

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**“Factores que limitan la atención adecuada de salud mental a mujeres víctimas de violencia de género en diez establecimientos de salud del distrito de Chilca. Huancayo - 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

**Autoras**

**: Miriam Jacqueline Doza Damián**

**Carmen Adilia Espinoza Salvatierra**

**Asesora**

**: Mg. María Amelia Fort Carrillo**

**Lima – Perú**

**Junio, 2018**

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar los factores que limitan la atención adecuada de la salud mental a mujeres víctimas de la violencia de género, a través del análisis de la prestación y la demanda del servicio. Se incluyen en el presente estudio los contenidos de los derechos en salud mental y la inclusión de los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para una adecuada atención. El método empleado es cuali-cuantitativo, utilizando una metodología descriptiva simple. Se evidencia la motivación por parte de los profesionales en su desempeño laboral relacionado a su vocación de servicio. Son las mujeres con mayor instrucción quienes se interesan por cuidar su salud mental y comprenden estos procesos de consejería. Entre los dos grupos etarios, se precisa que a mayor edad de las usuarias y sus experiencias de vida, existe una percepción más certera de escucha activa. Los profesionales admiten que les resulta fácil establecer un clima de confianza con las usuarias, coinciden en que los procesos de recuperación de las usuarias, dependerá mucho de la toma de conciencia y la predisposición para su recuperación. Las mujeres con mayor instrucción afirman que los profesionales establecen una actitud cálida en el servicio que brindan, además de sentirse escuchadas. La mayor parte de los profesionales reconocen el uso del protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia, pero en algunos casos desconocen el flujograma de atención, que incluye a diferentes actores. La mayor parte de profesionales reconoce que las capacitaciones e inducciones para el fortalecimiento de sus capacidades, han sido planificadas por las direcciones de los establecimientos de salud, y en muy pocos casos por el ente rector. Las mujeres reconocieron la importancia de la salud mental, y es el grupo de las mujeres con mayor edad que realizó un uso más frecuente del servicio.



### **DEDICATORIA**

A las mujeres que han emprendido la  
lucha por cuidar de sí mismas a partir de  
reconocerse y amarse lo necesario para  
hacer de su vida una mejor versión.

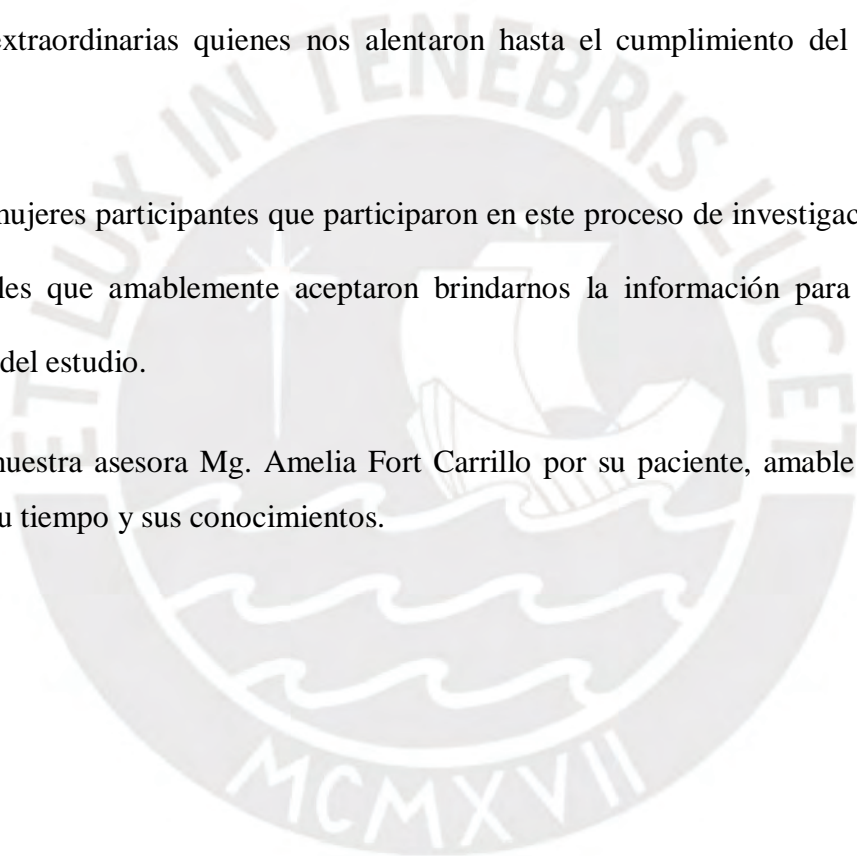
## AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinita presencia y su enorme bondad, a mi hija Ana Paula quién ha acompañado este sueño pacientemente a mi lado, a Carmen, mi compañera de tesis por su invaluable apoyo y a Silvia por su aliento y alegría en el último tramo de este proceso.

Nuestra eterna gratitud a todas las personas que fueron parte de la consecución de esta meta en la que están incluidas todos y todas las personas de nuestras familias, además de personas extraordinarias quienes nos alentaron hasta el cumplimiento del objetivo a alcanzar.

A las mujeres participantes que participaron en este proceso de investigación y a los profesionales que amablemente aceptaron brindarnos la información para lograr los resultados del estudio.

A nuestra asesora Mg. Amelia Fort Carrillo por su paciente, amable asesoría a través de su tiempo y sus conocimientos.



## ÍNDICE

### RESUMEN EJECUTIVO

### PRESENTACIÓN

### CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Objetivos:	
General	3
Específicos	3
1.3 Justificación	3

### CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Diagnóstico contextual	5
2.1.1 En el Caso de Chilca	5
2.1.2 El marco normativo de la política examinada	6
2.1.3 Antecedentes Internacionales	9
2.1.4 Lineamientos de la Política Social en materia de Salud Mental	13
2.2 Principales conceptos tratados en la investigación	17

### CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Forma de estudio	22
3.2 Metodología del estudio	22
3.3 Estrategia de investigación	22
3.4 Fuentes	23
3.5 Técnicas de recolección de información	23
3.6 Dimensiones del estudio	24

### CAPITULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Conocimiento sobre la existencia del servicio por las mujeres	25
4.2 Percepción del servicio recibido	27
4.3 Reconocimiento de la salud mental como un derecho	29
4.4 Capacitación con herramientas técnicas para el abordaje de la violencia de género	31
4.5 Sensibilidad de los profesionales de salud mental para atender a mujeres	

víctimas de violencia de género	33
4.6 Motivación en los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género	37

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones	43
5.2 Recomendaciones	46

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**



## INTRODUCCIÓN

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en el concepto de salud y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948 es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. En ese sentido los aspectos básicos de una sociedad saludable es que sus integrantes estén conscientes de sus propias capacidades a fin de afrontar la vida, que puedan trabajar en forma productiva y contribuir al desarrollo de su entorno.

Es fundamental abordar la salud mental en el Perú y específicamente en el lugar donde este estudio se realizó, ya que consideramos que los servicios de salud mental adolecen de un efectivo cumplimiento de las normas y políticas establecidas en salud mental, a ello se suma la debilitada asignación presupuestal en el área. Estos fondos reducidos para la promoción de la salud mental, es la expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental.

La investigación presente ha permitido caracterizar el desempeño de los profesionales de la salud mental del distrito de Chilca, respecto a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género; la demanda de los servicios de salud mental por parte de las mismas y la construcción de propuestas a las políticas y estrategias para mejorar la calidad y calidez del servicio que figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos actores y sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar la salud mental de la sociedad y que las poblaciones vulnerables

en la que se incluye a las mujeres, sea un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en sus diferentes espacios.

Bajo esa perspectiva, el presente estudio aspira convertirse en un aporte que aborde los factores que limitan la atención adecuada en materia de salud mental a mujeres víctimas de la violencia de género, en forma clara y precisa que arribe en la implementación de enfoques transversales como el género y derechos humanos en la intervención de la salud mental, el ordenamiento de la información a nivel decisorio y la apropiada difusión, promoción y sensibilización para el abordaje oportuno.





# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

### **1.1 Planteamiento del Problema:**

Uno de los aspectos más importantes del desarrollo humano es la socialización, entendida como el proceso por el cual el individuo, atiende, evalúa e interioriza valores, creencias, actitudes, normas y patrones de comportamiento. Este proceso se da a través de la interacción del individuo con agentes socializadores que pertenecen a una cultura determinada; es bidireccional y se da diferencialmente en cada una de las etapas del desarrollo psicoevolutivo. De tal manera que uno de los más importantes agentes socializadores, es la familia, seguido por los medios de comunicación, las instituciones y los pares.

La familia como agente socializador, cumple un rol fundamental en el desarrollo integral de sus integrantes. Esta puede concebirse como un grupo organizado de la sociedad en el que dos o más personas conviven y se relacionan, compartiendo responsabilidades, sentimientos, información, costumbres, hábitos, valores, mitos, creencias, tabúes, aspiraciones, proyectos, etc.

“Cada familia tiene su propia evolución (o involución) e historia y cada integrante desempeña roles y funciones que posibilitan el equilibrio y mantenimiento de ésta o de su desintegración” (Corporación Peruana para la prevención de la problemática de las drogas y la niñez en alto riesgo social, 2004, p. 15).

Sin embargo, cuando al interior de la familia estas interacciones se caracterizan por agresiones físicas o psicológicas, discusiones, reacciones, amenazas, cualquier acción u omisión violenta, propiciará el deterioro o el desequilibrio de la misma, en la que los integrantes más vulnerables suelen ser los más afectados, muchas veces estos hechos no son comunicados públicamente tampoco denunciados. En algunos casos, cuando las mujeres denuncian el proceso se hace agotador y es poco probable que se garantice el acompañamiento psicológico.

Es en este contexto que se enmarca el presente estudio, partiendo del hecho de que la violencia familiar, es entendida como una forma de relación o interacción que va a causar daño físico, psicológico o moral, una especie de

lenguaje de fuerza, caracterizado por la irracionalidad, contradicción y la desigualdad de poder afectando la integridad física, psicológica y desvalorizando la dignidad de la persona.

Teniendo en cuenta la magnitud creciente de la violencia en el país, existe una seria preocupación, pues si bien existen instrumentos de gestión pública y personal de servicio en los establecimientos de salud, este fenómeno continúa en crecimiento; en ese sentido, la presente investigación analizó los factores que están limitando la atención en salud mental dirigida a usuarias víctimas de la violencia de género.

En el Distrito de Chilca, la población total de mujeres en el grupo de edad de 15 a 49 años asciende a un 27.8% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013).

La población anteriormente mencionada, es altamente vulnerable a condiciones de maltrato físico y psicológico por parte de sus parejas, ya sean convivientes, esposos o ex – convivientes.

Por el contexto en el que se situó la investigación se planteó la siguiente interrogante: ¿por qué las mujeres víctimas de la violencia de género no reciben atención adecuada en los servicios de salud mental de los Establecimientos de Salud del Distrito de Chilca? A partir de los resultados encontrados, se propone la inclusión de enfoques de intervención que fortalezcan los documentos normativos en salud mental y contribuyan a su correcta aplicación durante la intervención.

Por otro lado, los profesionales de salud mental en la Región Junín tienen contratos eventuales que incrementan la poca adherencia al tratamiento y el incremento de desconfianza a la población. Condiciones como espacios reducidos para la atención, escaso presupuesto asignado para las remuneraciones y en algunos casos, plazas no asignadas se convierten en indicadores que permiten el planteamiento de las siguientes preguntas:

1. ¿Los profesionales de salud mental están motivados y sensibilizados laboralmente para la atención a mujeres víctimas de violencia de género?
2. ¿Cómo ha sido el proceso de capacitación para el abordaje de la violencia de género?

3. ¿Las mujeres víctimas de violencia están sensibilizadas para recibir atención en salud mental?
4. ¿Cuál es la percepción de las mujeres sobre la atención recibida? ¿Qué opinan las mujeres víctimas de violencia sobre la atención recibida?

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo General:**

Conocer los factores que limitan la atención adecuada de la salud mental a mujeres víctimas de la violencia de género, a través del análisis de la prestación y la demanda del servicio, para proponer mejoras a las políticas y estrategias de salud mental existentes, en 9 establecimientos de salud de la Microred del distrito de Chilca, en el período de julio a diciembre 2014.

### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar el desempeño de los profesionales de la salud mental del distrito de Chilca, respecto a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género.
2. Caracterizar el uso y/o la demanda de los servicios de salud mental, por parte de las mujeres víctimas de la violencia de género.
3. Proponer mejoras a las políticas y estrategias de atención en salud mental dirigidas a las mujeres víctimas de la violencia de género, para elevar la calidad y calidez del servicio.

## **1.3 Justificación:**

En este sentido, es relevante destacar la importancia de la investigación ya que en los últimos años en el país y en especial en la región Junín se reportan altos índices de violencia contra la mujer. Por ello, se consideró necesario realizar la caracterización de las verdaderas motivaciones de los profesionales en salud mental, el uso y demanda de parte de las usuarias víctimas de violencia de género y la inserción de propuestas para la mejora de las políticas públicas en la atención de la salud mental. Se considera que con el estudio de dichos componentes se contribuirá a precisar la participación de las usuarias víctimas de violencia de género, hecho que se vincula con el ejercicio del derecho a su salud mental, entendido como el acceso a las atenciones integrales en los servicios públicos de salud y a su vez el compromiso e interés de los profesionales de la salud mental en el abordaje de la problemática.

A lo largo de la literatura revisada se ha encontrado una variedad de investigaciones internacionales y nacionales que han aportado al análisis de los indicadores del presente estudio, en materia de la percepción de los profesionales de salud mental y las mujeres usuarias, además de la atención y satisfacción laboral con respecto a las usuarias víctimas de la violencia y los profesionales de salud mental.

De acuerdo a los reportes del Consejo Regional de la Mujer – Junín, en el 2010 se realizó una investigación en donde se reportó una iniciativa de vigilancia de la calidad en la atención en 14 establecimientos de salud en la región Junín, para cuyos efectos aplicaron un sondeo a un total de 1188 personas usuarias, entre varones y mujeres, obteniendo el siguiente resultado:

1. El 57.46% de encuestados perciben algún tipo de discriminación en el establecimiento de salud.
2. El 47.69% percibe algún tipo de maltrato durante su permanencia en el establecimiento de salud.
3. El 54.34% menciona que el personal de salud no le da confianza y seguridad para hablar de sus preocupaciones sobre su problema de salud.
4. El 50.89% considera que el personal de salud no explicó de manera clara y sencilla en qué consiste su problema de salud y el tratamiento a recibir.

Por otro lado, de acuerdo a las cifras reportadas por el Centro Emergencia Mujer en Chilca el total de casos atendidos asciende a 306 en el 2013 (de este número 287 casos son atendidos por violencia familiar y sexual). En cuanto a los datos regionales, la Dirección Regional de Salud - Junín en el año 2013, reporta un total de 5576 mujeres atendidas por problemas de violencia intrafamiliar en los establecimientos de salud. Las cifras consignadas evidencian la importancia de la atención oportuna y de calidad para comprender los procesos individuales de las mujeres que sufren de violencia de género dentro y fuera de sus hogares.

