



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

## FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

Representaciones de Salud Mental en trabajadores de salud de la  
ciudad de Huancavelica

TESIS

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología  
con mención en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

Lucía Espejo

Asesora:

Valeria Villarán

San Miguel, noviembre 2011



## AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a mi asesora Valeria Villarán, quien con una sonrisa me acompañó paso a paso en esta investigación, le dio orden a mis ideas y palabras a mis pensamientos. Gracias Valeria por darme tanto apoyo y enseñarme que del caos, nace la creatividad.

Agradezco a Tesania Velázquez y Paula Escribens por las ideas, aportes y contactos, que hicieron que esta investigación sea posible. Asimismo, a las profesionales de DEMUS, que me dieron un espacio, me acompañaron en mi viaje y confiaron en mí. Espero que la información lograda les sea valiosa.

También agradezco a los profesionales de salud que brindaron su tiempo y compartieron conmigo su día a día, por ser tan amables y darme la oportunidad de ver a Huancavelica a través de sus ojos.

Agradezco a mi familia, por su energía positiva, interés y apoyo constante. A mis papás Eva y Polo, por darme mi espacio, ser pacientes y acompañarme siempre, no hay duda que ambos son una constante inspiración para mí. A Jorge, por su paz, comprensión, y ser capaz de hacerme sonreír todos los días.

A mis amigos de la universidad y de la vida, de quienes nunca faltaron palabras de ánimo y siempre están conmigo en cada momento especial. Muchísimas gracias a todos los que, de una u otra forma contribuyeron, directa o indirectamente, al desarrollo de esta investigación.



## RESUMEN

Representaciones de Salud Mental en trabajadores de salud de la ciudad de Huancavelica

La presente investigación busca describir las representaciones de salud mental que presentan los trabajadores de salud de la ciudad de Huancavelica. Para ello, se ha llevado a cabo una investigación cualitativa con 11 trabajadores de salud de Huancavelica, incluyendo médicos, internos de medicina, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, y técnicas de enfermería. Para acceder al discurso de los participantes se aplicó una entrevista semiestructurada basada en la entrevista creada por Moll (2008). El presente estudio explora tres áreas de las representaciones de Salud Mental: (a) representación de una persona que disfruta o no de salud mental, (b) representación de los factores que favorecen e interfieren con la salud mental, y (c) fantasías de curación y mejora. Los resultados son discutidos en relación a las particularidades del departamento de Huancavelica, exponiendo además, una comparación con estudios realizados en Lima y otros departamentos de la sierra peruana.

Palabras clave: Representaciones, Salud Mental, Representaciones de la Salud Mental, Trabajadores de Salud, Huancavelica.

## ABSTRACT

Mental Health Representations in caregivers at the city of Huancavelica

The purpose of this research is to describe the representations of mental health showed by the health workers at the city of Huancavelica. To achieve the objectives, a qualitative research with 11 health workers of the city of Huancavelica was carried out. These health workers include doctors, medical interns, psychologists, social workers, nurses and nursing technicians. To assess the discourse of the respondents, a semistructured interviewed was used, which was based on the interview created by Moll (2008). This study explores three areas of Mental Health representations: (a) the representation of a person who enjoys or not of mental health, (b) the representation of the factors that promote and interfere with mental health and, (c) fantasies of cure and improvement. The outcomes are discussed in relation with the particularities of the department of Huancavelica, exposing also a comparison with studies in Lima and other departments of Peruvian highlands.

Key Words: Social Representations, Mental Health, Mental Health Representations, Caregivers, Huancavelica.



## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	I
CAPITULO 1. Representaciones de Salud Mental en trabajadores de salud de la ciudad de Huancavelica.....	01
Representaciones sociales.....	01
La salud mental.....	03
Antecedentes.....	03
Aproximaciones actuales de salud mental.....	05
Representaciones de Salud Mental en el Perú.....	07
Trabajadores de Salud en Huancavelica.....	08
Población con trastornos mentales en el Perú.....	11
Planteamiento del problema.....	12
CAPITULO 2. Metodología.....	15
Diseño de investigación.....	15
Participantes.....	15
Instrumento.....	16
Procesamiento para la recolección de la información.....	17
CAPITULO 3. Resultados.....	19
CAPITULO 4. Discusión.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	





## INTRODUCCIÓN

La salud mental es uno de los temas más postergados y dejados de lado en la agenda nacional y por el Ministerio de Salud (MINSA). A pesar que se le ha incluido entre las estrategias nacionales sanitarias mediante la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, el 2 de agosto del 2004 y se expone y explica su importancia, no se brindan los recursos económicos y humanos suficientes para un adecuado funcionamiento en todo el país.

Problemas en la salud mental afecta a un gran número de personas en nuestro país. Según el MINSA, más de la tercera parte de la población peruana en algún momento de su vida ha sufrido un trastorno mental. A pesar de que esta cifra es impactante, no contempla a las personas que sufren de diversos síntomas relacionados a un trastorno mental y aún así no califican dentro de uno, a personas afectadas por la violencia o que consumen alguna sustancia (Informe Defensorial N° 102, 2005; Informe Defensorial N° 140, 2009; MINSA, 2004; Plan Nacional de Salud, 2006).

Las dificultades para trabajar en torno a la salud mental se complican cuando no sólo hay una falta de voluntad política, que se traduce en la asignación de pocos recursos económicos a este tema, sino que además, su atención está centralizada en Lima. Siendo el Perú un país con gran diversidad y multiculturalidad, se observa que se siguen planteando modelos que al parecer sólo funcionan en la costa urbana peruana y que dejan de contemplar las particularidades de la cultura rural (Informe Defensorial N° 140, 2009; MINSA, 2004).

Uno de los departamentos más olvidados y pobres del país es Huancavelica, en cuyo hospital solo trabaja un psiquiatra y cuyos pobladores siguen asistiendo en mayor porcentaje a un medico tradicional, “chaman”, en vez de ir a las postas u hospitales, aludiendo que éstos último los atienden mejor. El objetivo que no se logra alcanzar es que el sistema de salud pueda incorporar las prácticas culturales de cada región, respetar estos métodos tradicionales y dialogar con los mismos (INEI, 2010; Informe Defensorial N° 140, 2009; Informe Defensorial N° 134, 2002).

Asimismo, se contempla importante trabajar con la salud mental en un contexto rural, específicamente Huancavelica, ya que entre 1980 y el 2000, fue uno de las zonas más golpeadas por el conflicto armado. No solo la extensa violación a los derechos humanos cobró vidas, sino que afectó de manera indeleble la salud mental de todos estos pobladores que vivieron estos maltratos y violaciones de manera sistematizada por más de una década. No es raro, que según estudios recientes, las

enfermedades mentales con mayor predominancia en la sierra, sean la depresión y el estrés post traumático (Comisión de la Verdad y Reconciliación CVR, 2004; Informe Defensorial N° 140, 2009; Ministerio de Salud MINSA, 2004; Velazquez, 2007).

En este contexto los operadores de salud mental juegan un rol fundamental, a pesar de que hay una falta de capacitación, alta rotación, actitudes de rechazo y estigmatización hacia las personas que sufren enfermedades mentales, ellos son los encargados de la salud mental de los pobladores, de prevenir enfermedad, y promocionar salud (MINSA, 2004; Moll, 2009). Se plantea que sus representaciones respecto a la salud mental influirán en su actividad laboral y en la forma como se relacionan con las personas a las que atienden (Álvarez, 2006; Rodríguez, 1995). Entendiendo representaciones como sistema de valores, ideas, imágenes, emociones y prácticas sociales que los ayudan a comunicarse, conocer y hacer conocido elementos de la realidad externa y hacerlos suyos; considerando, además, las variables individuales que cada sujeto presenta dentro del contexto de Huancavelica (Cueto, 2008; Castorina, 2003; Mora, 2002; Moscovici, 2001). Cabe mencionar que se usa la teoría de representaciones sociales ya que el aporte que brindan las entrevistas y la sistematización de ésta información va más allá del mero pensamiento o forma de entendimiento de la salud mental por parte de los trabajadores, sino también involucra un acercamiento o rechazo hacia ciertos aspectos, así como sensaciones e imágenes que éstos han podido evocar a lo largo de esa parte del estudio.

La presente investigación no es sólo un aporte al conocimiento de la noción de salud mental, sino al reconocimiento de la representación de la salud mental fuera de un contexto urbano, costeño y más aún de la capital; con la idea además, de contribuir, a partir del conocimiento de sus representaciones al desarrollo de programas de prevención, promoción y trabajos dinámicos, para así, aportar a la implementación y mejora de la salud mental en el departamento de Huancavelica. Para ello, la presente investigación contará, en el primer capítulo, con una base teórica en relación a las representaciones, la salud mental, los operadores de salud y el contexto sociocultural de la ciudad de Huancavelica. En el segundo capítulo se describirá el diseño de la investigación, los participantes, instrumentos usados y el procedimiento usado para obtener la información. En el tercer capítulo se presentará los resultados. En el cuarto, se discutirán los resultados en base a la teoría. Aquí también se presentarán las conclusiones y las limitaciones del estudio

## CAPÍTULO I

### Representaciones de la salud mental en trabajadores de salud de la ciudad de Huancavelica

El presente capítulo está dividido en cuatro partes: La primera, está destinada a describir y entender las representaciones y cómo éstas son útiles para explorar los objetivos que se presentan en esta investigación. En segundo lugar, el concepto de la salud mental, su desarrollo histórico, los distintos enfoques que se le da y el análisis de estudios realizados en Latinoamérica y Perú. La tercera parte está centrada en los trabajadores de salud de Huancavelica: quiénes son, cómo es el contexto sociocultural donde ejercen su trabajo, cuáles son los problemas que presentan, las funciones que deberían cumplir según las políticas públicas, y la población con la que trabajan. Y por último el planteamiento del problema.

#### *Representaciones sociales*

Para entender la complejidad y profundidad de la noción de “representaciones”, es importante reconocer sus dos clasificaciones: sociales y mentales. Considerando el contexto, los participantes y los objetivos de esta investigación, trabajaremos con la teoría de las representaciones sociales, la cual fue propuesta por Moscovici hace más de cuarenta años, interesando en la relación entre el conocimiento y el contexto social (Jovchelovitch, 2007). Es importante remarcar que la teoría de las representaciones sociales ayuda a la aproximación, conocimiento y comprensión acerca de cómo viven y experimentan, en este caso, la salud mental los trabajadores de salud. Cuando nos referimos a “representaciones” no solo se toma en cuenta un conjunto de ideas, imágenes, actitudes, opiniones, creencias y valores que los sujetos evocan, sino que además se incorpora, valora y aprecia como indispensable, que todo esto es transmitido y compartido entre los sujetos dentro de un entorno y cultura determinada, con una historia en especial (Cueto, 2008; Jovchelovitch, 2007; Castorina, 2003; Araya, 2002; Mora, 2002).

Es así que podemos definir que la representación social es una forma de “reconstrucción mental” de la realidad, que se genera en el intercambio con otros individuos y el entorno, estableciendo relaciones de interacción e interdependencia entre la estructura social, cultural y aspectos mentales de las personas. Asimismo, es una forma de conocimiento que tiene como objetivo comunicar, hacer que el individuo sienta que pertenece a un determinado ambiente social y ayudar a que se originen comunicaciones dentro de éste. La representación social concierne y evidencia un

conocimiento de sentido común, el cual debe ser flexible. Este concepto ocupa una posición entre la noción de lo real y la imagen que la persona reelabora de aquello real para sí misma (Alfonso, 2007; Araya, 2002; Mora, 2002; Moscovici, 1979, Jodelet, 1991, citados en Mora, 2002;).

Cabe mencionar que las representaciones cumplen una doble función: Primero, establecer un orden que permite a los individuos orientarse dentro de su mundo material y social, y así poder dominarlo; y segundo, brindar la posibilidad de comunicación entre los miembros de un mismo grupo, permitiendo un mismo código (Moscovici, 1973 citado en León, 2002). En esta línea, Castorina (2003) sostiene que estas representaciones se denominan “sociales” dado que son elaboradas durante los intercambios comunicativos y la interacción en la sociedad, no debido a que se den de manera individual o grupal. Se puede decir, entonces, que la representación social es un modo particular del conocimiento y tiene como función la definición de comportamientos y comunicación entre los individuos (Moscovici, 1979 citado en Mora, 2002).

Para comprender mejor esta teoría es necesario entender los tres componentes que la forman: actitudes, información y campo representacional. La primera está conformada por creencias, conductas y emociones; tiene una función reguladora e interviene en la aproximación o rechazo que el sujeto tendrá sobre el objeto representado. El segundo componente, la información, se refiere a todos los conocimientos y datos que la persona tenga acerca del objeto representado, la cantidad de información que el sujeto maneje estará directamente relacionado al contacto que éste tenga o no con el objeto representado. Y el tercero, el campo representacional, que se refiere a las condiciones sociológicas, históricas y políticas que tiene el grupo de sujetos en cuestión, la cual, además, es resistente al cambio del contexto social inmediato (Cueto, 2008; Alfonso, 2007; Araya, 2002; Mora, 2002; Moscovici, 1979 citado en Mora, 2002).

