de los CSMC
- ✓ Documentar la opinión de adolescentes y cuidadores de los CAR

En relación al primer objetivo se concluye que hay una tendencia de actividades del tipo recuperativo sobre aquellas de tipo preventivo promocional y recuperativas a

pesar de que estas últimas son también funciones del CSMC y muy necesarias en los adolescentes de los CAR al encontrarse institucionalizados. Las intervenciones preventivo promocionales y de rehabilitación fueron escasas y dispersas sin importar el tiempo en funcionamiento del CSMC. La tendencia general fue de intervención solo en los menores, no así en el personal cuidador.

La población residente de los CAR, tanto adolescentes como personal cuidador, no fue priorizada por los gestores de los CSMC. Esta situación dependió tanto de la sobredemanda a la cual responden los CSMC como a la falta de protocolos que articulen las acciones del sector salud, específicamente salud mental, con el de poblaciones vulnerables. Se concluye así que estos factores fueron la principal causa de limitación y obstaculización a intervenir en los CAR.

La organización interna de los CSMC incluye un Servicio dedicado a la atención de los trastornos de niños y adolescentes, pese a ello no se encontró algún programa de intervención específico para los usuarios del albergue. Se concluye de ello que los usuarios de los albergues, incluyendo sus cuidadores, no han sido visibilizados en la medida suficiente como para desarrollar un programa específico. La capacidad en la gestión de programas está poco desarrollada y el tiempo dedicado a la elaboración de los mismos no es tomado en cuenta por los gestores.

No se encontraron diferencias entre los CSMC consolidados y aquellos en proceso de consolidación tanto para las dificultades en la creación de programas como en la problemática que enfrentan ante la sobredemanda de atenciones. Se concluye así que,

independientemente del tiempo en funcionamiento, la tendencia de los CSMC es responder de manera similar a las exigencias del entorno.

El no tomar en cuenta las opiniones directas de los usuarios de los CAR y de sus cuidadores es una situación de gravitante importancia, ya que el modelo de atención comunitaria propugna como característica central tomar las necesidades y demandas de las personas y abordarlas con su participación activa. De ello podemos concluir que el modelo de atención comunitaria aún no está integrado en las intervenciones de protección de los adolescentes de los CAR.

RECOMENDACIONES

Para los Centros de Atención Residencial

- El lazo entre los Centros de Salud Mental y los Centros de Acogida Residencial es un paso importante para el pleno ejercicio de los derechos de los adolescentes. El hacer de conocimiento a las autoridades de los CAR la problemática de sus usuarios constituiría un primer paso para brindar mayor apertura en la investigación con esta población institucionalizada en donde serían factibles diversas clases de estudios.
- Empoderar a los directivos y personal de los CAR sería la semilla para mostrar a las instancias superiores la necesidad de documentos normativos de aplicación nacional que articulen las intervenciones.
- Se recomienda la difusión de la problemática de las necesidades de atención de usuarios y cuidadores de los CAR ante las autoridades locales (gobiernos locales, regionales, Poder Judicial, Defensoría) y mesas de concertación para poder incidir políticamente y destinar recursos para el correcto abordaje de los menores, ya sea fortaleciendo los recursos humanos y materiales de los CAR, así como también de los CSMC.

Para los Centros de Salud Mental Comunitarios

- Se recomienda articular cada CSMC con el CAR de su jurisdicción con tamizajes en relación a los problemas de salud mental de sus usuarios y

cuidadores. La regularidad de ello y la aplicación de un flujo establecido de atención redundaría en la mejora de la salud mental de los menores.

- Es altamente recomendable que las intervenciones de los CSMC en los CAR sean sistematizadas, es decir que cumplan una serie de pasos ordenados según un cronograma establecido. Ya que el tiempo de estadía de los menores en los CAR es del orden de años, se hace necesario que el seguimiento de los casos sea continuo. Se recomienda la supervisión de los casos por el equipo interdisciplinario CSMC-CAR.
- El empoderamiento del personal de los CSMC a través de la capacitación en la atención de la niñez desprotegida hará que se visibilice la gran necesidad que tiene esta población cautiva.
- Para ejercer la jefatura de un CSMC es deseable tener conocimientos de gerencia o gestión de servicios de salud por lo que se recomienda el fortalecimiento continuo de estas capacidades. Las actuales capacitaciones están usualmente dirigidas a cuestiones clínicas, los temas de gestión son poco abordados. Los incentivos académicos pueden hacer la diferencia para las capacitaciones en tópicos de gerencia y organización, así como en el diseño y evaluación de programas. Con dichos conocimientos las jefaturas de los CSMC y su equipo de gestión obtendrían mejores resultados.

