

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA



**Indicadores de cambio de salud mental comunitaria en personas
afectadas por violencia social en contexto post-conflicto armado
interno en Cusco**

**Tesis para optar por el grado de Magister en
Psicología Comunitaria**

Carmen Analía Zurita Galarreta

Asesora: Tesania Velázquez

LIMA – PERÚ

2014

Agradecimientos

A mi mamá y a mi papá que siempre me han enseñado que hay que luchar por ser mejor persona y por aportar al país, su ejemplo me ha llevado hasta aquí. Por cada consejo, por acompañarme en el proceso y por la fe que siempre han tenido en mí, son ustedes mi modelo y mi inspiración.

A las y los participantes del estudio, por la confianza depositada en mí, por contarme con total apertura sus experiencias en esas interesantes conversaciones y por hacerme sentir que existen profesionales excepcionales trabajando cada día por mejorar la salud mental en el Perú, a pesar de las limitaciones que viven, invitando a seguir esa senda.

A Tesania Velázquez, mi asesora, por su paciencia en la revisión de cada avance y por el aprendizaje que hemos compartido durante todos estos meses.

A Eric Arenas, por ayudarme en el proceso de investigación, tu apoyo en las actividades, con tus ideas y con tu conocimiento del contexto han sido invaluable. Tu efecto onda me enseñó muchísimo más de lo que crees.

A Alí Shupingahua, por cumplir a carta cabal con ser mi compañero de vida, por tu apoyo en el desarrollo del estudio, por darme fuerza y ánimo para continuar la tesis, por las largas horas leyendo y construyendo juntos, y por dejar que nuestra casa sea invadida por mis gráficos y textos que me ayudaban a desarrollar mi tesis.

A Dios, porque para mí, has sido el motor y la fuerza cuando más lo necesitaba, por darme el valor para apostar por las acciones que hago y por enseñarme que aún en los contextos más adversos siempre podemos hacer algo.

A Coherencia, ese maravilloso espacio político que define mi perspectiva profesional, que me hace seguir creyendo que tendremos un país mejor pero que tenemos que trabajar por ello; porque me mantiene en mi idea de psicólogo como transformador político y que me enseña cada día que vivir sin generar cambio en mí misma y en la comunidad no es vivir realmente.

A mi familia y amigos porque ver su felicidad me impulsa a trabajar porque todos tengan ese mismo bienestar, porque me han enseñado que si estamos juntos todo es posible y que aunque algo sea difícil o duro para nosotros somos una comunidad que no se deja vencer y que estamos ahí para darnos la mano. Gracias por apoyarme siempre en este año tan duro y porque su fe y cariño que me dan fuerza para seguir en este camino político para intentar mejorar la salud mental y el sueño de un Perú feliz.

RESUMEN

Este estudio presenta los resultados de la investigación sobre indicadores de salud mental comunitaria con profesionales del área, buscando conocer los cambios que se han generado en las personas afectadas por el conflicto armado interno en Cusco, tras haber pasado por algún tipo de intervención en salud mental. Se trabajó con 12 profesionales en salud mental de la provincia de Cusco, con experiencia en diferentes tipos de intervenciones en salud mental. Se utilizaron como técnicas de recolección de datos la entrevista semiestructurada y el grupo focal para validar los resultados preliminares. Se obtuvieron siete categorías que sintetizan los indicadores de cambio de salud mental comunitaria que evidencian el cambio de las personas afectadas por el conflicto armado interno, tras las intervenciones realizadas. Dichos indicadores son: muestra conductas autoprotectoras, evidencia preocupación por sí mismo, desarrolla su empoderamiento, mejora sus vínculos, valora su identidad, practica la solidaridad, y participa social y políticamente.

Palabras claves: Indicadores de salud mental comunitaria. Conflicto armado interno. Cusco.

ABSTRACT

This study presents the results of research on indicators of community mental health professionals in the area, seeking to know the changes that have been generated in people who had been affected by the internal armed conflict in Cusco, after going through some type of mental health intervention. We worked with 12 mental health professionals in the province of Cusco, with experience in different types of mental health interventions. They were used as data collection techniques of semi-structured interviews and focus group to validate the preliminary results. Seven categories that summarize the mental health indicators that show the change of people affected by the internal armed conflict, following the interventions that we provided. These indicators are: displays self-protective behaviors, evidence concern itself, develops their empowerment, improve their relationships, value their identity, practicing solidarity, and socially and politically involved.

Key Words: Indicators of community mental health. Internal armed conflict. Cusco.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	5
Indicadores de salud mental	8
Método	18
Participantes	
Técnicas de recolección de información	
Procedimiento	
Aspectos éticos	
Resultados y discusión	24
Conclusiones	37
Referencias	40
Apéndices	45
Apéndice 1: Guía de entrevista	
Apéndice 2: Consentimiento Informado	

INTRODUCCIÓN

El Perú atravesó veinte años de conflicto armado interno (CAI), que dejaron una gran cantidad y variedad de secuelas en todos los niveles de la sociedad; evidenciándose un impacto sobretodo en la salud mental de la población. Por esto, la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) (2003) en su Plan Integral de Reparaciones, recomienda la atención de la salud mental como eje prioritario de trabajo para lograr la reconstrucción nacional desde el bienestar de sus ciudadanos y ciudadanas, permitiendo así, la reconciliación y la mejora de relaciones entre ellos, debiéndose incorporar un enfoque comunitario en el trabajo. Sin embargo, la realidad demuestra que la salud mental ocupa un lugar secundario entre las prioridades sanitarias del país, que se evidencia en la falta de apoyo indispensable para insertarla en la atención integral de salud. Así, si bien existen planes y legislación en el tema, el presupuesto asignado no da el soporte correspondiente a las propuestas elaboradas; esto se puede evidenciar en el presupuesto destinado al sector salud a nivel nacional que, en los últimos dos años, el cual, no pasa del 8% según el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (2014). Asimismo, los datos reportados por el Ministerio de Salud (MINSA) (2012) muestran que de este presupuesto sólo aproximadamente el 3% es destinado a la salud mental y de éste el 98% se usa para la atención en hospitales psiquiátricos siendo incongruente con la política del sector de intervenir en la atención de primer nivel. Se espera que con el incremento del presupuesto para el año 2015 en 6 millones de soles y con la incorporación de tareas específicas como la señalado en la partida presupuestal 0131 Control y Prevención en salud mental que incorpora un ítem específico para el trabajo con comunidades con población víctima de violencia política atendida (MEF, 2014), se empiece a hacer realidad la atención integral de esta población afectada.

De igual manera, los planes sanitarios existentes como la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (2004) y el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (2012) del MINSA, si bien incorporan la importancia de la salud mental comunitaria y la necesidad de adaptarse a los diferentes contextos; no trascienden en herramientas y acciones concretas que puedan permitir una mejora de la salud, centrándose sólo en el número de atenciones que se realizan. Postergando, asimismo, en su línea de monitoreo y evaluación la elaboración de indicadores de salud mental que puedan medir la efectividad y los logros del trabajo realizado, sobretodo en zonas afectadas por el conflicto armado interno.

Sobre indicadores de salud mental, en la comunidad académica internacional se encuentra poco conocimiento, hay referencias sobre indicadores pero centrados en los aspectos clínicos y en evaluar temas de gestión de las instituciones, más no se identifica el impacto y los resultados que generan las intervenciones mismas en las poblaciones (Berbesí y Torres, 2012; Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2010; Minoletti y Zaccaria, 2005; Sandoval, 2005; Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, 2009); por lo que existe un vacío de conocimiento respecto a indicadores que recojan la experiencia de profesionales y que den cuenta de los cambios generados por las intervenciones para fortalecer el trabajo futuro para la generación de bienestar en las personas atendidas. Es relevante mencionar que Pérez-Sales (1999), nos señala la importancia de conocer si el trabajo que se realiza tiene impacto en las comunidades afectadas post conflicto y afirma la falta de consenso en el medio académico en cómo se podría medir dichos resultados, planteando la necesidad de contar con indicadores de salud mental.

Según el Informe Final de la CVR (2003), la región del Cusco durante el CAI, fue afectada al ser el principal comité regional de la zona sur, dedicado a la formación de cuadros y a las acciones de propaganda más importantes. Desde dicho comité se planificaron y ejecutaron numerosas actividades subversivas en contra de puestos policiales, así como asesinatos a dirigentes campesinos y estudiantiles. La afectación más fuerte se dio en tres zonas: las denominadas provincias altas (Canas, Canchis, Chumbivilcas y Espinar), la selva de La Convención, y la ciudad del Cusco; dejando un saldo alto de afectados, a lo que se suman secuelas de temor y desconfianza en toda la región (CVR, 2003; Raffo, 2009). Por todo esto, el Plan Integral de Reparaciones (PIR) (2003) coloca a Cusco como zona de intervención prioritaria, en la que el MINSA y la Dirección Regional de Salud del Cusco (DIRESA - Cusco), deberían implementar estrategias específicas para la atención de las personas afectadas por la violencia para la disminución de las secuelas psicosociales existentes.

Si bien se han realizado algunas intervenciones con la finalidad de menguar las secuelas psicosociales, creemos importante poder conocer el impacto de las mismas en las poblaciones; por eso en este contexto, sería relevante contar con indicadores que puedan visibilizar el cambio en las personas como resultado de las intervenciones en salud mental ejecutadas. Ante la carencia de estos indicadores, se plantea el presente estudio para aportar en esta temática; radicando su aporte en la construcción participativa de los indicadores al

trabajar con los profesionales de salud mental, quienes jugarán un rol fundamental, aportando desde su experiencia para evidenciar dichas mejoras, producto de las intervenciones.

Es importante tomar en cuenta que el trabajo se enmarca en la salud mental comunitaria, por lo que contempla una apuesta política de transformación de la realidad, a través del empoderamiento de las personas y el ejercicio real de la ciudadanía (Grupo de Trabajo de Salud Mental - GTSM, 2006); por esto la construcción de los indicadores con los profesionales de salud que están en el campo, permite contemplar aspectos más allá de lo que se entiende por salud tradicional y disminución de la patología, pudiendo incorporar elementos de mejora propios de las comunidades y de sus conceptos de bienestar. Además, podría fortalecer a los profesionales como verdaderos generadores de cambio con sus intervenciones.

Es importante agradecer el apoyo de la Escuela de Postgrado que ha brindado el apoyo a la presente investigación por medio del Fondo Líneas de Investigación obtenido por la Maestría en Psicología Comunitaria cuyo grupo estuvo constituido por la Mg. Miryam Rivera, la Mg. Tesania Velázquez, ambas docentes de la Maestría de Psicología Comunitaria; así como por la Lic. María Coronel y el Lic. Eric Arenas, ambos alumnos de dicha maestría.

INDICADORES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

La salud mental es un derecho fundamental de todo ser humano, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), este derecho debe ser garantizado por cada Estado, creando las condiciones no sólo para evitar la enfermedad sino para que las personas puedan alcanzar su bienestar. Esta perspectiva se aparta de la preocupación generalizada que existe en los servicios sanitarios, por la que la salud mental, se centra sólo en la disminución de los índices de morbilidad para evitar pérdidas en los años de vida saludable y las pérdidas económicas que esto genera a los Estados (MINSA, 2005; Castellón y Laplante, 2005).

A fin de garantizar el cumplimiento de este derecho, se debe vincular la salud mental con la realidad de cada persona y las relaciones que tiene con su entorno (familiar, social y comunitario), ya que este impacta también en su salud mental (MINSA, 2012). Entonces, la salud mental debería permitir el desarrollo de las capacidades humanas en los diferentes espacios donde nos desenvolvemos, para generar vínculos que logren la transformación de nuestra realidad, para atender las necesidades que vayamos presentando y nos haga conscientes de que lograr el bienestar es nuestra responsabilidad (GTSM, 2006). Siguiendo este planteamiento, Cueto (2008) afirma que es importante entender a la persona como un ser integral, en el que se hace difícil separar el bienestar físico, mental y social; asimismo, se debe considerar que la salud mental necesita la atención de los derechos fundamentales (derechos sociales, económicos y culturales) pues son ejes indispensables para alcanzar el bienestar.

Un aspecto fundamental para el logro de la salud mental, es contar con políticas y planes que se ajusten a las necesidades nacionales de atención y a su vez permitan intervenciones accesibles sobretodo en el ámbito comunitario (Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, 2009). En el caso específico de las acciones de salud mental para la población afectada por violencia política, se hace indispensable considerar además de la construcción de los planes y políticas, las pérdidas asociadas que se dan producto de la situación de violencia y reconocer las consecuencias emocionales producidas por dicha situación (Molina, 2011).