Por otro lado, cabe mencionar los tres factores indispensables para la formación de una representación: (1) la información que se tenga acerca del objeto representado, (2) la opinión del grupo sobre este mismo objeto y (3) la tendencia a opinar que caracteriza a los sujetos en generar, justamente para no quedar excluido del grupo (Cueto, 2008; Banch 1990, Herzlich 1979 y Moscovici 1979 citados en Mora, 2002). Asimismo, podemos identificar que los objetos representados por los sujetos con mayor frecuencia son los relacionados a: (1) objetos que se usan en la vida diaria, (2) elementos culturales místicos y mágicos para el grupo social y (3) condiciones y acontecimientos polémicos de significación para el grupo, por ejemplo la salud o enfermedad (Cueto, 2008; Elejabarrieta, 1991 citado en Perera, 1998).

Por último, existen dos procesos básicos para la formación de representaciones sociales: la objetivación y el anclaje. Ambos ayudan a que los contenidos que da la cultura y la comunicación interpersonal dentro de una sociedad específica puedan ser incorporados, transformados y generalizados por los sujetos (Sandoval, 2004 citado en Cueto, 2008). Cuando hablamos de objetivación nos referimos al proceso en el que nociones abstractas y desorganizadas de la realidad son transformadas en imágenes y conceptos (es como decir el paso de un conocimiento científico al conocimiento público); esto facilita la comprensión de hechos y objetos en la realidad. Este mecanismo depende de cómo esté conformado el grupo y la inserción del sujeto en este (Alfonso, 2007; Araya, 2002; Mora, 2002; Moscovici, 1979 citado en Mora, 2002). En cuanto al anclaje, podemos decir que es el proceso mediante el cual el sujeto asimila lo ya existente y lo incorpora a su sistema de pensamiento, lo que posibilita interpretar la realidad y orientar su acción. Esto genera la interacción social, siendo así un instrumento de la comunicación y comprensión (Alfonso, 2007; Páez, 2004 en Cueto, 2008; Mora, 2002). Se puede concluir que la objetivación y el anclaje ayudan a que lo desconocido se haga familiar (Alfonso, 2007; Mora, 2002).

Así, teniendo en cuenta sus componentes, los factores para su formación, el entendimiento de los objetos a ser representados y el proceso básico para su formación, podemos entender, hacer cercana y comprensible la teoría de las representaciones sociales utilizada en nuestra investigación.

Asimismo, es importante volver a remarcar que las representaciones sociales serán distintas según el contexto sociocultural de cada individuo, ya que las formas de dar sentido o significado a un objeto están sujetas a la manera de entender la vida y a los individuos inscritos en ella (Ruiz, 2007). En este sentido, la noción de salud mental como construcción o representación social tendrá diferentes significados de acuerdo al contexto histórico cultural, como veremos en el siguiente capítulo.

### *La salud mental*

#### *Antecedentes*

En esta parte damos una aproximación histórica de los conceptos de salud y enfermedad, para poder dar cuenta del proceso que nos ha llevado a la noción que hoy en día se maneja acerca de salud mental, la que como construcción o representación social ha sufrido cambios a lo largo de la historia.

El primer acercamiento del que se tiene registro para entender la salud y la enfermedad es el dualismo mente-cuerpo. En la antigua Grecia se creía que la mente y el cuerpo estaban relacionados e influían uno sobre el otro, entendiendo la salud

como el estado de equilibrio del individuo, tanto consigo mismo como con el exterior. En China se desarrolló una concepción naturalista, donde lo importante residía en el balance de fuerzas, enfatizando nuevamente la relación entre mente y cuerpo (y el que éstos están relacionados). Es durante la Alta y la Baja Edad Media cuando el concepto de enfermedad deja de estar relacionado a lo físico y se enfoca en lo espiritual, lo cual dio como resultado la contemplación de la enfermedad como una desobediencia a “la ley divina” (Amigo, 2003). Es durante el Renacimiento que se recupera la mirada dual, de la mano con una evolución en las prácticas médicas, pudiendo consolidarse el modelo biomédico (Gil Roales-Nieto, 1996 citado en Amigo, 2003): se llega a contemplar la salud y la enfermedad como una cuestión específicamente bioquímica, dejando de lado el resto de factores (Amigo, 2003).

Este modelo médico, según Engel (1977 citado en Amigo, 2003) se basa en dos supuestos: (1) el dualista mente-cuerpo, donde ambos se relacionan y generan reacciones el uno sobre el otro; y (2) el reduccionista, que contempla la enfermedad solamente como una deficiencia química y orgánica. Este mismo autor expresa las insuficiencias de este modelo: En primer lugar, se refuta que solo las anomalías bioquímicas determinen el estado de salud o enfermedad de la persona. En segundo lugar, se explica que el estado físico de una persona está influenciado por la cantidad de información que tenga, lo cual implica una buena comunicación medico-paciente, relación que el modelo biomédico no contempla. Por otro lado, este enfoque ignora las situaciones estresantes que el paciente o la persona puede estar viviendo o ha vivido durante su vida, que puede haber afectado su estado. En cuarto lugar, este modelo deja de lado la importancia psicológica y social, tanto de la persona enferma como la de su familia. Por último, no le da lugar a la importancia de la recuperación total de la persona, ya que solo vela por la desaparición de los síntomas visibles. Se puede concluir que este modelo solo se ocupa de la enfermedad de la persona (Amigo, 2003; Rodríguez, 1995). Las dificultades e insuficiencias planteadas en el modelo biomédico ayudaron a que se construya el modelo biopsicosocial, con el que se trabaja actualmente y se expondrá en el siguiente acápite.

A partir de la evolución del concepto de salud y enfermedad se puede observar cómo la aproximación a la salud mental empieza a contemplar la importancia de la psicología dentro de la salud y que además esto cambia de acuerdo al tiempo y contexto sociocultural. A continuación, nos aproximaremos a los distintos enfoques que se dan actualmente sobre la salud mental, así como la noción de ésta en Perú.

### *Aproximaciones actuales de la salud mental*

Autores como Kudó (2001) sugieren calificar el término “salud mental” desde distintas perspectivas: modelo biopsicosocial, perspectiva de la salud como ausencia de enfermedad, como presencia de normalidad, concepto de salud como adaptación, salud desde el bienestar, y el concepto de salud mental desde la psicología comunitaria.

La primera de ellas, como vimos, se refiere a la contemplación de la salud desde el modelo biopsicosocial; este refiere que los factores biológicos, psicológicos y sociales son determinantes para la salud y enfermedad de la persona (a diferencia del modelo biomédico, no se contempla solo la enfermedad sino también la salud y su promoción). Es así como se plantea que tanto la salud, la enfermedad y la atención médica son un conjunto de procesos relacionados que provocan cambios en la persona, lo que crea la necesidad de una intervención multidisciplinaria. Este modelo lleva, además, a distintas implicancias, entre las cuales se señala que para la realización de un diagnóstico se debe tomar en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Estas mismas consideraciones deben estar presentes en las recomendaciones que brinda el médico y la relación entre éste y su paciente, lo cual desencadena en una mejor adhesión al tratamiento (Amigo, 2003).

Por otro lado, se presenta la perspectiva —definición más clásica— que contempla la salud como ausencia de enfermedad, donde se explica que la enfermedad, al estar relacionada con elementos biológicos, es un concepto más fácil de entender y explicar, a diferencia de la salud. Se observan a la salud y enfermedad como estados excluyentes. Orem (1980 citado en Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997) enfatiza en que si bien una persona puede estar sana o enferma, estas alternativas son mutuamente exclusivas, lo que haría que el concepto de salud se considere como algo discontinuo (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997; Rodríguez, 1995).

De acuerdo a la aproximación de salud como presencia de normalidad, Rodríguez (1995) manifiesta que dentro de esta mirada, estar enfermo está ligado a una disfuncionalidad de las capacidades “normales” de una persona. Si se define la salud como normalidad, esto puede llevar a que se le considere como un promedio estadístico, lo que implicaría que toda persona que no se encuentre en la media sería definida como anormal, y por ende, enferma. Esta noción presenta un problema al no contemplar que lo “normal” o “anormal” puede cambiar según la cultura, la sociedad o hasta el individuo; ya que la normalidad no se establece solo estadísticamente sino también desde lo sociocultural (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997; Rodríguez, 1995).

En cuanto a la posibilidad de adaptación como criterio para concebir la salud mental, Fernández-Ríos y Buela-Casal (1997) sostienen que el individuo se encuentra adaptado en el medio ambiente, siempre y cuando se desempeñe de forma adecuada en él. Parsons (1976 citado en Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997) define la salud como el estado de óptima capacidad del individuo para realizar las funciones para las que ha sido socializado. Esta perspectiva también presenta problemas, debido a que el papel que cada individuo debe realizar en sociedad no implica que éste esté sano, además el papel varía de acuerdo a la cultura, la sociedad y el género.

Con respecto a la aproximación de la salud desde el concepto de bienestar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en 1984 la meta de un bienestar que va más allá de lo físico, y que incluye aspectos psicológicos y sociales, posibilitando así la concepción de una salud integral y el modelo biopsicosocial que ya se mencionó líneas arriba (Rodríguez, 1995). Esta organización señala que la salud mental no se restringe a la ausencia de trastornos mentales, sino es un estado de “completo bienestar físico, mental y social”. Se define como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004). Sin embargo, Fernández-Ríos y Buela-Casal (1997) señalan que esta definición de salud es utópica, ya que el alcance a un absoluto bienestar y autorrealización es imposible de alcanzar.

Es por eso que este autor propone una definición más global gracias a la recopilación de Jahoda (1958), Maslow (1979), Taylor (1991), Warr (1987), donde se exponen que aspectos como logros o aspiraciones, funciones cognitivas adecuadas, balance emocional, ajuste social, autoestima, e ilusiones, como la habilidad de ser feliz, se deben incluir en la definición de salud.

La última perspectiva importante a considerar es la que propone la psicología comunitaria, la cual trata de dar una mirada global al sufrimiento, problemas y necesidades de una población, y desde ahí articular cómo sería necesario intervenir (AMARES, 2006). Velázquez (2007) sostiene que la salud mental comunitaria propone una forma distinta de comprender los problemas en torno a la salud mental, apelando a una mirada integral y compleja del ser humano, poniendo énfasis en el vínculo social al tener en cuenta las condiciones sociales, económicas y políticas. Se puede decir que la salud mental comunitaria busca el mejoramiento de las condiciones de vida comunal mediante actividades referidas a la protección y promoción de la salud mental, prevención de malestares sociales, y recuperación de vínculos personales, familiares y comunales, los cuales pueden haber estado dañados por la pobreza, relaciones de inequidad y proceso vivido por el conflicto armado interno (AMARES,



2006). Es importante recalcar que desde esta mirada, el señalar que tanto el concepto de enfermedad como el de salud son parte de un sistema mayor que organiza la sociedad y por eso no es posible entenderla fuera de contexto y de forma aislada (Rivera y Velázquez, 2008). AMARES (2006) indica que la atención en salud mental comunitaria involucra a personal de salud, promotores, agentes tradicionales y cualquier otro trabajador vinculado al trabajo comunitario, para lograr una mejora de la salud mental en la comunidad, fortaleciendo y desarrollando sus actividades, poniendo énfasis en herramientas como la escucha, empatía, concentración, respeto a las diferencias, etc.

Por último, es importante mencionar que la salud mental es un derecho humano, un derecho fundamental: todas las personas tienen derecho a nacer, crecer y desarrollarse en un ambiente con condiciones favorables para la integración de sus percepciones, sentimientos, pensamientos y el modo en el que se relacionan con los demás. Asimismo, se puede decir que la pobreza, la violencia, la discriminación y la corrupción atentan contra este derecho, ya que generan malestar y sufrimiento, lo que obstaculiza el desarrollo personal y colectivo de los seres humanos (MINSA, 2004).

Desde la teoría se han observado distintas perspectivas de lo que actualmente se consideran aproximaciones a la salud mental, salud y enfermedad. Desde lo práctico se consideraron relevantes tres investigaciones que exponen las representaciones de salud mental en distintas poblaciones relacionadas a los objetivos de esta investigación.

#### *Representaciones de salud mental en Perú*

A continuación se presentarán tres investigaciones que indagaron sobre la representación social de la salud mental con una muestra particular, ya sean trabajadores o pobladores de una comunidad, en dos regiones del Perú: Lima y Ayacucho.

