

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



**“Indicadores de cambio en salud mental comunitaria de una población afectada por
conflicto armado interno en Apurímac”**

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Comunitaria

Eric Arenas Sotelo

Asesora: Miryam Rivera Holguín

LIMA, PERÚ

2016

Dedicatoria

En memoria de mi "papá" Raúl Sotelo Holguín (08 de diciembre de 1988).

Me queda la herencia de tu fortaleza y coraje, las enseñanzas que brindaste a los tuyos para enfrentar con ímpetu tu ausencia, para luchar por sus sueños y seguir con nuestros ideales. Hace 27 años que nos arrebataron tu presencia. El corazón duele, pero se hace más fuerte. La deuda será eterna contigo...

Tu Qoribastoncha

Lima, 2016

“Antes de 1988, su esposo había ejercido en el distrito... los cargos de alcalde, juez y en 1988 se encontraba ejerciendo el cargo de gobernador, por encargo del pueblo, su esposo era muy bueno y no tenía enemigos”.

Durante esa época “... todos los vecinos vivían en zozobra constante, porque estaban enterados de que los subversivos ya habían incursionado en comunidades vecinas... dice la declarante que había sido llevada a su casa, junto con todos sus hijos, donde habían sido encerrados...mientras tanto los terroristas habían intentado incendiar el local del Concejo, sin lograr su propósito...ya al día siguiente habían salido con sus hijos, para buscar a su esposo, a quien habían encontrado muerto... asesinado con una puñalada en el cuello, en un galpón cerca de la iglesia”.

Después “La declarante refiere que ha quedado traumada y sin ningún apoyo”. “... que la Comisión de la Verdad haga una investigación profunda para conocer a los autores de tanta muerte y destrucción”.

Apurímac, 2002

T. A. C. “Viuda de Sotelo” (testimonio)

Agradecimientos

A mi amada madre, que con su ejemplo y esfuerzo me ha enseñado el valor de la palabra, la perseverancia y la responsabilidad, por acompañarme incondicionalmente.

A la comunidad y personas de la Región Apurímac, Provincia de Cotabambas, Distrito de Tambobamba que participaron en esta investigación. Por sus aportes, su apertura a compartir sus experiencias y vivencias.

A mi asesora, Miryam Rivera Holguín, quien me ha acompañado en el camino de la Psicología Comunitaria, por cada aprendizaje, crítica y aporte. Por su paciencia y disposición de apoyarme.

A Tesania Velázquez Castro y Elba Custodio Espinoza, por ponerme en las filas comunitarias, por esa confianza a primera vista y el apoyo permanente. Por su preocupación, compañía y aprecio.

A Maritza Montero, Maribel Goncalves de Freitas y Carlos Vázquez, quienes, desde su experiencia internacional sobre Psicología Comunitaria en Latinoamérica, contribuyeron con sus reflexiones, comentarios y críticas constructivas a esta investigación.

A Saul Gomez, por sus aportes en el análisis y procesamiento de datos cualitativos del estudio. A José Colonna y Gladys Luy por su comprensión en mis labores profesionales.

A mi familia y amigos, quienes siempre me acompañan por la vida.

Al Fondo Marco Polo de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), concurso que me permitió compartir y retroalimentar este estudio a nivel internacional en el “3er Coloquio Internacional de Psicología Social Comunitaria en Nuestra América. Resistencia, reciprocidad y autonomía: expresiones del comunismo y de la acción política de los pueblos originarios”, realizado en noviembre del 2015 en la Ciudad de México, D. F.

Al Fondo Galileo de la Escuela de Posgrado de la PUCP, concurso de apoyo financiero que me permitió culminar esta investigación.

A la Escuela de Posgrado de la PUCP, que brindó apoyo al presente estudio a través del concurso Fondo Líneas de Investigación conseguido por la Maestría en Psicología Comunitaria. Esta investigación se nutrió de los aportes del equipo de investigación conformado por las docentes y miembros del Grupo de Investigación en Psicología Comunitaria Mg. Miryam Rivera, Mg. Tesania Velázquez y Mg. Elba Custodio.

Resumen

Esta investigación plantea la identificación de indicadores de cambio en salud mental comunitaria de una población andina quechuahablante afectada por el conflicto armado interno en la región de Apurímac y que participó de una intervención psicosocial. Las y los participantes fueron personas residentes de una comunidad rural de la provincia de Cotabambas. Se empleó una metodología cualitativa, y la recolección de datos fue a través de la entrevista semiestructurada y el grupo de discusión. Los resultados se organizan en tres dimensiones que plantean ocho indicadores de cambio en la salud mental comunitaria. Entre estos, encontramos la dimensión de sentido de bienestar, la cual incluye los indicadores sobre la capacidad de mirarse, búsqueda de ayuda, y visión de futuro y esperanza. Otra dimensión es el desarrollo colectivo, que implica los indicadores de soporte social y gestión comunitaria. Finalmente, la dimensión de ciudadanía y gobernabilidad incluye los indicadores de participación y organización comunitaria, recuperación de rol de autoridad, y ejercicio de derechos y ciudadanía.

Palabras claves: Indicadores, salud mental comunitaria, conflicto armado interno.

Abstract

This research aims to identify indicators of change in community mental health of a Quechua-speaking Andean population that was affected by the internal armed conflict in the region of Apurimac and participated in a psychosocial intervention. The participants were residents of a rural community of the Province of Cotabambas. Qualitative methodology was used, and semi-structured interview and group discussion were used for data collection. The results are organized in three dimensions that posed eight indicators of change in community mental health. Sense of well-being is one dimension which includes indicators on the ability of self-awareness, seeking help, and future vision and hope. Another dimension is the collective development, which involves indicators of social support and community management. Finally, the dimension of citizenship and governance includes indicators of community participation and organization, recovery role of authority and exercise of rights and citizenship.

Keys words: Indicators, community mental health, internal armed conflict.

Tabla de contenidos

Introducción	6
Indicadores de cambio en salud mental comunitaria	9
Salud Mental	9
Sistema Sanitario	11
Indicadores	11
Planteamiento del Problema	18
Método	19
Participantes	19
Técnicas de Recolección de Información	21
Procedimiento	22
Aspectos éticos	24
Resultados y Discusión	25
Conclusiones	47
Referencias	50
Apéndices	60
Apéndice A: Guía de entrevista semiestructurada	60
Apéndice B: Guion del grupo de discusión	65
Apéndice C: Consentimiento informado	66
Apéndice D: Reseña de los participantes	68
Apéndice E: Registro fotográfico	73

Introducción

La Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2003) puso en evidencia las amplias diferencias sociales en nuestro país; de hecho, de cada cuatro víctimas del conflicto armado interno tres eran campesinos, lo que revela mecanismos de exclusión y desigualdad que perjudicaron a grupos étnicos específicos. Las poblaciones rurales andinas afectadas fueron objeto de vulneración de sus derechos humanos mediante graves delitos como tortura, violación, detención, desplazamientos forzados, entre otros. El idioma nativo de la mayoría de víctimas del conflicto armado interno era quechua: de acuerdo con la base de datos de la CVR, 75% del total registrado. Así se muestra que la concentración de la violencia fue en este sector de la nación; Ayacucho, Huancavelica y Apurímac fueron las principales regiones afectadas, sobre todo las comunidades rurales.

La CVR (2003) señaló que los veinte años de conflicto armado interno generaron múltiples secuelas a nivel individual y colectivo, lo cual se verifica en un impacto en la salud mental de las personas, tales como el miedo y la desconfianza. Asimismo, a nivel psicosocial, ha generado desorganización, dispersión, fragmentación de las comunidades y el resquebrajamiento del tejido social. Beristain (2010) indica que las reparaciones en salud son medidas para la rehabilitación de las víctimas por los traumas ocasionados a raíz de la violencia; estas serán las que ayuden a mejorar su vida, y a reintegrarse a su ámbito familiar y social. Desde esta mirada, la Defensoría del Pueblo (2009) recomienda que las reparaciones pongan especial atención en la educación y la salud, tanto física y mental, para reconstituir las redes de soporte social que fueron vulneradas. Asimismo, el Plan Integral de Reparaciones (PIR) en su Programa de Reparaciones en Salud (PRS), propone el fortalecimiento de las capacidades, y los recursos personales y culturales para la recuperación a nivel individual y comunitaria (CVR, 2003; Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006).

El Ministerio de Salud (MINSA), en instrumentos como los Lineamientos para la Acción en Salud Mental (2004), la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz: Plan General (2006a) y el Plan Nacional de Salud Mental (2006b), plantea la elaboración de acciones y estrategias en salud mental; sin embargo, la participación de usuarios, el monitoreo y evaluación de programas y servicios son débiles. Así también, el MINSA (2004) identificó que el sistema de información en salud mental suele ser parcial, incompleto, general y con dificultades para especificar a las poblaciones con características particulares. El sistema de salud mental pública ocupa un lugar secundario dentro de las prioridades sanitarias del país; en efecto, solo 3% del presupuesto general en salud es

asignado a salud mental. De lo asignado, el 98% está dirigido para actividades asistenciales en tres instituciones psiquiátricas de Lima, mientras que las actividades nacionales de prevención, promoción y atención comunitaria solo cuentan con un 2% del presupuesto, lo cual no contribuye a una atención completa de la salud (MINSA, 2006).

La Región Apurímac, es uno de los territorios cuyas poblaciones viven en condiciones de exclusión social y son de los sectores sociales menos favorecidos del país y es la cuarta región más afectada, después de Ayacucho, Huancavelica y Huánuco, ha sido señalada por el PIR como una zona priorizada para implementar acciones de reparaciones por parte del Estado (CVR, 2003). La población campesina, dedicada a actividades agropecuarias y comunitarias, fue la principal afectada en el conflicto armado interno. Apurímac. Además, según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2007), se encuentra entre las regiones con mayor índice de pobreza y ruralidad en el país; en esta región, la población pobre llega al 71.4%, y la provincia de Cotabambas es la que presenta mayor índice de pobreza (81.9%) y pobreza extrema (47.8%).

Como parte de las acciones de reparación, el MINSA (2005) ha realizado actividades de desarrollo de competencias en salud mental y capacitación para personal de salud, las cuales solo plantearon indicadores de cobertura de la asistencia en salud mental en Pasco, Huánuco, Huancavelica y Apurímac; tales indicadores de cobertura no señalan un cambio favorable en el estado de salud mental de las poblaciones. No obstante, todavía es limitada la relación entre la demanda de salud mental de la población y la oferta de servicios formales que puedan implementar un programa y plan adecuado a las condiciones sociales y culturales de las comunidades (Mental Disability Rights International & Asociación Pro Derechos Humanos, 2004).

Las reparaciones, sobre todo las que involucran salud, vienen siendo demandadas por los afectados (Henríquez, 2014). En respuesta a las recomendaciones de la CVR, Macher (2013) señala que se han establecido buenas normativas para atender estas necesidades en salud y otros, pero que, sin presupuesto adecuado, en la práctica terminan siendo inaplicables. Las reparaciones en salud mental tendrían que dar cuenta del estado de salud y la mejora de la comunidad según su contexto, y considerar a las comunidades como generadoras de cambio. Ulfe (2013) plantea que, siguiendo los derechos ciudadanos y de reconocimiento político, es necesario considerar las particularidades de las comunidades por ser reparadas; así también, se requiere considerar una política de apoyo psicosocial que pueda ser acompañada por la mejora del sistema de salud.

Esta investigación presenta de manera sistemática el marco referencial de indicadores de cambio en salud mental comunitaria, donde se consideraron definiciones sobre salud mental, el sistema sanitario, e indicadores. Seguidamente, se encuentra el planteamiento del problema y el objetivo del estudio. Después, se muestra el método de la investigación, en el cual se considera la caracterización de los participantes, las técnicas de recolección de datos, el procedimiento y análisis de datos, como también los aspectos éticos. Posteriormente, se presentan los resultados y discusión de la investigación. Finalmente, se encuentran las conclusiones del estudio.



Indicadores de cambio en salud mental comunitaria

Para comprender la temática de indicadores de cambio en salud mental comunitaria es necesario considerar conceptos sobre salud mental, el sistema sanitario, además del estado de las investigaciones sobre indicadores, desde el contexto mundial, latinoamericano y el contexto peruano.

Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) señala que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no solamente consiste en la ausencia de afecciones o enfermedades. En relación con la salud mental, esta se ve reflejada en el bienestar de la población; hace que la persona sea consciente de sus propias capacidades, enfrente las tensiones normales y cotidianas de la vida (Maza, 2015), pueda trabajar de forma productiva y sea capaz de contribuir con su comunidad.

Es así, que la salud mental es aquella capacidad de las personas tienen en adaptarse para el manejo de eventos traumáticos y buscar su recuperación emocional, elevando así la calidad de vida. También es la base para el funcionamiento adecuado y bienestar de un individuo y una comunidad. En esa línea, la salud mental viene a ser un componente indispensable de la salud (OMS, 2013). Como lo plantea la Defensoría del Pueblo (2009), esta tiene que ser valorada como un derecho al disfrute del más alto nivel y buscar alcanzarlo de forma progresiva. El derecho a la salud y bienestar, es un derecho fundamental que debe ser protegido por los estados (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2012; OMS, 2009).

En nuestro país, con la vulneración de derechos humanos durante el conflicto armado interno se ha violado el derecho a gozar de buena salud mental. Este derecho es una demanda de los ciudadanos, y que el Estado tiene que proteger y promover por justicia social y política, haciendo partícipes de estos procesos a las comunidades (Castellón & Laplante, 2005). Por eso, los afectados deben ser reparados por el Estado y la sociedad a fin de recuperar el bienestar, y el derecho vulnerado: el derecho a la salud. En ese sentido, es necesario promover espacios que permitan reflexionar sobre la violencia y contribuyan a generar mejores vínculos de cooperación y solidaridad entre las personas (Pérez y Jibaja, 2009).

Velázquez (2007) señala que la ausencia de salud mental se asocia a la violación de derechos humanos, al desempleo, la exclusión social y a la pobreza. Así también, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (2006a) señala que la salud

mental es la expresión de factores protectores, condicionantes, determinantes y de sostenimiento que, de forma integral, se manifiesta en el bienestar subjetivo de las personas. Debe ser entendida como una dimensión inseparable de la salud integral para un desarrollo equilibrado de la vida, pues desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la familia, la integración social y participación de la comunidad (MINSa, 2006a).

Para entender la salud mental, es necesario considerar diferentes enfoques, tales como el de derechos humanos, el psicosocial, el de interculturalidad, el de género, el generacional entre otros (OPS, 2012). En ese sentido, la comunidad y su manera de definir la salud mental se da por medio de su propio contexto, sus vivencias y experiencias de la misma (Arenas & Custodio, 2015). Es decir, trascender el binomio salud-enfermedad, por una dimensión de las relaciones entre personas y grupos; pues lo en la comunidad lo individual converge hacia lo colectivo (Somn, Stevens & Duncan, 2013). Asimismo, implica ver la salud mental ligada con las relaciones sociales, la interacción entre el individuo, el medio social y el político (Pérez & Jibaja, 2009; Del Pino & Aronés, 2015). Tomando en cuenta el contexto histórico-social de las personas, el significado de la salud mental, violencia o trauma varía de acuerdo a las experiencias vividas por las personas (Ocariz, 2015).

Como señala Theidon (2004), la salud mental de la persona afecta la salud de la comunidad, pues los entornos sociales influyen en la construcción de la salud mental de las comunidades. En ese sentido, la población busca su recuperación y reconstrucción; tiene recursos sociales, culturales, psicológicos y políticos que permiten la recuperación individual y colectiva en una sociedad posconflicto. Asimismo, Pérez (2007) añade que, al trabajar en estos temas, es importante respetar y fortalecer las estrategias de adaptación y afrontamiento propias de cada cultura, que pueden variar de acuerdo con la realidad y contexto de cada país. Las personas se han trazado un camino de cambios en la comunidad (Fernández, 2011). Es así, que lo hacen desde sus prácticas culturales, sociales y locales que ofrecen un horizonte de reconstrucción como sociedad: “familia por familia y comunidad por comunidad” (Theidon, 2004, p. 266).

El Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTSM, 2006) señala que la salud mental se manifiesta, en el despliegue de las diversas capacidades humanas en diferentes momentos de la vida, como la posibilidad de disfrutar y derivar satisfacción en las personas. En ese sentido, la salud mental comunitaria consiste en la mejora continua de las condiciones de vida de la comunidad; la prevención

del malestar y problemas psicosociales en la comunidad; y la recuperación y reparación de vínculos entre las personas, las familias y las comunidades que hayan sido dañadas por condiciones como la pobreza, inequidad y dominación durante el conflicto armado interno.

Sistema Sanitario

La OMS (2012) señala que el sistema sanitario, mediante los servicios de salud para la atención de las personas, debe respetar la dignidad humana; ser culturalmente sensible y apropiado; y libre de discriminación a causa de raza, sexo, idioma, religión, origen étnico, opinión política o alguna otra forma de exclusión.

Para que las personas sean atendidas por los servicios de salud mental en un contexto de posguerra existen puntos álgidos por tratar, como el sobrediagnóstico y un enfoque de atención individual a los problemas que son básicamente sociales y políticos (Pérez, 1999). En ese sentido, es necesario incluir factores situacionales y socioculturales. No obstante, los servicios de salud para poblaciones vulnerables suelen prestarse desde un rol de “experto” y las personas atendidas los reciben desde un papel de “paciente-consumidor”, que retrata al sujeto receptor del servicio como una víctima pasiva, más que superviviente activo y con recursos. A pesar de esta mirada, es importante el servicio en salud mental y la atención individualizada en determinados casos o situaciones, aunque sería interesante brindar una atención colectiva y desde un enfoque comunitario (Pérez & Jibaja, 2009).