Para las autoridades de los sectores de salud y poblaciones vulnerables

- Tomando como antecedente el Protocolo de actuación conjunta para casos de violencia contra la mujer del Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, se recomienda establecer un protocolo del mismo rango para la atención de la salud mental de los usuarios y sus cuidadores de los CAR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldeas Infantiles SOS Internacional (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Marco de las Naciones Unidas*. Innsbruck: Aldeas Infantiles SOS Internacional.
- Arias-Gallegos, W., Cahuana-Cuentas, M., Ceballos-Canaza, K. & Caycho-Rodríguez, T. (2019). Síndrome de Burnout en Cuidadores de Pacientes con Discapacidad Infantil. *Interacciones*, 5(1), 7-16
- Asociación del Voluntariado del Puericultorio Pérez Aranibar – AVPPA. (2015). *Puericultorio Augusto Pérez Aranibar. Historia de un sueño*. Lima, Patricia Pierantoni y Rosa Valdivieso, editores.
- Bang, Claudia. (2011). Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud Integral con enfoque en Salud Mental. Facultad de Psicología – UBA. *Anuario de investigaciones*. Vol. XVIII. 331-338.
- Bifulco A., Jacobs C., Ilan-Clarke Y., Spence R., Oskis A. (2016). Adolescent attachment style interview and vulnerable attachment style questionnaire. *British Journal of Social Work*. 0, 1-14.
- Borges M., Vetter L. (2016) Artesanos huérfanos y desamparados: Perú siglos XVI y XVII. *Diálogo Andino*. N° 49. Páginas 137-142.
- Bravo A. & Del Valle J. (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Dirección General de Políticas Sociales y Centro de Estudios de la Administración Pública Regional de Cantabria.
- Bravo A. y Fernández J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*. Vol. 13, nº2, pp. 197-204.
- Bridger, K., Binder, J., Kellezi, B. (2019). Secondary Traumatic Stress in Foster Carers: Risk Factors and Implications for Intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 29:482–492.
- Chunga Lamonja F, Chunga Chávez L, Chunga Chávez C. (2016) *Comentarios al Código de los Niños y Adolescentes. La infracción penal y los derechos humanos*. Lima: Editora y Librería Jurídica Grijley EIRL.
- Congreso de la República (2000). Ley N.º 27337. Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes. Versión correspondiente a Normas Legales actualizadas. Diario oficial del bicentenario El Peruano, <<https://diariooficial.elperuano.pe/normas/normasactualizadas>> (contiene modificaciones hasta el 2019)

- Congreso de la República (2007). Ley n.º 29174. Ley general de centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes. Diario oficial El Peruano, 22 de diciembre del 2007.
- Congreso de la República (2012). Ley n.º 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Diario oficial El Peruano, 24 de junio del 2012.
- Congreso de la República (2015), Ley N°30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Diario oficial El Peruano, lunes 23 de noviembre del 2015.
- Congreso de la República. (2019). Ley N° 30947. Ley de Salud Mental. Diario oficial El Peruano. Jueves 23 de mayo del 2019.
- Corin, Marcela. (2013). Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC N° 24) del sur profundo de la CABA. *Vertex*, 24(47-54).
- Defensoría del Pueblo. (2011). *Niños, niñas y adolescentes en abandono: aportes para un nuevo modelo de atención*. Serie de Informes Defensoriales – Informe N°153. Lima.
- Defensoría del Pueblo. (2019). *Condiciones de las niñas, niños y adolescentes privados de libertad*. Serie Informes Especiales N° 03-2019-DP-DMNPT. Dirección del mecanismo nacional de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Lima.
- Fergeus, J., Humphreys, C., Harvey, C. & Herrman, H. (2018). Supporting foster and kinship carers to promote the mental health of children. *Child & Family Social Work*. 1-7
- Fernández-Daza M. y Fernández-Parra A. (2017). Problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en niños y adolescentes que viven en acogimiento residencial. *Psychologia*. Avances de la disciplina. Vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2017, pp. 57-70.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia – UNICEF (2013). La situación de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia – UNICEF (2018). *Guía de indicadores para el cuidado alternativo de niñas, niños y adolescentes en modalidad residencial. Hacia prácticas de cuidado en clave de derechos*. Buenos Aires, Argentina. Primera edición.
- Galán, Antonio (2014). Tratamiento psicológico de niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención. *Papeles del psicólogo*, 35(3, pp. 201-209).