La primera de estas pertenece a Kudó (2001), quien investigó las representaciones de salud mental en jóvenes de Ayacucho entre 18 y 25 años. Ésta es una de las primeras investigaciones fuera de Lima que busca explorar las creencias, actitudes e ideas que se tenía de la salud mental, sobre todo en una de las regiones más pobres del país, y además, sumamente afectada por la violencia política. La autora encontró que las representaciones de salud mental de los jóvenes consistían en una persona que trabajara bien, que disfrutara de la vida, que viviera en armonía con su entorno, que pudiera percibir el mundo y procesar la información sin desviaciones, y que sea perseverante en alcanzar sus metas. En un segundo plano se alude a la estabilidad emocional, la capacidad de recrearse sanamente, de tener el control de sí

y poder cuidar de otros. Lo que da cuenta de la importancia que tiene en un contexto andino, la relación con el entorno y la posibilidad de ser productivo, mientras que lo individual e interno aparece en segundo lugar.

En la misma línea, Cueto (2008) indaga sobre las representaciones sociales del personal de salud del Ministerio de Salud (MINSA) dentro de las comunidades afectadas en Ayacucho por el conflicto armado interno en el Perú. En este estudio se relatan las creencias e imágenes respecto a la calidad de vida, situación de los grupos más vulnerables de la zona y las iniciativas para la recuperación post conflicto. También se manifiesta el contenido representacional en torno a la intervención del Estado a través del MINSA y cómo sienten que ésta ha sido insuficiente. Asimismo, describe las emociones que el personal muestra respecto a la población afectada por la violencia y sus posibilidades reales de responder a las necesidades y demandas de la comunidad.

Por último, Moll (2009) explora las representaciones de salud mental en trabajadores de salud de dos instituciones de Lima Metropolitana. Esta autora encontró que los entrevistados tendían a aproximarse a la salud mental de forma integral, pero con dificultad para ver la salud-enfermedad como un continuo. Además, los participantes tendían a diferenciarse de quienes sufrían trastornos mentales en un intento por alejarse y evitar la identificación y el involucramiento. Asimismo, con el objetivo de combatir los prejuicios en torno a la enfermedad mental proponen implementar campañas orientadas a informar y educar a quienes las sufren, a sus familiares y a la sociedad en general, así como también a las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental. Por último, la enfermedad mental se representó fuertemente asociada a los trastornos psicóticos, dejando de lado los trastornos depresivos y ansiosos, los cuales son los más cotidianos y de mayor prevalencia.

Dado el contacto que los trabajadores de salud tienen con los enfermos mentales, es importante dar cuenta de cuáles son las representaciones de salud mental que éstos manejan. Para eso, primero describiremos quiénes son, qué hacen, las condiciones en las que trabajan, y por qué son importantes.

### *Trabajadores de salud en Huancavelica*

Los profesionales de la salud, según la Defensoría del Pueblo (2009), son entendidos como psiquiatras, médicos, profesionales de enfermería, psicólogos clínicos, trabajadores sociales u otras personas capacitadas que estén relacionadas con la atención en salud mental.

Para el MINSA (2004), estos trabajadores juegan un rol especial y central en la distribución y cuidado de la salud mental en el ámbito clínico, son los que velan por la salud mental de los pobladores, previenen enfermedades y promocionan la salud.

A pesar de esto, los trabajadores de salud muchas veces trabajan en condiciones desfavorables, ya que los hospitales no cuentan con la infraestructura y los equipos adecuados, así como condiciones de higiene apropiadas. Además de esto, el MINSA (2004) reconoce que éstos trabajadores presentan ineficiencias y poca sensibilidad en el trato a la población, lo cual dificulta una atención de calidad. Esto podría estar relacionado a que a pesar que se otorgan capacitaciones por parte del MINSA, no existe un seguimiento adecuado, y por ende, muchos de los trabajadores han sido identificados con el síndrome del “burnout”, lo que significa que realizan sus labores en condiciones de estrés permanente, donde muchas veces pueden sentirse sobreexigidos y terminan presentado cansancio crónico e ineficiencia en el trabajo (MINSA, 2004).

Asimismo, los equipos básicos de salud no están lo suficientemente preparados para abordar temas de salud mental, no cuentan con suficientes psicólogos ni trabajadores sociales, quienes podrían contribuir a un mejor abordaje de este. Además, hay una alta rotación, lo cual impide la acumulación de experiencia y sostenibilidad de los programas. La centralización de los profesionales, sobre todo en Lima y en los hospitales psiquiátricos, dificulta la atención de los casos más graves (MINSA, 2004).

Se podría decir que a pesar que las políticas públicas posicionan a los trabajadores como principales promotores de la salud mental, no brindan un sostenimiento permanente, lo que no solo perjudica a esta población sino también a las personas que son atendidas en estos centros de salud. Una reacción de rechazo y estigmatización hacia los trastornos psíquicos, la subestimación y falta de atención a las personas con problemas en torno a la salud mental crea un círculo vicioso donde tanto de los trabajadores como de los pacientes no logran atenderse de manera adecuada, interfiriendo en la búsqueda de bienestar y estabilidad que los centros de servicio del Estado propone.

Estas dificultades —que se encuentra en torno al trabajo que ejercen los trabajadores de salud— se observan, además, exacerbadas por el contexto en el que viven, la región de Huancavelica, la que evidencia una alta tasa de mortalidad, desnutrición, depredación del medio ambiente y baja calidad en la atención de salud. Estos factores son desencadenantes de estresores psicosociales, los cuales también generan problemas de salud mental (MINSA, 2004).

Es importante presentar algunas de las estadísticas más resaltantes que presenta la región, donde se evidencia un elevado porcentaje de pobreza, bajo acceso a la educación y una historia reciente de violencia política.

El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) sostiene que Huancavelica es una de las regiones más pobres del país, concentrando los veintiocho distritos más pobres del Perú. Su tasa de pobreza, hasta el 2009, era de 77,2%, superando el promedio nacional (34,8%), a pesar que en los últimos cinco años el índice de pobreza ha disminuido en 7,6 %. Por otro lado, la esperanza de vida de los pobladores gira en torno a los 68.6 años y se espera que dentro de cinco o diez años se eleve a 70. En 2004, Huancavelica se encontraba entre las tres regiones con distritos con mayor índice de déficit de infraestructura, lo que quiere decir que carecen de servicios de luz, agua y desagüe, así como falta de medios de comunicación principales, como radio o televisión. Cabe resaltar que el idioma o lengua predominante es el quechua: el 65% de la población lo habla, mientras solo el 34,2% habla castellano (INEI, 2010).

Por otro lado, es importante resaltar que Huancavelica fue una de las regiones que más sufrió durante el conflicto armado. Según la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), las consecuencias del conflicto armado entre 1980 y 2000 desencadenaron grandes desequilibrios nacionales, incrementado así la pobreza, desigualdad, discriminación y exclusión de las poblaciones más afectadas. En su mayoría estas poblaciones pertenecen a las zonas rurales, campesinas y quechuhablantes de las regiones más pobres del país. Como consecuencia, la salud mental se vio fuertemente afectada, desencadenando reacciones como estrés grave y trastornos relacionados a la capacidad de adaptación. Además, se observó un incremento en la violencia familiar y urbana, lo cual sostiene relación con el alza en los índices de criminalidad (CVR, 2003).

En lo que se refiere específicamente a la salud, el INEI (2010) indica que hasta 2009 el 82,9% de los pobladores de la región tienen seguro de salud, donde solo el 72,1% tiene el Servicio Integral de Salud (SIS). En el estudio realizado por Loayza y del grupo Manuela Ramos (2003), "Voces de mujeres de Huancavelica: género y salud reproductiva", se sostiene que aunque las mujeres reconocen el conocimiento y especialización de los establecimientos de salud para tratar enfermedades, consideran que las parteras y curanderos de la comunidad tiene un rol importante en torno a la salud dentro de la comunidad. Esto último se debe a que, tanto parteras como curanderos son miembros de la misma comunidad, comparten costumbres y concepciones acerca de la salud y enfermedad, motivos que los hacen merecedores de la confianza de la población.

Esta información nos ayuda a dar un esbozo de cómo se vive la salud en regiones como Huancavelica, donde la pobreza, inequidad y las distintas costumbres y formas de ver la salud o enfermedad ayudan a dilucidar las posibilidades de recibir un adecuado servicio de manera integral.

### *Población con trastornos mentales en el Perú*

Luego de hablar de los trabajadores de salud y su contexto, es importante exponer la principal población a la que se dirige las políticas públicas, sobre todo las hospitalizadas (Informe Defensorial N° 102, 2005).

Los lineamientos para la acción en salud mental del gobierno (2006), y el informe Defensorial N° 140 (2009) sostienen que los principales trastornos mentales son la depresión —casi la quinta parte de Lima (19%) y la sexta parte en la población de la sierra (17%) lo han sufrido alguna vez—, los trastornos psíquicos —su frecuencia es del 1% en Lima y 0,3% en la sierra—, y trastornos de ansiedad —que afectaron a más de la cuarta parte de la población limeña (25,3%) y más de la quinta de la sierra (21,1%)—. Es importante mencionar que el estrés post traumático es significativamente más alto en la sierra que en Lima (12,8% de diferencia). Otros de los principales problemas de salud mental son el consumo de drogas y alcohol, violencia (infantil, contra la mujer y sexual), pandillas juveniles, trabajo infantil y discapacitados (MINSA, 2004).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), son la violencia, el desplazamiento forzado y refugiados, los trastornos depresivos, el abuso de sustancias, la desinformación acerca de tratamientos de enfermedades y el desconocimiento de los derechos humanos de los enfermos mentales posibles fuentes de los problemas relacionados a la salud mental. Asimismo, la marginalidad y las diferencias entre clases sociales implican un deterioro en el estilo de vida, que no solo son vistas como fuentes de problemas de salud mental, sino que además refuerzan los ya existentes (Mora-Ríos, 2005).

La falta de integración del componente de salud mental en los centros de atención dificulta muchas veces la efectiva detección temprana de los trastornos y problemas de la salud mental. La atención y rehabilitación de estas personas se entorpece también debido a la carencia de referencias y seguimientos de centros especializados. Además, el escaso acceso a los servicios de salud mental, sobre todo en las zonas rurales, se debe a la centralización de estos servicios. A partir de ahí es que se observan que son pocos los esfuerzos por parte de las entidades del Estado para adaptar los servicios que se ofrecen a las diferentes culturas (MINSA, 2004).

### *Planteamiento del problema*

La atención en salud mental está casi totalmente centralizada en Lima. Un ejemplo de eso es que los hospitales especializados en atención psiquiátrica se encuentran en esta región (Noguchi, Valdizán y Larco Herrera), se les destina casi el 98% del total del presupuesto en salud mental y el 75% del total de camas. En todo el país solo hay veintitrés servicios de psiquiatría en hospitales generales del MINSA, y solo en cinco de las trece regiones afectadas por la violencia política se cuenta con personal capacitado para una atención comunitaria: el resto de provincias no tiene algún tipo de servicio especializado. Asimismo, el número de profesionales de salud mental es escaso y la mayoría descuida un enfoque de atención integral y comunitario que contemple el bienestar de la persona y su comunidad (Informe Defensorial N° 140, 2009; MINSA, 2006). Es por ello que se considera importante trabajar la salud mental en un contexto diferente al de Lima.

Esto nos lleva a remarcar que nuestra investigación se da no solo fuera de Lima, sino en una de las regiones más pobres y afectados por la violencia política en el país, Huancavelica (CVR, 2003; INEI, 2010). Es importante considerar que sociedades donde la pobreza y las carencias priman terminan generando sensaciones de abandono, frustración e ira, lo que hace que perciban su entorno como amenazante y poco estable. Es aquí cuando es indispensable señalar que las representaciones que los pobladores de la sierra peruana tienen respecto a la salud mental estarían directamente ligadas a la cultura particular en la que se encuentran y la realidad específica en la que viven; por ende, su aproximación a la salud mental estará alejada de la visión occidental y biomédica predominante. Por ello, para aproximarse al tema de salud mental en un país pluricultural como el nuestro es totalmente necesario aproximarse a las construcciones de la salud mental y validar estas diferentes concepciones (Rivera y Velázquez, 2008).

Explorar las representaciones de los trabajadores de salud fuera de un contexto limeño se considera como aporte al conocimiento de la noción de salud mental. Primero, porque la realidad socioeconómica no es la misma, hay menos recursos, se observa mayor vulnerabilidad, la cual se ve reflejada en una gran desigualdad en la atención a la salud. Las mayores carencias que sufren las comunidades de bajos recursos están relacionadas a la salud, y es justamente en la salud mental donde se refleja esta inequidad (MINSA, 2006). Segundo, las representaciones de salud mental de los operadores van a ejercer influencia en una variedad de comportamientos relacionados con la salud y por ende en la atención directa con la población y los pacientes. La satisfacción del paciente depende de una serie de características, del mismo paciente y del profesional de salud. Asimismo,

también depende del ambiente promotor de salud, de los factores estructurales y de la organización (Álvarez, 2006; Rodríguez, 1995).

