

Después del manicomio: La transición hacia la salud mental comunitaria en el Perú (1980-2022)

Julio Villa-Palomino

 <https://orcid.org/0000-0001-6449-1329>.

University of Michigan, Estados Unidos

juliovp@gmail.com

Alexandra Hiromi Shimabukuro Higa

 <https://orcid.org/0009-0004-3838-2099>

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

alexandra.shimabukuro@gmail.com

Guillermo Percy Cornejo Rossello

 <https://orcid.org/0009-0009-0963-6201>

La Casa de la Familia, Perú

gcornejorossello@gmail.com

RESUMEN

Este artículo explora la transición hacia la salud mental comunitaria en el Perú desde 1980 hasta el 2022. Usando una aproximación desde la antropología médica y ciencias sociales afines, argumentamos que la reforma en salud mental comunitaria en el Perú ha sido influenciada y modelada por múltiples procesos sociohistóricos y políticos como el periodo de conflicto armado interno, crisis económicas y la adopción de políticas neoliberales. Esta investigación se basa en un análisis de los diferentes lineamientos, reportes y normas técnicas referidas a la salud mental, observación participante en un Centro de Salud Mental Comunitario y con residentes de un distrito de Lima Metropolitana, y entrevistas con ciudadanos y proveedores de salud. El análisis de los lineamientos evidencia los distintos procesos sociohistóricos que influyen sobre las políticas de salud mental en el país. Los hallazgos etnográficos complican las distintas percepciones que tienen los ciudadanos del modelo de salud mental comunitaria y el proceso de desinstitucionalización. Ahora que el cuidado de la salud mental se realiza en la comunidad, nuestro análisis etnográfico señala los cambios en las distintas nociones que se tienen sobre locura, cuidado y salud y enfermedad



mental. La reforma en salud mental también genera oportunidades, como el activismo en salud mental y la potencial inclusión de actores comunitarios, así como de personas con problemas de salud mental en la elaboración de sus diagnósticos y sus tratamientos.

Palabras clave: *Salud Mental, Salud Mental Comunitaria, Reforma de Salud, Cuidado, Perú*

After the Asylum: Peru's Transition Towards Community Mental Health (1980-2022)

ABSTRACT

This article explores Peru's transition towards community mental health from 1980 to 2022. Using an approach from medical anthropology and related social sciences, we argue that the community mental health reform in Peru has been influenced and shaped by multiple sociohistorical and political processes such as the period of internal armed conflict, economic crises, and the adoption of neoliberal policies. This article is based on an analysis of the national guidelines and reports related to mental health, participant observation in a Community Mental Health Center and with residents of a district of Lima, and interviews with citizens, health providers, and mental health activists. The analysis of the national mental health guidelines shows how sociohistorical processes influence mental health policies. The ethnographic work complicates citizens' varying perceptions of the community mental health model and the process of psychiatric deinstitutionalization. Now that mental health care takes place in the community, our ethnographic analysis points to changes in different notions of madness, care, and mental health and illness. The mental health reform also generates opportunities, such as mental health activism and the potential inclusion of community actors, as well as the inclusion of people with mental health problems in the elaboration of their diagnoses and treatments.

Keywords: *Mental Health, Community Mental Health, Health Reform, Care, Peru*

INTRODUCCIÓN

A mediados del año 2022, empezaron a aparecer videos en distintas redes sociales con testimonios de personas que señalaban haber estado institucionalizadas en una clínica privada ubicada en Lima Metropolitana. Los videos mostraban testimonios de personas que decían haber «escapado» de dicha clínica y llamaban a la acción a las autoridades de salud y medios de comunicación para que se realizaran los debidos procesos de fiscalización. Los desgarradores y aterradores testimonios ilustraban cómo se abordaba el tratamiento de salud mental de personas con complicaciones en sus conductas alimenticias. Días después de la aparición de los videos, la prensa y los medios de comunicación empezaron a cubrir la noticia. Se emitieron reportajes periodísticos en programas dominicales, presentadores de TV discutieron sobre el estado de la salud mental en el país y se entrevistaron profesionales de salud. En un programa de televisión¹, una de las personas encargadas de dicha clínica intentó justificar los «tratamientos» a los que eran sometidas las personas institucionalizadas, como prohibir la comunicación entre usuarios² o arrojarles a una piscina sin la menor justificación. Una vez que el caso dejó de generar revuelo, el interés por la salud mental desapareció de la discusión pública.

Lamentablemente, son frecuentes las denuncias contra instituciones como dicha «clínica». En el Perú, la discusión sobre el grave estado de la salud mental colectiva usualmente surge cuando se presenta un caso de suicidio, cuando se hacen públicos casos de maltrato y negligencia ya sea en establecimientos privados u hospitales psiquiátricos (Defensoría del Pueblo, 2005; «Estuve Secuestrado Por Orden de Mi Padre», 2021; «Mujer denuncia haber recibido maltrato físico...»),

¹ Punto Final, programa periodístico emitido por Latina Televisión el 20 de junio del año 2022.

² En ese artículo se entiende por usuarios a todas las personas que acceden a los servicios de salud mental públicos o privados, quienes acuden por distintas motivaciones (personales, administrativas y legales) y formas. De igual forma, su motivo de consulta no se encasilla solo en liberar la angustia o el autoconocimiento, sino en que puede variar de caso a caso.

2021), o cuando algún «centro de rehabilitación» clandestino es consumido por un incendio y los usuarios que se atienden en estos servicios son los más afectados (Pérez, 2013). La pandemia por el COVID-19 ha influido en poner la salud mental como una prioridad en las políticas públicas del país debido a las continuas denuncias de vulneración de derechos de personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos (Defensoría del Pueblo, 2018, 2020; Díaz Pimentel, 2021), el incremento en ansiedad y depresión (Antiporta *et al.*, 2021; Cusihuaman-Lope *et al.*, 2023; Velázquez & Rivera-Holguín, 2020), violencia de género (Agüero, 2021), y salud mental de jóvenes y universitarios (Cassaretto *et al.*, 2021).

Las denuncias realizadas por activistas, periodistas y usuarios de servicios de salud mental hacen eco de las críticas realizadas por la Defensoría del Pueblo en sus informes sobre el estado de la salud mental en el país y el respeto a los derechos humanos y dignidad de las personas institucionalizadas. Por ejemplo, estos informes han registrado y llamado la atención sobre prácticas de encierro continuo, negligencia y vulneración de la libertad de personas en hospitales psiquiátricos (Defensoría del Pueblo, 2005, 2009, 2018). Los informes complementan la información recogida por los diversos informes epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental del Perú³ y concluyen señalando la necesidad de una reforma del sistema de salud mental.

En este artículo revisamos y analizamos la transición hacia el modelo de salud mental comunitaria en el Perú. Esta reforma propone la democratización y descentralización de servicios de salud mental. Así, el tratamiento se brinda en los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), la comunidad y los hogares protegidos⁴. Esta transición ha implicado también el proceso de desinstitucionalización de personas que han pasado años en hospitales psiquiátricos, así como la construcción de CSMC y hogares y residencias protegidas. La presencia de estas «infraestructuras intermedias» (Herrera-Lopez *et al.*, 2018, p. 2) así como la presencia de trabajadores comunitarios en el espacio público evidencia también la proximidad hacia personas con problemas de salud mental o desinstitucionalizadas, lo que es recibido con cierto grado de estigmatización y marginalización en la comunidad y los espacios públicos.

El análisis del modelo comunitario desde las ciencias sociales ayuda a contribuir en las discusiones de otras disciplinas, como la psicología comunitaria, la psiquiatría, la epidemiología y la salud pública. Un análisis desde la antropología

³ Pueden consultarse aquí <https://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>

⁴ Esto no implica, sin embargo, que se deje de brindar atención en los hospitales psiquiátricos.

médica y disciplinas afines ayuda a explorar a detalle múltiples y complejos fenómenos: los determinantes sociales de la salud y la salud mental, las tensiones en la elaboración de un plan nacional de salud mental y la ley de salud mental, la importancia que adquieren profesionales en enfermería y trabajo social en el modelo comunitario, la reproducción y circulación de categorías psiquiátricas en la comunidad, el rol de los vecinos en el cuidado comunitario, así como el rol de los usuarios de salud mental en la elaboración de sus propios tratamientos y planes de cuidado.