La calidad del servicio en salud mental (Toro, 2007) se refiere a la capacidad institucional para responder las necesidades de sus usuarios, usuarios o beneficiarios. Ahora bien, este servicio tendría que ser acorde a las características contextuales y culturales de la población beneficiaría, cuyo sentido y demanda de salud mental suele ser diferente y particular dentro de un mismo Estado. También, varían de acuerdo con las comunidades y los fenómenos que han podido vivir en su historia, en este caso guerras, desastres o violencia.

Indicadores

El estado de salud y los determinantes del comportamiento se pueden verificar mediante el sistema de salud y los instrumentos que se planteen para evaluar el proceso de recuperación. Los resultados de cada área toman en cuenta la satisfacción del usuario hacia la atención y su cambio en la salud (Valenzuela, 2005). En el sistema nacional, los indicadores de salud mental aún son expresados en términos de morbilidad en temas de adicciones, violencias y enfermedades psiquiátricas (MINSA, 2006a).

Todavía existen debates acerca del uso de indicadores cualitativos y cuantitativos respecto a validez; en realidad, deberían ser más complementarios que contrarios (Pérez, 1999). Por esa línea, los indicadores cualitativos podrían contribuir a facilitar la incorporación de las variables de cultura y contexto social para medir el impacto de una intervención. Un ejemplo, se da en relación a la calidad del servicio sanitario de un país, es así, que se pueden complementar indicadores cualitativos y cuantitativos, donde los resultados positivos a nivel de satisfacción subjetiva de los usuarios pueden ser relacionados con indicadores objetivos que miden el servicio sanitario.

Los indicadores subjetivos de bienestar, cuya aceptación viene siendo mayor en reflexiones y políticas de Estado, complementan y no reemplazan a los datos objetivos (Pérez, 1999). Para identificar cambios en la salud mental de la comunidad, se tendrían que plantear programas y sus respectivas medidas desde el Estado y la sociedad, además de estrategias e indicadores que puedan dar cuenta de la atención a la comunidad. Entonces, es importante entender que los indicadores son índices, cifras, hechos, opiniones o percepciones que sirven para analizar y medir los cambios de situaciones y condiciones específicas. También permiten medir el progreso y los logros que se puedan alcanzar en un proceso de intervención psicosocial de un sistema. Los indicadores de salud son aquellas variables que permitirán la medición de actividades, alcanzar objetivos propuestos y pueden ser un medio para demandar mayor responsabilidad a los organismos decisores a nivel nacional e internacional (OMS, 2005a).

Según Pérez (2007), en sentido general, los indicadores podrían ser separados en grupos: edad, género, etnia, grado de vulnerabilidad. También, para ser planteados, se puede hacer uso de enfoques como derechos humanos, género, interculturalidad y psicosocial. En esa misma línea, señala que existen indicadores de impacto comunitario, los cuales pueden medir el proceso de intervención desde un sentido positivo o negativo, es decir, verificar los cambios en la comunidad, como la cohesión, apoyo mutuo, división y conflicto. La participación social y comunitaria, y el establecimiento de redes familiares y comunitarias, las cuales funcionan como una red de apoyo en la comunidad (Roca, 2011; Moyano, 2009; Goncalves de Freitas & Montero, 2003).

Entre los indicadores, existen los de cobertura de los servicios de salud, los cuales señalan la medida de las intervenciones sanitarias para las personas que las necesitan. Sin embargo, reflejan datos numéricos de mortalidad y morbilidad a nivel de prevalencia de determinadas problemáticas como la violencia, antes que bienestar subjetivo (OMS, 2013).

Indicadores en el contexto mundial y Latinoamérica

En algunos países occidentales, se ha priorizado la importancia del bienestar mental; para eso, buscan diseñar sistemas de salud integrales que incorporen a los usuarios y cuidadores en la planificación de los servicios, e incluir a la salud mental como parte primordial de las políticas públicas (OMS, 2005b). Así también, Zautra y Bachrach (2000) ponen énfasis en la atención de la psicopatología mediante métodos epidemiológicos y buscan evaluar el bienestar subjetivo mediante autorreportes. Así, proponen que, para una buena evaluación de la salud mental de una comunidad, las dos aproximaciones pueden ser complementarias. Esto permite analizar el panorama general para desarrollar programas públicos de salud mental que integren estas dos perspectivas. Por eso, señalan que se requiere integrar el estado positivo de la población y no solo considerar lo psicopatológico.

Encontramos indicadores subjetivos de bienestar humano, como la satisfacción con la calidad de la atención de la salud y educación (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013). Por eso, es importante tener en cuenta indicadores de eficiencia en los proyectos, programas y planes, porque estos permitirán generar políticas. Los indicadores reflejan una impresión actual de un fenómeno, entre estos, por ejemplo, indicadores de soporte social percibido, ausencia de vínculos sociales, y demanda de servicios (Korkeila et al., 2007). En ese sentido, se deben plantear algunos indicadores que evidencien el bienestar, y de esta manera se pueda prevenir problemas psicosociales en la población; además, podrán ser de ayuda para desarrollar intervenciones que promuevan la salud mental en la comunidad (Huppert, 2004). Así también, desde El Proyecto Esfera (2011) se han encontrado diversos indicadores para la atención de la salud mental en contextos post desastre. Por ejemplo, la autoayuda y apoyo social, que explica que las organizaciones del sector de salud y otros agentes trabajan junto con la comunidad para mejorar la convivencia.

En otro estudio respecto a la disfunción psicológica, el bienestar y los enfoques de indicadores sociales, Zautra y Bachrach (2000) plantean indicadores sociales para la salud pública. Señalan, que podría darse una complementariedad entre ambos tipos de indicadores, entre epidemiológicos y los sociales. Los primeros buscan comprender e identificar los diferentes factores del estado de la salud de una población: la etiología de una enfermedad y causas, predecir la ocurrencia y la distribución en la población. Los segundos buscan evaluar las metas sociales a nivel de comunidad y Estado. Por ejemplo, se usaron indicadores objetivos, como económicos, censos poblacionales, tasas de divorcios, cantidad de gente que termina secundaria, etc. Luego, se añadieron indicadores subjetivos

del bienestar, como la satisfacción de vida o calidad de vida percibida y otros. De esta manera, se pudo evaluar lo que estaba pasando en la comunidad.

Asimismo, los Lineamientos para la elaboración de estrategias y acciones en salud mental en Latinoamérica (OPS, 2009) parten de la premisa de que una buena evaluación de los sistemas de salud mental permitirá un adecuado establecimiento de las prioridades de las intervenciones, lo cual contribuirá a que puedan implementarse acciones de acuerdo con la realidad de los países, tomando en cuenta sus variaciones culturales y sociales.

En un estudio sobre indicadores de los servicios de salud mental en Centroamérica (OPS, 2010), la información se enfocó en la hospitalización y atención psiquiátrica, planteando indicadores de prevalencia de enfermedades y la tasa de uso de los centros hospitalarios. Sin embargo, no se registra la mejoría de los usuarios ni la prevención de enfermedades. Por otro lado, algunos países sudamericanos han identificado indicadores para evaluar el sistema de salud partiendo de que la salud mental suele ser la más desatendida. Así también, proponen seguir algunas pautas para determinar indicadores, que no solo se centren en criterios de mortalidad y sobrevivencia, sino que consideren otras determinantes de la salud y del contexto (Berbesí & Torres, 2012).

Las comunidades andinas que habitan en áreas rurales entienden la salud mental como “estar bien y sentirse bien”, “estar contentos y con ganas de trabajar”, “estar tranquilos y sin preocupaciones”. Ideas como las que mencionamos, “el estar bien y sentirse bien”, se explican en términos de la cultura andina como el *allin kausay o sumaq kausay*, que en quechua significa “estar bien, sentirse bien, vivir bien y buen vivir”, lo cual conlleva a buscar el bien común para la comunidad (Huanacuni, 2012). El vivir bien o buen vivir se relaciona con estar bien con los demás, es decir, convivir mediante el establecimiento de vínculos solidarios y de integración colectiva por el bien de la comunidad (Guerrero de la Torre, Gutiérrez & Gutiérrez, 2015; Dueñas, 2012; Vergara, 2007). En países como Ecuador y Bolivia, el *sumaq kausay* -buen vivir, vivir bien- ha comenzado a discutirse desde el ámbito social, político y económico, y se entiende como bienestar, desarrollo y crecimiento de estados plurinacionales que reconocen los derechos de los pueblos indígenas y las minorías étnicas (Schavelzon, 2015; Altamirano, 2009). La comunidad, más allá del ámbito geográfico, comparte referentes de identidad y sentido de pertenencia (Herazo & Moreno, 2014). El bienestar individual relacionado con un bienestar comunal significa que, si la familia o comunidad están bien, todos están bien. En cuanto a la salud mental, se considera al mismo tiempo salud física, medio ambiente físico y social. Además, los problemas de salud mental no están separados de otros problemas de la vida

cotidiana de las personas (Rivera & Mendoza, 2007). Sin embargo, es una definición que también depende de la cultura, la geografía, la temporalidad y el momento histórico, determinada por factores externos e internos de la persona y la comunidad. Por eso, para que se pueda atender adecuadamente a las personas, es importante que tome en cuenta su cultura, sus formas de relacionarse y las prácticas en la comunidad como un derecho reconocido por la sociedad (Winkler, Reyes, Olivares, & Berroeta, 2016).

Indicadores en el contexto peruano

El GTSM (2006) indica que la salud mental puede ser comprendida desde tres dimensiones: la sociocultural, el desarrollo humano y del derecho humano. La primera se relaciona con el conocimiento de la cultura de las comunidades; la segunda se entiende como un proceso de desarrollo de la subjetividad y relaciones sociales; y la tercera, como un derecho fundamental. Estas dimensiones modifican la percepción de bienestar y malestar por parte de la comunidad a nivel individual y colectivo; por eso, es importante que se preste asistencia psicosocial, cultural y socialmente pertinente (Bustamante, Rivera, & Matos, 2013). En esa misma línea, el enfoque comunitario en salud mental resalta la atención a los vínculos afectivos, y los signos y símbolos compartidos por un colectivo de personas (Cueto, 2008).

Uno de los factores críticos priorizados por el MINSA (2005a) son los problemas de salud mental en las poblaciones afectadas por violencia política, que todavía son abordados desde un enfoque biomédico y psiquiátrico, aislado de la comunidad. Sin embargo, es importante reconocer políticas y acciones para la participación legítima de la sociedad frente a las instancias de gobierno, donde los usuarios y beneficiarios vigilen y participen del sistema sanitario, sobre todo es su forma de gestión y asistencia de la salud (Grajeda, Valdez & Mendoza, 2013; Mayorga & Córdova, 2007; Rivera & Mendoza, 2007).

Por un lado, la situación de los servicios de salud mental está enmarcada en un modelo asistencialista. Por otro, el sistema de salud debería incorporar un enfoque de atención integral y comunitaria, que valoren los aspectos psicosociales y los culturales (Cueva, 2005). Es importante implementar un mejor sistema de salud mental, mediante el fortalecimiento de las redes de soporte social y comunitario desde un enfoque comunitario que atienda las necesidades de la población y se generen cambios favorables para la comunidad. Por eso, es trascendental plantear nuevas formas de evidenciar estos cambios, a través de la identificación de indicadores de salud mental desde las propias comunidades.

La Red para la Infancia y la Familia en Perú (2010) identificó diferentes indicadores cualitativos, entre estos, indicadores de impacto y de proceso, que son aquellas medidas de

los cambios emocionales y relacionales que experimentan las personas después de un proceso psicosocial o comunitario. Se centran en la experiencia de la gente y en comprender las percepciones de las personas. Así también, en la región de Ayacucho, se han elaborado una serie de indicadores de recuperación emocional para personas afectadas por el conflicto armado interno, los cuales evidencian y evalúan el impacto del acompañamiento psicosocial y la recuperación de las personas. Estos indicadores ayudan a analizar los cambios producidos en la vida de las personas, familias y comunidades. Entre estos, se han planteado algunos indicadores que consideran, por ejemplo, un área de expresión de pensamientos y sentimientos, otra sobre la visión de futuro, y también indicadores sobre las relaciones interpersonales.

Según una investigación realizada por Rivera (2009) en Ayacucho, los signos y síntomas de bienestar son aquellas señales o indicadores de experiencias externas e internas que la persona ha encontrado en sí misma o su entorno, y que, además, conducen al bienestar. Asimismo, estas señales representan dimensiones que están relacionadas con la forma de pensar, sentir y actuar de las personas en la comunidad. En esa misma línea, el bienestar puede entenderse de dos maneras: el bienestar individual, que se manifiesta cuando la persona se siente bien consigo misma y se siente tranquila; y el bienestar social e interpersonal, que se presenta cuando la persona se siente bien con los demás, y genera vínculos de confianza y solidaridad. Así también, Zurita (2015) propone que los indicadores de cambio en salud mental se pueden plantear mediante un proceso de construcción participativa que permita conocer el impacto de las intervenciones en salud mental y sirve para evidenciar si se producen mejoras en las personas, analizando la experiencia y reflexiones de los involucrados. Asimismo, la recuperación de la salud inicia con un progreso personal y continúa con el mejoramiento de los vínculos con los demás; así, el bienestar individual termina convirtiéndose en un bienestar colectivo (Quiroz, 2008).

Entre los indicadores, se define al indicador de cambio en salud mental como una medida, que representa cierta información sobre alguna variable relacionada con la salud (Pérez, 2007). En esa línea, los indicadores de cambio en un nivel comunitario son medidas que muestran las condiciones de la comunidad, y resultan útiles para la evaluación y el cambio de las políticas en salud mental. Aunque los servicios de salud para una comunidad sean excelentes, si una gran parte de la población no puede gozar de ellos debido al costo, la difícil accesibilidad y pertinencia cultural, no sirven de mucho (Grupo de Trabajo para la Salud y el Desarrollo, 2014).

En resumen, la salud mental, es aquella capacidad que tiene la persona para afrontar las tensiones de la vida y contribuir con su comunidad. Asimismo, el sistema sanitario, vendría a ser, el sistema que atiende la salud mental de las personas para brindar una atención pertinente y oportuna. Los indicadores, son una medida sencilla sobre salud mental de una comunidad, y que son sensibles a cambios.



Planteamiento del Problema

Es mínima la información sobre la percepción de los usuarios y familiares de los servicios de salud mental en el país (Dugui, 2001 como se citó en MINSA, 2004). Existe un déficit respecto a la participación de las poblaciones en cuanto a sus decisiones y opiniones en los aspectos de reparación en salud (Amnistía Internacional Perú, 2013; Delgado-Gallego & Vázquez-Navarrete, 2006). Asimismo, los sistemas comunitarios al ser limitados para la atención, tampoco visibilizan los cambios efectivos en los usuarios y las comunidades (Correa, 2013). En consecuencia, esto contribuye a no plantear acciones para la calidad de vida y bienestar de las comunidades (Bustamante et al, 2013).

En ese sentido, es importante incorporar una política pública en salud mental, sobre todo para poblaciones afectadas por violencia política, y que puedan formularse desde las propuestas y opiniones de las propias personas implicadas. Esto es posible por medio de una metodología participativa que permita incluir a los usuarios en el planteamiento de alternativas de mejora y fortalecimiento en la comunidad (Molina, 2011).

Frente a esto, se hace relevante conocer cómo se encuentra la salud mental de una comunidad afectada por el conflicto armado interno después de haber participado en una intervención psicosocial realizada en el marco de las acciones de reparación. Se necesita saber cuáles son los indicadores de cambio en salud mental comunitaria para seguir realizando estas intervenciones, invertir recursos y capacidades en acciones, que sean social, comunitaria y culturalmente relevantes. En esa línea, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los indicadores de cambio en salud mental comunitaria identificados por una población afectada por el conflicto armado interno luego de haber participado en una intervención psicosocial?

Este estudio tiene como medio y fin la construcción de indicadores de cambio en salud mental comunitaria desde la experiencia de los participantes (Retamozo, 2012). Este fue un proceso de construcción de conocimiento junto a la comunidad. Para eso, el objetivo de esta investigación es:

Identificar los indicadores de cambio en salud mental comunitaria de una población afectada por conflicto armado interno luego de haber participado en una intervención psicosocial.

Método

Se utilizó una metodología cualitativa, la cual busca comprender realidades complejas y diversas, considerando las realidades como un sistema que interactúa y se transforma en relación con otros sistemas (González, 2006). Implica un proceso de construcción teórica, pues tanto investigador como los participantes, a través de la comunicación e intercambio de ideas, describen y comprenden la realidad (Pedraz, Zarco, Ramasco, & Palmar, 2014). Se realiza un análisis interpretativo de las reflexiones del sujeto y la construcción de la realidad, entendida como un proceso activo de elaboración de sentido en interacción con el entorno social y cultural (Pérez, 2012), lo cual contribuye a la construcción y sentido contextual de los indicadores de salud mental comunitaria.

La investigación se llevó a cabo desde la perspectiva del construccionismo social como un proceso reflexivo y continuo de la realidad social, lo cual permite generar un conocimiento colectivo (Gergen, 2007). El estudio del fenómeno se realizó mediante significados asociados a cambios entre sus prácticas y relaciones en la comunidad, es decir, la experiencia vivida por las personas (Álvarez-Gayou, 2012). Se eligió este paradigma porque permite incorporar los discursos, las verbalizaciones y las narrativas de la experiencia de cada participante, y porque busca la construcción colectiva del fenómeno según su realidad histórica, cultural y social (González, 2014), además de la interpretación de información para la comprensión del tema por investigar, el cual fue evolucionando y reinterpretándose de acuerdo con el progreso de la investigación.

Participantes

Los participantes pertenecen a familias afectadas por el conflicto armado interno y se dedican a actividades como la agricultura, crianza de animales y comercio de productos agropecuarios. Los criterios de inclusión considerados fueron haber participado de una intervención psicosocial, reconocerse como persona afectada luego del conflicto armado interno, ser miembro residente de la comunidad, y haber tenido un rol activo y participativo en la junta comunal.

Los participantes de esta investigación son mujeres y hombres de una comunidad rural campesina de la provincia de Cotabambas en la región de Apurímac, cuyo idioma materno es el quechua. Las participantes pertenecen a una comunidad que fue parte de una intervención psicosocial realizada en el marco de las reparaciones, que focalizó los temas de recuperación de la salud mental comunitaria, convivencia comunitaria y violencia en la región de Apurímac. Todas las personas que participaron en la investigación son mayores

de edad y sus edades fluctúan entre 31 hasta 59 años. Los participantes fueron cuatro varones y seis mujeres que se desempeñaron en cargos de autoridad en su comunidad siendo, por eso, reconocidos, pues desempeñar cargos comunitarios implica vigilar las necesidades de la comunidad y promover el bien común. Fueron estas personas quienes, como miembros de su comunidad, estuvieron involucradas en dicha intervención y como referentes comunitarios, tuvieron una participación activa y propositiva.

A continuación, se presenta una tabla resumen con las principales características de las personas que participaron de este estudio, cuyos nombres, por razones de confidencialidad, se han reemplazado por seudónimos. Así también, se realizó una breve reseña de cada participante (Apéndice D).



Tabla 1

Características de los participantes

Seudónimo	Sexo	Edad	Ocupación
Juan	M	40	Agricultor, criador de animales, vendedor, tejedor, autoridad comunitaria (presidente de la comunidad)
Pedro	M	53	Agricultor, criador de animales, tejedor, autoridad comunitaria (agente comunitario)
Tomas	M	57	Agricultor, criador de animales tejedor, autoridad comunitaria (presidente de la Asociación de Padres de Familia)
Luis	M	59	Agricultor, vendedor, líder comunitario (juez de paz de la comunidad)
María	F	50	Agricultora, criadora de animales, tejedora (presidenta de Club de Madres)
Teresa	F	45	Agricultora, criadora de animales, tejedora (promotora de Salud)
Iris	F	30	Agricultora, criadora de animales, tejedora (presidenta de Vaso de Leche)
Carmen	F	37	Vendedora, comunicadora y lideresa comunitaria (secretaria de la Federación de Mujeres del Distrito de Tambobamba)
Dora	F	31	Agricultora, criadora de animales, representante comunitaria (vicepresidenta de Vaso de Leche)
Sara	F	46	Vendedora, representante comunitaria (presidenta de la Federación de Mujeres del Distrito de Tambobamba)

Técnicas de Recolección de Información

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada (Morga, 2012), la cual consiste en una conversación que, usando una guía, plantea temas o preguntas de exploración. Permite agregar preguntas adicionales para obtener mayor información y profundizar conceptos durante la ejecución de la misma. Así también, ofrece la posibilidad que las personas señalen aquello que les parece relevante en relación con el tema en cuestión.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron hasta llegar al punto de saturación, momento en el cual las indagaciones realizadas ya aportaron suficiente información relevante para la investigación y empezaron a repetirse los datos ofrecidos por los participantes (Pedraz et al., 2014).

La guía de la entrevista semiestructurada (Apéndice A) permitió recoger la información y elaborar de manera conjunta los indicadores de cambio en la salud mental comunitaria. La guía incluyó una narración voluntaria de una historia o ejemplo de situación en la cual una persona se sienta bien o se sienta mal. Además, los participantes realizaron un dibujo que acompañó la historia o ejemplo, posteriormente, se efectuó una síntesis y organización de posibles indicadores, lo cual fue compartido con cada entrevistado para validar, definir o ampliar la información presentada sobre los indicadores.

Para mayor sustento de la investigación, se realizaron distintos procesos en la revisión y validación de la técnica de recolección de datos, como, por ejemplo, la participación de jueces expertos en la temática. Fueron tres académicos nacionales e internacionales especialistas en el tema por investigar que revisaron y aportaron a la construcción del guion de la entrevista semiestructurada. También se aplicó una entrevista piloto a una población con características similares, la cual permitió realizar ajustes y afinar la guía de la entrevista semiestructurada.

La información recogida durante las entrevistas semiestructuradas fue analizada y enriquecida posteriormente a través de un grupo de discusión realizado con los mismos participantes como parte del proceso de investigación. Esta técnica, según Montero (2009), permite profundizar y analizar críticamente un tema determinado. El grupo de discusión (Peinado, Martín, Corredera, Moñino, & Prieto, 2010) facilitó la expresión de narrativas, gráficos y aportes de los participantes que permitieron formular la propuesta de indicadores, para lo cual se utilizó un guion (Apéndice B) que consideró tres dimensiones: sentido de bienestar, desarrollo colectivo, y ciudadanía y gobernabilidad. Se solicitó elaborar una narración, descripción grupal o dibujo grupal sobre lo hallado; luego se procedió a pedir la explicación y argumentación. Los participantes, a partir de una construcción dialógica, describieron cada uno de los indicadores de cambio en la salud mental comunitaria.

Procedimiento

Para la realización de la investigación, se inició con la solicitud de permiso a las autoridades de la comunidad. Se buscó un lugar apropiado para realizar las entrevistas

semiestructuradas y grupo de discusión, las cuales se realizaron en las casas de los participantes y en el local comunal. El trabajo de campo se realizó después de la respectiva revisión bibliográfica y la construcción de técnicas de recojo de datos. Antes de realizar la entrevista, se explicó en quechua a cada participante el objetivo del estudio, así como su forma de participación y la metodología a utilizarse.

Las entrevistas semiestructuradas fueron registradas en audio y en una bitácora de campo; además, se elaboraron papelógrafos con los participantes como recurso auxiliar del proceso de investigación. Las entrevistas tuvieron una duración de 40 a 50 minutos por persona, y se realizaron entre los meses de setiembre a diciembre, época en la que la comunidad está a la espera del tiempo de siembra, condición que permitió que cuenten con un espacio de tiempo entre sus actividades para participar tranquilamente en la investigación.

Posteriormente, se llevó a cabo la devolución de la primera parte de los resultados a través de un grupo de discusión, en el cual participaron de forma voluntaria los mismos miembros de la comunidad que fueron entrevistados previamente; este grupo de discusión tuvo una duración de 90 minutos. Las personas participaron de forma activa, con comentarios y reflexiones que permitieron profundizar en los resultados. El trabajo de campo buscó efectuarse en condiciones naturales y cotidianas para las personas, tanto las entrevistas semiestructuradas como el grupo de discusión se desarrollaron en quechua, pues, a pesar de que las personas entienden castellano, mencionaron sentirse más cómodos expresándose en su idioma natal, el cual también es dominado por el investigador. La transmisión de ideas y sentimientos realizada en su propio idioma permite también la expresión de su cultura; con esto se logró que los participantes sintieran mayor confianza para expresarse.

Una vez finalizada la recolección de información, se transcribieron las grabaciones de las entrevistas en archivos de procesador de textos Word. La información cualitativa de las entrevistas fue analizada y sistematizada en el programa informático Atlas-ti (versión 7.0).

El procesamiento de información se fundamentó en dos criterios: en la calidad, la cual está referida a tener claridad de las unidades de registro de datos, y también en la suficiencia de data, que considera disponer de información necesaria y oportuna para el análisis (Souza, Ferreira, & Gomes, 2012). En ese sentido, fue clave la participación de la población para la descripción analítica e interpretación del proceso de investigación, pues permitió la discusión y diálogo acerca del estudio.

El proceso de análisis de datos se realizó de manera inductiva: las unidades de sentido fueron construidas a partir de la data revisada (Álvarez-Gayou, 2012); es decir, las unidades de sentido emergieron de los propios datos. Después, de forma sistemática, se ordenó la data secuencialmente en una lista de unidades de sentido a partir de la información transcrita haciendo uso de códigos. Siguiendo a Flick (2014), se organizó la información por dimensiones temáticas; así se formaron familias de códigos, los cuales fueron revisados permanentemente por el investigador y por profesionales especialistas del tema a fin de revisar su pertinencia. A partir de la formación de estas familias de códigos, se fueron identificando los indicadores de cambio en la salud mental comunitaria.

Posteriormente, el análisis de la data fue validado mediante un proceso de triangulación (Flick, 2014), en el que el investigador, otros pares académicos, un grupo de investigación y dos expertas del tema contribuyeron a que se cumpliera, con el rigor y validez científica del método, y la definición de las dimensiones que plantean los indicadores de cambio. Para finalizar el análisis, se observó que el sentido de los relatos guardara relación con la comprensión o explicación del fenómeno que se investigó (Souza, et al., 2012).

Aspectos Éticos

Se elaboró un documento de consentimiento informado (Apéndice C), el cual detalló el tema por investigar describiendo el propósito, fines y utilidad del estudio. Se informó a los participantes en quechua que se garantizaría la confidencialidad de su identidad haciendo uso de seudónimos y reservando la información brindada; asimismo, se indicó que esta sería transcrita y sustentada como resultado de la investigación. Se les preguntó acerca de su disposición para participar en la investigación y se obtuvo la aceptación de cada uno de ellos de manera verbal y escrita, mediante la rúbrica del consentimiento informado.

En esta investigación, se respetó en todo momento la voluntad y el involucramiento de cada participante; también se mostró una postura de respeto y cuidado de las y los participantes: el reconocimiento de sus experiencias y sus vivencias. Asimismo, se busca incluir la devolución de los resultados y conclusiones a actores claves de Apurímac; en ese sentido, se brindará aportes y recomendaciones respecto al tema. La investigación en psicología comunitaria promueve acciones de incidencia en políticas públicas nacionales y regionales para distintas poblaciones, sobre todo las más vulnerables, que, además, puedan generar cambios en la comunidad y la sociedad.

Resultados y Discusión

En esta sección, se describirá y discutirá los resultados obtenidos en este estudio sobre indicadores de cambio en salud mental comunitaria. Se han identificado tres dimensiones de indicadores que reflejan la mejora de una comunidad afectada por el conflicto armado interno luego de una intervención psicosocial. Los indicadores de cambio en salud mental comunitaria muestran un sentido holístico de las interrelaciones personales y sociales, y reflejan una concatenación de cambios a nivel personal que también incluyen cambios de naturaleza social y comunitaria.

Se registraron tres dimensiones. La primera es el sentido de bienestar, que es la capacidad de estar bien de manera colectiva; además, consiste en buscar y ofrecer apoyo social, y compartir una visión de futuro. La segunda dimensión es el desarrollo colectivo, que será aquella manera en que la comunidad busca superar carencias y obtener mejores condiciones de vida, a través de la generación de vínculos en la comunidad, la gestión y las redes comunitarias. La tercera dimensión es la de ciudadanía y gobernabilidad, la cual considera la participación y organización comunitaria, junto al sentirse miembros de la comunidad y la sociedad, reconociéndose como sujetos de deberes y derechos frente al Estado.

En la Tabla 2, presentamos las tres dimensiones con los indicadores de cambio en salud mental comunitaria identificados por las personas participantes, cada una está acompañada por una breve descripción realizada por las y los participantes. En la primera columna, se muestran las tres dimensiones antes mencionadas; en la segunda columna, se indica el grupo de indicadores pertenecientes a cada dimensión. En la tercera columna, se describen algunas evidencias respecto al cambio en salud mental comunitaria y la forma en que las personas demuestran el alcance del indicador propuesto.

Tabla 2

Indicadores de cambio en salud mental comunitaria

Dimensiones	Indicador	Evidencia del indicador
Sentido de bienestar: Capacidad de estar bien colectivamente, asumir malestares y buscar apoyo social para mejorar con la comunidad	Capacidad de mirarse: Ser capaz de plantear una mirada autocrítica y propositiva consigo mismo(a) y con los demás	Las personas reconocen que tienen problemas y buscan cambiar la situación por voluntad propia. Las personas se relacionan con los demás a partir de un diálogo, hablan de sus problemas e identifican alternativas para estar bien.
	Búsqueda de ayuda: Intención de encontrar apoyo o para sí mismas(os) y para la comunidad, superando aspectos negativos que generen malestar	Cuando un miembro de la comunidad acude a un familiar cercano, a una institución o autoridad comunitaria para solicitar apoyo. La persona y comunidad experimentan una sensación positiva de estar mejor: sentirse felices, reírse, y mostrar un cuidado personal y grupal.
	Visión de futuro y esperanza: Visualizar un proyecto de vida personal y comunitaria para buscar mejores condiciones y desarrollo	Las personas se proponen realizar actividades personales y colectivas para planificar sus metas a corto, mediano o largo plazo.
Desarrollo colectivo: Superar una situación de carencia y obtener mejores condiciones sociales y físico-contextuales; mediante la generación de vínculos con la comunidad y relaciones con las instituciones	Soporte social: Fortalecimiento de vínculos familiares y recuperación de lazos sociales-comunitarios	La familia funciona como primer grupo de ayuda y se integra a la comunidad como un soporte social.
	Gestión comunitaria: Identificar redes comunitarias de la comunidad para solicitar asistencia ante las instituciones y organizaciones	La comunidad mediante sus representantes busca generar acciones y procesos para el desarrollo de mejores condiciones de la comunidad, gestionando atención desde instituciones competentes y organizaciones. Realiza acciones para mejora de la comunidad, como obtener servicios básicos, buscar la presencia de instituciones públicas y privadas para encontrar apoyo, justicia, desarrollo y asistencia.
Ciudadanía y gobernabilidad: Es sentirse miembro de una comunidad y sociedad, reconociéndose como sujeto de derechos y deberes frente al Estado y la sociedad	Participación y organización comunitaria: Generar acciones de participación organizada para atender asuntos de la comunidad	Las instancias de gobierno promueven la participación de sus miembros mediante las asambleas y toma de decisiones en la comunidad.
	Recuperación de rol de autoridad: Reconocer las competencias de las instancias de gobierno como referentes para el desarrollo y convivencia adecuada en la comunidad	Las personas acatan las decisiones en acuerdo de las instancias de gobierno, identificando una figura de respeto y representación legítima para dirigir la comunidad. Elegir y ser elegibles dentro de la comunidad exigiendo el cumplimiento de las funciones de las instancias de gobierno.
	Ejercicio de derechos y ciudadanía: Autorreconocimiento como sujeto de derecho, para hacer valer sus derechos frente a prácticas autoritarias, y asumir deberes en la familia y sociedad	Los miembros y la comunidad se adjudican deberes y demandan derechos por el respeto de su dignidad e integridad. Los miembros de la comunidad generan mecanismos de vigilancia y sanción frente a las instancias de gobierno.

Sentido de Bienestar

Es definido por las personas participantes como estar bien colectivamente, para lo cual es importante superar el malestar y dolor, buscando apoyo social y mejorar con la comunidad. Dentro de este bienestar, las personas plantean tres indicadores: capacidad de mirarse, búsqueda de ayuda, y visión de futuro y esperanza. Estos se interrelacionan, existe una interacción entre los indicadores de esta dimensión; es decir, se dan de forma dinámica en relación con el sentido de bienestar. Sin embargo, para efectos de la explicación de esta dimensión se presentará en un orden determinado, lo cual no quiere decir que un indicador prevalezca sobre el otro.

Capacidad de mirarse.

Este indicador fue definido por las personas participantes como aquella capacidad de plantear una mirada autocrítica y propositiva consigo mismo(a) y con los demás para identificar sus dificultades y ver la posibilidad de cambiar esas condiciones. Se manifiesta cuando la persona reconoce que tiene problemas y busca cambiar la situación por voluntad propia. Asimismo, puede generar una actitud reflexiva, que se inicia a partir de la posibilidad de diálogo en espacios colectivos:

Nosotros íbamos reflexionando, las reuniones hacían que reflexione que estaba muy mal que discriminen a las personas del campo, he aprendido que no debemos discriminarnos entre personas, que todos debemos ser iguales (Dora).

En ese sentido, las personas se miran y reflexionan sobre sí mismas y también lo hacen junto con los otros miembros de la comunidad, establecen un diálogo interactivo, el cual comienza desde sí mismo(a) y luego con los demás dentro de la vida cotidiana de la población. Este indicador se relaciona con lo hallado por Ponce de León (2015), quien sustenta que la capacidad de mirarse consiste en la percepción que tienen las personas para manifestar su singularidad, reconociendo sus habilidades y sintiéndose fortalecidos en una experiencia colectiva. Esto se muestra también cuando las personas plantean diferencias entre su condición anterior y la actual; es decir, encuentran un cambio entre el antes y después en la dinámica de la comunidad relacionado con un bienestar individual y colectivo. En esa línea, la comunidad se construye y reconstruye continuamente, desde su participación en una intervención comunitaria psicosocial, hasta procesos de participación de consulta previa o presupuesto participativo:

Las personas... ahora en la comunidad, la gente se está dando cuenta: están dedicándose a trabajar, se comportan bien, ya sienten a su pueblo, valoran el vivir bien, o sea, vivir como personas, vivir bien y ya no estar como antes (Juan).

Es así que las personas reconocen que son tomadas en cuenta por la comunidad y quieren ser parte de esta, proyectando una buena imagen frente a los demás y asumiendo un cuidado de sí mismas para mejorar la convivencia en la comunidad. En esa misma línea, Maza (2015) sostiene que las personas comienzan a reflexionar sobre su conducta, sus actos y así pueden plantearse algunas maneras de afrontar sus problemas cotidianos, y a la vez modificar algunos aspectos que perciban en su vida, lo cual permite que descubran nuevas capacidades sobre sí mismos:

Antes yo tomaba bastante. Eso me traía problemas en casa. En cambio, ahora he cambiado: tengo mi hogar tranquilo, me levanto temprano. Después, ahora me visto bien, ya no como antes que andaba todo sucio; ahora lavo mi ropa y camino limpio. Me conocen todas las personas (Juan).

Esta capacidad de mirarse lleva a que la persona reconozca que necesita un cambio en su vida, y adopte acciones para estar mejor, comenzando por su cuidado personal hasta llegar a la mejora de su relación con las demás personas de la comunidad.

En relación con esto, Zurita (2015) —quien realizó una investigación con operadores de salud sobre indicadores de cambio de salud mental comunitaria en personas afectadas por violencia social en contextos post conflicto armado interno en la ciudad del Cusco— identificó como un indicador de salud mental la preocupación por sí mismo; es decir, la persona se preocupa por su bienestar, además de sentirse importante. En ese sentido, está relacionado con la valoración que la persona tiene de sí misma: se percibe como sujeto importante; además, cuida de su apariencia física.

A partir de una postura dialógica, el poder verse de modo contextualizado, quiere decir, que pueden mirarse en su comunidad y buscan generar cambios, identificando las necesidades que puedan darse en ella y que sean importantes para el bienestar de la comunidad:

Saber cómo están y cómo viven, saber en qué están las personas. Todo eso sirve para darnos cuenta que el pueblo está mejorando, tendría que verificar lo que falta o no, aunque no somos perfectos, pero siempre podemos ser mejores (Pedro).

Aquí podemos distinguir que las personas, desde esta mirada de sí mismas y de la comunidad, comienzan a encontrar mejorías y luego proponen alternativas a las dificultades que se puedan presentar. En relación con este indicador, el Informe final de la CVR (2003) señaló que las comunidades afectadas por la violencia experimentaron sentimientos de frustración para resolver problemáticas personales y comunales. En cambio, en este estudio podemos encontrar que las personas asumen una postura crítica

de su realidad y, al mismo tiempo, plantean propuestas para mejorar sus condiciones de vida, personales, familiares y en la comunidad:

Como personas tendríamos que analizar nuestro propio comportamiento; en ver si estás haciendo bien o mal, de acuerdo a eso corregir nuestras acciones. Ahí ya, tú mismo ver qué estás haciendo, si es bueno para tu familia o es malo. La comunidad camina bien si comienza a aprender de sí misma (Iris).

En ese sentido, la resignificación y mirada colectiva de la experiencia de dolor y de pérdida personal puede volverse grupal. Además, la persona reflexiona sobre sus propias acciones, distingue lo bueno de lo malo, comienza a aprender de los demás y lo ejerce en su vida cotidiana. En esa misma línea, Ocariz (2015) señala que el verse de modo contextualizado implica también una mirada histórica de las situaciones vividas, incluidas las situaciones de violencia, y la recuperación de la memoria colectiva se encuentra relacionada con la posibilidad de elaborar las marcas traumáticas vividas por las personas. “Vivir tranquilo es estar sin nada de problemas, sin nada de dificultades, vivir en paz. Y vivir sin problemas y sin dificultades es vivir bien con todo el pueblo y las familias sin hacerse mirar con los demás” (Pedro).

Cuando la persona siente tranquilidad, experimenta una sensación de bienestar, el cual puede ser individual y, a la vez, compartido con otras personas, es decir, un bienestar colectivo, en el que los problemas sean mínimos y las dificultades sean resueltas de manera comunitaria para convivir adecuadamente. Así también, Pérez y Jibaja (2009) indican que las personas afectadas por el conflicto armado interno demandan espacios que ayuden a construir la memoria colectiva y reflexión sobre la violencia; además, consideran necesario compartir a fin de establecer lazos de solidaridad, compasión y amistad. “Todos tienen que sentirse bien para que exista felicidad entre las personas, las familias y el pueblo” (Dora). Así, las personas se replantean una oportunidad para su vida, y la construyen individual y colectivamente.

En relación con lo encontrado, Schavelzon (2015) ha tratado el tema del *sumaq kausay* en Ecuador y Perú, y el *suma qamaña* en Bolivia, donde encontró que justamente el vivir bien o buen vivir se da cuando las personas comienzan a convivir de forma solidaria y establecen vínculos entre ellos que luego generan bienestar “En quechua el sentirse bien es *sumaq kausay*, vivir bien en cada una de las casas, con los hijos, donde mujer y varón viven bien juntos en el pueblo, ayudándose entre todos” (Juan). Esto reafirma que la persona y la comunidad experimentan una sensación positiva: sentirse felices, reírse y mostrar un cuidado personal y grupal, familiar y

comunitario. Comienza con el buen trato que existe entre las personas, y se produce una relación cooperativa entre los miembros de la comunidad.

Búsqueda de ayuda.

Los participantes lo definen como aquella intención de las personas para encontrar apoyo para sí mismas(os) o para la comunidad, superando aspectos que generen malestar, y aspiran a tener sensaciones positivas. En ese sentido, se experimenta como un bienestar compartido. La búsqueda de ayuda se da cuando un miembro de la comunidad acude a un familiar cercano, a una institución o autoridad comunitaria para solicitar apoyo cuando existen dificultades en la convivencia cotidiana. “A veces podemos estar fallando como madre, pareja o tenemos conflictos con nuestros vecinos, pero si viviéramos bien, al estar bien de salud mental, no habría estos problemas. Todos necesitamos una ayuda para darnos cuenta qué estamos haciendo mal” (Carmen). Las personas piden ayuda de forma individual, pero también incentivan a que lo hagan los demás miembros de la comunidad. En relación con lo encontrado, Pérez y Jibaja (2009) y Beristain (2010) señalan que las personas buscan compartir su bienestar; lo hacen hablando de sus emociones y sentimientos con otros miembros de la comunidad o agentes externos, y buscan ser escuchados. Es decir, desde este compartir, las personas se sienten apoyadas por un grupo social cercano.

En comparación con este punto, Zurita (2015) ha encontrado como un indicador de cambio de salud mental comunitaria que las personas mantienen prácticas de solidaridad; es decir, demuestran un interés por ayudar a los demás, así como compartir conocimientos y habilidades en la búsqueda del bienestar. Resalta la importancia que tiene para la comunidad generar un efecto de onda en replicar su bienestar, integrando lo individual con lo colectivo. Este efecto se produce de forma dinámica por ser un apoyo recíproco entre las personas y, además, se expande hacia los otros miembros de la comunidad. El bienestar de la persona no es completo si los demás no están bien “Sola no puedes hacer nada; es importante ayudarnos entre todos” (María).

Es importante señalar que la CVR (2003) planteó diferentes secuelas en la sociedad y las comunidades afectadas por el conflicto armado interno, tales como la sensación de daño vivido que genera malestar y aislamiento del grupo social cercano. En cambio, aquí encontramos un indicador que da cuenta de que la salud mental comunitaria consiste precisamente en buscar ayuda para no quedarse aislado. “Cuando hay un buen vivir, la familia está unida y también la comunidad. Estar felices quiere decir llevarse bien con nuestros vecinos, con nuestra familia, incluso con la naturaleza”

(Teresa). Las personas encuentran apoyo para superar el malestar. La población experimentó sentimientos de desamparo, vulnerabilidad y desprotección. Sin embargo, en algunos casos, se identifican sentimientos de búsqueda de amparo o protección. “Yo no quiero que haya más violencia, que las señoras sufran maltrato. Por todo eso, empecé a caminar a estas organizaciones, busqué ayuda. Yo siempre quise y, por eso, encontramos apoyo” (Sara).

Las personas relacionan el proceso de búsqueda de ayuda con la identificación del malestar; es decir, el bienestar va dándose con acciones que pueden ayudar a generarlo. En la misma línea, Rivera (2009) plantea que existen dos dimensiones que interactúan en este proceso. La primera es el “reconocimiento del potencial y capacidades propias” para resolver problemas. La segunda involucra lo que la persona realiza “en y con su entorno” para la búsqueda de ayuda; acude a la familia, amigos, y después a otros espacios de asistencia para su salud y bienestar. “Quisiéramos que siga el apoyo, que siga habiendo momentos para compartir alegrías y enseñanzas, en talleres y reuniones” (Sara). Es así, que las personas no solo se conforman con estar bien individualmente, pues su bienestar depende de que los demás miembros de su familia y comunidad también puedan alcanzarlo.

Visión de futuro y esperanza.

Las personas participantes entienden este indicador, como aquella perspectiva de visualizar un proyecto de vida personal y comunitario para buscar mejores condiciones y desarrollo para la comunidad. Esto se puede observar cuando las personas pueden proponerse realizar una actividad personal o colectiva para el bienestar de su familia y comunidad. “Tienes que pensar en las cosas buenas, pensar en los hijos. Por ellos tengo que salir adelante en mi trabajo, con el pueblo y con mi esposo. Tengo que salir adelante y no me quedo aquí sin hacer nada” (Carmen). En relación con lo encontrado, las personas se involucran en los asuntos de la comunidad, mantienen un sentido de pertenencia identificándose con un colectivo. Como plantearon Herazo y Moreno (2014), un sentido de comunidad de cara al futuro, conlleva una relación solidaria y de cooperación entre sus miembros. En ese línea, no solo viven el presente, sino también valoran su pasado e imaginan la posibilidad de un futuro compartido, reelaborando continuamente la realidad que les vendrá en adelante para la comunidad (Rivera, 2010).

Así consideran que el contexto físico como el cambio de la apariencia y estructura de sus casas genera mejores condiciones para vivir; además, refleja la mejoría para la comunidad. “Para darnos cuenta que la comunidad está bien, podemos ver las

casas, por ejemplo, de lo que antes eran de piedra y paja, ahora han cambiado; están estucadas y son de adobe. La gente está contenta con eso” (Juan). Entonces, para las personas, el bienestar también está relacionado con la mejora de las condiciones del lugar donde viven, el cual se convierte en un mejor espacio para desarrollarse en el futuro. En relación con esto, Arenas y Custodio (2015) señalan que la mejora física del contexto de la comunidad, hace que esta se transforme en un mejor lugar para vivir. “La gente está buscando mejorar sus casas, las han pintado y le han puesto calaminas. Eso quiere decir que está saliendo adelante la comunidad y que estamos mejorando” (Luis). También, en esa misma línea, Sonn et al., (2013) plantean que lo individual y colectivo confluye hacia la transformación y mejora de la convivencia en la comunidad, como también las relaciones que se darán en un futuro.

Así también, las personas pueden planificar metas a corto y mediano plazo para sí mismos, su familia y su comunidad. Además, consideran que los descendientes de la población, tanto niños como jóvenes, son quienes llevarán la comunidad adelante. “Lo vemos cuando nuestros hijos van a estudiar y aprenden, lo que la gente quiere para un futuro mejor en la comunidad. Nuestros hijos son el futuro, pues” (Teresa).

Las personas encuentran en sus hijos el futuro de la comunidad. Se preocupan por que estudien y desarrollen nuevas capacidades, para que, de esta manera, puedan contribuir con su comunidad y las futuras generaciones que seguirán viviendo. Respecto a este indicador, algunas investigaciones (Fourment, 2012; Távara, 2012; Padilla, 2012) encontraron que los niños y jóvenes son percibidos por los padres como actores que contribuirán al desarrollo y transformación de la comunidad: los hijos representan el futuro, junto con un deseo de sobresalir. Sin embargo, también existe la idea de que, en ocasiones y en determinados asuntos de la comunidad, estos actores no están en la capacidad de opinar o participar.

Las poblaciones afectadas por la violencia vivieron en desesperanza y alteraron sus proyectos de vida y desarrollo; no obstante, ahora manifiestan tener intenciones de progresar y aprender nuevas habilidades. “Deberíamos estar dispuestos a aprender más, de capacitarse en temas nuevos para vivir bien” (Iris). Durante el conflicto armado interno, la pérdida de esperanza fue algo que caracterizó a las personas: no encontraban sentido en realizar planes para un futuro o seguir vivos. Sin embargo, también aspiraban a trascender y seguir adelante como comunidad.

La visión de futuro se da como un proceso de valoración de su identidad personal y comunitaria, y como el mejoramiento de sus relaciones personales. Además,

mantiene un futuro compartido. “El buen vivir es algo que va dando de a pocos, en el desarrollo de nuestra comunidad, como querer nuestras costumbres y también saber qué queremos más adelante para nosotros” (Tomás). Ahora la comunidad tiene sueños y busca el desarrollo colectivo de sus miembros, entre el vivir bien y visibilizar un futuro. Asimismo, construyen y tienen esperanzas, y proponen y mantienen expectativas, alentando acciones para la comunidad (Fernández, 2011).

Desarrollo Colectivo

El desarrollo colectivo ha sido definido por los participantes como aquello que hacen las personas para superar una situación de carencia y obtener mejores condiciones sociales y físico-contextuales, mediante la generación de vínculos en la comunidad y relaciones con instituciones. Dentro de esta dimensión, las personas plantean dos indicadores de cambio en salud mental comunitaria: el soporte social y la gestión comunitaria. Estos indicadores muestran que la comunidad busca un desarrollo desde el fortalecimiento de vínculos dentro de ella, hasta la relación con instituciones y organizaciones que mejoren las condiciones para la comunidad. Además, ambos indicadores guardan una estrecha relación desde dentro (familia, comunidad) hacia fuera (instituciones, organizaciones) de la comunidad y viceversa.

Soporte social.

Las personas dijeron que este indicador se caracteriza por el fortalecimiento de vínculos familiares y la recuperación de lazos sociales, como también el restablecimiento de relaciones comunitarias en la población. Se evidencia cuando la familia funciona como primer grupo de ayuda para la persona y la comunidad; además, se integra a la comunidad como un soporte social. “El estar bien en la casa, quiere decir que debemos conversar con los hijos y todos los que vivimos en la casa, pero también con nuestros vecinos” (Teresa). En ese sentido, la familia y la comunidad son grupos importantes para el crecimiento y desarrollo de la persona, y cuando tienen que afrontar situaciones difíciles o de crisis. “En las reuniones yo ayudaba, íbamos caminando y ayudábamos a las personas que sufrían de violencia. Íbamos en grupos y hablábamos con las personas que vivían en violencia” (Dora). Entonces, las personas contribuyen con sus familias y con la comunidad aportando sus capacidades o su mismo ánimo por sentir que la otra persona o vecino pueda estar bien, de modo que, si viven en alguna situación de violencia, puedan cambiarla. Este indicador coincide con el planteamiento de Roca (2011), quien señala que, en países como el nuestro, el soporte social se da en las redes sociales como la familia y los vecinos y, de esta manera, se establece una red

de ayuda. Asimismo, la organización de las personas en comunidad favorece la acción colectiva, y también procura el consenso, minimiza conflictos y moviliza recursos. En esa línea, Korkeila et al. (2007) identificaron indicadores de soporte social y ausencia de vínculos sociales, donde se evidencia que el bienestar y el malestar coexisten en determinados momentos dentro la comunidad, y será esta la llamada a recuperarse cuando sea necesario.

En relación con la afectación de la familia y la comunidad, el Informe final de la CVR (2003) revela que la violencia en nuestro país ha generado la desintegración de los vínculos familiares y comunitarios, las prácticas agresivas y conflictos en la comunidad, y la desestabilización de las relaciones entre sus miembros. No obstante, también la comunidad ha ido reparándose, tanto por su propia dinámica comunitaria como por el desarrollo de algunas estrategias desde la familia como primer grupo social. “Lo que tiene que primar para estar bien es la organización, el diálogo y la conversación en la familia y el pueblo” (Sara). Además, la reparación se ha logrado al generar diferentes mecanismos de regulación y convivencia social entre ellos. “La comunidad se siente bien cuando hay unión, cuando trabajamos en ayni (trabajo de reciprocidad), apoyarnos entre todos” (Luis). Es decir, la comunidad genera mecanismos de soporte social cuando existen vínculos de cooperación y solidaridad dentro de esta, lo que comienza por los miembros de la familia y se extiende hasta las demás personas que habitan en la población.

En coincidencia con lo encontrado en este indicador (Moyano, 2009; Velázquez, 2007; Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006), en las culturas de vivencia colectiva como la andina, el soporte social parte de los propios miembros de la comunidad: familia nuclear y extendida, vecinos, autoridades, referentes comunales, etc., lo cual genera vínculos de confianza. Estos son claves para generar un bienestar colectivo. En relación con eso, la salud mental está asociada con el soporte social, ya que es la comunidad la que entiende la necesidad de recuperarse y tiene la capacidad de brindar asistencia a sus miembros. Así, se da la recuperación y reparación de vínculos entre las personas, familias y comunidad. En cuanto al soporte social, Dueñas (2012) señala que la cultura andina se caracteriza por rasgos de solidaridad entre sus miembros. Plantea que la cultura permite ejercer una capacidad de respuesta material, mental y espiritual de los pueblos ante sus necesidades. Encuentra algunos rasgos de la cultura cusqueña que la caracterizan por su identidad y establecimiento de relaciones sociales como generación de vínculos entre los

integrantes de la comunidad. No obstante, sustenta que esta cultura y sentido de identidad, se afianzan más cuando la población vive en contextos de exclusión y vulnerabilidad, por ejemplo, la pobreza:

Una persona se siente bien cuando vive tranquilo, sin tener problemas y dificultades, vivir en paz, hacerse respetar y respetar a los demás, vivir con toda la familia bien, el estar bien en la casa y que estén felices y tranquilos dentro del pueblo (Pedro).

La sensación de tranquilidad no solo queda reservada para la persona, sino que también genera una tranquilidad compartida con el otro. En esa línea, las personas brindan soporte social a su familia y vecinos, y a la comunidad en general. En relación con este indicador, el Proyecto Esfera (2011) ha encontrado como indicador clave la identificación de autoayuda y apoyo social en la comunidad para la atención de la salud mental en contextos post-desastre, es decir, fortalecer los vínculos familiares y mejorar la convivencia comunitaria para el desarrollo de la población. Adicionalmente, Vergara (2007) señala que la comunidad se reconoce y transforma. En ese sentido, parte de ese reconocimiento en la comunidad hace que esta llegue a ser un espacio de confianza e identidad donde los miembros establezcan relaciones y se sientan parte de ella, y puedan buscar un bien colectivo y porvenir para comunidad.

Gestión comunitaria.

Este indicador de cambio en salud mental comunitaria fue descrito por los participantes como una forma de realizar acciones para identificar redes fuera de la comunidad, donde puedan solicitar asistencia ante las instituciones y organizaciones de la zona. Se evidencian cuando la población, mediante sus representantes, busca generar acciones y procesos para el desarrollo de mejores condiciones en la comunidad.

Para que nosotros vivamos bien, las autoridades hacen, las autoridades trabajan. Recuerdo que, en mi periodo de autoridad, hacíamos acuerdos en asambleas, acuerdos para que no se den daños (problemas) entre los pobladores, para que no haya abusos en las casas, acuerdos para controlar los robos (Juan).

Estos procesos de gestión que los representantes de la comunidad realizan se evidencian cuando realizan acciones para la mejora de la comunidad, como obtener servicios básicos y buscar la presencia de instituciones públicas y privadas para encontrar apoyo, justicia y desarrollo. “Para vivir bien en la comunidad, las autoridades se preocupan por hacer gestiones en beneficio de las personas que vivimos en el pueblo, como la gestión con los municipios, instituciones cercanas al pueblo y otras

organizaciones” (Juan). En esa línea, resulta interesante que las personas señalen que son las instancias de Gobierno las que han venido promoviendo la participación de sus miembros en las asambleas y decisiones de la comunidad. “Para llegar al allin kausay (buen vivir-vivir bien) se dan las gestiones de las autoridades por el bien del pueblo, pero esas decisiones primero se toman en asamblea y después van las autoridades en representación del pueblo” (Luis).

En cuanto a la convivencia y gestión de la comunidad, la CVR (2003) evidenció que una de las secuelas del conflicto armado interno fue la alteración de normas de convivencia, además de la ruptura de las formas comunitarias que regulaban las relaciones y conflictos en la población. “Cuando vemos que algo no va bien en la comunidad, entre nosotros nos llamamos la atención, explicándonos sobre problemas o algún asunto que interese a la comunidad, de algún trabajo que se tiene que hacer” (Luis). De acuerdo con lo encontrando, la comunidad, mediante sus representantes y miembros referentes, ha venido desarrollando métodos para afrontar conflictos o tensiones en torno a ella:

Hablamos de que debería haber unión entre los pobladores, y si sucede algún problema se arregla en asamblea. Nos cuidamos en la comunidad. Si alguien viene de otra comunidad a hacer problemas, las autoridades conversan con ellos y llegan a acuerdos (María).

Los participantes mencionan que la comunidad realiza acciones a través de sus representantes para evitar problemas en la población. Son los referentes comunales quienes regulan los conflictos entre sus miembros y con otras comunidades. En torno a este tema, Rivera, Velázquez y Morote (2014) señalan como una de las dimensiones del fortalecimiento comunitario al liderazgo democrático, el cual implica que la comunidad pueda generar un proceso de autosostenimiento. Cabe mencionar que, durante el conflicto armado interno, existía el temor de asumir liderazgos dentro de las comunidades por la amenaza latente de ser asesinados o ser víctimas de alguna medida que vulnere su integridad. Sin embargo, ahora las instancias de Gobierno, mediante sus representantes, han venido asumiendo un rol activo para el desarrollo de la comunidad.

Años atrás, fui presidente comunal, teniente y gobernador de mi comunidad. Hice varias acciones por el buen vivir de mi comunidad; hice gestiones y obras, gestiones en el municipio para que hagan más aulas y mejoren el colegio; luché para que el alcalde haga la obra en nuestra comunidad (Tomás).

La comunidad busca el emprendimiento de proyectos o acciones de movilización comunitaria. Por ejemplo, las personas participan en espacios de diálogo y decisión, realizan gestiones ante las diferentes instancias de Gobierno, entre ellas, la Municipalidad Provincial, la Unidad de Gestión Educativa Local (Ministerio de Educación), la Posta de Salud (Ministerio de Salud) etc., y dichas gestiones benefician a la comunidad.

Hasta este punto, Goncalves de Freitas y Montero (2003) señalan que las redes comunitarias implican a la comunidad y sus grupos organizados, donde hay personas que asumen la dirección de ciertas actividades o procesos para beneficio de esta. En ese sentido, la gestión comunitaria tiene que ver con la relación que la comunidad genera con otras instancias gubernamentales, tales como vínculos sociales, de apoyo o institucionales. “Para vivir bien necesitamos instituciones. Cuando fui presidente de la comunidad, mandé a hacer la posta y la escuela para la comunidad. Ahora las nuevas autoridades están buscando la mejora de la comunidad; buscan apoyo en Abancay” (Luis). Los participantes afirman que la comunidad, a través de las autoridades, busca generar procesos de mejora para conseguir desarrollo en la población, tales como la gestión de obras públicas en educación y salud, o la instalación de servicios básicos, como el agua y la luz eléctrica. En concordancia con Del Pino y Aronés (2015), la comunidad se reconoce como gestora de sus propios cambios, es decir, como protagonista de su desarrollo y bienestar de todos sus miembros.

Ciudadanía y Gobernabilidad

Según lo definido por los participantes, existe ciudadanía y gobernabilidad cuando la gente se asume como miembro de su comunidad y la sociedad, participando activa y colectivamente mediante la organización comunitaria. Asimismo, se reconocen como sujeto de derechos y deberes frente al Estado, como también con la sociedad. Dentro de esta dimensión, las personas plantean tres indicadores de cambio en salud mental comunitaria: participación y organización comunitaria, recuperación del rol de autoridad, y ejercicio de derechos y ciudadanía. A continuación, se explicará de manera correlativa cada uno de los indicadores identificados en esta dimensión.

Participación y organización comunitaria.

Este indicador fue definido por los participantes como aquel proceso dirigido a generar acciones de participación organizada para atender asuntos de la comunidad, hacia la búsqueda de desarrollo y responder a las necesidades de la población. “Para que estemos bien como comunidad, todos tienen que participar en lo que interesa al pueblo,

estar organizados entre los vecinos y ver las cosas de la comunidad” (Sara). Los participantes distinguen la importancia que la población le da a la participación de cada miembro en los asuntos de la comunidad; además, resaltan que la participación de la comunidad tiene que ser acompañada por una adecuada organización. El Proyecto Esfera (2011) ha identificado indicadores de participación en relación con el contexto, pues, por lo general, es la población local la que reacciona primero frente a una situación de desastre, se involucra haciendo posible organizarse mediante alguna forma de participación. Adicionalmente, Altamirano (2009) define a la comunidad como el elemento principal de la organización social, política y económica, lo cual conduce a que la población busque un desarrollo colectivo, ante los contextos individualizantes que pueden darse en relación con la sociedad moderna. En respuesta a eso, el mayor soporte que la comunidad encuentra para no ser afectada es la vida en colectividad, desde la posesión de tierras y agua, hasta la organización y participación.

Según los participantes, este indicador se presenta cuando las instancias de gobierno promueven la participación de sus miembros en las asambleas y decisiones de la comunidad. Además, asumen que pueden contribuir con tareas, organizándose para mejorar su comunidad, es decir, como un camino continuo para seguir adelante. Sin embargo, manifiestan que aún, en algunas ocasiones, es débil la participación de las personas en los asuntos de la comunidad. “A veces hay reuniones con muy poca gente, y creo que nos falta concientizarnos. No hay conciencia. Supongo que por falta de tiempo las gente no viene” (Sara). La comunidad es dinámica y constantemente pueden ir cambiando las relaciones y procesos de cambio dentro de esta. Así, en ocasiones, la atención de las personas se centrará en determinados asuntos de la comunidad y en otras, no.

Respecto a la participación, Toro (2007) identificó un indicador de participación social que está relacionado con la incorporación de las opiniones de los usuarios y la comunidad en la gestión de la salud; es decir, la participación de la comunidad permite responder a la salud mental de la población en relación con las necesidades que existan en ella para una asistencia pertinente y oportuna. “Cuando hay problemas en la comunidad, todos las personas de la comunidad se involucran, el yachanakuy (preocuparse por el otro) se da cuando sabes y te llevas bien con tus vecinos” (María).

Según las evidencias proporcionadas por la CVR (2013), los lazos comunitarios y la organización social fueron debilitados, lo cual se reflejó en la desconfianza y la precaria participación de las personas en los asuntos de la comunidad:

Antes los problemas eran muchos; el no estar bien (mana allin kausay) era en todo el pueblo, porque la gente no respetaba ni siquiera las sanciones que les ponían. En cambio, ahora, la vida ha mejorado: hay buen vivir, la gente ya no espera ser sancionada, sino tratan de ayudar en lo que pueden en la comunidad (Teresa).

En ese sentido, la comunidad sigue un proceso organizado y colectivo, comparten preocupaciones y dan posibles soluciones a sus necesidades. En relación con eso, Rivera, et al. (2014) han identificado que la participación y fortalecimiento son claves para la reconstrucción de la comunidad; señalan que la participación es uno de los pilares del cambio social. “Cuando hay problemas, todos nos involucramos y vemos qué se puede hacer, diciendo que vamos a solucionar este problema y llegando a soluciones” (Pedro). Por lo tanto, se observa que la comunidad ha comenzado a fortalecer sus mecanismos de organización y participación que fueron debilitados, llegando a acuerdos comunitarios dentro de las asambleas comunales.

Guerrero de la Torre et al., (2015) sostienen que el concepto de suma qamaña de la cultura aimara en Bolivia es el equivalente al sumaq kausay en Perú, ya que ambos están relacionados con el buen vivir de manera colectiva. Esto quiere decir que la comunidad se desarrolla en un espacio de convivencia comunitario y genera mejores condiciones para atender sus necesidades mediante el aporte de cada uno de los miembros de la población, llegando a acuerdos mediante la participación y organización en y para la comunidad.

Por otro lado, según Delgado-Gallego y Vázquez-Navarrete (2006) en algunas comunidades de Colombia, las personas perciben que no pueden participar totalmente en el sistema de salud y que su participación es parcial. No obstante, los representantes y líderes intentan buscar mecanismos que permitan una participación activa que genere cambios, y que esta se produzca mediante la experiencia que tienen en sus organizaciones comunitarias para organizarse; sin embargo, todavía perciben que hay una participación limitada, por falta de conocimiento o de información. “Para que una comunidad tenga sumaq kausay (buen vivir), tiene que estar bien organizada, ser chila (compacta y unida), para que haya más desarrollo y eso se encuentra mediante la organización” (Juan). Entonces, las personas se unen y organizan para participar en los temas que a la comunidad le interesan, lo cual hace que se promueva un mayor sentido de pertenencia en la comunidad (Herazo & Moreno, 2014).

Según Huanacuni (2012), el vivir bien o buen vivir se relaciona con la forma en que las comunidades llegan a consensos, y los miembros de estas se escuchan entre ellos a pesar que tengan diferencias. “Hacemos acuerdos en asambleas, acuerdos como para que no se den daños (problemas) entre los pobladores, para que no hayan abusos en las casas, acuerdos para controlar los robos y que desaparezcan” (Juan). Es así que permite a todos hablar, exponer ideas y resolver problemas en beneficio de todos; no se trata de imponer lo que mayoría quiere frente a una minoría, sino obtener un bien común para la población.

En relación con lo encontrado, Theidon (2004) menciona que las comunidades tienen recursos sociales, psicológicos y políticos para recuperarse. Por eso, la comunidad, mediante mecanismos como la organización y participación, va generando sus propios cambios, que, a la larga, permitirán su reconstrucción y mejora continua “Para que la comunidad camine bien, para que la comunidad no viva mal, la comunidad ha llegado a acuerdos para mejorar, donde no haya problemas, sin envidias ni rencores, ni insultos, tenemos que vivir tranquilos” (Luis). En ese sentido, la comunidad ahora enfrenta las tensiones de la vida cotidiana mediante su organización y participa en los asuntos públicos de su interés, resuelve sus problemas y atiende a sus necesidades. Durante el conflicto armado interno, se fragmentó la comunidad. Sin embargo, lo enfrentó a través de del fortalecimiento de sus lazos sociales y familiares, que ahora se encuentran vigentes en la comunidad.

Recuperación del rol de autoridad.

Este indicador fue definido por los participantes como el reconocimiento de las competencias de las instancias de Gobierno como referentes para el desarrollo y convivencia adecuada en la comunidad. Se evidencia cuando las personas acatan las decisiones en la comunidad de acuerdo con las instancias de Gobierno, considerándolas figuras dignas de respeto y con capacidad para dirigir la comunidad en sus representantes, como lo señalan a continuación: “Las autoridades conversan con ellos y llegan a acuerdos. Nos defienden, pues. Y, si hay problemas entre nosotros, también llegamos a acuerdos; si no, vamos a la justicia” (María). Entonces, las personas distinguen que existen autoridades reconocidas por la población y que, por medio de las instancias de Gobierno, pueden llegar a acuerdos de convivencia, resolver tensiones y problemas, atender sus necesidades, e incluso administrar justicia.

Los miembros de la población se adjudican la capacidad de poder elegir y ser elegibles dentro de la comunidad para representarla jurídica y políticamente. “Para ser

autoridad tiene que darse en asamblea y bajo voto. En un acta de nombramiento se reconoce, se presenta a las autoridades a la gubernatura, después al municipio y recién sale su credencial de autoridad” (Pedro). La comunidad se encarga de vigilar y exigir el cumplimiento de las funciones de las instancias de gobierno frente a la comunidad. “Cuando una autoridad no se porta bien, lo renovamos. Si la autoridad pega a su mujer o es violento en su casa, si no hace bien las gestiones, si no vale la autoridad, en asamblea lo cambiamos” (Tomás). En este sentido, los miembros de la comunidad demandan algunos requisitos importantes para que una persona ejerza un cargo representativo dentro de ella, tales como un buen comportamiento dentro y fuera de su hogar, y un adecuado manejo de los recursos de la comunidad. Si no se cumplen estos requisitos, la comunidad opta por retirar a la autoridad de su cargo. Durante el conflicto armado interno, los representantes y autoridades comunitarias fueron asesinados y perseguidos (CVR, 2003). Por eso, las personas de las comunidades afectadas huyeron, otros retornaron y otros enfrentaron el periodo de violencia junto con su comunidad. En cambio, ahora pueden escoger a sus autoridades y regular a las instancias de gobierno, e incluso plantearse una perspectiva de futuro. En relación con esto, Mayorga y Córdova (2007) han señalado que, dentro de la gobernabilidad, existe la legitimidad, la cual consiste en que las instancias de gobierno asuman un rol representativo para la comunidad. Esta reconoce que podrán generar cambios positivos, vigilar o controlar las dificultades y beneficios que pueda tener la comunidad desde las instancias de gobierno.

La CVR (2003) señaló que un efecto de la guerra interna fue la desvalorización de los referentes comunales, pues, por la alteración del sistema de representación y orden jerárquico, no se reconocían a los representantes como legítimos para gobernar la comunidad. Actualmente, la comunidad viene generando cambios en su representatividad y en el establecimiento de las instancias de gobierno que respeten a la población y sean respetadas por ella, desde acuerdos comunitarios hasta la regencia de justicia:

Cuando se dan estos daños, arreglamos avisando a las autoridades del pueblo, diciéndoles que nos hagan pagar por el daño ocasionado. Cuando hay un daño, se avisa primero al presidente comunal, después al teniente y finalmente al agente de la comunidad. Es ahí que ellos notifican a la persona que ocasionó el daño y hacen que pague y repare a la persona afectada (Tomás).

La comunidad ha ido reparándose y buscando sus propias formas de regularse y contar con un orden jerárquico, y mecanismos y acuerdos para convivir en comunidad.

Asimismo, las personas acuden a las autoridades competentes cuando tienen conflictos. Cabe mencionar que, durante el conflicto armado interno, se dieron prácticas perniciosas de autoritarismo y la administración de justicia para la resolución de conflictos en la comunidad fue irregular; esta, además de no seguir un mecanismo adecuado para resolver problemas de convivencia, tampoco tenía el respaldo de la población.

En coincidencia con Guerrero de la Torre et al., (2015) señalan que la autoridad funciona como un servidor. Es alguien que está dispuesto a brindar su trabajo y tiempo para el desarrollo de la comunidad. Asimismo, asume la responsabilidad de cuidar de todos y velar por que la comunidad conviva en equilibrio y armonía:

En tiempos pasados existían problemas; la gente tomaba y se ponían a pelear entre ellos. En cambio, ahora, cuando hay problemas entre las familias de la comunidad, para que haya un buen vivir, las personas acuden a las autoridades y estos llegan a acuerdos para que todos estén bien (Juan).

Entonces, las autoridades se convierten en los referentes más próximos para cuidar la integridad y bienestar de la comunidad con afecto y velar por una buena convivencia entre las personas. “Les hablaba con cariño, como personas que somos, pues. Les informaba que haría gestiones y pedía que me apoyaran, hablamos de lo que falta en la comunidad, si estamos bien organizados o no” (Tomás). Esto revela que los miembros respaldan las acciones de las instancias de gobierno como señal de aceptación a sus autoridades y también colaboran con ellos.

Ejercicio de derechos y ciudadanía.

El ejercicio de derechos y ciudadanía es un indicador de cambio en salud mental comunitaria porque los participantes lo sustentan en el autorreconocimiento de las personas como sujeto de derecho. Asimismo, ejercen su ciudadanía haciendo respetar sus derechos frente a posibles prácticas autoritarias, pero también asumen deberes en la familia, la sociedad y el Estado.

Se manifiesta cuando los miembros y la comunidad se adjudican deberes con sus hijos, familia y la sociedad, y, al mismo tiempo, demandan derechos por el respeto de su dignidad e integridad. Como lo señaló Theidon (2004), las comunidades han desarrollado un nuevo sentido de ciudadanía, en virtud del cual la población exige sus derechos en un espacio marcado por las desigualdades y la exclusión:

Todos merecemos ser respetados. Todos somos iguales, tanto las personas del campo y los de la ciudad sean tratados de la misma forma. Los valores son

importantes para nosotros. Los derechos no debemos dejar que otras personas nos la hundan, y los deberes es algo que tenemos que cumplir (Dora).

En lo que respecta a los derechos y deberes, notamos que las personas distinguen que debe existir una atención mutua entre las personas, lo cual se refleja en el respeto de su condición humana, sin que sea necesario distinguir su procedencia o condición social económica. En ese sentido, los miembros de la comunidad generan mecanismos de vigilancia comunitaria y, cuando se evidencie alguna falta por parte de algún miembro de la comunidad o ajeno a ella, buscarán una forma de sancionar y reparar el daño. “Más antes, por ejemplo, venían los policías y maltrataban a la gente. Ahora en cambio la gente se hace respetar” (Pedro). “Nosotros ya conocemos nuestros derechos; así reclamé al alcalde” (Tomás). Entonces, se puede aseverar que para la comunidad los derechos son iguales para todos, y a la vez reconocen que tienen responsabilidades con su familia y con la comunidad.

El estudio realizado por Zurita (2015) sobre indicadores de cambio de salud mental comunitaria en Cusco planteó un indicador relacionado con la participación social y política de la comunidad en la vigencia de sus derechos, que, en parte, el indicador refiere que la comunidad viene ejerciendo sus derechos y movilizándolo temas de interés colectivo. Tal como lo afirma, la comunidad comienza un proceso de defensa de sus derechos, reflejado desde las iniciativas de las mujeres e involucrando a todos los miembros de la comunidad. En esa línea, se priorizan aspectos importantes para el desarrollo de la comunidad, como son la salud y la educación. Adicionalmente, reconocen que tanto la salud como la educación son derechos que deben ser sustentados por el Estado, y que es un deber de la comunidad asumir estas obligaciones con su familia y la población. “Y que también nuestros hijos vayan a la escuela o la posta médica. Antes nuestros hijos no iban a escuela; por eso, no estudiábamos las mujeres. Ahora es diferente: nuestros hijos todos van a estudiar” (Iris).

De lo sustentando, los participantes evidencian que el ejercicio de sus derechos puede mejorar las condiciones de vida y desarrollo para la comunidad, aspirando desde una superación personal hasta un bien colectivo de las futuras generaciones de la comunidad. Entonces, la comunidad se va dando cuenta de que las estructuras socioculturales —educación, trabajo, pobreza, discriminación— afectan su salud y su salud mental (Velázquez, 2007). Por ello, las personas asumen la importancia del acceso de los miembros de la comunidad a la educación y la salud, y lo consideran su derecho.

“Para nosotros la educación es lo primero, porque, si los mayores no pudimos estudiar, ahora nuestros hijos sí pueden hacerlo. También hace poco ya tenemos la Posta de Salud para que los niños se atiendan y no se enfermen” (Luis). Así, la comunidad entiende que, de esta manera, garantizará mejores condiciones de salud y calidad de vida en adelante para ellos. Asimismo, Grajeda et al., (2013) destacan la importancia de la participación ciudadana y gobernabilidad en los temas referidos a la salud. Además, sustentan que es necesario que las personas tengan una presencia activa en la construcción de la sociedad mediante la participación, y que se promueva la presencia del Estado y otros actores sociales para generar un bienestar común. Ratifican que la salud no solo es un derecho de las personas, sino también un deber. De acuerdo con los autores, la ciudadanía vendría a ser aquel compromiso de las personas por el cuidado de su salud a nivel individual y colectivo:

Digamos que tendría que ser como una ciudad, ya no en desorden, sino vivir en orden, con edificaciones buenas. La llegada de organizaciones haría que tengamos más desarrollo, lo cual haría que mantengamos bien a nuestras familias, eduquemos a nuestros hijos, les sacaríamos profesionales. Pero ahora, aún no hay eso (Juan).

La afectación de las comunidades por la violencia suscitada en el país ha generado el resquebrajamiento de la participación que conllevó la suspensión de algunos derechos ciudadanos. Sin embargo, la comunidad ha ido informándose; algunos de sus miembros ya han podido recibir una educación formal, gracias a la experiencia de ser autoridades o de representar a la comunidad, ahora saben que los derechos no son exclusivos para determinados grupos, sino que son entendidos como una forma de respeto común a su condición humana. Este indicador de cambio, ejercicio de derechos y ciudadanía, refleja que la comunidad ya no es ajena a los asuntos públicos del Estado, sino que ahora negocia por igual sus intereses y sus necesidades (Rivera & Mendoza, 2007). En este sentido, la comunidad consulta y colabora, y también quiere ser consultada e involucrada en temas que puedan influir en su desarrollo y dinámica social comunitaria, que, para los participantes, es el buen vivir. “Vivir bien es un derecho; así lo hablamos en las asambleas y llegamos a acuerdos. Eso, pues, por eso la comunidad va caminando para adelante” (Luis). Sin embargo, Francke (2007) ha encontrado entre sus hallazgos que la conciencia sobre las responsabilidades y los derechos es limitada en poblaciones rurales en la sierra y ceja de selva, pues las personas en estas zonas no se atreven a reclamar cuando son maltratadas o cuando la atención es deficiente:

Para que ya nadie entre a hacer abusos a nuestras casas, ni la policía ni nadie, es conocer nuestros derechos y hacerlos respetar. El vivir bien (sumaq kausay) es respetarnos entre todos como personas, nosotros ya no somos maltratados ni abusados. Eso es el buen vivir (Tomás).

Por otro lado, Castellón y Laplante (2005) difieren de Francke (2007) respecto al ejercicio de derechos de las comunidades. Señalan que, contrario al ejercicio limitado de derechos, las comunidades reconocen cuáles son estos, lo cual hace que ahora se consideren como sujetos de derecho frente al Estado, es decir, ya no ser vistos como víctimas, sino como personas protagonistas de diferentes procesos de participación ciudadana desde los varones hasta las mujeres:

Muchas mujeres en las comunidades todavía no conocen sus derechos. Y, cuando no conocen sus derechos, siguen siendo maltratadas y humilladas por su pareja, tanto por las autoridades y en su entorno hay violencia. Por eso, es importante saber qué derechos tenemos (Carmen).

Es así, que este indicador de cambio sobre el ejercicio de derechos y ciudadanía, donde la ciudadanía es entendida como aquella forma de vida en la que las personas buscan el bien común, antes que un beneficio individual. En ese sentido, sus acciones irán dirigidas a generar un bienestar colectivo en la comunidad, antes que un interés y deseo individual (Quiroz, 2008). La ciudadanía debería integrar a todas las personas sin distinción, y con derechos y deberes frente al Estado. Aunque por lo complejo del tema, se hacen difíciles la creación y establecimiento de políticas ciudadanas en relación con comunidades históricamente excluidas. Sin embargo, según Ander (2015), las comunidades que viven en exclusión necesitan ejercer su ciudadanía para lograr tener acceso a derechos; por ejemplo, el derecho al agua potable, educación o la salud, que deberían ser accesibles para las comunidades sin mayor exigencia, como una responsabilidad estatal. En relación con esto, la comunidad se da cuenta de la situación de exclusión y ausencia de la garantía de sus derechos y, por eso, demanda la atención de estos.

Como concluyen Winkler et al., (2016), las comunidades tienen el derecho a recibir intervenciones de calidad, que sean transparentes en cuanto a la información que se brinda y que se recoge. Asimismo, tienen el derecho de participar libremente desde su propia autonomía en la toma de decisiones y búsqueda de sus intereses, y que se respeten y reconozcan sus vivencias, saberes y prácticas comunitarias.

Finalmente, cabe mencionar que las comunidades en la región de Apurímac no son ajenas a los diversos fenómenos y procesos sociales, a nivel político, social, comunitario y económico que se han estado dando en nuestro país durante los últimos años, tales como los procesos extractivos como la minería o la presencia del Estado con proyectos de inversión y producción a nivel local, regional o nacional. Todos estos fenómenos influyen en las decisiones que la comunidad debe tomar en determinados momentos de su vida comunitaria. Es así que el sentido de bienestar, la búsqueda de desarrollo colectivo y el ejercicio de ciudadanía son importantes cuando la comunidad opte por elegir alternativas para su futuro. Estos indicadores de cambio en salud mental comunitaria ayudarían a que la comunidad pueda establecer relaciones más equitativas con el Estado u otras organizaciones, primando el bien común para la comunidad.



Conclusiones

Ante las pocas investigaciones sobre indicadores de cambio desde las comunidades atendidas por el sistema de salud, se espera que este estudio constituya un aporte desde una construcción participativa y conjunta de indicadores que evidencien el cambio en la salud mental comunitaria de las personas.

Esto permitirá incorporar elementos y propuestas sistematizadas para la mejora de las comunidades afectadas por conflicto armado interno, en situación de vulnerabilidad y exclusión. Estos indicadores pueden contribuir a las políticas y acciones que implican atender la salud de manera integral desde el Estado. En ese sentido, se podrían incluir estos indicadores en instrumentos y lineamientos de un modelo de salud mental comunitaria.

En relación con lo encontrado, se han construido tres dimensiones: sentido de bienestar, desarrollo colectivo, y ciudadanía y gobernabilidad. Estas contienen una lista de indicadores de cambio en salud mental comunitaria planteados por los participantes. A partir de los resultados de la investigación, se puede concluir que se identificaron ocho indicadores.

En la dimensión de sentido de bienestar, se encontró el indicador de capacidad de mirarse, que es la capacidad que permite contar con una mirada autocrítica y propositiva desde uno mismo y respecto de otras personas. Es decir, cuando la persona tiene problemas, busca cambiar la situación por su propia voluntad y evitar sentimientos de frustración y angustia. También se encontró el indicador de búsqueda de ayuda, que es aquella intención de las personas para encontrar apoyo para sí mismas y para la comunidad, superando aspectos negativos que generen malestar. Se evidencia cuando un miembro de la comunidad busca apoyo en su entorno. Así mismo, se encontró el indicador de visión de futuro y esperanza, aquella forma de visualizar un proyecto de vida personal y comunitario para obtener mejores condiciones y desarrollo en la comunidad. Es así que las personas pueden proponerse y planificar metas a corto, mediano o largo plazo.

En la dimensión de desarrollo colectivo, se identificó el indicador de soporte social, como aquel fortalecimiento de vínculos familiares y recuperación de lazos sociales-comunitarios, la familia funciona como primer grupo de ayuda y se integra a la comunidad. Así también, se encontró el indicador de gestión comunitaria, el cual refiere que la comunidad identifica redes comunitarias para solicitar asistencia a las

instituciones y organizaciones que puedan atender las necesidades o intereses de la misma.

En la dimensión de ciudadanía y gobernabilidad, se encontró el indicador de participación y organización comunitaria, el cual se evidencia cuando la población genera acciones de participación organizada en los asuntos de la comunidad. Las instancias de Gobierno promueven la participación en las asambleas y decisiones de la comunidad. Asimismo, se identificó el indicador de recuperación del rol de autoridad, como el reconocimiento de las competencias de las instancias de Gobierno como referentes para el desarrollo y convivencia la comunidad; es decir, las autoridades son consideradas una figura de respeto y representación legítima en la comunidad. Finalmente, se encontró el indicador de ejercicio de derechos y ciudadanía, que se verifica cuando la comunidad se reconoce como sujeto de derecho, hace valer sus derechos, y asume responsabilidades en la familia y la sociedad.

Queda pendiente continuar con investigaciones que aporten mayor información sobre el tema, entre aspectos favorables, como también las dificultades que implica conocer la salud mental en el país. Los resultados de este estudio difícilmente pueden ser generalizables, pues corresponden a la vivencia de una comunidad en particular; por eso, existe la necesidad de seguir investigando otras realidades y poblaciones particulares, lo cual permitirá generar diversas nociones que enriquezcan la discusión y comprensión sobre esta temática.

Para la atención de la salud, se debe involucrar a los actores implicados en la prestación y asistencia de la salud mental, tejiendo redes y alianzas, entre las instancias de Gobierno y sociedad en general. Será importante fortalecer el marco normativo en políticas de salud mental, que puedan responder a las necesidades sentidas de la población y que garanticen los derechos humanos de las comunidades, así como promover políticas de salud que permitan una implementación, asistencia, evaluación y monitoreo de la salud mental. Es una apuesta política y ética desde la psicología comunitaria generar movilización social en la sociedad.

Por lo encontrado, el diseño de nuevas formas de acercarse a poblaciones con estas características debe involucrar una visión completa de la salud mental desde enfoques como derechos humanos, género, interculturalidad, psicosocial, generacional, entre otros, los cuales permitan entender la salud mental comunitaria dentro de la comunidad; comprender su cultura, el contexto donde se desarrollan y las formas de ver su realidad; y recuperar y evidenciar lo que las comunidades demandan para la atención

de la salud mental, para que, junto con los ciudadanos, se puedan encontrar nuevas formas que generen mejores condiciones de vida. Para ello, es importante promover un proceso continuo y sostenido de participación democrática desde la sociedad y las comunidades.



Referencias

- Altamirano, T. (2009). *Migración, remesas y desarrollo en tiempos de crisis*. Lima: PUCP, CISEPA. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/cisepa-pucp/20091217020415/2009_alt.pdf
- Álvarez-Gayou, J. (2012). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. México D.F.: Paidós.
- Amnistía Internacional Perú. (2013). *Cuatro testimonios a diez años del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. Lima: Amnistía Internacional.
- Ander, G. (2015). Crisis y desafíos de la participación en procesos de desarrollo rural. En F. Landini (Coord.), *Hacia una Psicología Rural Latinoamericana* (pp. 231-235). Buenos Aires: Universidad de la Cuenca de la Plata y CLACSO. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20150213020711/Hacia_una_psicologia_rural.pdf
- Arenas, E., & Custodio, E. (2015). Experiencia de colores: Estrategias de intervención comunitaria en contextos post conflicto armado interno en Perú. *Eureka Revista de Investigación Científica de Psicología*, 12(M), 151-164. ISSN 2218-0559
- Berbesí, D., & Torres, Y. (2012). Importancia de los Indicadores en Salud Mental dentro del Observatorio Nacional de Salud Mental. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental-Colombia*, 1, 13 -16. Recuperado de <http://documents.mx/documents/revista-salud-mental-n1.html>
- Beristain, C. (2010). *Diálogos sobre la reparación: Qué reparar en los casos de violaciones de derechos humanos*. Quito: Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1585/dialogos-sobre-la-reparacion-2010.pdf>
- Bustamante, I., Rivera, M., & Matos, L. (2013). *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/6028.pdf>
- Castellón, R., & Laplante, L. (2005). *Los afectados por el conflicto armado interno del Perú: Exigiendo el derecho a la salud mental*. Lima: Praxis-An Institute for Social Justice. Recuperado de <http://cies.org.pe/sites/default/files/files/diagnosticoypropuesta/archivos/dyp-20.pdf>
- Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). *Informe Final*. Lima: CVR.

- Correa, C. (2013). *Reparaciones en Perú: El largo camino entre las recomendaciones y la implementación*. Lima: Centro Internacional para la Justicia Transicional. Recuperado de <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-Report-Peru-Reparations-Spanish-2013.pdf>
- Cueto, R. (2008). *La salud mental de las comunidades afectadas por el conflicto armado interno en el Perú. Representaciones Sociales del personal de salud del Ministerio de Salud* (Tesis de Maestría). doi 10.13140/RG.2.1.5160.7765
- Cueva, G. (2005). Intervención en salud mental en víctimas de violencia política. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 6(1), 23-32. Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/3%20INTERVENCION%20EN%20SALUD%20MENTAL%20EN.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2009). Informe Defensorial N° 140 - Salud mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima: Defensoría del Pueblo. Recuperado de <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-defensorial-140-vf.pdf>
- Del Pino, E., & Aronés, M. (2015). *Los sistemas de salud en Huancavelica desde/con un enfoque intercultural*. Huancavelica: Médicos del Mundo.
- Delgado-Gallego, M. E., & Vázquez-Navarrete, L. (2006). Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 128-140. doi 10.1590/S0124-00642006000200001
- Dueñas, J. (2012). La cultura y el desarrollo de la Región Cusco. *El Antoniano: Revista científico cultural*, 121(2), 201-206. Recuperado de <http://www.unsaac.edu.pe/investigacion/publicaciones/121/Antoniano121.pdf>
- El Proyecto Esfera. (2011). Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. Reino Unido: Practical Action Publishing. Recuperado de http://www.predes.org.pe/predes/images/manual_esfera_ver2.pdf
- Fernández, M. (2011). *Significados, aprendizajes y perspectivas de futuro de adolescentes de Putacca a partir de una experiencia de memoria colectiva* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)

- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Fourment, K. (2012). *El juego como facilitador del desarrollo comunitario. Representaciones sociales sobre el juego infantil de un grupo de madres y padres del centro poblado "La Garita"* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Francke, M. (2007). "No me entiende ni yo tampoco lo entiendo...": *Hallazgos de una investigación participativa sobre salud en comunidades que sufren pobreza y exclusión en el Perú y reflexiones sobre los alcances y límites de las metodologías participativas* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social: Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes. Recuperado de http://www.taosinstitute.net/Websites/taos/images/PublicationsFreeBooks/Gergen_construccionismo_social.pdf
- Goncalves de Freitas, M., & Montero, M. (2003). Las redes comunitarias. En M. Montero (Ed.), *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: Tensión entre comunidad y sociedad* (pp. 173-201). Buenos Aires: Paidós.
- González Rey, F. (2006). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. Recuperado de http://www.odhag.org.gt/pdf/R_INVESTIGACION%20CUALITATIVA.pdf
- González Rey, F. (2014). Dilemas epistemológicos actuales en psicología comunitaria. En J. Flores (Coord.), *Repensar la psicología y los comunitario en América Latina* (pp. 19-46). Tijuana: Universidad de Tijuana CUT. Recuperado de <http://red.pucp.edu.pe/psicologia-comunitaria/files/2014/05/MarzoRepensar-la-psicolog%C3%ADa-y-lo-comunitario-en-Am%C3%A9rica-Latina-DIGITAL.pdf>
- Grajeda, P., Valdez, N., & Mendoza, Y. (2013). Participación ciudadana y gobernabilidad en salud. *El Antoniano: Revista científico cultural*, 122, 185-190. Recuperado de <http://www.unsaac.edu.pe/investigacion/publicaciones/122/Antoniano122.pdf>
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo*

- con poblaciones*. Lima: Amares (UE- MINSA). Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/08_Salud_Mental_Comunitaria_Per%C3%BA.pdf
- Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitario GTSDC. (2014). Algunos métodos para evaluar iniciativas comunitarias integrales [Publicación en el portal web Caja de Herramientas Comunitarias] Recuperado de <http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/evaluar/evaluar-iniciativas-comunitarias/indicadores-a-nivel-comunitarios/principal>
- Guerrero de la Torre, N., Gutiérrez, S., & Gutiérrez, J. (Noviembre, 2015). *Psicología social comunitaria y el concepto Suma Qamaña*. Ponencia presentada en la Mesa Temática de Ética y formación en el trabajo comunitario en el 3er Coloquio Internacional de Psicología Social Comunitaria en nuestra América de la Universidad Autónoma de México, México D.F.
- Henríquez, N. (2014). Vida cotidiana en tiempos de guerra y de reparaciones en el Perú. *Contextualizaciones Latinoamericanas*, 6(11), 1-13. Recuperado de http://www.contextualizacioneslatinoamericanas.com.mx/pdf/VidacotidianaentiemposdeguerraydereparacionesenelPer%C3%BA_11.pdf
- Herazo, K., & Moreno, B. (2014). *Sentido de Comunidad en un pueblo originario: Santa Martha Acatitla (entre los carrizos)*. México D.F: UNAM.
- Huanacuni, F. (Productor). (2012) *Fernando Huanacuni: Buen Vivir- Vivir Bien* [Archivo de vídeo]. De <https://www.youtube.com/watch?v=9oZHJMTcfOE>
- Huppert, F. (2004). A population Approach to Positive Psychology: The Potential for Population Interventions to Promote Well-Being and Prevent Disorder. En A. Linley & J. Stephen (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 693-709). New Jersey: John Wiley & Sons. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jennifer_Teramoto_Pedrotti/publication/232575196_Strategies_for_Accentuating_Hope/links/545bba310cf249070a7a7c5f.pdf#page=717
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. Lima: INEI.
- Korkeila, J., Kovess, V., Dalgard, O., Madianos, M., Salize, H., & Lehtinen, V. (2007). Piloting mental health indicators for Europe. *Journal of Mental Health*, 16(3), 401-413. doi 10.1080/09638230701299152

- Macher, S. (2013). A diez años de la presentación del Informe final de la CVR, ¿hemos avanzado? *Revista Argumentos*, 4, 47-51. Recuperado de http://revistaargumentos.iep.org.pe/wp-content/uploads/2014/04/macher_set13.pdf
- Mayorga, F., & Córdova, E. (2007). *Gobernabilidad y gobernanza en América Latina*. Ginebra: No publicado. Recuperado de <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-334.html>
- Maza, C. (2015). *Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico*. Lima (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Mental Disability Rights International; Asociación Pro Derechos Humanos. (2004). *Derechos Humanos y Salud mental en el Perú*. Lima: Mental Disability Rights International. Recuperado de <http://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Peru-Report-Esp-Final-Spanish.pdf>
- Ministerio de Salud. (2004). *Lineamientos para la acción en Salud Mental*. Lima: MINSA. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/02_Lineamientos_SM.pdf
- Ministerio de Salud. (2005). *Plan de reparaciones en salud para población afectada por la violencia política*. Lima: MINSA. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/099.pdf>
- Ministerio de Salud. (2006a). *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz: Plan General 2005-2010*. Lima: MINSA. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/07_Estrategia_sanitaria_SM_CP.pdf
- Ministerio de Salud. (2006b). *Plan Nacional de Salud Mental*. Lima: MINSA. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/01_Plan_Nacional_de_Salud_Mental.pdf
- Molina, C. (2011). *Salud Mental y desplazamiento forzado 2025*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Montero, M. (2009). *Grupos Focales*. Caracas: AVEPSO.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México D.F: Red Tercer Milenio.

- Moyano, M. (2009). *Análisis de los efectos psicosociales de la violencia política en tres distritos del departamento de Huancavelica con distintos niveles de afectación* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Ocariz, M. (2015). *Violencia de Estado na ditadura civil- militar brasileira (1964-1985) Efeitos Psíquicos e Testemunhos Clínicos*. Sao Paulo: Escuta. Recuperado de <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/anistia/anexos/sedes-violencia-de-estado-2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005a). *La salud y los objetivos de desarrollo del milenio. Invertir en Salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005b). Conferencia ministerial para salud mental. Plan de acción en Salud Mental Helsinki. Helsinki: OMS. <http://www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, 5. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR_PovertyReductionsStrategies_WHO_SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (49° Consejo Directivo 61.a Sesión del Comité Regional). Recuperado del sitio de internet de la Organización Panamericana de la Salud: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Indicadores Básicos de los Servicios de Salud Mental en México*. México D.F: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades*. Cuadernos de promoción de la Salud Mental No. 1. Lima: OPS. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/cd045364/fortaleciendo01.pdf>
- Padilla, K. (2012). Participación infantil: posibilidades y desafíos desde la perspectiva de un grupo de niños y niñas del centro poblado "La Garita" (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M., & Palmar, A. (2014). *Investigación Cualitativa*. Barcelona: Elsevier.
- Peinado, Y., Martín, T., Corredera, E., Moñino, N., & Prieto, L. (2010). *Grupos de discusión: Métodos de investigación en Educación Especial*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/GrupDiscusion_trabajo.pdf
- Peréz, A. (2012). Sobre el constructivismo: Construcción social de lo real y práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 5-21. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5652/pr.5652.pdf
- Pérez, P. (1999). *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: EXLIBRIS.
- Pérez, P. (2007). Formulación de Indicadores [Dispositivas de PowerPoint]. Lima.
- Peréz, Y., & Jibaja, C. (2009). *De la clínica a la salud mental comunitaria: Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país*. Lima: CAPS.
- Ponce de León, J. (2015). *Radio descosidos: una experiencia de salud mental comunitaria con usuarios de un hospital especializado de Lima* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo. (2013). *Informe sobre Desarrollo Humano 2013. Ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. Nueva York: PNUD. Recuperado de http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf

- Quiroz, R. (2008). *Ciudadanía, actores y discursos. Una mirada plural desde la Psicología Comunitaria*. Cuaderno de trabajo, 5: Santiago: Universidad de Chile. Recuperado de http://www2.facso.uchile.cl/psicologia/postgrado/magister/comunitaria/publicaciones/cuadernos/ct_05_2008.pdf
- Red para la Infancia y la Familia Perú. (2010). *Indicadores de recuperación emocional identificados en la experiencia de trabajo de los equipos de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz*. Lima: Redinfa.
- Red para la Infancia y la Familia Perú. (2010). *Propuesta de indicadores de recuperación emocional en personas afectadas por el conflicto armado interno*. Lima: Redinfa.
- Retamozo, M. (2012). Construccinismo: epistemología y metodología en las ciencias sociales. En E. Toledo & G. Leyva (Eds.). *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 325-350). México D.F.: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de https://www.academia.edu/518559/Constructivismo_Epistemolog%C3%ADa_y_Metodolog%C3%ADa_en_las_ciencias_sociales
- Rivera, M. (2009). *Encontrando rutas de bienestar: Malestares y búsqueda de ayuda en salud mental. La experiencia en tres servicios de salud de la Red Huamanga* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Rivera, M. (2010). *Apoyo psicosocial y salud mental comunitaria en el proceso de reconstrucción posterremoto en Chincha; murales para ver y soñar*. Lima: Cruz Roja Peruana. Recuperado de http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/F20DF3322758E1B88525773B007533D9-Informe_completo.pdf
- Rivera, M., & Mendoza, M. (2007). *Guía de capacitación para la intervención en salud mental comunitaria*. Lima: AMARES (UE-MINSA). Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/08_Salud_Mental_Comunitaria_Per%C3%BA.pdf
- Rivera, M., Velázquez, T., & Morote, R. (2014). Participación y fortalecimiento comunitario en un contexto post-terremoto en Chincha- Perú. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 144-155. Recuperado de

- <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/354/348>
- Roca, C. (2011). *Percepciones de Soporte Social en mujeres organizadas en comedores de emergencia por el terremoto del 2007* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Schavelzon, S. (2015). *Plurinacionalidad y Vivir Bien/ Buen Vivir: dos conceptos leídos desde Bolivia y Ecuador post- constituyentes*. Quito: Ediciones Abya-Yala y CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20160202103454/Plurinacionalidad.pdf>
- Sonn, C., Stevens, G., & Duncan, N. (2013). Decolonisation, Critical Methodologies and why Stories Matter. In G. Stevens, N. Duncan & D. Hook (Eds.) *Race, Memory and the Apartheid Archive: Towards a Transformative Psychosocial Praxis* (pp. 295-314). London: Palgrave Macmillan. Available at https://www.academia.edu/18053856/Decolonisation_critical_methodologies_and_why_stories_matter
- Souza, M., Ferreira, S., & Gomes, R. (2012). *Investigación social: Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Távora, M. (2012). *Sentido de Comunidad en un contexto de violencia comunitaria* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: IEP.
- Toro, O. (2007). *Indicadores para la evaluación de la gestión de las unidades de atención de salud mental ambulatoria de especialidad* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)
- Ulfé, M. (2013). *¿Y después de la violencia que queda? víctimas, ciudadanos y reparaciones en el contexto post-CVR en el Perú*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20130628122643/Ydespuesde la violencia.pdf>
- Valenzuela, T. (2005). Indicadores de Salud: Características, uso y ejemplos. *Revista Ciencia y Trabajo*, 7(17), 118-122.
- Velázquez, T. (2007). *Salud Mental en el Perú: Dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, CARE.

Recuperado de

<http://www.cies.org.pe/sites/default/files/files/investigacionesbreves/archivos/ib-28.pdf>

- Vergara, A. (2007). Imaginario, simbolismo e ideología. *Dialogía: Revista de lingüística, literatura y cultura*, 2, 109-146.
- Winkler, M., Reyes, M., Olivares, B., & Berroeta, H. (2016). *¿Qué Derechos tienen las comunidades ante las intervenciones comunitarias?* Santiago: Universidad de Santiago de Chile y Universidad de Valparaíso Chile. Recuperado de <http://comunitaria.cl/2016/03/derechos-de-las-comunidades-ante-intervenciones-comunitarias/>
- Zautra, A., & Bachrach, K. (2000). Psychological Dysfunction and Well-Being. En J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 165-185). New York: Springer Science y Business Media.
- Zurita, A. (2015). *Indicadores de cambio en la salud mental en personas afectadas por violencia social en contexto post-conflicto armado interno en Cusco* (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio Digital de Tesis PUCP. (Acceso o Solicitud No.)

Apéndices

Apéndice A: Guía de entrevista semiestructurada

Buenos días, mi nombre es Eric Arenas Sotelo. Soy alumno de la Maestría de Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Me encuentro realizando una investigación, que lleva como título *Indicadores de cambio en salud mental comunitaria de una población afectada por el conflicto armado interno en Apurímac*, con usuarios que hayan tenido experiencia y participación en intervenciones psicosociales en salud mental.

Por esto, conociendo de su experiencia y participación en un proyecto de intervención psicosocial en Cotabambas, me gustaría poder dialogar con usted para hacerle algunas preguntas que nos permitan encontrar juntos indicadores de cambio en salud mental comunitaria que experimenta una población afectada por conflicto armado interno luego de haber participado en un proyecto de intervención psicosocial. Poder ver los puntos más importantes que aparecen cuando las personas cambian.

Vamos a comenzar con algunos datos generales para recordar o saber un poco más acerca de usted.

Ñawinchay rimariyninchis

Allin p'unchay, sutiymi Eric Arenas Sotelo. Noqa kani yachaqe Maestría de Psicología Comunitaria Pontificia Universidad Católica del Perú nisqamanta. Khunanmi ruwashani hoq umanchakuy yachachiyta, sutinmi khawarichiykuna comunidad kausaymanta sasachakuy watakunamanta Apurímacpi; warmirunakunawan yachaq ñawinchasqa ima comunidad puriyninta.

Chay rayku, yachaspa qan yachay ruqaskaykita hina comunidadniykiipi Cotabambaspi. Munayman rimariyta qanwan tapurikuyta ruwanaypaq, chaymanta kuskataririnanchispaq chay khawarichiykunata comunidad kausayninmanta sasachakuy watakunamanta , chaymanta ruwaqtinku comunidad puririyninpaq. Chaymanta atinaypaq khawariyta imaynatan warmirunakuna t'iqrarinku puririyninkupi.

Qallarisunchis yachaspa qanmanta, aylluykimanta ima.

Datos generales

1. Nombre:.....
2. Edad:.....
3. Ocupación:
4. Número de hijos:
.....
5. Tiempo de residencia en Cotabambas:
.....
6. Lugar de nacimiento:
.....
7. Proyecto de salud mental comunitaria:
.....
8. Afectación por el conflicto armado interno:
.....
9. Cargos en la comunidad:
.....

Indicadores en salud mental comunitaria

Como le había contado, mi estudio trata de encontrar cuáles son los principales cambios que se dan en las personas y la comunidad después que han participado en un proyecto psicosocial. En su caso, cómo ustedes se dan cuenta:

- a) ¿Cómo se daban cuenta de que la persona ya se siente bien? ¿Cómo se daban cuenta de que su comunidad se siente bien?
- b) ¿Cómo se da cuenta de que usted se siente bien? ¿Cómo se da cuenta de esto? ¿Qué cambios se ven? ¿Cómo es la persona? ¿Cómo es la comunidad? ¿Qué más puede decir al respecto?
- c) Le podría pedir que narre una historia en la cual se sienta bien el protagonista y una historia en la cual el protagonista se sienta mal.
- d) Le podría pedir que narre una historia en la cual se sienta bien la comunidad y una historia en la cual la comunidad se sienta mal.

Síntesis y ubicación de indicadores

He escuchado su relato con atención y me parece muy interesante lo que me cuenta. Sobre la base de eso, he tomado algunos apuntes. Me gustaría poder compartirlos con usted para que me indique si he logrado captar lo que usted me ha contado.

- a) ¿Habría algún otro indicador de salud mental comunitaria que le parece debe incluir?
- b) ¿Le parece que estos puntos son suficientes? ¿Hay algo que debemos agregar o quitar? ¿Cómo le parece que debemos ordenarlos? ¿Hay algo que podamos agregar?

Ahora sí creo que he captado lo que usted me quería contar. Gracias por su participación.



Sutin, ayllumanta, tiyaynin khawarichiykuna ima

1. Suti:
.....
2. Hayk'a watayuq:
.....
3. Ruwaynin:.....
4. Hayk'a wawayuq:
.....
5. Hayk'aqmanta tiyan Cotabambaspi:
.....
6. Maypi illariran:
.....
7. Proyecto comunidad kausayninmanta:
.....
8. Sasachakuy watakunapi:
.....
9. Comunidadpi ruwasqan:
.....

Comunidad kausaynin t'iqrariyninkuna

Nisqayta hina, yachayniy munan mashkhayta imakunan t'irakun warmirunakunapi comunidadpi ima, qhepa ruwasqankumanta comunidad kausayninpi. Qanpi, imaynatan khawankichis chayta:

- a) ¿Imaynatan khawankichis runa allin kaqtin kausayninpi? ¿Imanaytan khawankichis comunidad allin kaqtin?
- b) ¿Imaytan khawakunki allin kaqtiyki? ¿Imaynan khawakun chay? ¿Ima t'iqrarikuykuna khawakun?¿Imaynan runa kan? ¿Imanayn comunidad kan? ¿Imantawan niwaq?
- c) Atiwaqchu niwayta hoq yuyarisqaykita runa allin kaqtin, hoq yuyariyqaykita mana allin runa kaqtin.
- d) Atiwaqchu niwayta hoq yuyarisqaykita comunidad allin kaqtin, hoq yuyarisqaykita mana allin comunidad kaqtin.

Ruwasqamanta huñuriy

Allinta uyarirani niwasqaykita, rimarisqayki allinta umachariruni. Rimarisqaykimanta, patara patapi qelqaramuni. Khunan qanwan kushka khawariyta munayman, niwanaykipaq allintachu niwasqaykita churaramunichi.

- a) ¿Kanmanchu hoq kausay t'iqrarikuy comunidadpi churanaypaq?
- b) ¿Chay ruwasqayta llapanchu kanman? ¿Imatawan churawaq o horqonwaq ima?
¿Imaynata churayta atinchisman? ¿Imatawan churawaq?

Khunanqa ña llapan niwasqaykita umacharuni. Añay.



Apéndice B: Guion del grupo de discusión

Dimensiones de los indicadores de cambio en la salud mental comunitaria

N° Dimensión	Indicadores de cambio en la salud mental comunitaria
--------------	--

1. Sentido de bienestar	
-------------------------	--

2. Desarrollo colectivo	
-------------------------	--

3. Ciudadanía y gobernabilidad	
--------------------------------	--

Khawarichy kуска rimaykunamanta

Khawarichikuykuna t'ikrarikuy comunidadpi kausaymanta

N° Khawarichikuy	T'ikrarikuy comunidadpi kausaymanta
------------------	-------------------------------------

1. Allin(sumaq) kausaymanta	
-----------------------------	--

2. Kуска puririna	
-------------------	--

3. Runa kay comunidadpi ima	
-----------------------------	--

Apéndice C: Consentimiento informado

Estimado (a) participante:

Mi nombre es Eric Arenas Sotelo. Soy alumno de la Maestría de Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Me encuentro realizando una investigación, que lleva como título *Indicadores de cambio en la salud mental comunitaria de una población afectada por el conflicto armado interno en Apurímac*, con usuarios que hayan tenido experiencia y participación en intervenciones psicosociales en salud mental.

Toda la información será trabajada de manera confidencial y con fines académicos. De esta forma su participación es completamente voluntaria. Si tiene alguna pregunta no dude en hacérmela.

En caso de que usted acepte, se le hará una entrevista y será grabada en formato de audio. La información que brinde será usada únicamente para la investigación y se usará de forma confidencial en la misma. Su nombre o datos personales no serán identificados en ningún informe ni otro documento.

Usted puede 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 sido informado de las características del estudio de *Indicadores de cambio en la salud mental comunitaria de una población afectada por el conflicto armado interno en Apurímac*, acepto participar de forma voluntaria. Por su parte, el investigador se compromete a mantener la confidencialidad de la información recogida.

Fecha: _____

Firma del participante
DNI:

Firma de investigador
Eric Arenas Sotelo

Qelqana ruwananchismanta

Allinllanmi qanpaq:

Sutiymi Eric Arenas Sotelo Noqa kani yachaqe Maestría de Psicología Comunitaria Pontificia Universidad Católica del Perú nisqamanta. Khunanmi ruwashani hoq umanchakuy yachachiyta, sutinmi khawarichiykuna comunidad kausaymanta sasachakuy watakunamanta Apurímacpi; warmirunakunawan yachaq ñawinchasqa ima comunidad puriyinta.

Llapan rimanqanchismanta aparikunka qanllapaq, yachaykuna ruwanapaq. Kaypi, munasqayki ima rimariwaq qanlla munatiyki. Tapurikuy kaqtin niwanki. Munaqtiyki rimariyti, ruwasunchis hoq tapurikuynanta, chaymanta rimasqaykita alchakunka uyarinapaq. Rimarisqaykikuna aparikunka yachanapaq, alchakunka chayllapaq. Sutiyki kawarichiykikuna ima mana churakunqachu ima patarakunapipis.

Qan atinki niyta munasqayki mana munasqayki ima rimayta. Astawan, atinki niyta kay kamalla rimariyta munani atini ima.

Noqa,.....ña khawaspa llapan ruwarikuyta kay yachakuymanta khawarichiykuna comunidad kausaymanta sasachakuy watakunamanta Apurímacpi munani rimariyta noqamantapuni. Yachaqetaq, mañakunka apayta llapan rimarikuyta allin alchasqata.

Pacha:.....

Qelqay runaq

DNI:

Qelqay yachaqeq

Eric Arenas Sotelo

Apéndice D: Reseña de los participantes

Juan: Nació en Cotabambas, vive con su esposa y sus cuatro hijos: dos mujeres y dos varones. Posee una casa de adobe y una estancia de paja; tiene chacras para cultivar productos como papas, ollucos, ocas, entre otros. Se dedica a la agricultura y crianza de animales, y también a algunos trabajos eventuales como albañil u obrero, además de atender la pequeña tienda que administra junto con su esposa. Durante el periodo del conflicto armado interno, señala que se escapaba a los cerros cuando venían las fuerzas armadas a su pueblo. Indica que, en ocasiones, lo golpearon y aún le queda temor y desconfianza por haber vivido estos hechos de violencia. Actualmente, ejerce el cargo de presidente de la Comunidad. Señala enfrentar algunas dificultades como la escasez de dinero para la educación de sus hijos en la ciudad. Comenta que, en sus tiempos libres, teje ponchos y le gusta jugar fútbol, aunque lo hace muy poco. Afirma querer mucho a su pueblo y, por eso, ejerce un cargo de autoridad: desea desarrollo para su comunidad y que quisiera verla convertida en un centro poblado.

Pedro: Nació en Cotabambas, vive con su esposa, tiene cinco hijos; tres mujeres y dos varones. Vive en una casa de adobe y posee un corral para sus animales. Se dedica a actividades de agricultura, crianza de animales, como ovejas y ganado vacuno. En ciertos meses del año hace trabajos temporales en construcción. Señala que, en el tiempo del conflicto armado interno, vio cómo miembros de las Fuerzas Armadas golpeaban a las personas. Sostiene que, en una ocasión, lo golpearon hasta dejarlo sin poder respirar. Ha sido agente comunitario por dos periodos; su rol era vigilar la buena convivencia en la comunidad. También, ha ejercido el cargo de secretario de la Junta Directiva de su comunidad. En su tiempo libre, le gusta caminar o jugar con sus hijos. Afirma querer ver a su comunidad como una ciudad, y anhela que sus hijos estudien alguna profesión y salgan adelante.

Tomas: Nació en Cotabambas. Vive con su esposa. Tiene cinco hijos: tres varones y dos mujeres. Su hijo mayor murió en un accidente automovilístico; su segundo hijo y su tercera hija viven en la ciudad, mientras que los dos menores aún viven con él. Su familia se dedica a la agricultura y crianza de animales. Cada cierto tiempo van a visitarlo sus hijos que viven en la ciudad, sobre todo en las fiestas de la comunidad. Sostiene que, en el tiempo del conflicto armado interno, fue uno de los más afectados, ya que, por ser autoridad y representante de la comunidad, lo golpearon en la cabeza y cuerpo, y los “gendarmes” (militares) lo amenazaban con insultos y amedrentamientos para que colaborara con ellos; incluso hasta la actualidad sufre

dolores en el cuerpo producto de estas agresiones. Ha sido presidente de su comunidad por varios periodos, y también ha ejercido otros cargos como juez de paz, presidente de la Asociación de Padres de Familia, entre otros. Indica que, en sus tiempos libres, se pone a “piqchar” (masticar) coca con su esposa, y que le gusta conversar con ella y compartir tiempo con sus hijos. Además, teje ponchos y frazadas. Señala que le preocupa el estado emocional de su esposa, quien todavía se muestra afectada por la muerte de su hijo mayor; por ello, siempre trata de animarla para que se ponga mejor. Nos dice que quiere envejecer con su esposa y ver a sus nietos crecer. Así también, manifiesta que quiere mucho a su comunidad, que es el lugar que lo vio nacer; por eso, cada vez que puede colaborar con alguna actividad o ejercer algún cargo, lo hace con mucha disposición y voluntad.

Luis: Nació en Cotabambas. Tiene siete hijos: cinco mujeres y dos varones. Sus seis primeros hijos ya tienen familia y viven en sus propias casas; solo su última hija vive con él y su esposa. Poseen una casa de adobe y algunos animales que les sirven para consumo propio. Se dedica a la agricultura y la crianza de animales, además se dedica al tejido de ponchos, polleras y ropa; algunos de estos para venderlos y otros para su familia. Es natural de Cotabambas y es uno de los adultos referentes de la comunidad. Ha ejercido varios cargos: presidente, secretario, agente, juez de paz, entre otros. Durante el tiempo del conflicto armado interno, fue amenazado y torturado por los “gendarmes” (militares), quienes le decían “que si no colaboraba con ellos lo matarían”. Indica que hasta ahora padece dolores en la columna y la cabeza producto de estas agresiones, y muchas veces tiene pensamientos sobre lo mal que los trataron y eso le provoca tristeza, pero también cólera. Actualmente, su esposa se encuentra enferma: sufre dolores crónicos a los huesos. Esa condición le preocupa mucho, y la mayor parte del tiempo se dedica a cuidarla. Por otro lado, en sus tiempos libres, le gusta tejer, hilar y coser, además de disfrutar de la compañía de su última hija y su esposa. Tiene el sueño de que su comunidad salga adelante, que ya no haya envidias ni rencores entre ellos, y que su familia siga unida. Quiere tener más nietos, pues dice que estos lo hacen feliz cuando lo visitan.

María: Nació en Cotabambas. Tiene cinco hijos: dos varones y tres mujeres; ellos ya viven con su propia familia en la comunidad, y la visitan con mucha frecuencia. Vive junto a su esposo en su casa, pero, en tiempo de siembra o cosecha, se van a su estancia para cuidar las chacras y pastar a sus animales. Es de una comunidad aledaña a su actual lugar de residencia. Indica que recuerda los tiempos del conflicto armado

interno como el *sasachakuy watakuna* (tiempos difíciles), pues presencié varias veces cómo golpeaban a los varones, entre ellos su padre y hermanos, mientras que las mujeres lloraban o trataban de defenderlos, pero por temor muchas veces escapaban. Ella fue presidenta de Club de Madres; tenía que preocuparse por organizar a las mujeres y madres de la comunidad para atender asuntos referentes a ellas y sus hijos. Afirma que le gusta tejer e hilar lana de oveja; en sus ratos libres, interpreta *takis* (canciones), aunque lo hace con poca frecuencia. Quiere que su comunidad siga adelante, y que existan buenas relaciones entre ellos; además, dice que, para ella, lo más importante es su familia: sus hijos y nietos.

Teresa: Nació en Cotabambas. Tiene siete hijos: cinco mujeres y dos varones; dos de sus hijos mayores habitan en la ciudad, mientras que los otros cinco viven con ella y su esposo. Las actividades a la que se dedica son la crianza de animales, agricultura y tejido de prendas, como ponchos y polleras. Durante el periodo de violencia, fue testigo de los abusos de militares: golpearon a su padre y otros comuneros; ella huía a los cerros o quebradas junto con otras mujeres. Ha participado en diferentes cargos de la comunidad, como presidenta de Club de Madres y secretaria de la Asociación de Padres de Familia. Actualmente, es promotora de salud; se preocupa por coordinar actividades con el personal de salud de la zona para el cuidado de las gestantes y sus hijos. En su último embarazo tuvo algunas complicaciones, por lo que tuvieron que llevarla a un hospital de la ciudad para ser atendida, aunque ya viene recuperándose poco a poco. Anhela que sus hijos sean profesionales, que tengan un trabajo y progresen. Nos dice que se pone contenta cuando vienen a visitarla sus hijos mayores que viven en la ciudad.

Iris: Nació en Cotabambas. Es viuda y tiene tres hijos: dos mujeres y un varón. Actualmente, vive en la casa de sus padres junto a sus hijos, ya que, al haber fallecido su esposo en un accidente, necesitaba apoyo para el cuidado de sus hijos menores. Se dedica a cuidar a sus hijos y apoyar en la siembra y cosecha a sus padres; además, cría animales menores, como cuyes y gallinas. Señala que, durante el tiempo de conflicto armado interno, era muy “jovencita”. Recuerda cómo sus tíos y su padre fueron colgados de los pies en la puerta de la iglesia de la comunidad y recibieron insultos. Afirma que los militares se llevaban de las casas la comida y los animales. Indica que ha sido promotora de salud y tesorera del Club de Madres, ahora es presidenta del Vaso de Leche. Comparte sus tiempos libres con sus hijos o se dedica a ayudar en alguna actividad pendiente en casa de sus padres. Actualmente, enfrenta dificultades para

mantener a sus tres hijos, ya que el dinero no le alcanza; por eso, muchas veces se ve obligada a pedir apoyo de sus familiares para comprar útiles escolares o vestimenta para sus hijos; sin embargo, señala que nunca les hace faltar comida y techo. Tiene el sueño de que sus hijos sean profesionales o que ejerzan un oficio, que formen una familia y sean felices.

Carmen: Nació en Cotabambas, vive con su esposo y sus dos hijos, una mujer y un varón. Ha participado en diferentes organizaciones y entidades gubernamentales y no gubernamentales para capacitarse en habilidades como liderazgo o comunicación. Se dedica a atender su tienda y a ser comunicadora rural; participa en un programa de radio en el distrito de la comunidad. En el periodo de conflicto armado interno, cuando ella era joven, señala que, en una de las intervenciones de los militares en su comunidad, le dispararon y una bala le atravesó la pierna derecha, a la altura de la pantorrilla. Nos dice que el miedo y los *sasachakuy watakuna* (malos tiempos) de esos años nadie se los “sacará” de la cabeza, pues aún siente temor de que le pase de nuevo; incluso en ocasiones ha soñado con ese momento vivido y no le gusta. Actualmente, es lideresa comunitaria, se reúne con sus compañeras en el local comunal para organizarse y ahora ejerce el cargo de Secretaria de la Federación de Mujeres de su distrito. En sus tiempos libres, le gusta estar con sus hijos y su esposo, y salir a caminar por el campo. Espera que sus hijos sean profesionales y que haya mayores oportunidades para las mujeres en el pueblo.

Dora: Nació en Cotabambas. Tiene tres hijos: dos mujeres y un varón. Posee una casa pequeña, donde viven ella, su esposo y sus hijos. Se dedica a actividades como la agricultura y crianza de animales; además, vende sus productos para cubrir los gastos escolares y de vestido de sus hijos. Durante el periodo del conflicto armado interno, nos dice que se escapaba junto a otras mujeres, sobre todo las más jóvenes hacia estancias lejanas para evitar que las encuentren los militares, aunque, en algunas ocasiones, ha visto como han llegado a la comunidad, y golpeaban, amenazaban e insultaban a los varones. Sus hermanos mayores y su padre fueron colgados de los pies en la plaza por haberse “resistido a los abusos”, y defenderlas a ella y a su madre. Sostiene que prefiere no dar más detalles, porque esos recuerdos son “malos”, le causan pena, pero también cólera. Actualmente es vicepresidenta del Vaso de Leche; se encarga de apoyar a sus compañeras, de convocarlas para las reuniones cuando no está la presidenta. Ha ejercido otros cargos como tesorera y secretaria de la Asociación de Padres de Familia. Anhela tener una casa más grande, que sus hijos estudien y sean profesionales, que haya mayor

desarrollo para su pueblo; además, quisiera tener un negocio pequeño o aprender alguna habilidad sobre bordado o costura con máquina de coser.

Sara: Es casada y tiene seis hijos: tres mujeres y tres varones. Posee una pequeña tienda de abarrotes y eventualmente se dedica a cuidar niños de algunas profesoras o personal de salud. Es natural del distrito de Canchis en la región del Cusco. Hace más de 27 años vive en Cotabambas, pues su esposo es residente del lugar. Durante el periodo de violencia, señala que, en dos ocasiones, vio cómo en la plaza pública golpearon a los hombres de la comunidad, y los culpaban de ser abigeos o ladrones. Nos dice que, cuando pasaba eso, por el miedo y desconfianza prefería quedarse oculta en su casa. Actualmente, es presidenta de la Federación de Mujeres del Distrito de Tambobamba; además, ha ejercido otros cargos como secretaria, tesorera y promotora de salud de la comunidad. En sus tiempos libres, le gusta estar con sus amigas en su tienda o jugar con sus hijos. Anhela que sus hijos sean personas profesionales, que cumplan sus metas y tengan trabajo. Quiere aprender a bordar con croché y comprarse una máquina de tejer para hacer chompas y venderlas.

Apéndice E: Registro fotográfico



Comunidad campesina de la Región Apurímac, Provincia de Cotabambas, Distrito de Tambobamba.



Comunidad campesina de la Región Apurímac, Provincia de Cotabambas, Distrito de Tambobamba.