En la misma línea, explorar las representaciones de salud mental en trabajadores de salud brinda más que un aporte a la noción de la salud mental. Como señala Velázquez (2007), existe una necesidad de crear políticas públicas y desarrollar modelos de prevención, intervención y promoción de salud mental, partiendo del reconocimiento de las representaciones de la salud mental insertadas en el contexto sociocultural donde se evidencia. Por otro lado, el objetivo de explorar qué nociones de salud mental están experimentando continuamente los operadores de salud es esencial, dado que se asume que ello va a influir definitivamente en su actividad laboral, en cómo se relacionan con sus pacientes y cómo cuidan su salud mental (Álvarez, 2006; Rodríguez 1995).

Investigaciones como la de Kudó (2001), Cueto (2008) y Moll (2009) nos permiten dilucidar la importancia de investigar e identificar las representaciones de salud mental de la población y de trabajadores de salud, sea en un contexto rural o urbano. Consideramos importante ampliar los estudios incluyendo las diferentes realidades que se presentan en nuestro país, ya que los resultados podrían beneficiar la construcción de programas de prevención y promoción.

A partir de lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las representaciones de salud mental que tienen los trabajadores de salud de la ciudad de Huancavelica?

Se plantea el siguiente objetivo general y objetivos específicos:

Objetivo general:

- Describir las representaciones de salud mental que tienen los operadores de salud en Huancavelica.

Objetivo específico:

- Conocer las representaciones que tienen los trabajadores de salud de Huancavelica acerca de las personas que disfrutan o no de salud mental.
- Describir la representación que los trabajadores de salud de Huancavelica tienen sobre los factores que favorecen e interfieren con la salud mental.
- Explorar las representaciones que tienen los trabajadores acerca de la posibilidad de curación de una persona que no goza de salud mental.





## CAPÍTULO II

### Metodología

#### *Diseño de investigación*

Debido a que existen ciertas investigaciones respecto a las representaciones de salud mental (algunas realizadas en contextos andinos), se plantea que este estudio sea de tipo descriptivo. De esta manera podremos especificar las características vinculadas a las representaciones de salud mental de los trabajadores de salud de Huancavelica (Hernández, Fernández y Bautista, 2007).

La metodología del presente estudio responde al paradigma cualitativo. La investigación cualitativa da profundidad, dispersión, riqueza interpretativa a la información obtenida contextualizada en el ambiente, así como detalles y experiencias únicas. Según González Rey (2007) la investigación cualitativa permite integrar lo que la persona siente y piensa, es decir, la subjetividad de aquel al que se investiga. Este proceso de construcción, altamente dinámico, pretende ampliar las alternativas de lo estudiado y profundizar en la realidad del sistema (González Rey, 2007; Hernández, Fernández y Bautista, 2003).

La metodología cualitativa intenta acercarse a los conocimientos y experiencias subjetivas de un grupo de sujetos que comparten un mismo espacio, evento o condición social. Esta aproximación metodológica tiene como principios contemplar el conocimiento que brinden los participantes como una posibilidad de profundizar y enriquecer un campo de estudio, sin dejar de lado el valor especial y singular que cada participante da a través de su discurso o diferentes formas de expresión simbólica. (González Rey, 2007).

#### *Participantes*

En la presente investigación se entrevistó a catorce trabajadores de salud de Huancavelica. Este grupo de participantes estuvo conformado y dividido en tres grupos: el primero, psiquiatras y médicos; el segundo, psicólogos y asistentes sociales; y el tercero, enfermeras y técnicas de enfermería. No se pudo entrevistar a ningún psiquiatra, ya que los primeros quince días del mes no hay ni un psiquiatra en Huancavelica; el único que trabaja en esa región solo acude los últimos quince días del mes. Se obtuvo entre dos y cuatro entrevistas de cada grupo mencionado, teniendo como premisa entrevistar a por lo menos uno de cada grupo. La muestra elegida para las entrevistas eran del Hospital General y del Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC), ya que son las entidades que trabajan directamente con el

MINSA. Por último, no se consideró fundamental que los participantes hayan nacido en esta región, pero sí que por lo menos tengan un año de experiencia trabajando en el Hospital General de Huancavelica o en el Centro de Salud Mental.

Así, los participantes se convierten en un grupo que intenta representar la gama de trabajadores de la salud mental. De esta manera, podremos obtener información clave proveniente de individuos representativos (Hernández, Fernández y Bautista, 1998).

Tabla 1

*Características de los participantes del estudio*

	<i>Profesión</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad (en años)</i>	<i>CT (*)</i>	<i>Procedencia</i>	<i>TRH (**)</i>	<i>TTCS (***)</i>
1	Médico 1	M	70	HG	Huancavelica	33	45
2	Médico 2	M	64	HG	Chiclayo	1	40
3	Interno medicina 1	F	25	HG	Chimbote	1	4
4	Interno medicina 2	F	24	HG	Huancayo	1	1
5	Psicólogo 1	M	26	HG	Chimbote	1.6	2.6
6	Psicólogo 2	F	40	CSMC	Junín	7	10
7	Psicólogo 3	F	34	CSMC	Huancavelica	34	10
8	Asistente Social 1	F	58	HG	Huancavelica	28	28
9	Asistente Social 2	F	54	HG	Huancavelica	30	28
10	Enfermera 1	F	29	HG	Huancavelica	29	3.1
11	Enfermera 2	M	35	HG	Huancavelica	12	3
12	Obstetra 1	F	26	CSMC	Huancayo	1.6	4
13	Técnica enfermería 1	F	22	CSMC	Huancayo	1	2
14	Técnica enfermería 2	F	40	HG	Huancavelica	40	3.5

\*CT: Centro de trabajo. HG: Hospital General de Huancavelica. CSMC: Centro de salud mental comunitario.

\*\*TRH: Tiempo en años de residencia en Huancavelica

\*\*TTCS: Tiempo en años de trabajo en un centro de salud

*Instrumentos**Ficha de datos*

El objetivo de este instrumento es obtener los datos generales del participante. Recoge datos sociodemográficos, incluyendo su tiempo de residencia en Huancavelica y los relacionados a su experiencia laboral y tiempo de trabajo en el centro de salud actual (ver Anexo A).

*Entrevista semiestructurada*

Se elaboró una entrevista semiestructurada con el fin de que los participantes refieran y expresen sus representaciones en torno a la salud mental. La idea fue obtener información de los individuos en profundidad, en sus propias palabras, definiciones o términos insertados en su contexto. La entrevista semiestructurada está basada en una guía de preguntas, pero teniendo la libertad de inducir preguntas

adicionales para poder precisar conceptos u obtener mayor información de los temas necesarios (Hernández, Fernández y Bautista, 2003 y 2007).

Se tuvo como base la entrevista realizada por Moll (2009) (ver Anexo B1) con trabajadores de salud en Lima Metropolitana, la cual tiene como fin la exploración de la salud mental, dentro de la cual se indagan diferentes subáreas (concepto de salud y enfermedad mental, factores que influyen en la salud mental y fantasías de curación). Cada una de ellas cuenta con definiciones operacionales que clarifican las preguntas que se formulan en base a los objetivos específicos del estudio. Esto se divide de la siguiente manera:

- Percepción de la población a la que se atiende: Explorar la idea de salud y enfermedad mental en torno al individuo que la sufre y las repercusiones que esto tiene en su vida y su entorno. Esta es una aproximación más amable, que no requiere definiciones conceptuales ni teóricas acerca de la salud mental.
- Factores que favorecen o interfieren con la salud mental: Explorar las aproximaciones a las variables que favorecen o dificultan el desarrollo y sostenimientos de la salud mental en las personas de la ciudad de Huancavelica.
- Fantasías de curación: Explorar la noción de pronóstico y posibilidades de superación, incluyendo las prácticas tradicionales en la región y si los trabajadores las aceptan o no.

#### *Procedimiento para la recolección de la información*

Primero se hizo contacto con la ONG DEMUS, organización que trabaja en Huancavelica desde 2004, desarrollando una propuesta de interculturalidad. El viaje se realizó con una de las personas que trabaja en esta organización y transita entre Lima y Huancavelica constantemente; gracias a ella se pudo acceder con mayor facilidad a las autoridades correspondientes (del CSMC y del Hospital General) y a nuestra población. Se estableció el contacto con la encargada de salud mental de la DIRESA (Dirección Regional de Salud), quien nos dio la posibilidad de ingresar al Hospital General de Huancavelica y realizar las entrevistas.

Luego se identificó a los diferentes especialistas y se les entrevistó, teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo e intención participativa, tanto del Hospital General como del Centro de Salud Mental Comunitaria.

Antes de iniciar la entrevista se entregó a los participantes un consentimiento informado, el cual explica el propósito de esta investigación, el instrumento que va a ser usado, la confidencialidad con que se utilizará la información y el permiso para ser grabados (ver Anexo C). Luego se llenó la ficha de datos sociodemográfica y se

procedió a hacer las entrevistas. Estas se realizaron en un periodo de dos semanas, tiempo que permanecimos en la ciudad de Huancavelica; se hicieron entre una a tres entrevistas cada día, y los días libres en la ciudad ayudaron a observar la dinámica que se llevaba a cabo en el Hospital General o en el CSMC. Las entrevistas duraron entre una hora y cuarto (1:15 hrs.) y cuarenta y cinco minutos (45 min.); es importante resaltar que algunas preguntas referidas al conflicto armado o medicina tradicional fueron en su mayoría dirigidas, ya que los participantes no relacionaron estos temas con la salud mental. Las entrevistas se realizaron en los consultorios o áreas de trabajo de los participantes de la investigación, éstas podían ser, por ejemplo, el centro de vacunación o la sala de espera de emergencias, entre otros.

Por último, se procedió a transcribir las entrevistas y realizar un análisis cualitativo, donde se analizó primero cada entrevista y luego se hizo una comparación sistemática, para poder obtener categorías relacionadas con las áreas y objetivos de la presente investigación. De las catorce entrevistas se eligieron once, las más representativas y ricas en información, las otras tres fueron dejadas de lado ya que repetían la información, sin brindar nuevos aportes.

## CAPÍTULO III

### Resultados

En este capítulo de la investigación se presentarán los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, las cuales responden a los objetivos específicos establecidos de nuestra investigación.

#### *Representación de una persona que disfruta o no de salud mental*

Como se observa en la Figura 1, se puede identificar a partir del discurso de los trabajadores de salud de Huancavelica la representación que éstos tienen acerca de una persona saludable mentalmente y una que no. Primero, desglosaremos lo referente a la salud, para luego pasar a la enfermedad.

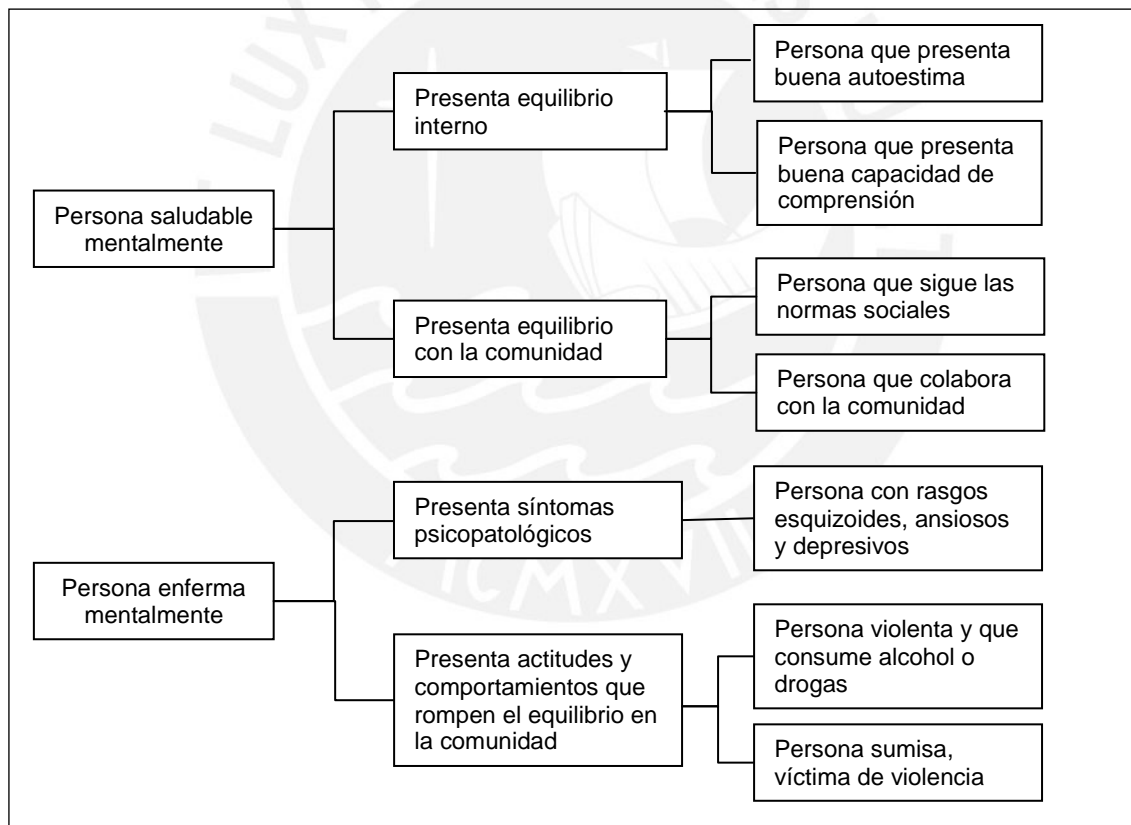


Figura 1. Representación de una persona que disfruta o no de salud mental para los trabajadores de salud de Huancavelica

Los trabajadores de salud se aproximaron a la representación de una persona saludable desde la idea de “el equilibrio”. A través de su discurso esta idea pudo ser categorizada de dos maneras: 1) equilibrio interno y 2) equilibrio con la comunidad.