- Gonzales de Olarte, E. (1998). *Neoliberalismo y desarrollo humano. Desafíos del presente y del futuro*. Lima: Instituto de ética y desarrollo de la Escuela Superior Antonio Ruiz de Montoya.
- Gribble, Karleen. (2016). Promoting attachment in foster parents: what we can learn from the experience of parents of premature infants. *Adoption & Fostering*. 40(2), 113-127
- Hannah, B., Woolgar, M. (2018). Secondary Trauma and Compassion fatigue in foster carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1-15.
- Hernández R., Fernández C. & Baptista M. (2014). *Metodología de la Investigación*. [6ª Ed.]. México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores
- Herrman H. et al. (2016). A controlled trial of implementing a complex mental health intervention for carers of vulnerable young people living in out-of-home care: the ripple project. *BMC Psychiatry*. 16:436.
- Hiller, RM., Halligan, S., Meiser-Stedman, R., Elliott, E. & Rutter-Eley, E. (2020). Supporting the emotional needs of young people in care: a qualitative study of foster carer perspectives. *BMJ Open*. 10:e033317 <doi:10.1136/bmjopen-2019-033317>
- Inabif en cifras, consultas de usuarios y usuarias. (2021). Recuperado de: <https://bit.ly/2YhH309>
- Jiménez, F. (2024). *La economía peruana del período 1950-2020. Desindustrialización prematura, productividad y cambio técnico y disparidades regionales*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Jiménez, F., Oscátegui, J. & Arroyo, M. (2024). *Perú 1990-2021: La causa del "Milagro" Económico ¿Constitución de 1993 o superciclo de las materias primas?* Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Kliksberg, B. (2002). *Hacia una economía con rostro humano*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Lampert-Grassi, M. (2018). *Modelos comunitarios en salud mental: Chile, España e Inglaterra*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. Asesoría Técnica Parlamentaria. Chile.
- León J. y León C. (2020). *Estilos de afrontamiento en adolescentes albergados según modelos de acogimiento residencial: tipo familiar y tipo institucional en la ciudad de Cajamarca*. (Tesis de bachiller). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Perú.
- Lopera, J. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(supl 1), pp. s11-s20.

- Martín E., Teresa R. y Torbay Á. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*. Vol. 19, nº3, pp. 406-412.
- Ministerio de Economía – MEF (2017). Decreto Supremo N°055-2017-EF. Aprueban Normas Reglamentarias de la Ley N° 30498, Ley que promueve la donación de alimentos y facilita el transporte de donaciones en situaciones de desastres naturales. Diario oficial El Peruano, sábado 18 de marzo de 2017.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP (2012). Manual de intervención en centros de atención residencial de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP (2018). Decreto Supremo n.º 001-2018-MIMP. Reglamento del decreto legislativo n.º 1297, decreto legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diario oficial El Peruano, 8 de febrero de 2018.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP / Ministerio de Justicia y Derechos Humanos – MINJUS (2016). Decreto Legislativo n.º 1297 para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diario oficial El Peruano, viernes 30 de diciembre de 2016.
- Ministerio de Salud (2017). Norma Técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios. Lima.
- Ministerio de Salud (2018). Documento técnico: Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Lima.
- Ministerio de Salud (2024). Documento técnico: Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2024-2028. Lima.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). La perspectiva de niños y adolescentes sobre la calidad del acogimiento residencial. Informes, estudios e investigación. Madrid.
- Muñoz A. (2004). La organización del trabajo en el pueblo inca. *El Graduado*: Boletín Informativo del Ilustre Colegio Oficial de Graduados Sociales de Madrid, N°. 45, págs. 92-94. Disponible en: <https://bit.ly/36Fbz8R>.
- Organización de las Naciones Unidas – ONU (2010). Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Recuperado el 9 de diciembre del 2020, de <https://uni.cf/3aAGLHw>.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Política, planes y programas de salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental* (M. Santirso, Trad.). Editores Médicos, S.A. EDIMSA (Obra original publicada en 2005)

- Organización Mundial de la Salud (2020a). Mental Health Atlas 2020. Member state profile [Peru]. Cortesía de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2020b). Mental Health Atlas 2020. Member state profile [Brazil]. <<https://shorturl.ac/qHEqn>>
- Organización Panamericana de la Salud – OPS (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud, United Nations Interagency Task Force on non-communicable diseases & Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2021). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales en el Perú. El caso a favor de la inversión*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54414>.
- Ottaway, H., & Selwyn, J. (2016). "No-one told us it was going to be like this": Compassion fatigue and foster carers summary report. *Fostering Attachments Ltd*. <<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33955.45606>>
- Perales A. Modelos conceptuales de enfermedad en la enseñanza de la Psiquiatría. En Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (1998). *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"* [2ª.Ed.]. Lima: UNMSM.
- Pérez-García, S., Águila-Otero, A., González-García, C., Santos, I. & Del Valle, J. (2019). No one ever asked us. Young people's evaluation of their residential child care facilities in three different programs. *Psicothema*, 31(3), 319-326.
- Pineda L. y Moreno J. (2008). Factores psicosociales asociados al abandono infantil de un grupo de adolescentes institucionalizadas en un centro de protección en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*. Avances de la disciplina, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, pp. 151-182.
- Portocarrero, R. (1998). El trabajo infantil en el Perú. Apuntes de interpretación histórica. Lima: Rádda Barnen-IFEJANT
- Rodríguez G., Gil J., García E. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez P., Manarelli M. (2007). *Historia de la infancia en América Latina*. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.
- Sainero A., Del Valle J. y Bravo A. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. Vol. 22(1) pp. 16–26
- Sainero A., Del Valle J. y Bravo A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, vol. 31, nº 2 (mayo), 472-480.