A nivel de la gerencia social, esta investigación permite visibilizar el conocimiento y aplicación de los planes públicos implementados, el cumplimiento de los objetivos de salud mental nacional y el adecuado uso de los recursos humanos dirigidos a la atención pública de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

## CAPITULO II

### Marco Teórico

#### 2.1 Diagnóstico Contextual

##### 2.1.1 El Caso en Chilca.

El distrito peruano de Chilca, es uno de los 28 que conforman la provincia de Huancayo, ubicada en la Región Junín. Forma parte del cono urbano de la ciudad de Huancayo. Tiene una extensión de 8,3 kilómetros cuadrados y una población aproximada de 75.000 habitantes (Plan de Desarrollo Concertado Chilca, 2011 - 2021). La mayor parte de su extensión está ocupada por chacras y campos destinados a la agricultura. Las actividades comerciales se caracterizan por las actividades minoristas y la celebración de ferias agrícolas y ganaderas.

En la siguiente tabla se muestra la proyección total de mujeres potenciales usuarias de los servicios de salud mental para el año 2013:

DISTRITO	TOTAL	POBLACION FEMENINA		
		10-14	15 – 19	20-49
Chilca	84,504	4,684	5,126	18,361

Fuente: Censo Nacional 2007 XI de Población y VI de Vivienda.

En relación al tema de investigación es importante mencionar que la microred de salud del distrito de Chilca está conformada por 28 establecimientos distribuidos en las siguientes localidades: Chilca, Chupuro, Laria, Cullhuas, Huacrapuquio, Huancán, Huayucachi, Pucará, Sapallanga y Viques, este número va en relación a la consideración de población densa que tiene el distrito por su cercanía con la ciudad de Huancayo y a la migración de la zona rural que ha experimentado. Sin embargo, sólo existen 15 profesionales de salud mental entre psicólogos contratados y serumistas equivalentes (quienes coberturan los servicios en tres turnos semanales y no reciben un sueldo por ello).

De acuerdo a los datos reportados por el Centro Emergencia Mujer de Chilca en el año 2012 se atendieron a un total de 278 mujeres por violencia física y psicológica. El 52% de ellas sufrieron de agresiones verbales, humillaciones, indiferencia y amenazas frente a un 41% que además fue

golpeada con patadas, jalones, bofetadas, golpes con objetos, etc. Cabe resaltar que 202 mujeres fluctúan entre los 18 y 59 años y las otras 76 son niñas, adolescentes y mujeres de la tercera edad. Hasta el mes de junio del 2013, esta misma institución ha atendido a 155 mujeres entre niñas, adolescentes y mujeres adultas, consignándose casos por violencia física, psicológica y sexual (CEM, 2012).

El problema de la violencia contra la mujer es atendido por la Policía Nacional del Perú (Comisaría Local), por la Gobernación, el Centro Emergencia Mujer y los establecimientos de salud.

Las mujeres que son atendidas en el servicio de salud mental, generalmente son derivadas por los miembros de otros servicios, ya que tienen dificultades para identificar la sintomatología física relacionada a problemas de salud mental.

### **2.1.2 El marco normativo de la política examinada (contexto normativo).**

Existen una serie de documentos que respaldan constitucionalmente su cumplimiento obligatorio:

En el país los tratados internacionales tienen rango constitucional. Entre los principales tratados que contienen directivas para promover e implementar políticas contra la violencia hacia la mujer y promover la no discriminación y la igualdad de oportunidades se encuentran:

#### **Normativas Internacionales y Tratados Internacionales:**

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Aprobado por el Perú mediante Decreto Ley N° 22128, el 28 de marzo de 1978.
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Ratificada por el Perú el 28 de abril de 1978.
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ratificada por el Perú el 28 de abril de 1978.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y su Protocolo Facultativo. Aprobada por Resolución Legislativa N° 27429 del 23 de febrero del 2001.

- Recomendación General N° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, acerca de la violencia contra la mujer (1992).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ratificada el 02 de abril de 1996 (Convención de Belem Do Pará – 1994).
- Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y su Protocolo Adicional: “Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la Trata de Personas especialmente de mujeres y niños” (Protocolo de Palermo).
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. “Pacto de San José de Costa Rica” (27/12/1977).
- Protocolo para prevenir, reprimir, sancionar la trata de personas, especialmente de mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Trasnacional (12 al 15/12/2000).
- Metas de Desarrollo del Milenio (06 al 08/09/2000).

**Marco Normativo Nacional:**

- Constitución Política del Perú. (Art. 2 Inc. 2)
- Ley N° 28983. Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2007). Establece las garantías para el ejercicio de derechos y acceso a oportunidades sin discriminación, entre ellos el acceso a la justicia.
- Ley N° 26842. Ley General de Salud (1997). Establece el derecho a la recuperación, rehabilitación de la salud física y mental, así como del consentimiento informado, clave para prevenir la violencia hacia las mujeres desde la prestación de servicios y para que ellas puedan tomar decisiones libres.
- D.S. 006-97-JUS. Texto Único Ordenado de la Ley N° 26260 y su reglamento aprobado mediante D.S. N° 002-98-JUS. Ley de Protección frente a la violencia familiar. Señala las políticas orientadas a la erradicación de la violencia familiar, establece el proceso de denuncia, investigación y sanción frente a casos de violencia familiar.

- Código Penal de 1191 y modificatorias. Incorpora figuras que criminalizan distintas modalidades de violencia familiar y sexual contra las mujeres.
- Ley N° 27942. Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual y su Reglamento el D.S. N° 010-2003-MIMDES (2003). Sanciona el hostigamiento sexual producido en el marco de las relaciones de autoridad o dependencia.
- Ley N° 28950. Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico de Migrantes y su Reglamento el D.S. N° 007-2008-IN (2007). Que asigna tareas sectoriales.

### **Marco Normativo Regional**

- Resolución Ejecutiva Regional N° 076-2005/GRJ/PR. Conformación del Consejo Regional de la Mujer Junín.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 153-2006/GRJ/PR reconoce a nivel regional de la 09 Mesas de Diálogo de Mujeres.
- Ordenanza Regional N° 028-2005/GRJ/CR. Aprueba promover el uso del Lenguaje Sensible al Género o lenguaje inclusivo en documento, textos y dispositivos legales que emitan por el Gobierno regional así como por la población.
- Ordenanza Regional N° 046-2006/GRJ/CR. Aprueban el Plan de Acción para el Desarrollo Integral de las Mujeres de la región Junín.
- Ordenanza Regional N° 57-2007-GRJ/CR. Institucionaliza el Día Internacional de la Mujer en el ámbito del departamento de Junín, a celebrarse el día 8 de marzo de cada año.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 232-2008/GRJ/PR. Conformación de la Mesa de Trabajo de Derechos Humanos.
- Ordenanza Regional N° 082 -2008/GRJ/CR declaran prioridad la formulación e implementación de la Política regional de Lucha contra toda forma de Discriminación de la Mujer.
- Ordenanza Regional N° 116-2011/GRJ/CR. Crea el Consejo Regional de derechos Humanos.



- Ordenanza Regional N° 096-2011/GRJ/CR. Aprueban el Plan Regional de derechos Humanos Junín 2009-2015.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 756 -2012-GR-JUNIN/PR. Aprueban la Agenda Política de la Mujer del CRM-J como instrumento de Política Regional.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 206-2012-GR- JUNIN/PR. Reconoce al Equipo Técnico Impulsor para la Construcción del Plan Regional de Lucha Contra la Violencia Hacia la Mujer, que se encuentra integrado por representantes del estado y sociedad civil, cuya finalidad es impulsar la construcción del PRIO- JUNIN.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 207-2012-GR-JUNIN/PR. Reconoce al Equipo Técnico Impulsor para la Construcción del Plan Regional de Igualdad de Oportunidades, que se encuentra integrado por representado por el Estado y la sociedad civil cuya finalidad es impulsar la construcción del PRIO- JUNIN.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 300-2012-GR-JUNIN/PR. Aprueban Agenda Política de la Mujer 2011-2014 del CRM-J, donde se solicita el reconocimiento de los 07 Ejes Estratégicos de la Agenda Política de la Mujer.
- Ordenanza regional N° 123-2012/GRJ/CR. Declara al año 2012 como “Año de la Movilización por la Alfabetización Regional”.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 889-2010-GRJ/PR, aprueba Protocolo Regional Contra la Violencia Familiar y Sexual.
- Ordenanza Regional N° 187-2014/GRJ/CR, aprueba el Plan Regional de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres de Junín.

### **2.1.3 Antecedentes Internacionales.**

El objetivo de la investigación: “Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal” al sur de la ciudad de México fue: analizar la prevalencia de trastornos mentales, las características del uso de servicios de salud mental y las razones para buscar ayuda en un grupo de mujeres víctimas de violencia (Tiburcio y Otros, 2010).

Los principales resultados fueron: “El 8.9% cubrió los criterios de trastorno depresivo y 21.7% los criterios de trastorno de ansiedad. Al considerar únicamente a quienes sufrieron violencia física, la proporción que presentaba un trastorno depresivo era significativamente mayor (16%) que el observado en aquellas mujeres que no sufrieron este tipo de violencia. Se observa también que 22% de quienes habían sido golpeadas presentaban un trastorno de ansiedad. Del total de mujeres que reportaron al menos una forma de maltrato, 16.2% buscaron algún tipo de ayuda para atender sus problemas de salud mental. El uso de servicios se analizó de acuerdo con el trastorno que presentaban las participantes. Así, se observa que 41.7% de las que cubrieron los criterios de trastorno depresivo recurrieron a especialistas en salud mental y 25% buscaron ayuda con médicos generales. En cuanto a los trastornos de ansiedad, no se observaron diferencias significativas respecto al uso de servicios” (Tiburcio, Natera y Berenzon, 2010, pp. 246-247).

En general, los resultados son congruentes con estudios previos en que se reporta una escasa utilización de servicios de atención por mujeres que sufren violencia. Si bien es cierto que esta proporción aumenta ante la presencia de trastornos depresivos o de ansiedad, el número de mujeres que solicitan ayuda profesional es bajo. Estos hallazgos son relevantes en tanto que la investigación sobre el uso de servicios por parte de mujeres maltratadas se ha concentrado en la asistencia a salas de urgencia, dejando de lado las necesidades de atención especializada en salud mental.

La investigación desarrollada en la ciudad de Valparaíso en Chile denominada: *Relatos de los Equipos de Salud Mental de Atención Primaria acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja*, cuyo objetivo fue: “analizar si los discursos que poseen los profesionales de los Equipos de Salud Mental de APS de la Comuna de Valparaíso respecto del abordaje que realizan sobre violencia de género en la pareja presentan saberes, ideas o nociones basadas en perspectiva de género” (Salgado, 2012, p. 3304).

El sujeto de estudio fue constituido por los profesionales que participan en la atención de pacientes del Programa de Salud Mental (Psicólogas/os, Médicos/as y Trabajadores/as Sociales) de la red de APS (Atención Primaria en Salud) de la Comuna de Valparaíso (14 Centros). El programa de Salud Mental incluye la atención de problemas de salud relacionados con la

violencia intrafamiliar, existiendo un subprograma para usuarias víctimas de violencia de pareja. Los criterios de segmentación fueron: profesión y sexo de los profesionales. Se realizaron 11 entrevistas.

Los principales resultados encontrados fueron: “los profesionales refirieron que para el abordaje de las usuarias que presentan situaciones de violencia en su relación de pareja es imprescindible la actitud de escucha. También se perciben como valorables aspectos como la empatía, la calidez en la atención, el establecer una buena relación terapeuta/paciente para lograr una relación de ayuda, la cual es vista como fundamental tanto para pesquisar como para realizar un buen seguimiento de estos casos” (Salgado, 2012, p. 3304).

Los médicos(as) y asistentes sociales mencionaron la importancia del abordaje integral multidisciplinario e incluso consideraron la participación de la familia en las atenciones. También, se menciona la derivación a otras instituciones y centros legales, este aspecto es mencionado solo por algunos entrevistados(as) de todas las áreas.

“Para un psicólogo en particular era de gran importancia poder realizar un trabajo de desvinculación de la imagen masculina con la del agresor, planteando a las usuarias otras posibilidades de masculinidad, lo cual evidentemente tiene una intencionalidad de trabajar el tema de las concepciones de género que tienen las usuarias” (Salgado, 2012, p. 3306).

La investigación denominada: Motivación del personal de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S) en San Juan de Costa Rica, que tuvo por objetivo: “analizar el nivel motivacional del personal de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud, como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo modelo de atención integral, a partir de los diferentes factores motivadores, tomando como referente el área del Cantón de Paraíso – Cervantes, Cartago” (Carpio y Villalobos, 2011, p. 73).

Finalmente, y como dato relevante en el caso del perfil de médicos y médicas, ninguno menciona temas relacionados con intervenciones en donde exista la intención de plantear o evidenciar a las consultantes temas

como: identificación de roles de género, identidad de género, empoderamiento, etc. lo que tampoco aparece en el grupo de asistentes sociales.

En relación a los resultados de la variable pertenencia para la motivación: “la población estudiada percibe la dimensión de pertenencia como desfavorable, lo cual se traduce en una falta de identificación del personal con los valores, metas y objetivos de la institución. Esta dimensión muestra para los estratos de inducción que solo el 28.8% tiene conocimiento de un programa de tal naturaleza, lo cual podría afectar la motivación del empleado para lograr el verdadero sentido de pertenencia, por cuanto no existió un canal formal de iniciación al trabajo para todos los empleados. Sin embargo el 85% de los encuestados muestra orgullo de pertenecer al área, fortaleza que se puede rescatar fortaleciendo los procesos de inducción, para no descuidar la lealtad e identificación que sienten los empleados por esta área de salud. Los estratos de trabajo en equipo muestran una motivación más favorable para la consecución de los objetivos en común, con porcentajes superiores al 70%, a excepción de que solo un 53.8% se siente parte de un equipo de trabajo que labora por un mismo objetivo, lo cual guarda relación directa con la falta de procesos de inducción, para el 100% del personal. En cuanto a la valoración de las relaciones interpersonales se observa una alta motivación para interactuar con la gente, esto es una fortaleza para el área ya que una motivación por la afiliación va muy paralela, a la motivación del logro pero la productividad tiende a disminuir si ocupa porcentajes superiores a la de logro. En este caso el 82.7% tiene lazos de unión más fuertes en este aspecto, que al trabajo mismo, analizados en los de trabajo en equipo” (Carpio y Villalobos, 2011, p. 81).

La investigación denominada: Valoración de las Mujeres Maltratadas sobre la Asistencia Sanitaria recibida, estudio realizado en Madrid – España, los principales resultados se relacionaban con: “las mujeres en muchas ocasiones acuden a la asistencia sanitaria buscando ayuda, pero esta búsqueda no suele ser directa, ya que se encuentra detrás de un cúmulo de invenciones que la mujer cuenta para ocultar la agresión, pensando que los profesionales se van a dar cuenta de lo que realmente está pasando, pero en algunos casos esto no sucede así, y los profesionales “no se dan cuenta”

o bien “lo dejan pasar”. Muchas veces la mujer no puede verbalizar su problema y lo que busca es comprensión, apoyo, que la crean, y que sean los profesionales los que detecten su problema” (Sánchez, Salamanca y Robledo, 2012, p. 6).