La categoría de equilibrio interno fue referida por los participantes como una persona que presenta “estabilidad y armonía en su vida”, que es “feliz”, “independiente” y saludable física, psíquica y emocionalmente (médico 1, psicóloga 2, psicóloga 3). Por ejemplo, una de las participantes nos cuenta: “La salud engloba todo [...] bienestar psicológico, bienestar físico, una persona con buena salud hace deporte, [...] sabe sobrellevar sus problemas” (interna de medicina 1).

Dentro de esta mirada integral, los trabajadores especificaron la importancia de dos aspectos: la autoestima y la capacidad de comprensión. Sobre la autoestima, los trabajadores sostuvieron que “quererse a sí mismo” (psicóloga 3) era necesario para ser considerado saludable.

En cuanto a la capacidad de comprensión, los trabajadores de salud explicaron que las personas que disfrutan de salud son “personas lúcidas” (interna de medicina 1), “que entienden” (psicólogo 1), “que diferencian lo bueno de lo malo” (técnica enfermería 1) y que identifican y saben resolver sus problemas (psicóloga 2). Esta característica termina siendo bastante importante para los trabajadores entrevistados, ya que diferenciaría muy claramente a aquellas personas que son consideradas “locos” (término utilizado para aludir a una persona con alguna enfermedad mental, muy usado por los pobladores, según los entrevistados), de las personas saludables. Las personas saludables pueden pensar, hablar, escuchar y reflexionar, mientras que los “loquitos” no.

En cuanto a la categoría de equilibrio con la comunidad, el otro aspecto de la noción de equilibrio con la que los trabajadores de salud se aproximaron a la representación de una persona que disfruta de salud mental, se refiere a la importancia que éstos le atribuyeron a vivir en sociedad, a la familia, a seguir normas y colaborar con la comunidad.

Los trabajadores de salud manifestaron que una persona que disfruta de salud mental actúa según lo establecido por la sociedad.

“Cuando no llega a extremos [...] pueden conversar cómodamente, no se irrita con menos cosas, toleran bromas, [...] acepta reuniones sociales pero eventuales, [...] una persona que está centrada y está equilibrada en el espacio social” (asistente social 2).

En ese sentido, la familia y los valores planteados en la comunidad son de suma importancia. “[para gozar de salud] no necesariamente debes tener una educación superior, pero tener una formación de familia, una forma de conducir una familia es importante” (asistente social 2)”

Por otro lado, para los trabajadores de salud, la idea de contribuir con la sociedad se refiere, primero, a la posibilidad de establecer buenas relaciones con los

demás, involucrarse con su sociedad y “hacer bien a la comunidad [...], realizar sus actividades” (enfermero 2). Una entrevistada comentó: “Es el estado de bienestar que te permite involucrarte con tu familia, con tu sociedad y aportar también para el bien de tu región y tu comunidad” (psicóloga 2). Asimismo, para los trabajadores, la actividad laboral fue un indicador bastante importante de ser saludable.

“[...] Por ejemplo, yo estoy bien, hago tratamientos, planeo mis cosas, me hago la cita contigo, me encamino bien, siendo saludablemente yo puedo. Pero una persona que no tiene una salud óptima no va a poder hacer esto, va a hacer una cosa por otra” (enfermero 2).

A continuación, se expondrán las representaciones en torno a una persona que no goza de salud mental. Estas son las categorías que se generaron a partir del discurso de los trabajadores de salud: 1) sintomatología psicopatológica y 2) ruptura de equilibrio con la sociedad.

En cuanto a la presencia de síntomas psicopatológicos, los trabajadores de salud evocaron síntomas ligados a trastornos del ánimo y ansiedad; y por otro, los “loquitos” cuya descripción coincide con la esquizofrenia desorganizada. Los participantes aludieron al término “loco”, “ansioso” o “deprimido” para hacer una separación entre las personas saludables y no saludables mentalmente. Dentro del discurso se entiende claramente que hay una alusión a trastornos psiquiátricos, pero sin una explicación precisa, ya que el lenguaje o términos que usaron en torno a la patología fue bastante básico.

A pesar de esto, los trabajadores de salud manifestaron tener claro que el cuidado de la salud mental no es solo el cuidado de pacientes psiquiátricos, sino es la búsqueda de bienestar integral. Una de las trabajadoras nos explica:

“La creencia de acá es que la salud mental es para los locos. Empezando por el mismo personal de salud. Vas al hospital y eso es lo primero que piensan. Nadie te dice que la salud mental es para estar mejor, para tener una mejor calidad de vida, no” (obstetra 1).

En cuanto a la ruptura del equilibrio con la sociedad, nos referimos a toda actitud, comportamiento o creencia que fomente un desorden en la configuración social. Esto quiere decir para los trabajadores de salud que las personas que estén fuera del marco establecido podrían llegar a dañar a algún miembro de la comunidad o a sí mismos. Una las trabajadoras de salud explica que estas personas tienen problemas en distintos ámbitos de su vida, perjudicándose a ellas y a la comunidad.

“[...] problemas de relación de pareja, problemas personales, problemas en la sociedad, no hay una integración buena en la sociedad, en el trabajo, no se sienten seguros de sí mismos [...] no siempre la enfermedad mental se refiere solo a un loco, un esquizofrénico, un paranoico, sino muchos tipos de problemas, más que todo de integración como personas en la comunidad” (psicóloga 3)

Dentro de esta categoría se pueden distinguir dos maneras de quebrar la configuración social: por actitudes que evocan lo excesivo (como la violencia y el consumo) y por actitudes que evocan defecto (como la sumisión y el ser víctima de maltratos).

Para los participantes del estudio, esta primera aproximación es entendida como las personas con actitudes trasgresoras y que hacen daño a ellos, su familia y comunidad. Uno de los trabajadores de salud los definió como “impacientes, no están conformes con ellos, con tendencia agresiva, inquietos [...], malcriados, no me parecen una persona normal” (enfermero 2). Los trabajadores de salud hicieron sobre todo alusión a personas machistas, violentas, alcohólicas o drogadictos y delincuentes.

Este concepto, para los participantes, está directamente asociado a los hombres. “Por ejemplo, aquí predomina el machismo, predominan los prejuicios donde prácticamente las víctimas son el sexo femenino” (médico 1).

Por otro lado, cuando los trabajadores de salud hacen referencia a una ruptura en la sociedad desde el defecto, los participantes se refieren a personas que están totalmente sometidas a ciertas prácticas sociales, como el machismo, y no se levantan ante injusticias. Los trabajadores enfatizaron en víctimas de violencia, maltrato e incompreensión por parte de la pareja, por ejemplo. Además, las describieron como personas con baja autoestima, tímidas, sumisas y “probablemente tristes” (psicóloga 3), que al final “van a vivir supeditados a la voluntad de otros” (médico 1).

“[...] niegan que son agredidas [...]. Quizá por el temor de quedarse solas porque muchas solo cuenta con la secundaria completa y dependen del esposo. Tienen hijos a temprana edad [...]” (obstetra 1)

Es importante resaltar que los trabajadores de salud tuvieron mayor facilidad para aproximarse a la enfermedad que a la salud mental. De manera adicional cabe resaltar que varios de los trabajadores entrevistados se refirieron a ellos mismos y a su estilo de vida para describir a una persona saludable mentalmente, lo que nos podría estar diciendo que la salud mental es una idea compleja para ellos, y la autorreferencia es una herramienta para aproximarse.



*Representación de los factores que favorecen e interfieren con la salud mental en Huancavelica*

A partir del discurso de los trabajadores de salud, se pudo también manifestar la representación que éstos tienen acerca de los factores que favorecen e interfieren con la salud mental en la ciudad de Huancavelica (Figura 2). En esta parte, primero hablaremos lo referente a los factores protectores, para luego pasar a los que interfieren con la salud mental de la ciudad.

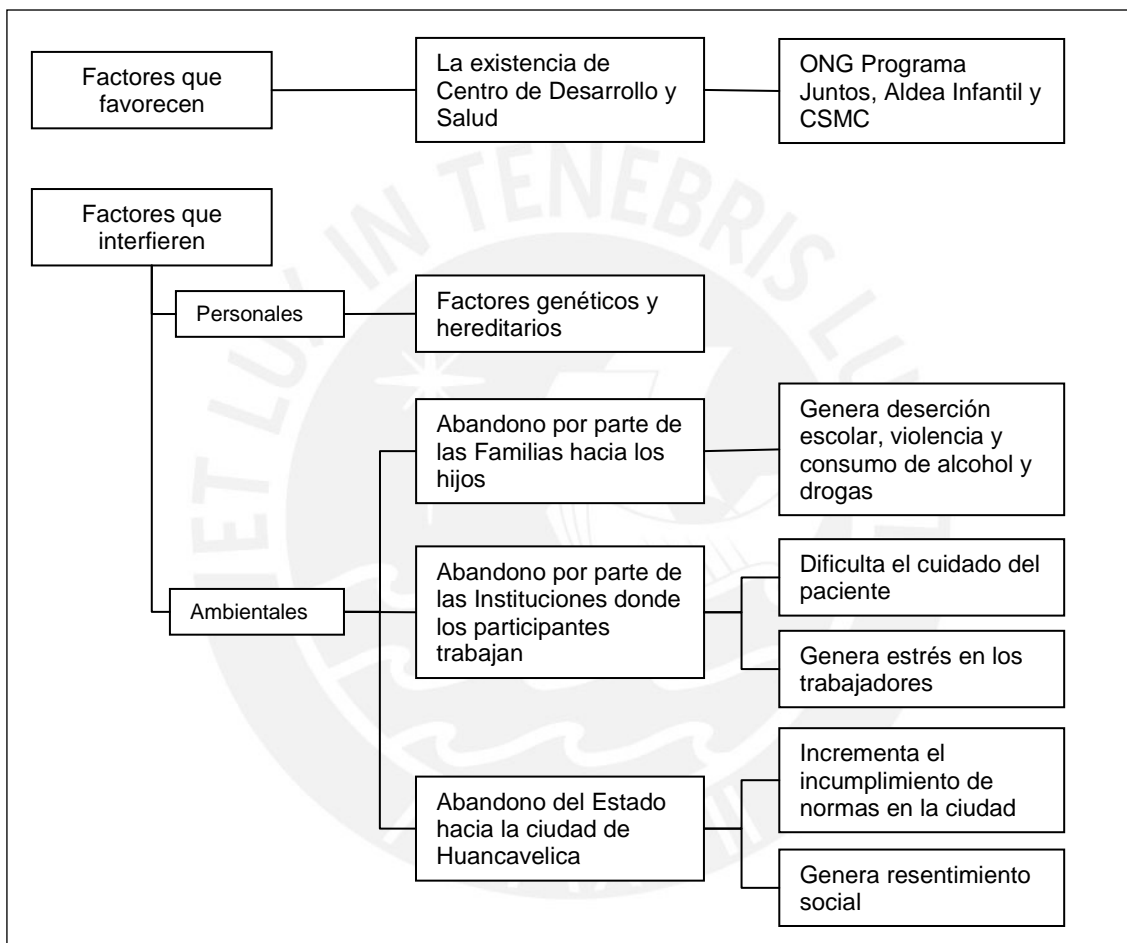


Figura 2. Representación de los factores que favorecen e interfieren con la salud mental en Huancavelica según los trabajadores de salud

Desde un panorama general, es importante mencionar que los participantes del estudio tuvieron dificultades para identificar los factores que favorecen la salud mental en su ciudad, y los pocos factores que pudieron mencionar fueron criticados.

A partir del discurso de los participantes pudimos generar una sola categoría para éstos primeros factores, la cual llamamos Centros de Desarrollo y Salud. A esto nos referimos con lugares físicos o entidades que colaboran con la salud mental de los pobladores en la ciudad de Huancavelica. Los participantes mencionaron ONG como

Manuela Ramos (técnica de enfermería 1) y Ser Jóvenes (obstetra 1). Sin embargo, los trabajadores presentaron desconfianza ante estas entidades. Se cuestionó su metodología de trabajo—“no hac en un trabajo integral” (psicóloga 2)— y el tema de los ingresos y el dinero que éstas reciben—“¿a dónde se llevan la plata?” (psicóloga 3).