- Salvador H., Perez M. (2019). *La situación de niños y niñas desprotegidos por la familia en la provincia de Huancayo, 2016 – 2018*. (Tesis de bachiller). Universidad Nacional del Centro del Perú. Perú.
- Santos Da Costa, V. (2015). *Desenvolvimento e avaliação de impacto de intervenção preventiva para síndrome de burnout em cuidadores residentes*. (Tesis de Magister en Psicología), Pontícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Psicologia. Porto Alegre. <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8126/1/000478285-Texto%2BParcial-0.pdf>.
- Stelmach, R., Kocher, EL., Kataria, I., Jackson-Morris, A., Saxena, S. & Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ Global Health* 7:e007759. doi:10.1136/ bmjgh-2021-007759.
- Stucchi S. (2012). *Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Suarez M. (2015). *Influencia de la adaptación social del menor en el proceso del acogimiento familiar del Centro de Atención Residencial “San José”, Inabif – Trujillo: 2015*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- The National Child Traumatic Stress Network – NCTSN. (2021) Trauma Treatments. Recuperado de <https://bit.ly/3pgIqs5>
- Thornicroft et al. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(67-77).
- Torreblanca, N. (2017). *Inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados de un centro de atención residencial Aldeas Infantiles SOS de Huarochirí*. (tesis de licenciatura). Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú.
- Valdizán, H. (1990). *Paleopsiquiatría del antiguo Perú*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima: Fondo editorial.
- Widakowick, Christian. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 17(68), set., 365-374.
- World Bank Group (2018). Healing minds, changing lives. A movement for community-based mental health care in Peru. Delivery innovations in a low-income community, 2013-2016. Lima and Washington, DC. <<http://bit.ly/43jUdsZ>>
- World Health Organization (2021). Community mental health centres: promoting person-centred and rights-based approaches. (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-

based approaches). Geneva: World Health Organization.
<<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025769>>

ANEXOS

Anexo 1

Guía de preguntas

1. Guía de preguntas – Centro de Salud Mental Comunitario

Buenos días/tardes Dr. / Lic, mi nombre es José Ronald Villafane y estoy realizando un estudio sobre la relación de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y los Centros de Atención Residencial (CAR). Quiero agradecer el tiempo que me está brindando para realizar esta entrevista. Los comentarios e información que me proporcione serán muy valiosos para el proyecto de tesis a realizar.

El objetivo es conocer cómo interviene el CSMC en los CAR, en este sentido, siéntase libre de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información es sólo para el estudio, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. ¿Existe algún inconveniente en que se grabe la conversación? El uso de la grabación es sólo a los fines de análisis.

I. Conocimiento sobre menores en situación de desprotección

1.1 ¿En el trabajo cotidiano en su CSMC, le ha tocado como usuario/paciente algún adolescente en situación de abandono (desprotección) proveniente de un CAR (albergue)?

1.2 ¿Cómo ha sido su experiencia personal en el trabajo con esta población?

1.3 ¿Qué problemas/trastornos identifica en los adolescentes que provienen de los CAR?

1.4 ¿Cómo se ha sentido atendiendo a estos menores?

II. Conocimiento sobre los Centros de Acogida Residencial (CAR)

2.1 En la jurisdicción de su Centro de Salud Mental Comunitario, ¿conoce de la existencia de albergues para niños y adolescentes? ¿Cuántos existen en su jurisdicción, con cuantos ha tenido contacto?

2.2 ¿Qué características tienen los CAR con los que ha tenido contacto (nombre, gestión pública o privada, distancia (en tiempo) al CSMC)?

2.3 ¿Cómo fue el acercamiento a estas instituciones?

2.4 ¿Ha tenido alguna experiencia en la coordinación directa con el personal de alguno de ellos?

III. Intervenciones en salud mental en los CAR

3.1 ¿Qué tipo de intervenciones realiza su CSMC en los adolescentes del CAR? (preventivo promocional, recuperativa, de rehabilitación)

3.2 ¿Ha tenido contacto con el personal cuidador o de acogida permanente de los CAR?

3.3 ¿Qué problemática encuentra en el personal cuidador del CAR? ¿problemática hacia sus propios usuarios o entre ellos?

3.4 ¿Existen intervenciones dirigidas al personal cuidador que trabaja en los CAR?, ¿cuál ha sido su experiencia?

3.5 ¿Qué actitud tiene el personal de los CAR hacia las indicaciones que brinda el personal de salud?

3.6 ¿Qué factores considera que limitan u obstaculizan la intervención de su CSMC en los CAR?

IV. *Existencia de Programas de intervención*

- 4.1 ¿Cuál es su experiencia en general en el diseño y desarrollo de programas?, ¿alguno dirigido a niños y adolescentes?
- 4.2 ¿Existe algún programa de intervención de su CSMC dirigido al CAR de su localidad?
- 4.3 En caso haya diseñado programas, ¿quedan documentados en papel impreso u otros medios?
- 4.4 ¿Qué inconvenientes ha tenido al momento de elaborar o diseñar programas en su CSMC dirigidos al CAR?
- 4.5 ¿Qué inconvenientes ha tenido en la ejecución de programas de su CSMC dirigidos al CAR?
- 4.6 ¿Cómo piensa que podría mejorar el diseño de programas de su CSMC dirigidos a los CAR?

