



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología
Magíster en Psicología Comunitaria

LA SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES AFECTADAS POR EL CONFLICTO

ARMADO INTERNO EN EL PERÚ

Representaciones Sociales del personal de salud del Ministerio de Salud (MINSa)

Tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología Comunitaria

ROSA MARÍA CUETO SALDÍVAR

Profesor Patrocinante: Mag. Víctor Martínez Ravanal
Profesora Guía: Mag. Tesania Velázquez Castro

Santiago de Chile

2008

RESUMEN

La investigación busca aproximarse al contenido de las representaciones sociales de profesionales de salud del Ministerio de Salud, acerca de la población víctima de violencia política en el Perú, especialmente respecto de las secuelas en su salud mental. La relevancia de la investigación se sustenta en la idea de que, en este punto del proceso de reconstrucción y reparación post conflicto, es fundamental que las iniciativas encaminadas a generar mejoras en la población afectada por la violencia política superen las brechas y barreras de comunicación y relacionamiento entre la población y los profesionales de la salud, evidenciadas en estudios previos. Para ello, es importante conocer el sistema de ideas y valoraciones que comparte el grupo de profesionales que está en contacto permanente con la población, en tanto esto ayudará a comprender mejor las posibilidades y dificultades de un trabajo que requiere de un enfoque integral y comunitario, orientado a la reparación de la salud mental de la población afectada por la violencia política.

A través de una aproximación cualitativa, desde la teoría fundamentada, se señalan los principales componentes de las representaciones sociales del personal de salud acerca de las secuelas en la salud mental en la población víctima del conflicto armado interno. Se describen las creencias e imágenes asociadas a la situación actual de la población afectada, en términos de su calidad de vida y la situación de los grupos poblacionales más vulnerables (ancianos, niños/niñas y adolescentes), así como las iniciativas externas y comunitarias de recuperación post conflicto. También se consigna el contenido representacional asociado a la labor del Estado, a través del Ministerio de Salud, y a las tareas pendientes en el proceso de reparación. Se describen también las emociones del personal de salud respecto de la población afectada por la violencia y de sus posibilidades reales de responder a las necesidades y demandas de salud mental.

A partir de los resultados se sugieren líneas de acción orientadas a considerar el conocimiento construido y compartido del personal de salud como punto de partida en los procesos de fortalecimiento de capacidades, hacia el desarrollo de intervenciones de salud mental desde la perspectiva comunitaria.

TABLA DE CONTENIDO

		Pág.
I.	Introducción.....	1
II.	Planteamiento del Problema	5
	2.1 Antecedentes del problema de investigación.....	5
	2.2 Delimitación del problema de investigación.....	7
	2.3 Objetivos de la investigación.....	12
III.	Contexto.....	13
	3.1 Conflicto armado y salud mental en Ayacucho.....	13
	3.2 La acción del Estado peruano: normatividad y acción institucional.....	16
IV.	Marco Teórico.....	21
	4.1 Representaciones sociales.....	21
	4.1.1 Origen y antecedentes de la Teoría de las Representaciones Sociales.....	21
	4.1.2 El abordaje conceptual de la representación social.....	25
	4.1.3 Estructura y dinámica de la representación social.....	28
	4.1.3.1 Componentes de las representaciones sociales.....	28
	4.1.3.2 Formación de las representaciones sociales.....	31
	4.1.4 El abordaje metodológico de las representaciones sociales.....	35
	4.2 Violencia política y salud mental.....	38
	4.2.1 Salud mental y salud mental comunitaria.....	39
	4.2.2 La propuesta comunitaria de la salud mental.....	40
	4.2.3 Los enfoques de la salud mental comunitaria.....	43
	4.2.4 Efectos de la violencia política en la salud mental.....	45
V.	Marco Metodológico.....	52
	5.1 Enfoque de investigación.....	52
	5.2 Tipo de muestreo.....	53
	5.3 Diseño muestral.....	53
	5.4 Estrategia de acceso a la muestra.....	55
	5.5 Técnica de recolección de datos.....	56
	5.6 Preguntas directrices.....	58
	5.7 Criterios de rigor considerados.....	59
	5.8 Método de análisis de datos.....	60
VI.	Resultados: Representaciones sociales de las secuelas en la salud mental.....	62
	6.1 Memoria del espanto: evocación de la violencia vivida.....	62

	Pág.
6.2 La violencia llegó para quedarse: efectos en la salud mental.....	67
6.3 La comunidad y las acciones de recuperación.....	83
6.4 Salud mental como prioridad regional: realidad en construcción.....	96
6.5 Oportunidades y posibilidades para la acción futura.....	109
VII. Discusión y conclusiones.....	118
7.1 Ideas, imágenes y emociones asociadas a la salud mental de la población afectada por la violencia política.....	119
7.2 Ideas, imágenes y emociones asociadas a la atención de las secuelas en la salud mental.....	122
7.3 Actitudes del personal de salud hacia la población afectada por la violencia.....	125
7.4 Conclusiones: Hacia una intervención comunitaria en salud mental post conflicto.....	129
VIII. Bibliografía.....	134
IX. Anexos.....	144
1. Distribución geográfica de los establecimientos de salud visitados	
2. Guión temático de entrevista	
3. Redes conceptuales de las principales categorías identificadas como centrales en la representación social	

I. INTRODUCCIÓN

La violencia política y las violaciones a los derechos humanos son realidades cercanas a muchos países de Latinoamérica, y aún así son pasajes de la historia muy lejanos para sectores que, por su posición social o su ubicación geográfica, prácticamente no se sienten tocados por estos hechos. Éste por lo menos ha sido el caso del Perú, en donde durante muchos años la violencia y la crueldad vividas por las poblaciones más pobres y excluidas del interior fueron desconocidas y hasta minimizadas por el resto del país. En la misma capital la violencia se vivía con nitidez en los asentamientos humanos de los “conos”¹ limeños, pero pasaba prácticamente inadvertida en las zonas residenciales; hasta que en los últimos años del conflicto armado, el avance de Sendero Luminoso y el incremento de las acciones del terrorismo y la represión en la capital, pusieron en evidencia que el horror existía donde quiera, y que a todos nos podía llegar a tocar la puerta.

Para los ciudadanos y ciudadanas de clase media, casi no era perceptible lo que sucedía más allá del espacio geográfico que recorríamos cotidianamente, y que por supuesto, excluía las zonas consideradas “rojas” y de extremo peligro. El terror llegaba a la casa a través de los apagones, los coches-bomba que rompían la tranquilidad de la noche y las diarias noticias de policías y autoridades asesinados.

La vida profesional, puede llevarnos por caminos inesperados, despertar nuevos intereses y motivaciones que llenan de sentido lo que uno hace y lo que siente que debe hacer. Así, para quienes hemos tenido la oportunidad, vivir fuera de Lima, en lugares con historias particulares como Ayacucho, resulta un aprendizaje y un descubrimiento. Significa encontrar un país mucho más complejo y golpeado que lo narrado por la historia oficial. Entrar en contacto con otra historia, la de la gente que sufre lo que uno no se imagina, permite aprender lecciones de coraje y entereza, de valentía y de capacidad

¹ Se denomina “cono” al espacio geográfico ubicado en la periferia de la capital limeña, alejada del centro y de los barrios residenciales, en los que habita un gran porcentaje de población en pobreza y extrema pobreza, en gran proporción migrante. Curiosamente los conos presentan en los últimos años un gran crecimiento económico y se han convertido en polos de desarrollo comercial. Aún así, persiste el prejuicio y la marginación frente a sus habitantes.

para superar el dolor y mirar al futuro con esperanza, aferrándose a la dignidad, golpeada y negada, pero aún presente.

En primer lugar, la población ayacuchana recibe a los extraños con cautela inicial; acoge con curiosidad y ganas de mirar, a través de uno, a ese otro Perú lejano e indiferente; a Lima, la capital del país y el centro de todo. Convivir con los ayacuchanos y las ayacuchanas, escuchar sus historias y en parte vivirlas, compromete -supongo que más cuando se es psicóloga- a tratar de entender y de apoyar iniciativas de acción colectiva. La oportunidad de acompañar los esfuerzos de organizaciones de afectados por la violencia política, así como la propia adhesión a organizaciones de derechos humanos, son razones para sentir que se hace un aporte- cuando hay tanto por hacer- en la búsqueda de la verdad, la justicia y la reparación, demandadas hasta el cansancio por quienes sufrieron injustamente en los años del terror. Compartir la vida cotidiana en un contexto post conflicto no permite permanecer indiferente; compromete más bien a mantenerse cerca del proceso de reconstrucción y reparación, a ser parte de él a pesar de la distancia geográfica. Una tesis es una oportunidad para cumplir con este compromiso.

Acercarse nuevamente a las historias de violencia, a pesar de hacerlo a través de un procedimiento sistemático y una metodología clara, no impide que el ejercicio académico se tiña por momentos de una mezcla de sensaciones y recuerdos muy personales. Los testimonios y narraciones de los entrevistados y las entrevistadas son el reencuentro con una realidad ya conocida, que esta vez se aborda con la intención y la responsabilidad de respetar la voz del otro, de dejar espacio a expresiones e interpretaciones diversas acerca de la violencia y sus efectos. Rescatar y analizar el discurso sobre la salud mental en el contexto post violencia ha significado asumir el desafío de superar constantemente la tensión entre la propia elaboración y emoción, y el respeto al testimonio recuperado en las entrevistas.

Frente a este desafío, la psicología comunitaria, ofrece principios y herramientas, que permiten mantener la coherencia con la apuesta por el derecho de la población afectada de hacer oír su voz, y de buscar su recuperación y reparación; de ganar poder y presencia sin perder su identidad. La demanda de reparación en general y de reparación en salud mental en particular, luego del conflicto armado, han sido expresadas en varias

ocasiones y de diversas maneras por los afectados y sobrevivientes. Para quien está atento es evidente que la necesidad es sentida, así como las ganas de la gente por aportar en sus propios procesos de mejora de sus vidas, sus familias y comunidades.

En concordancia con ello, varias de las intervenciones en las zonas del conflicto, desarrolladas a partir de la presentación del Informe Final y del Plan Integral de Reparaciones de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, descansan en enfoques y estrategias que promueven el protagonismo de la comunidad, así como el reconocimiento y potenciación de sus recursos. Estas propuestas suscriben la equidad de género, la interculturalidad y los derechos humanos y se sustentan en los elementos subjetivos y psicosociales presentes en la comunidad, alentando procesos de participación y empoderamiento. Los esfuerzos por trabajar desde esta nueva perspectiva emergen en un contexto en el cuál la visión occidentalizada de la medicina y la mirada clínica a la salud mental, ambos componentes del modelo hegemónico, son puestas en cuestión. Por ello, incorporar un nuevo enfoque requiere de un proceso de des-aprendizaje y reconstrucción de sentidos y saberes, y de una nueva mirada a la población con la que se trabaja.

Este nuevo modo de comprender la salud mental viene siendo construido por diferentes actores e instituciones que trabajan el tema, dada la necesidad de un abordaje apropiado a las situaciones específicas de poblaciones concretas. En este camino y por su novedad, este modelo requiere ser fortalecido, por ello, la presente investigación busca ser un aporte a las propuestas en construcción. Así, este estudio espera aportar en este proceso; teóricamente, en tanto se basa en el concepto de la salud mental comunitaria, el cual implica la atención a necesidades emergentes, distintas de los trastornos y problemas mentales tradicionalmente considerados como propios de la salud mental (AMARES, 2005).

Además, desde el punto de vista metodológico, la presente investigación desarrolla un diseño cualitativo para la recuperación del conocimiento del sentido común, acerca de un objeto pocas veces abordado desde la perspectiva de las representaciones sociales: la población afectada por la violencia política y las secuelas en su salud mental. Por otro lado, y desde un punto de vista práctico, el estudio busca aportar en la resolución de los problemas que existen en la relación entre el personal de salud y la población que

atiende y que ha sido afectada por la violencia. La situación actual nos habla de la persistencia de dificultades de relación y comunicación, a pesar de los esfuerzos por capacitar y dotar de información y herramientas al personal de salud (AMARES, 2006). Se podría pensar que está faltando un abordaje que tome en consideración, de manera más profunda, la dimensión subjetiva en los procesos de aprendizaje y cambio en las prácticas de atención sanitaria. Así, una aproximación de esta naturaleza comenzaría por identificar cómo los profesionales de salud comprenden e interpretan la realidad de las víctimas de la violencia política, y cuáles son los elementos fundamentales a nivel intersubjetivo que orientan su accionar frente a esta población.

Parece por ello relevante y pertinente aproximarnos a la relación entre el personal de salud y la población víctima de violencia política, a partir de las representaciones sociales del personal de salud sobre la población afectada, y específicamente sobre las secuelas en su salud mental. Se ha acotado el estudio a las secuelas de la salud mental, buscando que los resultados contribuyan de manera directa a la modificación y adecuación de los procesos de capacitación del personal de los niveles primarios de atención, y que den algunas luces para la mejora de la política de fortalecimiento de los recursos humanos del sector, así como a los programas de reparación en salud mental.

La intención de esta investigación es contribuir también al debate y a la construcción de conocimiento y acción, orientados a acercar el mundo académico a las necesidades reales de comunidades concretas; respondiendo a los principios de la responsabilidad social universitaria y al compromiso de la academia con la historia y sus desafíos. Finalmente, aportar desde aquí es también parte de lo que se puede hacer en retribución a la generosidad de quienes, durante seis años de “vida ayacuchana”, contribuyeron al crecimiento profesional y personal con apertura, calidez y amistad incondicional y sincera. Se trata de empezar a devolver de a pocos lo que se recibió por toneladas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes del problema de investigación

Entre 1980 y los primeros años de la década de los 90, el Perú vivió años de violencia y conflicto interno. El grupo maoísta Sendero Luminoso inició la lucha armada contra el Estado peruano, quien respondió con una estrategia de represión militar. En este marco se dieron una serie de violaciones a los derechos humanos de la población civil cometidas por ambos bandos en conflicto. En el 2000, el gobierno de transición de Valentín Paniagua creó la Comisión de la Verdad y la Reconciliación-CVR², que trabajó cerca de dos años con el fin de esclarecer hechos, identificar víctimas y perpetradores y hacer propuestas de reparación y de cambios estructurales que eviten nuevos episodios de violencia.

El informe final de la CVR calculó un aproximado de 69,000 personas víctimas de este conflicto, muertas o desaparecidas; el 35% de ellas proveniente de los departamentos más pobres del país, el 55% de los muertos trabajaba en actividades agropecuarias y más del 75% tenía como lengua materna el quechua u otra lengua nativa (CVR, 2004). En resumen, la mayoría de las víctimas pertenecía a los estratos históricamente olvidados y marginados de la sociedad peruana (CVR, 2004). La CVR concluyó también que las condiciones de vida de esta población habían sido agravadas por el conflicto y debían ser atendidas y reparadas. A partir de ello, el abordaje de las secuelas del conflicto armado interno ha sido un elemento importante en la agenda de un sector de la sociedad civil, compuesto básicamente por ONGs de derechos humanos y por las propias organizaciones de afectados, quienes en el 2005 lograron que el Estado peruano promulgue la Ley de Reparaciones y su reglamento³, respondiendo a las demandas de la población afectada y a las recomendaciones de la CVR en su informe final.

² Decreto Supremo N° 065-2001 de la Presidencia del Consejo de Ministros y Decreto Supremo N° 101-2001 de la Presidencia del Consejo de Ministros.

³ Ley N° 28592-2005; Decreto Supremo N° 015-2006 Ministerio de Justicia.

Desde un enfoque de derechos, se sostiene que el conflicto armado interno en el Perú no sólo vulneró el derecho a la vida e integridad de las personas, sino que sus efectos y secuelas constituyen violaciones al derecho a gozar de una salud plena (Castellón & Laplante, 2005). Un estudio realizado por la Sede Sur Central de la CVR⁴, encontró que el 51% de los testimoniantes identificaba efectos en su salud mental y el 74% lo hacía también en la de sus familiares (CVR Sede Sur Central, 2003). Al igual que éste, diversos estudios coinciden en señalar que la violencia vivida ha tenido impacto tanto en el plano personal como en el colectivo (CVR, 2004; COMISEDH, 2001). Dado que la afectación en la salud mental no ha sido provocada por un evento natural o un accidente, sino por un acto o una omisión del Estado en el contexto del conflicto armado interno (Castellón & Laplante, 2005), éste tiene la obligación de atender tanto la reparación como la salud mental, ambos derechos válidos y vigentes.