Los trabajadores de salud también mencionaron el Programa Juntos. Este es un programa mediante el cual, el gobierno reparte cien soles mensuales a las familias afiliadas que asistan a sus controles médicos. Los trabajadores de salud lo consideran un factor protector ya que no solo brinda salud sino también dinero a las familias más necesitadas. El problema es que “la gente va por que les dan algo a cambio” (psicóloga 1), y con esto “se promueve el facilismo” (técnica de enfermería 2).

Otro de los espacios de protección que mencionaron los trabajadores fue Aldea Infantil, que es un albergue para niños abandonados. Aquí, niños y jóvenes hasta los dieciséis años tienen un lugar donde comer, dormir y estudiar. El problema que identificaron es que debido al estado de abandono en el que viven estos niños y su constante búsqueda de afecto es más probable que su vida sexual empiece a temprana edad. Una de las trabajadoras menciona que en varias ocasiones los adolescentes o los niños mayores han abusado sexualmente de los de menor edad (obstetra 1).

Por último, se menciona el Centro de Salud Mental Comunitario como espacio protector, ya que en él se realizan talleres de prevención y promoción, así como ayuda asistencial para niños, jóvenes y adultos de la comunidad. Los trabajadores del Hospital General piensan que se debería dar menos importancia a los aspectos preventivos y promocionales y dar más espacios de atención asistencial y seguimiento de pacientes. Mientras que este espacio es visto por otros trabajadores como favorable a su propia salud mental y donde se sienten cómodos y motivados.

“[...] yo vivo con mi mamá y siempre la voy a ver, pero por ahora más importantes son los pacientes. [...] Lo bueno (en el CSMC) es que no me excluyen, me incluyen para tomar decisiones, para apoyarlos [...] yo trabajo hasta los domingos haciendo seguimientos a los pacientes, cerramos más tarde, no vaya a ser que alguien llegue, nos necesite y no encuentre a nadie” (técnica de enfermería 1).

Ahora expondremos la representación de los trabajadores en torno a los factores que interfieren la salud mental de la población de Huancavelica. A través de las respuestas de los participantes, se pudo dividir éstos factores en dos grandes categorías: 1) personales y 2) ambientales.

Para los trabajadores de salud, la herencia o problemas genéticos con los que venga la persona son determinantes para su salud mental. Este factor puede intervenir directamente o puede ser desencadenado por el entorno. Uno de los trabajadores expresó: “Las [causas] internas pueden ser hereditarias [...], pueden generar violencia, uso de drogas y [que la persona] tenga problemas mentales” (enfermero 2).

En cuanto a los factores ambientales, es notorio que hubo una aproximación mucho más rica en contenido en torno a los factores ambientales. Los trabajadores identificaron que en Huancavelica se vive dentro de un contexto donde la pobreza y algunas prácticas sociales son el desencadenante principal para que la población no disfrute de salud mental, “[...] mucha pobreza hay acá, eso causa muchos problemas” (asistente social 1). Esta idea es vista como la consecuencia de las tres categorías creadas a partir del discurso de los trabajadores de salud: 1) el abandono dentro de las familias, 2) el abandono de las instituciones en las que los trabajadores de salud ejercen, y 3) el abandono del Estado hacia la ciudad de Huancavelica.

Esta sensación de abandono que manifiestan los participantes del estudio, contemplada desde distintos planos, desencadenaría y reforzaría una serie de factores concretos que interfieren con la salud mental como la violencia, el machismo, la deserción escolar, el consumo de alcohol y drogas, el estrés e incumplimiento de normas en la cívicas.

Los trabajadores expresaron percibir un gran abandono por parte de los padres hacia los hijos dentro de las familias en Huancavelica. Especifican que los padres “abandonan” a sus hijos por trabajo, o los dejan en la ciudad para que puedan estudiar. Esta actitud que presentan los padres, aunque de fondo sea una práctica que para ellos fomenta el progreso, los trabajadores de salud indican que esto termina exponiendo a niños y jóvenes, “se ven solos y muchas veces se dejan influenciar por el entorno” (obstetra 1). Según los trabajadores, la ausencia y no supervisión de los padres desencadena que los niños y jóvenes dejen de estudiar, tengan comportamientos violentos, machistas y se inicien en el consumo de alcohol y drogas. Explicaron que dentro de la dinámica familiar se termina generando un círculo vicioso, donde el niño que fue maltratado o violentado, con padres alcohólicos o ausentes, será un joven con conductas de riesgo ante el alcohol y que tenderá a la violencia, y por ende, se convertirá en un adulto con las mismas características (médico 1). Por otro lado, para los trabajadores, las mujeres que son sometidas a la voluntad de los hombres en casa crecen con una necesidad de llenar el vacío de afecto y cariño, el cual es depositado en a las parejas, permitiendo la violencia familiar (psicóloga 3). Por ejemplo, uno de los trabajadores refirió:

“Veo, tengo vecinos, niños que no conocen a su mamá, no van al colegio, los tienen en abandono, ven a sus hermanos mayores, familiares alcohólicos, o son malcriados, hijos de madres solteras... se sienten ansiosos, deprimidos, abandonados y tienden a tener todo tipo de conflictos de conducta” (enfermero 2).

Por otro lado, cuando los trabajadores manifestaron sentir abandono por parte de sus instituciones, éstos identificaron que la falta de personal, capacitación, indumentaria e infraestructura son el mayor problema dentro de sus centros de trabajo. Esto repercute en ellos desde dos aspectos: 1) sienten que impide y perjudica el cuidado y atención a sus pacientes:

“Nosotros no podemos hacer un seguimiento diario, porque las visitas las hacemos los domingos, en nuestros días libres. O sea, no, hay un desapego bastante fuerte del hospital. No hay un apoyo [...] hay varios pacientes y no podemos hacer el seguimiento así [...] no disponemos de personal” (técnica de enfermería 1).

Y 2) repercute directamente en su salud mental: “el personal es insuficiente, técnicos, enfermeros, asistencial, así, no alcanza, trabajamos a veces más de doce horas” (enfermero 2). Se sienten estresados y cansados. Una de las trabajadoras contó que “ni el mismo personal de salud está capacitado de lo que implica la salud mental y no ven la necesidad de implementar” (obstetra 1), expresando así sentir que los demás ni siquiera notan éstas deficiencias.

Por último, en torno a los factores ambientales que afectan la salud mental de la población, los trabajadores de salud identificaron sentirse, como ciudad, abandonados por el Estado. Para ellos, aunque éste tiene la autoridad y el deber de velar por su bienestar y seguridad, no lo hace, lo cual genera desconfianza en ellos. Los participantes mencionan desde programas de salud hasta protección en las calles que no son llevados a cabo y por el contrario, la poca atención a las leyes puede incrementar el consumo de alcohol, el pandillaje y el robo (obstetra 1).

Para los trabajadores, la sensación de abandono por parte del Estado puede ser uno de los causantes del gran resentimiento que observan en los pobladores y que en el pasado haya generado que algunos pobladores pasaran a formar parte de agrupaciones terroristas como Sendero Luminoso, y así se vieran involucrados en el conflicto armado (médico 1). Es interesante resaltar que los temas relacionados al conflicto armado fueron poco comentados por los trabajadores de salud, muchos de ellos hasta negaron que Huancavelica ciudad se haya visto afectada durante este conflicto. El reconocimiento de las secuelas de la violencia política como factor que dificulta gozar de salud mental fue mínimamente comentado.

*Representación de las fantasías de curación y mejora en torno a la salud mental*

Como se observa en la Figura 3, se puede identificar a partir del discurso de los trabajadores de salud de Huancavelica las fantasías de curación y mejora en torno a la salud mental. Primero, describiremos las fantasías de mejora desde el aspecto personal del paciente, para luego pasar a los aspectos ambientales que ayudarían a que una persona pueda mejorar o curarse de una enfermedad mental.

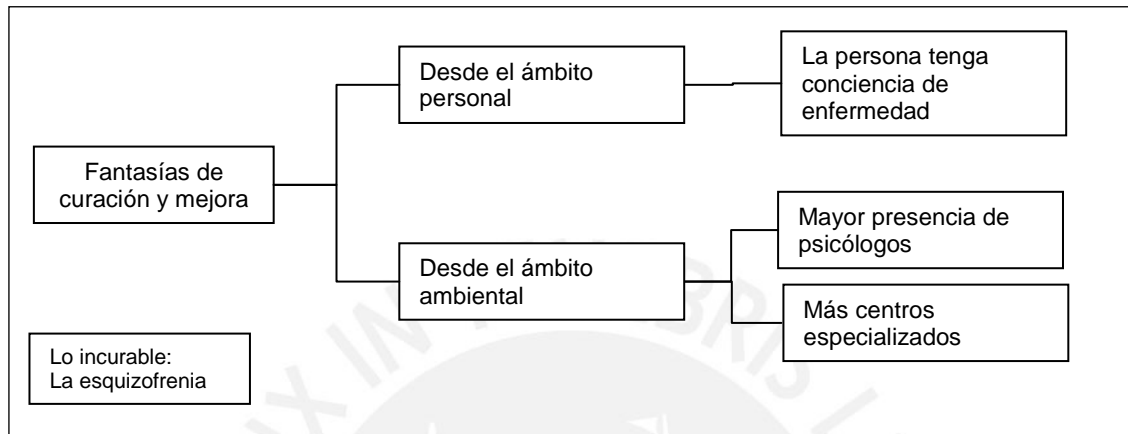


Figura 3. Las fantasías de curación y mejora en torno a la salud mental que presentan los trabajadores de salud de Huancavelica

Para los trabajadores de salud, la mejoría implica que la persona después de vivir momentos conflictivos y problemáticos “pueda incorporarse en la sociedad” (obstetra 1), “se sienta bien consigo misma” (psicóloga 1) y “pueda hacerse cargo de su trabajo y familia” (médico 1).

Por lo tanto, para los trabajadores de salud, que una persona pueda mejorar implica desde el ámbito personal que presente conciencia de enfermedad; mientras que en el ámbito ambiental que 1) exista una mayor presencia de psicólogos en la ciudad de Huancavelica y 2) que se creen más centros especializados.

Desde el aspecto personal, los participantes explicaron que si una persona identifica que necesita ayuda y acude donde un especialista o centro pueda curarse. La conciencia de enfermedad viene de la mano con que la persona tenga conocimientos de la importancia de la prevención y el cuidado de la salud mental desde una visión integral; esto ayudaría a que la persona pueda cuidar de los demás y de sí misma, “si la gente tuviera conocimiento sería mejor [...], se evitaría problemas en casa, con ellos mismos” (psicólogo 1).

Desde el ambiente, a pesar que los entrevistados mencionaron que debería haber un psiquiatra de manera permanente y que el acceso a las medicinas debería ser más fácil para la población, terminaron resaltando que la presencia de psicólogos profesionales es fundamental, ya que esto implica que los pacientes van a poder

recibir un seguimiento apropiado, tratamiento y una vía para acceder a medicación; eso coloca a los psicólogos como solución y curadores principales. Una de las entrevistadas nos comentó: “Solamente el problema es que deberían haber más psicólogos. Porque solo está de manera permanente la doctora X, pero ella también tiene que hacer trámites [...]” (técnica de enfermería 1).

La ausencia de psicólogos —y por ende la falta de personal— para los trabajadores viene ligado a la idea que es necesario que “vengan personas”. Para ellos, esto significa que sobre todo psicólogos y demás profesionales relacionados vengan “de afuera”, refiriéndose, sobre todo a Lima, y éstos puedan ayudar y capacitar a la población. Una de las trabajadoras explicó lo siguiente:

“Hemos hablado con el hospital, el director está haciendo un convenio con la sede central que queda en Lima para enviar un personal médico que les capacite en el área de salud mental, que realicen pasantías en hospitales especializados como el Noguchi o el Valdizán y vengan con competencias para poder recetar medicamentos porque si bien hay protocolos dirigidos a los pacientes de salud mental, pero necesitamos personal capacitado” (obstetra 1).

Por otro lado, los trabajadores de salud consideraron que para que una persona carente de salud mental pueda curarse o mejorar, se le debe brindar un espacio especializado que proporcione cuidado. Esto garantizaría la presencia de psicólogos capacitados y especialistas de manera permanente. Cabe resaltar que uno de los trabajadores manifestó que la existencia de estos centros estaría discriminando y marginando a los pacientes psiquiátricos (los que no hablaban de un “centro” haciendo alusión a un espacio de refugio). Asimismo, hicieron referencia a la necesidad de un hospital psiquiátrico en Huancavelica, donde todas las personas con problemas en torno a la salud mental puedan ir y ser atendidas. Los trabajadores, además, no solo se referían a centros para pacientes psiquiátricos, sino también resaltaron la importancia de centros de protección para niños y mujeres víctimas de violencia, y para alcohólicos, y así también tener la posibilidad de protección y cura o mejora en torno a su salud mental. Una de las trabajadoras compartió la siguiente información:

“Mi objetivo y meta es tener acá un centro de apoyo para todo ese tipo de personas, maltratadas, de parejas, niños maltratados, abusados, así como este centro de salud mental, pero otro, como un refugio para ellos con apoyo psicológico para ellos. Eso es lo que falta acá. Y ahora este centro de salud mental es una fuerza positiva para todo ese tipo de personas porque antes no había” (psicóloga 3).