Este artículo empieza con una revisión y discusión de la literatura en cuanto al lugar de la locura, la enfermedad mental, y el hospital psiquiátrico a escala global y local. Nos enfocamos en resaltar las principales dinámicas y posiciones éticas en cuanto al tratamiento de personas con problemas de salud mental, así como en los problemas que ha conllevado la transición hacia un modelo comunitario en Lima. Seguidamente, presentamos nuestro análisis del recorrido hacia la reforma en salud mental, y la elaboración de los planes y lineamientos nacionales. Iluminamos algunas contradicciones —o consecuencias no deseadas— de la reforma basándonos en observación participante y entrevistas realizadas con usuarios y vecinos en un distrito de Lima Norte⁵. Luego, iluminamos algunas de las potencialidades que trae la reforma en salud mental en el Perú, haciendo énfasis en el rol de los usuarios de salud mental en su propio tratamiento y el papel que cumple el activismo en salud mental. Finalmente, ofrecemos una discusión de nuestros hallazgos.

1. «UNA DESTRUCCIÓN PARCIAL»: LOCURA, CONFINAMIENTO, HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

La modernidad ha implicado una forma de gobierno de los cuerpos y las subjetividades que traza una división entre lo normal y lo patológico (Canguilhem, 1978; Foucault, 1965, 2003). Esta división poco tiene que ver con lo que vendría a llamarse «salud», sino más bien con criterios de producción y productividad en un capitalismo emergente, así como con nociones de conductas deseadas y conductas desviadas. El análisis sociohistórico ofrecido por Foucault (1965) explora el «gran confinamiento» de personas consideradas como locas, improductivas o indeseables en 1695 en el Hospital General de Francia. Foucault también resalta

⁵ Esta zona comprende los distritos de Santa Rosa, Ancón, Comas, Carabayllo, Puente Piedra, Independencia, Los Olivos y San Martín de Porres.

la importancia del confinamiento de la locura con fines múltiples. Por ejemplo, el autor indica que el confinamiento es tanto un asunto de seguridad, de interés policial, así como una política pública. Así, el Hospital General se convierte en un lugar donde se castiga la transgresión y se suministra moralidad; donde «las leyes del Estado y las leyes del corazón se vuelven idénticas» (1965, p. 61; traducción propia). La cura —en el análisis Foucaultiano— consiste en una serie de «destrucciones parciales» (1965, p. 178) tanto del cuerpo como de la subjetividad.

Exploraciones y teorizaciones de la vida cotidiana dentro de hospitales psiquiátricos usualmente señalan que estos son considerados como «instituciones totales» (Goffman, 1972). El sociólogo Erving Goffman define las instituciones totales como «un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, asilados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (1972, p. 13). Sin embargo, diversas investigaciones han desafiado esta caracterización y han evidenciado distintos niveles de comunicación y porosidad entre las fronteras del hospital psiquiátrico y la comunidad (Reyes-Foster, 2018; Rhodes, 1991). Ha sido crucial el trabajo de historiadores para evidenciar la flexibilidad de las fronteras entre hospital y comunidad (Lambe, 2017; Grob, 1991). Por ejemplo, el trabajo de archivo —especialmente de cartas enviadas por personas institucionalizadas a sus familias— conducido por Claire Edington (2019) en un hospital psiquiátrico en Vietnam evidencia que la institución no es tan total como parece, sino que más bien permite distintos niveles de comunicación entre los usuarios y sus familias.

El hospital psiquiátrico y sus dinámicas internas también han sido criticadas por proveedores de salud. El psiquiatra italiano Franco Basaglia (1972, 2000) ha criticado duramente el hospital psiquiátrico dado que no es un lugar donde se cura, sino donde se violenta y se tiene en cautiverio a las personas. Basaglia ha llamado múltiples veces a la «destrucción» del hospital psiquiátrico y a la reformulación de la psiquiatría como una disciplina que debe abandonar las categorías diagnósticas y enfocarse más en la humanidad y dignidad de las personas institucionalizadas (Basaglia, 1972; Colucci & Di Vittorio, 2006; Portacolone *et al.*, 2015). Uniéndose a la posición de Basaglia, y haciendo eco de las propuestas del movimiento «antipsiquiátrico» (Scheff, 1984; Szasz, 1974), el psiquiatra italiano Franco Rotelli hacía un llamado al abandono del hospital psiquiátrico. Asimismo, promueve el énfasis del «valor terapéutico de la libertad» (Rotelli, 2015, p. 24) que permite el proceso de desinstitucionalización y la instauración de la salud mental comunitaria.

En 1963, luego de años de presión, el presidente de Estados Unidos —John F. Kennedy— firmó un acta histórica para la construcción y creación de Centros de Salud Mental Comunitarios en todo Estados Unidos (Grob, 1991). La transición hacia el tratamiento de la salud mental en la comunidad fue recibida con entusiasmo y miedo por parte de los vecinos. Científicos sociales que han analizado el planeamiento y ejecución de la transición hacia la salud mental comunitaria en Estados Unidos han descrito el proceso como una transferencia de cuidados del Estado hacia los miembros de la comunidad (Brown, 1985). También se ha señalado que la salud mental comunitaria tiene más que ver con motivos económicos que con el respeto a los derechos humanos (Bachrach, 1983). Un análisis crítico de la transición hacia la salud mental comunitaria ha señalado que esta reforma ha generado más problemas de los que ha resuelto, especialmente ligados al incremento de personas que viven en situación de calle (Desjarlais, 1997; Hopper, 2003; Lovell, 1997). Asimismo, la salud mental comunitaria usualmente requiere que las personas con problemas de salud mental sigan las expectativas que se tiene de ellas —es decir, performar como «locos»— para poder seguir navegando la provisión de cuidados en los centros comunitarios (Estroff, 1981). Investigaciones sobre distintos programas comunitarios en Estados Unidos han demostrado que los clientes tienen dificultad en navegar el nuevo sistema de cuidados, además de resaltar el rol que tienen los trabajadores comunitarios como extensiones del psiquiatra (Brodwin, 2013). Investigaciones en centros comunitarios también problematizan la noción de «recuperación» y señalan un incremento en la vigilancia y supervisión de las personas con problemas de salud mental y de las decisiones que toman (Myers, 2015).

En Brasil, el proceso de desinstitucionalización ha llevado a que se produzcan zonas de abandono social (Biehl, 2005) donde las personas son consideradas como «exhumanos». En China, el modelo comunitario se intersecta con un modelo de gobernanza de las familias donde lo importante es confinar a las personas con problemas de salud mental en casa (Guan *et al.*, 2015; Ma, 2020; Zhu *et al.*, 2018). Elizabeth Davis (2012) ha demostrado para el caso de Grecia cómo la reforma en salud mental está estrechamente ligada a cambios económicos y proyectos de neoliberalización que influyen en la elaboración de los lineamientos nacionales y en las relaciones entre médicos y usuarios. Saiba Varma (2016) reflexiona sobre el proceso de modernización de la psiquiatría en India, así como su intersección con proyectos de desarrollo y salud mental global. Varma señala que la modernización de la psiquiatría y salud mental comunitaria tiene que ver con proyectos neoliberales donde el Estado se aleja y le asigna las responsabilidades de cuidado

a los residentes y familiares. La reforma en salud mental de España ha sido criticada por autoridades estatales y civiles, así como por los mismos psiquiatras. Para el psiquiatra español Manuel Desviat (2020a; 2020b) es necesario «reformar la reforma» ya que no ha cumplido con los objetivos inicialmente planteados. Desviat señala que no existe credibilidad en la reforma de salud mental, y no se prepara a los usuarios desinstitucionalizados para su reinserción en la comunidad (2020b, p. 146). Una revisión de la reforma es esencial para que ésta deje de ser una «transición pactada» con el poder psiquiátrico (2020b, p. 95). El confinamiento de usuarios con problemas de adicciones en instituciones psiquiátricas o clínicas privadas ha sido explorado por diversos autores que enfatizan la violencia ejercida en esos lugares (García, 2015), así como el rol que juega la religión en los tratamientos brindados en dichas clínicas (Seward Delaporte, 2018; O'Neill, 2019).

En América Latina, los casos de Argentina y Uruguay son paradigmáticos. En Río Negro, Argentina, se confrontó el rol de los manicomios, hospitales psiquiátricos, neuropsiquiátricos y cualquier otro equivalente (Maldonado & Semprini, 2019). Se reconoció que la respuesta a las problemáticas de salud mental podría estar en la creación de dispositivos comunitarios que fomenten la reinserción en las comunidades, y se implementaron grupos interdisciplinarios en la atención con un territorio de acción ampliado (Wei, 2018). El gran desafío para Argentina sigue siendo «la demanda social del encierro» de personas con problemas de salud mental (Cohen & Natella, 2013, p. 161). En Uruguay se ha establecido el año 2025 como la fecha límite para el funcionamiento de los establecimientos asilares. Así, el país ha tenido que diseñar estructuras alternativas para modificar la atención y contención de los usuarios que desean ser atendidos, como para aquellos que han pasado por internamientos prolongados.