En este estudio las mujeres reclaman de los profesionales una actitud más empática con el problema del maltrato y con la situación por la que ellas están atravesando. Las mujeres exponen que la actitud de los profesionales es incorrecta e irrespetuosa, además de no sentirse apoyadas y comprendidas. Llama la atención que los malos tratos psicológicos sean entendidos por los profesionales sanitarios como problemas en la pareja, minimizando tanto el problema como la repercusión en la salud de las mujeres.

#### **2.1.4 Lineamientos de la Política Social en materia de Salud Mental**

##### **a. Lineamientos para la Acción en Salud Mental**

“Los Lineamientos para la Acción en Salud Mental fueron aprobados por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA de fecha 28 de enero del año 2004 con el objetivo de brindar orientación para constituir las bases de planificación de las acciones de salud mental y elaborar el Plan Nacional de Salud Mental” (Ministerio de Salud, 2004, p. 4).

El fundamento de tales lineamientos radica en las propuestas del Modelo de Atención Integral de Salud que parte de un diagnóstico de los problemas de salud, resaltando las desigualdades existentes en la población y la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud. Es precisamente debido a esta situación que los lineamientos establecen los siguientes principios para la acción en salud mental: respeto irrestricto de los derechos de las personas, equidad, integralidad para el desarrollo sostenible, universalidad, solidaridad, responsabilidad compartida, autonomía y dignidad.

A continuación, se realiza una breve descripción del documento denominado: Lineamientos para la acción en Salud Mental (MINSA, 2004, pp. 46 - 60):

“Lineamiento 1: Gestión y Rectoría en Salud Mental: considerándose que la salud mental necesita posicionarse conceptual, política y financieramente.

Lineamiento 2: Integración de la Salud Mental en la concepción de la salud: Debido a que un modelo integral de salud precisa de una política general que incorpore la salud mental como un componente explícito e inherente, que refleje la integralidad del ser humano en sus aspectos somáticos, psíquicos y espirituales.

Lineamiento 3: Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes: Este lineamiento está dirigido a garantizar el acceso y adecuado funcionamiento del circuito de atención, rehabilitación y prevención de los problemas prevalentes de salud mental en nuestro país.

Lineamiento 4: Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía: A través de este lineamiento se pone énfasis en la promoción de la salud mental y su aporte al desarrollo humano.

Lineamiento 5: Concertación Multisectorial de la salud mental: Al respecto si bien la concertación de actores y sectores es fundamental en la tarea de promoción de la salud mental, la atención y prevención de trastornos mentales también exige un abordaje interdisciplinario y coordinado.

Lineamiento 6: Creación de un sistema de información en salud mental: Siendo sumamente importante la existencia de información para la atención de la salud mental.

Lineamiento 7: Desarrollo de los recursos humanos: debido a que la calidad de atención de la salud mental depende, entre otros factores, del grado de desarrollo alcanzado por el personal que la realiza. Habiéndose encontrado que los recursos humanos vienen presentando problemas como: poca capacitación para la atención de la salud mental, estar centralizados, no contar con monitoreo para la aplicación de lo aprendido y rotar excesivamente lo cual les impide la acumulación de experiencia. Tal situación genera malos tratos hacia la población a la que muchas veces no se les brinda empatía ni el respeto a sus derechos.

Lineamiento 8: Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones en salud mental: Siendo de vital importancia impulsar una política pública que garantice la continuidad de los sistemas de planificación, monitoreo, seguimiento y evaluación respecto a la atención en salud mental. Los cuales deben desarrollarse sistemática y rigurosamente para asegurar la eficiencia y eficacia del servicio brindado.

Lineamiento 9: Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental: Mediante este lineamiento se promueve que organizaciones creadas con el fin de apoyar a personas que viven con una enfermedad mental y a sus familiares, se articulen más en función de otros servicios en salud mental; así como, de otras redes sociales. De esta manera, se constituyen en estrategias de soporte emocional y social”.

**b. El Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010**

“Por Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA del 27 de Julio del 2004, se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como una de las diez estrategias sanitarias prioritarias, encargándose a la Dirección General de Promoción de la Salud su coordinación a nivel nacional y a los Directores Regionales de Salud la coordinación regional. Asimismo, se estableció que la gestión y ejecución de la Estrategia estaría a cargo del Comité Técnico Permanente y del Comité Consultivo, cada uno de ellos con funciones específicas” (Ministerio de Salud, 2005, p. 5).

De acuerdo al documento, se menciona que los principales factores críticos en salud mental del país son: “el débil ejercicio de rectoría del Ministerio de Salud en las acciones de salud mental en el país; estigmatización de la salud mental en la comunidad en general y exclusión de la agenda prioritaria en salud; persistencia de un modelo de atención inadecuado, basado en enfoques biomédicos, en el hospital psiquiátrico y aislado de la comunidad; recursos humanos capacitados en forma insuficiente y deficientemente distribuidos para la atención de la salud mental; poca accesibilidad de las personas con trastornos mentales a recibir un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y eficiente y problemas de salud mental en poblaciones afectadas por la violencia política” (MINSA, 2005, p. 11).

Precisamente, bajo el imperativo de afrontar los factores críticos priorizados que se señalan, en base a un abordaje de tipo participativo, que privilegie aspectos preventivo - promocionales, sin ignorar la necesidad de implementar intervenciones eficaces, eficientes y equitativas en los casos que así lo requieran, el Plan establece cinco objetivos

estratégicos a ser desarrollados durante el siguiente quinquenio, los cuales son:

1. Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas, planes y estrategias de salud mental en el país.
2. Posicionar a la salud mental como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo nacional sostenible.
3. Implementar en el Modelo de Atención Integral el componente de salud mental y psiquiatría.
4. Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental.
5. Garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos que sean necesarios para la atención psiquiátrica dentro de una política nacional de medicamentos.
6. Desarrollar un Programa de Reparaciones en Salud para la población afectada por la violencia política.

- c. **El Plan Nacional de Salud Mental** fue aprobado por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA de fecha 06 de octubre del año 2006.

Constituye un documento técnico normativo que promueve iniciativas y actividades sectoriales e intersectoriales de mayor impacto, que trascienden el proceso de la enfermedad y generan entornos y estilos de vida saludables. Adicionalmente, este documento técnico normativo plantea dos objetivos estratégicos y cuatro objetivos generales que, a su vez, están compuestos por objetivos específicos (MINSA, 2006, pp. 10 - 16).

**Objetivos estratégicos:**

- “Contribuir a la salud mental de los peruanos y peruanas sin distinciones de ninguna índole.
- Fortalecer las redes de soporte, sociales y comunitarias, para una vida sana, incluyendo la salud mental en los planes a nivel nacional, regional y local”.



### **Objetivos generales:**

1. “Posicionar la salud mental como un derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país: para ello, se plantea la difusión pública de su rol determinante para una mejor calidad de vida, el debate sobre los enfoques y políticas; así como, la organización de un sistema de información e investigación intersectorial que incluya la identificación de experiencias exitosas en salud mental.
2. Fortalecer el rol rector del MINSA en salud mental de manera concertada en el ámbito nacional, regional y local, con el propósito de garantizar los derechos ciudadanos; y de este modo ser factor de cohesión social: Implica la conducción concertada de políticas, mediante la planificación y evaluación de acciones conjuntas intra e intersectoriales y la coordinación con organizaciones de la sociedad civil.
3. Asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental, en base a la reestructuración de servicios que priorice la atención en la comunidad: Comprende intervenciones en todo el proceso salud-enfermedad mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; y, de manera conjunta, el desarrollo de la calidad de los recursos humanos vinculándolos a la comunidad, para de este modo contribuir a la difusión de la salud mental y a la desestigmatización de la persona con trastornos mentales. Promoviendo, a su vez, una política de medicamentos con equidad.
4. Promover la equidad en la atención de salud mental en términos de estrato social, género, ciclo de vida y diversidad cultural; dando atención diferenciada a las poblaciones vulnerables, especialmente a las afectadas por la violencia política: Tiene como fin contribuir con el proceso de reconstrucción nacional y reconciliación”.

### **2.2 Principales conceptos tratados en la investigación**

**Motivación del personal de salud mental:** para efectos de la presente investigación se entiende por motivación de acuerdo a la: OMS (1990), citado por Segredo (2003), define a la motivación como el “conjunto de reacciones y actitudes naturales propias de las personas, que se manifiestan cuando determinados estímulos del medio circundante se hacen presentes”.

El empleado motivado o satisfecho al menos en lo que concierne a su trabajo, es aquel que muestra un claro interés por realizar su labor de la mejor manera posible se esfuerza en colaborar, es dedicado y hasta trabaja tiempo extraordinario si es preciso.

**Capacitación con Herramientas Técnicas:** para efectos de la presente investigación debe entenderse la capacitación o desarrollo de personal, como: “toda actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal” (OMS, 1992). Además del manejo de herramientas técnicas que permitan dar una atención adecuada a la población que es víctima de violencia contra la mujer en el marco de la atención primaria en salud mental.

**Atención Primaria en Salud.** Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. “Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (OMS, 2015).

Las personas que reciben atención en salud mental a nivel de los establecimientos primarios en salud, deben encontrar respuestas efectivas a las urgencias y emergencias, el personal de salud está capacitado para la atención básica y cuando el caso lo requiera, desarrollar las referencias o derivaciones correspondientes a instituciones de mayor capacidad resolutive.

La atención primaria en salud mental es realizada (aunque no lo saben en forma implícita) por todos los profesionales de la salud pertenecientes a los establecimientos, pues desde que se recibe a los usuarios y usuarias de los servicios existe una relación que genera actitudes favorables o desfavorables en las personas que hacen uso del servicio de salud mental. En algunos establecimientos de atención primaria no existen psicólogos, por tanto quienes desarrollan las acciones de atención son los médicos, enfermeras y/o en algunos casos las obstetrices.

En los puestos de salud más alejados del Perú, la atención primaria en salud mental la realiza el único personal técnico de salud, realizando una intervención con las limitaciones geográficas, climáticas y de distancia que enfrenta en zonas

alto andinas o selváticas de la región Junín. Cuando el personal de salud no conoce herramientas y técnicas básicas de intervención puede resistirse a abordar los problemas de salud mental de las usuarias o realizar una intervención superficial que no incluye el soporte emocional de las pacientes en crisis luego de las agresiones.

**Percepciones sobre calidad de atención:** para efectos de la presente investigación la percepción, “es un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos, es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa” (Frigo, 2008 - Citado en la Tesis: Percepción del familiar del paciente crítico en un hospital de Lima – Martinez, Katherine, 2014).

Bajo un criterio general existirían dos valoraciones: satisfacción e insatisfacción, estas dos valoraciones han sido expresadas en las siguientes categorías de respuesta de acuerdo al servicio recibido: excelente, bueno, regular, malo y muy malo.

**Violencia contra la Mujer.** De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define como: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que causa, o es susceptible de causar a las mujeres, daño o sufrimiento físico, psicológico y sexual, e incluye las amenazas de tales actos y la restricción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada” (OMS, 2015).

La presente investigación pretendió describir los factores que dificultan el proceso de un adecuado abordaje de la problemática de la violencia contra la Mujer. La Región Junín actualmente ocupa el segundo lugar a nivel nacional de acuerdo a las cifras reportadas por el Ministerio de la Mujer, y cabe agregar que en el primer trimestre del año 2014 se produjeron tres feminicidios en la localidad de Huancayo.

De acuerdo a la bibliografía revisada la violencia contra la mujer responde a patrones de machismo y reforzamiento del poder que se otorga a los agresores.

El concepto de género alude, “tanto al conjunto de características y comportamientos, como a los roles, funciones y valoraciones impuestas dicotómicamente a cada sexo a través de procesos de socialización, mantenidos y reforzados por la ideología e instituciones patriarcales” (Facio, A. y Lorena Fries 2005: 01).

Las migraciones después de la violencia política en la región también han hecho más profundo el arraigo del uso naturalizado de la violencia como una forma de relacionarse por tanto es muy común observar la repetición de patrones violentos hacia la mujer; convirtiéndose en un aspecto influyente, pero que no indica que algunas mujeres que actualmente son víctimas hayan provenido de hogares agresivos. Muchas de ellas han desarrollado dependencia afectiva y altas expectativas en relación a la pareja.

**Salud Mental.** En el presente contexto la salud mental es entendida como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Además, está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. La salud mental de las mujeres se deteriora pues la violencia contra la mujer genera secuelas psicológicas, físicas y sexuales que no se aceptan como deterioro. Algunos síntomas físicos responden a las afecciones a las que son proclives las mujeres como dolores intensos de cabeza, insomnio, dificultades gastrointestinales, labilidad emocional, entre otros. Una de las percepciones encontradas en la línea base del Proyecto de Salud Mental de las Mujeres del Movimiento Manuela Ramos en el 2012 en los distritos de Chilca y Ocopilla en la ciudad de Huancayo, revela que un 43% de varones (de una muestra de 150) perciben la depresión en las mujeres como una debilidad y no como un problema de salud mental.

Las mujeres víctimas de violencia tienden a reducir sus posibilidades y alternativas para renunciar a la violencia, los cambios les producen temor y prefieren sostenerse en la idea de que él que necesita ayuda es el agresor.

**La Salud Mental como Derecho Fundamental:** se define como la: “capacidad de disfrutar integralmente de las posibilidades de la vida ajustándose a los cambios y participando creativamente dentro de ellos, estimulado por el aliento de una ilusión” (Ticona 2014: 62). Se relaciona con la razón de ser, el fin y el

límite de los derechos fundamentales, que se consideran que son un instrumento para alcanzar la libertad y la autonomía moral.

**Sensibilidad de los profesionales de salud mental:** para efectos de la presente investigación se valora la sensibilidad como la capacidad que tiene el profesional para interesarse en la persona que ha sido víctima de la violencia. Además, es “comunicar que, sean cuales sean la calidad de las ideas, acontecimientos, actitudes y valores de la persona que habla, el que escucha no evalúa a esa persona por sus ideas o sentimientos” (Entuxia 2012:01).

Es decir, a mayor empatía mayor sensibilidad y compromiso del profesional para sostener afectivamente a las usuarias, mientras que a menor empatía menor interés y actitud solícita frente a ellas.

**Enfoque de los Derechos Humanos.** Los derechos humanos son estándares internacionales con una ley superior para los Estados que ratifican su vigencia y el marco de referencia legítima que respalda los problemas sociales. “La insuficiente satisfacción de las necesidades básicas consistidas en alimentación, trabajo, vivienda, educación, permite identificar al Estado como entidad que tiene la obligación de satisfacerlos” (OMS, 2011).

El Estado debe garantizar la realización plena de los derechos humanos sin distinción, pues son fundamentales se basan en la igualdad y la no discriminación, por ello constituye un enfoque importante a la hora de formular políticas que resuelvan situaciones de discriminación y exclusión de mujeres en todos los ámbitos de la vida social.