También se mencionó la importancia de crear un espacio especializado en el hospital, un pabellón de psiquiatría para cuidar a los pacientes, de esta manera no

dependen de las visitas domiciliarias, que además solo son realizadas cada uno o dos meses debido al escaso personal que atiende en el centro de salud mental

“[...] por ejemplo, hay una señora —a veces pienso que debería hacer un centro de internamiento— que no sabemos si come. Ahora, si no come ni toma sus medicamentos [...] estamos corriendo un riesgo [...], yo creo que debería haber un internamiento porque hay personas que no los cuidan bien (técnica de enfermería 1)”.

Es interesante observar aquí, nuevamente, que estos centros, al igual que la gran presencia de psicólogos que los entrevistados exigen como condición para poder curar a personas que sufren de alguna enfermedad mental o que no gozan de salud mental, no existen, lo que pondría la posibilidad de cura como algo, por ahora inalcanzable. Por lo tanto, se llega a la conclusión que la fantasía o idea de curación se mueve en un plano teórico, mas no práctico, lo cual, en términos tangibles, hacen a la enfermedad aún no del todo curable aún para los trabajadores de salud.

Por último, cabe resaltar que los trabajadores de salud pudieron coincidir en que la esquizofrenia, vista como algo grave dentro de la idea de enfermedad mental, es incurable, solo tratable. Por ejemplo, uno de los trabajadores explicó:

“Los pacientes esquizofrénicos sabemos que ellos no tienen cura, pero sí con el tratamiento pueden tener una vida normal. En cuanto a los pacientes que han sufrido violencia, con las terapias sí pueden mejorar, pueden estar bien tranquilos y ya no estar hundidos en la depresión y recordar siempre lo que les ha pasado. Y sí, con la ayuda que se les da pueden estar bien” (psicóloga 3).





## CAPÍTULO IV

### Discusión

A continuación, se discutirán los hallazgos obtenidos en esta investigación. Este capítulo se dividirá en tres partes, respetando el orden establecido por los objetivos específicos: primero, se analizarán las representaciones, obtenidas a partir del discurso de los trabajadores, acerca de una persona que disfruta o no de salud mental; segundo, discutiremos los resultados en relación a los factores que promueven o interfieren la salud mental en la ciudad de Huancavelica; en tercer lugar, se analizarán las fantasías en torno a la curación y mejoría. Finalmente, se presentarán las conclusiones y limitaciones del estudio.

En cuanto a la representación que se genera a partir del discurso de los trabajadores de salud, podemos decir que una persona saludable mentalmente debe presentar “equilibrio” desde lo individual, que comprende un estado de felicidad, autoestima y capacidad de comprensión; y lo colectivo, definido como el individuo que obedece las normas sociales y colabora con su comunidad.

Los trabajadores de salud le dieron mayor importancia a la vida en sociedad, el cumplimiento de las normas y la colectividad, que a la idea de tener y mantener un equilibrio individual. Esta aproximación a la salud mental es similar a lo que postulan las investigaciones de Kudó (2001) y Cueto (2008), realizadas en contextos andinos, las cuales nos indican que en éstas comunidades, debido a las costumbres y manera de vida, lo colectivo y establecido culturalmente se posiciona por encima de lo individual (Kudó, 2001). Esto coincide con la noción de salud mental que presentan Fernández-Ríos y Buela-Casal (1997), quienes postulan que la salud está ligada a la posibilidad de adaptarse al medio donde vives y ser productivo en él.

Por otro lado, una persona que no goza de salud mental es representada como un individuo que presenta síntomas psicopatológicos y que sale de lo establecido por la norma social.

En cuanto a ésta primera aproximación, una persona enferma era representada como deprimida, angustiada y “loca”; ésta última idea coincide con lo manifestado por Venero y Vilches (en Pérez, 2009), quienes indican que un grupo de pobladores de una comunidad en Huancavelica sostuvo que una persona deficiente mentalmente es alguien “demente, harapiento, desaliñado, que solo cubre sus partes íntimas” (p. 113). Se observa, además, que los trabajadores de Lima también usaron el término “loco” cuando se refirieron a un individuo enfermo mentalmente (Moll, 2009). Sin embargo, mientras los trabajadores de Lima solo se conectaron con afectos de rechazo, los de

Huancavelica también evocaron sentimientos de lástima, empatía y el esfuerzo por no dejar de ver de manera integral a éstas personas. Moll (2009) señala que los trabajadores de salud que se sintonizan con trastornos como la depresión y la angustia (trastornos con mayor incidencia según la OPS (2009) y el MINSA (2004)), como los participantes de nuestro estudio, hace que éstos se presenten como más conectados con sus pacientes, brindando así una mejor atención. Esto se puede relacionar a la motivación expresada y demostrada por los trabajadores de salud del Centro de Salud Mental Comunitario de Huancavelica hacia su trabajo. Se podría decir, entonces, que los participantes del estudio se considerarían capaces de acoger y sostener a los pacientes, brindando empatía y buen trato (Pezo, 2008), herramientas para facilitar la comunicación entre profesional y paciente (Amigo, 2003).

Por otro lado, cuando los trabajadores se refirieron a una persona que no goza de salud mental ya que se encuentra fuera de la norma social, evocaron constantemente las prácticas machistas, el consumo de alcohol y drogas, y comportamientos violentos por parte del género masculino. De manera similar, en trabajos realizados por el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en torno a la salud mental comunitaria, pobladores de una comunidad huancaveliqueña dibujaron “un padre borracho que está maltratando de manera física a los miembros de su familia” (Pérez, 2009, p. 113), al referirse a una familia sin salud mental. Asimismo, los participantes de nuestra investigación también manifestaron que las personas no saludables son débiles, sumisas y sobre todo víctimas de maltratado, relacionada al género femenino. Esto coincide con lo establecido por Chipoco (2010), quien en su investigación acerca de las representaciones que los trabajadores de salud de Huancavelica tienen respecto a la sexualidad de la mujer andina y sus derechos reproductivos sostuvo que los operadores también conciben a la mujer andina como sumisa, poco empoderada e incapaz de tomar decisiones sin un hombre que las avale. De ésta manera, reforzamos la idea que tuvieron nuestros participantes acerca de una persona no sana, dividiendo la transgresión y agresión vinculada al géneros masculino, de la debilidad y sumisión relacionada al género femenino.

Es importante resaltar que los participantes presentaron mayor facilidad y rapidez para dar ejemplos y explayarse al hablar de la enfermedad, que de la salud mental, llegando a hacer referencia a ellos mismos como herramienta. Algo similar ocurre con los trabajadores del MINSA en el contexto de Ayacucho (Cueto, 2008), quienes también tuvieron una aproximación más fácil a las personas que no disfrutaban de salud mental. Cueto (2008) comenta que estos trabajadores tenían recuerdos muy “vividlos” de las experiencias de estas víctimas. Se podría decir que aunque la sintomatología de la enfermedad es más visible y concreta que la de la salud, por ende

fácil de describir (Fernández – Ríos y Buela-Casal, 1997), es también afectivamente más movilizante, lo que hace que se recuerde y por ende evoque más fácilmente.

En relación a la representación de los factores que favorecen e interfieren con la salud mental, se observó nuevamente que los trabajadores de salud de Huancavelica presentaron una dificultad para aproximarse a lo saludable y beneficioso, evocando solo lo concreto y tangible como el Centro de Desarrollo y Salud. En este aspecto hay una gran diferencia entre éstos trabajadores y los de Lima, al parecer, los limeños son capaces de ver más fortalezas, desde recursos personales hasta ambientales, como la familia y las redes sociales (Moll, 2009). Esto podría explicarse desde el sentimiento de desamparo que presentan los participantes del estudio, donde su historia de olvido, pobreza y violencia se ve reflejada. Kudó (2001) manifiesta que la carencia económica arrastra consigo otro tipo de privaciones que perjudican la salud mental de la población, y que debido a la realidad de pobreza y abandono en que vive la población con la que realizó la investigación (Ayacucho, contexto sociocultural similar a Huancavelica), es que éstas personas tienen un tipo determinado de representación, lo que indica que para cambiarlas, lo primero que hay que cambiar es el contexto en el que viven. Esto es justificado por Moscovici (1984, citado en Chipoco, 2010), quien explica que las representaciones sociales se construyen a partir de la realidad social, pero también la terminan construyendo. Por eso, es importante resaltar que al generar un ambiente con menos carencias y sensación de abandono podría iniciar la posibilidad que la población de nuestro estudio también reconozca y encuentre su espacio como seguro, estable e involucrado. Cabe mencionar que el MINSA (2006) ha propuesto mayor elaboración de políticas públicas, considerando variables psicosociales; lo lamentable es que al parecer, hasta ahora, esto no tiene un efecto percibido por los trabajadores.

La representación de los factores que interfieren el desarrollo de la salud en Huancavelica tuvo como base la sensación de abandono, éste se dividió en tres planos: desde las familias, desde las instituciones donde trabajan y desde el Estado.

El abandono familiar es entendido como un descuido de los padres hacia los hijos, y a pesar que esto estuvo parcialmente justificado por los trabajadores debido a la búsqueda de mejores oportunidades, la soledad y los riesgos en los que se podían ver involucrados los niños y jóvenes fue concebido como bastante riesgoso. Algo similar evocaron los trabajadores de salud de Lima, quienes mencionaron que las familias disfuncionales, la violencia familiar y el estilo de crianza rígido limitaban el desarrollo de los niños (Moll, 2009). Podríamos decir que independientemente de la procedencia de los trabajadores, los vínculos familiares, la presencia de padres y un entorno de armonía y afecto, aumentan la posibilidad de salud mental, reduciendo la

repetición de violencia en otros contextos y consumo de alcohol o drogas, consecuencias que los trabajadores de ambas localidades mencionaron.

En la misma línea, los participantes de nuestro estudio manifestaron sentir abandono por parte de las instituciones en las que trabajan, estableciendo que éste traía consecuencias para sus pacientes y para ellos como trabajadores, presentado estrés debido a la pobre infraestructura, la falta de personal y capacitaciones. Esta misma sensación tienen los trabajadores del MINSA en la investigación de Cueto (2008), quienes expresaron falta de apoyo por parte de las instituciones involucradas, lo que para ellos entorpecía velar por la salud mental de las personas. Esto se vincula directamente a lo expresado por Meza (citado en Pérez, 2009), quien menciona la importancia de las supervisiones, la acogida y sostenimiento que se tiene que brindar a los trabajadores que velan por la salud mental de la población. Primero, porque no todos son de la zona y están lejos de sus familia, lo que coincide con los trabajadores de salud de Huancavelica. Segundo, como un espacio donde descargar estrés, compartiendo experiencias. Y tercero, para aprovechar y tener capacitaciones que colaboren con el mejor trabajo del personal.

Por último, la sensación de abandono por parte del Estado que expresan los trabajadores de Huancavelica como factor que interfiere la salud en la ciudad se refiere a que ésta entidad tiene la autoridad y el deber de velar por ellos y su seguridad y no lo hace. Para los trabajadores de salud, esta entidad termina siendo responsable de las pocas oportunidades de desarrollo y específicamente de la pobreza en la región. Esta visión del Estado coincide con lo que postula Guerrero (2004), quien sostiene que la idea del Estado se instala en la fantasía de las personas como un objeto que tiene el deber de cuidar, proteger, brindar seguridad y confianza para que los individuos puedan desarrollarse y generar un bienestar propio y en su entorno. Por otro lado, para los trabajadores de salud, la pobreza y falta de oportunidades puede ser uno de los factores que causa y causó un gran resentimiento social y que pudo haber generado que algunas personas terminaran formando parte de Sendero Luminoso y así se vieran involucrados en el conflicto armado. Es interesante observar que los trabajadores del MINSA de Ayacucho perciben por parte del Estado una similar sensación de abandono y malestar, vinculando también la idea de pobreza como base para una violencia que perdura en la dinámica de la comunidad (Cueto, 2008; CVR, 2003). La idea que los gobiernos peruanos han fallado sistemáticamente y como consecuencia hemos vivido conflictos sociales, que a su vez generan una sensación de abandono, nos habla de una desconexión entre las necesidades de la sociedad y el tipo de respuesta que el Estado brinda (Guerrero, 2004), justamente lo que los trabajadores de salud enfatizan, una falta de sintonía entre ellos, sus

necesidades y el Estado. Cabe resaltar que los trabajadores de salud entrevistados no pudieron evocar de manera espontánea (salvo una sola persona) la posibilidad de que algunas personas no gocen de salud mental esté relacionado a las consecuencias del conflicto armado. Se podría decir que quizás haya una resistencia a la posibilidad del recuerdo y a poder verbalizar lo ocurrido y hasta sentirse parte de esto; lo que termina siendo perjudicial para la salud mental de la comunidad, ya que no hay posibilidad para procesar lo ocurrido, y estas consecuencias, sobre todo de violencia, sigan teniendo vigencia de manera latente en la sociedad (CVR, 2003).