En el Perú, el hospital psiquiátrico fue pensado como un dispositivo para la contención de la locura y otras conductas consideradas como desviadas. Como infraestructura y supuesto lugar de cuidado de personas con problemas de salud mental, el hospital psiquiátrico está relacionado con un proyecto de modernidad en el país (Ruiz Zevallos, 1994; Stucchi Portocarrero, 2012), o como señala Ríos Molina (2023), de «modernidad postergada», es decir «un proyecto magno y revolucionario que se fue transformando poco a poco hasta quedar reducido a un modesto asilo muy alejado del proyecto inicial por la falta de recursos» (2023, p. 21). Una revisión a la historia de la salud mental en el Perú evidencia que existían ciertas nociones que podrían estar relacionada a lo que hoy en día se conoce como locura, malestar subjetivo o enfermedad mental. Por ejemplo, como señalan Bustamante Quiroz y colaboradores, «en el vocablo quechua *upa*

y sus derivados eran usados para definir estados diversos de inferioridad mental...y el vocablo *utik* fue utilizado para designar estados mentales adquiridos» (2009, p. 29). La exploración de la historia de la psiquiatría peruana (Valdivia Ponce, 1964) también señala el interés por ubicar y explorar conductas consideradas como desviadas durante la colonia, como lo hace Hermilio Valdizán (1988). Además, para algunos psiquiatras existe una estrecha relación entre enfermedad mental, gobierno y problemas sociales (Caravedo & Caravedo, 1945). Hubo también intentos por integrar saberes andinos y amazónicos con la psiquiatría, como los casos de la incorporación de medicina andina (Cáceres, 1988) o de la psiquiatría folklórica (Seguín, 1979).

La necesidad de atender mejor la salud mental de los peruanos ha sido un llamado constante de quienes han explorado las consecuencias psicosociales de las diversas crisis por las que ha pasado el país: el periodo de conflicto armado interno, la hiperinflación económica, la dictadura del expresidente Alberto Fujimori y las medidas económicas neoliberales que han aumentado la desigualdad. Particularmente, las consecuencias del conflicto armado interno han llamado a una mejor atención en la salud mental para las comunidades involucradas (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2005; Theidon & del Pino, 1997), y mujeres víctimas de violencia (Castellon *et al.*, 2005; Franco Valdivia, 2013; Velázquez, 2007). En los últimos veinte años, el trabajo de activistas, periodistas, proveedores de salud y científicos sociales han llamado a la reforma de la salud mental en el Perú. Los Informes Defensoriales (2005, 2009) urgen a un cambio de modelo. Asimismo, el trabajo del antropólogo Juan Claux (2018) en un hospital psiquiátrico señala que los mismos profesionales perciben la necesidad de una reforma de la salud mental, pero no existen los recursos necesarios. Diversos trabajos elaborados desde las ciencias sociales ayudan a resaltar las experiencias por las que pasan las personas usuarias de servicios de salud mental (Gamboa Gálvez, 2021; Espinosa Landaure, 2023), sus cuidadores (Villa-Palomino, 2024), así como la importancia de grupos de acogimiento y apoyo mutuo (Castillo-Martell *et al.*, 2021; Rivera Roca, 2021).

2. EL CAMINO DE LA REFORMA EN EL PERÚ

Las múltiples denuncias en cuanto a la atención dentro de los hospitales psiquiátricos y a las diversas «clínicas» privadas y «centros de rehabilitación» fueron parte de un movimiento por reformar la salud mental en el país. Luego de la clausura, en el año 2015, del Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos una

nota de prensa indicaba que «el sistema manicomial es cosa del pasado» (Instituto Nacional de Salud Mental del Perú, 2015). Así, se aprueba la normativa para la creación de los Centros de Salud Mental Comunitarios en el país para empezar con la transición hacia un nuevo modelo de atención a la salud mental. La reforma ha implicado también el proceso de desinstitucionalización de personas previamente internadas en hospitales psiquiátricos. La reforma es concebida como una serie de dispositivos alternativos de atención ambulatoria y programas que facilitan la participación de las comunidades en los planes de salud mental. Además, la desinstitucionalización propone crear nuevas políticas que otorguen agencia, dignidad y la posibilidad de llevar un tratamiento ambulatorio o de muy breve internamiento (Defensoría del Pueblo, 2018; Zito Lema *et al.*, 2008).

Con la elaboración y aprobación en 2019 de la Ley de Salud Mental (Congreso de la República del Perú, 2019) se delinearon y legislaron los cambios a la previa Ley General de Salud. Se tiene pues la convivencia de un modelo híbrido, compuesto por el modelo manicomial, el modelo terapéutico farmacológico y el modelo comunitario. La Ley de Salud Mental exige la creación de comités de desinstitucionalización en los hospitales psiquiátricos; sin embargo, son muy pocos los comités que realizan el trabajo de identificar a las personas a ser desinstitucionalizadas e incluso las personas que trabajan en los hospitales psiquiátricos desconocen la existencia de dichos comités (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 119).

La reforma en salud mental no solo tiene que ver con las denuncias y quejas por parte de usuarios, familiares, proveedores de salud y sociedad civil en general, sino también con múltiples y complejos procesos económicos y políticos. Las políticas neoliberales y la privatización de la atención en salud y salud mental han influido lentamente en la necesidad de una reforma. Por ejemplo, Arroyo (2000) ha señalado que, durante los años noventa, la población con mayores recursos económicos aumentó su atención en los hospitales públicos; en contraparte, la población con menores ingresos disminuyó su atención durante los años 1988, 1992 y 1997. Otras investigaciones han argumentado que durante la década de 1990 los hospitales se convirtieron en entidades semiprivadas (Ewig, 2010; Palma, 2019; Petrerá *et al.*, 1993). Planes Nacionales de Salud Mental previos en el país, como el de 1991, identificaron que la precariedad del área de salud mental se basaba en los reducidos recursos financieros y humanos. Si bien el Plan Nacional de Salud Mental constituyó un avance, presentó objetivos complejos de alcanzar, dado el precario estado de la salud pública peruana donde, por ejemplo, el Ministerio de Salud destinaba el 0,28 % del presupuesto de salud al ámbito de salud mental. Por ello, cuando se instalaron las medidas neoliberales fue incluso

más complicado poder alcanzar los objetivos propuestos, puesto disminuyeron la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud mental. Este contexto afectó no solo el programa de salud mental, sino también el panorama del acceso a la salud en general (Palma, 2019).

Pero la transición hacia la salud mental comunitaria ha implicado a más actores que solo los estatales. Sociedad civil e investigadores han articulado esfuerzos para informar las políticas públicas hacia un modelo comunitario en el Perú teniendo en cuenta que la pobreza, desigualdad y el centralismo son obstáculos perennes en diversos ámbitos sociales (Velázquez *et al.*, 2017). El trabajo de diversos profesionales, académicos e investigadores con una visión comunitaria ayudan a brindar acompañamiento a personas víctimas de la violencia política (Castellon *et al.*, 2005; Franco Valdivia, 2013; Velázquez, 2007). Tesania Velázquez y Evelyn Seminario (2017) han propuesto que tanto el reconocimiento como la diferencia sean conceptos fundamentales para implementar las intervenciones y la mirada comunitaria en distintos centros poblados del país. El reconocimiento de las vivencias de los ciudadanos que fueron violentados y el reconocimiento político y social a partir de la identidad propia son cruciales para el autoconocimiento y la definición de la identidad en la comunidad. Procesos políticos y económicos como la pobreza y la precariedad afectan la salud mental, particularmente los diagnósticos de depresión (Barrantes & Clausen, 2022) y restringen el acceso a tiempo a consultas sobre malestar subjetivo (Caballero, 2022).

El presente artículo es parte de un estudio etnográfico más amplio sobre el impacto de la reforma en salud mental comunitaria en un distrito de Lima⁶. La sección etnográfica de este artículo⁷ es resultado de 18 meses de observación participante realizada en un distrito de Lima Norte durante los años 2021 y 2022. Los hallazgos etnográficos también son informados por visitas preliminares realizadas —aproximadamente 3 meses por año— durante los años 2018, 2019 y 2020. Todas las personas fueron informadas de los objetivos del estudio y dieron su consentimiento para participar. Usuarios de servicios de salud mental, familiares cuidadores y vecinos formaron parte del estudio. Trabajadores, profesionales de salud mental y proveedores de salud de un CSMC del área mencionada también dieron autorización y consentimiento para participar. Mediante la observación participante, entrevistas (estructuradas o semiestructuradas) y conversaciones, se

⁶ El estudio ha recibido financiamiento de las siguientes organizaciones: National Science Foundation (Award #2116127), Wenner-Gren Foundation y The University of North Carolina-Chapel Hill, Institute for the Study of the Americas.

⁷ Especialmente la sección «Salud y Enfermedad Mental en un Distrito de Lima».

pudo indagar percepciones, dudas y temores en cuanto a los efectos de la reforma en salud mental comunitaria. Además, se analizó el contenido y se realizaron entrevistas a usuarios activistas en salud mental que se dedicaban a generar y compartir contenido en redes sociales orientado a experiencias y críticas sobre la reforma. Los activistas entrevistados cuentan con un diagnóstico de salud mental y tienen un rol activo tanto en la esfera pública como en redes sociales.

3. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL EN UN DISTRITO DE LIMA

La discusión sobre el modelo comunitario se ha centrado en la asignación de un presupuesto específicamente para salud mental, así como el número de centros comunitarios, residencias protegidas y hogares protegidos que deben ser construidos para alcanzar distintas métricas de desarrollo (Banco Mundial, 2018; Gobierno del Perú, 2018; Ministerio de Salud del Perú, 2020; Miranda *et al.*, 2017; Toyama *et al.*, 2017). Sin embargo, la experiencia en la vida cotidiana de los usuarios, sus familiares, sus cuidadores y de los miembros de la comunidad en general no han sido lo suficientemente analizados. Por ejemplo, una de las principales preguntas de los vecinos colindantes al Centro Comunitario estudiado es «¿por qué se ha ubicado un Centro *precisamente* ahí?». Existe cierta reticencia no solo a estar próximo a un Centro Comunitario, sino también ansiedad por no saber identificar quién tiene problemas de salud mental y quién no, ya que el modelo comunitario se encarga de brindar atención en los Centros y en la comunidad con la ayuda de trabajadores comunitarios. La presencia de esta ambigüedad hace que una gran mayoría de los vecinos se supervisen constantemente y contribuye a la sensación de ser supervisados por los demás, sensación que no es nueva ya que muchas universidades internacionales y ONGs realizan actividades en Lima Norte durante décadas (Robillard, 2010). Se podría decir que Lima Norte es una zona experimental para múltiples proyectos de políticas públicas nacionales, así como estudios internacionales especialmente en cuanto a VIH y tuberculosis. Como señalan Petryna (2009) y Han (2012) estos legados de intervención y experimentación también afectan las subjetividades y comportamientos de los residentes.

Una gran mayoría de los vecinos en este estudio señala que, si bien aprecian la iniciativa de la reforma en salud mental, su comunidad no necesita Centros Comunitarios, sino *más* hospitales psiquiátricos. Esto, debido al saber compartido de que muchas de las familias que cuidan a alguien con un problema severo de salud mental usualmente no tienen el tiempo, ni el dinero, ni la energía para poder realizar todas las actividades que implica el cuidado. Una anécdota que

nos contó una autoridad de salud mental fue que los miembros de un distrito alejados protestaron ante la inauguración de un Centro Comunitario. Esta autoridad mencionó que «[los vecinos] pensaron que era un centro de salud *normal*, pero cuando vieron *salud mental*, ahí empezaron las quejas» (comunicación personal, 3 de junio de 2019). Para dicha autoridad esto solo fue una confusión y falla en los mecanismos institucionales de comunicación. Los vecinos que viven cerca al Centro Comunitario estudiado señalaron que pueden funcionar en otros distritos «más acomodados», pero no en su distrito con marcados índices de pobreza, desempleo, y criminalidad.

Problemas de larga data, como el de la violencia de género, son traducidos y tratados ahora como si fuesen problemas de salud mental. Una trabajadora social nos comentó que no entendía muy bien por qué venían varios hombres perpetradores de violencia de género a tratar sus actitudes y prácticas machistas como un problema de salud mental. Para la entrevistada existe una disonancia en intentar tratar desde el Estado el problema de la violencia, machismo, e impunidad como un problema de salud mental, y en consecuencia mandar a perpetradores a recibir tratamientos. Si bien muchos hombres perpetradores de violencia son mandados por jueces a llevar sesiones «reeducativas», se ha demostrado que muchos no toman estas sesiones como una oportunidad, sino más bien como un castigo (Valverde Rodríguez, 2020). Así, las nociones de «locura» y enfermedad mental influyen las dinámicas de la vida cotidiana y modifican las fronteras entre lo que es enfermedad mental y lo que es un problema social. La violencia de género no es el único problema que es conceptualizado como problema de salud mental. Los ciudadanos del distrito se preguntan si otros problemas que aquejan el país pueden ser concebidos como «locura», por ejemplo los casos de corrupción política que, para un vecino con el que conversamos, no solo indica falta de fiscalización y ética, sino que también él percibe como un modo de enfermedad mental.

Las nociones de «locura» y enfermedad mental son parte de las conversaciones cotidianas de los vecinos del distrito y también circulan las categorías diagnósticas de salud mental, como depresión, ansiedad, y trauma. Usuarios de salud mental, así como sus familiares y cuidadores, reciben y reproducen distintas categorías diagnósticas que les son señaladas por proveedores de salud, especialmente psiquiatras y psicólogos. Pudimos observar y registrar que una cantidad considerable de personas ha incluido las categorías de ansiedad, depresión y trauma en sus conversaciones cotidianas. Aunque también reconocemos que la pandemia por el COVID-19, así como su cobertura en los medios de comunicación, puede haber influido en la circulación de estas categorías. Por ejemplo, las personas con las

que conversamos señalan sentirse —e incluso *ser*— ansiosas o depresivas. Otro ejemplo es que muchos de los niños y jóvenes que acuden al Centro Comunitario lo hacen porque sus padres o familiares señalan que ellos andan muy distraídos y pueden tener un Trastorno de Atención e Hiperactividad (TDAH) para lo cual requerirían terapia y medicación. Las reformas en salud mental producen esta masificación del uso de categorías diagnósticas. Diversos estudios han señalado que nociones como ansiedad y depresión son tomadas por poblaciones para poder dar sentido a un pasado de violencia y de un presente precario o en conflicto (Behrouzan, 2016; Varma, 2020). Otros estudios etnográficos evidencian la relación entre problemas de salud mental —especialmente de ansiedad y depresión— con un rápido crecimiento económico nacional que no se ve reflejado en la vida cotidiana de los habitantes, cuyas expectativas sociales y económicas también se han elevado (Chua, 2014; Matza, 2018; Tran, 2023; Zhang, 2020).

La observación participante en el Centro Comunitario y las conversaciones con los proveedores de salud permiten iluminar problemas burocráticos y administrativos, así como constreñimientos de la propia labor en la atención en salud mental. Uno de los principales problemas que nos fueron señalados tiene que ver con la falta de espacio en el Centro Comunitario, así como con la poca promoción que se hace del Centro hacia los vecinos y la comunidad en general. Una enfermera nos comunicó que muchas personas siguen yendo a un hospital cercano por problemas de salud mental y cuando son derivadas al Centro Comunitario los usuarios señalan no haber sabido de su existencia. El tiempo asignado para las consultas es corto. Por ejemplo, un proveedor de salud nos comentó que desearía poder brindar mayor tiempo en sus consultas, pero esto no es posible dado que le faltaría tiempo para atender a todos los usuarios en el día de trabajo.

La falta de personal y de tiempo para las consultas no son algo que solo sucede en el Perú. Ya otras investigaciones han analizado el problema de los recursos humanos para las atenciones en salud mental (Cavero *et al.*, 2018; Miranda *et al.*, 2017; Toyama *et al.*, 2017; Varma, 2016), y Juan Claux (2018) ha señalado que en el hospital psiquiátrico peruano donde realizó su trabajo de investigación solo se contaba con siete trabajadores sociales. El poco tiempo dedicado para las consultas podría también tener una repercusión en la explicación de diagnósticos de salud mental, la importancia de la terapia, la explicación del uso de la medicación, e incluso la potencialidad de poder obviar el consentimiento informado por parte de los usuarios.

Finalmente, aproximadamente la mitad de las personas entrevistadas señalan abiertamente no asistir a los Centros Comunitarios ni llevar a sus familiares por

diversos motivos. El primer motivo sigue siendo el peso del estigma hacia el tratamiento en salud mental. Como se ha señalado en diversas investigaciones, el Perú, así como la región de América Latina y el Caribe, es reticente a la disminución del estigma de personas con problemas de salud mental (Cavero *et al.*, 2018; Mascayano *et al.*, 2016). Esto tiene que ver con diversos factores entre los que resaltan concepciones locales sobre salud y enfermedad mental, así como el rol de los medios de comunicación en reproducir estigmas y estereotipos de personas con problemas de salud mental —especialmente en aquellas diagnosticadas con esquizofrenia— como personas violentas (Hidalgo-Padilla *et al.*, 2021).

Un segundo motivo es la desconfianza y la poca información que se tiene hacia la medicación farmacológica. Consideramos que las personas están en su pleno derecho de aceptar o rechazar medicación para el tratamiento del malestar mental. De hecho, muchas personas han mejorado sin tomar medicación o dejando de tomar medicación (Whitaker, 2010), así como al incorporar otras formas de tratamiento, por ejemplo la medicina andina (Cáceres, 1988). Sin embargo, los vecinos señalan no saber muy bien qué es lo que significa y conlleva un diagnóstico de salud mental. También señalan que no se les ha informado debidamente de las causas y consecuencias del diagnóstico, así como de la falta de claridad en la provisión y la necesidad del tratamiento farmacológico⁸. Otras personas incluso señalaron con sorpresa que fueron recetadas medicación farmacológica en sus primeras visitas, donde en teoría el modelo comunitario señala que se debe realizar una evaluación integral y social del motivo del malestar mental.

Algunos participantes de este estudio expresan una total desconfianza al tratamiento de salud mental en general, ya sea en hospitales psiquiátricos o en Centros comunitarios. Estas personas señalan que han pasado por experiencias previas siendo institucionalizadas o donde sus familiares han sido institucionalizados y han visto poca o nula mejora. Así, debido a estas experiencias negativas en hos-

⁸ Más allá de la falta de información brindada sobre efectos adversos de la medicación, acceder a medicamentos es una dificultad para los usuarios de los Centros Comunitarios. Si bien el Seguro Integral de Salud (SIS) facilita que los usuarios accedan gratuitamente a medicamentos, en la práctica se registra su desabastecimiento. Durante el 2022 y enero del 2023, 188 de 248 Centros Comunitarios del país tuvieron desabastecimientos de fármacos (Romero & Tovar, 2023a). Ello obliga a que los usuarios compren sus medicamentos en farmacias o boticas privadas donde los costos son elevados, llevándolos a veces a tener que abandonar su tratamiento psiquiátrico. Otra dificultad para el acceso es la limitada oferta de medicamentos. El Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales tiene una reducida lista de fármacos de salud mental. Ello obliga a que los medicamentos prescritos que no estén en el petitorio sean cubiertos con gastos de bolsillo de los usuarios, limitando su adherencia al tratamiento (Romero & Tovar, 2023b).

pitales psiquiátricos y con proveedores de salud, estas personas han desarrollado mucha desconfianza con los métodos de la psiquiatría y en consecuencia también dudan de los Centros Comunitarios a quienes ven como «hospitales psiquiátricos más pequeños» o como «dispensadores de medicación». Lamentablemente, los cuidadores que tienen esta concepción del tratamiento en salud mental optan por mantener en casa a sus familiares con problemas mentales severos en donde se corre un riesgo en prácticas de coerción, cautiverio y confinamiento en el hogar.

4. EL ACTIVISMO EN SALUD MENTAL

El modelo de salud mental comunitario en el Perú ha implicado un radical e histórico cambio en cuanto al respeto y la dignidad de los usuarios de servicios en salud mental. Gracias al empuje y a las actividades de diversas personas y grupos de la sociedad civil, el modelo manicomial está en vías de quedar en el pasado y se abre una ventana de oportunidad para que los usuarios tengan voz en sus tratamientos. La Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, publicada el año 2017, y el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, señalan la creación y asignación de un presupuesto específicamente para salud mental, han requerido la creación de comités de desinstitucionalización en diversos hospitales psiquiátricos del país, requieren la creación de Centros de Salud Mental Comunitarios, hogares protegidos y residencias protegidas, así como la creación de un equipo de atención comunitaria que —al menos en teoría— ya no tiene como figuras centrales a psiquiatras y psicólogos, sino que enfatiza una mirada integral y social de la salud mental. Pero tal vez lo más importante de la reforma y del plan es el respeto a la dignidad y los derechos humanos de los usuarios, así como su inclusión en el planeamiento de sus tratamientos ya sean farmacológicos o no. En este acápite analizamos el rol que ha tenido el activismo en salud mental para continuar visualizando los desafíos que enfrentan las personas con problemas de salud mental, y también nos enfocamos en la posibilidad de la figura del experto por experiencia en los equipos de salud mental comunitaria.

Un análisis de los lineamientos, de la reforma en salud mental comunitaria y de la ley de salud mental peruana, indica que hubo poca participación de los grupos de usuarios y familiares, así como poca definición de conceptos (Camino *et al.*, 2019; Constantino & Bregaglio, 2020). Si bien los lineamientos estatales señalan que hubo participación de colectivos de salud mental, muchos de los activistas con los que conversamos señalan haber sabido muy poco de la elaboración de

la ley, e incluso no saber de la ley hasta que esta fue promulgada. Los activistas han cobrado más protagonismo a partir de la reforma en salud mental y algunos incluso han llegado a establecer contacto y conversación con autoridades estatales. Sin embargo, en diversas reuniones con autoridades, congresistas o candidatos al congreso en las que hemos podido participar se siente cierta desconfianza hacia la inclusión de la salud mental como punto de agenda. Los activistas con los que conversamos señalan que se usa la salud mental más como una estrategia para obtener votos y no necesariamente como un problema que se quiere —o se sabe— abordar desde las políticas públicas.

Activistas y aliados por la salud mental llevan tiempo proponiendo y apoyando políticas públicas, informando sobre salud mental y haciendo visible los diversos tipos de negligencias de las que ellas mismas o personas con problemas de salud mental son víctimas. Así como la serie de videos sobre maltratos en una clínica privada que abre nuestro artículo, existen otros ejemplos de malas prácticas por parte de instituciones y proveedores de salud que van desde la negligencia y el abuso de poder (Díaz Pimentel, 2021) hasta el abuso sexual (Panizo Arana, 2023). En el Perú y otras partes del mundo, el activismo en salud mental visibiliza de diversas formas la precariedad de la atención psiquiátrica (Rosenhan, 1973; Whitaker, 2010), la vida en las instituciones psiquiátricas (Gastelumendi, 2006; Jáuregui, 2019; Navarro Sonim & Farías, 2019; Salcedo, 1990), y también elabora una dura crítica contra el saber psiquiátrico (Chamberlin, 1978; Green & Ubozoh, 2019; Sheehan, 1982; Valdivia Quiroz, 2021).

Los activistas con los que hemos conversado y mantenemos comunicación señalan la importancia de su trabajo —que no es remunerado— en redes sociales informando a otros usuarios e incluso a profesionales de salud mental. En las redes sociales se difunden testimonios de mujeres que no fueron diagnosticadas oportunamente con autismo debido a falsas creencias en torno al género y sesgos por parte de los psiquiatras (Ruggieri & Arberas, 2016). Los diagnósticos errados permiten una discusión sobre la vulneración de la autonomía y la dignidad al momento de recetar medicación que lleva a los usuarios a sentirse como «hámsters de laboratorio». Los activistas nos señalaron la grave reproducción de estereotipos de personas con problemas de salud mental en los medios de comunicación. Sin embargo, ellos han podido articularse con medios alternativos. Por ejemplo, Salud con Lupa (2023) —medio de comunicación alternativo de la ciudad de Lima— elaboró con la participación de una usuaria activista una serie de notas periodísticas sobre la influencia de las compañías farmacéuticas en la práctica de psiquiatras al recetar medicamentos, así como también las decenas de usuarios

que reportaron haber experimentado consecuencias de la medicación de las cuales no fueron debidamente informados.