**La Actitud cálida.** Concepto introducido por Carl Rogers quién hace referencia a la inclusión de la aceptación y cariño del cliente; “el orientador apoya la actitud positiva de la persona hacia la autorrealización que precisa de una atmósfera cálida para su crecimiento. Con esta actitud se destruye el sentimiento o actitud de amenaza que tiene el cliente cuando ha de aproximarse a conocimientos profundos que se contraponen a su yo ideal” (Geibler – Hege 1997:73).

## CAPÍTULO III

### Diseño Metodológico de la Investigación

#### 3.1 Forma del Estudio

La forma consistió en un estudio de caso, para ello se revisaron los documentos técnicos y normativos, contrastando con la situación de los usuarios y la perspectiva de los servidores.

#### 3.2 Metodología del estudio

La investigación que se realizó es de tipo descriptivo simple, porque permitió describir los factores que limitan la atención adecuada de la salud mental a mujeres víctimas de violencia de género, además de predecir e identificar las relaciones entre las variables y proponer mejoras a las políticas y estrategias de salud mental existentes.

VARIABLE	INDICADORES
1.1 Motivación en los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.	1.1.1 Escucha activa con atención y retroalimentación.
1.2 Sensibilidad de los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.	1.2.1 Actitud cálida.
1.3 Percepción del servicio recibido.	1.3.1 Satisfacción por la atención recibida. 1.3.2 Insatisfacción por la atención recibida.
1.4 Reconocimiento de la salud mental como un derecho.	1.4.1 Número de usuarias que conocen el derecho en salud mental.  1.4.2 Número de usuarias que hacen ejercicio del derecho en salud mental.
1.5 Conocimiento sobre la existencia del servicio por las mujeres.	1.5.1 Número de usuarias que conocen el servicio de salud mental.

#### 3.3 Estrategia de Investigación.

El diseño que se utilizó permitió la recolección de dos o más conjuntos de datos de un grupo de sujetos con la intención de determinar la subsecuente relación entre esos conjuntos de datos.

En ese sentido, la estrategia metodológica que se decidió utilizar para el presente estudio es cualitativa en la que consideramos datos cuantitativos como cualitativos mediante un análisis cualitativo; los cuales nos permitieron visualizar lo que no se percibe a simple vista.

### 3.4 Fuentes

- **Profesionales de salud mental del ámbito:** pertenecientes al sistema de salud regional. Ocho de ellos con contrato laboral por el año de ejercicio público. Dos de ellos pertenecen al Servicio Rural Urbano Marginal en Salud – Modalidad Equivalente (personal que no percibe ingresos económicos mensualizados).
- **Usuaris.** 35 mujeres usuarias de los servicios de salud mental por problemas relacionados con la violencia de género. La mayoría de ellas fueron atendidas por derivaciones del propio personal de salud de los establecimientos. Se recogen las percepciones y sensaciones de las mujeres respecto a la atención. Se identifican mujeres entre los 18 y 49 años teniendo en cuenta que es el grupo mayoritario de la población femenina en la zona de investigación.

### 3.5 Técnicas de recolección de información

#### 3.5.1 Entrevistas:

Se construyeron y validaron dos entrevistas: una destinada a los profesionales y la otra a las usuarias del servicio de salud mental. Ambos instrumentos han sido sometidos a criterio de jueces, que cumplieron con los requisitos de ser expertos en metodología y salud mental. Se solicitó la revisión de cinco jueces para la validación correspondiente. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas orientadas a profundizar los temas de la investigación; se usó una guía de preguntas orientadas a conocer las diversas percepciones de los profesionales de salud mental y las usuarias, además se pudo repreguntar o formular nuevas interrogantes a partir de la información que se obtuvo.

#### 3.5.2 Grupo Focal:

Se construyó una guía para el grupo focal que incluyó preguntas sobre la percepción de las usuarias del servicio recibido y el acceso a la salud mental como un derecho. Esta técnica cualitativa permitió promover la conversación o discusión entre determinados interlocutores respecto a los

temas planteados. Aquí se buscó focalizar el punto de vista grupal de las usuarias, que emergió durante las sesiones.

### 3.6 Dimensiones del Estudio

**3.6.1 Universo.** Está constituido por las usuarias y profesionales de salud mental de la Microrred de Salud del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, que son:

#### Usuarias

Casos reportados de VIF – CEM Chilca	2010	2011	2012	2013	MUESTRA
Total de casos por año	407	535	316	306	35 mujeres

Fuente: Estadísticas - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2013

#### Profesionales de la Microrred de salud de Chilca

N° Total/Lugares	Total Muestra: Número total de profesionales de salud mental que laboran en Chilca
Centro de Salud de Chilca	2
CLAS La Esperanza	1
Huayucachi	1
Sapallanga	1
Azapampa	1
Huancán	1
Pucará	1
Auquimarca	1
Huari	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

Fuente: Red de Salud Valle Mantaro, 2014



## **CAPITULO IV**

### **Presentación, Análisis y Discusión de Resultados**

En el presente capítulo se describen los resultados hallados en la investigación, de acuerdo a los objetivos y variables propuestos. El objetivo general responde a conocer los factores que limitan la atención adecuada de la salud mental a mujeres víctimas de la violencia de género, a través del análisis de la prestación y la demanda del servicio, para proponer mejoras a las políticas y estrategias de salud mental existentes.

El primer objetivo estuvo destinado a caracterizar el desempeño de los profesionales de la salud mental del distrito de Chilca, respecto a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género.

Por otro lado, el segundo objetivo específico se propuso caracterizar el uso y/o la demanda de los servicios de salud mental, por parte de las mujeres víctimas de la violencia de género, y el último objetivo está destinado a la propuesta de mejora a las políticas y estrategias de atención en salud mental dirigidas a las mujeres víctimas de la violencia de género, para elevar la calidad y calidez del servicio.

#### **4.1 Conocimiento sobre la existencia del servicio por las mujeres.**

El 73% de mujeres entre los 18 y 25 años refieren haber conocido el servicio por recomendación o derivación del personal de salud y el 27% por recomendación de otras personas o familiares. El 62.5% de mujeres entre los 26 y 49 años fueron convocadas al servicio y lo conocieron a través del propio personal de salud. El 25% a través de otras personas o familiares y el 12.5% por vecinas del barrio. Por tanto, se evidencia que la mayor parte de las usuarias llegan al servicio de salud mental por derivación y difícilmente conocen el servicio por iniciativa propia.

De acuerdo a la investigación desarrollada, se evidencia que el servicio para ser conocido por las usuarias, es difundido a través de las campañas de salud u otros medios de difusión como paneles o franelógrafos dentro del establecimiento de salud. Sin embargo, no todas las mujeres conocen las acciones realizadas por el personal de salud mental.

A partir de los resultados obtenidos, se evidencia que las mujeres no conocen el servicio por diversas razones, una de ellas puede incluir la actitud de los profesionales en la promoción del servicio que no reconoce las características educativas y culturales diferenciadas de las mujeres.

Además, otra posible limitación de los profesionales es el desconocimiento de los criterios comunitarios y los enfoques de intervención (género, derechos humanos e interculturalidad) para crear y utilizar medios de difusión efectivos y que lleguen a las usuarias.

Por otro lado, los materiales de difusión no necesariamente logran el objetivo de promocionar el uso del servicio. Las mujeres que llegaron a ser atendidas fueron derivadas en el mismo momento que acudieron al establecimiento y no fuera de él. Como se ha observado, la mayor parte de mujeres ha sido atendida por una sola ocasión, este proceso de atención y consejería no garantiza la adherencia al seguimiento de su problemática.

En ocasiones, los profesionales no toman en cuenta las necesidades de las propias mujeres, y al no establecerse un diálogo reflexivo respecto a ello, las mujeres no priorizan una sesión en salud mental. Al respecto una mujer refiere: *“Cuando hay un problema, es bueno recibir orientación, pero no siempre hay tiempo y dinero para acceder a la atención...”*

Una de las consideraciones específicas de la Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, prioriza la importancia de la participación activa del profesional en la atención dentro y fuera del establecimiento, en cuanto a lo último refiere: *“...en el espacio extramural a través de acciones de promoción de la salud, en escenarios como el familiar, la comunidad, las instituciones educativas, los centros laborales, y a través de acciones de promoción de la salud, visitas domiciliarias y actividades educativo – comunicacionales”* (MINSA, 2007).

La mayor parte de las mujeres asiste al establecimiento de salud para atender alguna enfermedad física, son muy pocas las que acuden directamente a buscar ayuda para el soporte emocional.

40% de las mujeres entrevistadas refieren conocer pocas veces las acciones emprendidas por el servicio de salud mental y el 28.6% de mujeres refiere que nunca las han conocido. Solo una de ellas afirma conocer de cerca las acciones

establecidas. De acuerdo a la información que recibieron en los servicios de salud mental, las mujeres reconocen que, en casos de violencia sexual y física, una medida es la denuncia policial. Para la atención del problema de violencia de género consideran que las instituciones que brindan apoyo son el Centro Emergencia Mujer, la Policía Nacional del Perú y la fiscalía de familia.

Las mujeres reconocieron que la atención recibida en salud mental se da por cuestiones específicas, por ejemplo, cuando están esperando un hijo; al respecto una mujer refiere:

*“...cuando una está embarazada te mandan a pasar por el psicólogo para que te hagan una encuesta... pero no he regresado...”*

También, tienen algunas críticas o comentarios a que no siempre son comprendidas en relación a su problemática:

*“...Las mujeres no hemos tenido mucho apoyo, no tenemos soporte; las mujeres nos llamamos y el mismo Estado no nos apoya, nos dicen que nosotras nos lo buscamos, nos toman como culpables y a veces lo único que nos queda es aguantar... puede cambiar si se recibe ayuda, pero a veces también se recibe maltrato de la policía...”*

#### **4.2 Percepción del servicio recibido**

Las mujeres encuestadas en la presente investigación calificaron al servicio recibido con cinco diferentes criterios: excelente, bueno, regular, malo y muy malo; sin embargo las mujeres calificaron al servicio recibido sólo en base a los tres primeros criterios mencionados. Como ya se evidenció anteriormente, la mayor parte de mujeres acudió a una sola sesión al servicio de salud mental representando el 42.9% de usuarias encuestadas. A continuación, se muestra un cuadro con los resultados obtenidos:

**CUADRO N° 5**  
**CALIFICACIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO POR LAS USURIAS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO**

NIVEL EDUCATIVO	CÓMO CALIFICARÍA UD. AL SERVICIO RECIBIDO			Total
	Excelente	Buena	Regular	
Primaria incompleta	2,9	2,9	5,7	11,4
Primaria completa	0,0	8,6	0,0	8,6
Secundaria incompleta	0,0	17,1	8,6	25,7
Secundaria completa	2,9	17,1	17,1	37,1
Superior incompleta	0,0	5,7	2,9	8,6
Superior completa	0,0	8,6	0,0	8,6
<b>Total</b>	<b>5,7</b>	<b>60,0</b>	<b>34,3</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuestas Aplicadas a Mujeres – Elaboración propia - 2014

El 17.1% de mujeres con instrucción de secundaria completa refieren que el servicio recibido fue regular, otro grupo de mujeres en el mismo nivel de instrucción representando el 17.1% califica al servicio como bueno y un 2.9% refiere que el servicio fue excelente. Se observa además que un 8.6% de mujeres con instrucción de secundaria incompleta califica al servicio como regular, un 5.7% de mujeres con instrucción superior incompleta refiere que la atención fue buena. Otro 5.7% de mujeres con instrucción de primaria incompleta califica al servicio recibido como regular, un 2.9% califica como buena la atención y otro 2.9% como excelente.

Si bien se evidencia que el 60% de las encuestadas califica la atención recibida como buena, existe un 34.3% de mujeres que lo calificaron como regular; respecto a este resultado es necesario tener en cuenta que la mayor parte de las mujeres participantes en esta investigación fueron atendidas durante una sola sesión, esto puede limitar una percepción más profunda del trato de los profesionales en el abordaje de la violencia de género.

Las mujeres que perciben haber recibido una atención regular, y que ascienden a un 34.3%, se relaciona con la calidad y la calidez del profesional que las atendió, la motivación por la adherencia al tratamiento se relaciona directamente con la comprensión de las diferencias individuales de los casos recibidos, a ello se añade la importancia de generar un plan de intervención específico para cada una de las usuarias del servicio. Si el profesional no ha insertado los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos en su quehacer profesional, es

probable que se nieguen las capacidades y recursos de las propias mujeres en la recuperación y el soporte emocional de las mismas.

Una de las limitaciones que existe en los establecimientos de salud, está relacionada con las metas cuantitativas de atención de los profesionales en salud mental, generalmente están obligados a atender a siete pacientes en un turno de 06 horas. En algunos casos, el seguimiento a los casos de alto riesgo relacionado con la violencia hacia las mujeres, es muy reducido. No se han tomado en cuenta que el abordaje de la salud mental, responde a una necesidad de reconocer las fortalezas y capacidades del contexto comunitario que podría apoyar en la resolución y participación de los miembros de la comunidad en la resolución del problema.

#### **4.3 Reconocimiento de la salud mental como un derecho.**

Las mujeres encuestadas reconocen la importancia de la salud mental, sin embargo cuando se les pregunta si han sido informadas sobre el derecho de su atención en salud mental, responden que no. De acuerdo a la presente investigación, la salud mental como derecho fundamental se relaciona directamente con la: “capacidad de disfrutar integralmente de las posibilidades de la vida ajustándose a los cambios y participando creativamente dentro de ellos, estimulado por el aliento de una ilusión” (Ticona, 2014). Al respecto las mujeres encuestadas refieren:

*“...nos ayuda personalmente, nos levanta nuestra autoestima, estar bien con nosotras mismas; sentirse bien...”*

*“...mejorar en mi carácter...”*

*“...me permite estar bien con mi pareja y familia...”*

*“...porque así no habría mucha delincuencia, mucho maltrato. Estar bien de la cabeza, actuar bien...”*

*“...yo vine porque me invitaron en el centro de salud, no sé muy bien”.*

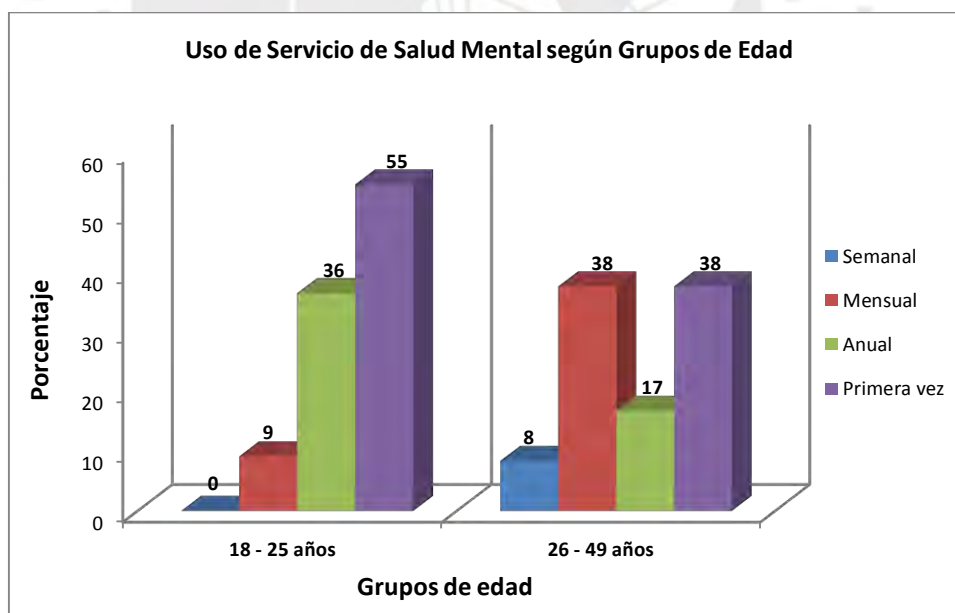
Como se evidencia en los comentarios anteriormente descritos, un grupo mayoritario comprende la importancia de atender su salud mental, que se relaciona con el bienestar; con las relaciones personales, familiares y sociales, además de mantenerse “bien de la cabeza”, esta información sostenida es

importante porque conocen que pueden hacer uso del servicio, sin embargo no están siendo informadas de que es un derecho garantizado por el estado para la realización plena de los derechos ante cualquier dificultad psicoemocional.