Entre el 2004 y el 2006 el Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en una Región del Perú-AMARES, coejecutado por el Ministerio de Salud y la Unión Europea, impulsó la capacitación en salud mental comunitaria del personal de las redes y microredes de salud de los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y de la provincia de Andahuaylas, en el departamento de Apurímac⁵. Este programa de capacitación se ofreció al personal de las redes primarias de salud del Ministerio de Salud (que atienden en centros y puestos de salud de las provincias y distritos, principalmente del área rural y urbano marginal), quienes participaron en éste durante un año. El programa estuvo abierto a todo el personal que optó por participar, independientemente de su profesión o cargo; han participado en esta experiencia médicos, enfermeras/os, técnicos en enfermería, así como laboratoristas, biólogos/as, etc. La contribución de AMARES consistió en la conducción del programa, así como en el aporte de los materiales y equipos requeridos; por su parte, las autoridades de las redes de salud facilitaron los locales para las sesiones de capacitación y realizaron las gestiones para permitir el traslado del personal de periferia al lugar de las reuniones. Como resultado del proceso, el personal de salud diseñó y llevó adelante proyectos de

⁴ Esta Sede recibió 5434 testimonios de mujeres y varones, provenientes de los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac.

⁵ Estos tres departamentos se ubican en la sierra del Perú, presentan los mayores indicadores de pobreza y fueron fuertemente afectados por el conflicto armado interno.

intervención en salud mental comunitaria, en las comunidades y distritos en los que laboran.

Se implementó alrededor de 30 proyectos de salud mental comunitaria con población víctima de violencia política en las tres regiones de intervención de AMARES. El perfil de la población objetivo de estos proyectos no difiere del que la CVR señala como la más golpeada por el conflicto armado interno: rural, campesina, pobre, con el quechua como lengua materna y niveles básicos de escolaridad; habitantes de comunidades campesinas, distritos y provincias del interior. Estas poblaciones han sido víctimas de violaciones a los derechos humanos, que van desde el arrasamiento a sus comunidades hasta la detención y encarcelamiento, la tortura, el secuestro, la desaparición y el asesinato. Una gran parte de la población debió migrar forzosamente, perdiendo sus casas y pertenencias y alejándose de su familia (CVR, 2004).

La temática de las intervenciones en salud mental comunitaria en el marco del Programa AMARES fue diversa, puesto que los proyectos respondieron a un diagnóstico participativo en el que la población, con la facilitación del personal de salud capacitado, identificó y priorizó la problemática de salud mental en su comunidad. Así, se llevaron adelante proyectos orientados a reconstruir la memoria colectiva y las redes sociales, a fortalecer la identidad cultural y comunitaria, a prevenir y atender problemas de alcoholismo y drogadicción, abandono y violencia familiar, a fortalecer habilidades parentales y de maestros, a incrementar habilidades sociales y de comunicación, a revalorar el aporte productivo de los adultos mayores, entre otros. Cada proyecto respondió a una temática identificada y analizada por la población, quien fue socia en la planificación e implementación de las propuestas, a través de sus autoridades comunales y locales (alcaldes distritales y provinciales). Se espera que en adelante el personal capacitado facilite procesos participativos de planificación y monitoreo de proyectos de salud mental comunitaria, ejecute directamente algunas de las actividades y gestione el apoyo interinstitucional en aspectos puntuales.

2.2 Delimitación del problema de investigación

Es innegable que debido a las características del conflicto armado en el Perú y de sus víctimas, quienes resultaron afectados por este conflicto no tienen las mismas

necesidades de salud mental que el resto de la población; se refieren a sus dolencias en lenguajes particulares y buscan alivio con sus propias estrategias (Theidon, 2004; CVR, Sede Sur Central, 2003). En este contexto, la reparación en salud mental requiere de un abordaje distinto, que considere una aproximación intercultural y comunitaria. Para los profesionales de Ministerio de Salud, sin embargo, un abordaje de estas características resulta novedoso y difícil, tanto por las limitadas capacidades instaladas como por el escaso apoyo de las autoridades de salud para estos procesos (AMARES, 2006).

Las experiencias previas de trabajo con esta población han puesto en evidencia las dificultades para establecer un diálogo horizontal y constructivo entre el personal de salud y quienes acuden a sus servicios. Al respecto, el Programa AMARES elaboró un diagnóstico sobre salud e interculturalidad en las mismas zonas de intervención del programa de capacitación en salud mental comunitaria (AMARES, 2003). Este estudio concluyó que la población rural “no se siente parte del sistema de salud occidental y sostiene barreras por la actitud de maltrato y exclusión del personal de salud (por ello) acudir a los servicios del MINSA suele ser un último punto en la ruta para resolver casos de gravedad” (AMARES, 2003, p. 23). Así también, concluye que “los conocimientos y prácticas de los profesionales, no se ajustan a la realidad y la problemática de salud del entorno, sintiéndose (los profesionales) incapaces de solucionar problemas” (AMARES, 2003, p. 26); además, “el personal de salud asume equivocadamente la función de despojar al poblador indígena de su cultura e identidad, por las críticas y descalificaciones que buscarían involucrarlo en prácticas de salud ‘modernas’” (AMARES, 2003, p. 28).

En este mismo sentido, un estudio diagnóstico del estado de los servicios de salud mental dirigidos a las personas afectadas por violencia política encontró que “(...) aún el personal que trabaja directamente con la población, continúa planteando propuestas caracterizadas por el señalamiento de la población con categorías o diagnósticos estigmatizantes” (Rivera, 2003, p. 24.). Además, señala que mientras que el personal de salud se siente presionado por cumplir el número de atenciones que el Ministerio ha establecido como meta, la población no se siente atendida y no encuentra en los establecimientos de salud respuesta a sus problemas y dolencias (Rivera, 2003). Por su parte, son las ONGs y las iglesias quienes parecen estar respondiendo de mejor manera a las expectativas de la población, en tanto son espacios de acogida, escucha y

acompañamiento, con una mirada más asentada en la realidad concreta de las personas y en sus propios entornos familiares y comunales (Rivera, 2003).

El programa de capacitación en salud mental comunitaria buscó remontar estas dificultades, principalmente aquellas referidas a la distancia percibida entre los servicios que ofrece el sector salud y las demandas y necesidades de la población. A pesar de la intención y motivación de los equipos del MINSA por dar un carácter distinto a las intervenciones en salud mental, una primera revisión de los logros y avances, nos muestra señales de que aún subsisten desencuentros entre la intención y la acción real en campo.

En el II Encuentro Macroregional de Salud Mental Comunitaria, promovido por AMARES y el Ministerio de Salud en noviembre del 2006, participantes del programa de capacitación expusieron los logros obtenidos de las intervenciones en salud mental comunitaria, así como las dificultades y barreras que aún deben enfrentar. Los reportes del personal de salud señalan que éste mantiene dificultades para involucrar a la población en sus propuestas de trabajo, y en general, para lograr niveles de participación de la comunidad, más allá de la asistencia a las actividades y a la consultas para validar propuestas elaboradas por los equipos de salud. Estas dificultades son barreras para la promoción del protagonismo y el empoderamiento de la población víctima de la violencia en sus propios procesos de recuperación de la salud mental (AMARES, 2006).

Los desencuentros y dificultades señaladas pueden comprenderse desde diversas miradas. Desde el punto de vista de la psicología social, entendemos que nuestra conducta frente a los demás se encuentra mediatizada por nuestra percepción acerca de sus características y comportamiento, así como por las interpretaciones y atribuciones que hacemos a partir de ellas (Schneider, 1982). Igualmente, las ideas e interpretaciones que tengamos sobre los otros están fuertemente influenciadas por el colectivo o grupo del cual provenimos, y son justamente estas maneras de reconocer y comprender el mundo social las que diferencian nuestro grupo de pertenencia de otros grupos. Este proceso de diferenciación y comparación es el que da origen y sustento a nuestra identidad, y configura nuestras relaciones con otros, percibidos como iguales o distintos (Doise, 1991). Así, podemos estos factores subjetivos mediarían en la relación entre los operadores de

salud y la población afectada por la violencia, generando barreras y planteando desafíos pendientes.

Unos de estos factores subjetivos son las creencias, o piezas de información que cada uno tiene respecto a algún objeto (Davidson & Thompson, 1980). Esta información es frecuentemente una asociación entre el objeto y sus atributos y está conceptualizada en términos de una probabilidad subjetiva, cuya evaluación afectiva orienta la conducta de la persona en una dirección positiva o negativa frente al objeto de la creencia (Davidson & Thompson, 1980).

Un abordaje que integra estos elementos y que además enfatiza en la formación social del conocimiento acerca de los objetos relevantes de la realidad lo constituye la Teoría de las Representaciones Sociales (León, 2002). Esta teoría permite aproximarnos a la realidad social en el ámbito del “sentido común” y se focaliza en las formas sociales de conocimiento y en la participación activa y creativa de los grupos en la interpretación de la realidad, así como en su construcción y cambio (León, 2002). Lo anterior quiere decir que es posible considerar que los profesionales de salud, como grupo social, comparten representaciones acerca de los objetos de la realidad que forman parte de su vida cotidiana. En este sentido, es posible pensar también que existe una representación compartida acerca de la población víctima de la violencia, así como de las secuelas de la violencia en la salud mental de las comunidades y sus pobladores. Es decir, es correcto considerar que el personal de salud comparte una interpretación y una evaluación de estos hechos, que le permite orientar y justificar sus comportamientos frente a la población afectada por la violencia política.

Dado que se consideran un meta-sistema de regulaciones sociales, las representaciones sociales conllevan posturas ideológicas, creencias, valores y actitudes que comparte un grupo social y le permiten interpretar su realidad (León, 2002). Así, las representaciones sociales del personal de salud acerca de las secuelas en la salud mental de la población víctima de violencia política constituyen un sistema de ideas y valoraciones, y a la vez un conjunto de teorías útiles para la comprensión de este objeto de la realidad (Jodelet, 1993). En tanto abarcan dimensiones de la cognición social, así como dimensiones de naturaleza afectiva, éstas representaciones pueden resultar tanto

un elemento facilitador como una barrera para alcanzar los objetivos y principios que se plantean las intervenciones en salud mental, desde un enfoque comunitario e integral.

Moliner (1996 en Gastrón, Vujosevich, Andrés & Oddone, 200?) señala cinco condiciones para el surgimiento de las representaciones sociales, cuyo análisis permite concluir que el objeto y la población planteadas en este estudio pueden ser abordadas desde esta perspectiva teórica:

i) El objeto de la representación social es “polimorfo”, es decir, puede aparecer bajo diferentes formas. En este caso, las ideas sobre las secuelas en la salud mental de la población víctima de violencia política varían entre los diversos sectores y grupos de la sociedad, permitiendo un interjuego entre éstos.

ii) Se identifica un grupo de cuya existencia depende la posibilidad de una representación social. En tanto los proveedores de salud tienen prácticas comunes relacionadas con la atención a comunidades víctimas de violencia, se consideran un “grupo coyuntural”.

iii) Existe un interjuego entre identidad, representación social y cohesión grupal. Las representaciones construidas y compartidas por el grupo de profesionales de salud otorgan identidad y cohesionan este colectivo de profesionales.

iv) Se da una dinámica social, que determina una relación particular con el objeto de la representación social de un grupo social determinado. Profesionales, ciudadanos, autoridades, víctimas de violaciones a los derechos humanos, etc. tienen representaciones sociales diferentes sobre este mismo objeto (las secuelas en la salud mental).

v) La flexibilidad antes que la ortodoxia. El grupo de profesionales capacitados por AMARES ha puesto en debate sus ideologías y dogmas en el proceso de capacitación. Este espacio de flexibilización ha permitido la formación de representaciones sociales, promoviendo un comportamiento grupal crítico y menos ortodoxo.

Pregunta de investigación

A partir de la fundamentación del problema de investigación, y de la revisión de las referencias teóricas generales sobre el modelo de representaciones sociales, resulta pertinente plantear la siguiente pregunta de investigación para el presente estudio:

¿Cuáles son las representaciones sociales del personal de salud del Ministerio de Salud (MINSA) sobre las secuelas en la salud mental de las comunidades afectadas por la violencia política en el Perú?

2.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Describir y analizar las representaciones sociales del personal de salud del MINSA sobre las secuelas en la salud mental de las comunidades afectadas por la violencia política en el Perú.

Objetivos específicos

i) Identificar las creencias del personal de salud del MINSA respecto de las secuelas en la salud mental de las comunidades afectadas por la violencia política.

ii) Identificar las actitudes del personal de salud del MINSA hacia la población afectada en su salud mental como efecto de la violencia política.

iii) Describir el núcleo central de la representación social del personal de salud del MINSA sobre las secuelas en la salud mental de la población víctima de la violencia política.

III. CONTEXTO

3.1. Conflicto armado y salud mental en Ayacucho

El Informe Final de la CVR evidencia una situación de exclusión y abandono de las comunidades rurales y más pobres del país antecedente a la violencia ejercida sobre éstas (Rivera & Velázquez, 2008). Además, señala cómo la exclusión, al tiempo de ser el origen del conflicto armado se convirtió en un elemento que agudizó las secuelas de quienes fueron afectados por el mismo; ello en tanto contaban con menores recursos materiales y menores capacidades y poder para afrontar los hechos, frente a un Estado y una sociedad que no los consideraba de importancia y que hasta los desconocía (CVR, 2003). Esta reacción de indolencia e indiferencia frente al sufrimiento del otro no fue distinta de la acostumbrada respuesta excluyente de las élites de poder, asentadas en Lima, frente a la población tradicionalmente excluida y marginada del Perú (Laplante & Rivera, 2006).

Hoy en día la población ayacuchana se refiere a la violencia y a sus consecuencias a través de diferentes narrativas, que demandan reconocimiento y una atención comprensiva de la diversidad (Rivera & Velázquez, 2008). El Informe Final de la CVR ha sido el primer esfuerzo por recoger y sistematizar la vivencia de la violencia y sus efectos, muchos de los cuales hablan de graves secuelas en la salud mental de las personas y comunidades. En general, la CVR puso en evidencia el efecto desestabilizador del conflicto, dado el impacto y la intensidad con que se dio la violencia. Los vecinos y familiares se convirtieron en potenciales traidores y acusadores, que por salvar sus propias vidas, podían poner en riesgo la de sus familiares y conocidos. La confianza interpersonal fue destruida en un contexto en el que se traicionó y mintió por efecto del terror y la amenaza (Laplante & Rivera, 2006).

En el caso de la población víctima de violencia política en el Perú, se reconoce que el sufrimiento producido por las violaciones a los derechos humanos ha tenido efectos en sus capacidades, como individuos y comunidades, para iniciar nuevos procesos de

desarrollo individual, familiar y comunitario. La violencia ha dejado secuelas que impiden que las personas establezcan lazos interpersonales de confianza y solidaridad, lo que les dificulta establecer redes de intercambio y apoyo social que les permitan superar los efectos del conflicto armado interno y, en general, enfrentar y transformar la situación de pobreza extrema y marginación en la que aún hoy se encuentran (CVR, 2003). A nivel personal e interpersonal, persisten sentimientos de tristeza y temor, trastornos psicológicos y problemas psicosociales (CVR, 2003). A nivel colectivo se observa la desintegración de vínculos familiares y comunitarios, la alteración de la convivencia y la estigmatización social (CVR, 2003).

En el departamento de Ayacucho, las personas expuestas a altos niveles de violencia, y que han sido ellas mismas apresadas, golpeadas, violadas o han sido testigos de torturas, desapariciones y asesinatos expresan en sus propios códigos culturales los efectos de la violencia, en palabras como *iquyay/enfermizo, traumatizado, como loco, trastornado, que sufre de los nervios, con problemas psicológicos, como tonto, asustadizo*, entre otros. Refieren sentimientos como *pensamentuwan/preocupación, llaki/tristeza, ñakary/sufrimiento colectivo, irritabilidad, miedo, desconfianza, rencor, frustración*; y malestares físicos como *dolor de cabeza* (en gran proporción), *dolor de corazón, "ataques", dolores musculares, dolor de estómago, desmayos y debilidad en el cuerpo* (Pedersen, 2008; CVR Sede Sur Central 2003,). Señalan además tener dificultades en el sueño, en la alimentación, dificultades de concentración, problemas para trabajar y estudiar, deseos de morir, entre otros (CVR Sede Sur Central, 2003). La salud mental se ha visto afectada también por la destrucción de las amistades y las familias, así como de la infraestructura pública y comunitaria (Laplante & Rivera, 2006).

En Ayacucho el conflicto armado ha producido profundos efectos en cada aspecto de la vida de las personas. Ha generado también serias dificultades en el ámbito de las relaciones interpersonales y, en general, del funcionamiento comunitario. Hoy, cada comunidad en el contexto post conflicto enfrenta desafíos únicos para la reconstrucción de su salud mental (Laplante & Rivera, 2006), de su organización, de sus redes sociales y en general de su estilo de vida. La dificultad de la reconstrucción la viven también quienes permanecen como desplazados en las áreas urbano-marginales de las capitales de las provincias y del departamento.