Muchas gracias por su participación

2. *Guía de preguntas – Centro de Acogida Residencial*

Buenos días/tardes, mi nombre es José Ronald Villafane y estoy realizando un estudio sobre la relación de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y los Centros de Atención Residencial (CAR) o albergues. Quiero agradecer el tiempo que me está brindando para realizar esta entrevista. Los comentarios e información que me proporcione serán muy valiosos para el proyecto de tesis a realizar.

El objetivo es conocer cómo interviene el CSMC en los CAR, en este sentido, siéntase libre de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información es sólo para el estudio, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. ¿Existe algún inconveniente en que se grabe la conversación? El uso de la grabación es sólo a los fines de análisis.

I. Cuidadores

- 1.1 ¿Cómo es el trabajo que realiza usted en el CAR?
- 1.2 ¿Qué conocimiento tiene del trabajo en salud mental que se realiza en los adolescentes del CAR donde trabaja?
- 1.3 ¿Alguna vez le preguntan cómo se siente?
- 1.4 ¿Han trabajado alguna vez sobre sus sentimientos o de los demás cuidadores?
- 1.5 ¿Conoce el Centro de salud mental comunitario en su jurisdicción/distrito?, ¿sabe a qué se dedican?
- 1.6 ¿Alguna vez el personal del CSMC ha venido antes?
- 1.7 ¿El personal del CSMC le ha hecho terapia a alguno de los cuidadores?
- 1.8 ¿El personal del CSMC le ha hecho terapia a alguno de los adolescentes?

II. Adolescentes

Hola, soy el Dr. Ronald Villafane, mucho gusto conocerte, estoy conversando con chicos y chicas que viven en albergues para saber cómo están y cómo los atienden y me gustaría conversar contigo sobre tu vida en el albergue, ¿está bien?

- 2.1 Cuéntame, ¿Cómo te sientes en el albergue?
- 2.2 ¿Cómo te llevas con los demás chicos del albergue?
- 2.3 ¿Cómo se portan tus compañeros del albergue?

2.4 Cuando tienes algún problema (discusión con otro adolescente, sentimiento que molesta) ¿quién te ayuda, en quién confías? ¿qué problemas has tenido?

2.5 ¿Has visto a chicos que estén siempre tristes o no quieran hacer amigos? ¿recibieron alguna clase de ayuda?

2.6 ¿Cuándo se sienten tristes qué hacen?

2.7 Cuando alguien se porta mal, ¿qué hacen?

2.8 ¿Alguna vez los llevan al doctor por problemas de conducta? ¿a dónde los llevan? ¿sabes cómo se llama ese sitio?

2.9 ¿Alguna vez han ido los doctores o psicólogos a visitarlos?, ¿sabes de dónde vienen?

Para los adolescentes que a su vez son pacientes de un CSMC o servicio de salud mental las preguntas son las mismas hasta la 2.7, luego preguntar:

2.8 Tengo entendido que vas a atenderte a un Centro de Salud Mental, ¿cómo te sientes cuando vas allí?

2.9 ¿Alguna vez los doctores, psicólogas u otras personas del CSMC han ido a visitarte en el albergue?

2.10 ¿Alguna vez los doctores, psicólogas u otras personas del CSMC han ido a visitar a otras personas en el albergue?

2.11 ¿Cómo te sientes cuando te atiende el médico psiquiatra, psicólogo(a) o enfermera del CSMC?

2.12 ¿Qué te gusta más del CSMC?

2.13 ¿Recomendarías el CSMC a otro chico que tenga problemas similares?, ¿por qué?

Muchas gracias por tu participación

Anexo 2

Transcripción seleccionada

Entrevista a personal de salud de uno de los Centros de Salud Mental Comunitarios muestreados que atiende directamente a los adolescentes provenientes de un Centro de Acogida Residencial.

BLOQUE 1 Conocimiento sobre menores en situación de desprotección

- Pregunta 1

¿En el trabajo cotidiano en su CSMC, le ha tocado como usuario/paciente algún niño/adolescente en situación de abandono (desprotección) proveniente de un CAR (albergue)?

Sí doctor, sí he trabajado con adolescentes (de albergue)

- Pregunta 2

¿Cómo ha sido su experiencia personal en el trabajo con esta población?

Bueno, los casos más difíciles que he tenido han sido adolescentes hombres, víctimas de violación, igual que adolescentes niñas también víctimas de violación, también maltrato físico y psicológico. La mayoría ha sido ejercida por sus padres y tengo, bueno, en la aldea yo he trabajado anteriormente también en la aldea dos años, por eso los conozco a casi todos, sí Dr. he trabajado con ellos y tenemos un caso, por ejemplo, de un niño que está pues ahorita con autismo pero ha desarrollado también micro síntomas psicóticos.

Eso también ha tenido. Tenemos una adolescente que ha tenido depresión mayor. Entonces, si han sido varios adolescentes con los que he trabajado y hasta el día de hoy sigo trabajando con ellos.

- Pregunta 3

¿Qué problemas/trastornos identifica en los adolescentes que provienen de los CAR?

En la mayoría tienen trastornos depresivos, tienen lo que son bajo control de impulsos, baja autoestima, hay trastornos de conducta. Incluso había un adolescente que ya ahora está mucho más controlado que trabaja también con el psiquiatra, que casi nos incendia la aldea, sí tenía fuertes problemas, él ya venía de varios albergues, incluso había estado en una aldea en Lima, en Arequipa, y termina en Andahuaylas y continúa aquí.

- Pregunta 4

¿Cómo se ha sentido atendiendo a estos menores?

Bueno, bien, porque creo que son una población, muy aparte de que desde la universidad me he especializado en niños y adolescentes, es una población bastante desprotegida, bastante abandonada y poder, pues, sumar de repente a ayudarlos a ellos, a poder trabajar con ellos. La mayoría presenta carencia afectiva, entonces, claro que, por un lado, también la parte emocional de uno mismo, ahí al inicio, cuando ingresé a la aldea pues se sentía, pero poco a poco hemos podido ir trabajando y prácticamente, hemos llegado a tener buenas alianzas con ellos, entonces yo creo que, es una bonita experiencia estar en la aldea.

BLOQUE 2 Conocimiento sobre los Centros de Atención Residencial (CAR) (albergues)

- Pregunta 5

En la jurisdicción de su Centro de Salud Mental Comunitario, ¿conoce de la existencia de albergues para niños y adolescentes? ¿Cuántos existen en su jurisdicción, con cuantos ha tenido contacto?

Bueno, uno está pagado por el Estado, que es la aldea infantil Virgen de Cocharcas, que es en Andahuaylas mismo, y el otro es un pequeño, no sé si llamarlo aldea porque es pagado por la Iglesia Católica, que ellos también reciben niños víctimas de violencia y abandono, pero el procedimiento es distinto entonces, pero si tengo el conocimiento que existe. Nosotros hemos hecho un intercambio de actividades con mis niños, con los niños de allá, y claro, por ser una entidad privada, pues ellos tienen mucho mas espacio, actividades, beneficios. Nosotros con el trabajador social de la aldea en ese momento hemos armado un grupo de adolescentes, que se han trasladado hasta este albergue donde han podido compartir una semana de repente, claro, se le lleva todos los días, que han sido deportes, han sido charlas porque han venido personal de otro de otro país, han venido, psicólogos de otro país donde les han dado charlas, les han dado actividades recreativas y al igual forma, estos niños han venido nuestra aldea y también se ha dado esto de las actividades, han hecho como un compartir porque dentro de la aldea nosotros hemos formado un grupo, que son niños con talento, entonces ellos bailan, actúan y esas cosas los han compartido entre ellos y han generado un intercambio: Los niños de la aldea con los niños del albergue privado cristiano.

- Pregunta 6

¿Qué características tienen los CAR con los que ha tenido contacto (nombre, gestión pública o privada, localización, distancia al CSMC (en tiempo)?

Bueno, en el Comunitario donde estoy actualmente a la aldea son aproximadamente unos veinte minutos en auto, y está localizado en la misma ciudad de Andahuaylas, no está alejado de la población. Ahora el otro albergue es de entidad pública, lo lleva la Gerencia Subregional Chanca de aquí, de Andahuaylas, y el privado sí me parece que como es una unidad cristiana, ellos sí están a media hora de un Comunitario, pero también están cerca a los otros comunitarios que hay en San Jerónimo así que para ellos está mucho más cerca. Pero ellos como son una entidad privada, su manejo es totalmente distinto ellos no salen a recibir tratamiento.

- Pregunta 7

¿Cómo fue el acercamiento a estas instituciones?

"Bueno, una de las dificultades, doctor, por ejemplo, que nosotros tenemos es que, me incluyo porque sigo siendo de la aldea, sigo yo en contacto todos los días, entonces el problema es que, por ejemplo, los de la aldea no tienen muchos recursos como de repente uno quisiera que ellos tengan porque hay una mala gestión ahí con los chicos. Entonces nosotros, fue el trabajador social, conocía este este albergue y se ha hecho este intercambio. Ahora con los Comunitarios, ellos reciben atenciones tanto psicológica, psiquiátrica, terapia ocupacional, terapia de lenguaje porque lamentablemente en su aldea infantil no hay psicólogo. Esa área es muy abandonada, en realidad cada tres meses viene un psicólogo luego desaparece y así, no es un contrato que está definido entonces ellos no cuentan con personal que le pueda trabajar, sólo cuentan con un trabajador social actualmente y personal administrativo que reparte los alimentos, pero no tiene personal de salud de atención.

-¿Y el acercamiento al otro albergue privado?- Bueno, como le decía el trabajador social conocía este albergue privado. Fue él quien ideó esto de conocerlos a ellos. Por ejemplo, en la aldea infantil, en el (albergue) público se trabaja sólo con una madre cuidadora o una tía sustituta. En cambio, en estos

albergues cristianos generan la familia, entonces hay un padre y hay una madre sustituta, es un enfoque totalmente diferente, es un poco más integrado a la familia. En cambio aquí solo hay madres cuidadoras, entonces, un poco que queríamos que ellos vean también este aspecto, entonces se ha tratado de llevarlos a ellos más que todo adolescentes, porque han llegado, como le digo, profesionales de otro lugar donde eran de salud, donde les han podido revisar los dientes, la desnutrición, porque en la aldea infantil, lamentablemente, para que uno o para que ellos puedan recibir una atención de salud, sólo es cuando ellos se acercan al establecimiento y eso es hacer colas y colas para que ellos puedan tener la atención ahí."

- Pregunta 8

¿Ha tenido alguna experiencia en la coordinación directa con el personal de alguno de ellos?

Sí. Como era la única psicóloga he llegado a tener como un intercambio de experiencias y de poder también dar las dificultades al mismo gobernador de la región-Andahuaylas. Hemos estado gestionando y hoy en día ya se ha conseguido lo que ha hecho que las instalaciones sean mucho mejor para ellos, por ejemplo, antes, era en una pequeña casa con dos cuartos y camarotes. En cambio, ahora ya se está construyendo un ambiente mucho más amplio y se ha visto entonces, es por eso que en su momento también viajé al albergue de Abancay, el cual es mucho más amplio, es mucho más grande, pero ya también tienen mucha más población que la que nosotros tenemos.

BLOQUE 3 Intervenciones en salud mental en los CAR (albergues)

- Pregunta 9

¿Qué tipo de intervenciones realiza su CSMC en los adolescentes del CAR? (preventivo promocional, recuperativa, de rehabilitación)

Bueno, personalmente me he especializado en terapia cognitivo conductual. Entonces yo trabajo con esa terapia hace bastante tiempo. Dos de mis compañeras también parece que trabajan con ese enfoque. Como son niños el trabajo es bastante lúdico, con los pequeños. Y en cuanto a las terapeutas ocupacionales y de lenguaje, bueno, eso ya es de acuerdo a las dificultades que los niños puedan presentar, pero en sí el enfoque, cognitivo conductual. -¿y con los adolescentes?- Igual cognitivo conductual también, pero la mayoría, usamos, por ejemplo, hemos creado nosotros, lo que son fichas, lo que son dibujos, juegos, porque muchos de ellos, por ejemplo, no tienen mucha tolerancia a la frustración entonces desarrollamos talleres para trabajar con ellos, hacemos show de ajedrez, teatralización, diferentes actividades pero enfocados en ese enfoque terapéutico cognitivo conductual.

- Pregunta 10

¿Ha tenido contacto con el personal cuidador de los menores o de atención permanente de los CAR?

Sí, claro he tenido contacto con ellas. Ellas son las que traen a los niños normalmente al Comunitario y son de ellas que podemos adquirir mayor información.

- Pregunta 11

¿Qué problemática encuentra en el personal cuidador del CAR? ¿problemática hacia sus propios usuarios o entre ellos?

Bueno, la mayoría, presenta estrés, hasta estrés crónico y sentimientos un poco de culpa porque muchas de ellas también son madres y, aquí, en la aldea se quedan aproximadamente quince días y los otros quince días salen. Entonces me ha pasado mucho que cuando yo era la psicóloga de la aldea venían y sentían que también, de alguna otra manera, ellas estaban abandonando su familia. Entonces entraban en una situación así, de sentirse culpables, de sentirse también felices por lo que estaban con los chicos, pero la mayoría presenta estrés porque en las casas son aproximadamente doce niños los que viven con una sola madre cuidadora.

- Pregunta 12

¿Existen intervenciones dirigidas al personal cuidador que trabaja en los CAR?, ¿cuál ha sido su experiencia?

El Comunitario ha tenido, de repente ha tenido las ganas, desde el inicio, de trabajar con la aldea porque es una población que nos corresponde. Hemos hecho nosotros campañas, hemos hecho desde el Comunitario como la primera campaña que hicimos, una campaña muy grande que llevamos médico, llegamos nutricionista, odontólogos, los insertamos ahí y empezamos a hacer actividades lúdicas y con las madres trabajamos la parte del estrés, del autocuidado con ellos también, del apego porque muchos niños se llegan recién nacidos y diversos temas que nosotros podemos especificar según la sesión anterior, entonces, si abordamos con las mamás, incluso muchas de ellas vienen y también tienen de repente ansiedad, depresión, se trabaja con ellas también de manera individual y de manera grupal.