Cabe mencionar que en el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental del MINSA (2012), se consideran acciones de salud mental para atención de personas afectadas por violencia política, donde se incorpora el enfoque comunitario en el planteamiento de

actividades; sin embargo, el desafío es lograr incorporar lo comunitario no sólo en la norma sino en acciones viables y que realmente se ejecuten (Velázquez, 2007).

En el caso de nuestro país, el planeamiento de todas las acciones en salud mental se desarrollan en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud creado por el MINSA (2005) y dichas acciones están orientadas al abordaje, control, reducción, erradicación y prevención de los principales problemas de salud pública, por medio de acciones que se denominan de alto impacto porque deben ser concertadas, de inicio oportuno y susceptibles de modificación de acuerdo a los resultados obtenidos; por lo que además de contar con políticas y planes de salud mental, se debería considerar la evaluación de dichos planes y acciones por medio de indicadores que evalúen no sólo la cantidad de atenciones realizadas sino sobretodo la efectividad de las acciones planeadas para su mejora, aspecto que no viene sucediendo en la salud mental actualmente (MINSA, 2005).

Sobre la evaluación de los planes de salud mental, Pérez – Sales (1999) nos plantea que existe un debate en el medio académico sobre cómo se podría medir dichos resultados, si se debe continuar por la línea de la cuantificación u optar por un enfoque cualitativo que evidencie los cambios en las personas. Desde la línea cualitativa Pérez Sales (1999) menciona que es importante, construir indicadores que sean validados culturalmente y que reflejen el impacto de la intervención. Por esto, se debería evaluar el cambio generado en la salud de la persona como producto de la intervención, que tome en cuenta otros tipos de indicadores como la dimensión social de la salud, la relación con su contexto, su cultura y otros aspectos que permitan descubrir los cambios en la persona y el éxito o fracaso del tratamiento propuesto desde el sistema sanitario.

Para presentar el desarrollo teórico sobre los indicadores de salud mental, consideramos relevante reforzar que entendemos por salud mental y algunos otros conceptos relevantes que desde la psicología comunitaria nos ayudarán a comprender la temática trabajada.

Así, planteamos la salud mental, desde una perspectiva multidimensional, es decir, que ésta no puede entenderse como algo que pertenece solo al individuo sino que debe optarse por un modelo comunitario que priorice los vínculos afectivos y los símbolos compartidos por la comunidad donde vive la persona (Cueto, 2008); y en esa misma línea consideramos importante contar con políticas que contengan dicho enfoque, o que como primer paso, operacionalicen indicadores cualitativos que permitan dilucidar los cambios en las personas que participan en las intervenciones y que evidencian un mayor bienestar.

Referente a los indicadores de salud mental, la OMS (2005) los considera como variables que contribuyen a medir si las actividades están encaminadas a alcanzar los objetivos propuestos y constituyen un medio para exigir mayor responsabilidad a los decisores. Asimismo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011), los indicadores constituyen un producto concreto de los sistemas de salud, siendo empleados como instrumentos para evaluar la salud de la población en base al desempeño de los servicios y programas ejecutados.

Es importante entender que los indicadores – sean cuantitativos o cualitativos – permiten describir fenómenos de la realidad, a través, de cómo evoluciona una variable, lo que posibilita evaluar la mejora de la variable en el tiempo (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2012). Para esto, es necesario definir bien los atributos y utilidad que tendrá cada indicador; además, tomar en cuenta otras variables como lo sociodemográfico, el estado de salud actual de las personas que participan en la intervención y las determinantes del comportamiento, entre otras (Valenzuela, 2005).

Otro aspecto relevante es que la definición de indicadores debe permitir evaluar el cumplimiento de los objetivos del programa o plan de salud; para esto, se sugiere trabajar con indicadores de proceso, de satisfacción y de resultados. En nuestro caso nos interesa los indicadores de resultados porque medirán los cambios ocurridos en la vida de las personas que han participado en intervenciones de salud mental (Comité Permanente entre Organismos [IASC], 2007).

Además, consideramos relevante que se cuente con indicadores de salud mental, que nos permitan efectuar el seguimiento a los planes y programas para corregir oportunamente y mejorar la eficiencia del proceso de salud mental (DANE, 2012).

La selección de indicadores debería priorizar los siguientes aspectos: que sean sensibles al cambio (tiempo, diferente población y regiones), que faciliten la evaluación de diferentes tipos de intervenciones en salud mental, que sean culturalmente apropiados y que respondan a diversas miradas (OPS, 2011). Para ampliar la perspectiva de sólo considerar tasas de mortalidad y sobrevivencia y poder incorporar otras determinantes de la salud, como su contexto, cultura, idioma, vivencias propias, entre otros (Berbesí y Torres, 2012).

En relación a la construcción de indicadores de salud mental, el proceso ha sido bastante limitado si se compara con otras áreas de la salud, debido a la falta de consenso sobre sus conceptos y contenidos; sin embargo, es necesario contar con ellos porque son indispensables para mejorar las prácticas de intervención y crear una masa crítica de

profesionales con una cultura de evaluación que mejorará las prácticas de salud mental (Pereira y Moreira, 2012).

Es importante mencionar que, la salud mental presenta varios retos para la elaboración de indicadores, uno de ellos, es la complejidad del área donde coexisten diferentes disciplinas científicas y estos equipos multidisciplinarios en ocasiones no concuerdan en un mismo enfoque; por otro lado, la complejidad de las variables que intervienen en el proceso de salud – enfermedad en muchas ocasiones hacen que sea difícil atribuir la mejoría a una sola intervención (Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2010; Pérez–Sales, 2004). Por esto, se debe trabajar para contar con indicadores que permitan visibilizar, los resultados de las intervenciones en salud mental que se evidencien en cambios en las personas. (Pérez–Sales, 2004).

Respecto al avance en indicadores de salud mental, las investigaciones y trabajos científicos ejecutados se centran en la evaluación de los componentes de los sistemas de salud como evaluar la infraestructura, el uso de los servicios, la demanda de los mismos y los recursos humanos, más no en los resultados o cambios que sus intervenciones logran (Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2010; Minoletti y Zaccaria, 2005 Ministerio de Protección Social de Colombia, 2010; Sandoval, 2005; Ministerio de Salud del Ecuador, 2008)

Existen también, investigaciones que se centran en evaluar los resultados del proceso con indicadores, pero dichas evaluaciones se han realizado desde la mirada de la psiquiatría y la atención de la patología; donde si bien hay aportes importantes – como la promoción de personalidades sanas – no trasciende a los cambios que puedan tener las personas producto de las intervenciones realizadas sino que se centra en conocer la prevalencia de síntomas, sin considerar la posible trascendencia de la intervención en salud mental en su propia vida y en la relación con los demás y en su comunidad (Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, 2009; Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2010).

Las investigaciones realizadas nos muestran entonces, la necesidad de construir indicadores de salud mental desde otra perspectiva, retirando el foco de la atención de la evaluación de la infraestructura y la patología; y centrando el trabajo en conocer los cambios que las intervenciones producen en la salud mental de las personas.

Para esto, consideramos importante incluir en la construcción de indicadores de salud mental, la interacción con los actores involucrados (ejecutores de las intervenciones); lo que permitirá construir una visión conjunta respecto a la salud mental. La importancia del trabajo

participativo – donde se intercambian saberes diferentes - radica en el involucramiento, que permite construir de manera integral y conjunta el conocimiento (Molina, 2011)

Asimismo, la construcción participativa de indicadores de salud mental permite disminuir resistencias hacia la evaluación de parte de los profesionales de la salud mental; lo que a largo plazo, contribuye a mejorar los procedimientos, por medio del aprendizaje que se obtiene en las evaluaciones y facilitará comprender el proceso de cambio que se obtiene gracias a las intervenciones (Pereira y Moreira, 2012). De igual forma, el diagnóstico de los servicios de salud mental que realizaron MINSA – AMARES (2003) resaltó la necesidad de incorporar en la evaluación de las acciones de salud mental, la mirada de los profesionales, que interactúan permanentemente con la población para mejorar las intervenciones desde sus aprendizajes.

Se ha optado por trabajar con la noción de salud mental comunitaria, por considerar que es una propuesta conceptual y metodológica que contribuye a responder a los nuevos problemas psicosociales desde otra perspectiva de comprensión de la persona, ubicándolos como sujetos capaces de lograr el cambio en sus vidas, a través del reconocimiento de sus capacidades y sus recursos (Velázquez, 2007).

Esta propuesta de salud mental comunitaria que adoptamos, se diferencia del enfoque tradicional centrado en lo biológico y lo individual, porque promueve la recuperación y el fortalecimiento de las relaciones sociales y los vínculos interpersonales; por lo que, trabaja por el empoderamiento de la comunidad y la generación de condiciones para que los mismos miembros de la comunidad, de manera organizada, participen en la construcción de una visión compartida y se conviertan en protagonistas de acciones políticas y sociales colectivas (GTSM, 2006). Para lograr dichos puntos se reconoce la necesidad de relación de la intervención en salud mental con otras disciplinas para comprender plenamente las determinantes culturales, históricas y sociales; asimismo, las intervenciones en salud mental comunitaria se orientan al incremento del sentido de comunidad y buscar tener una mirada histórica y reflexiva sobre lo que hacen para poder construir nuevos significados sobre la comunidad y su entorno (Velázquez, 2007).

De igual manera, la salud mental comunitaria reconoce cada vivencia como única, por lo que los conocimientos locales son vitales para obtener logros en la intervención. Este es quizás el mayor reto, ya que el sistema de salud mental parte desde una matriz cultural ajena a la de las comunidades y en muchas ocasiones no busca dialogar con ellos sino imponer su mirada (Pérez, 2009). Por esto, la salud mental comunitaria, contempla en sus intervenciones unir esfuerzos con la comunidad para entender la problemática, recoger los recursos

existentes y juntos construir las soluciones que permitan transformar las dificultades que están presentando y que les impiden alcanzar el bienestar individual y comunitario (Jibaja, 2009).

En el trabajo en salud mental comunitaria, se han tomado diferentes conceptos de la psicología comunitaria que aportan a la construcción del bienestar integral de la persona, en la medida que las intervenciones en salud mental las incorporen en su trabajo. La incorporación de dichas nociones a su labor, podría significar el logro de cambios reales en las personas; fomentando así, capacidades organizativas y sociales en los participantes y disminuyendo la dependencia externa hacia el profesional de salud mental (Pérez-Sales, 2004). Para fines de esta investigación se ha considerado relevante trabajar con los conceptos de participación, participación comunitaria, agencia, fortalecimiento, liderazgo y valoración de la identidad.

Dentro de estas nociones, consideramos importante el concepto de participación, que empleamos para fundamentar la construcción conjunta de los indicadores en salud mental; toda vez que la participación, aumenta el nivel de conciencia sobre la importancia de sus acciones, mejora su capacidad organizativa, incrementa su interés en asumir compromisos y responsabilidades en su área laboral y facilita un aprendizaje que les permita la posibilidad de una mayor incidencia en el rumbo de su accionar profesional (Ferullo, 2003).

Por otro lado, creemos que en las intervenciones de salud mental, se debería considerar en el trabajo con la población no sólo el concepto de participación, sino que sería importante promover en las personas la participación comunitaria. Este concepto implica un trabajo colectivo que permite la transformación de los otros y donde a la vez se es transformado; ya que involucra decisiones, acciones, derechos, deberes y logros. Convirtiéndose este tipo de participación, en una condición necesaria para el fortalecimiento y la libertad de las personas (Montero, 2004)

Como ya se ha mencionado, es importante considerar a las personas beneficiarias como agentes de cambio, dejando de verlas como seres pasivos que necesitan ser atendidos; por eso, desde las intervenciones en salud mental comunitaria, la persona es vista como sujeto transformador de sí mismo y de los demás, por lo que es relevante incluir para las intervenciones, el concepto de agencia. Este alude al reconocimiento de la persona como actor capaz de impactar sobre su contexto social, siendo una habilidad que permite determinar las propias metas y objetivos de manera autónoma, abarcando la capacidad de control sobre sus decisiones y acciones, haciéndose responsable de éstas (Pick et al., 2007).