Los sobrevivientes y las generaciones jóvenes enfrentan el desafío de la recuperación psicoemocional y comunitaria, en un contexto de precariedad y pobreza⁶. Los asentamientos poblacionales conformados por familias desplazadas de las zonas de violencia presentan elevados índices de maltrato y violencia familiar, alcoholismo, delincuencia y pandillaje⁷. La incapacidad de procesar el dolor y encontrar apoyo en las redes sociales se expresa en intentos de suicidio⁸, aislamiento social y un sentimiento generalizado de no poder confiar en nadie, ni en el extraño, ni en el conocido.

Los problemas y necesidades de salud mental de las comunidades afectadas por la violencia en el Perú son múltiples y presentan diversos niveles de complejidad, por lo que su atención debe ser multidisciplinaria e integral. Esto significa que las propuestas de reparación en salud mental deben tener un abordaje interdisciplinario e interinstitucional, que acoja diversas perspectivas teóricas y propuestas metodológicas, en el marco de los enfoques y apuestas de la salud mental y la salud mental comunitaria (AMARES, 2006; Laplante & Rivera, 2006). Enfrentar con éxito este desafío requiere de capacidades locales fortalecidas y comprometidas, así como de apuestas y recursos a nivel político e institucional⁹.

Por otro lado, se reconoce la reparación en salud mental como un derecho, por lo que es el Estado el responsable de asegurar su cumplimiento, coordinando al interior del mismo y articulándose con otros actores involucrados en el tema (Rivera & Velázquez, 2008). Lo anterior requiere que se dejen de lado los estigmas asociados a la salud mental (Baca, 2006) y la consideración del sector salud como el único llamado a su atención. Una propuesta que atienda realmente las necesidades de reparación de la salud mental de las comunidades ayacuchanas requiere también de la movilización y del protagonismo social para la exigencia del cumplimiento de este derecho (Baca, 2006). Es necesario también

⁶ El Índice de Desarrollo Humano para Ayacucho en el 2007 fue de 0,5280. El tercero peor a nivel nacional. Con 66 años de esperanza de vida, un 87% de escolaridad y un promedio de ingreso familiar per capita de S/.188 (US\$ 69) mensuales. Tomado de: <http://www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx>.

⁷ Gobierno Regional de Ayacucho (2007) *Plan Regional de Salud Mental de Ayacucho 2007-2010*. Huamanga: Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Tomado de: <http://www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx>

⁸ Según datos del Plan Regional de Salud Mental de Ayacucho 2007-2010, esta región presenta un 34,5% de población adolescente que alguna vez ha presentado deseos suicidas; 3,9% de ellos ha intentado suicidarse. Entre la población adulta un 39,2% ha sentido deseos de morir, 17,4% ha tenido pensamientos sobre quitarse la vida y el 6% ha planificado su suicidio. En: Suicidios, secuelas de la violencia. *Retablo. Revista de Análisis Regional*. Año 3, N° 18. pp. 12-13.

⁹ Entrevista a Miryam Rivera, Responsable de Salud Mental del Proyecto AMARES En: Fortaleciendo capacidades locales en salud mental. *Kawsaq. Sembrando justicia*. N° 12, setiembre, 2006, p. 23.

comprender la urgencia de la reparación en salud mental en el marco de la pobreza y la exclusión en el que se viven las secuelas.

La reparación en salud mental de las comunidades afectadas por la violencia necesita de personas con autoconfianza, con confianza en sus vecinos y en su gobierno. La estabilidad social y política es también un elemento de la recuperación de la salud mental (Laplante & Rivera, 2006). La paradoja es que, aquello que se requiere para recuperar la salud mental de la población, es aquello que más fuertemente ha sido afectado por la violencia, y al mismo tiempo por la pobreza y exclusión preexistentes. Desde algunas instituciones públicas y privadas en los últimos años se han realizado estudios y diagnósticos, que, aunque con un sesgo clínico y epidemiológico, dan cuenta principalmente del daño producido y de su incidencia en la población¹⁰; usando para ello categorías diagnósticas predeterminadas.

Por otro lado, el trabajo de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación ha comprobado que la reparación de las secuelas que dejó el conflicto armado en la salud mental de la población ayacuchana pasa por el esclarecimiento de los hechos y la búsqueda de la justicia (CVR, 2003), tal como, hasta el día de hoy, lo demandan los propios afectados y sus organizaciones (ANFASEP, 2007; SNV et al., 2005; CVR-USAID, 2002). Junto a la reparación integral, la verdad y la justicia son desafíos que competen y comprometen seriamente al Estado en el contexto post conflicto.

3. 2 La acción del Estado peruano: normatividad y acción institucional

El trabajo de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) evidenció la importancia de considerar la salud mental como un elemento fuertemente afectado por la violencia política, así como un componente fundamental en el proceso de reconstrucción y reconciliación post conflicto. Para Ayacucho y el resto del país éste fue un tema sumamente novedoso, como lo fue la existencia de una Unidad de Salud Mental en la Sede Central y en las Sedes Regionales de la CVR (Baca, 2006). Desde allí se promovió el debate y la propuesta sobre las necesidades y estrategias de atención a la población

¹⁰ Uno de ellos es el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana realizado por Ministerio de Salud en el 2004, que reveló que un tercio de la población ayacuchana había sufrido por lo menos una pérdida durante los años del conflicto armado interno y que el 50,6% de la población de Ayacucho había presentado algún trastorno psíquico en algún momento de su vida (el porcentaje más alto entre 12 localidades a nivel nacional).

afectada por la violencia; retos asumidos principalmente por las ONGs y algún personal de salud comprometido.

El Plan Integral de Reparaciones (PIR) de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación planteó seis áreas de trabajo: i) reparaciones simbólicas, ii) reparaciones en salud (física y mental), iii) reparaciones en educación, iv) restitución de derechos, reparaciones económicas y v) reparaciones colectivas. Las reparaciones en salud incluían: i) capacitación en salud mental al personal del sector, ii) trabajo con promotores locales, iii) intervenciones comunitarias e iv) intervenciones integrales, desde la atención clínica hasta el abordaje psicosocial, prevención y promoción (APRODEH, 2003).

El Programa de Reparaciones en Salud propuesto por la CVR plantea como objetivos contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social. Se consideran como componentes de este programa: la capacitación a los operadores del Estado, la recuperación integral desde la intervención comunitaria y la recuperación integral desde la intervención clínica. Todo ello buscando contribuir a “favorecer en las víctimas el desarrollo de la autonomía necesaria para reconstruir su proyecto de vida, individual y colectivo, truncado por el conflicto armado” (CVR, 2003, p. 177).

Inmediatamente después de la presentación del informe de la CVR y del PIR, el Estado y las fuerzas políticas no evidenciaron una postura decidida a favor de la atención a las secuelas de la violencia. En concordancia con ello, en el año 2003, luego de la presentación del informe de la CVR, un diagnóstico de los servicios de salud mental que el Estado ofrecía en las zonas afectadas por el conflicto armado, arrojó que éstos eran inapropiados a las necesidades reales de la población, y que mantenían una orientación biologicista y centrada en la enfermedad mental (Rivera, 2003).

Sin embargo, la presentación del Informe Final de la CVR dio pie al inicio de un proceso, al interior Ministerio de Salud, que ha provocado el desarrollo de políticas públicas que buscan ser más sensibles a la situación y condición de las comunidades afectadas por la violencia (Laplante & Rivera, 2006). A partir de ello se ha generado alguna normatividad nacional para el tema de salud mental: el documento Lineamientos

de Acción para la Salud Mental¹¹ y el plan que lo operativiza, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz¹² y el Plan Nacional de Salud Mental 2005-2010, que incluye acciones de salud mental comunitaria¹³ (Rivera & Velázquez, 2008). Posteriormente se identificó la necesidad de contar con un órgano de línea en el organigrama institucional del Ministerio de Salud que dé impulso a estos temas y se responsabilice por la operativización de los planes y estrategias de salud mental formulados. Por ello, se crea en el 2006 la Dirección Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud¹⁴.

En el año 2004, el relator especial de la Organización de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, Paul Hunt, visitó Ayacucho y otras zonas afectadas por la violencia. Como resultado de su visita concluyó que era necesario adaptar los servicios de salud y salud mental al idioma y la cultura locales, así como promover la participación y la incorporación de la perspectiva de derechos humanos en salud¹⁵. El propio personal de salud y de otras instituciones planteó en esa visita, como necesidades prioritarias, la existencia de instituciones que puedan implementar acciones de atención a las secuelas en salud mental, la atención a las condiciones de pobreza agravadas por la exclusión de los servicios de salud, así como la existencia de recursos materiales, personal capacitado y metodologías apropiadas a las necesidades, características y cultura locales¹⁶.

Muchas de las acciones ejecutadas en el marco de estos documentos políticos y técnicos estatales se deben al aporte externo con financiamiento y asistencia técnica, gracias a que la cooperación internacional ha priorizado para su intervención las zonas más fuertemente afectadas por el conflicto armado. En el departamento de Ayacucho, además de la Unión Europea con el Programa AMARES, se ha tenido el apoyo de la misma entidad a través del Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria-PASA (2004 al 2006), que financió un programa de reparaciones en salud mental, así como la formación y capacitación de equipos itinerantes de atención en salud mental. Por otro lado, la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa (JICA), junto con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del Perú, la Universidad de Harvard y el System Science

¹¹ Resolución Ministerial 075-2004 MINSA.

¹² Resolución Ministerial 771/2004 MINSA.

¹³ Resolución Ministerial 943-2006 MINSA.

¹⁴ DS 023- 2005 MINSA.

¹⁵ Hunt, P. (2005) *Report of the special rapporteur, Paul Hunt, on mission to Peru*. E/CN.4/2005/051/Add.2. Documento de trabajo.

¹⁶ Idem.

Consultant Inc. desarrollaron el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención a la Salud Integral para la Población Afectada por la Violencia y Violaciones a los Derechos Humanos (2004-2008); este proyecto incluye también capacitación al personal de salud del MINSA (Rivera & Velázquez, 2008).

Lo anterior quiere decir que aunque hoy existe personal sanitario capacitado en la región, se mantiene aún una deficiencia en el número de especialistas en salud mental, psicólogos y psiquiatras; principalmente en las zonas más alejadas y en el ámbito rural. Para Ayacucho fueron designados el 2007, 18 psicólogos; este número se redujo a 10 psicólogos en el 2008, para una población total de aproximadamente 612 mil personas¹⁷. Por otro lado, son limitantes las propias condiciones del personal de salud, aún el capacitado, en tanto no cuenta con formación continua ni acompañamiento. Además, el personal carece de apoyo para la superación de sus propias secuelas, a pesar de que muchos de ellos (y su familias), viviendo en Ayacucho u otras zonas azotadas por la violencia, han sido también afectados en su salud mental (Rivera & Velázquez, 2008).

Por su parte, los gobiernos regionales y locales vienen dando una serie de pasos encaminados a reparar el daño sufrido, principalmente en el tejido social y la identidad individual, comunitaria y cultural (SNV, CEDAP & OXFAM GB, 2005; Távara, 2005). Sin embargo, estos esfuerzos no llegan a una porción considerable de la población, ni se traducen en acciones concretas y efectivamente reparadoras (SNV et al., 2005), mucho menos en el tema de la salud mental (AMARES, 2006). En este contexto, son las ONGs quienes han logrado acumular mayor experiencia, mientras las organizaciones de afectados esperan y demandan atención y reparación.

Se reconoce una serie de retos pendientes para mejorar la acción estatal en la atención a las secuelas de la violencia: promover la participación y movilización comunitaria, favorecer el empoderamiento, trabajar desde un enfoque de derechos humanos, aprovechar el saber local, enfatizar el cuidado del equipo que está en contacto con la población afectada, así como establecer sistemas de apoyo integrado y sistemas de atención multinivel (Rivera & Velázquez, 2008; IASC, 2007). Todo ello requiere de la dotación de presupuesto y de su eficiente utilización para responder a los temas

¹⁷ INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008) *Censos nacionales 2007: XI de población VI de vivienda. Primeros resultados*. Lima: INEI.

prioritarios de salud mental. Por ello, y para asegurar el compromiso político del Poder Ejecutivo, se viene gestando un proyecto de ley de salud mental (Proyecto de Ley de Salud Mental 02465/2007-CR), que a pesar de su necesidad, aún no alcanza a ser discutido en el pleno del Congreso de la República.

Es este contexto, la implementación reciente del Registro Único de Víctimas¹⁸, ha generado una importante expectativa en la población ayacuchana, que ha venido recibiendo de este gobierno aportes económicos en el marco de la “reparación simbólica” también considerada en el PIR. En tanto hay un mayor conocimiento de la población acerca de acciones ejecutadas y propuestas en torno a la reparación, se da un incremento de la demanda hacia los servicios del Estado. Es esta demanda la que el personal de salud deberá poder satisfacer de la mejor manera.

¹⁸ El Registro Único de Víctimas (RUV) es “un instrumento público de carácter nacional, inclusivo y permanente, al que pueden solicitar su inscripción todas las personas y comunidades afectadas durante el proceso de violencia ocurrida en el Perú entre mayo de 1980 y noviembre de 2000. El RUV fue creado por la Ley 28592 que instituye el Plan Integral de Reparaciones y servirá para que el Estado reconozca el derecho fundamental de las víctimas y beneficiarios a obtener alguna modalidad de reparación”. Tomado de: <http://www.registrodevictimas.gob.pe/registro.html>.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Representaciones sociales

La Teoría de las Representaciones Sociales (Moscovici, 1979) es el enfoque conceptual en el cual se basa la presente investigación. Esta teoría surge en un momento de “transición epistemológica” entre el desarrollo cognitivista clásico, basado en el procesamiento de la información, y los postulados de la psicología social europea acerca de un conocimiento más social en su contexto y características (Sandoval, 2004).

Se trata de un enfoque para el estudio y la comprensión del conocimiento que postula que la realidad, tal y como la entendemos los seres humanos, es el resultado no únicamente de procesos mentales de transformación y simplificación de información sino de la interacción social y de la transmisión constante de mensajes, ideas e imágenes sobre los objetos de relevancia social. En este sentido, abordar las representaciones sociales de un colectivo implica aproximarse a la comprensión que este grupo tiene acerca de la realidad y sus características; es aproximarse por tanto al modo en que los grupos sociales orientan y otorgan significado a sus acciones. A continuación se desarrollan los principales planteamientos relacionados con este enfoque, así como las propuestas que aportaron a su surgimiento.

4.1.1 Origen y antecedentes de la Teoría de las Representaciones Sociales

La Teoría de las Representaciones Sociales surge en Francia en la década del 60 y se convierte en una corriente de la psicología social alternativa a la corriente norteamericana cognitivista (León, 2002); en momentos en que ésta atravesaba una crisis que provocó la búsqueda de nuevos referentes teóricos, principalmente en Latinoamérica y Europa (Sandoval, 2004).

En este punto de la historia de la psicología, los investigadores, influenciados por corrientes sociológicas y filosóficas, empiezan a encontrar limitaciones en los modelos de

explicación del comportamiento humano, principalmente respecto de sus postulados acerca de la relación entre los seres humanos y la realidad. Se ponen en cuestión elementos como la objetividad y la validez universal de una única forma de conocimiento: la ciencia positivista y la psicología de los procesos mentales individuales (Crespo, 1995; Montero, 1994). Así, mientras que la psicología social norteamericana, al menos la más tradicional, enfatizaba los procesos subjetivos y psicológicos individuales aún en contextos sociales, la Teoría de las Representaciones Sociales centró su atención en la construcción y función social del conocimiento.

Para Perera (1998) son tres las diferencias esenciales que distinguen la propuesta de las representaciones sociales del paradigma cognitivo hegemónico: i) el énfasis sociológico de sus postulados, ii) el interés en el contenido al igual que en el proceso y iii) las posibilidades de combinación de metodologías de estudio, sin privilegio de técnica o método en particular.

Aunque en los años 60 ya la psicología social había dado origen a conceptos como los de actitudes, estereotipos y otros, que asociaban el contexto social y los procesos mentales, Moscovici se basa, para el desarrollo de su teoría, en las propuestas de autores provenientes de tradiciones epistemológicamente distintas (Sandoval, 2004). Así, los antecedentes teóricos más reconocidos de la Teoría de las Representaciones Sociales se encuentran tanto en la etnopsicología de Wundt, como en el interaccionismo simbólico de Mead y, fundamentalmente, en el concepto de representaciones colectivas de Durkheim¹⁹ (Mora, 2002).