- Pregunta 13

¿Qué actitud tiene el personal de los CAR hacia las indicaciones que brinda el personal de salud del CSMC?

Siempre muy receptivas las mamás, incluso ellas son las que siempre están pidiendo mucho más información, cómo ayudo a este niño porque tiene un montón de niños con diferentes diagnósticos entonces ellas se esfuerzan, muchas de ellas son las encargadas de la medicación incluso de muchos de ellos entonces siempre están en constante aprendizaje con nosotros y siempre están buscando apoyo para ellos, son muy interesadas las mamás, que tenemos hasta ahora.

- Pregunta 14

¿Qué factores considera que limitan u obstaculizan la intervención de su CSMC en los CAR?

Por ejemplo, como nosotros contamos con una cantidad fuerte de pacientes, muchas veces, son, pues los niños del albergue, un poco que no consiguen estas citas porque ellos no vienen cada uno si no vienen en cantidad, todos vienen juntos y todos buscan fechas seguidas porque no tiene mucha..., no tienen movilidad para poder transportarse. Y lo otro sería que, de repente, nosotros no somos mucho personal, somos cuatro psicólogos y tenemos que...salimos a hacer campañas, no hay, de repente, como quisiéramos darle mucho más tiempo a las aldeas.

BLOQUE 4 Existencia de Programas de intervención

- Pregunta 15

¿Cuál es su experiencia en general en el diseño y desarrollo de programas, alguno dirigido a niños y adolescentes de repente?

Bueno, en la aldea, yo normalmente he trabajado con niños desde hace cinco años, más o menos entre niños y adolescentes. Lo que nosotros enfocamos ahorita, bueno, al menos yo en mi programa que ya tengo así como definido hace mucho tiempo son las emociones, la expresión, reconocimiento de las emociones y son ellos en qué trabajamos más con los niños pequeños porque ahorita tenemos una cantidad fuerte de niños pequeños. Normalmente llegan estos niños por problemas conductuales, emocionales y tengo el programa de ello, que se empieza con un conjunto de juegos, normalmente, por ejemplo, uno de ellos es nuestra ruleta de las emociones, luego tenemos la canasta de las emociones, son diferentes pasos que vamos empleando y luego son las propias expresiones de los niños, y lo vamos viendo por módulos, eso lo tengo más o menos hace un año y explicárselo es medio complicado porque tiene pautas diferentes y va, aproximadamente, se trabaja en tres meses. (niños de 6 a 8 años)

- Pregunta 16

¿Existe algún programa de intervención de su CSMC dirigido al CAR de su localidad? (si es NO pasar a la pregunta 18)

Sí Dr., bajo mi área yo soy la única, y yo sí he creado este programa que le digo para los niños. En adolescentes todavía no he estado realizando un poco porque la problemática de ellos es diversa, sin embargo, se trata de buscar, lo que son el trabajo y el reconocimiento de las emociones adecuadas.

- Pregunta 17

En caso haya diseñado programas en su CSMC, ¿quedan documentados en papel impreso u otros medios?"

Sí, en papel impreso, son documentos bajo acta.

- Pregunta 18

¿Qué inconvenientes ha tenido al momento de querer elaborar o intentar diseñar programas en su CSMC dirigidos al CAR?

Bueno, problemas, dificultades quizás porque creo que yo soy la única de niños y adolescentes y no muchos están interesados en estar o se les hace muy difícil a mis colegas trabajar con este grupo etario, entonces, quizás la falta de apoyo de mis compañeros, que no hay mucho interés en esta área. (Los programas) Yo lo comparto con jefatura, reconoce el programa, lo evalúa si es viable para aplicarlo, se aplican, no sólo con aldea sino también con los niños cuando nosotros hacemos lo que son terapias grupales en niños y adolescentes.

- Pregunta 19

(En caso la pregunta 16 sea afirmativa, sino pasar a la pregunta 20) ¿Qué inconvenientes ha tenido en la ejecución de programas de su CSMC dirigidos al CAR?

Bueno, en la ejecución muchas veces es el tiempo, el tiempo en la coordinación de poder uno ir a la aldea porque ellos no son los que vienen sería bien difícil, entonces el tiempo, más que todo, es un factor limitante, porque a veces ellos tienen clases en las mañanas, algunas veces en las tardes, entonces, juntar ese grupo nos denota, por ejemplo, un domingo, muchas veces un domingo uno no

puede, entonces más es por el tiempo.

- Pregunta 20

¿Cómo piensa que podría mejorar el diseño de programas de su CSMC dirigidos a los CAR?

Bueno, yo creo que el programa que nosotros hemos podido elaborar necesita ser mucho más reforzado, necesitamos ver otras problemáticas, ya que uno de los factores que de repente sucede más es lo que es la violencia. Entonces, siento que de repente el personal debería un poco más, quizás comprometerse en la creación de programas para ellos.