Por otro lado, el primer objetivo del Plan Nacional de Salud Mental establece el posicionamiento de la salud mental como un derecho fundamental y es componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país. Este proceso evidencia la necesidad de incorporar acciones desde las instituciones y organizaciones que abordan la salud mental para difundir su conocimiento y ejercicio, además del fortalecimiento personal, familiar y comunitario en las acciones de los integrantes de la sociedad.

Como se observa en el siguiente gráfico quienes conocen y hacen uso del servicio con una frecuencia mensual representan el 38% y son las mujeres de 25 a 49 años, frente a un 9% de mujeres con edades de entre 18 y 25. Por otro lado, otro 38% de mujeres entre 25 y 49 años han sido atendidas por primera vez frente a un 55% de mujeres entre 18 y 24 años:

Gráfico N° 1



Fuente: Encuesta aplicada a usuarias. Octubre 2014

Elaboración propia.

Si bien es cierto la mayor parte de casos son derivados por otros servicios, las mujeres con mayor edad son las que frecuentan el servicio de salud mental, lo que significa que a mayor edad existe mayor interés en la solución de sus problemas y hacen uso del servicio para el seguimiento correspondiente.

Las mujeres de 26 a 49 años frecuentan el servicio, debido a condiciones de madurez personal y socioemocional, han establecido proyectos de vida y pertenecen a una población más activa y con mayores preocupaciones en una mejor calidad de vida de su familia. Por otro lado, las mujeres entre 18 y 25 años, generalmente son derivadas al servicio por normatividad institucional para mujeres en edad fértil, ya que la mayor parte son primerizas y su atención en salud mental no es realmente prioritaria.

Por otro lado, las mujeres manifiestan que las amenazas y manipulaciones de sus agresores las limitan en la toma de decisiones, por lo tanto la resistencia al cambio se hace más profunda. Algunas mujeres no vuelven al servicio porque tienen miedo y vergüenza de buscar apoyo psicológico y hablar sobre la violencia. En ocasiones, han recibido información previa sobre cómo actuar bajo situaciones de violencia, sin embargo no todas comprenden los pasos específicos y no existe la continuidad en la consejería psicológica. Al respecto una de las mujeres refiere:

*“...tenemos miedo a las reacciones de nuestros esposos, pues pueden volver a agredirnos. Sentimos vergüenza porque algunos de los que trabajan en la posta nos conocen y da temor que lo cuenten...”*

La vergüenza está directamente relacionada con los prejuicios asumidos por la expectativa social, ser expuestas a hablar sobre la violencia genera temor por las represalias y amenazas de sus parejas. Por otro lado, sino existe personal capacitado para comprender sus procesos de cambio serán en algunos casos, cuestionadas y juzgadas, situación que las hace vulnerables.

#### **4.4 Capacitación con herramientas técnicas para el abordaje de la violencia de género.**

Se entiende al proceso de capacitación como el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes aplicables al manejo de herramientas y técnicas que permitan dar una atención adecuada a la población que es víctima de violencia de género en el marco de la atención primaria en salud mental.

En relación a la capacitación con herramientas técnicas, se encontraron los siguientes resultados: ocho profesionales encuestados refieren conocer el protocolo de atención para mujeres víctimas de la violencia familiar, y coinciden

en que el proceso consiste en tamizar los casos de violencia y aplicar el protocolo correspondiente de atención. Este protocolo es aplicado en el servicio de obstetricia o psicología. Siete refieren realizar referencias y/o derivaciones correspondientes a instancias como el CEM, fiscalía y/o comisarías. Sin embargo, se evidencia el desconocimiento del flujograma de atención cuando la víctima decide realizar la denuncia correspondiente. Mencionan a la DEMUNA como entidad responsable, sin embargo dicha institución no tiene como competencia atender procesos de violencia intrafamiliar. Por otro lado, tres de ellos refieren no conocer dicho protocolo, entre los motivos se incluye el no contar con el instrumento en el establecimiento de salud, no haber recibido capacitación previa en relación a los protocolos y talleres de inducción suspendidos debido a la huelga nacional en el año 2014, que se prolongó durante varios meses.

Uno de los profesionales manifiesta que dicho documento es inaplicable por ser una ficha amplia con diversos ítems que dilataría el tiempo de la atención.

Todos los profesionales encuestados señalan que sus funciones y responsabilidades están bien definidas, ello indica que hay facilidad para el buen desempeño de su labor en los casos de atención a mujeres víctimas de la violencia de género.

Ocho de los profesionales encuestados manifiestan que han recibido inducción al iniciar sus labores, sin embargo, otro grupo señala que no han sido capacitados por la DIRESA, órgano encargado de direccionar las funciones específicas de la Estrategia de Salud Mental. Asimismo, uno de ellos refiere que el personal encargado de desarrollar este proceso estaba de vacaciones y sólo le indicó que se guíe de los documentos previos que se encontraban en el establecimiento de salud.

Ocho de los profesionales encuestados manifiestan que la institución le proporciona oportunidades de desarrollo personal, estos eventos académicos son organizados por las propias jefaturas del establecimiento más no por el ente rector correspondiente (DIRESA). Sin embargo, algunos de ellos mencionan que no les proporcionan las facilidades para su desarrollo profesional debido a que las capacitaciones no se ajustan a su perfil, en uno de los casos una enfermera asume la responsabilidad del área de salud mental. Consideran además que



entre sus principales dificultades se encuentran: la inestabilidad laboral, el limitado acceso a la capacitación y la debilidad organizacional de la Dirección Regional de Salud.

Es necesario acotar que en algunos establecimientos de atención primaria no existen psicólogos, por tanto quienes desarrollan las acciones de atención son los médicos, enfermeras y/o en algunos casos las obstetras, factor que influye en la poca adherencia de las mujeres al servicio de salud mental pues los otros profesionales desarrollan actividades específicas de sus áreas.

Cuando el personal de salud no conoce herramientas y técnicas básicas de intervención pueden resistirse a abordar los problemas de salud mental de las usuarias o realizar una intervención superficial que no incluye el soporte emocional de las pacientes en crisis, luego de las agresiones.

Se puede concluir que ocho profesionales cuentan con oportunidades para su desempeño laboral, aunque no se garantiza su permanencia en los establecimientos, pues los presupuestos se rigen anualmente. Por tanto, se hace evidente que la formación y capacitación de los profesionales se pone en riesgo por la poca estabilidad en el sistema de salud. Los instrumentos y herramientas técnicas no son conocidos y utilizados efectivamente en todos los casos, situación que pone en riesgo la decisión de las mujeres para la continuidad en los procesos de denuncia legal y/o su atención psicológica.

En comparación con el estudio: Valoración de las Mujeres Maltratadas sobre la Asistencia Sanitaria recibida, se indica que los profesionales no psicólogos no consideran el abordaje de la violencia de género como una función a pesar de la existencia de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, dirigido a los profesionales sanitarios donde se dan orientaciones para la atención integral a las mujeres víctima de los malos tratos.

#### **4.5 Sensibilidad de los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.**

En cuanto a la sensibilidad de los profesionales, un mayoritario número de mujeres considera estar de acuerdo con la actitud de interés de los profesionales que las atendieron. Al respecto se describen algunos comentarios:

*“...es buena, me escucha y me hace ver lo que tengo que cambiar en algunas cosas... te sientes escuchada, sientes que hay confianza... sí bastante confianza...”*

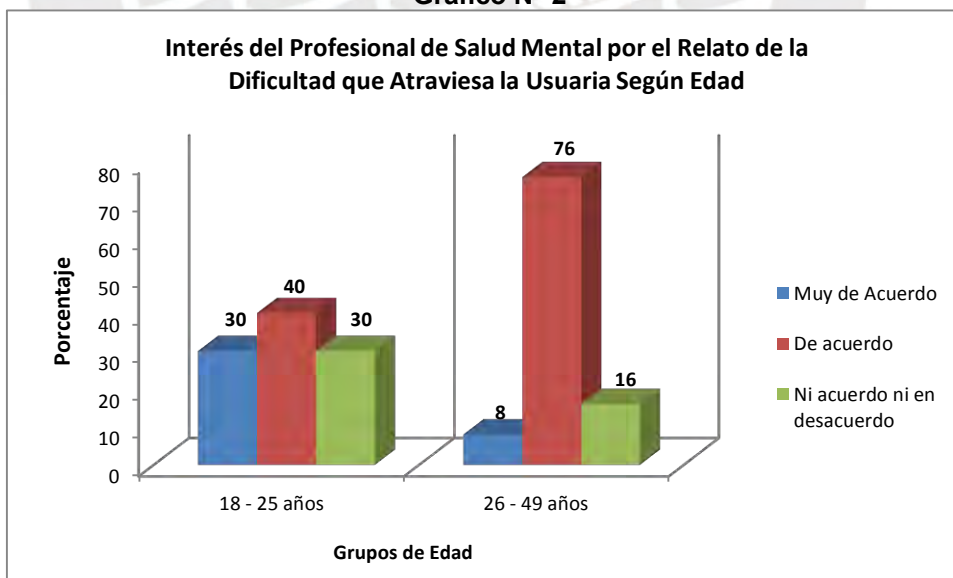
*“...la primera vez que asistí a la sesión con la psicóloga me atendió bien, me escuchó, sin embargo cuando fui la segunda vez se molestó mucho conmigo porque yo no quería denunciar a mi esposo... me sentí incómoda...”*

*“...me dio información y orientación para realizar algunas actividades como hacer deporte, caminar... me dio algunos tips adecuados porque yo sufro de ansiedad...”*

*“...no me entendió y me trató mal”.*

Si bien se evidencia que la mayor parte de las mujeres sintió el interés de los profesionales de salud mental del relato llevado a consulta, se obvian las necesidades individuales y diferenciales de las mujeres que acuden a buscar apoyo profesional. En uno de los casos existe una consejería directiva que le dice a la persona cómo tiene que hacer las cosas y no están basadas en sus propios intereses y recursos personales.

**Gráfico N° 2**



Fuente: Encuestas Aplicadas a Mujeres

Elaboración propia - 2014

Asimismo, en el gráfico anterior se muestra que el 76% de mujeres encuestadas entre 26 y 49 años afirma estar de acuerdo en que los profesionales mostraron

interés por su caso. El 40% de mujeres entre 18 a 25 años está de acuerdo con el interés de los profesionales. Las mujeres del grupo de mayor edad muestran conformidad en que se mostró interés en su caso y por tanto percibieron mayor sensibilidad en cuanto a temas de violencia de género se refiere; en las mujeres más jóvenes la percepción del interés es muy variable, existe un grupo que no define exactamente si se interesaron plenamente por su caso y se sintieron poco acogidas.

Un grupo de participantes coincide en haberse sentido en confianza con los profesionales de salud mental, se sintieron escuchadas y buscaron ayuda directa por recomendación o porque comprendieron la necesidad de solicitar apoyo psicológico. Una de las mujeres considera que recibió orientación e información pertinente para ejecutar algunos cambios específicos en su vinculación con otros. También consideran que se garantizó la confidencialidad del problema que llevaron a consulta.

En cuanto a la percepción de las mujeres encuestadas se observa que un grupo mayoritario de mujeres que formaron parte de la muestra, consideran que fueron abordadas con interés y aceptación, mostrando sensibilidad por sus emociones y se sintieron en confianza. Sin embargo, otro grupo no sintió un interés auténtico, pues recibieron orientaciones generales y no resolvieron todas sus dudas. Al respecto una usuaria refiere:

*“...la primera vez fui bien atendida, la segunda la psicóloga parecía molesta conmigo porque yo no había hecho lo que me había aconsejado... me trató diferente a la primera vez y ya no volví...”*

Aquí es necesario señalar que el grado de instrucción y la edad son factores que influyen en la comprensión de los alcances dados por los profesionales. De acuerdo a estas consideraciones se observa que las percepciones son diferenciadas, entre el que atiende y la víctima, probablemente porque las actitudes de los profesionales no responden a las expectativas de las usuarias en algunos casos.

Según Carl Rogers: “la actitud cálida, incluye la aceptación y cariño del cliente, el orientador apoya la actitud positiva de la persona hacia la autorrealización que precisa de una atmósfera cálida para su crecimiento” (Entuxia, 2012).

Por otro lado, “con esta actitud se destruye el sentimiento o actitud de amenaza que tiene el cliente cuando ha de aproximarse a conocimientos profundos que se contraponen a su yo ideal” (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Este concepto permite comprender que la sensibilidad de los profesionales en salud mental, que incluye una actitud de aceptación sin críticas, libre de prejuicios y presto a acudirle afectivamente durante el proceso. No todas las mujeres logran ser comprendidas y en algunos casos, ellas no han logrado identificar sus potencialidades y recursos para tomar acciones.

En cuanto a los resultados de los profesionales, se obtiene que ocho profesionales refieren que les resulta fácil establecer un clima de confianza en el servicio que brindan ya que es parte de la experiencia y de su vocación. Coinciden en opinar que las mujeres pueden recuperarse completamente, sin embargo, eso dependería de la predisposición, el diagnóstico y la toma de conciencia en el proceso de su propia recuperación. Ocho de los profesionales encuestados perciben que las mujeres atendidas logran resultados efectivos en su recuperación, situación que los reconforta e incrementa su bienestar y el de las usuarias.

Ocho profesionales refieren que establecen un adecuado clima de confianza para el desenvolvimiento de las usuarias. Tres de ellos utilizan técnicas para lograrlo. Sin embargo, dos de ellos refieren que es difícil entablar la confianza en casos que se relacionan con la violencia de género, pues influyen condiciones como la naturalización de la violencia y los factores socioculturales que ellos perciben como elementos que limitan los cambios. Uno de los profesionales señala que, en algunos casos, las mujeres rechazan la atención psicológica por parte de los psicólogos varones.

De acuerdo a lo referido por ocho profesionales, se sensibilizan por los casos de violencia de género y se interesan por las emociones de las mujeres. Se resalta la credibilidad que se les da a las mujeres, quienes tienen la posibilidad de mejorar sus relaciones en sus entornos, además consideran a la empatía como

un instrumento para generar un vínculo emocional que crea confianza y apertura para dialogar con mujeres víctimas de violencia de género.