La etnopsicología de Wundt aporta a la construcción del concepto de representaciones sociales la relevancia de los procesos de comunicación y expresión humana como sustento de la vida social. Para este autor, son estos elementos los que originan los productos culturales (lenguaje, mitos y costumbres) que son el marco de la actuación humana individual (Mora, 2002). Con esta contribución Wundt sienta las bases

¹⁹ Otros autores señalan también como antecedentes los estudios de Thomas & Znaniecki de 1918 sobre actitudes y valores del campesino polaco y de Jahoda et al. de los años 30 con desempleados austriacos. Estos estudios vinculan las estructuras socioculturales a los procesos mentales. También se citan como antecedentes los postulados de Jean Piaget sobre el esquema operatorio y de Sigmund Freud acerca del carácter social de la psicología individual (Perera, 1989); así como a Fritz Heider y el fenómeno de la "psicología ingenua", referido al conocimiento psicológico del sentido común (Alfonso, 2007).

para los desarrollos posteriores, orientados al estudio de procesos psicológicos sociales y colectivos (Mora, 2002).

El interaccionismo simbólico de Mead, con el conductismo social como su antecedente, vincula los conceptos de colectividad y de intersubjetividad y señala al lenguaje como medio de interacción y como acto social, en el que la realidad se crea a través de la confluencia de símbolos y sus significados (Mora, 2002; Mead, 1994). Para Mead es el individuo mismo el que elige cómo y en qué medida reaccionar frente a los estímulos, negando que la conducta humana sea producto de un simple reflejo automático, como lo propone el conductismo (Mora, 2002). Además, señala que no es de ninguna utilidad la separación entre pensamiento individual y pensamiento social (Páez, Fernández, Ubillús & Zubieta, 2004).

Mead plantea cuatro postulados que han sido fundamentales para el desarrollo posterior de la Teoría de las Representaciones Sociales: i) lo que existe es una realidad simbólica susceptible de modificación, ii) la objetividad científica es, en sí misma, un elemento de esta realidad simbólica construida, iii) el individuo accede libremente a la esfera pública, en la que actúa de manera razonable, consciente y voluntaria; y su acción se puede abordar empíricamente a través del estudio del lenguaje y iv) la sociedad tiene una naturaleza simbólica (Mora, 2002).

Por su parte, Emile Durkheim desarrolla la distinción entre procesos de conocimiento y simbolización de la realidad en el ámbito individual y aquellos que se dan en el espacio colectivo, a los que llamó representaciones colectivas²⁰. De esta manera delinea una distinción entre el objeto de estudio de la sociología y el de la psicología, aún de la psicología social (Mora, 2002).

Durkheim concibe el concepto de representaciones colectivas como la forma en la que el grupo piensa respecto de objetos de la realidad que le son relevantes. Son hechos sociales y simbólicos, concebidos como una forma de conciencia que la sociedad impone a los individuos (como lo son las religiones, los mitos y las ideologías), como producto de la asociación de las mentes individuales (Perera, 1998).

²⁰ Durkheim, E. (1898) Representations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et Morale*, 6, pp. 273-302.

Es este concepto el que Moscovici retoma para la construcción de su Teoría de las Representaciones Sociales, en un esfuerzo de integración de la psicología y la sociología en una sola psicología social (Mora, 2002). Moscovici reemplaza el término “colectivo” por “social” con la intención de dar al concepto un carácter más dinámico, en tanto se relaciona con una peculiar manera tanto de entender como de comunicar la realidad (Moscovici, 1984 citado en Perera, 1989).

Jodelet (1991) plantea otros elementos que sustentan el carácter social de las representaciones sociales: i) el contexto concreto en que se sitúan los individuos, ii) el hecho de que éstos se comuniquen y iii) el bagaje cultural, cargado de códigos valores e ideologías concernientes a las pertenencias sociales específicas de los individuos, que proporciona un marco para la aprehensión de los contenidos de la comunicación. Sobre este último punto, se reconoce el papel de las representaciones en la diferenciación social (Páez, 1987 citado en Mora, 2002), y se establece un puente con la teoría de la identidad social (Tajfel & Turner, 2004), en tanto los grupos reconocerían a sus propios miembros y distinguirían a los extraños a partir de compartir o no representaciones acerca de objetos sociales relevantes para el grupo.

Debieron pasar 10 años luego que Moscovici publicara el texto base de su teoría- *El psicoanálisis, su imagen y su público*- para que ésta empezara a ser acogida por los psicólogos sociales en Europa y fuera de ella²¹. Para Tomás Ibáñez (1988 citado en Alfonso, 2007), esto se debió por un lado a la influencia de la corriente conductista, que subestimaba cualquier tipo de explicación sobre lo no visible de la conducta humana, así como a la tradición individualizante de la psicología, a la imagen de los estudios europeos como débiles en cuanto a su sustento empírico y a la confusión entre el nuevo concepto de representación social y el de actitud.

Con el tiempo, nuevos aportes han ido complementando la Teoría de las Representaciones Sociales, como es el caso de las propuestas de Berger y Luckman acerca de la construcción social de la realidad. Al respecto, Alfonso (2007) rescata principalmente estos aportes: i) los objetos sociales que conocemos se generan en el acto

²¹ Recién en la década del 70 se empezó a utilizar con intensidad esta teoría para hacer investigación. Se realizaron numerosos aportes que fueron presentados en 1979 en el Primer Congreso Internacional sobre la Teoría de las Representaciones Sociales realizado en París (Alfonso, 2007).

mismo de conocerlos, ii) lo anterior sucede gracias a los procesos de comunicación e interacción entre sujetos, grupos e instituciones y iii) la realidad adquiere sentido a través de los mecanismos que la transmiten: el lenguaje y la comunicación.

4.1.2 El abordaje conceptual de la representación social

La idea de una realidad construida en la interacción social ha sido del interés de autores de diversas disciplinas, que postulan la articulación entre procesos mentales y sociales (Jodelet, 2003). Al respecto Berger y Luckman (1991) señalan que “tan pronto como se observan los fenómenos típicamente humanos entramos en el dominio de lo social, la humanidad específica del hombre y su socialidad están entrelazadas íntimamente. El *homo sapiens* es siempre, en la misma medida, *homo socius*” (p. 72).

El concepto de representación social se asocia a la designación de una forma de pensamiento social; un modo de conocimiento que es proceso y también contenido (Sandoval, 2004). Las representaciones sociales son, según Moscovici & Hewstone (1986), un tipo de pensamiento constituyente de la realidad social, “al igual que las partículas y los campos invisibles son un factor constituyente de la realidad física” (p. 710). Alfonso (2007) señala además que se trata de pensamiento constituido, pues se construye y transforma en productos y estructuras útiles para interpretar la realidad, a partir de múltiples elementos provenientes de la experiencia, de las tradiciones, la información y la educación (Vasilachis, 2003; Jodelet, 1991).

Las representaciones sociales han sido definidas como el conocimiento social del sentido común (Jodelet, 1991), un elemento explicativo de la construcción social de la realidad (Mora, 2002), guías para la acción (Moscovici, 1979), modalidades particulares de conocimiento (Moscovici, 1961 citado en Mora, 2002), entre otros. Todas estas definiciones comparten la peculiaridad de considerar por igual las dimensiones sociales y cognitivas de la construcción de la realidad (Garay, Iñiguez & Martínez, 2005; Araya, 2002), así como de no distinguir entre los ámbitos externo-objetivo-estímulo e interno-subjetivo-respuesta. En palabras de Moscovici (1979), no existe separación fundamental entre objeto y sujeto. En general, se trata de una aproximación teórica y metodológica que se propone dotar de una dimensión realmente social a la psicología social (Jodelet, 2003).

Para Sandoval (2004), la representación social se ha convertido en una suerte de concepto marco que incluye una serie de diversos procesos y mecanismos relacionados con la construcción social de imágenes y significados acerca de objetos de la realidad. Una de las definiciones clásicas de las representaciones sociales es la acuñada por Moscovici en 1973 (citado en León, 2002) en la que se refiere a ellas como:

...sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propios (...) No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación con algún objeto, sino teorías o áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad (...) Sistemas de valores, ideas, prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo, permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, al proveerlos con un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. (p. 369)

En palabras de Robert Farr (1991) y en concordancia con la definición anterior, las representaciones sociales cumplen la función de “hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible” (p. 503), con ello contribuyen a disminuir la angustia frente a la inseguridad que genera la percepción de algo nuevo, para lo cual no existen categorías de clasificación, y que por lo mismo resulta amenazante.

Denise Jodelet (1991) señala que la representación social, como forma de pensamiento, es parte de los procesos psicológicos que permiten la relación entre un sujeto y un elemento de su entorno. Los objetos de la realidad, convertidos en conceptos a través de operaciones mentales como la atención, percepción y memoria, transforman el objeto y resultan en una representación simbólica del mismo (León, 2002). Estos conceptos son reelaborados y se entremezclan en los procesos de comunicación e intercambio social, para interpretar o clasificar personas, conductas o eventos de la vida cotidiana (León, 2002). Este proceso permite, por un lado, que el objeto representado permanezca aunque no esté presente y, por otro lado, que las personas establezcan vínculos de comunicación e intercambio entre ellas a través de una simbolización compartida del mismo (Jodelet, 1991). Permite orientar la conducta respecto del objeto y

de los demás sujetos del grupo, así como dominar el entorno; por lo que se trata también de un pensamiento práctico (Perera, 1989).

En general, sobre las funciones de la representación social señala Jodelet (1986, citada en Sandoval, 2004):

Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen de él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto de ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico de la conducta de nuestra vida. (pp. 472-473)

Las representaciones sociales constituyen teorías del sentido común que permiten nombrar, organizar y comprender la realidad (Farr, 1984). Se distinguen de las opiniones y de las imágenes, ambos conceptos relacionados. De las primeras debido a que las opiniones son menos estables, carecen de referentes y se conciben como reacciones específicas ante objetos previamente representados (Moscovici, 1979). En el caso de las imágenes, la distinción descansa en que éstas se comprenden como fieles reflejos de realidades externas, productos de una posición pasiva del sujeto que la noción de representación social no comparte (Moscovici, 1979), ya que desde esta perspectiva “cada representación es un sesgo de cada sujeto” (Ursúa, 1987, p. 349).

Jodelet (2003) señala tres aspectos por los cuales se trata de una teoría de gran aceptación y desarrollo en Europa y Latinoamérica: i) su carácter constructivo y crítico, que permite superar las limitaciones del modelo intraindividual, ii) el papel de lo social y cultural en los procesos y productos de la mente, en las comunicaciones sociales y la pertenencia grupal, y iii) la versatilidad e interdisciplinariedad del concepto, por lo que resulta de utilidad para la comprensión de los fenómenos complejos de la vida cotidiana. Lo interesante de esta propuesta es que, al centrarse en los aspectos sociales y culturales relacionados con la construcción del conocimiento, plantea una modalidad de aproximación a los fenómenos psicosociales con gran permeabilidad frente a contextos socio-culturales diversos.

Dado que la transformación de los objetos de la realidad deviene en teorías que son integradas en la cultura del grupo (León, 2002), la investigación sobre las representaciones sociales lleva a la revelación de un elemento base de la cultura grupal. Las representaciones que se construyen están mediadas por las dimensiones ideológicas e históricas del grupo que las comparte, y corresponden a sub-culturas, clases y grupos al interior de éste (Carugati & Palmanori, 1991 citado en Perera, 1998). Por otro lado, como productos y procesos socioculturales, dan cuenta de las características del momento histórico específico que atraviesa una sociedad (Alfonso, 2007; Sandoval 2004).

Por lo anterior, entonces, es posible hallar representaciones sociales sobre un mismo objeto social que difieran en algunos de sus contenidos y énfasis entre grupos e individuos de una misma sociedad en tanto existen aspectos subyacentes y preexistentes que las organizan, como lo son las posiciones ideológicas, los valores y las condiciones históricas específicas.

4.1.3 Estructura y dinámica y de la representación social

Las representaciones sociales implican una estructura, un contenido y un proceso para su conformación. Cada uno de estos elementos resulta fundamental para la comprensión de este fenómeno y sus implicancias para la vida social. Los seguidores de la Teoría de las Representaciones Sociales han desarrollado y profundizado en los elementos de la representación social delineados por Moscovici, y han incluido nuevos elementos, complementado y enriqueciendo la teoría.

A continuación, se detallan los componentes que conforman la representación social y determinan su estructura, así como el procedimiento y algunas consideraciones relacionadas con su generación y transmisión.

4.1.3.1 Componentes de las representaciones sociales

Se pueden distinguir tres dimensiones o componentes de las representaciones sociales, aunque éstas siempre son unidades integradas y complejas de conocimiento. Estas dimensiones, definidas con fines didácticos y de investigación son: i) la actitud o predisposición a actuar favorable o desfavorablemente frente al objeto representado, ii) la

información (creencias) que comparte un grupo social acerca del objeto de la representación, y iii) el campo de la representación, referido a la organización y jerarquización del contenido de la misma (Alfonso, 2007).

ACTITUD

La actitud, como elemento afectivo de la representación social, expresa una evaluación respecto del objeto. Cumple también una función reguladora de la conducta frente al objeto de la representación social y será su componente más estable (Araya, 2002). La actitud es el componente motivacional de la representación, en tanto orienta la conducta en términos de aproximación o de rechazo frente al objeto representado (Mora, 2002). Herzlich (1979) señala que es este componente el que permite identificar empíricamente las diferencias entre grupos sociales en función de sus representaciones.

Para Páez (en Alfonso, 2007) la distinción entre representación social y actitud responde más a la interpretación que a los instrumentos utilizados para su abordaje²². La diferencia fundamental entre ambos conceptos está dada por la consideración de la actitud como un fenómeno subjetivo, antecedente a la formación de una representación social (Perera, 1998), dado que puede existir una reacción emocional ante un objeto sin necesidad de tener mucha información respecto de éste.

Moscovici (1979) señala que la actitud prima sobre los otros dos componentes y determina la existencia de la representación social, puesto que nos informamos acerca de algo únicamente en tanto este objeto resulta suficientemente relevante como para tomar una posición frente a él. A su vez, esta posición permea el resto del proceso de comprensión o representación del objeto. Para Araya (2002) este componente es el más evidente en el discurso, y por lo tanto el que se identifica con mayor facilidad.

INFORMACIÓN

Se trata de los conocimientos, datos y explicaciones del grupo o de la persona que circulan en la comunicación cotidiana respecto de un objeto representado socialmente (Mora, 2002). Las particularidades de esta información -como el estar más o menos cargada de estereotipos- dependerán del contacto directo o indirecto con el objeto de la

²² La concepción tridimensional de la actitud (una integración de la respuesta afectiva, el elemento cognitivo y la tendencia comportamental frente a un objeto social) es la más parecida al concepto de representación social, aunque carece de una estructura dinámica (Araya, 2002).

representación (Araya, 2002). También influirán la posición de la persona y del grupo en la estructura social. Se señala al respecto que la pertenencia grupal y la inserción social del grupo predisponen a entrar en contacto con ciertos contextos conversacionales, que determinan la cantidad, calidad y organización de información acerca del objeto y de las prácticas sociales asociadas a éste (Alfonso, 2007; Sandoval, 2004; Mora, 2002; Araya, 2002).

CAMPO DE LA REPRESENTACIÓN Y NÚCLEO CENTRAL

El campo de la representación es una estructura que da cuenta de la red de relaciones significantes conformada por las unidades de información contenidas y articuladas en una representación social (Páez et al, 2004). Puede concebirse como un modelo de la representación social, en tanto se trata del contenido organizado, concreto y limitado de proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación (Perera, 1998; Moscovici, 1979). En suma, constituye “el conjunto de actitudes, opiniones, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social”. (Araya, 2002, p. 41)

En tanto los grupos sociales comparten sistemas de creencias, valores y actitudes, así como una forma particular de aprender, se crean las condiciones para la aparición de elementos centrales de mayor consenso en las representaciones que construyen y comparten los individuos miembros de un grupo social determinado (Gastrón, Vujosevich, Andrés & Oddone, 200?). En este sentido, la escuela de las representaciones sociales de Aix-en-Provence, (liderada por Abric, Flament, Guimelli, Moliner entre otros) propone la existencia de un núcleo central²³, alrededor del cuál se organizan el resto de contenidos de la representación (Páez et al., 2004). Este núcleo central está compuesto por cogniciones de mayor peso o significación, que dan sentido a los demás elementos de la misma (Alfonso, 2007). Por ello, dará cuenta del mayor consenso grupal, generando elementos periféricos vinculados a éste (Páez et al., 2004). Las condiciones históricas, sociológicas y políticas del grupo, sujeto de la representación, determinan el núcleo central de la misma; a su vez éste se convierte en un elemento fundamental de la memoria colectiva del grupo (Alfonso, 2007). Así, es posible realizar un análisis estructural de la representación y dar cuenta de la homogeneidad de un grupo social (Páez, 2004).