Otro concepto que contribuye al impacto de las intervenciones en salud mental comunitaria, es el de fortalecimiento, que hace referencia a como los miembros de una comunidad desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida y sobretodo crítica; pudiendo así, lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos. Proceso que requiere primero un desarrollo de sí mismo para luego ir obteniendo la capacidad de reflexión comunitaria y finalmente, la acción transformadora (Montero, 2003)

Este concepto se articula con el de liderazgo, donde las intervenciones promueven el fortalecimiento y aparición de nuevos líderes, trabajando la mejora de la salud mental individual y colectiva. Este proceso facilita la aparición de líderes transformadores con capacidades de potenciar acciones colectivas en pro del bien común, que cuentan con objetivos compartidos y con reciprocidad; de igual forma, estos líderes son capaces de generar condiciones para el incremento del poder o potenciación de los miembros de la comunidad. Sentando las bases para entender que el bienestar individual no es suficiente sino se logra el bienestar común (Zambrano, 2001).

Es relevante considerar además, la valoración de la identidad como parte de la recuperación colectiva, entendiendo la salud mental como un todo y teniendo en cuenta, que las nociones de bienestar están vinculadas a nuestras cosmovisiones e identidades, por lo que la escisión de nuestra vida cotidiana con nuestro pasado y tradición no nos permite tener salud mental plena. Entonces, la valoración de la identidad se encuentra vinculada a recrear nuevamente la vida ritual y las tradiciones culturales que se abandonaron por hechos significativos como los vividos en la época de violencia. Esto permite la reelaboración de la identidad colectiva tendiendo puentes entre el presente y el pasado (Theidon, 2004; Jibaja, 2009).

Las nociones mencionadas son importantes entonces, para las intervenciones de salud mental comunitaria en el Perú sobretodo, porque la violencia política que vivió el país durante veinte años fue muy intensa y socavó por completo sus estructuras, fragmentando aún más el país y generando un clima de desconfianza generalizado en todos los sectores. Podemos mencionar como secuelas psicosociales, la afectación a nivel social que debilitó los lazos de confraternidad, confianza y apoyo mutuo en las comunidades, donde antes existían un clima de trabajo colectivo; entonces, las consecuencias de la violencia política van más allá de las numerosas muertes y desapariciones, generando numerosos fenómenos sociales como el individualismo marcado, la desconfianza extrema y la división comunal, secuelas que al no

haber sido tratadas se mantienen solo siendo trasladadas del ámbito público al privado (Manrique, 2002; Diez, 2002)

Por otro lado, es importante mencionar algunas otras secuelas del CAI relacionadas directamente con la salud mental y que abarcan diferentes niveles. A nivel individual podemos mencionar la presencia de ansiedad, irritabilidad, estrés, desconfianza, pesadillas nocturnas, depresión, menoscabo de capacidades individuales, actitudes violentas, abuso de alcohol, entre otras; a nivel familiar se presenta el deterioro de las relaciones de pareja y familiares, la inseguridad y desconfianza entre los miembros familiares, la sensación de abandono, conflictos y violencia intrafamiliar, desintegración familiar y orfandad. Cabe mencionar que las secuelas abarcan también el nivel comunal presentándose desidia colectiva, un incremento de conflictos inter e intracomunales, presencia de pandillas, consumo masivo y compulsivo de alcohol y pérdida de valores culturales (CVR, 2003, Diez, 2002, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2003)

Por esto, el Plan Integral de Reparaciones formulado por la CVR (2003) prioriza la reconstrucción del tejido social y el fortalecimiento de las redes de soporte comunitario como elemento fundamental para la recuperación emocional y física de las personas afectadas por el conflicto. Y es debido a este planteamiento de la CVR, que en los planes de salud a nivel nacional, se prioriza la violencia política como un tema a trabajar, aunque en las acciones concretas aún no se visibilice el trabajo planificado (MINSA, 2005)

Analizando lo antes mencionado, vemos que en el país, se han realizado algunas intervenciones, buscando atender las secuelas generadas por el CAI, donde si bien no existen indicadores propiamente dichos, se dan luces sobre las mejoras que se pueden ver en las personas, luego de un trabajo de salud mental comunitaria. Así encontramos que Rivera (2009) señala que los participantes de algunas intervenciones afirman que lo más importante para recuperarse pasa primero por establecer un vínculo con la otra persona (personal de salud), así como considerar su propia cultura como elemento clave para alcanzar la salud mental, al servir de soporte psicosocial

Por otro lado, Meza (2009) menciona algunos logros en la recuperación de la salud mental, entre los que encontramos: mejora en los vínculos interpersonales, incremento del interés de las personas en la importancia del bienestar emocional de los demás, mayor participación en actividades comunales, mayor interés en sus proyectos de vida, menor violencia en las relaciones familiares y comunales, mayor confianza, mejora en la comunicación, relaciones más afectuosas y recuperación de tradiciones culturales que habían sido abandonadas.

En el Cusco, se han encontrado muy pocas intervenciones que trabajen la salud mental. Si bien se cuenta con un Plan Regional Concertado en Salud 2005 – 2021 (DIRESA, 2005), este no contempla trabajo especializado en salud mental, colocando las principales problemáticas de la salud mental como parte de la salud integral o como problemas menores; esto a pesar, de los altos índices de violencia familiar y alcoholismo que existen en dicha región. En ese sentido, los indicadores que se utilizan sobre estas problemáticas son índices de prevalencia del problema, por lo que, no cuentan con indicadores o procesos que visibilicen los cambios en la persona que participan en las intervenciones que se realizan.

Es importante mencionar que Cusco ha sido priorizado por el MINSA para la atención de las secuelas de la violencia política por la problemática sufrida durante el CAI y que si bien se viene trabajando la ejecución del PIR, tampoco en estas acciones se cuenta con indicadores que muestren los cambios generados en las personas que han participado en dichas intervenciones sólo se considera la cantidad de atenciones ejecutadas y de capacitaciones realizadas (MINSA, 2005). Existe entonces, un reconocimiento claro de que los años de violencia política han afectado la salud mental de las zonas más violentadas como el Cusco (CVR, 2003), generando esta vivencia un trauma psicosocial que muestra daños no sólo a nivel personal sino también a nivel comunitario; por lo que, el trabajo de reparación y generación de bienestar debe ser no sólo individual sino apuntar también a la reconstrucción del tejido social (Baró, 1990).

En el caso específico de Cusco, se señalan como secuelas dejadas por el CAI: temor, miedo, desconfianza, duelos inconclusos, timidez, poco contacto afectivo, frustración en el proyecto de vida, poca o nula expresión de tradiciones culturales, desintegración familiar, alcoholismo, violencia familiar, poca participación comunitaria y malas relaciones entre comuneros (Meza, 2009).

Es importante resaltar que el personal que trabaja en salud mental contratado en Cusco, para el cumplimiento específico del PIR, atiende en zonas periurbanas y rurales, lo que demanda otra estrategia de trabajo y un acompañamiento mayor que necesita una inversión más alta de tiempo; sin embargo prima la exigencia numérica de atenciones que es imposible alcanzarla. Sumado a esto, la ejecución de acciones de salud mental para el cumplimiento del PIR, contempla paquetes de atención que clasifican al paciente por la dolencia y en base a eso, en un máximo de 12 sesiones debe ser atendido y dado de alta, salvo alguna excepción. Habiendo comentado las afectaciones producidas por el CAI, sabemos que es imposible alcanzar la salud mental en tan poco tiempo por los efectos desestabilizadores y debilitadores que produjo la violencia en todos los niveles (CVR, 2003); por lo que se puede

evidenciar un desfase entre las acciones implementadas en salud mental y las necesidades reales.

Por lo que, se vuelve necesario implementar iniciativas con un enfoque comunitario que considere superar las secuelas psicosociales y volver a confiar en el otro; superando la intervención focalizado sólo en síntomas y planteando acciones dirigidas a establecer nuevamente las relaciones sociales comunitarias y retomar su proyecto de vida, una vez que el círculo del impacto de la violencia vivida haya sido trabajado (Jibaja, 2009).

Cabe mencionar también que hay una carencia de indicadores de salud mental que evalúen lo antes mencionado, por lo que, consideramos relevante centrar el presente trabajo de investigación en la construcción de dichos indicadores, pero no desde una elaboración teórica sino desde una construcción participativa que permita un intercambio de conocimientos que enriquezca la comprensión del tema de estudio y ofrezca indicadores que permitan observar mejoras en las intervenciones realizadas por los participantes desde su accionar profesional.

Por todo lo antes mencionado, es importante construir indicadores que evidencien los cambios en las personas afectadas por el conflicto armado que han participado en intervenciones en salud mental; y que por lo tanto, sirvan para exigir una mayor atención en salud mental que se concretice en priorizarla en las estrategias sanitarias desde temas presupuestarios hasta el cambio de paradigma -que se centra actualmente sólo en la cantidad de atenciones- y migre hacia una perspectiva más integral que beneficie la salud mental como derecho y se desarrollen mejores servicios en cuanto a cobertura y calidad vinculándola a las necesidades sentidas de la población, al contexto cultural y a los actores involucrados.

Por todo esto, se plantea este estudio con el siguiente objetivo:

Elaborar indicadores de salud mental para la atención de personas afectadas por la violencia social en contexto post-conflicto armado interno con los profesionales en Cusco.

MÉTODO

La metodología empleada en la presente investigación es cualitativa, dado que es la que facilita un proceso vivo de construcción, en el que investigadora y participantes desarrollan un diálogo, que permite una rigurosa descripción del fenómeno desde las diferentes subjetividades, las cuales, se recogen de manera sistemática, para realizar un análisis interpretativo completo de sus reflexiones, conocimientos e historias sobre las intervenciones de salud mental; este proceso de producción conjunta, aporta a la construcción de sentido para la elaboración de indicadores de salud mental comunitaria desde la complejidad de dicha realidad (González Rey, 2006; Pérez, 2001).

Se emplearon algunos lineamientos de la fenomenología, ya que, la investigación trabajó por la búsqueda del entendimiento y descripción del problema de estudio desde la perspectiva de cada participante; comunicando su experiencia sobre las intervenciones que realizan, confiriéndole un significado a lo que ellos consideraban que reflejaba la mejora de las personas producto de dichas intervenciones. Así la descripción del fenómeno y la naturaleza de los datos, partió desde quienes vivenciaban la experiencia y por lo tanto, podían construir de manera colectiva la información para la comprensión de la temática a investigar (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Ray, 2003; Zichi y Omery, 2003).

Se consideró asimismo, considerar el empleo del método participativo de la psicología comunitaria, donde se efectúa un trabajo de investigación conjunto entre investigador y participantes; considerando como foco de la investigación sus saberes, experiencias y expresiones y se construye desde ellos – no desde nociones preconcebidas - los indicadores que evidencia las mejoras en la salud mental de las personas que han participado en las intervenciones realizadas por los profesionales de salud.

Participantes

Los y las participantes del estudio fueron 12 profesionales con experiencia de trabajo en salud mental en la región del Cusco. En el grupo de participantes, se cuenta con profesionales de diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, dentro de las cuales se identifica hospitales públicos, ONG, postas médicas, instituciones educativas públicas y una universidad privada.

Las instituciones mencionadas se ubican en diferentes zonas de la región del Cusco, así tenemos instituciones en la zona urbana como hospitales, instituciones educativas (IE, universidad); en las zonas periurbanas de la ciudad, ubicamos a las postas médicas.

Las intervenciones en salud mental que realizan los participantes en su accionar profesional son de distinto tipo; así algunos realizan, intervenciones en el ámbito clínico (hospitales y centros de salud del MINSA), otros ejecutan intervenciones clínicas – comunitarias en zonas rurales (profesionales del PIR), y otros realizan intervenciones comunitarias (ONG y también profesionales del PIR). Es importante mencionar, que en algunos casos los participantes han realizado más de un tipo de intervención. En el cuadro siguiente, se detallan las características de las intervenciones que realizan los participantes del estudio.

Tabla 1.

Características de las intervenciones que realizan los participantes

Tipo de Intervención	N° de profesionales	Instituciones	Zonas
Intervención clínica	5	MINSA (hospitales, postas), ONG, colegios públicos	Urbana, Periurbana
Intervención clínica comunitaria	4	MINSA (PIR), ONG, Universidad (práctica pre profesional)	Urbana, Rural
Intervención comunitaria	4	MINSA (PIR), ONGs	Urbana, Rural

Cabe mencionar como característica relevante de los participantes del estudio que son en su totalidad naturales de la ciudad de Cusco, y han vivido en su mayoría toda su vida en la ciudad; sin embargo, sólo unos cuantos conocen algunas palabras en quechua, ninguno de ellos maneja el idioma con fluidez.