Por último, la representación de las fantasías de curación y mejoría que se dilucidaron a partir del discurso de los participantes se puede presentar desde dos aspectos: lo relacionado al paciente, como la conciencia de enfermedad, y desde lo que puede ofrecer el medio, como la presencia de más psicólogos y centros especializados.

Los trabajadores de salud manifestaron que la conciencia de enfermedad es un indicador para la cura del paciente, y para esto hay que capacitar a la población, ya que así los familiares o personas cercanas tendrían mejores herramientas para el cuidado efectivo de aquellas que no gozan de salud mental, lo que muestra nuevamente la importancia de la comunidad, la familia y la sociedad. La idea de capacitar a los pacientes también la evocaron los trabajadores del MINSA, ya que la posibilidad de mejora se incrementaría (Cueto, 2008). Esta idea que los trabajadores de salud presentan de la necesidad de entendimiento por parte de los pacientes nos muestran cómo los trabajadores de salud pueden llegar a generar una situación de jerarquía superior entre ellos y sus pacientes, llegando a establecer distancia y hasta juzgar o discriminar (Moll, 2009), lo que podría presentarse como una hipótesis lógica ante la insistencia de los trabajadores en que la población necesita “saber más”.

Luego, los participantes sostuvieron que para que una persona mejorara es necesario una mayor presencia de psicólogos y centros de atención especializados. Esta representación nos refiere también dos aspectos vistos repetidamente a lo largo de la investigación: primero, la necesidad de lo concreto, un refugio para cubrir la sensación de abandono antes mencionada; y segundo, la queja constante que los trabajadores de salud manifestaron en torno a la falta de personal especializado y de factores de protección. A partir de esto, es posible caer en cuenta que, para estos trabajadores, la posibilidad actual de mejorar la situación de la población respecto a la salud mental se contempla como utópica.

A manera de conclusión podríamos decir que existe una visión dicotómica de la salud mental, donde lo bueno, saludable y beneficioso está depositado en un extremo y lo malo, enfermo y desfavorable en otro, sin posibilidad de un continuo. Aunque los

trabajadores de salud manifiestan saber la importancia de contemplar al individuo desde lo integral, terminan polarizando sus ideas y generando así, posiblemente, sentimientos de frustración, donde la idea de salud es tan utópica e inalcanzable que no deja espacio a contemplar la salud como la posibilidad de acomodación ante el trauma.

Decir que Huancavelica es una ciudad pobre y abandonada no es nuevo: las estadísticas lo plasman hace décadas; y que fue una región golpeada por el conflicto armado y sufrió violencia sistematizada, lo tenemos en el informe CVR. Lo que intentamos con esta investigación es encontrar desde los personajes principales —específicamente las personas que trabajan directamente con la salud de la ciudad— cómo conciben, sienten, imaginan y se aproximan a la salud mental, viendo así que los resultados son el reflejo de la historia y cultura de esta ciudad.

Lo que podemos decir ahora es que viendo que sus representaciones son distintas a las de los trabajadores de Lima, que existen más coincidencias con estudio realizados en ciudades de la sierra del Perú, es que afirmamos con mayor sustento que la elaboración de políticas públicas no pueden supeditarse a lo encontrado en la ciudad, capital y costa del Perú. Para poder empezar a generar bienestar en las distintas regiones del país hay que recoger lo que para cada población es relevante e importante para su aproximación a la salud mental. De esta manera, no se estará insertando una idea lejana, sino se buscará, desde sus representaciones, incorporar en su trabajo la importancia de la salud mental, respetando lo que para esta comunidad significa.

Es interesante agregar, basándonos en las ideas de Cueto (2008), que el modelo que brinda la salud mental comunitaria está alineado con el discurso colectivo y la representación social acerca de la salud mental que brindan los trabajadores de salud de Huancavelica. Es así que deberíamos y podríamos considerar al sujeto, en este caso el trabajador de salud, como el medio y el fin de una transformación social en torno a la salud. Cueto (2008) propone y promueve a este sujeto como un actor llamado a tomar control sobre su propio cambio y de su entorno, potencializando sus capacidades y cuestionando las condiciones que lo limita.

Finalmente, es importante presentar las limitaciones de la presente investigación: primero, podemos plantear que se entrevistaron pocos sujetos y por ende no podríamos llegar a generalizar por completo los resultados obtenidos; a pesar de esto, lo positivo es que hay estudios con variables y población similar, lo que le da más sustento y validez a nuestros resultados. Asimismo, se puede ver como limitación el poco tiempo transcurrido en Huancavelica realizando las entrevistas y observando la dinámica laboral en el hospital general y en el Centro de Salud Mental Comunitario;

esto puede haber limitado la comprensión de la dinámica. Por otro lado, también podemos considerar como limitación que no todos los trabajadores entrevistados hayan nacido en Huancavelica; sin embargo, la muestra es un grupo representativo de los trabajadores de salud en la ciudad de Huancavelica, quienes en su mayoría no son de ahí, y trabajan por periodos en la ciudad y luego regresan a su ciudad de procedencia.







## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, I. (2007). La teoría de las representaciones sociales. *Centro de referencias para la educación avanzada (CREA)*. Instituto politécnico José Antonio Echevarría, Cuba. Recuperado el 1 de Junio del 2010 en [www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones\\_sociales.shtml](http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml)
- AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en Una Región del Perú & CNDDHH Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud Mental Comunitaria en el Perú. Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: AMARES.
- Amigo, I. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuadernos de Ciencias Sociales*, 127. San José de Costa Rica: FLACSO.
- Castorina, J. (2003). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.
- Chipoco, L. (2010). *Choice without agency: Health care providers' social representations of Andean women in the sexual and reproductive health context*. Memoria para optar al Título de Magister en Políticas Públicas, Facultad de Ciencias Sociales London School of Economics, Londres.
- Comisión de la verdad y reconciliación (2003). *Informe final*. Tomo I, Tomo VIII. Lima: Comisión de la verdad y reconciliación. Recuperado el 28 de Mayo del 2010 en <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/index.php>
- Cueto, R. (2008). *La Salud Mental de las comunidades afectadas por el conflicto armado interno en el Perú: Representaciones Sociales del personal de salud del Ministerio de Salud (MINSA)*. Memoria para optar al Título de Magister en Psicología Comunitaria, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- Farr, R. (1991). Las representaciones sociales. En S. Moscovici (Ed.). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Ríos, L. & Buela-Casal, G. (1997). *El concepto de salud-enfermedad*. Madrid: Pirámide.
- Guerrero, A. (2004) Estado y sociedad: una mirada desde la salud mental *Páginas*, 29 (186) 66-73.
- Hernández, R. Fernández, C. y Bautista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Ultra.
- Hernández, R. Fernández, C. y Bautista, P. (2007). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Ultra.
- INEI (2010). *Perú Perfil Sociodemográfico – Departamento de Huancavelica*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática  
Recuperado el 15 de Setiembre del 2010 en <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0198/0900.HTM>>

- Informe Defensorial 140 (2009). *Salud mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, calidad de servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Lima: Tarea Asociativa Gráfica Educativa
- Jovchelovitch, S. (1996) In Defense of Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26, (2), 121-135.
- Kudó, I. (2001). *Representaciones de la salud mental en jóvenes de Ayacucho*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Loayza, F. (2003). *Voces de mujeres de Huancavelica: género y salud reproductiva* Lima : Movimiento Manuela Ramos.
- León, M. (2002) Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social. En J. Morales, D. Páez, A. L. Korblitt & D. Asú (Coords.) *Psicología Social* (pp. 367-385). Madrid: Prentice Hall.
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud y MINSA.
- Moll, S. (2009). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. Memoria para optar al título de Psicóloga, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Montero, M. (2005). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.
- Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea Digital. Recuperado el 02 de Junio del 2010 en <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington, D.C: OPS.
- Perera, M. (1998). *A propósito de las representaciones sociales: Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. CIPS. Recuperado el 14 de Junio del 2011 en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf> (Consultado el 05 de noviembre del 2011).
- Pérez, Y. (2009). *De la clínica a la salud mental comunitaria: apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país*. Centro de Atención Psicosocial: Lima
- Pezo, C., Velázquez, T. Valz-Gen, V. y Pareja, V. (2008). *Encuentros de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria*. Lima: PUCP.

- Ruiz, S. (2006). *Representaciones sobre futuro en adolescentes de un distrito afectado por violencia política: Manta - Huancavelica*. Memoria para obtener el Diploma de Estudio de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Rivera, M. y Velázquez, T. (2008). Salud mental en le Perú: Develando carencias y planteando retos. En Memoria: *Revista sobre cultura, democracia y derechos humanos*. 3, 9-20 Ed: Lima.
- Rodriguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Velazquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima: Ediciones Nova Print SAC.







## **A. Ficha de Datos**

### **- Datos generales**

Nombre :  
Sexo :  
Edad :  
Lugar y fecha de nacimiento :  
Estado civil :  
Grado de instrucción :  
Tiempo que reside en Huancavelica :  
Con quién vive :  
Tiempo de trabajo en el centro de salud :

### **- Información sobre el trabajo**

¿Es la primera vez que trabaja en un centro de salud? En caso sea NO, escriba el/los otro(s) centro(s) de salud y por cuánto tiempo trabajó ahí.

---

---

---

Actualmente ¿En qué área del centro de salud trabaja?

---

---

---

Brevemente, ¿En qué consiste su trabajo?

---

---

---

### **- Para el investigador (dejar en blanco)**

Hora de inicio:

Hora de fin:

Duración total:

## **B1. Entrevista Semiestructurada**

**Moll (2009)****Naturaleza de la salud mental***Concepciones generales de la salud mental*

- ¿Qué entiende por salud mental?
- ¿Cómo podría describir a una persona que goza de salud mental?
- ¿Qué le viene a la mente cuando escucha hablar de enfermedad mental?
- ¿Cómo podría describir a una persona que está mentalmente enferma?
- ¿Qué tipo de imágenes le surgen cuando yo te menciono a un paciente mental?

*Factores que favorecen o interfieren en la salud mental*

- ¿Qué favorece la salud mental de una persona?
- ¿Qué dificulta que una persona esté sana mentalmente?
- ¿Por qué cree que una persona puede sufrir una enfermedad mental?

*Consecuencias de la enfermedad mental*

- ¿Cómo es la vida de una persona que tiene una enfermedad mental?
- ¿Qué aspectos de la vida de una persona se pueden ver afectados por una enfermedad mental?

*Expectativas de mejoría*

- ¿Es posible superar la enfermedad mental? ¿Qué implica superarla?
- ¿Cómo se puede superar una enfermedad mental? ¿Qué lo facilita? ¿Qué lo dificulta?

## **B2. Entrevista Semiestructurada**

### **(Adaptación de Entrevista Semiestructura, Moll (2009))**

#### Percepción de la población que tiene o no una enfermedad mental

1. ¿Cómo describiría a un enfermo mental?
2. ¿Qué se imagina cuando menciono enfermedad mental?
3. ¿Cómo cree que es la vida de una persona con alguna enfermedad mental?
4. ¿Cómo cree que los familiares de estas personas se sienten?
5. ¿Qué aspecto de la vida de estas personas piensa que pueden estar afectados?
6. ¿Cómo cree que es una persona que goza de salud mental?
7. ¿Qué se imagina cuando menciono salud mental?
8. ¿Cómo cree que es la vida de una persona que goza de salud mental?

#### Factores que favorecen o interfieren en la salud mental

1. ¿Qué facilita que una persona sea sana mentalmente?
2. ¿Qué lo dificulta?
3. ¿Cuáles cree que son los motivos por los que una persona puede sufrir de una enfermedad mental?
4. ¿Y aquí en Huancavelica, qué facilita la salud mental?
5. ¿Acá en Huancavelica, qué dificulta la salud mental?

#### Fantasías de curación

1. ¿Cree que es posible superar una enfermedad mental?
2. ¿Cómo se superaría?
3. ¿Qué tendría que pasar para una con alguna enfermedad mental se cure?
4. ¿Conoce usted algunas prácticas tradicionales que tiene la población en relación a la salud mental?
5. ¿Las considera en su relación con el paciente o en su práctica diaria?
6. ¿Llegarían a considerarlas como un problema para su trabajo?



### C. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por **Lucía Espejo López**, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es indagar las concepciones de los trabajadores de salud acerca de la salud mental.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

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

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Lucía Espejo López**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es indagar sobre las concepciones de los trabajadores de salud acerca de la salud mental.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Lucía Espejo López** al teléfono 710-6900 anexo 2267.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a **Lucía Espejo López** al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha