

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



TÍTULO

**Indicadores de cambio en salud mental en contextos de
postconflicto armado interno en Ayacucho**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
PSICOLOGÍA COMUNITARIA**

AUTORA

María Gioconda Coronel Altamirano

ASESORA

Miryam Rebeca Rivera Holguín

Diciembre, 2020



Dedicatoria

Esta tesis la dedico a mi madre,
por el amor que me dio,
por las enseñanzas que me dejó,
las cuales me motivan día a día

Agradecimientos

El interés por este tema de investigación inicia durante la realización de mi Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en el Centro de Salud Pampa Cangallo ubicado en el distrito de Los Morochucos, provincia de Cangallo, región de Ayacucho. Esta comunidad fue afectada por el conflicto armado interno dejando secuelas como la ruptura del tejido social que propiciaron una cultura de temor y desconfianza. Ante esta situación, el trabajo en salud mental necesitaba partir desde la familiarización pues había muchas expectativas sobre el profesional en psicología. Esta experiencia me permitió reconocer diversos recursos de afrontamiento de la población y de habilidades en gestión.

En ese sentido agradezco a las y los pobladores de Ayacucho por permitirme compartir en comunidad y trabajar con ellos temas de salud mental.

A los profesionales de salud mental que accedieron a ser parte de este estudio a fin de contribuir a la construcción de forma conjunta de indicadores de cambio en salud mental.

A mi asesora Miryam Rivera Holguín por revisar y retroalimentar cada uno de mis escritos, así como su empatía en el proceso de la elaboración de la tesis.

A Tesania Velázquez Castro por motivarme a estudiar la maestría en psicología comunitaria y facilitar mi proceso de aprendizaje.

Quiero reconocer a su vez al del Fondo Desarrollo de Líneas de Investigación de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, que permitió la realización del trabajo de campo de esta investigación.

A Analia Zurita y Eric Arenas del Grupo de Investigación en Psicología Comunitaria con quienes hemos podido analizar y discutir estos resultados de Ayacucho, como también los de Cusco y Apurímac.

A Esther Wiesenfeld por su paciencia y asesoría para el análisis de los resultados de esta investigación.

A Elba Custodio Espinoza por su orientación en el avance de esta tesis y apoyo en este proceso.

A Jimi Huayta Rivera por compartir espacios de diálogo sobre las políticas públicas desde las necesidades y recursos de la población.

A mis hermanos por acompañarme en este proceso formación académica y motivación para obtener el grado académico de magíster.

A Ruel Rivera Galindo, por su amor, atención y paciencia para acompañar mi desarrollo académico y profesional.

Resumen

En el Perú, la salud mental aún sigue siendo un tema poco atendido a nivel multisectorial, cuya necesidad de ser abordada y promovida se hace más evidente por la situación de violencia política vivida, principalmente, en las zonas rurales de nuestro país. A diecisiete años de la presentación del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, las políticas implementadas en dichos temas aún no han logrado tener la efectividad y contundencia requeridas.

Este estudio propone indicadores de cambio en salud mental en personas afectadas por el conflicto armado interno, las cuales fueron elaboradas con el personal de salud en la ciudad de Ayacucho. Los participantes fueron profesionales de diferentes organizaciones públicas y privadas con experiencia de trabajo en salud mental con personas afectadas por el conflicto armado interno. Este estudio es de tipo cualitativo para el que se utilizó entrevistas semiestructuradas y grupo de discusión. Se realizó un análisis temático de los resultados y se validó los indicadores de salud mental de forma participativa. Los resultados están enmarcados en 3 dimensiones: personal, cultural y comunitaria. La primera dimensión señala la capacidad para reconocer emociones y recursos a nivel personal. La segunda dimensión evidencia la capacidad de validar los saberes tradicionales de salud mental, emprender y producir de forma colaborativa. Finalmente, la tercera dimensión incluye la participación en espacios públicos y el favorecer la organización comunitaria. Estos indicadores podrían permitir dar un seguimiento y ajustar las intervenciones en salud mental en personas afectadas por el conflicto armado interno.

Palabras claves: Indicadores, Salud Mental, Ayacucho, Conflicto Armado interno, Políticas públicas.

Abstract

In Peru, mental health remains an underserved issue which needs to be addressed and promoted, and, it is most evident in the situation of political violence, which happened from 1980 to 2000 mainly in rural areas of Peru during the internal conflict. Even though seventeen years have passed since the Commission for Truth and Reconciliation emphasized the need for care and compensation to the victims, the policies implemented in these issues have not yet managed to have the effectiveness and forcefulness needed.

This study proposes indicators of mental health change in people affected by such conflict; they were developed alongside the mental health staff in the city of Ayacucho. Highly-experienced health professionals, who have worked directly with people mentally-affected by the conflict, took part in the study. This study is qualitative, which is why semi-structured interviews and focus groups were applied. A thorough thematic analysis was conducted and this led the indicators to be therefore validated in a participative manner.

These indicators were split into three different categories: personal, cultural and community-oriented. The first category contained the ability to recognize emotions and resources on a personal level. The next category focused on the capability to validate mental health common knowledge factors, and, the ability to lead and be productive collaboratively. Finally, the third category included the participation in public areas and promotion in favor of community organization.

Thus, these indicators of change should provide a proper follow-up of the case as well as the interventions in mental health of those directly-affected by the internal armed conflict.

Keywords: Indicators, Mental health, Ayacucho, Armed Conflict, Public policy.

Tabla de contenidos

Introducción	7
Estado de la Cuestión	10
Sobre el conflicto armado interno y políticas de salud mental	10
Indicadores en salud mental.....	14
Participación en la construcción de indicadores de salud mental	19
Método	22
Tipo de investigación.....	22
Participantes.....	22
Técnicas de recolección de información.....	23
Procedimiento de procesamiento de información.....	25
Aspectos éticos.....	26
Resultados y Discusión	27
Dimensión personal	28
Dimensión cultural.....	33
Dimensión comunitaria.....	36
Conclusiones y Recomendaciones	41
Referencias Bibliográficas	44
Apéndice A. Guía de entrevista semi-estructurada.....	50
Apéndice B. Guía de grupo de discusión	51
Apéndice C. Matriz para la construcción de indicadores en salud mental	52
Apéndice D. Consentimiento Informado	54

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004, p. 14).

En el Perú, la salud mental en los últimos años cobra mayor importancia dentro de las funciones del Estado como es proponer y disponer el marco normativo para la protección del derecho a la salud de la persona, de la familia y de la comunidad. Asimismo, coordina mejoras en la atención de salud por los organismos que tienen una relación técnica y funcional del Ministerio de Salud (MINSA) a nivel nacional.

El MINSA (2004), como ente rector del sector salud estableció los Lineamientos para la Acción en Salud Mental y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz basado en ello se plantea el Plan Nacional de Salud Mental (MINSA, 2006), que contiene objetivos, resultados y acciones que buscan el desarrollo humano y atención de integral de la salud mental. Entre uno de los objetivos que plantea tiene: permitir una intervención equitativa, especialmente en poblaciones afectadas por el conflicto armado interno; para contribuir en el proceso de reconstrucción nacional y reconciliación. Para cumplir con estos objetivos, se formaron equipos técnicos itinerantes de salud mental que se desplazaban a las zonas afectadas por el proceso de violencia política en el país. En esa misma línea, estos equipos realizaban actividades de salud mental para fomentar la promoción, la prevención, la recuperación de los usuarios y familiares; así como el desarrollo y ejercicio de la ciudadanía, concertación multisectorial de la salud mental, creación de un sistema de información en salud mental; desarrollo de recursos humanos y participación de usuarios y familiares (Kendall, et al., 2006).

El Consejo de Reparaciones del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos realizó un Registro Único de Víctimas (RUV): que consistió en la recopilación e inscripción de personas que fueron víctimas y a sus familiares que sufrieron pérdidas durante el proceso del conflicto armado interno. Según la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2003), tres de cada cuatro peruanos que fueron víctimas de la violencia interna en el país, era campesinos quechua-hablantes y tenían un origen andino. En ese sentido, esto evidencia la elevada cifra de personas que requieren la reparación del Estado, que en muchos casos aún permanece ausente. Este es un tema pendiente cuya responsabilidad pertenece al Estado y la sociedad. A pesar de que ha transcurrido más de una década desde la presentación del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, ningún gobierno lo ha asumido a cabalidad la atención y reparación de los afectados a lo largo del territorio nacional (Sandoval, 2013).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la salud mental comunitaria centra su atención en las condiciones emocionales y sociales de la persona; con esa mirada se deben plantear las intervenciones orientadas al fortalecimiento del tejido social que ha sido fragmentado (GTSM, 2006).

Según la OMS (2013) en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, específica como objetivo N° 2 de las principales acciones por la promoción y prevención en salud mental: promover en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental integrados. En esa línea, se resaltan los servicios, que deben de responder a las necesidades de los grupos vulnerables tales como las personas supervivientes de actos violentos víctimas del conflicto armado interno.

Por otro lado, la literatura evidencia la ausencia de estudios en la región de Ayacucho sobre indicadores de salud mental en postconflicto armado interno, que permitan entender la

labor coordinada de los profesionales de salud pública para atender a estas poblaciones que la OMS señala como prioritaria. Esta se convierte en una temática que genera interés por aportar en el desarrollo de indicadores de salud mental que faciliten acciones en salud mental en el país, especialmente dirigidas a personas afectadas por el conflicto armado interno.

Este estudio busca la formulación de indicadores cualitativos que ayuden a comprender las dimensiones de la salud mental para la evaluación y seguimiento de las comunidades con poblaciones víctimas del conflicto armado interno atendidas en salud mental en Ayacucho. Esta investigación expone el estado del arte, que permite compartir estudios más relevantes sobre indicadores de salud mental a nivel nacional e internacional y se muestra la descripción del contexto del trabajo. Seguidamente, se pasa a detallar el método aplicado que describe a los participantes, las técnicas de recolección de datos, el procedimiento de análisis de datos y los aspectos éticos. Luego se presentan los resultados, discusión de los hallazgos obtenidos. Finalmente, se expone las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Estado de la Cuestión

Sobre el conflicto armado interno y las políticas de salud mental

Durante los años de 1980 al 2000 en el Perú se vivió uno de los episodios más intensos de violencia política, cuyo costo en vidas humanas y perjuicios económicos representa el más elevado de la historia republicana de nuestro país, siendo la cifra aproximada de víctimas fatales de 69, 280 personas (CVR, 2003). Asimismo, se trata del conflicto que abarcó la mayor extensión del territorio nacional, siendo las zonas rurales las más afectadas por la violencia. Es importante mencionar que el desarrollo del conflicto fue diferente en los distintos espacios regionales de nuestro país. Cabe mencionar que, la región de mayor incidencia de acciones violentas fue principalmente Ayacucho, donde se inició esta guerra interna en el país (CVR, 2003).

Cabe resaltar que, el 32,9% de la población en Ayacucho registra niveles de pobreza monetaria, donde no se logra cubrir el costo de una canasta básica de consumo, la misma que está compuesta por alimentos, vestido, transporte, educación y salud (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019). En relación al dato anterior, esas condiciones de pobreza son de larga data, y las mismas estuvieron presentes en la época en la que fueron vulnerados los derechos humanos de estos/as ciudadanos/as, que principalmente pertenecían a poblaciones que vivían en situación de exclusión social, económica, cultural y étnica. Siendo víctimas de ejecuciones extrajudiciales, desapariciones forzosas, torturas, reclutamientos forzados, tratos crueles o denigrantes, violaciones sexuales, entre otros (CVR, 2003).

Haciendo referencia a las cifras que señala la CVR (2003), es en la región de Ayacucho donde se concentra el 42% de las víctimas quienes eran campesinos tenían como lengua materna el quechua u otras lenguas nativas (CVR, 2003).; en Ayacucho, más del 50% de la población ha

estado expuesta a experiencias traumáticas, la cual se ha relacionado con una mayor morbilidad psiquiátrica con respecto a trastornos psiquiátricos, en especial, trastornos de ansiedad (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2009). De otro lado, en contextos de violencia, a mayor intensidad de los hechos, mayor es la presencia de síntomas psicológicos; del mismo modo, el desplazamiento forzoso y el abandono de la tierra en comunidades rurales no solo trae consigo consecuencias económicas por la pérdida de su medio de subsistencia, sino es mayor impacto en la identidad de las personas y genera problemas de desarraigo cultural (Rivera-Holguín, et al. 2019).

La experiencia de violencia extrema y trauma del conflicto armado, que sobrepasan la capacidad de respuesta de las personas, junto a la presencia de diversos factores de estrés que perduran, han generado consecuencias dañinas para la salud de las poblaciones de la región altoandina, así como efectos psicológicos significativos y duraderos (Pedersen et al., 2001). En efecto de la violencia colectiva de ese entonces se manifiestan todavía como experiencias vivas, intensas y siguen interfiriendo en el desarrollo colectivo y en las interacciones personales y comunitarias (Rivera-Holguín, et al., 2019).

Estos efectos de la violencia no solo evidencian el cuantioso número de muertes, desapariciones, daño físico y de infraestructura ocasionados, sino que se prolongan en los sobrevivientes y testigos que vivieron tales experiencias traumáticas, todo lo cual se agudiza por la desatención que se ha vivido durante. La CVR (2003) define secuelas psicosociales de la violencia, como aquellas formas de daño en la esfera de lo psicológico que repercutieron en la identidad de las personas, así como en sus formas de convivencia familiar y comunal; por ejemplo, el miedo, la desconfianza, la desintegración de las familias, la ruptura de los lazos y prácticas comunitarias, la alteración en los procesos de duelo y la reproducción de la violencia.

En el 2003, la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) entregó el Informe Final, documento en el cual se describen los hechos ocurridos sobre el conflicto armado interno: los responsables, los factores que lo hicieron posible, las consecuencias que se generaron, así como las propuestas para aportar a una reconciliación nacional. En seguimiento a ello el Congreso de la República del Perú, aprobó la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones (2005), donde designa como ente coordinador a la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN), quién coordina y monitorea la implementación de los programas de reparación. En esa línea, en el artículo 22 del Reglamento de la Ley 28592, se establece el programa de reparación en salud que tiene por objetivo la recuperación de la salud mental y física. En sentido, se ha logrado avanzar con el marco legal que a continuación se menciona.

En cuanto a políticas de salud mental, en el Perú se aprobó la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental (2019), que dispone un modelo de atención comunitaria en salud mental, desde el respeto de los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación y que erradique la estigmatización hacia las personas con problemas en su salud mental. También se estableció los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental (MINSA, 2018), que busca mejorar el estado de salud de la población peruana basada en la protección de derechos y oferta de servicios en las redes de salud. Dicho documento, plantea como una estrategia el cuidado integral de la salud mental de personas y comunidades afectadas por la violencia durante el periodo 1980-2000 (MINSA, 2018a). Asimismo, se aprobó el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria del 2018-2021, el cual plantea el incremento progresivo de acceso a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud mental (MINSA, 2018b).

Así, se puede afirmar que el Estado peruano ha avanzado en la elaboración, aprobación e implementación de documentos normativos desde un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, curso de vida, género, interculturalidad y territorial. Sin embargo, la evaluación de la implementación de las políticas y normativas se basa en el cumplimiento de las metas físicas programadas; es decir, número de personas con problemas de salud mental atendidas (MINSa, 2019).

En ese sentido, es importante señalar que el estudio de carga según categorías de enfermedad en el Perú encontró que los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar con 12,7% del total, siendo los principales problemas de salud mental: depresión, dependencia de alcohol, adicción a drogas y violencia. (MINSa, 2016). Particularmente en la región de Ayacucho se estima una prevalencia anual de: 3,2 % con trastornos de ansiedad, 2,2% de consumo perjudicial o dependencia de alcohol, 1,8% de trastornos depresivos y 18% de cualquier tipo de maltrato hacia la mujer por parte de su pareja actual (INSM-HD-HN, 2009). Así, entre los principales problemas identificados en la salud mental, se encuentra la violencia en las relaciones familiares; el maltrato físico a las personas más vulnerables en el hogar; el daño psicológico causado por la violencia política expresada en las secuelas del conflicto, enfermedades mentales; el incremento en los casos de depresión y suicidios, alcoholismo y dependencias; fragmentación del tejido social; corrupción, y violencia social (Vega et al., 2005). Por lo que no solo se trata de mirar los efectos del conflicto armado interno como eventos traumáticos y los problemas de salud relacionados, sino que es un desafío incluir en el análisis la relación del trauma con los determinantes económicos, políticos y sociales que están presentes (Pedersen, et al; 2001).

Esto constituye una preocupante realidad en la cual se hace necesario no solo

implementar acciones e intervenciones en salud mental sino evaluar las políticas e intervenciones establecidas y realizadas en el tema de salud mental desde una perspectiva incluyente a fin de comprender si el trabajo realizado está contribuyendo a atender las necesidades en salud mental de la población; para esto se hace necesario evaluaciones y propuestas que permitan una construcción conjunta de alternativas y soluciones a la apremiante situación de desatención y negación que aún viven las poblaciones más afectadas por el conflicto armado interno.

Indicadores en salud mental

El Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (2018), define como indicador una medida cualitativa o cuantitativa que permitan describir características, comportamientos a través de su comparación con períodos anteriores o con metas. Los indicadores, dan cuenta de los cambios, aspectos relacionados a la variación, comprensión e impacto en las vivencias, significaciones y prácticas de las personas relacionadas con el entendimiento integral de la salud mental. Cabe señalar que, además el sector salud utiliza también indicadores de desempeño el cual es el porcentaje de comunidades con secuelas de la violencia política y la violación de derechos humanos que han sido sujeto de alguna intervención en salud mental del total de comunidades priorizadas por el Consejo de Reparaciones (MINSA, 2019). Sin embargo, estos indicadores no dan cuenta de los resultados de las acciones realizadas ni el impacto en la población.

De este modo, diferentes autores mencionan la importancia de contar con indicadores sensibles con los trabajos en salud. Por su parte, Pérez Sales (2004) señala que los indicadores de salud nos proporcionan una síntesis de la información acerca de alguna variable relacionada con la salud que sea sensible a los cambios generados por la intervención. Es decir, los indicadores en salud nos muestran la eficacia de las acciones emprendidas y señalan que los indicadores deben medir, evaluar y permitir monitorear las actividades respecto a las metas establecidas.

Existen diferentes tipos de indicadores, los más utilizados son los cuantitativos y cualitativos. Los primeros se emplean para establecer un número de acciones, participantes, etc., mientras que los segundos, para establecer el cumplimiento de objetivos de los proyectos, de modo que podamos medir su eficacia y eficiencia. Si la información recabada está sustentada en datos confiables, puede garantizar un análisis y evaluación de forma objetiva que genere una toma de decisiones basada en evidencia y que repercuta positivamente en la programación de acciones en salud (Berbesí & Torres, 2012).

Los indicadores proporcionan mecanismos para fijar metas que les son útiles a los gestores políticos; también permiten a los trabajadores de salud mental evaluar las necesidades de los usuarios y les otorga a los usuarios un medio para mantenerse informados sobre los servicios que pueden recibir y sus posibles resultados. Para ello, es necesario construir indicadores que sean confiables, es decir, que midan lo que pretenden medir; así también tienen que detectar los cambios en el fenómeno, deben ser específicos, solo deben medir el fenómeno que se necesita.

Sin embargo, a nivel nacional, la formación especializada para el aprendizaje de la formulación no es prolija, y la construcción de indicadores se encuentra en algunos casos en la formación de posgrado de disciplinas relacionadas con la administración pública y/o formulación de proyectos sociales. Al parecer, es a ese nivel que los profesionales se familiarizan y entienden la importancia clave de estos instrumentos en el desarrollo y evaluación de programas sociales.

Como se mencionó anteriormente, en la formulación de indicadores se encuentra indicadores cuantitativos y cualitativos. Los primeros se han convertido en una tradición de los sistemas de evaluación y monitoreo de la mayoría de programas sociales en nuestro país.

Si bien los indicadores cualitativos requieren técnicas de medición específicas, estos se enriquecen de la construcción colectiva y posibilita un monitoreo más cercano a aspectos

vinculados con la salud mental de las comunidades andinas, asimismo, se evidencia que existen todavía dificultades encontradas en la aplicación de indicadores cuantitativos al tratamiento de la salud mental en poblaciones vulnerables; lo cual plantea como necesario apostar por su complemento cualitativo.

En ese sentido, en este trabajo para el planteamiento de indicadores cualitativos, se seguirán los siguientes criterios: los indicadores deben ser relevantes a las necesidades de los beneficiarios y ser comprensibles para ellos, ser fáciles de utilizar y de comprender, deben estar claramente definidos, deberán elegirse un número pequeño, deberán ser técnicamente apropiados, deberán comprender tendencias a través del tiempo (Red para la Infancia y la Familiar, 2010).

Para contribuir a la formulación de indicadores de salud mental, es necesario empezar por cuestionarse cuales son las definiciones de salud mental preponderantes y como esto influencia lo que se busca medir. Beristain (1999) señala la importancia de evitar enfocarse en el daño, alejarse del sesgo que califica en términos de carencias a las poblaciones afectadas y deja de lado sus potencialidades y fortalezas desarrolladas. Del mismo modo, al plantear definiciones de salud mental puede solo reflejarse los valores y aspiraciones de una fracción de la población generalmente la del grupo que elabora dicha definición sin tener en cuenta otras realidades sociales. Esto traerá como consecuencia que los otros grupos sociales con quienes se trabajan no se reconozcan en la definición propuesta y que los operadores de los servicios públicos perciban a la población con características negativos pues se alejan de los contenidos planteados. Tener una precisión del concepto de salud mental podría ser de utilidad para la acción, pues facilita la diversificación y orientación de las intervenciones y servicios en este campo.

Al dejar de ser entendida únicamente como la ausencia de alguna afección psicológica, la

salud mental se convierte en un concepto compuesto por una dimensión sociocultural, de desarrollo y de derechos humanos, lo cual permite que en su accionar se incluya el ámbito de la salud pública y se constituya como un eje transversal del desarrollo humano y social (GTSM, 2006).

Asimismo, al vincular la salud mental con el desarrollo humano, se puede comprender como un proceso de expansión de las libertades de las personas, donde la salud mental esté relacionada íntimamente con acciones que se orienten hacia la eliminación de las situaciones de opresión y desigualdad, como son la pobreza, carencias sociales sistemáticas, abandono de servicios públicos (Sen, 2000). En esa línea, el concepto de desarrollo humano ha evolucionado a lo largo del tiempo, ya que en un inicio era únicamente concebido como la satisfacción de las necesidades básicas y la producción de bienes materiales. Ahora tiene como objetivo principal el desarrollo per se de la vida humana, por lo cual centra su atención en el ser y hacer de las personas más que en el tener (GTSM, 2006). Dentro de esta perspectiva más integral del desarrollo humano se hace indispensable la salud mental como un elemento que contribuye con su avance.

Sobre la base de estos presupuestos se constituye como un derecho de todas las personas vivir una vida digna, que sea gratificante para ellas, lejos de todo tipo de exclusión por clase social, origen, etnia o sexo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013). Sin embargo, a pesar del crecimiento económico, en nuestro país esta situación de equidad no se visualiza y las condiciones de exclusión, mucho más en la zona rural, se van agudizando. En ese sentido, se hace necesario construir alternativas liberadoras que enfrenten y ofrezcan soluciones a estas situaciones de vulneración del bienestar y la salud mental de las personas. Esta posibilidad de generar alternativas de cambio se relaciona con el concepto de libertad de agencia,

que es la capacidad de las personas para potenciar las metas que desean potenciar, es decir, ser o hacer aquello que quieren ser (Sen, 1975). Y en el caso de poblaciones andinas, aparecen en este escenario aspectos vinculados a su participación activa en espacios colectivos y comunitarios.

En ese sentido, ha habido experiencias de trabajo que plantean estrategias para fortalecer el desarrollo de competencias técnicas del personal de salud y que faciliten la participación de la comunidad a partir de un trabajo que se enfoque transversalmente en la comunidad, es decir desde el análisis del contexto, el diseño y más tarde la evaluación de las actividades (Rivera-Holguín & Mendoza, 2007). Así también, hay experiencias de capacitación para cuidadores psicosociales en los diferentes contextos laborales que tuvo por objetivo directo la mejora de la atención a las personas afectadas por la violencia social en contexto conflicto armado interno (Rivera-Holguín & Velázquez, 2015). Por eso, a fin de que la intervención de la salud mental comunitaria responda a los problemas de salud mental de la comunidad es necesario tener en cuenta algunos componentes como: el desarrollo del bienestar, el reconocimiento y establecimiento de vínculo para la transformación social, la participación, el fortalecimiento y protagonismo de la comunidad y cuidar a los que cuidan (Rivera-Holguín & Velázquez, 2017)

Las intervenciones en salud mental comunitaria están enmarcadas dentro de periodos de tiempo limitados, lo que evidencia la importancia de contar con instrumentos apropiados “indicadores” para conocer el impacto de nuestro trabajo en las intervenciones realizadas.

Los indicadores tienen que ser relevantes, capaces de dar respuestas claras a los temas más importantes en salud (Berbesí & Torres, 2012), lo que va permitir a los profesionales de área justificar la relevancia de trabajo en salud mental; a su vez, estos indicadores deben estar presentes en el diseño de los programas sociales que genera el Estado como respuesta a las demandas de la sociedad.

En ese sentido, se comprende que cada indicador es una propuesta en construcción y su validación real consistirá en sostener una reflexión crítica entre su formulación, el contexto en el que este se dio y el objetivo en el que se quiso enfocar (Toro, 2007). En relación con investigaciones en el Perú sobre indicadores, a la fecha se han realizado dos investigaciones que proponen indicadores de cambio de salud mental en contexto postconflicto armado interno en Cusco y Apurímac (Zurita, 2014; Arenas, 2016), las cuales nutrirán la discusión de los resultados de este estudio.

Participación en la construcción de indicadores de salud mental

La participación es un concepto amplio, sin embargo, en este apartado se toma en cuenta el aporte de Ferullo (2006) acerca del concepto, la misma que se refiere a una mirada desde la psicología comunitaria: la participación se relaciona con el ejercicio de poder, en la cual el sujeto toma decisiones sobre su propia vida y su comunidad. Así también Velázquez, et al, (2017) plantean que la participación permite que las personas se conecten entre sí, asuman responsabilidades a nivel comunitario para ser parte del cambio de su entorno.

La participación contribuye a fortalecer a las comunidades y a estimular cambios en la concepción individual y grupal de sí mismas, de los otros y de sus problemáticas, lo cual genera el motor para buscar mejores condiciones de vida (Wiesenfeld & Sánchez, 2012). Del mismo modo, desde la psicología comunitaria, se plantea como uno de los objetivos de este diálogo la relación entre lo individual y lo comunitario para la transformación social. Dicha transformación debe ser construida a través de la participación de los actores inmersos en las problemáticas de la propia comunidad, esto supone el rol activo de sus miembros como la característica primordial (Montero, 2004).

Esta participación es un proceso complejo, dinámico, colectivo y voluntario que se expresa en diferentes acciones de acuerdo con las condiciones del contexto y tipo de actores; donde las evaluaciones de los programas sociales se deben dar con la comunidad (Sánchez, 2017). Asimismo, si se busca una verdadera transformación, esta debe darse a través de la participación y el compromiso de los grupos organizados y de las personas interesadas de la comunidad (Montero, 2010).

A su vez, desde la psicología comunitaria se plantea una transformación social en las condiciones políticas, económicas y sociales de las poblaciones en condición de opresión, la participación se configura como el proceso primordial para la mejora de dichas condiciones, el cual reivindica de esta manera los derechos ciudadanos y hace oír su voz, para convertirse en protagonistas de la formulación de proyectos, programas y planes que respondan a sus problemáticas y les ofrezcan soluciones mediante la intervención de las personas en las políticas públicas (Wiesenfeld & Sánchez, 2012). Aparte la participación colectiva en la construcción de propuestas es de suma importancia, dado que garantizaría que estas nazcan de las necesidades sentidas por la comunidad (Montero, 2010).

Por último, desde esta perspectiva, se plantea que sean los propios actores quienes estén involucrados en los procesos de evaluación de las medidas e intervenciones implementadas para la satisfacción de sus necesidades, como las de salud mental. Por ello, se hace necesaria la construcción de indicadores que permitan dicha evaluación, que sea también parte de un proceso participativo, ya que se requiere del conocimiento de los rasgos de los contextos comunitarios a fin de que los principios y estrategias destinados a propiciar la participación sean congruentes con aquellos, así como que se puedan lograr evaluaciones más acertadas desde los propios actores (Wiesenfeld & Sánchez, 2012).

Según Pereira y Moreira (2012), en los sistemas de salud donde el personal evalúa sus intervenciones a partir de discusiones o relaciones democráticas y horizontales se genera un ambiente de confianza que permite mejores evaluaciones, lo cual repercute en una mejor calidad de atención a los usuarios y, por ende, satisfacción y confianza para utilizar los servicios de salud que brinda el Estado.

Enmarcando la importancia de la participación en los procesos comunitarios, la salud mental comunitaria, como propuesta conceptual y metodológica, surge como respuesta a nuevos problemas psicosociales, como una alternativa para comprender al ser humano y su naturaleza, de devolverles la condición de sujeto a grupos subalternos, diversos y emergentes, así como de reconocer su capacidad de agencia y sus recursos (Velázquez, 2007).

Por ello, la relevancia de construir indicadores de cambio de forma participativa con los profesionales de la salud mental, desde una metodología cualitativa, la cual resulta útil para conocer la perspectiva propia de los actores sociales, el diagnóstico de problemas psicosociales, así como el diseño y evaluación de programas de intervención (Krause, 1995). Desde la psicología comunitaria, la construcción del conocimiento es permanente, donde el objeto es el mismo sujeto y su meta es la generación de cambio a partir de la participación.

Por todo lo expuesto, este estudio elaboró de forma participativa indicadores de cambio en salud mental en contexto de postconflicto armado interno que permitan, en mediano y largo plazo, tener una mayor y mejor cobertura y satisfacción de necesidades en la dimensión de salud mental de los usuarios de los servicios de salud país, en especial aquellos que se consideran como poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Método

Tipo de investigación

La presente investigación es una investigación cualitativa de tipo exploratorio-interpretativo, es decir que contó con una fase de exploración de experiencias y otra fase en la que las experiencias transmitidas a través de entrevistas y grupos de discusión se analizaron a través de análisis de contenido (Martínez, 2004). Este estudio busca explorar un tema poco tratado, no solo describiendo las experiencias recolectadas, sino que se agrega el componente de análisis individual y colectivo, por lo mismo que se propone un enfoque participativo de construcción de los indicadores en salud mental (De Souza, 2009). La fase interpretativa correspondiente a un análisis de contenido temático se fundamenta en la comprensión profunda y compleja de la categoría a estudiar en cuatro dimensiones (Bautista, 2011): el espacio vivido (espacialidad), el cuerpo vivido (corporeidad), el tiempo vivido (temporalidad) y las relaciones humanas vividas (relacionalidad o comunalidad). Estos se abordaron en el detalle de la aplicación del análisis de contenido de los testimonios recogidos.

Participantes

La selección de participantes de este estudio se realizó a través de un muestreo no probabilístico, del tipo no intencional o por conveniencia (Katayama, 2014). Los participantes son profesionales de instituciones públicas o privadas que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: tener como mínimo 3 años de experiencia laboral en proyectos de salud mental en el ámbito rural y urbano, haber trabajado en Ayacucho directamente con población afectada por el conflicto armado interno, y encontrarse involucrado/a en procesos de atención en reparaciones relacionadas al cuidado de la salud mental.

En total participaron 20 profesionales que cumplían con los criterios planteados, las

cuales fueron contactadas por la investigadora para participar de este estudio de manera voluntaria y consentida. A continuación, se presentan las características de los participantes por área profesional en donde se desempeñan:

Tabla 1

Participantes de la investigación

Profesión	Varón	Mujer	Sub-total
Psicología	3	7	10
Trabajo Social	1	5	6
Obstetricia	0	2	2
Enfermería	0	1	1
Comunicador Social	1	0	1
Total	5	15	20

Fuente: Elaboración propia

Técnicas de recolección de información

En este estudio, se utilizaron dos técnicas de recolección de información: entrevistas semi-estructuradas y grupo de discusión. Del total de 20 participantes, se identificó que 10 profesionales contaban con mayor experiencia laboral en contextos de conflicto armado y fueron entrevistados de forma individual y los otros 10 profesionales participaron del grupo discusión para la discusión de validación de indicadores. Estas dos técnicas permitieron tener un abordaje participativo en la formulación de los indicadores de salud mental.

La entrevista semi-estructura es un instrumento de la investigación cualitativa que permite intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) con el apoyo de un guión de preguntas (Hernández, et al., 2014). Asimismo, la entrevista semi-estructurada permitió ajustar y adaptar algunas preguntas en el proceso de recolección de información.

El número de entrevistas semi-estructuradas realizadas fue determinado por la cantidad de información que saturó el tema abordado, es decir se dejó de entrevistar cuando la información

se volvió repetitiva y no generaba datos nuevos (Hernández, et al., 2014).

La entrevista semiestructurada se llevó a cabo mediante una guía de preguntas la cual se validó previamente utilizando como estrategia la triangulación de investigadores a fin de garantizar el recojo de información (Flick, 2014). Para la realización de dicha tarea se contó con dos jueces expertos que contaban con 10 años de experiencia académica y de trabajo con poblaciones afectadas por el conflicto armado interno; con experiencia y competencias para la capacitación de personal de la salud mental. Así también en la triangulación se incluyó además a pares académicos del Grupo de Investigación en Psicología Comunitaria para la revisión de las técnicas del presente estudio y adicionalmente se realizó la aplicación de la entrevista en forma piloto a un participante que compartía las características de la población participante, todo esto permitió realizar algunos ajustes y cambios que llevaron a contar con una guía definitiva (Ver Apéndice A)

La entrevista semi-estructurada con los participantes se orientó por tres ejes temáticos: intervención en salud mental, análisis de una experiencia de cambio e indicadores de cambio. En el primer eje se abordó la relación del profesional de salud mental con los logros que espera obtener a partir de su intervención. Luego se exploraron recursos y limitaciones a nivel institucional que permitió conseguir los objetivos y en la última parte, se comparte y analiza un caso donde el participante pueda plantear una acción de cambio tomando en cuenta un enfoque de intervención y su propia experiencia. Los planteamientos sirvieron para iniciar la propuesta de indicadores los cuáles se validaron posteriormente en el grupo de discusión.

El grupo de discusión es una técnica de investigación cualitativa que permite a sus participantes compartir acuerdos y desacuerdos sobre un tema específico (Montero, 2009); es particularmente útil para explorar los conocimientos, las prácticas y las opiniones, no sólo en el

sentido de examinar lo que la gente piensa sino también cómo y porqué piensa como piensa (Kornblit, 2007).

En esta investigación, se elaboró una guía de grupo discusión (Ver Apéndice B) la cual se construyó a partir de la experiencia sostenida con los participantes entrevistados. El grupo de discusión duró aproximadamente 90 minutos y en el mismo se compartieron y revisaron los resultados preliminares de las entrevistas con lo que se facilitó la discusión y análisis a partir de las opiniones que tenían respecto a estos resultados. El documento en mención contenía: los indicadores de cambio con las citas que se asocian como representativas para definir su contenido y a qué aspecto de la salud mental se refiere. Posteriormente, se recolectaron las opiniones y se pusieron en discusión hasta llegar a un consenso al término de la sesión. Cabe resaltar que durante el grupo de discusión se contó con el apoyo de un relator asistente que permitió la recopilación más fina de los hallazgos.

Procedimiento de procesamiento de información

Para el análisis de los datos recolectados se realizó un análisis de contenido, el cual es definido como un procedimiento donde se describen los contenidos de la información a fin de clasificarlos en categorías. (De Souza, 2009), Esta forma de análisis conjuga en su procedimiento dos fases interactuantes que hacen toda la técnica: exploración de la extensión del testimonio (análisis temático) y reflexión sobre la densidad de los mensajes que trasmite el actor del testimonio (análisis de enunciación) (De Souza, 2009). En este caso, se inició con la preparación de la data para iniciar la exploración, se transcribieron las entrevistas semi-estructuradas de igual manera el grupo de discusión. La primera revisión de los datos consistió en ubicar en los textos las referencias sobre indicadores. Luego, los participantes aportaban con un indicador, que desde su experiencia aborda una dimensión determinada de la salud mental. Las coincidencias entre

uno y otro testimonio se reorganizaron en dimensiones, primero en una matriz (Ver Apéndice N° C) y luego se describieron en la redacción de los resultados y discusión en este mismo documento.

Aspectos éticos

Antes de iniciar la entrevista semi-estructurada se informó a cada participante sobre el propósito de la entrevista y el uso que se dará a esta, lo cual favoreció la dinámica de trabajo (Hernández et al., 2014), se solicitó la firma del consentimiento informado antes de iniciar la recogida de datos (Ver Apéndice N° D), el consentimiento informado contenía los fines y los propósitos de este estudio. Asimismo, se solicitó autorización para la difusión académica de los resultados del estudio.

Las entrevistas semi-estructuradas y el grupo de discusión fueron grabadas en audio previa autorización de la persona entrevistada bajo los criterios de confidencialidad y anonimato. Los nombres de los participantes han sido cambiados para proteger su identidad. Finalmente, se hizo una devolución de las conclusiones de la investigación a los participantes de forma grupal.

En la transcripción de las entrevistas y en la incorporación de las citas para el análisis de contenido, se etiquetó a los participantes según la profesión a la que pertenece y si hay testimonios de más de un profesional de una disciplina se agrega la numeración respectiva.

Resultados y Discusión

En esta sección se presentan los principales resultados encontrados en este estudio. Se describen los resultados y hallazgos, como también la discusión de los indicadores de cambio en salud mental con la teoría existente.

A continuación, se presentan los principales hallazgos, los cuales responden en función de las intervenciones que han realizado los profesionales de salud mental. Estas respuestas han sido agrupadas para fines académicos en tres dimensiones personal, cultural y comunitaria. Sin embargo, durante el seguimiento de las intervenciones en salud mental, éstas pueden darse de forma indistinta y complementaria durante el proceso de cuidado de salud mental.

En la Tabla 2 se presentan los resultados, en la primera columna se encuentran las dimensiones propuestas por este estudio. En la segunda columna, están los indicadores salud mental hallados. Finalmente, en la tercera columna, se encuentra una breve descripción de cada uno de los indicadores desde la construcción con los participantes e investigadora.

La primera dimensión- personal- contiene dos indicadores propuestos: la capacidad para reconocer las emociones y la capacidad para reconocer recursos. La segunda dimensión - cultural- incluye dos indicadores: reconocer los saberes tradicionales de la salud mental y emprender y producir de forma colaborativa. Finalmente, la tercera dimensión -comunitaria- contiene dos indicadores: participación en espacios públicos y el favorecer la organización comunitaria.

Tabla 2
Dimensiones e indicadores de cambio en salud mental

Dimensión	Indicador	Descripción
Personal	Capacidad para reconocer emociones	Es aquella capacidad por la que la persona puede reconocer y aceptar las emociones propias.
	Capacidad para reconocer recursos	Es aquella capacidad por la que la persona reconoce sus recursos personales y locales y los utiliza para enfrentar sus problemas de la vida cotidiana.
Cultural	Reconocer los saberes tradicionales de salud mental	Es la identificación y uso de los saberes para la atención de la salud mental.
	Emprender y producir de forma colaborativa	Se refiere a la generación de ingresos de forma colaborativa, donde las personas buscan ser productivas hacia una mirada de progreso individual y familiar.
Comunitaria	Participar en espacios públicos	Se refiere a la participación en diferentes espacios públicos de la comunidad a partir del empoderamiento y fortalecimiento de las capacidades de las mujeres y varones.
	Favorecer la organización comunitaria	Está referida a la realización de acciones conjuntas con el fin común de atender temas de interés de la comunidad junto a todos los actores de la comunidad.

Fuente: Elaboración propia

Dimensión personal

Esta dimensión está orientada a la mirada evaluativa y de introspección que realiza la persona respecto a su vida, donde reconoce sus emociones y recursos, en las que se pueden resaltar la emoción vinculada al cambio, el deseo de cambio y la realización del cambio propiamente dicho. Se refiere al cambio personal que experimentaron los participantes.

Capacidad para reconocer emociones

Las/los participantes describen este indicador de cambio como el procesamiento del

sufrimiento por parte de la población afectada después de la intervención en salud mental, donde es capaz de reconocer y aceptar sus emociones. Tal como lo muestra la siguiente cita:

Al principio, en las primeras sesiones, lo que quieren es contarte todo, sacar todo, te dicen: “señorita mi esposo ha fallecido”, comienza ahí a hablar y la otra, sí a mí también me pasó. Comienzan a querer contar, a pesar que nosotros le decíamos pero vamos a tener reuniones, sesiones, con calma poco a poco pero ellos lo primero que hacían era sacar todo lo que tenían ahí y te contaban como ha sucedido, [...]mucho esto del Sunqo, tengo un dolor en el corazón, antes yo si sentía que mi corazón era blando, podía dar amor, pero ahora siento, que es duro, como una piedra[...] quiero volver a hacer como antes[...]mi corazón ya se está ablandando y quiero buscar algo nuevo (Psicóloga Nro. 1)

Las personas quieren contar lo sucedido existen deseos de confiar, de ser reconocidas y compartir sus emociones, para sentirse aceptadas nuevamente por ese entorno del cual se sintieron excluidos por los sucesos violentos del pasado. Asimismo, desean ser respetados con sus propios códigos, es decir, con su propia forma de expresar sus experiencias y la forma en que las evocan. En relación con lo hallado, Arenas (2016) encontró un indicador referido a mirarse hacia mismo; el cual sustenta que son las personas quienes pueden desarrollar esa capacidad de reflexión y de auto-reconocimiento de sus capacidades, como también de sus limitaciones y fortalezas.

Reconocen que el sufrimiento nace de su corazón, un órgano de su cuerpo, el cual se endurece para poder tolerar el dolor por las pérdidas de sus seres queridos. Esta idea de que el corazón se endurece ha sido señalada por otros estudios (Pedersen, et al, 2001; Theidon, 2004), así, las personas buscan a los curanderos para (des)endurecer su corazón y superar el sufrimiento, pero al mismo tiempo dejan de brindar el amor y caridad al prójimo. En su propio proceso, las

personas tienen la necesidad de tener los corazones blandos nuevamente, corazones capaces de sentir, de amar y recordar.

Otro punto señalado por las y los participantes es haber identificado en la población el deseo de dar un 'vuelco en su vida' lo cual significa generar cambios para su propia vida: *“claro si yo tengo ganas de vivir, voy a poner de mi parte para cambiar ese problema que tengo [...] ya habiéndolo identificado. Porque si la persona no lo identifica o no lo reconoce como se dice es imposible”*. (Psicóloga N° 2).

Esto permite darnos cuenta de que las personas señalan transitar por varias etapas, durante las cuales hay diferentes experiencias que son analizadas desde nuestra percepción sobre la vida y motivaciones. Siendo la motivación la fuerza que energiza, dirige y canaliza la conducta humana (Steers, et al., 2003). Es decir, la sola idea de cambio implica un logro que va generar el cambio; lo cual tiene relación lo hallado por Zurita (2014), cuyo indicador -evidencia preocupación por sí mismo- refiere a aquella forma de atención por el bienestar y el sentirse importante para sí mismo y para los demás.

Por otro lado, los pobladores recurren al área de salud mental para abordar los casos de violencia familiar, problemas de conducta de los niños y niñas, mal rendimiento escolar, rebeldía u otras situaciones que desconciertan a los progenitores. Esta misma situación, fue observada por la investigadora durante su trabajo como psicóloga en los diferentes establecimientos de salud en la región de Ayacucho.

Frente a la situación mencionada en el párrafo anterior, se realizaba intervenciones de forma individual y grupal en salud mental entre padres e hijos en su comunidad, donde se visualizaba la violencia como un denominador en común y las familias después de varias sesiones planteaban estrategias a partir de información sobre estilos de crianza lográndose un cambio en su dinámica familiar, como lo señala la siguiente cita:

Ahora ya comprenden que es primordial en la familia el diálogo, que reconozcan los signos, síntomas y las consecuencias de la violencia familiar. Se ha observado por intermedio de sus hijitos, que ya no hay mucho ese problema de que pelean los papas. (Psicóloga N° 2)

Adicionalmente, otro aspecto importante en este indicador es darse cuenta de que el procesamiento del sufrimiento es entendido como un proceso vivido con tristeza, puesto que implica que las personas estén en contacto con un sufrimiento que sigue latente. Por ello, es importante que durante este proceso reciban un acompañamiento, como se ve en la siguiente cita

No podemos decir que ya no lloran, si lloran, lo recuerdan como si fuera ayer, pero lo toleran un poco más. Hay personas que recién vienen y se ponen mal, no puede ni respirar, ni hablar [...] son conscientes de que ha pasado eso [...] en el proceso judicial ya lo asumen mejor, ya los afectados los ves escuchando todo el proceso (Obstetra N°1).

Las personas sienten la necesidad de ser escuchadas de forma individual o con sus pares, ponerse en contacto con un otro que acompañe. El trabajo de salud mental comunitaria con poblaciones afectadas por el conflicto armado interno debe estar contextualizado con los procesos de búsqueda de verdad y justicia existentes; pero sobre todo, a entender las vivencias de estas personas que tuvieron que pasar por situaciones inesperadas de mucho dolor, por ende se volvieron desconfiadas para establecer un vínculo con otra persona.

Capacidad para reconocer recursos

Las/los participantes señalan que este indicador significa que la persona identifica y enfrenta sus problemas de la vida cotidiana a partir de sus capacidades personales donde hace uso de recursos personales y locales.

Buscar los recursos de las personas para que pueda tener su propia resiliencia o sea sanarse, curarse y poder plantear su vida, eso podemos hacerlo de manera colectiva, no necesariamente

con psicoterapia sino de repente con algunas actividades productivas de empleo útil del tiempo del ocio o de repente con actividades propiamente relacionadas a descubrirse, descubrir que potencialidades tienes tu como ser humano, que potencialidades tiene la comunidad, que potencialidades tiene la misma sociedad donde el individuo se está desarrollando. (Psicólogo N° 4)

En esta cita anterior, también se ve otro aspecto clave que es el ejercicio de capacidades o recursos personales que les permite a los individuos realizar actividades productivas, en el que el trabajo se plantea como generador de nuevas situaciones y nuevos encuentros que traen consigo ganancias económicas, sociales, e interpersonales sumado a la generación de bienestar (Rivera-Holguín, 2009).

Como se ha escrito en secciones anteriores la población ayacuchana vivió años de terror donde el abuso de poder marcó sus vidas como parte de las secuelas de la violencia. Sin embargo, las personas pueden desarrollar una resiliencia comunitaria que le permite ver recursos y capacidades como sujetos y grupos, para enfrentar, superar y aprender de la experiencia adversa (Carrasco, 2010; REDINFA, 2010), como se señaló en la cita anterior de la participante.

Este bienestar que es necesario para el desarrollo de la persona y comunidad, entiéndase este como el tejido social que vincule, organice e integre a sus actores posibilitando alternativas y oportunidades para la transformación social. Uno de los profesionales lo señala en la siguiente cita:

Enfrentan sus problemas con sus recursos propios, mejora las relaciones de la familia, reconstrucción de su hogar [...] a nivel individual podría observarse un giro en su vida, insertado de repente en un ámbito laboral, ser una persona productiva, genera sus ingresos, con la comunidad de poder construir relaciones humanas efectivas, asertivas [...] en la comunidad reconstrucción del tejido social ¿cómo lo observamos? recuperando los valores andinos el Ayllu, el Ayni. (Psicólogo N° 4)

Cuando las personas se sienten parte de su contexto (sentido de pertenencia) se generan las condiciones de su participación y por tanto de su involucramiento en los procesos que afectan a cada uno de ellos. En estas condiciones, la posibilidad del cambio se puede visibilizar en la medida que las personas participen activamente y se identifiquen con procesos y situaciones que se da en la comunidad y ubicándose como agentes activos (Montero, 2009).

En la misma línea refieren que los cambios de actitud en toda la población ocurren lentamente, en el camino que se trazan para la búsqueda de su desarrollo integral. Estos aspectos se relacionan con una de las dimensiones de la psicología comunitaria que es la ontológica donde la persona es un ser activo que construye su realidad y protagoniza su vida cotidiana. Por lo tanto, es un ser que piensa, actúa desde su propia realidad que construye (Montero, 2004).

Este indicador se relaciona con el indicador -muestra conductas auto protectoras- encontrado por Zurita (2014), al referirse a aquella capacidad de las personas para asumir sus problemas y luego buscar soluciones por ellos mismo, haciendo un análisis de los recursos y fortalezas con los que cuenta, además de una constante búsqueda de ayuda.

Dimensión cultural

Esta dimensión cultural se define a partir del conocimiento de la cultura de las personas y sus comunidades. La cual incluye dos indicadores identificados por los participantes que son: reconocer los saberes tradicionales de la salud mental y, emprender y producir de forma colaborativa.

Reconocer saberes tradicionales de la salud mental

Las/los participantes describen este indicador como el reconocimiento de saberes tradicionales en salud mental. Esto estaría dando cuenta de cambios positivos en la salud mental

de la población afectada por el conflicto armado interno. Un participante recordó un caso que nos relata:

La presencia de un anciano en una comunidad para ellos es importantísimo para ellos es la sabiduría andante[...] esto de las prácticas culturales, muchas de las personas pensaban que sus propias creencias no eran científicas[...]hubo un testimonio, que el Pagapu, también es salud mental, por ejemplo cuando en la comunidad tu caminas por una tierra que es virgen, la tierra absorbe tu energía, tu alma y para que la tierra te devuelva tu alma, tienen que hacer un rezo un Pagapu, una ofrenda a la tierra[...] tenían vergüenza de decir con que practicas ellos enfrentaban a las secuelas del conflicto armado (Psicóloga N° 3)

La cita anterior hace referencia a las prácticas y saberes culturales que tienen un valor funcional y estabilizador, por tanto, hacen uso de ella y las personas que se identifican con su cultura comparten una forma de interpretar el mundo, en ese sentido el proceso de construcción cultural puede ser definido como un proceso colectivo de construcción de significados (Franco & González, 2009). De forma que reconocer esos saberes se convierte en un indicador de salud mental, según lo que los/las participantes han identificado. Como lo señala Zurita (2014) en dos indicadores hallados: valora su identidad y practica la solidaridad, las personas se sienten orgullosas de sus costumbres, valoran estas practicándolas cotidianamente, compartiendo conocimientos y habilidades de manera solidaria.

Las actividades extramurales de salud mental de los equipos de atención incluye la visita a las casas más alejadas de la comunidad, donde se encuentran sobre todo las personas de tercera edad que relatan la historia de la comunidad y el uso de las plantas medicinales para la recuperación de la salud, los rezos y pasar el huevo sobre el cuerpo para curar el susto. Algunos de los testimonios vertidos de la comunidad muestran desconfianza hacia la medicina occidental porque no se sienten escuchados por los profesionales de salud. Sobre este punto, otras

investigaciones, anotan que la población de adultos mayores son las que mayor énfasis dan a este tipo de actividades porque hay una memoria e identificación con la medicina tradicional (Jibaja & Pérez, 2009).

Emprender y producir de forma colaborativa

Para las/los participantes este indicador de cambio, se muestra a través de la generación de ingresos económicos de forma colaborativa para el progreso individual y familiar de los afectados por la violencia política. Al estar bien las personas buscan ser productivas, sentirse generadoras de desarrollo para la sociedad, como lo señala siguiente cita: “afectaciones marcadas los que vivían aquí mismo y de los que han sido desplazados [...] emprendimiento, es cómo estas personas que vinieron del campo han progresado acá, se han convertido de la noche a la mañana en emprendedores” (Obstetra, N°2).

Al hacer la referencia a un logro de progreso, aún en condiciones en las que tuvieron que migrar del campo se trae a colación elementos adversos en los que se incluye ser aceptados, adaptarse a la nueva sociedad, que pasa por aceptar la propia identidad cultural. Claro está que las personas, las familias, constituyen capital social y cultural, son portadores de actitudes de cooperación, valores y tradiciones. Si se reconoce, valora y potencia su aporte, es significativo en el desarrollo local de sus comunidades de origen o incluso en aquellas donde se han adaptado. Esto se relaciona con lo hallado por Zurita (2014) en el indicador de prácticas solidarias: las personas muestran un interés genuino por apoyar a otros en la búsqueda de bienestar común; así también, se busca compartir los conocimientos y habilidades adquiridas por medio de acciones solidarias en la comunidad.

Algunos participantes señalan, además, que este emprendimiento se puede dar también de modo colectivo, y que es ese espacio colectivo el que genera un soporte emocional, un estado de bienestar personal y colectivo entre ellos. Por lo que surgen iniciativas colectivas que recopilan

experiencias previas, como lo señala la cita siguiente: [...] *ya se había acabado el proyecto, vinieron y dijeron queremos hacer proyectos productivos que nosotros nos podamos reunir seguir haciendo cosas para que nos mantengamos nosotros [...] hubo un proyecto por Pampa Cangallo se presentaron y ganaron* (Psicóloga Nro 1)

La persona, al ser parte de una comunidad, se interrelaciona permanentemente viviendo en una misma localidad que presenta algunas características e intereses comunes entre sus miembros, los cuales resultan motivantes e inspiradores en si mismos, como se describe en la siguiente cita:

Estas organizaciones que se unen por un objetivo común y que más hay, cuan productivo se hace mi vida [...] no solo el desarrollo de ingresos económicos, sino sentirse útiles, en el colectivo hay una especie de soporte, mientras se hacen las actividades se da un soporte emotivo emocional conversando (Trabajadora social N° 1)

Dimensión Comunitaria

Esta dimensión intenta dar cuenta de la participación de las mujeres y varones de forma equitativa y promueve el ejercicio de su ciudadanía. En esta dimensión se encuentra indicadores de cambio: participación en espacios públicos y favorecer la organización comunitaria.

Participación en espacios públicos

Este indicador de cambio reporta la participación de la mujer en diferentes espacios de la comunidad a partir del empoderamiento y fortalecimiento de las capacidades de mujeres y varones, en la cual los grupos oprimidos o invisibilizados pueden participar activamente dándole un nuevo rol y redefiniendo su concepto de participación para no sentirse autoexcluidas. El sujeto necesita ser parte de lo social, de lo contrario parece (Ferullo, 2006, p.76). Uno de los participantes señala: “*en las comunidades campesinas, en reuniones [...] están al rinconcito [...] sin*

darnos cuenta lo que queríamos es que se empoderen y que puedan estar en sus comunidades” (Trabajadora social N° 2).

La cita anterior hace mención a la autoexclusión de la mujer en sus diferentes roles de su vida. Un concepto que visibiliza esta conducta es el “techo de cristal”, que hace referencia a las barreras estructurales y de conducta que se oponen al ascenso de la mujer, más aun en zonas rurales en las que a eso se suma la discriminación étnica y de género; lo cual permite observar las inequidades actuales en el trabajo y el espacio público a nivel mundial y más aún en nuestro país (OIT, 2004; Ardanche, 2011).

Las participantes de la investigación hacen mención a la importancia de fortalecer las capacidades de las mujeres en las comunidades ya que ellas no ejercen su derecho a participar por la propia idiosincrasia de la comunidad. Sin embargo, los hombres empezaron a visibilizar la participación de la mujer en espacios exclusivos para ellas: Una participante al recordar un caso nos cuenta:

En los grupos de ayuda mutua decidimos que solo sean mujeres, aunque los varones decían, pero yo también quiero y venían a veces a decir: oye viene mi mamá o mi abuelita nos cuentan que hacen, nosotros también queremos participar porque nos discriminan (Psicóloga Nro. 1).

En esta cita, se observa como aparece el tema de género como un elemento de movilización en las percepciones sobre roles de género en la vida familiar y de la comunidad, que denotan poder y que son construidas socialmente. Este discurso que legitima las relaciones de poder existentes sirve también para su propia transformación (Franco y González, 2009).

Sin embargo, para esta transformación es necesaria la participación de los grupos más vulnerables como son las mujeres en la comunidad andina. Lo cual plantea que el fortalecimiento de capacidades facilita estos procesos: *“Luego del trabajo realizado por los profesionales de la salud mental ellos señalan “en determinadas zonas la señora ya es dirigente comenzó a tener cargos de*

chiquititos, tesorera de su comunidad en la junta directiva” (Psicóloga Nro 1)

Esta participación en la comunidad es el ejercicio de ciudadanía a través de sus líderes comunitarios y/o sus organizaciones comunitarias, en el proceso de toma de decisiones a nivel de la población. Por otro lado, la inclusión de las mujeres no solo se consigue con el establecimiento de normas y leyes sino pasa por el reconocimiento de la sociedad como sujetos de derechos, como actores activos de la familia, comunidad. La siguiente cita ilustra con claridad la idea:

Esta población ha elegido a una mujer por primera vez regidora en el distrito [...] ha sido también chocante porque a ella la marginaban por todos los lados. Luego ves que la mujer es más empoderada habla más, la autoridad ya reconoce, hacen juntos el trabajo de manera armónica los proyectos, trabajan juntos van a la chacra [...] Otros logros también que las mujeres, esas instancias de justicia rural las mujeres eran las que dirigían, al inicio fueron los varones [...] se retiraron, pero las que se empoderaron las mujeres [...] es una instancia comunal de justicia donde ellos resuelven conflictos de acuerdo a sus costumbres. (Trabajadora social N° 1)

Estos hallazgos dialogan con otro estudio con mujeres ayacuchanas quienes han mostrado participación en espacios públicos donde ejercen su liderazgo o en aquellos espacios que son impulsados por actores externos de su comunidad (Noa ,2018)

Finalmente, la participación hace que las personas sean parte de la sociedad, desde las primeras etapas de la vida hasta establecer grandes redes sociales de diferente intensidad que se construyen y destruyen a lo largo de ella, van a constituir su ser y su hacer que están determinados socialmente con la posibilidad de influir en sujetos y estos, en lo social (Ferullo, 2006).

Este indicador se relaciona con el indicador -ejercicio de derechos y ciudadanía- hallado por Arenas (2016), el cual refiere que la comunidad cumplen con sus deberes y exige el ejercicio de

sus derechos. Además, generan mecanismos de vigilancia y castigo frente a las autoridades locales en las cuales tienen representatividad social y política. Como también tiene un vínculo con el indicador -participa social y políticamente- hallado por Zurita (2014), el cual evidencia que las personas se involucran en las actividades de su comunidad, y lo hacen aportando en la organización comunitaria como también la constante búsqueda y práctica de ejercicio de sus derechos.

Favorecer la organización comunitaria

Este indicador de cambio es definido por las/los participantes como la realización de acciones conjuntas con un fin común en temas de salud pública, con todos los actores de la comunidad.

Haber mejorado sus condiciones de salubridad en sus viviendas [...] lo que tu veías, era que hay cambios, mejoras en sus viviendas. Por ejemplo, ahí ya te hablaban de viviendas saludables, te hablaban de baños ecológicos [...] en los momentos que hacíamos las acciones extramurales, conocían bien el concepto de organización porque entre ellos había agentes comunitarios, autoridades comunales; habían tejido su soporte, cualquier inconveniente que ellos veían, por ejemplo, con sus mujeres gestantes lo que hacían eran traerlas aquí al puesto de salud
(Psicólogo N° 5)

Este relato anterior nos da cuenta como la salud mental irradia en todas las esferas de nuestra vida y como nos permite desarrollarnos. La OMS plantea: “La salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana. Tiene valores sustanciales e insustanciales. Para el individuo, la sociedad y la cultura” (OMS, 2004, p.23)

Otro punto que señalan los y las participantes es la organización de los sujetos con un fin en común priorizado por ellos mismo, como la búsqueda de justicia y verdad de los sucesos acontecido en el conflicto armado interno en Ayacucho, Perú. La siguiente cita hace la

referencia:

Podría ser también un indicador de participación de otras organizaciones que han estado antes pero ahora por ejemplo se han debilitado. Y de repente un indicador podría ser esto de la participación asertiva porque antes también gana la desesperanza o sea somos parte de una organización pero que el consejo directivo que lo vea y la población se dispersa. (Obstetra N°2).

Este indicador responde a uno de los principios de la psicología comunitaria: la participación, que desarrolla procesos de autocontrol, autogestionamiento, y reconocimiento de capacidades individuales y colectivas que conlleven a la transformación social. (Wiesenfeld, 2004; Montero, 2005). En esa línea, las respuestas que se dan desde la comunidad con una participación organizada, que implica procesos comunitarios colectivos. Tal como señala, Arenas (2016) respecto a dos indicadores participación y organización comunitaria, como también el indicador de gestión comunitaria en el primero, se busca generar acciones de participación organizada para atender los asuntos urgentes e importantes en la comunidad a través de las instancias de gobierno y la toma de decisiones colectivas. Y la segunda, la comunidad busca generar cambios a través de la identificación de redes comunitarias para solicitar asistencia ante las instituciones y organizaciones del Estado y la sociedad.

Finalmente, estos indicadores de cambio de salud mental permiten señalar hitos en la intervención en salud mental con personas afectadas por el conflicto armado interno. Como mencionamos en páginas anteriores sobre las recomendaciones del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación relacionado al Programa Integral de Reparaciones (PIR), se busca que la persona recupere su salud desde el fortalecimiento de sus capacidades en interacción con su comunidad,

Conclusiones y Recomendaciones

La violencia política que vivió el Perú dejó secuelas psicosociales principalmente en las zonas andinas rurales del país. Frente a ello, el Estado peruano viene formulando documentos normativos para atender estas secuelas. Sin embargo, no hay evidencia de los resultados que tienen los programas de reparación en la población víctima del conflicto armado interno.

Al respecto, es importante, tener en consideración la evaluación de la intervención de la salud mental con la participación de la población desde el respeto de los derechos humanos especialmente de los grupos en condición de mayor vulnerabilidad como son las personas afectadas por el conflicto armado interno. Por sobre todo desde un rol activo en la identificación de necesidades y recursos en la comunidad de modo que sean parte de la formulación, ejecución y seguimiento de las actividades para el cuidado de su salud mental.

Para ello, es necesario que los profesionales que trabajan el tema de salud mental en los diferentes espacios fortalezcan sus competencias técnicas en herramientas y procesos participativos para realizar su trabajo con la comunidad de forma óptima desde la elaboración del diagnóstico, formulación de acciones, monitoreo y evaluación de la implementación de programas.

Con respecto, al seguimiento y evaluación, se requieren indicadores cualitativos capaces de medir los cambios en salud mental que se dan en la persona, familia y comunidad desde la intervención individual, colectiva y otras actividades propuestas para el logro de los objetivos del programa de intervención, sin ello no es posible visualizar los avances y nudos críticos en el cuidado de la salud mental de la población.

Particularmente es necesario establecer una relación horizontal, usar un lenguaje accesible a la población, sin términos técnicos, y mostrar respeto y valoración hacia la comunidad como parte de la familiarización entre los agentes internos y externos que permitan el conocimiento mutuo para el trabajo conjunto de salud mental en la comunidad.

En ese sentido, esta investigación propone indicadores de cambio en salud mental en contexto de postconflicto armado interno formuladas con la participación de profesionales con experiencia en el tema e interacción con expertos temáticos y pares académicos, con la intención de que siempre se deben considerar los procesos participativos en la construcción de políticas públicas, pero sobre todo en la formulación de instrumentos de medición respetando las dimensiones con que se vincula la población.

Los hallazgos de esta investigación plantean indicadores cualitativos enmarcados en 3 dimensiones: personal, cultural y comunitaria. En la primera dimensión la persona es capaz de reconocer las emociones que le genera todo este proceso de dolor como parte de las secuelas psicosociales del conflicto armado interno y también la identificación recursos para afrontar las tensiones de la vida desde la motivación hacia el cambio.

En la segunda dimensión cultural la persona reconoce los saberes tradicionales de la salud mental como parte de la valoración e identificación con su cultura. Esta cosmovisión andina busca el emprendimiento y producción económica, social de forma colaborativa entre sus pares como red de apoyo.

La tercera dimensión comunitaria hace referencia sobre la participación del individuo invisible ante la sociedad como resultado del fortalecimiento de competencias y empoderamiento a ejercer su derecho a participar en diferentes espacios públicos. Así mismo, empieza a tejer sus redes sociales para favorecer la organización comunitaria para la movilización de recursos en

función de las necesidades de su entorno.

Estos indicadores propuestos han sido trabajados bajo la perspectiva de la psicología comunitaria que postula que la persona es parte del desarrollo de su bienestar a través de la participación en el logro de su proyecto de vida y vinculo sano con su familia y comunidad. Además, los estudios en psicología comunitaria señalan la contribución de la participación en los procesos de cambio con el protagonismo de la población en la generación de su bienestar. Todo ello, facilita la toma de decisiones al momento de planificar, ejecutar y evaluar acciones de intervención en salud mental en un determinado tiempo y territorio.

Otro punto clave de esta investigación es realizar acciones conjunta y de cooperación entre los sectores e identificar su participación multisectorial en el territorio con una adaptación cultural desde las necesidades sentidas de la comunidad para la mejora de los determinantes sociales de la salud y ejecutar proyectos de salud mental comunitaria orientados al fortalecimiento de capacidades locales, interacción entre las comunidades, acciones de acompañamiento que faciliten el proceso de construcción de conocimientos desde la participación de todos los actores involucrados.

Finalmente, se recomienda realizar procesos de sistematización de experiencias del trabajo en la comunidad con la mirada de diferentes actores especialmente la población beneficiaria y ser socializadas para conocer los factores que han facilitado y los nudos críticos durante la intervención.

Referencias Bibliográficas

- Ardanche, M. (2011). *Entre el techo de cristal y el piso pegajoso*. El trabajo como herramienta de inclusión en el Uruguay de 2011. Cotidiano Mujer.
- Arenas, E. (2016). *Indicadores de cambio en la salud mental comunitaria de una población afectada por conflicto armado interno en Apurímac* (Tesis de Maestría en Psicología Comunitaria). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Berbesí, D., y Torres, Y. (2012). *Importancia de los Indicadores en Salud Mental dentro del Observatorio Nacional de Salud Mental*. *Revista del Observatorio de Salud Mental-Colombia*, 1(1), 13-16. www.onsm.gov.co/revista/index.php
- Beristain, C. (1999). *Reconstruir el tejido social*. Icaria Editorial.
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Manual Moderno
- Carrasco, N. (2010). *La resiliencia comunitaria como apuesta social*. En A. Hincapié (Coord.) *Sujetos políticos y acción comunitaria* (p.157). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). *Informe Final, conclusiones generales*. CVR.
- De Souza, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial
- Ferullo, A. (2006). *El triángulo de las tres P: psicología, participación y poder*. Paidós.
- Franco, R., & González, M. (2009). *Las Mujeres en la justicia comunitaria: víctimas, sujetos y actores*. Instituto de Defensa Legal.
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTSM) (2006). *Salud Mental Comunitaria. Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Unión Europea, AMARES-MINSA.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2019). *Perfil de la población en condición de pobreza a nivel departamental*. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1672/libro.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental-Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM-HD-HN). (2009). *Estudio Epistemológico en Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Volumen XXV, Números 1 y 2*. <http://www.insm.gov.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>

Katayama, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa. Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Kendall, M., Matos, L., & Cabra, M. (2006). *Salud mental en el Perú, luego de la violencia política*. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(2), 184-190. UNMSM.

Kornblit, A. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis – 2da edición*. Biblos.

Ley N° 30947. Diario El Peruano, Lima, 23 de mayo de 2019. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004>

Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones. Diario El Peruano, Lima, 29 de julio de 2005. <https://leyes.congreso.gov.pe/Documentos/Leyes/28592.pdf>

Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas.

Ministerio de la Salud [MINSA] (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*.

http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/153_lineamsm.pdf

Ministerio de Salud [MINSa]. (2006). *Plan Nacional de Salud Mental*. MINSa.

Ministerio de Salud [MINSa]. (2016). *Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/276778-carga-de-enfermedad-en-el-peru-estimacion-de-los-anos-de-vida-saludables-perdidos-2016>

Ministerio de Salud [MINSa]. (2018a). *Lineamientos de política sectorial en salud mental*.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/4629.pdf>

Ministerio de Salud [MINSa]. (2018b). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021*.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/4422.pdf>

Ministerio de Salud [MINSa]. (2019). *Programa presupuestal 0131 control y prevención en salud mental*.

https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_9.pdf

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)(2018) *Guía metodológica para la definición, seguimiento y uso de indicadores de desempeño de los Programas Presupuestales*.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/guia_seguimiento_pp.pdf

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós.

Montero, M. (2010). *Sujetos políticos y acción comunitaria*. Universidad Pontificia Bolivariana.

Noa, R. (2018). *Participación comunitaria de mujeres en una comunidad rural de Ayacucho* (Tesis de Maestría en Psicología Comunitaria). Pontificia Universidad Católica del Perú.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2004). *Romper el techo de cristal. Las mujeres en*

puestos de dirección. Actualización 2004. OIT.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica.* Panamá: Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.* OMS.

Pedersen, D., Gamarra, J., Planas, M., & Errázuriz, C. (2001). *Violencia política y salud en las comunidades alto-andinas de Ayacucho.* Universidad Cayetano Heredia del Perú.

Pereira, J. & Moreira, M. (2012). *El desarrollo participativo de indicadores para la evaluación de la salud mental.* Universal Federal de Sao Paulo.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500012

Pérez Sales, P. (2004). *Repensar experiencias: evaluación (y diseño) de programas psicosociales. Metodologías y técnicas.* Grupo Acción Comunitaria.
www.pauperez.cat/component/option,com.../task.../lang,Castellano/

Pérez, Y., & Jibaja, C. (2009). *De la clínica a la salud mental comunitaria.* Centro de Atención Psicosocial.

Programa de las Naciones Unidas (PNUD) (2013). *Informe sobre desarrollo Humano 2013, el ascenso del sur: Progreso humano en un mundo diverso.* PNUD.

Rivera-Holguín, M. & Mendoza, M. (2007). *Guía de capacitación para la intervención en Salud Mental Comunitaria.* Ministerio de Salud del Peru & Union Europea.

Rivera-Holguín, M. (2009). *Encontrando rutas de bienestar : malestares y búsqueda de ayuda en salud mental : la experiencia en tres servicios de salud de la red de Huamanga. Tesis para optar el grado de Magister en Salud Mental en Poblaciones.* UPCH.

- Rivera-Holguín, M. y Velázquez, T. (Eds.). (2015). Trabajo con personas afectadas por violencia política. Salud mental comunitaria y consejería. Maestría en Psicología Comunitaria PUCP, UARM, UKL.
- Rivera-Holguín, M. & Velázquez, T. (2017). Modelo de salud mental comunitaria. En Rivera-Holguín, M. y G. Vargas (Eds.), Salud mental comunitaria: miradas y diálogos que nos transforman (pp. 94-113). Grupo de Trabajo de Salud Mental- CNDDHH y URSpsi PUCP.
- Rivera-Holguín, M.; Pérez-Sales, P.; Hildenbrand, A.; Custodio, E.; Vargas, G.; Baca, N.; Corveleyn, J.; De Haene, L. (2019). *Psychosocial and community assessment to family members of victims of enforced disappearance and extreme violence in Peru: Informing International Courts of Human Rights*. *Torture Journal* 29(1), 16-33. <https://irct.org/assets/uploads/Torture%20Volume%2029-1%20complete5-18-37.pdf>
- Sánchez, A. (2017). Empoderamiento, liberación y desarrollo humano. *Psychosocial Intervention* 26(3), 155-163. <https://journals.copmadrid.org/pi/art/j.psi.2017.05.001>
- Sandoval, P. (2013). *Las políticas públicas para la reconciliación no existen*. <http://www.larepublica.pe/17-11-2013/las-politicas-publicas-para-la-reconciliacion-no-existen>
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Planeta.
- Steers, R., Porter, L., & Bigley, G. A. (2003) *Motivation and work behavior*. McGraw-Hill.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos: El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Toro, O. (2007). *Indicadores para la evaluación de la gestión de las unidades de atención de*

salud mental ambulatoria de especialidad. Tesis para optar al grado de magíster en salud pública. Universidad de Chile.

Vega, M., Valz Gen, Rivera-Holguín, M., & Moya, A. (2005). *Salud Mental: Tarea compartida.*

Unión Europea, AMARES-MINSA.

Velázquez, T. (2007). *Salud Mental en el Perú: dolor y propuestas.* DEMUS.

Velázquez, T., Rivera-Holguin, M. y Morote, R. (2017). Disasters and postdisasters: lessons and challenges for community psychology. En MA Bond, I. Serrano-García, CB Keys, y M.

Shinn (Eds.), *APA handbooks in psychology* (p. 425–439).<https://doi.org/10.1037/14954->

025

Wiesenfeld, E.y Sánchez, E. (2012). *Participación, Pobreza y Políticas Públicas: 3P que desafían la Psicología Ambiental Comunitaria (El caso de los Concejos Comunales en Venezuela).* *Psicosocial Intervention*, 21 (3), 225-243.

Zurita, A. (2014). *Indicadores de cambio en salud mental comunitaria en personas afectadas por violencia social en contexto post-conflicto armado interno en Cusco* (Tesis de Maestría en Psicología Comunitaria). Pontificia Universidad Católica del Perú.

Apéndice A. Guía de entrevista semi-estructurada

Ficha de Datos

Profesión : _____ Centro de laboral : _____

Puesto de trabajo: _____

Tiempo de experiencia en el trabajo en Salud Mental con personas afectadas por la violencia política: _____

INDICADOR CON RELACIÓN AL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL

Las siguientes preguntas tienen relación con el trabajo que Usted desempeña

1. ¿Qué logros espera evidenciar en sus intervenciones comunitarias con las personas afectadas por la violencia política?
2. ¿Qué elementos/recursos personales e institucionales facilitan su trabajo con las personas afectadas por la violencia política?
3. ¿Qué elementos/recursos personales e institucionales limitaciones su trabajo con las personas afectadas por la violencia política?
4. ¿Cuáles son sus sugerencias para mejorar estas limitaciones?

INDICADOR EN RELACIÓN CON LA PERSONA AFECTADA

5. ¿Qué elementos observa en los afectados por violencia política a nivel individual y colectivo antes de iniciar una intervención?
6. ¿Cómo evalúa los cambios que se dan en estas personas afectadas por la violencia política?

CASOS DE ANÁLISIS

Ahora, me gustaría poder profundizar sobre alguna experiencia, proyecto, plan donde Usted identifique que se ha **logrado cambios muy significativos** con los afectados por la violencia política. Cuénteme sobre esa experiencia:

7. ¿Cómo se evidencian los cambios mencionados?
8. ¿Qué cosas han ayudado a que las personas se sientan mejor?

SÍNTESIS Y UBICACIÓN DE INDICADORES

9. ¿Le parece que estos puntos son suficientes?, ¿hay algo que debemos agregar o quitar?

PROFUNDIZACIÓN SOBRE INDICADORES PRINCIPALES

10. Sobre estos puntos que hemos identificado, me gustaría que me pudiera explicar. Qué quiere decir cada uno para entender ambas lo mismo.
11. Entonces, ¿considera Usted, que estos podrían ser los indicadores con los que podríamos evaluar el avance y los logros en la atención en Salud Mental?

MEDICIÓN DE INDICADORES

12. En base a eso, si Usted tuviera que supervisar a otros colegas con estos indicadores como los definiría
13. Cómo podría evaluar si han logrados los objetivos propuestos, a través de estos puntos.

Apéndice B. Guía de grupo de discusión

Participantes:

Local de sesión:

Tiempo de duración:

Consignas para la discusión:

1. Se explican consideraciones previas antes de la sesión
2. Se inicia la grabación de la sesión pidiendo que cada participante se presente, diga sus datos y comparta su expectativa acerca de la reunión.
3. Se entrega una copia de la matriz de construcción de indicadores de cambio (síntesis y aportes de las entrevistas individuales) a cada participante reunido en la sesión.
4. Se brinda 10 minutos para la revisión.
5. Se propone una discusión donde se recoge las opiniones generales por medio de una lluvia de ideas y se favorece la argumentación y el intercambio de opiniones.
6. Se copian en papelógrafos y en la pizarra los aportes. De igual manera el relator toma nota de todo lo mencionado.
7. Se reorganiza de manera visible a los participantes, los indicadores según los nuevos ajustes en una nueva matriz.

Firma del participante

DNI

María Gioconda Coronel Altamirano

Tesista

Apéndice C. Matriz para la construcción de indicadores en salud mental

	INDICADOR/ CATEGORIA	DEFINICIÓN	ENTREVISTA
1	Tranquilidad: Menor labilidad emocional	Aceptación de la pérdida a partir de recibir ayuda del otro (procesamiento del dolor)	<i>"Lloran, lo recuerdan como si fuera ayer pero toleran un poco más"</i> <i>"Muchas de las personas afectadas se han sentido acompañadas. Una frase que ella me decía que su hijo que está desaparecido me había enviado a mí para que yo la acompañe. La sostenga, le de soporte emocional "</i> <i>"Al principio eran 30 personas en las sesiones y acababan 8. Fuimos a sus casas y nos decían es que he contado que es lo que me paso y me he sentido tan tranquilo, me ha ayudado y ya no necesito ir"</i>
2	Trabajo colectivo intracomunitario	Participa en las actividades de su comunidad para fomentar el bienestar común	<i>"En la comunidad, reconstrucción del tejido social, recuperando los valores andinos como el Ayllu, la familia, el Ayni"</i> <i>"Los jóvenes empezaron apoyar a través de la Minka a los adultos mayores en la chacra porque no tenía quien los ayude"</i>
3	Trabajo colectivo intercomunitario	Comparten buenas prácticas comunitarias.	<i>Liderazgo comunal, se organizan y ellos se distribuyen a todas las comunidades para reunirse. Porque hay confianza algunas acciones que ellos proponen por su credibilidad-Empoderar a los demás ejemplo han logrado proyectos, carreteras, postas</i>
4	Uso de redes como soporte	Realiza acciones conjuntas con todos los actores de la comunidad en temas de salud	<i>"Conocían el concepto de organización, habían tejido su red entre ellos de soporte ej. sus mujeres gestantes lo que hacían eran traerlas al puesto de salud"</i>
5	Emprendimiento	Genera sus propios ingresos económicos para su progreso individual y familiar	<i>"Queremos hacer proyectos productivos para que nos mantengamos nosotras".</i> <i>"Ya hemos procesado nuestro dolor y ahora queremos hacer proyectos productivos"</i>
6	Participación proactiva de la mujer en espacios comunitarios Agencia	Ejercicio de ciudadanía en la mujer	<i>"Ahora la señora ya es dirigente, comenzó a tener cargos chiquitos tesorera de su comunidad"</i> <i>"Instancia de justicia rural las mujeres las dirigían. Al inicio fueron los varones se cansaron y se retiraron. Es una instancia donde se resuelven conflictos de acuerdo con sus costumbres"</i>

7	Empoderamiento: Búsqueda y ejercicio de autonomía Agencia	Participar como agente de cambio en su comunidad	<i>"Asumir cargos como agentes comunitarios, miembros de la junta directiva que conformaba la asamblea"</i> <i>"Participar en los presupuestos participativos, gano un proyecto en salud mental"</i>
8	Resiliencia	Identifica y enfrentan sus problemas de la vida cotidiana a partir de sus recursos personales.	<i>"Enfrentan sus problemas con sus recursos propios"</i> <i>"Tienen fortalezas y recursos para salir adelante"</i>
9	Prácticas sanadoras	Reconocimiento de prácticas tradicionales de salud mental	<i>Cuando eran escuchados sabían que tú considerabas sus saberes de ellos. Fortalecerse como agentes activos para el cambio que quieran lograr en su comunidad, como también ir generando la trasmisión de sus saberes a las generaciones que vienen Ej El Pagapu para que la tierra te devuelva tu alma.pg 3-4</i>
10	Reconstrucción y transmisión de la memoria histórica	Representaciones que expresan sus vivencias, problemas, pero también esperanza con proyección al futuro.	<i>"Queremos hacer murales de pinturas sobre antes, durante y después de la VIPOL. Para recordar, para que no se vuelva a repetir. Antes éramos una comunidad pacífica tranquila, para recordar que hemos sido así. Interesante había familias pintando, yo quiero pintar el pajarito, las flores de Putacca, estuvieron los profesores"</i>

Apéndice D. Consentimiento Informado

Estimado(a) Profesional de la Salud Mental:

Mi nombre es María Gioconda Coronel Altamirano, estoy realizando una investigación llamada **“Propuesta Indicadores de Salud Mental para la Atención de Personas Afectadas por Violencia Social en Contextos Post Conflicto Armado Interno en Ayacucho”** 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 de forma participativa con los profesionales que atienden a población afectada por la violencia social en base a su experiencia de intervención en salud mental. Este estudio además facilitará y enriquecerá el trabajo de los profesionales de salud mental proporcionando mejores herramientas para dar cuenta del trabajo de salud mental incorporando enfoques de derechos humanos, psicosocial, 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 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 Ayacucho”, acepto en forma voluntaria participar en estudio. Por su parte, la alumna se compromete a mantener la confidencialidad de la información recogida.**

Fecha: _____