Sobre la elección de participantes, se delimitaron los criterios de inclusión que debíamos tomar en cuenta para la participación en la investigación. Así, se establecieron los siguientes criterios: profesionales que laborarán en Cusco con experiencia de trabajo en salud mental en la zona de por lo menos un año, podían ser de diferentes disciplinas siempre que su trabajo estuviera vinculado directamente a la salud mental; se debería buscar que sean de instituciones públicas y privadas para explorar diferentes experiencias y enriquecer las visiones sobre el tema de estudio.

Con los criterios delimitados y con el apoyo de personal de la misma localidad que trabaja en salud mental, se procedió a contactar a los diferentes profesionales para realizar las entrevistas y posteriormente para la validación de la data obtenida en un grupo focal. Las características de los participantes se resumen en la tabla 2. Como se puede apreciar, los profesionales son un grupo con características heterogéneas, en cuanto a sexo, años de experiencia, tipo de instituciones de labor profesional y experiencia laboral; lo que permite, una mayor riqueza en la construcción de indicadores por las diversas perspectivas que nos ayudan a entender el tema de estudio desde su complejidad, al ser la salud mental, una vivencia distinta al relacionarse con el contexto, la cultura y la vivencia de los pobladores.

Tabla 2.

Características de los participantes

Profesión	Sexo		Experiencia de trabajo en SM		Institución de trabajo		Experiencia de trabajo		
	F	M	< 5 años	> 5 años	Pública	Privada	Urbano	Rural	Ambos
Psicología	5	6	7	4	4	7	5	3	3
Antropología	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Total	6	6	7	5	4	8	5	3	4

Técnicas de recolección de información

En la presente investigación, para construir de manera participativa los indicadores de salud mental, se emplearon como técnicas de recolección las entrevistas semiestructuradas y el grupo focal.

Se planteó como técnica de recolección la entrevista semiestructurada para responder al objetivo planteado. Se eligió esta modalidad de entrevista porque permite una interacción comunicativa y organizada con objetivos específicos establecidos previamente y bajo el control del entrevistador que si bien posee un guión de preguntas básicas, tienen la libertad de profundizar sobre ciertos aspectos que le interesen más al entrevistador (Morga, 2012). La elección se fundamentó en la intención de comprender las experiencias de los profesionales de salud mental, y como ellos manifestaron los cambios que ven en las personas producto de la intervención que realizaron. Este tipo de entrevista nos permitió entonces, profundizar

sobre el tema específico de investigación, pudiendo comprender la situación desde su práctica específica y apreciando cómo se van incorporando aprendizajes en su proceso de intervención (Vélez, 2007).

Se elaboró una guía de entrevista considerando 04 áreas que permitieron la construcción de los indicadores. La primera, se orientó a conocer el trabajo que realizan los profesionales. Los tres pasos siguientes, constituyeron el centro del recojo de información al permitir la elaboración conjunta de los indicadores; así, se solicitó una experiencia o intervención donde se pudieran evidenciar cambios significativos en las personas después de la ejecución de la misma, seguido de un trabajo de integración de los indicadores encontrados en la experiencia narrada anteriormente y un esbozo de definición de dichos indicadores construidos por el participante. El modelo de entrevista empleado, se encuentra en el Apéndice 1.

Se trabajó con el grupo focal porque tiene como ventaja ser una herramienta metodológica, que permite conocer la perspectiva de los participantes sobre el objeto de estudio; así sus aportes en el transcurso de la discusión grupal fueron los que contribuyeron a perfilar la propuesta de indicadores de salud mental (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Entenderemos como grupo focal, al proceso de discusión grupal con un tema delimitado previamente, sobre el que, los participantes, expondrán sus puntos de vista desde su subjetividad y en la discusión participativa se irá construyendo el contenido buscado sobre el fenómeno en estudio (Montero, 2009).

Se eligió esta estrategia metodológica, buscando afinar los resultados obtenidos con los participantes del estudio, recoger sus aportes sobre la información obtenida y analizada de las entrevistas, con el fin de enriquecerla y darle mayor sustento. La realización del mismo estuvo a cargo de la investigadora que contó con el apoyo de un miembro del equipo de investigación que ayudó en la moderación y registro del mismo; para la ejecución se entregó a los participantes una hoja con los indicadores obtenidos de las entrevistas, cada uno de ellos acompañados de una definición y contenidos que se habían sistematizado también en las entrevistas.

Procedimiento

El primer paso fue la construcción del proyecto inicial, contando con el apoyo del equipo de investigación de indicadores de salud mental en Ayacucho y Cusco, del que forma parte el presente trabajo; en dicho proyecto se elaboró la propuesta de investigación y el objetivo que se pretendía cumplir. Así también, se realizó una revisión bibliográfica, la cual

permitió tener un manejo de los conceptos de salud mental, salud mental comunitaria e indicadores de salud mental.

Posteriormente, se delimitaron los criterios para la selección de participantes para el estudio, lo que permitió ubicar profesionales que cumplieran dichos criterios. A la par de esta actividad, se inició la planificación del proceso de recolección de datos, ideándose la guía de entrevista; la cual, fue validada por dos expertas en el tema y se realizó una entrevista piloto. El piloto se realizó aplicando la guía de entrevista a un profesional con experiencia similar a la que tendrían los participantes. Este proceso fue analizado a fin de mejorar la aplicación del instrumento y validar el contenido

Con la guía validada, se procedió a ejecutar las entrevistas con los participantes contactados, que fueron registradas en audio. Como parte del contenido, como ya se ha dicho anteriormente, se trabajó la construcción de los indicadores de salud mental, actividad que quedó registrada en papelógrafos que nos permitieron entender el proceso de construcción y las definiciones que ellos fueron elaborando.

Una vez terminado el proceso de entrevista, se compiló el material obtenido; procediéndose a verificar y mejorar el audio de las grabaciones, para posteriormente, realizar las transcripciones de las entrevistas y del material escrito como los papelógrafos antes mencionados y las notas de los entrevistadores. Con el material recopilado, se procedió a analizar cada entrevista para ubicar los indicadores mencionados por cada participante; obteniéndose en el análisis de las entrevistas una matriz preliminar de indicadores. Posteriormente, se procedió a revisar dicha matriz, evaluando si los indicadores obtenidos se relacionaban entre sí; encontrándose que algunos de los indicadores representaban categorías mayores, agrupando a otros.

En el grupo focal, se presentaron a los participantes, los indicadores construidos con ellos en las entrevistas individuales; los indicadores presentados estaban constituidos por la definición y algunas características a manera de contenido. La metodología contemplaba la presentación de cada indicador y luego de la lectura del mismo por el facilitador, cada participante podía opinar sobre el indicador: el nombre asignado, la pertinencia del mismo, la definición y los contenidos.

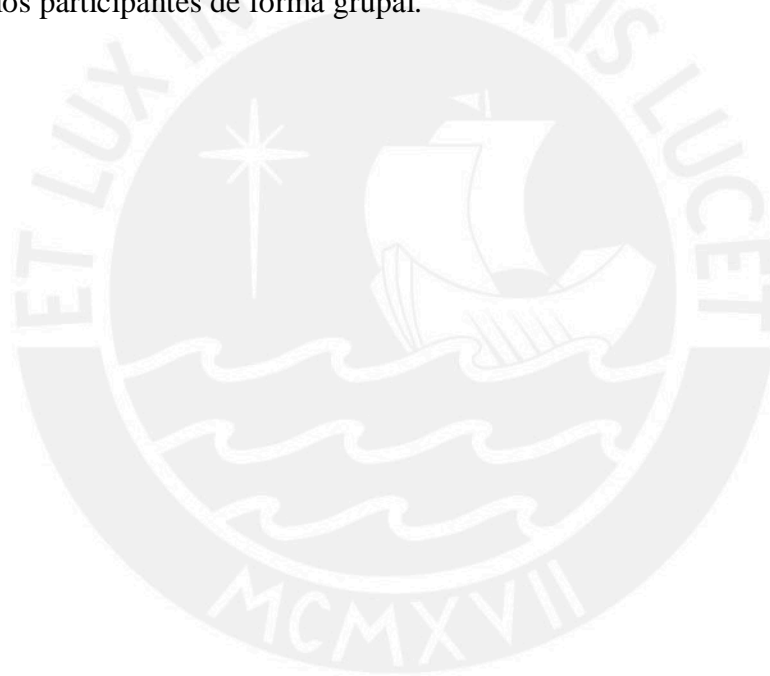
Con los aportes recibidos en el grupo focal se afinaron los indicadores preliminares, identificando siete indicadores con sus respectivas definiciones y contenidos, que se presentarán en el acápite de resultados.

Aspectos éticos

Se elaboró un documento de consentimiento informado donde se detallaba la investigación a realizarse en cuanto a propósito, fines y utilidad; el cual, luego de ser revisado y explicado a los participantes, se entregó para ser firmado (Ver Apéndice 2).

Asimismo, en dicho documento se solicitó la autorización para grabar las entrevistas en audio, garantizando la confidencialidad de la información que se recoja, la misma que sería transcrita y presentada como resultado sin identificar a los participantes, por lo que se emplean seudónimos en el capítulo de resultados y discusión, al colocar las citas de los participantes.

La dimensión ética de esta investigación incluye el respeto y cuidado de los participantes, a partir de reconocer y validar sus vivencias y experiencias. Asimismo, se informó a los participantes que se realizará una devolución de las conclusiones de la investigación a los participantes de forma grupal.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la presente sección, se describirán y discutirán los resultados obtenidos, producto del trabajo de construcción de indicadores de salud mental con los participantes. Los resultados han permitido identificar siete indicadores que permiten conocer el cambio en las personas que han participado en algún tipo de intervención de salud mental.

Es importante mencionar que dichos indicadores fueron construidos considerando los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad, que son parte de la concepción de salud mental comunitaria que hemos considerado para la realización del presente estudio y que fueron parte de la concepción y ejecución de las intervenciones realizadas por los profesionales participantes de la presente investigación. Por lo que, cada indicador incluye dichos enfoques en su concepción y contenidos.

La riqueza de la construcción de indicadores radica en lo participativo, ver como ellos analizaban su experiencia y reflexionaban sobre sus acciones, pudiendo construir relatos sobre las personas y cómo el malestar que manifestaban verbal o corporalmente iba disminuyendo a medida que la persona se comprometía con la intervención, dando frutos evidentes con el paso del tiempo. Señalan que el proceso de recuperación de la salud parte de un progreso personal, en reconectarse primero consigo mismo para luego mejorar sus vínculos con los demás, sintiéndose luego parte de algo mayor, asumiendo un compromiso con la comunidad que lo rodea, y queriendo contagiar su bienestar porque no se sienten completos si el bienestar no es colectivo.

Entonces, los indicadores construidos y definidos no sólo se interrelacionan entre sí; sino que van escalando niveles de mejora, partiendo de indicadores que evidencian cambios o mejoras personales, hasta llegar a los que exponen un cambio que busca aportar en la mejora colectiva y comunitaria.

En la siguiente Tabla 3, presentamos los indicadores de cambio propuestos por los participantes, su definición y sus respectivos contenidos; posteriormente, se describen con mayor detalle y se acompañan de algunas viñetas que nos ayuden a comprender mejor la dimensión de los significados.