En comparación con la investigación denominada: “Relatos de los Equipos de Salud Mental de Atención Primaria acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja se menciona que los resultados vinculados a los elementos en la atención de las víctimas, las usuarias perciben como valorables aspectos como la empatía, la calidez en la atención, el establecer una buena relación para lograr una relación de apoyo y se incluye el respeto a los tiempos de las usuarias” (Salgado, 2012, p. 3304).

Por otro lado, en comparación con la presente investigación, en el estudio: “Valoración de las Mujeres Maltratadas sobre la Asistencia Sanitaria recibida, se indica que las mujeres reclaman de los profesionales una actitud más empática con el problema del maltrato y con la situación por la que ellas están atravesando. Las mujeres exponen que los profesionales deberían tener “don de gente”, porque la actitud que en ocasiones muestran hacia ellas, es considerada por la mujer de incorrecta e irrespetuosa, encontrando en esta actitud, falta de ayuda y comprensión, lo que ha hecho que a nivel emocional la mujer, en ocasiones, se derrumbe” (Sánchez, Salamanca y Robledo, 2012, p. 6).

#### **4.6 Motivación en los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.**

En la entrevista se recogieron diversas opiniones y percepciones sobre su motivación laboral en la atención a mujeres víctimas de violencia de género. En relación a ello, la motivación laboral se refiere de acuerdo a la OMS (1990), citado por Segredo (2003) “al conjunto de reacciones y actitudes naturales propias de las personas, que se manifiestan cuando determinados estímulos del medio circundante se hacen presentes”.

De acuerdo a los resultados se observa que ocho profesionales consideran sentirse satisfechos con el trabajo que desarrollan, porque existe un clima laboral adecuado e interacciones agradables que promueven un mejor desempeño laboral, sienten que su trabajo da resultados y han elegido la profesión por

vocación. A ello se suma que toman la iniciativa en la mejora de su desempeño laboral.

En tres casos cuentan con un ambiente privado, aunque existen establecimientos que no tienen habilitado el espacio para la atención en salud mental. Según refieren, el presupuesto limitado y tampoco permite la adquisición de materiales para el desarrollo de actividades. Consideran que las cargas laborales sí son equitativas en los servicios entre hombres y mujeres, sin embargo dos de ellos refieren que existe mayor carga laboral en el área materno infantil del servicio de obstetricia donde todas son mujeres. En la presente investigación a ocho de ellos les gusta el trabajo que desarrollan y se interesan por la satisfacción de las usuarias.

Por otro lado, ocho profesionales refieren que los espacios de su área de trabajo se mantienen organizados, limpios y seguros por iniciativa propia, en que el manejo de las llaves es personal y el acceso es autónomo. Sin embargo, en tres establecimientos aún no se han habilitado espacios de atención y se ponen en riesgo las historias clínicas de las usuarias y se limita la confidencialidad de los casos recibidos cuando el espacio es reducido.

Dos de los entrevistados que se sienten poco satisfechos en el desarrollo de sus actividades en la atención de la salud mental, mencionan su condición de SERUMs Equivalentes (Servicio Rural Urbano Marginal en Salud) quienes no perciben ingresos económicos, lo cual limita su sensación de bienestar y satisfacción laboral. También se hace evidente que en tres establecimientos el ambiente es competitivo, no existen límites claros ni respeto entre el personal de salud, el clima laboral es considerado como un desastre, pues desarrollan acciones dispersas y sin coordinación. Para dos de ellos las condiciones laborales no son las mejores, entre las razones se señala el espacio reducido e inadecuado que dificulta su atención. Por otro lado, el ambiente se comparte con otros servicios y se filtran los sonidos externos.

Por tanto, de acuerdo a los resultados encontrados, se evidencia que la motivación está vinculada a la gestión de recursos humanos, el tipo de incentivos y la preocupación de las condiciones laborales que los gerentes ofrecen a sus trabajadores. Ocho profesionales refieren procesos externos como el buen clima laboral, los espacios laborales, interacciones agradables, entre otras condiciones para sentirse motivados y su motivación interna está relacionada con la vocación

de servicio y la adaptación a condiciones difíciles. Sin embargo, el trabajo gratuito, la escasa claridad en las funciones laborales y el desgastado clima organizacional disminuyen la motivación y la satisfacción laboral.

En referencia a ello: “la motivación se encuentra dentro del proceso de la gestión de los recursos humanos, ya que está implícita en las condiciones laborales que establece la organización para regular su desempeño. Para el logro de este objetivo, es fundamental la satisfacción de los trabajadores, ya que definitivamente existe un vínculo estrecho entre el nivel de motivación laboral y el significado que tenga el trabajo para la gente”. (Carpio, 2001). De acuerdo a la encuesta realizada a un total de treinta y cinco mujeres víctimas de violencia de género, quienes dieron a conocer su percepción en cuanto a la motivación laboral del personal de salud mental que las atendió. Los resultados encontrados se evidencian en el siguiente cuadro acerca de la sensación de escucha activa:

**CUADRO N° 2  
SENSACIÓN DE ESCUCHA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO**

NIVEL EDUCATIVO	SE HA SENTIDO ESCUCHADA DURANTE SU ATENCIÓN EN SALUD MENTAL					Total
	Totalmente	Bastante	Algo	Muy poco	Nada	
Primaria incompleta	2,9	2,9	5,7	0,0	0,0	11,4
Primaria completa	0,0	8,6	0,0	0,0	0,0	8,6
Secundaria incompleta	0,0	22,9	2,9	0,0	0,0	25,7
Secundaria completa	5,7	11,4	14,3	2,9	2,9	37,1
Superior incompleta	5,7	0,0	0,0	2,9	0,0	8,6
Superior completa	2,9	5,7	0,0	0,0	0,0	8,6
<b>Total</b>	17,1	51,4	22,9	5,7	2,9	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias  
Elaboración propia. 2014

De acuerdo a los niveles de instrucción identificados, en relación al grado de instrucción: primaria incompleta, se evidencia que un número mayoritario de mujeres no logra comprender la información u orientación indicada por el profesional, un buen número de ellas se sienten algo escuchadas.

Por otro lado, de acuerdo a lo encontrado las mujeres con mayor instrucción tienen la posibilidad de realizar preguntas y lograr la retroalimentación de sus consultas y dudas de acuerdo a su problemática personal. Existe un mejor empoderamiento y conocimiento de sus derechos en salud mental que logran utilizar en un proceso de consejería. A su vez, de acuerdo a los reportes

encontrados se hace evidente que las mujeres con estudios superiores completos manifiestan haberse sentido bastante comprendidas, ascendiendo a un 8.6% del total de 35 mujeres. En este caso, las mujeres con educación superior cuentan con mejores recursos para interesarse en su proceso de recuperación y su participación activa en ella, a diferencia de las mujeres con menores grados de instrucción.

Los reportes de las encuestadas evidencian que un 11.4% de mujeres con nivel de instrucción primaria incompleta frente a un 5.7% de mujeres con estudios superiores completos están de acuerdo con el interés mostrado por el profesional en relación al problema llevado a consulta, estas características se vinculan con la vocación de servicio y el agrado por el trabajo expresado por la mayoría de profesionales entrevistados.

En relación a los grupos de edad y el indicador vinculado a la escucha activa se observa lo siguiente:

**CUADRO N° 3  
SENSACIÓN DE ESCUCHA SEGÚN EDAD**

EDAD	¿Se ha sentido escuchada?					TOTAL
	TOTALMENTE ESCUCHADA	BASTANTE ESCUCHADA	ALGO ESCUCHADA	MUY POCO ESCUCHADA	NADA ESCUCHADA	
18 – 25 años	11,4	2,9	11,4	2,9	2,9	31,4
26 – 49 años	5,7	48,6	11,4	2,9	0,0	68,6
Total	17,1	51,4	22,9	5,7	2,9	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias  
Elaboración propia. 2014

En el grupo etario de 18 a 25 años, existe un 11,4% de mujeres que afirma haberse sentido totalmente escuchada, simultáneamente la misma cifra de 11,4% considera haberse sentido algo escuchada. Un 48,6% de mujeres entre los 26 y 49 años, considera haberse sentido bastante escuchada durante su atención en salud mental. Un 11,4% se sintió algo escuchada frente a un 2,9% que se sintió poco escuchada. Se hace evidente que a mayor edad de las usuarias existe una percepción de escucha activa de los profesionales de salud mental, posiblemente por el nivel de experiencias que les ha tocado vivir y es prioritaria la solución de los problemas que las aquejan. Además, algunas de ellas ya conocen la oferta de servicios en salud mental y tienen acceso a



información más continua a diferencia de las mujeres más jóvenes, quienes probablemente están iniciando procesos de vida en común y han establecido el primer contacto con profesionales en la atención de su salud mental.

**CUADRO N° 4**  
**PREGUNTAS QUE HIZO EL PROFESIONAL SOBRE CÓMO LE HACE SENTIR SU DIFICULTAD DURANTE LA SESIÓN SEGÚN EDAD**

Edad	PREGUNTAS QUE HIZO EL PROFESIONAL SOBRE CÓMO LE HACE SENTIR SU DIFICULTAD DURANTE LA SESIÓN				Total
	Completamente verdadero	Verdadero	Ni falso ni verdadero	Falso	
15 – 25 años	5,7	17,1	5,7	2,9	31,4
26 – 49 años	0,0	57,1	8,6	2,9	68,6
Total	5,7	74,3	14,3	5,7	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias  
 Elaboración propia. 2014

El 17.1% de las mujeres entre los 18 y 25 años afirma que es verdadero que le hayan hecho preguntas respecto a cómo se sentía, sin embargo, en ese mismo grupo algunas mujeres refieren que no se les realizó la misma pregunta. El 57.1% de mujeres entre los 26 y 49 años, señala que es verdadero que el profesional de salud mental le haya hecho preguntas sobre cómo se sentía. Una de ellas observó un cambio en el buen trato entre la primera y segunda sesión, porque evidenció la molestia y sintió como órdenes las orientaciones de la profesional en relación a lo que debía hacer con su pareja.

Se observa que no en todos los casos, les ofrecieron información en torno a la derivación o referencia hacia otros servicios o incluso apoyo multisectorial. Sólo una de ellas comentó que fue derivada al médico para una consulta.

Por lo anteriormente descrito, se evidencia que la motivación de los profesionales de salud mental está basada en procesos tales como: la vocación de servicio, los espacios privados, el clima laboral adecuado, entre otros factores; sin embargo las mujeres perciben resultados diferentes de acuerdo al grado de instrucción y los grupos de edad a los que pertenecen. A mayor grado de instrucción y mayor edad las mujeres se sienten más escuchadas, comprendidas y perciben que los profesionales han indagado mejor en cuanto a su problema de violencia intrafamiliar. Es necesario resaltar que las mujeres con grados de instrucción limitados no son atendidas eficientemente por los profesionales, por

tanto las mujeres no logran absolver todas sus dudas y un grupo de ellas se siente poco escuchada y comprendida.

Los resultados de la presente investigación encuentran coincidencias con investigaciones desarrolladas al exterior del país, entre ellas la investigación denominada: “Relatos de los Equipos de Salud Mental de Atención Primaria (APS) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja, donde los profesionales refirieron que para el abordaje de las usuarias que presentan situaciones de violencia de pareja es imprescindible la actitud de escucha. Desde la percepción de las usuarias, la escucha activa tiene como finalidad comunicar que, sean cuales sean la calidad de las ideas, acontecimientos, actitudes y valores de la persona que habla, el que escucha no evalúa a esa persona por sus ideas o sentimientos. La persona que escucha acepta a la persona que habla tal como es, sin emitir juicios morales, de bien y de mal, sin tacharla de lógica e ilógica” (Salgado, 2012, p. 3304).

Por otro lado, en la investigación: Valoración de las Mujeres Maltratadas sobre la Asistencia Sanitaria se señala la importancia del clima organizacional entre los profesionales de salud mental para el logro de la motivación personal en la atención. Existe una alta valoración de las relaciones interpersonales, esta característica es una fortaleza para el área ya que una motivación por la afiliación va muy paralela a la motivación del logro, de los 52 encuestados(as) el 82.7% tiene lazos de unión más fuertes en este aspecto, que al trabajo mismo.

## CAPÍTULO V

### Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1 Conclusiones.

##### **Conocimiento sobre la existencia del servicio de las mujeres**

De acuerdo a los datos recogidos se destaca que las mujeres encuestadas en ambos grupos de edad conocen el servicio por derivación del personal de salud, otras personas usuarias, vecinos y/o familiares. Estos resultados indican que las mujeres no buscan ayuda en salud mental por decisión e iniciativa propia. Ir donde el psicólogo en la mayor parte de los casos es una última medida que se adoptaría si se tuvieran dificultades de salud mental.

Un grupo mayoritario de las mujeres encuestadas refiere que pocas veces y/o nunca conocen las acciones emprendidas por el servicio de salud mental. A partir del contacto con un profesional en salud mental reconocen que en casos de violencia sexual y física, una medida a adoptar es la denuncia policial.

Un grupo mayoritario de mujeres encuestadas ha recibido una única atención o ha sido atendida por una sola vez en el año.

Por otro lado, se observa que las mujeres entre los 26 y 49 años son las que hacen mayor uso del servicio de salud mental.

##### **Percepción del servicio recibido**

Para la mayoría de las usuarias, el servicio recibido es bueno manifestando que sus expectativas fueron atendidas y sintieron satisfacción al respecto; cabe recalcar que las mujeres en la mayor parte de los casos llegan al servicio de salud mental por la derivación correspondiente de los servicios como obstetricia, enfermería, medicina u otros, en los establecimientos donde hay psicólogo(a).

La mayor parte de mujeres acude al establecimiento para atender la enfermedad, más que por desarrollar acciones preventivas del cuidado de su salud y salud mental. El establecimiento desarrolla actividades limitadas en el proceso de su atención que pueden relacionarse con la obligación por coberturar cifras estadísticas y la productividad exigida por el estado. Las mujeres perciben a los profesionales con capacidad suficiente para darles solución a sus problemas y en

ocasiones, esta verticalidad en la relación perpetúa la relación de víctima y héroe en la atención de la salud mental.

### **Reconocimiento de la salud mental como un derecho**

La mayor parte de las usuarias reconocen la importancia de la salud mental en su desenvolvimiento individual, familiar y social; contribuye a mejorar su convivencia en diferentes espacios de su vida lo cual se vincula a su autoestima. Como se dijo anteriormente, existe información respecto a la salud mental, a fin de que las usuarias hagan el ejercicio de su derecho a la salud mental; sin embargo, hay poca adherencia a seguir con el tratamiento para su total recuperación. En esta investigación se evidencia una directa relación entre las mujeres de mayor edad y búsqueda de apoyo en salud mental; la mayor parte de mujeres abordadas reconoce la importancia de la salud mental, pero algunas de menor edad y menor grado de instrucción desconocen el significado y el aporte en sus vidas.

Las mujeres reconocen las medidas inmediatas que deben tomar los órganos competentes, como el de denunciar casos de violencia física o sexual y la orientación que proporciona el psicólogo; pero persiste en algunos casos, el temor de acudir el servicio de salud mental por temor a sus esposos y de que su caso pueda ser expuesto.