²³ También llamado sistema central (Alfonso, 2007) o esquema o núcleo figurativo (Perera, 1998).

El núcleo central da significado al conjunto de la representación. Crea o transforma la representación y determina la relación entre sus elementos constituyentes marcados por el sistema de normas grupales; le da estabilidad en tanto es relativamente resistente al cambio e independiente del contexto social inmediato (Alfonso, 2007). Por otro lado, en tanto existe cierta flexibilidad en las prácticas sociales derivadas del núcleo central (Flament, 2001 citado en Páez et al., 2004; Abric, 1993), se puede identificar más de un núcleo central en una sola representación.

Los elementos periféricos de la representación social son esquemas que permiten el funcionamiento de la representación al momento de descifrar una situación concreta; absorben o amortiguan elementos externos que podrían entrar en conflicto con el núcleo central. Estos elementos periféricos, más flexibles, permiten la existencia de representaciones individualizadas alrededor de un núcleo central común (Páez, 2004).

El modelo del núcleo central permite comprender la organización de las representaciones sociales, a partir de la desagregación y jerarquización de las unidades de información que contiene (Páez et al., 2004), en un proceso de construcción que realiza el investigador a partir de los elementos recogidos como parte de los dos componentes anteriores (Alfonso, 2007; Perera, 1998).

4.1.3.2 Formación de las representaciones sociales

Existen tres factores que facilitan el origen de las representaciones sociales acerca de algún objeto social: i) la existencia de mucha información dispersa acerca de objetos de los que se conoce poco en profundidad, ii) la posición del grupo respecto del objeto y iii) la tendencia a opinar y actuar frente a los objetos sociales, aunque se conozcan poco o mal (Moscovici, 1979). Este último factor evidencia la relevancia de los procesos de comunicación en la conformación y transmisión de las representaciones sociales, dado que la comunicación social e interpersonal permiten la transmisión de valores, normas, informaciones y otros contenidos que determinan su estructuración. Este “trasfondo comunicacional” es el escenario y la fuente de contenido para las representaciones sociales (Perera, 1998).

De otro lado, es posible identificar tres grupos de objetos susceptibles de ser representados socialmente: i) aquellos que se utilizan en la vida diaria, ii) los elementos culturales, míticos o mágicos de relevancia para los grupos sociales, y iii) las condiciones y acontecimientos polémicos y significativos para los grupos (Elejabarrieta, 1991 citado en Perera, 1998).

Los estudios sobre representaciones sociales dan cuenta de dos procesos básicos para su formación. Estos procesos, señalados por Moscovici en su estudio pionero sobre representaciones sociales, han sido traducidos como *objetivación* y *anclaje* (Mora, 2002). Ambos procesos implican tanto mecanismos psicológicos de incorporación, transformación y generalización de los contenidos semánticos provenientes de la cultura (formas de saber y tradiciones que circulan como creencias, valores y referencias históricas), como el conjunto de prácticas referidas a la comunicación interpersonal y social (Sandoval, 2004).

OBJETIVACION

La *objetivación* es el proceso por el cual las nociones abstractas, desorganizadas y descontextualizadas de la realidad percibida son transformadas en imágenes y conceptos más o menos estructurados²⁴ (Mora, 2002). En palabras de Moscovici, objetivar implica reabsorber el exceso de significados al materializarlos (Jodelet, 1991). La objetivación facilita la interacción discursiva y la comprensión de los hechos y objetos de la realidad (Araya, 2002).

El proceso de objetivación, presenta un tinte normativo que adscribe al objeto de la representación social “un almacén de valores” (Mora, 2002, p. 11), en tanto se acompaña de afectos, valores y condiciones de naturalidad, generándose una teoría profana útil para categorizar personas, comportamientos y otros objetos y hechos de la realidad social. Los elementos de la realidad son objetivados en una suerte de “animismo invertido”, por el que lo abstracto se hace concreto y lo subjetivo, objetivo (Páez et al., 2004).

²⁴ Araya (2002) encuentra referencias al proceso de objetivación también en la sociología del conocimiento, la lingüística y la cognición social.

Existen tres fases en el proceso de objetivación: i) la construcción selectiva, ii) la esquematización estructurante, y iii) la naturalización (Jodelet, 1986 citada en Sandoval, 2004).

i) En la fase de *construcción selectiva* tiene lugar la selección de algunos aspectos de entre la cantidad de palabras que se transmiten en una comunicación acerca de un objeto (Sandoval, 2004). Estos elementos retenidos sufren una transformación que les permite encajar en los esquemas mentales preexistentes (Sandoval, 2004), principalmente en el “sistema-ambiente de valores” (Araya, 2002, p. 35), es decir, los valores, la ideología y los parámetros de la realidad social (Mora, 2002).

ii) La *esquematización estructurante* es una fase de organización de los contenidos de la información, resultantes de la fase anterior (Sandoval, 2004). En ella la información seleccionada constituye una imagen del objeto representado, de modo que tenga un contenido coherente capaz de ser expresado (Alfonso, 2007). Como resultado de esta fase las ideas abstractas se convierten en imágenes icónicas (Araya, 2002) y la representación social adquiere su *esquema o núcleo figurativo* (Jodelet, 1991).

iii) Finalmente, en la fase de *naturalización*, los elementos del pensamiento, organizados y estructurados, se convierten en elementos de la realidad, que son integrados en el sistema de conocimiento del sentido común (Páez, 2004; Jodelet, 1991). En esta fase, los objetos de la representación pierden su carácter simbólico (Araya, 2002) y dotan de un estatus ontológico de existencia fáctica al esquema figurativo de la representación (Sandoval, 2004). El producto pasa a ser una categoría social del lenguaje (Perera, 1998) y un reflejo fiel de la realidad (Alfonso, 2007). En palabras de Moscovici (1979) se trata del acoplamiento de las palabras (signos lingüísticos) a las cosas (estructuras materiales).

ANCLAJE

El proceso de *anclaje* confiere significado y utilidad a lo objetivado. Es el proceso por el cuál se asimila lo nuevo a lo ya existente (Páez, 2004), al marco de referencia de la colectividad (Mora, 2002). Al anclarse el objeto de la representación se incorpora en el sistema de pensamiento preexistente, generándose una integración cognitiva, que posibilita interpretar la realidad y orienta la acción (Jodelet, 1991). El anclaje permite

afrontar el contacto con objetos novedosos (Sandoval, 2004), así como experimentar una sensación de control sobre la realidad (Alfonso, 2007).

Es aquí donde la función social de la representación se hace más evidente: a través del anclaje una sociedad hace suyo un objeto (o esquema conceptual naturalizado) y dispone de él como resulte pertinente a las relaciones sociales que se establezcan en ella (Moscovici, 1979). Así, la representación social resultante del anclaje regula la interacción grupal y se relaciona con los demás conocimientos del saber popular (Mora, 2002); la representación social se convierte en un instrumento útil para la comunicación y la comprensión (Araya, 2002).

El sistema de valores y de categorías dominante, en el que se anclan los objetos de las representaciones sociales, es el marco de interpretación que dota a los individuos y grupos de las herramientas para entender e interpretar un elemento novedoso (Sandoval, 2004). Por ello, es posible comprender las variaciones en el anclaje considerando los marcos sociales y psicosociales de referencia en el momento histórico específico del estudio (Páez et al., 2004; Araya, 2002).

Es importante señalar también que esta asimilación genera una modificación y una re-construcción permanente de la visión de la realidad de los grupos sociales (Perera, 1998). Así como los contenidos recibidos son modificados por los esquemas preexistentes, estos esquemas son transformados por la nueva información para permitir que se incluyan algunas de sus características (Alfonso, 2007). Por ello, para Jodelet (1984 citada en Araya, 2002), los elementos de la representación no sólo expresan las relaciones sociales existentes sino que también les dan forma.

Moscovici (1979) señala que mientras la objetivación se relaciona con el “ser” del objeto, el anclaje lo hace con el “hacer”; mientras la objetivación se relaciona con la articulación de los elementos de la realidad social, el anclaje lo hace con el modelamiento y la expresión de las relaciones sociales.

4.1.4 El abordaje metodológico y el estudio de las representaciones sociales

La investigación sobre representaciones sociales se inicia en 1961 con el estudio de Serge Moscovici, que analiza cómo el psicoanálisis es entendido y representado socialmente en Francia (León, 2002). Este investigador realiza entrevistas estructuradas y semiestructuradas (Mora, 2002) y un análisis de contenido de diversas fuentes que transmiten mensajes en torno a los objetos sociales representados, por ejemplo los medios de comunicación masiva (León, 2002). De esta manera, evidencia que las representaciones sociales están, tanto en las mentes, como en las producciones de las sociedades.

En tanto producciones sociales es posible encontrar representaciones sociales en el habla, en las acciones, en los medios de comunicación, en las políticas de gobierno, las instituciones y organizaciones sociales (Morant, 1998). Por ello, y dado que se trata de una práctica que construye sistemáticamente el objeto del que se habla, es el discurso -hablado o escrito- la vía para acceder al contenido de la representación (Potter & Wetherell, 1987 citado en Alfonso, 2007). Al respecto, diversas investigaciones han evidenciado que los mensajes transmitidos oralmente acerca de los objetos representados pueden no ser del todo consistentes con las conductas expresadas ante ese mismo objeto (Canter & Monteiro, 1992 citado en León, 2002; Jodelet, 1991). Por otro lado, al ser productos de la construcción social de un colectivo en un contexto histórico y cultural determinado, no es pertinente generalizar las representaciones sociales, como comprensiones universales acerca de los objetos de la realidad (Morant, 1998).

A partir del estudio de Moscovici los estudios de representaciones sociales han adoptado una pauta común: el énfasis en aspectos de la realidad socialmente significativos, como los son las enfermedades (León 1996; Farr, 1991), las profesiones (Saquilán, 2005), los grupos étnicos (Gastrón et al., 2007; Farr, 1991), el género (Banchs, s.f; Morant citado en Miell & Wetherell, 1998), la inteligencia (Zubieta, & Valencia, 2004) entre otros. En general, las investigaciones bajo esta teoría se interesan por las condiciones de producción y de circulación de las representaciones, así como por sus contenidos, las formas que adquieren, su funcionamiento y la función social que cumplen (Jodelet, 2003).

Acerca del escenario de los estudios sobre representaciones sociales se señala que, por su naturaleza histórica y cultural, el abordaje más apropiado es la investigación en campo (León, 2002); aunque es posible investigar algunos de sus componentes en el laboratorio, de manera experimental (Martínez & García, 1992).

Una primera reflexión acerca de las metodologías a usarse para el estudio de las representaciones sociales es que cualquiera sea el método, éste debe permitir identificar con claridad tanto el objeto de la representación, como el o los sujetos de la misma, en concordancia con el principio de que toda representación es “de alguien” y “sobre algo” (Alfonso, 2007). De otro lado, debe tenerse en cuenta que los discursos no son directamente las representaciones, sino que éstas se reconstruyen a través del análisis, articulando sus elementos afectivos, cognitivos y simbólicos (Alfonso, 2007), teniendo siempre en consideración las características del contexto sociocultural en el que los sujetos se desenvuelven.

La diversidad de orientaciones posteriores a los desarrollos de Moscovici y sus más cercanos seguidores, así como las controversias generadas en torno a la Teoría de las Representaciones Sociales, han resultado, en palabras de Martínez & García (1992), en “un panorama de investigaciones variopinto y difícil de categorizar” (p. 392). No obstante, es posible identificar seis grupos de posiciones metodológicas (Jodelet, 1984 citada en Martínez & García, 1992): i) estudios de la actividad cognitiva en la elaboración de la representación social, ii) investigaciones sobre los aspectos significantes de los procesos representacionales, iii) la representación social como forma de discurso, iv) aproximaciones a las representaciones sociales como prácticas sociales que expresan normas, posiciones sociales e ideologías, v) estudios acerca de la influencia de las relaciones intergrupales en la dinámica de las representaciones sociales y vi) la reproducción, en las representaciones sociales, de ideologías y formas de pensamiento dominantes y formalmente establecidas.

Asimismo, Martínez & García (1992) identifican dos grandes grupos de investigaciones en representaciones sociales que se diferencian uno de otro por sus objetivos y la forma de plantear su problema de investigación e hipótesis: i) intenciones descriptivas y comparativas o correlacionales de las representaciones sociales, como productos grupales sobre determinados objetos. La escuela de Ginebra, con Willem Doise

como máximo exponente, asume esta propuesta metodológica (Araya, 2002), que utiliza diversas técnicas de recojo de datos y revisión de textos, y ii) estudios de la representación social como proceso activo, estudios acerca de la inserción de los objetos en las representaciones sociales de los grupos, así como de las posteriores modificaciones en los comportamientos frente al objeto representado. La Escuela de Aix-en-Provence, liderada por Jean-Claude Abric, recurre principalmente a esta opción metodológica (Araya, 2002), la cuál realiza estudios experimentales en laboratorio

Lo importante en este punto, en palabras de Alfonso (2007), radica en que, aunque la amplitud y complejidad del concepto de representaciones sociales requiere de la combinación de diferentes técnicas e instrumentos, esto no debe llevar a un “eclecticismo teórico-metodológico” (p. 14). Dado que el propósito general que se plantean y comparten los estudios sobre representaciones sociales requiere de una combinación de métodos y técnicas de investigación cualitativa (Morant, 1998), diversos investigadores postulan que el camino correcto es identificar primero los atributos de la representación social que se espera investigar; luego es posible definir qué método de investigación será el más apropiado para ello (Sotirakopoulou & Breakwell, 1992 citado en León, 2002).

A nivel instrumental existe una gran variedad de opciones que los distintos investigadores utilizan para desarrollar sus investigaciones (Alfonso, 2007). Se puede reseñar cuáles son las principales herramientas usadas e identificar la relación entre éstas y los énfasis puestos en algún elemento específico de la Teoría de las Representaciones Sociales. Algunas técnicas utilizadas son: cuestionarios y entrevistas, gráficos y diagramas, técnicas etnográficas (Araya, 2002), técnicas de asociación libre, de agrupación y clasificación de objetos, escalas de diferencial semántico, análisis del discurso (Martínez & García, 1992), técnicas para determinar la centralidad de los elementos de la representación social (Araya, 2002) y técnicas para analizar las fuentes de información (Mora, 2002; Araya, 2002).

El análisis de los datos en las investigaciones sobre representaciones sociales se realiza también de diversas formas; algunas veces utilizando técnicas estadísticas de mayor o menor complejidad, como son las técnicas multivariadas descriptivas (análisis factorial, análisis de componentes principales, análisis de cluster, entre otras), las técnicas multivariadas inferenciales (como la prueba Chi cuadrado, el coeficiente RP de Catell y

otras) y los análisis de similitud (principalmente en estudios de orientación psicolingüística) (Martínez & García, 1992). La opción por el abordaje estadístico y cuantitativo de las representaciones sociales corresponde a un enfoque estructural (Flament, 1986 citado en Araya, 2002). Otros investigadores, como es el caso de Denise Jodelet, prefieren el abordaje cualitativo y desarrollan un análisis de contenido, en concordancia con lo que se puede considerar la escuela clásica de las representaciones sociales (Araya, 2002).

La teoría fundamentada o grounded theory (Strauss & Corbin, 2002) es un modelo de investigación cualitativa coherente con la lógica de la construcción social del conocimiento, que está a la base de la Teoría de las Representaciones Sociales. Por ello resulta pertinente su uso en el estudio de las representaciones sociales, ya que además de describir, permite explicar el fenómeno en estudio (Araya, 2002). En este sentido, posibilita el análisis tanto del contenido como de la estructura interna de la representación, a través de las relaciones y jerarquías entre sus elementos constituyentes (Krause, 1998). Los resultados de las investigaciones sobre representaciones sociales llevadas a cabo bajo este modelo lo han posicionado como un procedimiento amigable para este tipo de investigaciones (Araya, 2002).

4.2 Violencia política y salud mental

La violencia política y sus secuelas en la salud mental de las personas y comunidades son objetos de interés del presente estudio. En tanto la violencia puede tener efectos devastadores, tanto en términos de destrucción material como en su impacto social y psicológico, es necesario considerar diversas posturas teóricas y conceptuales para su comprensión, e identificar las propuestas más pertinentes para su abordaje en situaciones concretas. En el siguiente apartado se presenta el marco conceptual acerca de los efectos de la violencia política en la salud mental de las comunidades, desde una concepción integral de salud mental y proponiendo una perspectiva comunitaria.

4.2.1 Salud mental y salud mental comunitaria

La salud mental es parte de la salud integral (Velázquez, 2007); contempla tanto el bienestar subjetivo y el buen funcionamiento de aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, como el despliegue óptimo de habilidades y potencialidades para la vida personal y la interacción social (De la Fuente, 1997 citado en Barriguete, Reartes, Venegas & Moro, 2003). Incluye el adecuado procesamiento de conflictos, sufrimientos, carencias y frustraciones propios de las relaciones interpersonales y grupales, por lo que la ausencia de patología no significa necesariamente salud mental. La Organización Mundial de la Salud propone la siguiente definición de salud mental como "...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2001, p. 17).

La salud mental no implica un estado inamovible, sino un proceso dinámico de realización de las capacidades intelectuales y emocionales en la interacción entre la persona y su entorno. Se trata de un fenómeno complejo, en el que confluyen factores sociales, ambientales, psicológicos y biológicos. Así, no es posible comprender la salud mental, aislándola de la salud física ni de las culturas y condiciones de vida de las personas y comunidades, por lo que factores sociales como la pobreza y la desigualdad tienen un efecto sobre ella (Rivera & Velázquez, 2008).

Algunas propuestas de salud mental se acercan más a un concepto integrador y dinámico²⁵, otros la consideran únicamente un factor de normalidad estadística (Sepúlveda, 2005). En palabras de Baró (1984), una concepción de salud mental biologicista, individualista y contrapuesta a la enfermedad mental es una concepción pobre, desde la cual atender la salud mental en contextos de conflicto armado, cuando lo que está en juego es la supervivencia de las personas, podría parecer superficial (Beristain, Dona, Páez, Pérez-Sales & Fernández, 2004); más aún en tanto no exista un número significativo de casos de patología mental.

²⁵ Se ha definido la salud mental como un componente del capital social y de los derechos humanos, como fundamento del bienestar subjetivo. Se le ha enfocado desde un punto de vista positivo, en relación con la cultura y expectativas de poblaciones concretas y sus capacidades resilientes así como un síntoma de maduración y desarrollo socio-emocional en el proceso de desarrollo humano (Sepúlveda, 2005).

En general, hace falta un concepto más amplio y una concepción más positiva de la salud mental, que considere al ser humano no únicamente como un organismo individual sino como un ser histórico, que realiza su vida como parte de un tejido de relaciones sociales (Baró, 1984). Pensar en la salud mental como “una forma peculiar de estar en el mundo y de configurar el mundo” (Bingswagner, 1972 citado en Baró, 1984, p. 503) convoca a los profesionales al desarrollo de nuevas sub disciplinas y orientaciones de intervención como la etnopsiquiatría, la antropología médica (Barriguete, et al., 2003), entre otras.

4.2.2 La propuesta comunitaria de la salud mental

Entendiendo la comunidad como el espacio de construcción de relaciones interpersonales, sentidos y significados que dan sustento a la identidad, se plantea el concepto de salud mental comunitaria como una propuesta comprensiva e integral del fenómeno y de su expresión en contextos de intercambio social²⁶. En palabras de Baró (1984), “la salud mental no está tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual cuanto en el carácter de las relaciones sociales donde se asientan, construyen y desarrollan las vidas de cada persona” (p.508).

En concordancia con lo anterior, el modelo comunitario en salud mental prioriza la atención a los vínculos afectivos y a los signos y símbolos compartidos por un colectivo de personas que, más allá del ámbito geográfico, comparten referentes identitarios. Se enfatiza en la construcción social y simbólica de los elementos que son importantes para la acción colectiva, para el logro y mantenimiento del bienestar y de la salud integral y mental.

La salud mental comunitaria, como propuesta conceptual y metodológica, surge como respuesta a nuevos problemas psicosociales, en concordancia además con formas alternativas de comprender al ser humano y su naturaleza, de devolver la condición de sujeto a grupos subalternos, diversos y emergentes, así como de reconocer su capacidad

²⁶ Montero (2004) se refiere a las comunidades como: “...agrupaciones de personas que comparten ciertas características en común y que desarrollan diferentes tipos de prácticas conjuntamente (...) se crea a partir de estas agrupaciones, un nosotros que se conforma en contraste con un otros definido en función de las personas que no forman la comunidad”. (p. 45)

de agencia y sus recursos (Velázquez, 2007). Por otro lado, se considera que en tanto la mayoría de fuentes estresoras y desestructurantes proceden de elementos presentes en los espacios de vida colectivos, se requiere de respuestas basadas en las propias características y recursos comunitarios (Pérez-Sales, 2004; OPS, 2002).

La propuesta comunitaria de la salud mental se diferencia del abordaje tradicional de la salud mental, biologicista e individualista, y de los modelos clásicos y reconoce la necesidad de establecer articulaciones con otras disciplinas. Esta dimensión multidisciplinaria le permite analizar los vínculos interpersonales y sociales (Velázquez, 2007), así como las interrelaciones con el ambiente y los determinantes estructurales, sociales, culturales, históricos y físicos que impactan en los vínculos interpersonales, familiares y comunales (AMARES, 2007), causando malestares y problemas psicosociales (San Martín y Pastor, 1991 citado en Lara, 1998; Baró, 1984). Estos factores de vulnerabilidad se definen como “el conjunto de factores de larga evolución que hacen a una comunidad más frágil ante la adversidad y dificultan su desarrollo” (Pérez-Sales, 2004, p. 7).

Baró (1984) plantea considerar la salud mental de “afuera hacia adentro” y no “de adentro hacia afuera”. Esto significa considerar que las personas y poblaciones reaccionan ante situaciones o condiciones del entorno en formas que hasta podrían ser descritas por un observador externo como anormales o patológicas, de no considerarse su real origen y naturaleza. Así, la salud mental comunitaria permite comprender los problemas de salud mental de manera integral, atendiendo la complejidad del ser humano (Velázquez, 2007) y poniendo énfasis en el impacto de eventos que afectan sustancialmente las relaciones humanas, como lo son las guerras y los desastres (Baró, 1984).

Las intervenciones en salud mental comunitaria requieren de un abordaje sistémico, multidimensional (OPS, 2002) y vinculado con la promoción, prevención y atención de los malestares y problemas de las personas. Buscan promover el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida y el bienestar de las comunidades de manera participativa (Castro de la Mata, 1986) en el mediano y largo plazo (OPS, 2002), enmarcándose en el contexto sociocultural, articulándose a procesos en curso y recuperando los saberes y prácticas locales (Rivera & Velázquez, 2008).

Este tipo de intervención se aleja de la consideración de las personas como enfermos, y evita las categorizaciones y etiquetas estigmatizantes y deterministas que se asocian a los pacientes de salud mental. La salud mental comunitaria, por el contrario, se relaciona con el desarrollo humano y el derecho de las personas y comunidades al pleno ejercicio de sus capacidades, potencialidades y recursos para realizarse plenamente y transformar su entorno de una manera positiva (AMARES, 2005; Castellón, 2005). Lo anterior requiere colocar en el centro de la atención los aspectos subjetivos y las condiciones emocionales individuales y colectivas, sin descuidar los aspectos estructurales y los determinantes sociales, económicos y culturales.

Para ello, las intervenciones en salud mental comunitaria se orientan al incremento del sentido de comunidad²⁷ y al fortalecimiento de la capacidad para tener una mirada histórica y reflexiva sobre sí misma y construir nuevos significados sobre la comunidad y su entorno (Velázquez, 2007). Promueven la recuperación y el fortalecimiento de las relaciones sociales y los vínculos interpersonales (AMARES, 2006). Trabajan por el empoderamiento de la comunidad y la generación de condiciones para que los ciudadanos, de manera organizada, participen en la construcción de una visión compartida y sean protagonistas de acciones políticas y sociales colectivas (AMARES, 2006). Fomentan la autoeficacia comunitaria (Bandura, 1995 citado en Pérez-Sales, 2004) y la creación de capacidades organizativas y sociales que permitan que las iniciativas comunitarias impacten en decisiones y cambios reales y disminuyan la dependencia externa (Pérez-Sales, 2004).

Para lograr sus objetivos, estas intervenciones requieren que la formación de los profesionales se aleje de la mirada tradicional de la salud mental-clínica y los prepare para establecer y fortalecer servicios de salud mental de base comunitaria²⁸ (OPS, 2002). Para el personal de salud lo anterior implica una ampliación de su campo de acción, así como la incorporación de nuevas técnicas grupales y comunitarias a su repertorio de atención (Levav, 1992).

²⁷ Para Sarason (1974), el sentido de comunidad consiste en la “percepción de similitud con otros, una interdependencia consciente con otros, una voluntad de mantener esa interdependencia dando o haciendo a otros lo que se espera de ellos, el sentimiento de que se es parte de una estructura mayor, estable y de la que se depende” (en Montero, 2004, p. 214). Alude principalmente a los afectos que unen a las personas de una comunidad, sentimientos que cohesionan y potencian la acción común y se generan a partir de las vivencias que los individuos van experimentando en el transcurso de su historia en la comunidad.

²⁸ La Declaración de Caracas (1992) y las Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS de 1997 y 2001 se refieren a la necesidad de implementar servicios de salud mental descentralizados y de base comunitaria.

Se señala la importancia de establecer estrategias que permitan evitar el desgaste y cansancio propios de la acción asistencial, y especialmente el Síndrome de Agotamiento Profesional o Burn Out (AMARES, 2007). Este síndrome afecta fundamentalmente a los profesionales que trabajan en instituciones u organizaciones de asistencia y apoyo social. Martínez (2006) señala que, dado que estas instituciones tienen una menor valoración social y enfrentan dificultades logísticas, económicas y de recursos humanos, su personal se encuentra menos preparado para procesar la tensión, el estrés y el sufrimiento psicosocial al que se exponen en su labor diaria. Este malestar es devuelto a la población a través de una mala atención, maltrato e indiferencia. Se generan cuadros de agotamiento físico y mental, desmotivación, trastornos psicosomáticos, cambios en el humor, interferencia en las relaciones interpersonales y otros síntomas que pueden afectar gravemente la salud mental e inclusive imposibilitar para el trabajo (Martínez, 2006; Román, 2003). Algunas estrategias efectivas para prevenir y mitigar los efectos negativos de la labor asistencial son la limitación en las horas de atención al público y el contar con momentos de recreación y descanso, así como con espacios de interaprendizaje, retroalimentación y supervisión (Peiró, 1996).

4.2.3 Los enfoques de la salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria, en concordancia con sus postulados teóricos y su apuesta política, se sustenta en cuatro enfoques fundamentales: i) el enfoque de género, ii) de interculturalidad, iii) de derechos humanos, y iv) el enfoque psicosocial (AMARES, 2006). Son estos enfoques y su realización a través de las prácticas concretas lo que determina el carácter comunitario y empoderador de las intervenciones.

Acerca del *enfoque de derechos humanos*, Cueto & Zamora (2006 citado en Velázquez, 2007) señalan que la salud es parte de los derechos económicos, sociales y culturales y no únicamente un factor que contribuye a mejorar la productividad o a mantener la seguridad nacional. Por lo tanto, la salud mental comunitaria, como componente de la salud integral, debe abordarse como un derecho humano, lo que implica la búsqueda del nivel más alto de salud mental para todas las personas y comunidades, sin distinción alguna (OMS, 1948).

Este enfoque implica que se debe avanzar en la lucha por el goce de este derecho, y al mismo tiempo en la visibilización y la denuncia de situaciones que los contravienen. De otro lado, como derecho humano reconocido, es potestad y responsabilidad de los estados velar por su cumplimiento y establecer los mecanismos y medidas que aseguren el disfrute del mismo.

Desde *el enfoque psicosocial* se entiende que los procesos históricos (como lo son los conflictos violentos o los desastres naturales) contienen una dimensión subjetiva, que instala en el mundo interno y relacional de las personas, conductas adaptativas a condiciones adversas. Por ello es necesario comprender las dimensiones subjetiva y material de los sujetos y comunidades como componentes interrelacionados y parte de una misma realidad. Desde este enfoque una aproximación integral a la salud mental implica considerar tanto las necesidades del sujeto en sus dimensiones física y mental, como las condiciones objetivas de su entorno (Velázquez, 2007).

Al respecto, la OPS (2002) encuentra mayor afectación en poblaciones pobres, dada su mayor vulnerabilidad debida a las limitaciones materiales y de acceso a servicios sociales y de salud. Sostiene también que es en los espacios comunitarios en los que se deben potenciar los recursos que permitan superar las crisis y prevenir crisis futuras (OPS, 2002), ello a través del establecimiento y el mantenimiento de redes interpersonales e intracomunales de apoyo social (Castaño, 1994).

Este enfoque, en tanto visibiliza los determinantes de la salud mental, cuestiona la idea del paciente como único responsable u origen del mal y de su curación, y enfatiza la responsabilidad del Estado en la generación y recuperación de los problemas de salud mental que enfrentan las poblaciones (Castaño, 1994).

El enfoque intercultural cuestiona el etnocentrismo y la homogeneización de las poblaciones, y exige un proceso de análisis de las intervenciones y de las habilidades de los profesionales para relacionarse y actuar en contextos culturalmente diversos (AMARES, 2006). Se señala al respecto que la atención en salud mental requiere de mecanismos que permitan conocer las concepciones locales del proceso salud-enfermedad y sus estrategias de sanación, de tal manera que se asegure el respeto a la diversidad de tradiciones y cosmovisiones (Barriguete et al., 2003).

En este sentido, la salud mental comunitaria promueve el desarrollo de estrategias de promoción de relaciones entre los profesionales y la población basadas en el diálogo y el intercambio cultural, así como el rescate de los conocimientos, fortalezas y recursos de las diferentes tradiciones culturales (AMARES, 2006). Al respecto, la OPS (1998) señala que no se trata de hacer una traducción de las categorías culturales específicas a las categorías psiquiátricas de la ciencia médica occidental, puesto que éstas no tienen ninguna relevancia sociocultural en determinados contextos, y por lo tanto, no son eficientes en la movilización de los recursos personales, familiares y comunitarios requeridos para la superación del mal. Por el contrario, en la propia tradición y cultura local se reconocen los principales recursos para la prevención y el abordaje de los problemas de salud mental que afectan a las comunidades.

Finalmente, en concordancia con *el enfoque de género*, la salud mental comunitaria presta atención a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y a las desventajas que éstas implican para uno u otro sexo. Asimismo, se reconoce que hombres y mujeres reaccionan de manera diferente ante los eventos estresantes, en correspondencia con patrones sociales y culturales. Por ello, trabajar desde una perspectiva de género en salud mental implica conocer los valores y normas sociales y culturales que sustentan las situaciones específicas de salud de los hombres y las mujeres, fomentando relaciones de género equitativas (AMARES, 2006).

4.2.4 Efectos de la violencia política en la salud mental

Las poblaciones que se han visto enfrentadas a situaciones de trauma colectivo²⁹, generadas por conflictos armados y violencia política³⁰, sufren la ruptura de sus mecanismos de afrontamiento individual y grupal, así como el impacto negativo en las relaciones sociales que sustentan la colectividad (Sherg, 2003; Páez et al., 2001). Los efectos de la traumatización impactan tanto en la percepción y los procesos individuales de los sujetos como en su funcionamiento social (Scherg, 2003). Así, Ignacio Martín Baró

²⁹ Son hechos traumáticos aquellos asociados a eventos negativos, extremos e inusuales, que amenazan la vida y la seguridad (Páez et al., 2001) y generan la modificación abrupta de los modos de vida.

³⁰ Por violencia política se entiende el enfrentamiento bélico entre fuerzas opositoras política e ideológicamente por el control del territorio y el poder. El informe de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación del Perú utiliza el término “conflicto armado interno” para referirse a los hechos de violencia política producidos en el país entre 1980 y el 2000. Para efectos del presente estudio utilizaremos de manera indistinta ambos conceptos, por su cercanía y en tanto son ambos útiles para referirnos a las situaciones de interés del mismo.

(1984) señala que la violencia impacta en la salud mental en varios niveles: individual, familiar, grupal o comunitario; su efecto no es uniforme, pues depende de la posición social de la población afectada (los pobres están en condiciones de mayor vulnerabilidad), del involucramiento individual y grupal en el conflicto (como combatiente, como víctima, como testigo) y del tiempo de exposición al hecho traumático (considerando que hay poblaciones que deben aprender a convivir con la violencia).

Cada situación traumática en particular corresponde a un contexto social, político y cultural específico y puede ser comprendida únicamente respecto de éste. En concordancia con ello, las personas “reaccionan frente al trauma de acuerdo al significado que esto represente para ellas” (Pedersen, 1999, p. 175) y según las categorías y conceptos por ellos conocidos, sobre la base de la costumbre, la religión y las prácticas culturales tradicionales (Beristain et al., 2004; Sherg, 2003).

La violencia, vivida como un acto intencional y conciente, provocará una modificación en la percepción del mundo (Mental Health Handbook, 1993 citado en Beristain, 2006). Se ponen en duda creencias previas acerca del sí mismo y los otros, disminuye la sensación de control e invulnerabilidad personal, así como la confianza en la bondad de los seres humanos y la justicia en el mundo (Páez et al., 2001). La exposición a la violencia predispone a la insensibilidad frente al sufrimiento, al oportunismo y el desprecio por la vida; también genera una distorsión en las actitudes y los valores asociados al escepticismo y la intolerancia (Beristain et al., 2004). Los sobrevivientes permanecen con una sensación de temor, amenaza e incertidumbre constante (Beristain et al., 2004; Páez et al., 2001); experimentan cólera e indignación (Summerfield, 2002), odio y aspiraciones de venganza y justicia (Páez et al., 2001).

Asimismo, se han reportado sentimientos de desmoralización, vigilancia obsesiva, inseguridad y desconfianza (OPS, 2002), indefensión y falta de control (Sherg, 2003), Estos sentimientos se ven agudizados por el surgimiento de rumores³¹ que potencian la sensación permanente de peligro (Páez et al, 2001). Los testigos de la violencia se ven obligados al silencio y a la pasividad, generándose el efecto del conformismo y del

³¹ Los rumores son conjuntos de creencias que se transmiten oralmente como ciertas, sin haber manera de confirmarlas. Se alimentan de la ansiedad, la incertidumbre y la repetición. Se ha observado que aunque incrementan la ansiedad y refuerzan conductas de huida, promueven también el apoyo mutuo. (Páez, 2001)

cuestionamiento a la identidad, al respeto por uno mismo y al sentido de pertenencia (Beristain et al., 2004).

Los profundos cambios culturales y sociales provocados por los hechos violentos tienen un impacto en las relaciones sociales y las organizaciones y rutinas comunitarias, y generan pérdidas simbólicas importantes (Páez et al., 2001). La desconfianza interpersonal mella las redes sociales e institucionales, debilitándolas y causando su destrucción y la pérdida del apoyo social, fundamental para la recuperación comunitaria³². La violencia se perpetúa y se instala en el tejido social como una forma habitual de relacionarse, impidiendo el funcionamiento normal de la sociedad, aún por generaciones (Beristain, 2006; OPS, 2002). Se instaura un clima emocional³³ en el que predominan la sensación de inseguridad, las conductas de evitación y el aislamiento social. Asimismo, se debilitan la cohesión grupal y las conductas de afrontamiento (Lira & Castillo, 1991 citado en Páez et al, 2001), y se incrementa el conflicto interpersonal debido a la circulación de acusaciones mutuas, traiciones y rumores generados por el miedo y la incertidumbre (Beristain et al., 2004).

En los contextos de violencia el duelo se ve alterado por lo cruel e inesperado del hecho; se ve interferido por sentimientos de culpa, incertidumbre, impotencia, cólera y miedo (Páez et al., 2001). En ciertos contextos de conflicto armado son imposibles los rituales de entierro³⁴, lo que genera gran tristeza y desconcierto en los supervivientes, pérdida de sentido de la vida, reacciones autodestructivas y alcoholismo, inclusive por muchos años después de sucedido el hecho traumático (Beristain et al., 2004).

En situaciones de conflicto armado es común un incremento de los casos de trastornos y patologías mentales (Sherg, 2003). En civiles afectados por conflictos armados se han identificado algunos síntomas que pueden agravarse y durar largo tiempo (OPS, 2002). La OPS (2002) señala la ansiedad, la depresión y el alcoholismo como los

³² En contextos de violencia política se desarticulan también las instituciones públicas, que podrían dar algún soporte a las comunidades afectadas (Beristain, 2004).

³³ Se define clima emocional como el conjunto de emociones salientes (clima afectivo) unido a las representaciones sociales sobre el estado actual y futuro de una sociedad (ej. confianza en las instituciones, percepción de cohesión). Es parte de la estructura social del grupo, determina las características de las relaciones interpersonales, depende de condiciones socio-económicas en un período de tiempo (De Rivera, 1992)

³⁴ Los rituales colectivos de entierro, si bien no necesariamente disminuyen los sentimientos generados por el hecho de la muerte sí tienen un impacto positivo en la cohesión grupal y la movilización social (Beristain et al, 2004).

trastornos más comunes en el contexto de los conflictos armados. Cabe señalar que su aparición, además de estar mediada por la cultura, lo está por las propias características de los hechos violentos y las condiciones de vulnerabilidad de la población (Páez et al., 2001). Cabe señalar que las culturas colectivistas tienen mayor tendencia a somatizar el malestar emocional, por lo que sus alteraciones psicológicas se traducen en síntomas físicos con mayor facilidad (Páez et al., 2001).

La categoría tal vez más difundida para diagnosticar a la población que ha vivido hechos traumáticos es el Trastorno de Estrés Pos Traumático (TEPT), referido a un conjunto de síntomas que se presentan en aproximadamente un 10% de la población expuesta a la violencia y los desastres (Scherg, 2003; OPS, 2002). Estos síntomas incluyen efectos en la percepción, la vida emocional y el comportamiento (Scherg, 2003). Se señalan cuatro síntomas principales del TEPT: i) imágenes y pensamientos intrusivos y repetitivos o flashbacks, ii) evitación de recuerdos y referencias al hecho traumático, iii) insensibilidad afectiva, apatía, y iv) un estado exagerado de alerta o hipervigilancia.

Se señalan algunas críticas al uso universal de esta categoría (Pérez-Sales, 2004; Pedersen, 1999), tanto por su sesgo cultural como por no considerar la naturaleza del estresor, ni la presencia de elementos como el apoyo social o el sufrimiento comunitario (Beristain et al, 2004). Páez (2001) señala que, aceptando que existe cierta evidencia de que este trastorno tiene alguna validez transcultural, pareciera que esto mismo no sucede con sus síntomas. Por ejemplo, la evitación y la anestesia emocional, característicos del TPET, no se encuentran en todas las culturas, pues ambas dependen de determinadas formas culturales de afrontamiento. Sin embargo, síntomas como la hiperactividad y la reminiscencia son más generalizables dada su base neurobiológica. En general, se señala que los efectos psicosociales graves como el TEPT, la ansiedad y la depresión disminuyen con el tiempo. Los malestares subsecuentes parecen ser generados por las condiciones de vida después del evento traumático (las condiciones del desplazamiento, la impunidad y el asistencialismo) (Páez et al., 2001).

Por otra parte, desde el enfoque de género se reconoce que mujeres y hombres reaccionan de manera distinta frente a las situaciones de violencia. Para Vázquez & Pérez-Sales (2003) ello implicaría un patrón de vulnerabilidad distinto. En general, en situaciones de conflicto armado las mujeres sufren, además de la violencia ejercida contra

ellas mismas, el dolor de la pérdida de familiares, esposos, vecinos y la carga de asumir, en contextos de gran adversidad y peligro, el cuidado de los otros: ancianos, niños y heridos. Muchas veces la violencia contra las mujeres se ejerce a través de sus seres queridos, viéndose forzadas a ser testigos de muertes y torturas de familiares y en otros casos, siendo ellas mismas víctimas de tortura y abuso sexual³⁵. El significado cultural de la sexualidad, así como la posición social de las mujeres determina cómo la comunidad reacciona ante una mujer que ha sido violada, (Kane, 1995). La violencia sexual implica también un daño familiar y comunitario, provocado por sentimientos de impotencia, humillación y culpa por parte de los familiares (Beristain, 2006); y debido también al estigma y aislamiento social del que son objeto las mujeres abusadas sexualmente (Theidon, 2004).

En el caso de los niños y niñas, a pesar de la multiplicidad de pérdidas y daños que enfrentan, tradicionalmente quienes les prestan asistencia se han concentrado principalmente en su vulnerabilidad física (OPS, 2002). Algunos efectos inmediatos de la exposición a la violencia en niños y niñas son enuresis, ansiedad, fobias y comportamiento agresivo, así como altos niveles de estrés, que pueden inclusive ser transmitidos por sus padres u otros adultos cercanos. Los niños y niñas víctimas o testigos de la violencia suelen ser excesivamente tímidos, retraídos, sumisos y pasivos o también agresivos e impulsivos. Aunque la violencia cese y las circunstancias externas cambien, estas secuelas se mantendrán e inclusive se transmitirán a las futuras generaciones. Además, estos niños y niñas pueden presentar problemas de aprendizaje y otros trastornos cognitivos y de conducta (Carli, 1992).

Los impactos se agudizan en la medida en que los niños y niñas no cuenten con el soporte de los adultos quienes, afectados ellos mismos por las torturas, desapariciones y arrasamientos, se vuelven incapaces de darles información certera y contención emocional (Carli, 1992). Ello genera en los niños y niñas un profundo sentimiento de desconfianza y una visión pesimista del futuro (Scherg, 2003). Además, debido a su desarrollo cognitivo, estos “hijos de la guerra” (Baró, 1984) llenan de fantasías el vacío de información y llegan a desarrollar sentimientos de culpa por lo sucedido (Carli, 1992).

³⁵ Se señala que la violencia sexual ejercida fundamentalmente contra las mujeres es una estrategia común en los conflictos armados, que busca humillar y doblegar la moral del enemigo. En los conflictos armados la violencia sexual incluye además de la violación, mutilaciones, esclavitud sexual y otras formas de humillación y daño a la integridad e identidad sexual. Se han reportado tales casos también en varones y niños/as (Beristarin, 2006).

Además, el efecto del conflicto armado interno puede significar un aprendizaje de la violencia, de la irracionalidad y la mentira y su incorporación en la estructura de su personalidad (Baró, 1984).

En cuanto a la migración forzada, su impacto en la salud mental de las personas y comunidades depende de las características de la huída, así como de las condiciones en el lugar de recepción (Beristain et al., 2004). La OPS considera el desplazamiento como uno de los efectos más complejos de los conflictos armados debido a sus implicancias políticas, económicas, sociales, legales y sanitarias (OPS, 2002). La migración forzada conlleva la separación y fragmentación de las familias y comunidades, implica también cambios organizativos y culturales drásticos, así como pérdida de símbolos, tradiciones y ritos en el proceso de aprender a enfrentar la vida fuera de su ambiente, de adaptarse a la cultura receptora (Baró, 1984). Todo ello termina afectando la identidad cultural y social del colectivo (Barriguete et al., 2003), así como el aparato psíquico (Barriguete et al., 2003).

Ignacio Martín Baró (1984) hace referencia al “síndrome del refugiado”, cuyos síntomas aparecen tiempo después de la migración, en momentos en que aparentemente el desplazado rehace su vida y se han superado los momentos críticos de la violencia. De hecho, se ha observado que las personas y familias que han pasado por situaciones de migración forzada presentan tasas más elevadas de desórdenes del desarrollo, de depresión, ansiedad, suicidios, muertes accidentales, violencia y abuso de alcohol; así como síndromes de filiación cultural como la cólera, la pena y los “nervios” (Desjarlais et al, 1995 citado en Pedersen 2001; Pedersen, 1993). Esta población presenta en general una mayor vulnerabilidad a la enfermedad mental, y esta situación se mantiene en el tiempo (Páez et al., 2001).

Finalmente, aunque entre una tercera parte y la mitad de la población sufre alguna manifestación psicológica posterior a un hecho traumático, es necesario considerar que la mayoría de las reacciones se pueden considerar normales ante situaciones anormales, de gran significación e impacto (OPS, 2002). La violencia puede además favorecer la aparición de mecanismos de defensa y reparación (Pedersen, 1999), “factores de

resistencia” y crecimiento post traumático³⁶ (Lyubomisky, 2001 citado en Vázquez & Pérez-Sales, 2003), que podrían confundirse con reacciones inapropiadas o patológicas (como el silencio o la huida), principalmente debido a la existencia de creencias estereotipadas (Páez et al., 2001). Sin embargo, se ha constatado que la mayoría de personas expuestas a hechos traumáticos no desarrolla trastornos ni patologías graves (Vázquez y Pérez-Sales, 2003; Páez et al., 2001; Pedersen, 1999).

Además, Baró (1984) señala que la violencia y las violaciones a los derechos humanos pueden también generar cambios sorprendentemente positivos en las personas y comunidades, como el incremento de conductas de solidaridad o el surgimiento de recursos personales y comunitarios. La cercanía a la muerte puede modificar la perspectiva de la vida, revelar la importancia de ciertos aspectos de la misma y descubrir elementos positivos en uno mismo (Hodgkinson & Stewart, 1991 citado en Páez et al., 2001). En determinadas situaciones y bajo ciertas condiciones se refuerzan las emociones colectivas y la cohesión grupal y desaparece la diferenciación intragrupal; se promueve la solidaridad, la movilización y el orden social (Páez et al., 2001).

³⁶ El crecimiento postraumático se refiere a “un cambio positivo que experimenta el individuo como resultado de la lucha contra un hecho traumático” (Calhoun & Tedeshi, 1999, p. 11, citado en Vázquez & Pérez Sales, 2003).

V. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación se aborda desde la teoría empíricamente fundamentada (Strauss, & Corbin, 2002), en tanto lo que busca es recuperar el contenido de las representaciones del personal de salud frente a la población con la que cotidianamente interactúa y a la que presta servicio y, a partir de ello, establecer relaciones y una organización particular entre éstas. Es decir, construir un mapa conceptual y una teoría emergente a partir de las entrevistas realizadas (Strauss & Corbin, 2002) y no así realizar un contraste a partir de teorías o categorías previas al análisis. Por ello, no es pertinente desde este enfoque utilizar para la recolección y análisis de datos categorías previas, sino que se trata de ir construyéndolas (o descubriéndolas) a partir de lo que emerge del análisis del discurso, siguiendo una estrategia de comparación constante (Soneira, 2006). Es decir, realizar una labor más inductiva que deductiva.

Por ello, un abordaje desde este enfoque permite aproximarse a la dimensión principalmente intersubjetiva, en tanto colectiva, del discurso expresado en las entrevistas, y recoger los elementos emergentes para arribar a conclusiones fundamentadas empíricamente. Para ello interesa recuperar procesos subjetivos y vivenciales a partir del discurso individual, para construir un modelo que describa y explique el conjunto de contenidos representacionales del colectivo de profesionales de salud y cómo éstos se organizan e interrelacionan, frente a cierto objeto de relevancia social.

5.2 Tipo de muestreo

Se desarrolló un muestreo teórico³⁷ por el que la muestra final se configuró a partir del análisis sistemático de las entrevistas, conforme éstas se iban realizando. Los resultados de las entrevistas permitieron plantear hipótesis y relaciones entre los conceptos de interés para el estudio, las cuáles, conforme fueron emergiendo, señalaron nuevas necesidades de contrastación empírica. El proceso anterior determinó la continuidad del muestreo hasta obtener la saturación teórica³⁸. Siguiendo a Kleinig (1982), cada vez que se suponía que un factor determinado tendría influencia sobre los resultados se variaría este factor, con el fin de continuar con el muestreo.

En el caso concreto de la muestra de esta investigación estos factores de variación muestral inicialmente estuvieron dados por las características del personal de salud (es decir, por sus posiciones estructurales al interior de la totalidad a la que pertenecen): profesión, tiempo de permanencia en la zona, origen (urbano o rural) y sexo. Cada vez que se pensó que una variación en estos factores, u otros emergentes, podía determinar distintas creencias y evaluaciones acerca de la población a la que atienden, se buscó una mayor variación de este factor en la muestra (variación máxima³⁹), y de esta manera agotar todas las variaciones y con ello obtener todas las respuestas posibles. Con el fin de lograr el máximo de oportunidades de comparar estas variaciones, se incluyeron estos nuevos campos muestrales, que modificaron los previamente existentes (Strauss & Corbin, 2002).

5.3 Diseño muestral

Considerando las características del grupo de interés para el estudio, así como el objeto de investigación, se definió una estructura de muestreo con algunas dimensiones a priori. Luego, se llenó cada una de las celdas de los grupos muestrales, siguiendo la

³⁷ *“Recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de ‘hacer comparaciones’, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones”* (Straus & Corbin, 2002, p. 218).

³⁸ Se alcanza este punto cuando no emergen más datos nuevos en una categoría, éstas se encuentren bien desarrolladas en términos de sus propiedades, dimensiones y la variación entre ellas y las relaciones entre las categorías se encuentren bien establecidas y validadas (Straus & Corbin, 2002).