Tabla 3

Indicadores: descripción y contenidos

Indicadores	Descripción	Contenidos
Muestra conductas autoprotectoras	Es capaz de reconocer y asumir problemas, buscando soluciones para los mismos, analizando recursos y limitaciones o buscando ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> - Habla de sus problemas. - Autocuestionamiento. - Reconoce sus recursos y limitaciones. - Pide ayuda para solucionar sus problemas. - Propone soluciones a sus problemas.
Evidencia preocupación por sí mismo	Se preocupa por su bienestar y se siente importante, generando cambios que se evidencian en su apariencia y postura corporal.	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio en la postura corporal. - Mejora en la apariencia. - Se siente importante. - Reintegrarse a actividades cotidianas.
Desarrolla su empoderamiento (Agencia)	Se asume como gestor de su cambio, tomando decisiones de manera autónoma y ejerciendo su ciudadanía, permitiendo construir una perspectiva de futuro personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva de futuro. - Gestiona su cambio. - Toma decisiones por sí mismo. - Ejerce sus derechos. - Ejerce su ciudadanía
Mejora sus vínculos	Reconstruye relaciones consigo mismo, con otros (en todos los niveles), con su contexto y con la naturaleza; sosteniendo contactos efectivos que expresen afectos y emociones a través de comunicación verbal o contacto físico, sintiéndose parte de algo.	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y habilidades sociales. - Mayor confianza y apoyo entre pares. - Expresiones afectivas y de emociones. - Mayor contacto físico. - Relaciones entre pares, familia, pareja y comunidad. - Relación con la naturaleza. - Sentido de pertenencia.
Valora su identidad	Se sienten orgullosos(as) de sus costumbres, se valora por lo que es y de donde proviene.	<ul style="list-style-type: none"> - Le da importancia a sus diferentes características (importante por ser mujer/hombre, campesino(a), etc.). - Orgullo por su origen. - Valora sus costumbres. - Valora su comunidad.
Practica la solidaridad	Muestra interés en ayudar a otros a buscar su bienestar; así como compartir los conocimientos y habilidades adquiridas, mostrando acciones solidarias.	<ul style="list-style-type: none"> - Comparte conocimiento. - Enseña a otros/otras. - Busca rutas de atención para otros/otras. - Aparición y aumento de liderazgos. - Fomenta bienestar mutuo.
Participa social y políticamente	Se involucra en las actividades de su comunidad, aportando en la organización y el ejercicio de sus derechos.	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor organización de la comunidad. - Interés en participar en cargos políticos. - Sentido de comunidad. - Gestión de actividades comunales. - Moviliza temas de interés colectivo para su solución.

Muestra conductas autoprotectoras

Los participantes, definen este indicador como la capacidad que tienen las personas de reconocer y asumir sus problemas, buscando soluciones para los mismos en el análisis de sus recursos y limitaciones o buscando ayuda si es necesario. Constituye un indicador, porque los participantes afirman que el primer paso para mejorar la salud mental es asumir que existe un problema y que esto permitirá a las personas realizar acciones para enfrentar el problema, empezando por preocuparse por su propio bienestar, que ellos lo entienden como autoprotección del problema.

Quizás la categoría de autoprotección podría ser ahí ¿no?, como categoría y ahí se puede poner: Es capaz de reconocer sus problemas, habla con otros, ¿no es cierto? Y la autoprotección es porque identifica, o sea cuando tú ya reconoces tu problema trazas una ruta, por el tema de la autoprotección, no te expones y empiezas a no exponerte, a decir no al problema, por ejemplo no a la violencia (Pamela, 27 años, psicóloga).

Esta capacidad de resolución de problemas, es señalada en diferentes niveles producto de la intervención en salud mental. Así, la primera evidencia de mejora es hablar de sus problemas con otros como primer paso para el reconocimiento del problema, “darse cuenta de sus problemas como primer nivel, si reconoce que tiene un problema, va a decir: yo necesito ayuda” (Andrea, 28 años, psicóloga).

Asimismo, los participantes refieren que un elemento de mejora sería el cuestionamiento a sus comportamientos, a las situaciones que viven; de la mano con esto, la persona no sólo identifica el problema sino que busca solucionarlo por sí mismo, a través del descubrimiento y reconocimiento de sus recursos y limitaciones, dejando de ser un agente pasivo y buscando el cambio; “empiezan a descubrir que tenían capacidades para resolver sus problemas, reconocer sus conocimientos...eso les hacía sentir bien, sentirse dueños de lo que hacían...” (Pamela, 27 años, psicóloga).

Las intervenciones clínicas refieren el reconocimiento del problema como un punto fundamental para el éxito y mantenimiento en el tratamiento (Sheperd, 2007). Lo que correlaciona con lo manifestado por los participantes, quienes consideran que es un punto importante para iniciar la recuperación de la salud mental, toda vez que, relata el proceso para salir de un problema; agregando los participantes a esto, el enfoque comunitario del uso de recursos y capacidades de ellos mismos y su entorno. Asimismo, los participantes afirman que, la aceptación del problema, no es el único punto necesario sino que se debe llegar a la autoprotección, donde nos cuidamos a nosotros mismos, solucionando el problema y

alejándonos de situaciones que puedan volver a dañarnos; por esto, identifican niveles en este indicador que nos irían manifestando la mejora de la persona, siendo la aceptación (el hablar, el llorar) el nivel más básico; sin embargo, para una recuperación mayor, debemos trascender este punto, buscando soluciones y ayuda profesional para poder recuperarse completamente, y luego teniendo comportamientos de protección personal que prevengan el retorno al problema.

Lo más importante para los participantes, lo que evidencia el cambio, no es sólo el que la persona busque ayuda o asuma el problema, sino el como la persona deja de ser un ente pasivo desvalido que necesita que alguien solucione sus problemas; y empieza a autocuestionarse sobre sus problemas, entendiendo que la solución pasa por el análisis de sus capacidades, que puede ser un agente activo, transformador de su realidad. Este es quizás el punto mayor para afirmar que la persona ha mejorado su salud mental y que podrá superar sus dificultades con los procesos de acompañamiento adecuados y con una comunidad con la que empezará a relacionarse sanamente; tal como, lo afirmamos en las concepciones de psicología comunitaria en el uso del concepto de agencia, las personas dejan de sentirse seres pasivos y se ven a sí mismos como agentes de su propio cambio, reafirmando la importancia de este punto para evidenciar la mejora en la salud mental (Pick et al., 2007).

Evidencia preocupación por sí mismo

Se entiende este indicador, como la preocupación por su bienestar y la percepción personal de sentirse importante, de tal manera, que se evidencian cambios en su apariencia personal.

Una comunera que se siente bien y una comunera que está atravesaba por malestar, la comunera que siente bienestar, siente deseo, se reconoce como persona deseante y como una persona de acción, en comparación a la otra que puede estar recluida, no se ve, no reconoce la capacidad de desear (Marco, 27 años, psicólogo).

Los participantes han podido encontrar que la sensación de bienestar, no sólo se relaciona con la apariencia sino también con la expresión del cuerpo -que tiene memoria propia- donde se ha marcado el dolor físico y psicológico (Cachorro, 2007), y esto se evidencia en cómo el cuerpo expresa lo que sentimos después de un evento violento como los producidos por el CAI; se observa como cambia nuestra postura, nuestra mirada y la rigidez de los músculos. La intervención de salud mental comunitaria en alianza con la persona, ejerce un poder sobre estos recuerdos grabados en el cuerpo y va borrando las marcas; es en ese momento, que el cuerpo también empieza a expresar el bienestar que se siente: la mirada se eleva, la rigidez va desapareciendo, la postura es más erguida y todo nuestro ser produce

un cambio, de acuerdo a como nos sentimos (Burstein, 1998), “se dan mejoras en expresiones de bienestar, es decir, partimos de la idea que el problema mental es también un problema corporal... hay que hacer que el cuerpo se flexibilice que vuelva a su sensación de bienestar” (Yuliana, 45 años, psicóloga).

Además, los participantes refieren que este indicador está relacionado con la autoestima y la búsqueda de sentirse bien; en cómo la persona se ubica y se percibe como sujeto importante, evidenciándose esto, en mejoras que realiza la persona en su apariencia personal (aseo, arreglo personal, etc.), en los cambios de su postura en su actividad cotidiana, dejando una postura defensiva, tensionada por una de mayor seguridad y tranquilidad.

...están totalmente bajas de autoestima...se siente un objeto del agresor, entonces aparece el sentirse sujeto, ser importante, y esto sería que yo no me arreglo porque voy a ir a coquetear sino por apariencia y todo eso, creo que sí es importante (Renata, 50 años, antropóloga).

Estos hallazgos se vinculan con lo encontrado por algunos autores, ellos mencionan que la autoestima disminuida es un punto a superar para indicar mejoras en la salud mental. El sentirse importante, el valorarse, el preocuparse por su bienestar son manifestaciones claras de salud mental, pues el amor por uno mismo, permite el cuidado y las acciones que logran que nuestra vida se desarrolle de manera óptima (Jibaja, 2009). Esto se ha podido visualizar en intervenciones que reportan como mejora, la expresión de bienestar en manifestaciones del cuerpo como la mirada que deja de estar en el piso, el reflejo de confianza en sí mismo en un cuerpo más erguido con la cabeza en alto, en el sentimiento de valía personal en el cuidado de mi cuerpo (desde el aseo, el arreglo, el vestido); y en cómo finalmente, me siento importante al punto que eso se ve cuando me relaciono con otros y en mi andar cotidiano (Meza, 2009).

Desarrolla su empoderamiento

Este indicador hace referencia a asumirse como gestor de su cambio, tomando decisiones de manera autónoma y ejerciendo su ciudadanía, a la par de construir una perspectiva de futuro personal.

El empoderamiento podría ser ¿no?, como un título digamos: incrementa o mejora su proceso de empoderamiento... estoy pensando en voz alta... entonces tu proceso de empoderamiento es una categoría que te dice, este se siente mejor, tiene perspectiva de futuro... (Yuliana, 45 años, psicóloga).

Es decir, parte de retomar el sentido de su vida, identificar que desea hacer y en base a esto, planificar acciones que trasciendan lo inmediato, encaminadas a una visión futura de

largo plazo; así, convertirse en un agente que construya su propio futuro, “...asume como gestor de su propio cambio, ahí sería ya este tipo de cambio de actitudes por ejemplo... ahí porque estamos hablando de su visión interna, ellos tienen que ser los que hagan el cambio” (Renata, 50 años, antropóloga).

Esto se manifiesta en la toma de decisiones por sí mismo, que los vincula con lo que desean lograr; de igual forma, utilizan lo aprendido para dichas decisiones, teniendo presentes sus derechos pero sobretodo ejerciendo los mismos para generar su propio bienestar, “en el empoderamiento es importante la toma de decisiones, eso es autonomía, el empoderamiento es mejor: toma decisiones por sí misma, no se hace manipular, no cae nuevamente...” (Pamela, 27 años, psicóloga).

Los participantes señalan que este empoderamiento en el caso específico de las mujeres, está relacionado a la toma de decisiones sobre su propio cuerpo, no sólo rechazando acciones violentas sino también en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La autonomía en las mujeres toma también el control de su propio cuerpo, decidir que su cuerpo no debe ser dañado nuevamente, decidir por su salud mental...además, poder usar métodos anticonceptivos y decidir sobre sus relaciones sexuales, poder ejercer su derecho al placer (Renata, 50 años, antropóloga).

En el área clínica se encuentran muchas evidencias de la importancia de la toma de decisiones y de otros aspectos relacionados a este indicador. Así, Meza (2010) encuentra logros en la recuperación de la salud mental y el mayor interés de los pobladores en sus proyectos de vida, teniendo perspectiva de futuro autónoma y reforzando la necesidad de empoderar a las personas en actores ciudadanos que transformen su vida y la de la comunidad en la que pertenecen.

Entonces, el empoderamiento, surge como un indicador de cambio en la medida que permite la facilitación de la expresión de capacidades de uno mismo y el colectivo, no es algo que se transmite, es viabilizar que aflore lo que ya se tiene pero no se ha ejercido (Neira y Escribens, 2010). Sin embargo, es importante mencionar que este indicador, que los participantes llaman empoderamiento, hace referencia en verdad al concepto de fortalecimiento desarrollado por Montero (2003), que contrasta del primero en cuanto, la etiología misma de la palabra empoderamiento parece eludir a dar poder y no al desarrollo de la agencia propia.

Por esto, si bien el concepto usado en el país y por los participantes mismos es empoderamiento, creemos que hace alusión al fortalecimiento, ya que se refiere al desarrollo de sí mismo, teniendo aspiraciones de mejora y capacidad de reflexionar sobre lo que le

sucede (Montero, 2003); por esto, en las intervenciones futuras sería interesante cambiar de noción y empezar a usar este término que coloca a las personas como verdaderos agentes de su propio cambio.

Mejora sus vínculos

Este indicador se entiende como la capacidad de reconstruir relaciones armónicas en distintos planos: consigo mismo, con otros, con el contexto y con la naturaleza. Lo que se evidencia en contactos efectivos que expresen afectos y emociones tanto en la comunicación verbal como en el contacto físico.

Un cambio es por ejemplo, que mejoren su personalidad, sean más comunicativos; si tú no logras eso es como sino hicieras nada (Gema, 35 años, psicóloga).

Así, se menciona que algo muy notorio en las personas que inicialmente participan en las intervenciones de salud mental, es la poca comunicación y bajo manejo de habilidades sociales que tienen, son personas poco expresivas, casi no hablan por la desconfianza que tienen y el poco interés a vincularse con otros; por lo que, el trabajo busca primero ir ganando su confianza, y poder conocer que piensan y sienten, por esto, el primer paso a lograr es la expresión de cada uno de ellos que permita generar lazos con los profesionales y posteriormente, apoyados en las necesidades que expresan, la mejora del vínculo con su entorno inmediato como su familia.

Este indicador se vincula con múltiples esferas de la vida, en cuanto las relaciones son a la vez, permanentes y cambiantes; por eso hablamos de una mejora primero en su percepción de sí mismo, luego con otros (pares, pareja, familia y con la comunidad). Los participantes resaltan como evidencia de mejora palpable, el cambio positivo que se da en la relación entre las personas que atienden y su familia.

Las relaciones están más armoniosas, ya no son tan déspotas entre ellos, ya no son tan dejados con sólo cumplir con traer dinero a su casa; en los talleres vemos que hay un interés por conocer a sus hijos, no decir sólo “cómo te fue en el colegio, ah bien”... y ya, sino tener interés por saber qué color le gusta a su hijo por ejemplo, o qué comida no les gusta preparar a tus papás... (Jonás, 30 años, psicólogo).

Se menciona que algo que se puede visualizar en la visita a las comunidades, es como las relaciones familiares van cambiando, se ve a los padres más interesados en lo que le sucede a los hijos pero también mejora la relación entre las parejas, donde se puede ver mayor confianza. Esta mejora de los vínculos se relaciona con el mayor interés en compartir tiempo juntos, que les facilita generar lazos más profundos, al compartir experiencias más

frecuentemente, lo que aumenta la confianza entre ellos, al poder conocerse, entender sus intereses, sus semejanzas y diferencias, y sus necesidades

Asimismo, estas relaciones abarcan la mejora de la comunicación y de las habilidades sociales. No está centrado solo en frecuencia sino en mejores expresiones afectivas y de emociones, donde el contacto físico es adecuado y consolida mayor confianza, que permite el apoyo entre los pares, “muchos de ellos no se abrazaban, todos ahora se abrazan, y para ellos es muy difícil llegar a esto” (Gema, 35 años, psicóloga). Sobre el punto refieren también que para las comunidades, el contacto físico era algo muy raro entre ellos, aún entre familias, se había perdido la confianza y no sé sabía como volver a tener gestos cálidos con él otro, la sensación de bienestar personal fue restaurando no sólo el interés sino también el deseo y necesidad de ser cálido con el otro, de transmitir ese cariño y de querer transmitir lo que sentían, manifestando además que la confianza e interés por el otro se estaba restaurando.

La confianza en las comunidades es aún un bien escaso, producto de los años de violencia, la restauración de los vínculos nos permite mirar al otro como un ser cercano, similar a mí y en quien puedo confiar; por esto, las expresiones afectivas pasan no sólo por un saludo o una relación verbal sino que se evidencian en expresiones de contacto físico similares a las que existían antes del CAI: un abrazo, una palmada, etc., expresiones cotidianas de cercanía que aún se están recuperando. De igual manera, al restaurar la confianza, se vuelve natural, el apoyo al otro, a quien veo como par y a quien deseo brindar ayuda por el vínculo que hemos restaurado. (Meza, 2009)

La suma de estas mejoras contribuye a generar también, un mayor sentido de pertenencia con su comunidad (vinculado a la confianza, apoyo entre pares, etc.); que se evidencia en el interés por establecer relaciones saludables que contribuyan al bienestar de la comunidad.

Antes de ser más o menos vigilante en su comunidad, creo que comenzó a tener control sobre su situación, comenzó a sentirse dentro de la comunidad porque al ser violentada, ser viuda y ser mujer, sin trabajo se sentía aislada; entonces comenzó a sentir lazo con el grupo con las otras mujeres, comenzó a identificarse con las otras mujeres, lo cual, la hizo sentirse parte de la comunidad y con un poder dentro de su grupo que le permitió actuar como vigilante (Marco, 27 años, psicólogo).

Hay una coincidencia de lo propuesto por los participantes con lo mencionado por Rodríguez, Apolinare y Alonso (2003), cuando se menciona que la salud mental se alcanza cuando la capacidad del individuo para establecer relaciones armónicas con otros se restablece, porque le permite participar de las modificaciones de su ambiente – tanto físico

como social – empezando a contribuir en su contexto de modo constructivo. Estas ideas concuerdan con lo obtenido en el estudio, reafirmando la evidencia de avances en la salud mental ante la mejora de los vínculos, ya que estos nos permiten realizarnos como personas, al ser seres sociales, “en el caso de personas que han tenido, visto cambios positivos es que realmente han podido manejar la comunicación con su familia” (Jonás, 30 años, psicólogo). Nuestros vínculos se inician en un plano privado, personal y se relacionan en nuestras conexiones con otros; sin embargo, trasciende a estos dos tipos de vínculos y contemplan el contexto (o contextos) donde nos desenvolvemos pero también y sobretodo en la cosmovisión andina, están relacionados con la naturaleza. Esto evidencia que, la salud mental no se adquiere mediante una adaptación pasiva de la realidad, sino que es producto de la evolución histórica, las relaciones sociales y la relación con la cultura y el contexto (Castellón y Laplante, 2005).

Es importante tener presente que el vínculo con la naturaleza se rompió producto de la violencia, cuando los pobladores dejaron de respetar lugares y ritos sagrados para protegerse de esta; para ellos, esto los separó de una parte importante de su mundo, enemistándolo con la naturaleza y por lo tanto, sufriendo las consecuencias de ello. Es por esto que su salud se ve afectada y su salud mental (o el bien vivir) sólo regresará cuando el vínculo con la naturaleza este restablecido; por esto es importante que, la intervención comunitaria no pierda de vista estos puntos y que considere la mejora de la persona, en la medida que la persona haya restablecido los vínculos con la totalidad de su mundo que incluye desde su cosmovisión la naturaleza y sus divinidades (Theidon, 2004; Neira y Escribens, 2010).

Practica la solidaridad

En este acápite, el indicador se refiere a la muestra de interés en ayudar a los demás, compartiendo con ellos los conocimientos y habilidades adquiridas para generarles bienestar; teniendo acciones solidarias que pueden ser visualizadas por otros.

El tema de la solidaridad también es importante, quieren compartir sus estrategias sobre cómo enfrentaron su problema y generaron un cambio de vida...se podría incorporar el tema de enseñar a otros, solidaridad también bastante ¿no es cierto?, si lo dejas así y estamos hablando quizás de la idea de ayudar a buscar rutas de atención a otros, ese es un tema importante (Renata, 50 años, antropóloga).

Los participantes afirman que este indicador se refiere a cómo la persona que empieza a sentirse mejor no se queda sólo en su propia mejora sino que por el contrario, siente deseos de replicar su bienestar como un efecto de onda; así, empieza a compartir su experiencia, sus

conocimientos, enseñando a otras personas las capacidades adquiridas para que su comunidad crezca con él. Siente que su bienestar no es completo si los demás no están bien también.

Abrir tu intersubjetividad, darte cuenta que sin el bienestar del otro tu bienestar aislado es incompleto, está vacío (Marco, 27 años, psicólogo).

Muestra manifestaciones solidarias, que se pueden concretizar por ejemplo en cómo busca que otros lleguen a recibir la atención que necesitan, orientándolos en las rutas o pasos que deben seguir o acompañándolos en su proceso de mejora.

...Terminó siendo una mujer muy abierta a enseñar a otras mujeres cosas que ella había aprendido en el acompañamiento; comenzó a comportarse como una mujer que detectaba casos de violencia y nos decía 'esta compañera necesita conversar, necesita jugar...(Marco, 27 años, psicólogo).

Lo relevante es la importancia que la persona le da no sólo al bienestar propio sino también al bienestar emocional de los demás (Jibaja, 2009); esto se alinea con lo manifestado por los participantes, quienes consideran un indicador de mejora el ser solidario, es decir, buscar que los demás logren su bienestar y salud mental, realizando inclusive acciones para lograr este fin, que incluyen enseñar lo aprendido pero también apoyarlos en la búsqueda de ayuda y de rutas de atención adecuada.

La solidaridad es un acto que en las comunidades solía estar presente antes de los años de violencia, ésta y los contextos posteriores anularon casi por completo dicho accionar (Diez, 2002); ya que durante el CAI lo que importaba era la supervivencia personal (a lo sumo familiar) y se anuló el apoyo al otro por la alta desconfianza y el temor existente. Por esto, se evidencia el inicio de la restauración de la salud mental comunitaria cuando empiezan a aparecer nuevamente estos actos solidarios que consolidan a la comunidad como un todo, donde se necesita el bien común y donde el bienestar no está completo sin el bienestar del otro; las personas de la comunidad se vuelven complementarias, necesarias y los problemas comunales sólo se resuelven con el apoyo de todos (Reynaga, 2008).

Por esto, se necesita el saber y la experiencia ganada en los años posteriores al conflicto, que se apoya en el aprendizaje de salud mental adquirido por los que han podido pasar por estos procesos, quienes servirán de germen para lograr la salud mental comunitaria. El ejemplo más palpable son las acciones ejecutadas por las asociaciones de familiares de víctimas de la violencia política, quienes por medio del trabajo colectivo han ido desarrollando acciones no sólo en búsqueda de reconocimiento de sus derechos sino también en la coordinación de acciones que favorezcan el bienestar de sus asociaciones como proyectos de salud mental, apoyos sociales y espacios de capacitación, para favorecer el

bienestar comunitario, trascendiendo la mirada individual que el terror los obligó a seguir en los años de violencia y volviendo al principio de solidaridad comunal, donde el bienestar colectivo es el verdadero bienestar (Rivera, 2009)

Valora su identidad

Los participantes consideran que es importante para la salud mental el sentirse orgullosos(as) de sus costumbres, valorando quién es y de donde proviene; dejando de lado el “sentirse menos” por sus raíces, “que se sienta importante por ser campesina, es importante por ser quechuablante, que es importante por ser analfabeta y es importante por ser mujer misma...que se sientan orgullosos de las costumbres” (Renata, 50 años, antropóloga).

Los participantes refieren cómo de vital importancia, que la población retome no sólo las rutinas de actividades sino sobretodo aquellas costumbres y tradiciones que se perdieron por la violencia y que les permitían sentirse bien consigo mismo y con su entorno. Un signo de recuperación es volver a sentir el orgullo por quién es, vinculado a su origen, a las diferentes características que lo forman (hombre o mujer, campesino(a), etc.), y la relevancia de su comunidad con todos los logros obtenidos.

Se veía un avance en la comunidad cuando retomaban la valoración a su sabiduría popular y veían que con ella que tenían la capacidad de resolver los problemas de la comunidad...empezaban a favorecer las costumbres que ellos tienen y a volver a practicarlas... (Jeremías, 55 años, psicólogo).

Se ha encontrado que un logro en la mejora de la salud mental, es la importancia de la revaloración de tradiciones culturales propias que con la época del terror se dejaron abandonadas (Meza, 2009). Esto coincide con los resultados obtenidos, que nos reafirma en que la salud mental de una persona y de su comunidad no es completa si no se reconecta con su identidad; sus costumbres, sus tradiciones, su cultura y su lenguaje.

Esto reafirma la noción de que la salud mental no es fragmentada y las nociones de bienestar se encuentran vinculadas a nuestras cosmovisiones e identidades, por lo que, la escisión de nuestra vida con lo que somos, no nos permitirá tener una adecuada salud mental. Entonces, un hecho importante en la recuperación colectiva está vinculada a volver a recrear la vida ritual, que es de suma importancia para ellos porque les permite la reelaboración de su identidad colectiva alejándola de la guerra y tendiendo puentes entre el presente y el pasado dejando de lado sólo los eventos tristes y no sus tradiciones (Theidon, 2004). Este es un indicador importante de salud mental porque evidencia que la comunidad retoma sus prácticas cotidianas, su sabiduría popular, sus costumbres y esto da paso a la recuperación del sentido de comunidad, el incremento de su autoestima colectiva y sus prácticas de bienestar.

Participa social y políticamente

Los participantes, señalan este indicador como la capacidad de involucrarse en las actividades de su comunidad, aportando en la organización y en el ejercicio de sus derechos, “en este caso, ellos se involucraron en cosas que nunca habían participado antes, él se volvió Presidente de un área y ella era Tesorera de la margen derecha; se involucraron en cosas que no habían hecho antes...” (Andrea, 27 años, psicóloga).

Así, empieza a notarse mayor organización en la comunidad, las reuniones entre ellos dejan de ser por situaciones de emergencia o por pedido de otros; toman conciencia que la organización comunal les permitirá tener una mejor vida en diferentes aspectos y les facilitará prevenir también problemas futuros. Aprender a dirigir sus espacios y a retomar por medio de esto el lazo fuerte con la comunidad y no sólo como un recuerdo de algo que existió en el pasado, “...ellos se reunían solamente cuando tenían un problema... luego sintieron la necesidad de reunirse para conversar, para prevenir sus problemas... cada mes y no como obligación impuesta sino como necesidad...” (Jeremías, 55 años, psicólogo).

Los participantes señalan que en la comunidad empiezan a surgir nuevos liderazgos y reaparece el interés en asumir los cargos políticos –antes olvidados-; permitiendo todo esto, una mejor gestión de proyectos y actividades comunales que movilicen temas de interés para su solución, permitiendo esto la construcción de un sentido de comunidad compartido.

Esto debido al fortalecimiento de capacidades personales de los comuneros que como se ha dicho en los indicadores anteriores, al sentirse bien consigo mismo, desean que esto se traslade a la comunidad; por lo que encuentran en la participación un medio para concretar el bienestar de la comunidad en pleno, en el trabajo conjunto, la herramienta para la transformación de su realidad y la mejora de las problemáticas que los aquejan.

...las personas empezaron a buscar poder político dentro de las asambleas de la comunidad, toman conciencia de la relación de poder...por ejemplo yo tenía compañeras que después de haber sido víctimas de violencia han participado como candidatas, como regidoras son una serie de cosas, entonces, si ha habido saltos importantes; allí no es un tema de participación social solamente sino también política (Renata, 50 años, antropóloga).

Resalta como otro matiz, la mayor participación de las mujeres que según ellas mismas relatan antes estaban aisladas y ajenas a la participación política por diversas causas; y ahora no sólo participan sino que lideran numerosos procesos y tienen cargos políticos importantes en las comunidades producto del trabajo de salud mental que se ha realizado con ellas, “...veo cambios, por ejemplo las mujeres de Chumbivilca, hay un cambio porque son

mujeres que ahora lideran, dirigen...ellas dicen todos debemos estar juntos para ganar cosas en su distrito, con su alcalde'..." (Gema, 35 años, psicóloga).

Tal como afirma Montero (2006) la participación comunitaria, es un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales; dicho proceso fue afectado por la violencia del CAI que se vivió en la región y produjo que los actores participantes se inhibieran de cumplir su rol, inclusive alejándose de toda función dentro de la comunidad como una forma de protección y por lo tanto, la comunidad quedo fragmentada y poco organizada, perdiéndose los objetivos comunes y el pensamiento colectivo para lograr el bienestar comunitario. Las intervenciones comunitarias en salud mental se orientan a mejorar dicha problemática, por lo que, la efectividad de las mismas, debería evidenciarse como afirman los participantes de la investigación, en como los miembros de la comunidad vuelven a tener interés en la misma, participando de ella, buscando construir objetivos comunes y trabajando por su bienestar colectivo.

Asimismo, otro aspecto de este indicador, es como en la comunidad surgen nuevos liderazgos que renuevan la organización y la mantienen vigente, permitiendo una cohesión efectiva y la transformación de sus problemáticas por medio de una participación de todos sus actores. Estos nuevos liderazgos surgen de la mejora individual que la intervención en salud mental ha ido generando, permitiendo no cualquier tipo de líder sino un líder transformador, tal como, afirma Zambrano (2001) un líder transformador, es una persona con capacidad de potenciar acciones colectivas en pro del bien común, basándose en principios objetivos compartidos, confianza y reciprocidad; asimismo es alguien que es capaz de generar condiciones para el incremento del poder o potenciación de los miembros del grupo o comunidad.

CONCLUSIONES

La salud mental es un derecho de todos y todas las ciudadanas, por lo que no debería ser un privilegio de pocos sino una prioridad del Estado y sus políticas públicas; desde este enfoque se ha trabajado esta investigación promoviendo la construcción de indicadores de salud mental que permitan conocer los cambios en las personas afectadas por el CAI que han participado en diferentes intervenciones en la búsqueda de restaurar su estado de bienestar.

Bajo esta premisa, se analizó cómo se evalúan las mejoras de las personas que son atendidas y participan en intervenciones de salud mental en la región Cusco, haciéndose evidente en lo manifestado por los participantes que la medición del avance en salud mental no se evalúa por la mejora del “paciente o usuario” sino por la cantidad de atenciones que se realizan en el consultorio o en las pocas intervenciones comunitarias que se ejecutan en el sistema público de salud mental.

Se trabajó con instrumentos cualitativos que permitieran conocer el fenómeno en su totalidad desde la perspectiva de los profesionales de salud mental, obteniéndose siete indicadores de salud mental comunitaria que reflejan las mejoras en las personas que han participado en intervenciones de salud mental. Cada uno de estos indicadores ha sido descrito por los participantes del estudio y se han generado también una serie de contenidos que pueden evidenciar los cambios; señalando ellos que los cambios son progresivos partiendo siempre de una recuperación personal hasta llegar al compromiso con la comunidad y la búsqueda del bienestar colectivo.

Así, el primer indicador se denomina muestra de conductas autoprotectoras, entendida como la capacidad de reconocer el problema, de asumirlo pero sobretodo de resolverlo empleando sus capacidades y reconociendo sus limitaciones, de tal manera que, pueda pedir ayuda. Señalan que lo consideran autoprotección, por ver en las personas como ellas mismas buscan protegerse de volver al problema.

Otro indicador, es la evidencia de preocupación por sí mismo, que se ubica como búsqueda del propio bienestar que se empieza a visualizar en los cambios en su apariencia y postura corporal, mostrando el cuerpo como el dolor se va diluyendo y se libera la integralidad producto de la intervención en salud mental.

El siguiente indicador se denomina desarrolla su empoderamiento, donde se puede ver que la persona se asume como responsable de gestar su cambio, apelando al ejercicio de sus derechos y su ciudadanía para la búsqueda de su bienestar y la construcción de su futuro.

Luego encontramos el indicador de mejora de sus vínculos, donde podemos apreciar que tras haberse reconectado consigo mismo, pasa al interés de reconstruir las relaciones con los demás que lo rodean, incluyendo la naturaleza, que en la cosmovisión andina es parte de los vínculos que se consideran necesarios para estar bien. La mejora de relaciones pasa por recuperar la confianza, el contacto físico, la comunicación, entre otras mejoras.

De igual forma, surge el indicador llamado valora su identidad, que refuerza la necesidad de recuperar las costumbres y valora su pasado como parte de sí mismo, de su vida. Valora su comunidad y siente orgullo por su origen.

Posterior a estas mejoras, los participantes mencionaron como indicador que muestra recuperación de la salud mental, la práctica de la solidaridad entendida por trascender del bienestar personal a la búsqueda de bienestar colectivo, que se manifiesta en el apoyo a otros a solucionar sus problemas y al compartir las experiencias y conocimientos adquiridos en su propio proceso de recuperación.

El último indicador se ha nombrado como participa social y políticamente, involucrando las actividades que realiza la persona en pro del bien de la comunidad, en la movilización de temas de interés para su solución y en la aparición de nuevos líderes.

A la par de esta construcción, los participantes mencionan como recomendaciones que se necesita para lograr estos cambios en mayor escala, un cambio de perspectiva que se inicia en la asignación presupuestal necesaria para la salud mental y asignar el tiempo necesario a cada persona, preocupándose no sólo por el número de personas que atienden sino ante todo en la mejora de cada uno de ellos, restaurando de manera conjunta la salud mental de las personas que participan en sus intervenciones. De igual manera, los participantes manifiestan la necesidad de trabajar desde el modelo comunitario para lograr la recuperación emocional de una persona que ha sido afectado por el CAI, donde como se ha señalado, no sólo ha sido afectada ella misma, sino que su relación con su entorno y su comunidad también está distorsionada; por lo sugieren que se implementen intervenciones en todos estos niveles para pasar de la funcionalidad a relaciones armónicas y saludables que les permitan volver a vivir con dignidad y calidad, respetando su cosmovisión y convirtiendo a las personas en agentes de su propio cambio. Afirman que lo comunitario es importante porque permite no sólo una mejora individual y aislada sino que se centra en un bienestar colectivo que permite una salud integral y sostenible que se respalda en los vínculos interpersonales y la cosmovisión y cultura propia, donde el bienestar siempre ha sido considerado desde la armonía conjunta con uno mismo, los otros y su contexto.

Otro elemento que también consideramos importante trabajar, es un punto señalado por los participantes del estudio, la elaboración del perfil del profesional que interviene en salud mental. Ellos mencionan la necesidad de no partir desde nuestra cosmovisión occidental al intervenir sino que por el contrario buscar entender a la persona en su contexto, desde sus costumbres y creencias (de preferencia en su idioma también), y desde un enfoque distinto, no sintiéndonos sus salvadores o dueños del saber. Asimismo, mencionan como características básicas la empatía, el dinamismo, la rápida adaptación a nuevos contextos, la apertura para aprender, la capacidad de escucha, la creatividad y el manejo de diversas técnicas de trabajo fuera de lo convencional o el trabajo clínico tradicional.

Un punto que queda abierto como recomendación para investigaciones posteriores, sería el trasladar los presentes indicadores a una escala de apreciación o de valoración que permita ver la evolución de las personas atendidas por cada profesional que interviene en salud mental, pudiendo validar y mejorar las formas de evaluación de la mejora en salud mental. Lo que permitiría además, ir evaluando el tipo de intervenciones a trabajar, el tiempo que se necesitará intervenir (con la flexibilidad necesaria de acuerdo al contexto y problemática individual y comunal) y así formular servicios de atención que se ajusten más a la realidad de la población que se atiende.

Otro aspecto importante es que si bien los indicadores construidos por los participantes nos permiten evidenciar los cambios en las personas que han sido parte de las intervenciones realizadas; consideramos que sería importante, recoger estos indicadores también desde los usuarios, para poder tener una visión integral sobre los indicadores que evidencian mejora para reorientar las intervenciones en salud mental y movilizar el uso de los mismos desde los servicios de salud. Este sería un área abierta para la investigación que complementarían los hallazgos y sumaría un aporte más a la mejora del sistema de salud.

Señalar finalmente como reflexión que sino se apuesta por un cambio real, las acciones que se realizan para atender los síntomas superficiales de los problemas de salud mental, tarde o temprano serán insuficientes para atender una sociedad que vive soportando su malestar pero que cada día hace más evidente su enfermedad en los problemas sociales que vive. Se debe trabajar por priorizar en el sistema de salud no sólo la cobertura sino ante todo la calidad que se brinda; incorporando otros enfoques en la salud mental dejando lo curativo, y aplicando en realidad lo preventivo y promocional. Entendamos que la salud mental comprendida sólo desde lo individual no resulta y apostemos por la implementación de un modelo comunitario, reivindicando el derecho a la salud para generar una sociedad con bienestar.

Para lograr este nuevo modelo, creemos muy importante el trabajo desde la psicología comunitaria que viene aportando a este campo con sus marcos conceptuales, sus aspectos metodológicos y sus intervenciones; impulsando una nueva manera de construir salud y bienestar.

Consideramos entonces, que los indicadores son un primer paso para hacer incidencia sobre las políticas de salud mental, empezando por entender que no todas las personas tienen las mismas necesidades; y que si bien puede ser más costoso y difícil ejecutar mejores políticas incorporando realmente lo comunitario, esto a largo plazo revertirá en una sociedad más sana, con mayor bienestar y por ende, más productiva. La inversión en salud mental sin lugar a dudas será devuelta con creces.