### **Capacitación con herramientas técnicas para el abordaje de la violencia de género**

Se evidencia que la mayoría de los profesionales conoce el protocolo de atención para mujeres víctimas de la violencia familiar y su aplicación; sin embargo, un grupo de ellos desconoce la aplicación del flujograma de atención. Además, en algunos establecimientos de salud no existe esta herramienta, para ser aplicada de manera pertinente. Por otro lado, las funciones y responsabilidades están bien definidas para los profesionales posibilitando el buen desempeño en labores encomendadas en torno a mujeres víctimas de la violencia de género.

Si bien es cierto que algunos profesionales no recibieron la inducción apropiada al momento de iniciar sus labores, ello no ha significado el tener dificultades en las funciones específicas que apoyen a brindar un servicio adecuado y les abre

oportunidades de desarrollo personal y profesional, lo cual implica el fortalecimiento de capacidades.

Se sugiere que para la convocatoria de personal que labore en el área de salud mental debe comprobarse su especialización en el tema de violencia basada en género y el desarrollo de competencias que verifiquen la sensibilidad frente al fenómeno de la violencia hacia la mujer.

La inestabilidad laboral es otro de los factores, que se ha encontrado en este estudio, al no asignar presupuesto suficiente en algunos puestos de salud, por lo que la permanencia del profesional es incierta, quebrando en algunos casos la continuidad de la intervención; esto dificulta su labor con las usuarias, porque el profesional que venga a brindar el servicio de salud mental debe empezar nuevamente el proceso con las sesiones.

### **Sensibilidad de los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género**

La mayor parte de los profesionales se han sentido sensibilizados, con los casos que las usuarias manifestaron, por lo que han mostrado una actitud cálida, cordial donde se percibió el gusto por el trabajo a pesar de las condiciones que ofrece el centro laboral en materia de recursos. Sin embargo, un grupo de ellos consideran que las falencias en lo referido a capacitación y sueldo limitan su motivación en la atención a las usuarias.

Por otro lado, un grupo mayoritario de mujeres percibieron que los profesionales mostraron interés por cómo se sentían durante el proceso de entrevista; sin embargo algunas de ellas percibieron que después de la primera sesión ya no se sintieron completamente sostenidas.

Sin embargo, a pesar de las consideraciones anteriormente mencionadas la mayor parte de mujeres que participa en el proceso de iniciar una primera sesión en salud mental, no ha regresado y no existe la continuidad en la orientación y/o consejería, algunas de ellas manifestaron un cambio en el trato de los profesionales después de la segunda sesión. Por tanto, concluir que en una sola sesión la calidad y la calidez puedan ser medibles sería una conclusión atrevida, pues las mujeres no lograron sostenerse motivadas en el tratamiento.

## **Motivación en los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.**

La motivación de los profesionales se relaciona con la vocación de servicio, la posibilidad de contar con un espacio privado para la atención, el clima laboral adecuado, entre otros factores. Los resultados identificados en la recuperación de las mujeres producen en los profesionales el agrado por su trabajo, no sólo porque es parte de su labor, sino que es un compromiso personal. Afirman que la búsqueda de apoyo de las usuarias en salud mental, es para ellos un gran paso que indica el inicio de un proceso de recuperación en la vida de las mujeres y sus familias. Las usuarias con mayor grado de instrucción y mayor edad se sienten más escuchadas, comprendidas y que han indagado mucho más sobre cómo se sentía de acuerdo al problema de violencia que llevó a consulta.

### **5.2 Recomendaciones**

#### **Conocimiento sobre la existencia del servicio de las mujeres**

La debilidad identificada está relacionada a la participación activa de las usuarias en el uso de los servicios de salud mental, las mujeres usuarias que las conocen generalmente llegan al área porque hicieron uso de otros servicios dentro del establecimiento y un número limitado asistió por voluntad propia. Se propone la participación multisectorial en la comunidad, esta identificación debe incluir al personal de salud, educación, autoridades locales y líderes comunitarios, dichos componentes sociales atravesarían un proceso socializador en cuanto a las rutas de atención de la violencia de género y las funciones que le corresponden a las instituciones que atienden el problema. La participación comunitaria garantizaría el uso efectivo de los servicios en salud mental atendiendo las necesidades específicas de las usuarias. El diálogo abierto y sin prejuicios contribuiría a un proceso catártico del estado emocional de las mujeres que hacen uso de los servicios y fortalecería su bienestar consigo misma y con su entorno.

#### **Percepción del servicio recibido**

A pesar de que un porcentaje mayoritario de mujeres afirma haber recibido una buena atención, el grupo de mujeres con menor edad y menor instrucción educativa refiere que fue regular. Las orientaciones que recibieron no cubrieron sus expectativas y no comprendieron claramente lo que se les quiso transmitir, la mayor

parte de ellas no retorna para la continuidad de sus sesiones. La comprensión de un plan de tratamiento específico para cada una de las mujeres contribuirá al respeto por su historia personal, sin presionarla ni tomar decisiones por ella en el proceso. Respetar sus propios pasos para el cambio puede generar adhesión a su ordenada y organizada visita al servicio. La información sostenida y adecuada a las usuarias garantizará su fidelización y adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta el tiempo que destinen a su cuidado emocional y personal.

La inclusión de la visión psicosocial por parte del personal de salud que permita a las mujeres manifestar su malestar emocional asociado a la tristeza, sentimiento de vacío, dolores musculares, de cabeza, o de ambos, insomnio, fatiga, preocupación, nervios e irritabilidad. Esta sintomatología puede ser revertida a través del fortalecimiento de recursos personales que contribuyan al bienestar, como respuesta positiva a distintas situaciones de la vida y del contexto social, como la familia, el trabajo, la comunidad y las actividades de la vida diaria.

Asimismo, articular programas de salud y programas sociales que incidan en la importancia de atención en salud mental para las usuarias.

### **Reconocimiento de la salud mental como un derecho**

En el espacio de investigación aún se desarrolla el ejercicio de poder de hombres sobre mujeres, estas relaciones de género inequitativas se traducen en violencia y generan serias consecuencias en la vida de las mujeres; la relación de pareja siendo la más trascendental en el cúmulo de relaciones humanas convoca a la participación de las parejas, los familiares de las mujeres, las instituciones educativas, organizaciones de base, entre otros para la comprensión de los efectos en los diversos que produce la violencia de género.

Realizar las acciones antes propuestas y escuchar lo que se oculta detrás del síntoma permitiría entender de manera más clara las demandas de las mujeres y dar, por tanto, una atención más acorde con sus necesidades, en la que las usuarias hagan al ejercicio de su derecho a la salud mental y acudan a recibir este servicio.

Emprender una estrategia que actúe sobre los determinantes sociales de la salud mental implica asumir ciertos postulados que orienten genuinamente las políticas de los gobiernos y las prácticas tanto de los profesionales especializados como de las comunidades, y que vean a éstas como agentes de salud y no como puras receptoras o ejecutoras de lineamientos externos y superiores. El enfoque de

derechos constituye en la actualidad un punto de partida principal en esa dirección, no existe bienestar sin derechos.

### **Capacitación con herramientas técnicas para el abordaje de la violencia de género.**

La inserción de herramientas técnicas en la intervención permitiría una mejor vinculación con las usuarias, pues de acuerdo a los resultados encontrados la mayor parte de profesionales no han sido capacitados en el tema específico en mención. La generación de estímulos académicos por parte de los directivos puede autoafirmar la especialización de los profesionales. Esta propuesta puede respaldar la adherencia en el tratamiento de las mujeres y producir cambios efectivos con un profesional con mayor capacidad para atender y con conocimiento sobre los documentos normativos como protocolos y el flujograma en casos de violencia de género.

El establecimiento de convenios interinstitucionales que permitan el fortalecimiento de capacidades del personal especialista en salud mental desde el ente rector. La identificación de profesionales con un alto nivel de sensibilidad y compromiso en la atención de mujeres víctimas de violencia de género, asegura el proceso de una facilitación de procesos en la transformación de mujeres víctimas de violencia de género.

La formación de promotores en salud mental permitiría la identificación y abordaje de los casos de alto riesgo. Promotores voluntarios identificados por características como liderazgo, capacidad de iniciativa, trabajo en equipo y otros factores personales que permita la sostenibilidad de las tareas preventivo promocionales y la continuidad de las usuarias en su tratamiento.

### **Sensibilidad de los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género**

Se propone la participación de los profesionales en un trabajo multidisciplinario que incluya a abogados, trabajadoras sociales, personal de salud, entre otros; factores que contribuirán a una derivación más específica e idónea, pues la mayor parte de mujeres encuestadas desconoce dónde denunciar o las instituciones y organizaciones que podrían apoyarla. La reformulación de estrategias de una participación más social y comunitaria permitirá modificar la percepción de las mujeres con menor instrucción, las atenciones realizadas fuera del consultorio como



visitas domiciliarias o en campañas abiertas, disminuirá el nivel de resistencia, desconocimiento y permitirá el acceso a la atención en salud mental.

Para que se logre brindar una atención adecuada al malestar emocional de las usuarias sería necesario realizar cambios dentro del primer nivel de atención que permitan:

- a) Sensibilizar y capacitar a las autoridades y al personal sobre el impacto de los sucesos de la vida cotidiana en la salud, así como sobre la importancia de escuchar situaciones diferentes a la queja médica o somática.
- b) Integrar la detección del malestar emocional y su atención como uno de los objetivos del programa de salud mental.

Creación de espacios donde se incluya a la familia, escuela y comunidad con participación de promotores de la salud mental que alerten sobre casos de alta vulnerabilidad en materia de salud mental identificando sentimientos de tensión, estrés, nervios o tristeza, depresión, angustia, ansiedad.

#### **Motivación en los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.**

De acuerdo a los resultados encontrados en la presente investigación y que limita la motivación en la atención de casos de violencia de género, se relaciona con la estabilidad laboral y la asignación presupuestal en salud mental, además de contar con escasos recursos técnicos en la intervención con mujeres de menor instrucción educativa. La propuesta iría dirigida a este último aspecto, la presentación de estos resultados a los decisores dentro del establecimiento de salud y en la Estrategia de Salud Mental (Dirección Regional de Salud), contribuiría a la revisión de los componentes de especialización para la atención de estos casos, teniendo en cuenta que la mayor cantidad poblacional de mujeres cuentan con instrucción educativa básica. Comprender las expectativas y los temores de las mujeres al ser atendidas, respondería a la transversalización del uso de los enfoques en derechos humanos, interculturalidad y género, ubicando a las usuarias en una posición activa, participativa y transformativa de sus propias vidas.

## Bibliografía

CARPIO, Rocío, Adela VILLALOBOS

- 2001 “Motivación del Equipo Básico de Atención Integral en Salud como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo Modelo de Atención Integral”. San José de Costa Rica, vol. 9 n.1. Consulta: 18 de junio de 2014.  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592001000100006](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592001000100006)

CORPORACIÓN PERUANA PARA LA PREVENCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS Y LA NIÑEZ EN ALTO RIESGO SOCIAL

- 2004 “Cultura, sociedad y violencia cotidiana: un acercamiento a su dinámica y expresión”. Editado por Opción, pp. 15.

ENTUXIA INVERSORES Y SOCIOS

- 2012 Comentario del 11 de diciembre a “Mejora tu escucha activa para negociar”. Entuxia Inversores y Socios”. Consulta: 17 de agosto de 2014.  
<http://www.entuxia.com/tecnicas-para-mejorar-la-escucha-activa/>

GEIBLER, Karlheinz, Marianne HEGE

- 1997 Acción socioeducativa: Modelos/Métodos/Técnicas. Sexta edición. Madrid: Editorial Narcea S.A. Consulta: 20 de setiembre de 2014.  
[http://books.google.com.pe/books?id=vh8AWrGVFCoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=vh8AWrGVFCoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

GOBIERNO REGIONAL

- 2014 Ordenanza Regional N° 187/2014. Consulta: 20 de enero de 2014.  
[http://portal.regionjunin.gob.pe/portal/phocadownload/userupload/ordenanzas\\_2014/ordenanza\\_187.pdf](http://portal.regionjunin.gob.pe/portal/phocadownload/userupload/ordenanzas_2014/ordenanza_187.pdf)

FACIO, Alda y Lorena FRIES

- 2005 Observatoriojyg.org. Consulta: 20 enero de 2014.  
<http://observatoriojyg.org/index.php/280-doctrina/1-derecho-de-humanas/2-igualdad/682-feminismo-genero-y-patriarcado>

#### INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA

- 2007 Perú en cifras. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.  
Consulta: 10 de mayo de 2014.  
<https://www.inei.gob.pe/>

#### MARTINEZ, Katherine

- 2014 “Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un hospital nacional de Lima - 2014”. Consulta: 14 de marzo de 2015.  
<http://docplayer.es/10550311-Universidad-nacional-mayor-de-san-marcos-facultad-de-medicina-e-a-p-de-enfermeria.html>

#### MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

- 2010 Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009 - 2015. 17 de enero.

#### MINISTERIO DE SALUD

- 2004 Lineamientos para la Acción en Salud Mental. Dirección General de Promoción de La Salud - Ministerio De Salud. 28 de enero.

#### MINISTERIO DE SALUD

- 2006 Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005 - 2010. 06 de octubre.

#### MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

- 2012 “Estudio de Línea de Base”. Proyecto: Mujeres con Bienestar. Lima, pp. 120 – 125.

#### MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHILCA

- 2011 Plan de Desarrollo Concertado – Chilca, 2011 – 2021. Huancayo, pp. 27 – 29.

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2015 Temas de Salud. OMS. 2015. Consulta: 17 de febrero de 2014.  
[http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2015 Temas de Salud. OMS. 2015. Consulta: 17 de febrero de 2014.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2015 Temas de Salud. OMS. 2015. Consulta: 17 de febrero de 2014.  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

#### ROGERS, Carl

1951 Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. 20 de setiembre de 2014. <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teo-per/13.pdf>

#### SALGADO DIEZ, Beatriz.

2012 Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (APS) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. Chile. Consulta: 18 de junio de 2014.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200015)

#### SÁNCHEZ, S, DE LA FUENTE, Aparicio D, SALAMANCA, AB, ROBLEDO, J.

2012 Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. Madrid – España. Consulta: 22 de mayo de 2014.  
[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE48\\_original\\_maltratoprc.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE48_original_maltratoprc.pdf)

#### SEGREDO, Alina M.

2003 Percepción del Clima Organizacional por Directores de Policlínicos. Cuba. Consulta: 22 de mayo de 2014.  
<http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori7.htm>

#### TIBURCIO, Marcela; Guillermina NATERA; Shoshana, BERENZON.

2010 Utilización de servicios de atención a la salud mental en las mujeres víctimas de violencia conyugal. México. Consulta: 22 de mayo de 2014.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000300005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300005)

TICONA CANO, Paola Elizabeth

2014 El Derecho a la Salud Mental en el Perú del Siglo XXI ¿Un derecho protegido o un derecho postergado por el estado peruano? Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Derecho Constitucional. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado Maestría en Derecho Constitucional. Consulta: 22 de mayo de 2014.  
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5560>



# ANEXOS

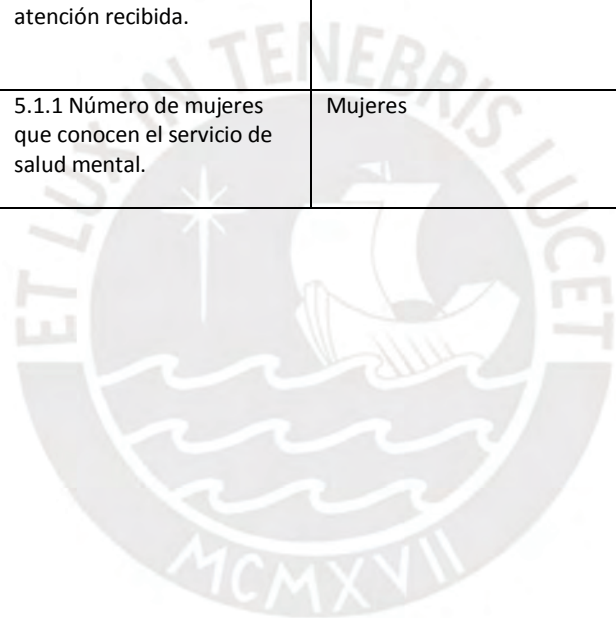


## ANEXO 01

Por lo general, van los instrumentos de recojo (sin llenar), la columna vertebral, cuadros y tablas de frecuencia que no se ponen en el texto si fuera un estudio cuantitativo, fotos, etc.