La Ley de Salud Mental, así como la Norma Técnica de Salud de los Centros Comunitarios del Perú llaman a la participación de la ciudadanía, familiares y usuarios de los servicios de atención en salud mental. Esta participación puede verse como una forma de fiscalización, de atención hacia los obstáculos y desafíos que enfrentan las personas que requieren atención en los Centros Comunitarios, y también la inclusión de usuarios expertos por experiencia en los equipos interdisciplinarios de atención. Un experto por experiencia ha pasado circunstancias similares a las de un usuario en busca de atención en salud mental, por lo que puede guiar y acoger a esa persona. Para los activistas con los que conversamos, la figura del experto por experiencia sería crucial para mejorar la atención en salud mental. Como lo demuestran diversas investigaciones (Brodwin, 2013; Myers, 2015) la idea del soporte de pares y del experto por experiencia puede influir positivamente en la recuperación y reinserción de personas con problemas de salud mental a la vida cotidiana de la comunidad. También, un estudio en el distrito de Chorrillos ha evidenciado la utilidad de la horizontalidad y la inclusión de los usuarios de salud mental en las discusiones sobre los diagnósticos y los tratamientos (Castillo-Martell *et al.*, 2021). La figura del experto por experiencia va más allá de la mera inclusión, sino que también es un acto político si es que se quiere mejorar la atención en salud mental. Discutimos con diversos activistas las trabas que enfrenta el experto por experiencia, como la carencia de reconocimiento y autoridad por parte de proveedores de salud, por tener un problema de salud mental o por no haber concluido estudios universitarios. Sin embargo, ellos consideran que la inclusión y el respeto hacia los expertos por experiencia podría mejorar la atención en los Centros Comunitarios.

CONCLUSIÓN: LA VIDA SOCIAL DE LA REFORMA

Este artículo aborda los distintos y complejos procesos que informan las dinámicas de atención en salud mental comunitaria en el Perú. Consideramos que la reforma no solo debe ser analizada en términos cuantitativos o presupuestales, sino que una mirada sociohistórica y que centra las experiencias de los usuarios, los miembros de la comunidad y los proveedores de salud es necesaria para entender los desafíos que implica tanto el modelo comunitario como el proceso de desinstitucionalización. Un análisis de los principales lineamientos que rigen la salud mental debe ser comprendido desde una mirada de largo plazo que

considere las diversas crisis económicas y políticas por las que han atravesado tanto el país como la región. La hiperinflación económica, los procesos migratorios, el periodo de conflicto armado interno, así como la dictadura y políticas económicas neoliberales en el gobierno del expresidente Alberto Fujimori, han influido en cómo se piensa la salud mental en el Perú. Además, estos procesos, junto con los actuales como la crisis política por la legitimidad del poder que atraviesa el país y la pandemia por el COVID-19, modelan los cambios en la atención en salud mental. Por ejemplo, durante la pandemia, la atención se dio a distancia debido al confinamiento obligatorio y las medidas de bioseguridad, lo que generó diversos cambios en la atención en ciertos Centros Comunitarios tales como recordatorios y monitoreos telefónicos a los usuarios (Cusihuaman-Lope *et al.*, 2023).

Nuestros apuntes etnográficos visibilizan que la reforma en salud mental no solo resuelve ciertos problemas, sino que también genera distintos impases. Como se ha señalado, muchos de los vecinos del distrito donde realizamos el trabajo de campo han activamente rechazado o protestado la presencia del Centro Comunitario. Otros han señalado que es necesaria la presencia de más manicomios ya que cuidar de alguien con un problema de salud mental severo implica tiempo y dinero que ellos no poseen. Si bien muchas personas asisten a consultas al Centro Comunitario, hemos evidenciado que no existe mucha promoción de los servicios que ahí son ofrecidos. Este desconocimiento tiene que ver con la falta de promoción y comunicación, pero también con el estigma que sigue rodeando a la salud mental en el país. También existen obstáculos en el trabajo de los proveedores de salud, como la falta de espacio, la precaria infraestructura y el alto número de atenciones que el personal no puede cubrir. Estas dificultades en la atención por parte de usuarios (estigma) y el mismo servicio de los Centros Comunitarios (problemas de infraestructura, limitados recursos humanos) no solo se registra en este nivel de atención sino también Centros de Salud y Postas (Cavero *et al.*, 2018). Es necesaria la promoción de los servicios para reducir el estigma y la comunicación entre los establecimientos en los distintos niveles de atención para saber cómo derivar y contrarreferir a los usuarios para no solo abordar los casos de «mayor gravedad» o «emergencia». La salud mental debe tener un abordaje multinivel que va desde la prevención y concientización en los barrios hasta los establecimientos de salud de primer nivel de atención (Velázquez & Rivera-Holguín, 2020).

Tal vez uno de los procesos más importantes que ha generado la reforma es el del activismo en salud mental por parte de usuarios, colectivos y aliados. A pesar de que nuestros interlocutores señalaron desconocer y no haber sido incluidos en

las discusiones sobre la Ley de Salud Mental, existe una sensación de que la mejora en la atención en salud mental es posible. Los activistas con los que conversamos realizan un trabajo incesable para educar —desde su experiencia— sobre salud mental y evidenciar los obstáculos a los que se enfrentan cuando buscan atención profesional. La Ley de Salud Mental llama a la incorporación de los usuarios en el consentimiento informado de su tratamiento y la posibilidad de tener voz y voto en su proceso de recuperación. Así, la reforma ha generado un espacio para la inclusión de usuarios, activistas y familiares en la fiscalización de los servicios ofrecidos. Una de las figuras por la que nuestros interlocutores activistas abogan es por la inclusión de los expertos por experiencia en los equipos interdisciplinarios de atención, algo que no hemos visto en la duración de nuestra investigación.

Una ley o una reforma puede terminar creando más problemas de los que resuelve. Sin embargo, creemos que los problemas a los que se enfrenta la reforma en salud mental comunitaria en el Perú pueden ser resueltos con voluntad política y la inclusión de los usuarios.

REFERENCIAS

- Agüero, J. M. (2021). COVID-19 and the Rise of Intimate Partner Violence. *World Development*, 137, 105217. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105217>
- Antiporta, D. A., Cutipé, Y., Mendoza, M., Celentano, D., Stuart, E. & Bruni, A. (2021). Depressive Symptoms among Peruvian Adult Residents amidst a National Lock-down during the COVID-19 Pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>
- Arroyo Laguna, J. (2000). *Salud, la reforma silenciosa: políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración.
- Bachrach, L. L. (1983). *Deinstitutionalization*. Jossey-Bass.
- Banco Mundial. (2018). *Sanando Mentes, Cambiando Vidas*. BM.
- Barrantes, N. & Clausen, J. (2022). Does Multidimensional Poverty Affect Depression? Evidence from Peru. *Progress in Development Studies*, 22(2), 107-29. <https://doi.org/10.1177/14649934211059402>
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral.
- Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Cortina.
- Behrouzan, O. (2016). *Prozak Diaries: Psychiatry and Generational Memory in Iran*. Stanford University Press.

- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. University of California Press.
- Brodwin, P. (2013). *Everyday Ethics: Voices from the Front Line of Community Psychiatry*. University of California Press.
- Brown, P. (1985). *The Transfer of Care: Psychiatric Deinstitutionalization and Its Aftermath*. Routledge & Kegan Paul.
- Bustamante Quiroz, R., Barboza Tello, M., Bazán Vidal, E., Bromley Coloma, C. & Lamas Rojas, H. (2009). Capítulo Sexto: Salud Mental. En R. Bustamante Quiróz (Ed.), *Historia de la salud en el Perú* Vol. 11. (pp. 21-240). Academia Peruana de Salud.
- Caballero, E. (27 de febrero de 2022). ¿Problemas de ricos?: aportes para la atención y promoción de la salud mental en el Perú. *Revista Ideele*. <https://www.revistaideele.com/2022/02/27/problemas-de-ricos-aportes-para-la-atencion-y-promocion-de-la-salud-mental-en-el-peru/>
- Cáceres, E. (1988). *Si crees, los apus te curan: medicina andina e identidad cultural*. 1a ed. Centro de Medicina Andina.
- Camino, P., Constantino Caycho, R. & Bregaglio Lazarte, R. (24 de mayo de 2019). La nueva Ley de Salud Mental: avances y aspectos problemáticos. *Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THEMIS* (blog). <https://www.enfoquederecho.com/2019/05/24/la-nueva-ley-de-salud-mental-avances-y-aspectos-problematicos/>
- Canguilhem, G. (1978). *On the Normal and the Pathological. Studies in the History of Modern Science*. D. Reidel Pub. Co.
- Caravedo Prado, B. & Caravedo, B. (1945). *Las enfermedades mentales en el Perú*. Talleres Gráficos del Hospital «Víctor Larco Herrera».
- Cassaretto, M., Chau, C., Espinoza, M., Otiniano, F., Rodríguez, L. & Rubina, M. (2021). *Salud mental en universitarios del consorcio de Universidades durante la pandemia*. Consorcio de Universidades.
- Castellon, R., Laplante, L. & Theidon, K. (2005). *Los afectados por el conflicto armado interno del Perú: exigiendo el derecho a la salud mental*. Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio del Derecho a la Salud.
- Castillo-Martell, H., Carrasco-Montoya, N., Valdivia-Quintanilla, A., Zambrano-Leon, C., Perez-Arce, L., Pariona-Ruiz, E., Mendoza-Alberca, C. & Caycho-Valle, A. (2021). Grupos de acogimiento: sistematización de un modelo participativo para la formulación diagnóstica y terapéutica en un centro de salud mental comunitaria. Chorrillos-Perú, 2018. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 11-18. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3932>

- Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Hawthorn Books.
- Cavero, V., Diez-Canseco, F., Toyama, M., Flórez Salcedo, G., Ipince, A., Araya, R. & Miranda, J. (2018). Provision of mental health care within primary care in Peru: A qualitative study exploring the perspectives of psychologists, primary health care providers, and patients. *Wellcome Open Res*, 3(9). <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.13746.2>
- Chua, J. L. (2014). *In Pursuit of the Good Life: Aspiration and Suicide in Globalizing South India*. University of California Press.
- Claux, J. A. (2018). Social Route: Peruvian Psychiatrists and the Politics of Mental Health Reform. <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/33227>
- Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.
- Colucci, M. & Di Vittorio, P. (2006). *Franco Basaglia*. Nueva vision.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación. (2005). *Informe final*. Comisión de la Verdad y Reconciliación.
- Congreso de la República del Perú. (2019). Ley N.º 30947. Ley de Salud Mental (23 de Mayo de 2019). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>
- Constantino Caycho, R. A. & Bregaglio Lazarte, R. (10 de marzo de 2020). La complejidad del internamiento involuntario en el Reglamento de la Ley de Salud Mental. *Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS* (blog). <https://www.enfoquederecho.com/2020/03/10/la-complejidad-del-internamiento-involuntario-en-el-reglamento-de-la-ley-de-salud-mental/>
- Cusihuaman-Lope, N., Vilela-Estrada, A. L., Cavero, V., Villarreal-Zegarra, D., & Diez-Canseco, F. (2023). Experiencias de usuarios y familiares sobre la atención recibida en centros de salud mental comunitaria de Lima y Callao durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 40(3), 278-286. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.403.12717>
- Davis, E. A. (2012). *Bad Souls: Madness and Responsibility in Modern Greece*. Duke University Press.
- Defensoría del Pueblo. (2005). *Informe Defensorial 102. Salud Mental y Derechos Humanos: La Situación de los Derechos Humanos de las Personas Internadas en Establecimientos de Salud Mental*.
- Defensoría del Pueblo. (2009). *Informe Defensorial 140. Salud Mental y Derechos Humanos: Supervisión de la Política, la Calidad de los Servicios y la Atención a Poblaciones Vulnerables*.

- Defensoría del Pueblo. (2018). *Informe Defensorial 180. El Derecho a la Salud Mental: Supervisión de la Implementación de la Política Pública de Atención Comunitaria y el Camino a la Desinstitucionalización*.
- Defensoría del Pueblo. (2020). Defensoría del Pueblo alerta sobre 223 casos confirmados de coronavirus en hospital Víctor Larco Herrera. *Defensoría del Pueblo*. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-alerta-sobre-223-casos-confirmados-de-coronavirus-en-hospital-victor-larco-herrera/>
- Desjarlais, R. R. (1997). *Shelter Blues: Sanity and Selfhood among the Homeless*. University of Pennsylvania.
- Desviat, M. (2020a). *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Editorial Síntesis.
- Desviat, M. (2020b). *La reforma psiquiátrica*. La Revolución Delirante.
- Díaz Pimentel, C. (28 de noviembre de 2021). Violencia psiquiátrica: cuando te lastima quien tiene el trabajo de cuidarte. *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/salud-mental/violencia-psiquiatrica-cuando-te-lastima-quien-tiene-el-trabajo-de-cuidarte/>
- Edington, C. (2019). *Beyond the Asylum: Mental Illness in French Colonial Vietnam*. Cornell University Press.
- Espinosa Landaure, P. M. (2023). «Vivir al borde»: narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/194644>
- Estroff, S. E. (1981). *Making It Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. University of California Press.
- Ewig, C. (2010). *Second-Wave Neoliberalism: Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru*. Pennsylvania State University Press.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Vintage Books.
- Foucault, M. (2003). *Abnormal: Lectures at the Collège de France, 1974-1975*. 1st Picador ed. Picador.
- Franco Valdivia, R. (2013). *Salud mental comunitaria para mujeres afectadas por violencia: sistematización del programa de formación en salud mental comunitaria para la atención de las secuelas de la violencia política*. Movimiento Manuela Ramos.
- Gamboa Gálvez, L. (2021). Vigilancia, disciplinamiento y control del cuerpo: limitaciones y alcances en la psicoterapia aplicada a mujeres diagnosticadas con trastornos alimenticios. En P. Ruiz Bravo & A. Pizarro (Eds.), *Ensayos de Inves-*

- tigación y Perspectiva de Género, Vol. I* (pp. 107-118). Cátedra UNESCO de Igualdad de Género en Instituciones de Educación Superior.
- García, A. (2015). Serenity: Violence, Inequality, and Recovery on the Edge of Mexico City: Violence, Inequality, and Recovery in Mexico City. *Medical Anthropology Quarterly* 29(4), 455-472. <https://doi.org/10.1111/maq.12208>
- Gastelumendi, R. [Cuarto Poder Canal 4]. (2006). *Manicomio en Iquitos* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=NLpr_05f0Mw
- Gobierno del Perú. (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*.
- Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2a. ed. Amorrortu.
- Green, L. D. & Ubozoh, K. (Eds.). (2019). *We've Been Too Patient: Voices from Radical Mental Health: Stories and Research Challenging the Biomedical Model*. North Atlantic Books.
- Grob, G. N. (1991). *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*. Princeton University Press.
- Guan, L., Liu, J., Wu, X. M., Chen, D., Wang, X., Ma, N., Wang, Y., Good, B., Ma, H., Yu, X. & Good, M.J. (2015). Unlocking Patients with Mental Disorders Who Were in Restraints at Home: A National Follow-Up Study of China's New Public Mental Health Initiatives. *PLOS ONE*, 10(4), e0121425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121425>
- Han, C. (2012). *Life in Debt: Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*. University of California Press.
- Herrera-Lopez, V., Aguilar, N., Valdivieso, J., Cutipé, J. & Arellano, C. (2018). Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e141. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.141>
- Hidalgo-Padilla, L., Rozas Urrunaga, L., Busse, P. & Diez-Canseco, F. (2021). Representaciones de la salud mental en dos diarios de circulación nacional En Perú. *Global Health Promotion*, 17579759211052200. <https://doi.org/10.1177/17579759211052200>
- Estuve Secuestrado Por Orden de Mi Padre. (23 julio de 2021). *Hildebrandt En Sus Trece*.
- Hopper, K. (2003). *Reckoning with Homelessness*. Cornell University Press.
- Instituto Nacional de Salud Mental del Peru. (2015). Nota de Prensa N° 062. *INSM*. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/062.html>

- Jáuregui, E. (2019). Viaje al Fondo de La Locura. *Lima Gris*. <https://limagris.com/viaje-al-fondo-de-la-locura/>
- Lambe, J. L. (2017). *Madhouse: Psychiatry and Politics in Cuban History. Envisioning Cuba*. The University of North Carolina Press.
- Lovell, A. M. (1997). «The City Is My Mother»: Narratives of Schizophrenia and Homelessness. *American Anthropologist*, 99(2), 355-368.
- Ma, Z. (2020). Biopolitical Paternalism and Its Maternal Supplements: Kinship Correlates of Community Mental Health Governance in China. *Cultural Anthropology*, 35(2). <https://doi.org/10.14506/ca35.2.09>
- Maldonado, M. & Semprini, C. (2019). Modelos de Atención En La Salud Mental. Dispositivos Comunitarios En La Provincia de Rio Negro. *XIII Jornadas de Sociología*. Universidad de Buenos Aires.
- Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W. & Yang, L. (2016). Stigma toward Mental Illness in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 73-85. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1652>
- Matza, T. A. (2018). *Shock Therapy: Psychology, Precarity, and Wellbeing in Postsocialist Russia*. Duke University Press.
- Ministerio de Salud. (2017). *Norma Técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279706-norma-tecnica-de-salud-centros-de-salud-mental-comunitarios>
- Ministerio de Salud. (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279690-plan-nacional-de-fortalecimiento-de-servicios-de-salud-mental-comunitaria-2018-2021-documento-tecnico>
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Plan de Salud Mental Peru, 2020-2021 (En El Contexto Covid-19)*.
- Miranda, J. J., Diez-Canseco, F., Araya, R., Cutipe, Y., Castillo, H., Herrera, V., Galea, J., Brandt, L., Toyama, M. & Cavero, V. (2017). Transitioning Mental Health into Primary Care. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 90-92. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30350-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30350-9)
- Mujer denuncia haber recibido maltrato físico en clínica de reposo tras perder a su bebé. (26 de octubre de 2021). *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/2021/10/26/chorrillos-mujer-denuncia-haber-recibido-maltrato-fisico-en-clinica-de-reposo-tras-perder-a-su-bebe-violencia-mdga>