REFERENCIAS

- Baró, I.M. (1999). *Psicología de la Guerra: trauma y terapia*. San Salvador: Universidad Centroamérica.
- Berbesí, D. y Torres Y. (2012). Importancia de los Indicadores en Salud Mental dentro del Observatorio Nacional de Salud Mental. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental – Colombia, 1*, 13 -16. Recuperado de <http://www.onsm.gov.co/revista/index.php/cesonsm/article/view/4>
- Burstein, R. (1998). La memoria del cuerpo. En M. Costa & M. Raffo (Eds.), *Frente al espejo vacío: Un acercamiento psicoterapéutico a la violencia política* (pp.81-84). Lima: Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.
- Cachorro, G. (2007). *Cuerpo y subjetividad*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Castellón, R. y Laplante, L. (2005). *Los afectados por el conflicto armado interno del Perú: Exigiendo el derecho a la salud mental*. Lima: CIES.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). *Informe Final*. Lima: Comisión de la Verdad y Reconciliación.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC. Recuperado de <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docID=4448>
- Cueto, R. (2008). *La Salud Mental de las comunidades afectadas por el conflicto armado interno en el Perú* (Tesis para optar el grado de Magíster en Psicología Comunitaria). Universidad de Chile. Recuperado de http://blog.pucp.edu.pe/media/852/20131210-tesis_maestria_rochi_cueto_-2008-.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2012). *Introducción al diseño, construcción e interpretación de indicadores*. Bogotá: Departamento Administración Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/files/sen/planificacion/cuadernillos/IntroduccionDisenoConstruccionInterpretacionIndicadoresWeb.pdf>
- Diez, A. (2002). *Los Desplazados en el Perú*. Lima: Comité Internacional de la Cruz Roja.
- Ferullo, A. (2003). *El triángulo de las tres P: Psicología, participación y poder*. Buenos Aires: Paidós.
- Gobierno Regional del Cusco (2005). *Plan Regional Concertado en Salud 2005 al 2021*. Cusco: Gobierno Regional.

- González Rey, F. (2006). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Psiquiatría (2010). *Indicadores para la Evaluación de Sistemas de Salud Mental en España*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/229458166_Indicadores_para_la_evaluacion_de_sistemas_de_salud_mental_en_Espaa
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTSM) (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto Amares UE - MINSA.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D. F.: McGraw Hill.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (IESM – HDHN) (2003). Estudio Epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003 – Informe General. *Anales de salud mental XIX(1-2)*. Lima: IESM – HDHN.
- Jibaja, C. (2009). Generando nuevos espacios subjetivos, grupales y comunitarios. En C. Jibaja & Y. Pérez (Eds.), *De la clínica a la salud mental comunitaria: Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país* (pp.16-27). Lima: Centro de Atención Psicosocial.
- Manrique, N. (2002). *El tiempo del miedo: La violencia política en el Perú, 1980 – 1996*. Lima: Fondo Editorial del Congreso de la República.
- Meza, A. (2009). Intervención comunitaria: Aprendiendo a ayudar. En C. Jibaja & Y. Pérez, (Eds.), *De la clínica a la salud mental comunitaria: Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país* (pp.82-88). Lima: Centro de Atención Psicosocial.
- Ministerio de Economía y Finanzas (2014). *Estadística Anual: Cierre del presupuesto del sector público. Año fiscal 2013*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3599%3Aestadistica-anual-cierre-del-presupuesto-del-sector-publico-ano-fiscal-2013&catid=216&Itemid=100292&lang=es
- Ministerio de Economía y Finanzas (2014). *Estadística Anual: Cierre del presupuesto del sector público. Año fiscal 2012*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3391%3Aestadistica-anual-cierre-del-presupuesto-del-sector-publico-ano-fiscal-2012&catid=216&Itemid=100292&lang=es

- Ministerio de Protección Social de Colombia (2010). *Guía para la construcción de los planes de salud territoriales*. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA Colombia.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2005). *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultural de Paz 2005 -2010*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2012). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2012 – 2022*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud del Ecuador (2008) *Informe sobre el Sistema de salud del Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud del Ecuador.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública – Public Health*, 18, 346 – 358. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
- Molina, C. (2011). *Salud Mental y desplazamiento forzado 2025*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Recuperado de <http://portal.uexternado.edu.co/pdf/facultadDeCienciasSocialesHumanas.doc>
- Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires. Paidós.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2009). *Grupos Focales*. Caracas: Psicoprisma.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México D.F.: Red Tercer Milenio.
- Neira, E. y Escribens, P. (2010). *Salud mental comunitaria: Una experiencia de psicología política en una comunidad afectada por la violencia*. Lima: DEMUS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *La salud y los objetivos de desarrollo del milenio. Invertir en Salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). *Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional en salud mental*. Washington D.C.: OPS.
- Pereira, J. y Moreira, M. (2012). *El desarrollo participativo de indicadores para la evaluación de la salud mental*. Sao Paulo: Universal Federal de Sao Paulo. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20130005001

- Pérez, G. (2001). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: Métodos*. Madrid: Ed. La Muralla.
- Pérez, Y. (2009). Los Núcleos de Salud Mental: Una propuesta de trabajo comunitario. En C. Jibaja & Y. Pérez (Eds.), *De la clínica a la salud mental comunitaria: Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país* (pp.28-36). Lima: Centro de Atención Psicosocial.
- Pérez–Sales, P. (1999). *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: Editorial Ex – Libris. Recuperado de http://www.pauperez.cat/component/option,com_docman/task,doc_details/gi,2/Itemid,14/fontstyle,f-larger/lang,Castellano/
- Pérez–Sales, P. (2004). *Evaluación y Diseño de Programas Psicosociales. Metodologías y técnicas*. Madrid: Grupo de Acción Comunitaria. Recuperado de <http://www.psicosocial.net/240-repensar-experiencias-evaluacion-de-programas-psicosociales-y-de-salud-mental-metodologias-y-tecnicas>
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U., y Givaudan, M. (2007). Escala para medir agencia personal y empoderamiento. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 295-304.
- Raffo, P. (2009). Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Cuzco. En C. Jibaja & Y. Pérez (Eds.), *De la clínica a la salud mental comunitaria: Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país* (pp.70-81). Lima: Centro de Atención Psicosocial.
- Ray, M. (2003). La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En J. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp.163-184). Antioquía: Editorial Universidad de Antioquía.
- Reynaga, G. (2008). *Respuesta de las mujeres Ayacuchanas frente a los problema de la violencia politica. Tesis para optar el grado de magister en gerencia social*. Lima: PUCP.
- Rivera, M. (2003). *Diagnóstico de servicios de Salud Mental del MINSA dirigido a personas afectadas por violencia política*. Lima: MINSA – AMARES.
- Rivera, M. y Taype, T. (2009). Encontrando rutas de bienestar: Malestares y búsqueda de ayuda en salud mental. En I. Bustamante, M. Rivera & L. Matos (Eds.) *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y respuestas* (pp. 94-104). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rodríguez, O., Apolinaire, J. y Alonso, I. (2003) Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*,

- 19, 40-45. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sandoval, J. (2005). *Salud Mental en México*. México D.F.: Servicio de Investigación y Análisis – División de Política Social de la Cámara de Diputados. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (2009). *Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010 – 2013*. Murcia: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Recuperado de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros//175419-Anteproyecto_PlanSalud_Mental_2010_2013_b.pdf
- Sheperd, G. (2007). *Hacer de la recuperación una realidad*. Andalucía: Servicio Andaluz de salud.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Valenzuela, T. (2005). Indicadores de Salud: Características, Uso y ejemplos. *Revista Ciencia y Trabajo*, 17, 118 – 122. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl>
- Velázquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: Dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima: CIES, CARE, PCS.
- Vélez, M. (2007). Un acercamiento metodológico al aprendizaje organizacional y el proceso de toma de decisiones. *Revista El Cuaderno*, 1, 21 – 38. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2668687.pdf>
- Zambrano, A., Bustamante, G. y García, M., (2009) Trayectorias Organizacionales y Empoderamiento Comunitario: Un Análisis de Interfaz en Dos Localidades de la Región de la Araucanía. *Psykhé*, 18(2), 65-78. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v18n2/art05.pdf>
- Zichi, M. y Omery, A. (2003) Escuelas de fenomenología: implicaciones para la investigación. En J. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp.185-207). Antioquía: Editorial Universidad de Antioquía.

APÉNDICES

APÉNDICE 1: GUÍA DE ENTREVISTA

Buenos días, mi nombre es Carmen Analía Zurita Galarreta, soy alumna de la Maestría de Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú, me encuentro en proceso de realizar mi tesis para obtener mi grado de Magister. Debido a eso, estoy realizando una investigación que lleva como título “Indicadores de cambio de salud mental en personas afectadas por violencia social en contexto post-conflicto armado interno en la ciudad de Cusco”. Cuyo objetivo es elaborar participativamente indicadores de salud mental con profesionales con experiencia en el trabajo con personas afectadas por la violencia política, para la identificación de logros y dificultades en la intervención y metodología comunitaria. Lo cual va favorecer el trabajo con las víctimas afectadas por el conflicto armado interno.

Por esto, y conociendo de su experiencia en el área de Salud Mental nos gustaría poder dialogar sobre su trabajo y hacerle algunas preguntas que nos permitan encontrar juntos, los puntos más importantes que faciliten medir el impacto del trabajo en Salud Mental. Lo cual hará visible el trabajo que se está realizando y los cambios que se dan en esta población específica en el transcurso de la intervención.

Vamos a comenzar con algunos datos generales, para conocerlo más.

Ficha de Datos

- Profesión: _____
- Centro Laboral: _____
- Puesto de trabajo: _____
- Tiempo de experiencia en Atención en Salud Mental: _____
- Tiempo de trabajo en Cusco: _____
- Población con la cual usted trabaja: _____

I. Trabajo realizado

- El siguiente punto tiene relación con el trabajo que Usted desempeña actualmente, me gustaría que me comente las actividades que realiza.
- Me podría contar cómo se siente frente al trabajo que ejecuta.

- ¿Qué cosas cree facilitan su trabajo?
- Por otro lado, ¿hay cosas que limitan o dificultan su trabajo?
- Sin embargo, a pesar de lo que me relata, Usted sigue desempeñando su labor de la mejor manera, ¿qué lo motiva a seguir con su trabajo?
- ¿Qué acciones ha identificado ayudan a sentirse mejor a las personas?

II. Casos de análisis

- Recuerda algún caso o experiencia donde Usted vio cambios en las personas con las que trabajó. ¿Podría contarme la experiencia?
- ¿Y qué cambios vio Usted o qué cambios presentó la persona para poder decir que su salud mental mejoró?

III. Síntesis y ubicación de indicadores

He escuchado su relato con atención y me parece muy relevante lo que me cuenta. En base a eso, he tomado algunos apuntes sobre los puntos que permiten ver los cambios logrados en su trabajo. Me gustaría poder compartirlos con Usted para ver si he logrado captar todo lo relevante. Para que ambos podamos verlos, los voy a colocar en este papelógrafo y así los podemos trabajar luego. (Se escribe en el papelógrafo los indicadores que la persona mencionó en el acápite anterior)

IV. Profundización sobre indicadores principales

- Sobre estos puntos que hemos identificado, me gustaría que me pudiera explicar bien que quiere decir cada uno para entender ambos lo mismo.
- Entonces, ¿considera Usted, que estos podrían ser los indicadores que evidencien la mejora de la salud mental de las personas después de la intervención?

APÉNDICE 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Profesional:

Mi nombre es Analía Zurita Galarreta y estoy realizando una investigación llamada **“Indicadores de Salud Mental para la Atención de Personas Afectadas por Violencia Social en Contextos Post - Conflicto Armado Interno en Cusco”** como parte de mi formación en la Maestría de Psicología Comunitaria en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

El objetivo del estudio es elaborar Indicadores de Salud Mental para la atención de personas afectadas por violencia social en contextos post - conflicto armado interno con una construcción participativa con los profesionales que atienden a población afectada por la violencia social en base a su experiencia de intervención. Este estudio además facilitará y enriquecerá el trabajo de los profesionales del área proporcionando mejores herramientas para dar cuenta del trabajo en Salud Mental incorporando enfoques de género e interculturalidad.

En caso de que Ud. acepte se le realizará una **entrevista individual y que será grabada en audio**. La información que me brinde será usada **únicamente para la investigación y se guardará la confidencialidad de toda la información del estudio**. Su nombre o datos personales no serán identificados en ningún informe ni otro documento.

Ud. tiene derecho a decidir si participar o no en la entrevista, así como solicitar que se termine a en el momento en que usted lo considere conveniente.

Yo, _____ **después de haber leído las condiciones del estudio “Indicadores de Salud Mental para la Atención de Personas Afectadas por Violencia Social en Contextos Post - Conflicto Armado Interno en Cusco”, acepto en forma voluntaria participar en estudio. Por su parte, la alumna se compromete a mantener la confidencialidad de la información recogida.**

Fecha: _____

Firma del participante

DNI

Analía Zurita Galarreta

Alumna