Preguntas de Invest.	Variables	Indicadores	Fuentes de Informac.	Técnicas de Recolec.	Instrumentos
1. ¿Los profesionales de salud mental están motivados y sensibilizados laboralmente para la atención a mujeres víctimas de violencia de género?	1.1 Motivación en los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.	1.1.1 Agrado por el trabajo.	Profesionales	Cuestionario Semiestructurado.	Entrevista G. Ent. "B"
		1.1.2 Satisfacción laboral.	Profesionales	Cuestionario Semiestructurado.	Entrevista G. Ent. "B"
	1.2 Sensibilidad de los profesionales de salud mental para atender a mujeres víctimas de violencia de género.	1.1.3 Escucha activa con atención y retroalimentación	Mujeres	Entrevista Estructurada.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"
		1.1.4 Actitud cálida.	Mujeres	Entrevista Estructurada.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"
		1.1.5 Interés por las emociones de otras personas.	Mujeres	Entrevista Estructurada.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"
				Grupo Focal.	Guía de grupo focal: GGF
2. ¿Los profesionales de salud mental han sido capacitados con herramientas técnicas para el abordaje de la violencia de género? ¿Cómo ha sido el proceso de capacitación?	2.1 Capacitación con herramientas técnicas para el abordaje de la violencia de género.	2.1.1 Número de profesionales que conocen y utilizan el protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia de género.	Profesionales	Cuestionario Semiestructurado.	Entrevista G. Ent. "B"
3. ¿Las mujeres víctimas de violencia están sensibilizadas para recibir la atención en salud mental?	3.1 Reconocimiento de la salud mental como un derecho.	3.1.1 Número de usuarias que conocen el derecho en salud mental.	Mujeres	Entrevista Estructurada.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"
				Grupo Focal.	Guía de grupo focal: GGF

		3.1.2 Número de usuarias que hacen ejercicio del derecho a la salud mental.	Mujeres	Entrevista Estructurada.  Grupo Focal.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"  Guía de grupo focal: GGF
4. ¿Qué opinan las mujeres víctimas de violencia sobre la atención recibida?	4.1 Percepción del servicio recibido	4.1.1 Satisfacción por la atención recibida.	Mujeres	Entrevista Estructurada.  Grupo Focal.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"  Guía de grupo focal: GGF
		4.1.2 Insatisfacción por la atención recibida.	Mujeres	Entrevista Estructurada.  Grupo Focal.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"  Guía de grupo focal: GGF
5. ¿Las mujeres víctimas de violencia conocen la existencia del servicio de salud mental?	5.1 Conocimiento sobre la existencia del servicio por las mujeres.	5.1.1 Número de mujeres que conocen el servicio de salud mental.	Mujeres	Entrevista Estructurada.  Grupo Focal.	Guía de Entrevista Estructurada: G Enc. "A"  Guía de grupo focal: GGF





## **ANEXO 02**

### **GRUPO FOCAL**

#### **Indicaciones:**

Seleccionar un grupo de mujeres (7 a 12 mujeres), entre las que se encuentren usuarias de servicios de salud mental, en casos de violencia contra la mujer (incluye violencia familiar, sexual, psicológica).

#### **Escucha activa con atención y retroalimentación:**

- ¿El personal de salud mental comprende el caso?
- ¿Las personas son amables?
- ¿Los profesionales hacen una serie de preguntas para comprender la situación?
- ¿Deriva el caso si lo considera necesario?

#### **Actitud cálida:**

- ¿Cómo es la atención?
- ¿Quién recibe el caso?
- ¿Cómo es el trato?
- ¿Dan indicaciones claras?
- ¿El profesional de salud mental garantiza la confidencialidad del caso de la usuaria?

#### **Satisfacción/Insatisfacción del servicio:**

- ¿Qué piensan de las labores de las instituciones que atienden los casos?
- ¿Cómo se hace conocer estos servicios a las familias?
- ¿Existe personal especializado?

#### **Conocimiento de la existencia del servicio de salud mental:**

- ¿En caso de violencia sexual, qué se hace?
- ¿En caso de violencia física, qué se hace?
- ¿En caso de violencia psicológica, qué se hace?
- ¿Se recurre a alguna institución?
- ¿Por qué algunas personas no buscan apoyo en el establecimiento de salud? ¿A qué se debe? ¿Qué piensan de eso?

## ANEXO 03

### GUIA DE ENTREVISTA

**Instrumento:** Guía de Entrevista Estructurada a Usuaris de los centros de atención - 01

**Datos de la Entrevistada:**

Edad:	
Nivel Educativo:	
Ocupación	

**Motivación de los profesionales:**

1. **¿Se ha sentido escuchada durante su atención en salud mental?**
  - a. Totalmente.
  - b. Bastante.
  - c. Algo.
  - d. Muy poco.
  - e. Nada.
  
2. **¿El profesional de salud mental comprendió el relato de la dificultad que atraviesa?**
  - a. Totalmente.
  - b. Bastante.
  - c. Algo.
  - d. Muy poco.
  - e. Nada.
  
3. **¿El profesional le hizo preguntas sobre cómo le hace sentir su dificultad durante la sesión?**
  - a. Completamente verdadero.
  - b. Verdadero.
  - c. Ni falso ni verdadero.
  - d. Falso.
  - e. Completamente falso.

**Actitud Cálida**

4. **¿El profesional de salud mental se interesó por el relato de la dificultad que atraviesa?**
  - a. Muy de acuerdo.
  - b. De acuerdo.
  - c. Ni acuerdo ni en desacuerdo.
  - d. En desacuerdo.
  - e. Muy en desacuerdo.

**Percepción del servicio recibido**

5. **¿Cómo calificaría Ud. al servicio recibido?**
  - a. Excelente
  - b. Buena
  - c. Regular
  - d. Mala
  - e. Muy mala

**Salud Mental como Derecho**

6. **¿La salud mental es importante? ¿Por qué?**
  - a. Completamente verdadero.
  - b. Verdadero.

- c. Ni falso ni verdadero.
- d. Falso.
- e. Completamente falso.

¿Por qué? Es bueno estar bien.

**7. ¿Hace uso del servicio de salud mental? ¿Con qué frecuencia?**

- a. Diariamente.
- b. Semanalmente.
- c. Mensualmente.
- d. Anualmente.
- e. Primera vez.

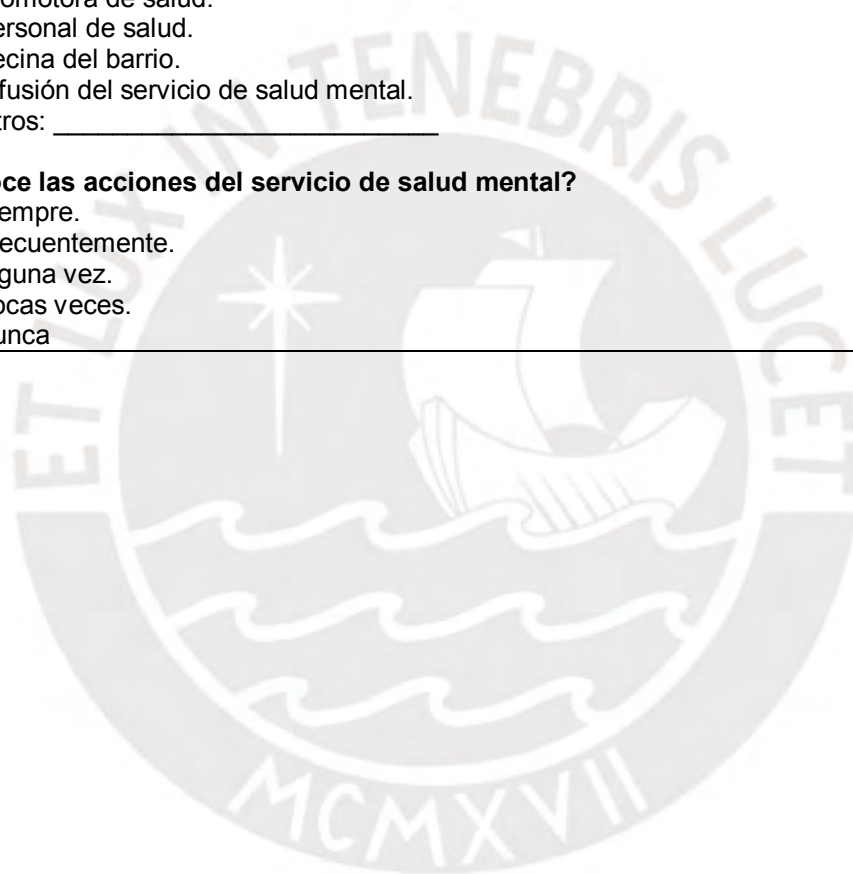
**Conocimiento de la existencia del servicio**

**8. ¿A través de qué medio te enteraste del servicio de salud mental?**

- a. Promotora de salud.
- b. Personal de salud.
- c. Vecina del barrio.
- d. Difusión del servicio de salud mental.
- e. Otros: \_\_\_\_\_

**9. ¿Conoce las acciones del servicio de salud mental?**

- a. Siempre.
- b. Frecuentemente.
- c. Alguna vez.
- d. Pocas veces.
- e. Nunca



## ANEXO 04

### CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

N° cuestionario:

Centro de Salud:

Distrito:

#### I. DATOS GENERALES

Edad:

Sexo: 1. Femenino

2. Masculino

Profesión:

#### II. PERCEPCIÓN GENERAL

1. ¿Cómo se ha sentido trabajando para el Centro de Salud? ¿por qué?

1. Muy Satisfecho  2. Satisfecho  3. Poco satisfecho  4. Insatisfecho

#### III. MOTIVACIÓN Y RECONOCIMIENTO

2. ¿Conoces el protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia de género?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

3. ¿En qué consiste el proceso de aplicación del protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia de género (brevemente)

4. ¿Sus funciones y responsabilidades están bien definidas?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

5. ¿Le gusta el trabajo que desarrolla a través de este servicio?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

6. ¿Toma la iniciativa para mejorar el servicio?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

7. ¿Se interesa por la satisfacción de las usuarias?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

8. ¿Las condiciones laborales son adecuadas para brindar un buen servicio a las usuarias?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

9. ¿Le resulta difícil establecer un clima de confianza en el servicio que brinda con las usuarias?

1. Si  2. No  ¿por qué?

#### IV. ÁREA Y AMBIENTE DE TRABAJO

10. ¿Los espacios de su área de trabajo se mantienen organizados, limpios y seguros?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

11. ¿Las cargas laborales son equitativas?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

**V. FORMACION E INFORMACION**

12. ¿Recibe la inducción necesaria para desempeñar bien su trabajo?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

13. ¿La Institución le proporciona oportunidades para su desarrollo profesional?

1. Si  2. No  ¿por qué? .....

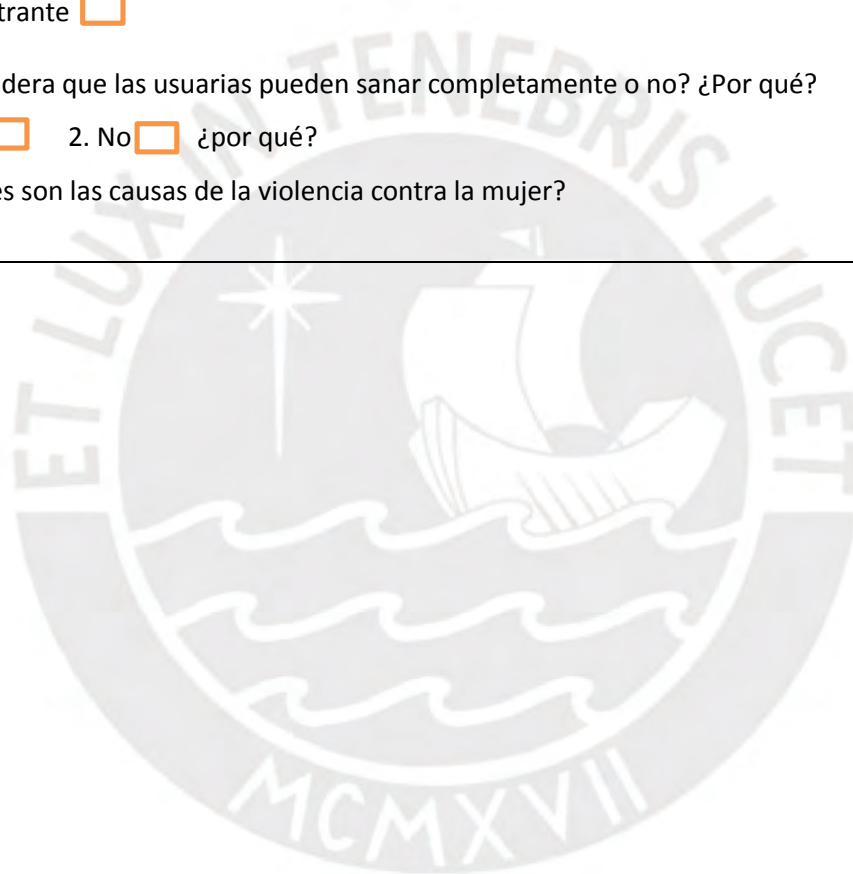
14. ¿Cuál de las siguientes alternativas describe para Ud. la atención a usuarias?

1. Profesión gratificante  2. Profesión Estimulante  3. Es un reto  4. Difícil   
5. Frustrante

15. ¿Considera que las usuarias pueden sanar completamente o no? ¿Por qué?

1. Si  2. No  ¿por qué?

16. ¿Cuáles son las causas de la violencia contra la mujer?



## ANEXO 05



Aplicación de instrumentos a psicólogas de Establecimientos de Salud



Usuaría atendida en el C.S. Huancán



Psic. Noé Lozano Rodriguez – CLAS La Esperanza



Centro de Salud Huayucachi - Chilca