- Myers, N. (2015). *Recovery's Edge: An Ethnography of Mental Health Care and Moral Agency*. Vanderbilt University Press.
- Navarro Sonim, D. & Farías, D. (2019). *Atrapado En La Locura. De Enfermero a Paciente En Un Manicomio En Brasil*. Topia Editorial.
- O'Neill, K. L. (2019). *Hunted: Predation and Pentecostalism in Guatemala*. The University of Chicago Press.
- Palma, P. (2019). Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Revista Ciencias de la Salud*, 17(2), 352. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>
- Panizo Arana, M. (7 de julio de 2023). Callao: psiquiatra acusado de abusar de menores sigue laborando en Hospital San José y le suben el sueldo. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/lima/callao/callao-psiquiatra-acusado-de-abusar-sexualmente-de-menores-continua-laborando-en-el-hospital-san-jose-y-le-suben-el-sueldo-coronado-abuso-sexual-callao-conducta-sexual-inapropiada-servir-noticia/>
- Pérez, L. M. (2013). At Risk and in Peril: Men's Health in Peru and Recommendations for Future Research. *Journal of Men's Health* 10 (3): 76–80. <https://doi.org/10.1089/jomh.2012.00015>.
- Petrera, M., Parodi, F. & Remenyi, M. A. (1993). *La gestión estatal y la privatización en el sector salud la seguridad social y el sector financiero*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Petryna, A. (2009). *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*. Princeton University Press.
- Portacolone, E., Segal, S., Mezzina, R., Scheper-Hughes, N. & Okin, R. (2015). A Tale of Two Cities: The Exploration of the Trieste Public Psychiatry Model in San Francisco. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39(4), 680-697. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9458-3>
- Reyes-Foster, B. M. (2018). *Psychiatric Encounters: Madness and Modernity in Yucatan, Mexico*. Rutgers University Press.
- Rhodes, L. (1991). *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. University of California Press.
- Ríos Molina, A. (2023). *Locura y psiquiatría en Perú, 1859-1947: instituciones, miradas, juicios y prejuicios*. Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Universidad Nacional Autónoma de México / Instituto de Investigaciones Históricas.
- Rivera Roca, R. (2021). *Narcóticos Anónimos Región Perú: prácticas y discursos en un grupo de ayuda mutua terapéutico contra la adicción a las drogas* [Tesis de

- Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/174491>
- Robillard, C. (2010). The Gendered Experience of Stigmatization in Severe and Persistent Mental Illness in Lima, Peru. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2178-2186. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.004>
- Romero, R. & Tovar, A. (24 de mayo 2023a). Precios altos y sin opción de genéricos: la oferta de medicinas de salud mental en boticas privadas. *Salud con lupa*.
- Romero, R. & Tovar, A. (28 de mayo 2023b). 7 de cada 10 centros de salud mental comunitaria se quedaron sin medicinas en el último año. *Salud con lupa*.
- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179(4070), 250-258. <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
- Rotelli, F. (2015). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Topia Editorial.
- Ruggieri, V. L. & Arberas, C. L. (2016). Autism in females: clinical, neurobiological and genetic aspects. *Revista De Neurologia*, 62(1), S21-26.
- Ruiz Zevallos, A. (1994). *Psiquiatras y locos: entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto nacional de modernidad: Perú, 1850-1930*. Instituto Pasado & Presente.
- Salcedo, J. M. (1990). *El Vuelo de la Bala*. Arte & Comunicación.
- Salud con Lupa. (18 de junio de 2023). Las pastillas y yo. *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/series/las-pastillas-y-yo/>
- Scheff, T. J. (1984). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. 2nd ed. Aldine Pub. Co.
- Seguín, C. A. (1979). *Psiquiatría folklórica*. Ediciones Ermar.
- Seward Delaporte, P. (2018). «We Will Revive»: Addiction, Spiritual Warfare, and Recovery in Latin America's Cocaine Production Zone. *Third World Quarterly*, 39(2), 298-313. <https://doi.org/10.1080/01436597.2017.1328275>
- Sheehan, S. (1982). *Is There No Place on Earth for Me?* Houghton Mifflin.
- Stucchi Portocarrero, S. (2012). *Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Szasz, T. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conflict*. Harper & Row.
- Theidon, K. & Del Pino, P. (1997). *Antropología y salud mental: un estudio en la recuperación comunal*. Ayacucho: s.n.
- Toyama, M., Castillo, H., Galea, J., Brandt, L., Mendoza, M., Herrera, V., Mitrani, M., Cutipé, Y., Caverro, V., Diez-Canseco, F. & Miranda, J. J. (2017). Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services.

- International Journal of Health Policy and Management*, 6(9), 501-508. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.07>
- Tran, A. L. (2023). *A Life of Worry: Politics, Mental Health, and Vietnam's Age of Anxiety*. University of California Press.
- Valdivia Ponce, O. (1964). *Historia de la psiquiatría peruana*.
- Valdivia Quiroz, B. (2021). A Crazy, Warrior and «Respondona» Peruvian: All Personal Transformation Is Social and Political. En P. Beresford & J. Russo (Eds.), *The Routledge International Handbook of Mad Studies*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429465444>
- Valdizán, H. (1988). *Locos de la Colonia*. El Libro Popular Peruano. Serie Ciencias Humanas y Filosofía.
- Valverde Rodríguez, I. (2020). (Re)Construcciones de la masculinidad en hombres agresores participantes en el proceso reeducativo del Centro de Atención Institucional Frente a la Violencia Familiar (CAI) entre los años 2013 y 2017 [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/171841>
- Varma, S. (2016). Disappearing the Asylum: Modernizing Psychiatry and Generating Manpower in India. *Transcultural Psychiatry*, 53(6), 783-803. <https://doi.org/10.1177/1363461516663437>
- Varma, S. (2020). *The Occupied Clinic: Militarism and Care in Kashmir*. Duke University Press.
- Velázquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta: la experiencia de Huancavelica*. Investigaciones breves. CIES, Consorcio de Investigación Económica y Social / CARE, Observatorio del Derecho a la Salud.
- Velázquez, T., Rivera- Holguín, M. & Custodio Espinoza, E. (2017). Aportes y reflexiones de la formación en psicología comunitaria PUCP en tres regiones del Perú. *Revista de Psicología*, 35(1), 193-224. <https://doi.org/10.18800/psico.201701.006>
- Velázquez, T. & Seminario, E. (2017). Salud mental comunitaria: una forma de trabajo basada en el reconocimiento. En M. Ulfe & R. Trinidad (Eds.), *En busca de reconocimiento: reflexiones desde un Perú diverso* (pp. 251-277). <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/189936>
- Velázquez, T. & Rivera-Holguín, M. (27 de mayo de 2020). Salud mental comunitaria en tiempos del Coronavirus: alcances y desafíos. *Revista Memoria IDEHPUCP*, 31. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/revista-memoria/articulo/salud-mental-comunitaria-en-tiempos-del-coronavirus-alcances-y-desafios/>

- Villa-Palomino, J. (2024). Learning to Care: Men's Parental Caregiving for Sons and Daughters in Peru. *Men and Masculinities*, 27(1), 23-41. <https://doi.org/10.1177/1097184X231226332>.
- Wei, L. (9 de mayo de 2018). Chau manicomios: Cómo Río Negro se convirtió en un modelo mundial con su programa de salud mental. *RED/ACCIÓN* (blog). <https://www.redaccion.com.ar/manicomios-rio-negro-salud-mental/>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown Publishers.
- Zhang, L. (2020). *Anxious China: Inner Revolution and Politics of Psychotherapy*. University of California Press.
- Zhu, J., Pan, T., Yu, H. & Dong, D. (2018). Guan (Care/Control): An Ethnographic Understanding of Care for People with Severe Mental Illness from Shanghai's Urban Communities. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(1), 92-111. <https://doi.org/10.1007/s11013-017-9543-x>
- Zito Lema, V., Siculer, S., Barraco, A. & Sava, A. (2008). Interdisciplina y desmanicomialización. *Psicoanálisis*, 429-453.