³⁹ Uno de los conceptos de la selección gradual de la muestra que se refiere a integrar sólo algunos casos pero que sean lo más diferentes posibles para revelar la máxima variación posible en la muestra y una mayor diferenciación entre los campos de la estructura muestral.

lógica del muestreo teórico, con la posibilidad de abrir otras celdas con nuevas combinaciones (Flick, 2004).

Dado que las imágenes y actitudes frente a los objetos sociales se construyen a partir de experiencias y vivencias, se pensó que resultaría relevante considerar el tiempo de permanencia del personal en la zona. Por otro lado, se consideró importante también considerar el origen urbano o rural y la formación profesional de los entrevistados, en tanto son factores que determinan diversas experiencias de socialización. Esta estructura de muestreo podía modificarse atendiendo los criterios de saturación teórica y variación máxima (Flick, 2004).

Esquema inicial de muestreo

	Tiempo de permanencia en la zona											
	Un año o menos				De 1 a 5 años				Más de 5 años			
Origen	Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural	
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Profesión												
Médico												
Obstetra/Obstetriz												
Enfermero/a												
Técnico/a de enfermería												
Biólogo/a												

Arranque muestral:

Un/a profesional de salud que labore en un establecimiento de salud de la zona de estudio y que haya sido capacitado/a por el proyecto AMARES.

Muestra final:

A continuación, se presenta un cuadro con información detallada acerca de las características de la muestra final del estudio, consistente en 15 entrevistas en profundidad.

Características generales de la muestra

N°	Profesión	Sexo	Edad	Tiempo de permanencia en la zona	Origen (lugar de nacimiento)
1	Trabajadora Social	F	46	12 años	Rural
2	Médica	F	37	8 años	Rural
3	Enfermera	F	52	7 años	Urbano
4	Médico	M	35	7 años	Urbano
5	Psicólogo	M	38	5 años	Urbano
6	Médica	F	32	7 años	Urbano
7	Enfermera	F	36	8 años	Urbano
8	Enfermera	F	48	26 años	Rural
9	Enfermera	F	45	7 años	Rural
10	Enfermera	F	37	9 años	Urbano
11	Psicóloga	F	46	4 años	Rural
12	Obstetriz	F	38	9 años	Urbano
13	Psicólogo	M	35	6 años	Urbano
14	Tecnólogo Médico	M	31	3 años	Urbano
15	Enfermera	F	40	12 años	Urbano

La muestra final se fue estructurando en el proceso de recojo y análisis permanente de información. Para ello fue necesario viajar en dos ocasiones a la zona de intervención. Los principales factores de ampliación de la muestra, y que determinaron una importante variación en las respuestas fueron: el haber sido personalmente víctima de la violencia, el ser ayacuchano/a de nacimiento, el haber ejecutado directamente un proyecto de salud mental comunitaria y el ser psicólogo/a de profesión.

5.4 Estrategia de acceso a la muestra

El Programa AMARES registró los datos de las personas que participaron en los procesos de capacitación. Una primera acción fue acceder a estos listados y tener un acercamiento inicial al perfil del personal de salud que interesaría entrevistar.

Una vez en Ayacucho se inició la coordinación con las autoridades del MINSA. El contacto se estableció en primer lugar con la Responsable de Salud Mental de la Red de Salud Huamanga, quien apoyó con la ubicación de las personas en sus establecimientos de salud. Se logró el apoyo formal del Director de la Red de Salud Huamanga a través de un memo dirigido a las personas identificadas para las entrevistas, presentando el estudio y solicitando las facilidades para el recojo de la información.

Se visitó a cada participante en su establecimiento de salud o donde estuvieran de servicio. En algunos casos se hicieron coordinaciones previas vía telefónica. Se explicaron los objetivos de la investigación y el procedimiento a seguir con la información recibida. Se solicitó autorización para grabar la entrevista. La participación en la investigación fue voluntaria y la aplicación del instrumento de investigación tomó en promedio 50 minutos.

5.5 Técnica de recolección de datos

Se realizaron entrevistas en profundidad con guión temático, (Mejía, 2000), con el fin de que el personal de salud exprese con libertad sus ideas, imágenes, creencias y sentimientos respecto de la población víctima de violencia política y la situación de su salud mental. En este tipo de entrevistas, el entrevistado lleva el ritmo de la conversación, planteando aquello que le parece relevante y explayándose en ello, construyendo un discurso coherente y fundamentado vivencial y empíricamente.

Para efectos del tema de investigación y el tipo de muestra, esta técnica resulta adecuada en la medida en que permite establecer una comunicación flexible y abierta entre entrevistador e informante, en la que el primero puede ir formulando preguntas e introduciendo conceptos a su juicio y cuando sean pertinentes.

Una particularidad de la entrevista en profundidad es que se trata de un proceso de indagación paulatina y exhaustiva y una técnica con un alto nivel de adaptación e invención en cada nueva situación (Mejía, 2000). De esta manera se asegura una aproximación al objeto de estudio, que corresponda con el propio ritmo de la persona entrevistada, en el marco de una conversación abierta, que no se percibe como evaluadora, intrusiva o cuestionadora, sino como un espacio de confianza e

interaprendizaje. En este caso, la generación de este espacio fue fundamental, dado que el objeto de la presente investigación requería que el entrevistado/a hable de sí mismo y aborde aspectos de su subjetividad que puede no haber compartido antes con nadie o en los que puede no haber reparado previamente.

La entrevista en profundidad genera una narración espontánea y libre, creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado, que permite ir más allá de las respuestas convencionales, hacia las razones más fundamentales de sus actitudes y comportamientos (Mejía, 2000). Arribar a las representaciones del personal de salud respecto de la población a la que presta servicio, requería de un proceso de profundización, que permitiera ir más allá de respuestas típicas, clichés y superar los condicionamientos de la deseabilidad y la influencia social, hacia un discurso que descubriera también afectos y emociones.

La entrevista en profundidad considera que el individuo encarna los discursos típicos de un grupo social, siendo el modelo ideal de una determinada actitud, creencia o, representación. Es decir, no se trata de un sujeto sino de un tipo de persona que representa a un grupo determinado (Mejía, 2000). En este caso, los profesionales de salud entrevistados, encarnarían el modelo típico de su grupo profesional, como reproductores del discurso, esquemas y prácticas típicas de éste. De ahí que las representaciones recogidas en la muestra reflejarían el universo del grupo de profesionales al que pertenecen (lo que se conoce como representatividad estructural).

Considerando las orientaciones del muestreo teórico, el orden de los establecimientos de salud visitados y las entrevistas a realizarse estuvieron determinados por los resultados que se fueron obteniendo a partir de la aplicación de las entrevistas. El proceso de codificación abierta permite descubrir, denominar y categorizar el objeto de la investigación según todas sus propiedades y dimensiones posibles (Strauss & Corbin, 2002); para ello fue necesario trasladarse de una zona a otra de intervención del programa AMARES en Ayacucho, con el fin de buscar la saturación teórica para las categorías emergentes en concordancia con la lógica del muestreo teórico.

5.6 Preguntas directrices

De acuerdo a los principios del muestreo teórico, y en general, de la investigación cualitativa, fue preciso definir preguntas que guíen la entrevista (preguntas guía o directrices) y que correspondan a cada los objetivos de la investigación (Strauss & Corbin, 2002). Si bien no se trata de una pauta cerrada y rígida, estas “preguntas directrices” permiten al investigador orientar la atención al momento de la entrevista y posteriormente, al analizar la misma, hacia los elementos centrales de su interés, de tal manera de responder a su pregunta de investigación y sus objetivos, general y específicos. Para la presente investigación se plantearon las siguientes preguntas directrices:

- ¿Cómo definen y describen los efectos más significativos del conflicto armado interno en la salud mental de la población que atienden?
- ¿Qué conductas habituales de las personas consideran secuelas del conflicto armado interno? ¿Identifican alguna distinción por género, edad o alguna otra razón?
- ¿Cómo califican los comportamientos típicos interpersonales, intrafamiliares, intra e intercomunales? ¿Cómo evalúan estos comportamientos?
- ¿Cuál es la evaluación que realizan sobre las costumbres o hábitos locales más comunes/habituales? (en el ámbito productivo, familiar, comunal y extra comunal)
- ¿Cómo describen las modificaciones en las dinámicas intrafamiliares, interpersonales, intra e inter comunales? ¿Cómo las relacionan con el conflicto armado?
- ¿Cómo definen y describen la calidad de vida de las comunidades afectadas por la violencia política? ¿Cómo la relacionan con las secuelas del conflicto armado?
- ¿Cómo definen y describen las iniciativas comunitarias de desarrollo? ¿Cómo se las explican? ¿Cuál es la evaluación que realizan sobre éstas?
- ¿Qué juicios de valor realizan sobre la reacción de la población frente las iniciativas de apoyo externo? ¿Cómo los argumentan?
- ¿Qué sensaciones y emociones les genera el trabajar con comunidades afectadas por la violencia política?
- ¿Cuáles son las categorías más recurrentes en la definición y descripción de las secuelas en la salud mental de las comunidades afectadas por la violencia política?
- ¿Cuáles son las categorías secundarias en la definición y descripción de las secuelas en la salud mental de las comunidades afectadas por la violencia política?

- ¿Cuáles son las categorías más recurrentes en la valoración de las comunidades afectadas por la violencia política?
- ¿Cuáles son las categorías secundarias en la valoración de las comunidades afectadas por la violencia política?

A continuación se presentan preguntas que surgieron conforme se elaboraba el análisis de las entrevistas y que se consideró importante incorporar en el estudio. Estas preguntas corresponden a temas emergentes que eran planteados de manera sistemática y/o enfática por los entrevistados, y que aportaban información interesante, tanto para el proceso de muestreo como para la discusión del estudio:

- ¿Cómo describe y se refiere a su propia vivencia personal con la violencia política?
- ¿Cómo se refiere a las secuelas en la salud mental que observa en sí mismo(a) y en otros profesionales de salud afectados por la violencia?
- ¿Cómo evalúa las relaciones interpersonales en el personal de salud y las estrategias de resolución de conflictos?
- ¿Cómo describe las situaciones de violaciones de los derechos humanos sucedidos durante el conflicto armado?
- ¿Cómo evalúa el reconocimiento de la población acerca de las secuelas en la salud mental y sus iniciativas de recuperación?
- ¿Qué oportunidades y posibilidades identifica para el abordaje futuro de las secuelas de la salud mental en la población afectada por la violencia?
- ¿Qué sugerencias plantea para mejorar el trabajo en salud mental del MINSA con población afectada por la violencia política?
- ¿Qué reflexiones hace acerca de las intervenciones comunitarias en salud mental en el marco del Programa AMARES y sus resultados?

5.7 Criterios de rigor considerados

Para asegurar la calidad de todo el proceso de la investigación y sus resultados se han considerado los siguientes criterios de calidad:

- Se hace explícito el método de recojo de información, estableciéndose con claridad la coherencia entre éste, el enfoque de investigación, el diseño muestral y análisis de los

datos. Se hace explícito el procedimiento de recojo de información y la determinación de la muestra, tanto en el documento de diseño de investigación como en el informe final de la misma.

- Se organizó un registro de notas de campo que permitió contrastar la información registrada en las entrevistas, con el fin de filtrar los sesgos provenientes de las propias elaboraciones e interpretaciones.
- Se mantienen las transcripciones textuales de las entrevistas y los datos en bruto, que den cuenta de lo efectivamente recogido en campo. Esta información quedará disponible para un re-análisis.
- Se explicita la pregunta de investigación, las preguntas directrices, y se señalan las preguntas adicionales (emergentes) surgidas en el trabajo de campo.
- El estudio busca presentar sus resultados y ser difundido de manera de que pueda ser analizado (y utilizado) por los colegas e interesados, así como por la propia población objeto de estudio.
- Se consideran estándares éticos aplicados tanto al trato con el personal de salud (consentimiento informado) como al tratamiento de los datos obtenidos (rigurosidad del análisis, anonimato y confidencialidad de los resultados).

5.8 Método de análisis de datos

Se siguió el método de análisis que propone la teoría empíricamente fundamentada con apoyo del programa de análisis cualitativo Atlas.ti versión 5.0⁴⁰. El análisis consistió en una secuencia de procedimientos, que permitieron realizar inicialmente un análisis de las categorías emergentes (codificación abierta) y luego un análisis relacional en dos etapas (codificación axial y codificación selectiva), para arribar a redes conceptuales alrededor de conceptos centrales (Strauss & Corbin, 2002).

Codificación abierta: Inicialmente se realizó un análisis descriptivo con el fin de describir de manera sistemática y objetiva el contenido de la comunicación que se hizo manifiesto en la entrevista (Berelson, 1952 en Scribano, 2000), e identificar características específicas expresadas acerca del objeto de investigación (Stone, 1966 en Scribano,

⁴⁰ Muñoz, J. (2005). *Análisis Cualitativo de datos textuales con Atlas.ti 5*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona

2000). Estas características fueron tratadas como categorías, que se organizarían posteriormente en conceptos con propiedades y dimensiones determinadas.

Codificación axial: Se relacionaron las categorías con sus subcategorías para empezar a explicar el fenómeno de interés de la investigación (Straus & Corbin, 2002). Se dio un enlazamiento de los datos según sus dimensiones y propiedades alrededor de un eje central, que es una categoría. De esta manera se reagruparon los datos que se desarticulaban en la codificación abierta. Cabe señalar que este procedimiento no requería haber culminado el anterior, aunque sí contar ya con algunas categorías identificadas (Straus & Corbin, 2002).

Codificación selectiva: Mediante este proceso las categorías principales pasaron a formar un esquema teórico mayor al integrarse, y con ello configurar una teoría emergente acerca del objeto de la investigación (Straus & Corbin, 2002).

VI. RESULTADOS

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS SECUELAS EN LA SALUD MENTAL

A continuación se presenta la sistematización del discurso emergente en las entrevistas realizadas. Se ha buscado dar voz a los profesionales de salud, respetar su lenguaje y discurso acerca de las secuelas de la salud mental de la población afectada por la violencia política. El énfasis en este punto de la investigación está puesto en rescatar y visibilizar el conocimiento colectivo, construido y compartido, con el fin de avanzar hacia su comprensión y contribuir a la elaboración de propuestas institucionales de intervención que consideren los diversos saberes respecto de la violencia y sus secuelas.

En correspondencia con el enfoque metodológico del estudio, basado en la teoría empíricamente fundamentada, se presentan los resultados organizados a partir de las categorías centrales identificadas en el análisis. En consecuencia con la propuesta conceptual de las representaciones sociales, los resultados no pretenden plasmar una realidad objetiva más allá de la construida y transmitida, estructurada en la forma de representaciones sociales acerca de un objeto socialmente relevante para el personal de salud: la situación de la salud mental de la población en el contexto en el cual se desempeñan profesionalmente.

6.1. Memoria del espanto: evocación de la violencia vivida

La labor del personal de salud, principalmente de aquel que trabaja en establecimientos de la periferia o de las provincias del departamento, conlleva el contacto con la población afectada, y también con sus historias y sus recuerdos.

Yo he trabajado en Putacca⁴¹, la zona más golpeada....siempre se recuerda un 9 de diciembre, la población ha sido incendiada. Ha habido una intervención de grupos armados donde han incendiado las casas y han asesinado a muchos comuneros de la zona. También he trabajado en parte de Chuschi⁴², donde se inició la violencia sociopolítica interna ...prácticamente allá todos han vivido la violencia directamente.

Hombre, 35 años, médico

He tenido la oportunidad de conversar con algunas personas por ejemplo en Accomarca⁴³ donde ha habido un genocidio y donde llorando, llorando hasta este momento la población, las mujeres especialmente, me manifiestan lo terrible que ha sido ese momento y que cuánto les gustaría enterrar a sus seres queridos.

Hombre, 38 años, psicólogo

La memoria de los años de violencia está cargada de narraciones de asesinatos, arrasamientos, desapariciones y otros episodios de violencia extrema que, al pasar de los años, dota de sentido a la sinrazón de la violencia.

Yo no me imaginaba, casos de asesinatos por tierras, por venganza, por egoísmo, ¿no? o sea eso ha generado en esos tiempos. No solamente ha sido el problema económico, la pobreza, sino que también hay otras cosas que han tenido que ver en el tiempo de Sendero, ¿no?

Mujer, 46 años, psicóloga

La violencia persiste en los recuerdos y relatos de quienes la vivieron, así como de quienes hoy enfrentan el reto de contribuir a la superación de sus efectos.

Olvido que nunca llega⁴⁴

En la población, el recuerdo de lo sucedido aparece en situaciones cotidianas y en sus interacciones con el personal de salud, con quien existe cierto nivel de confianza y cercanía. En esos momentos se evoca lo sucedido y se reconstruyen y comparten las

⁴¹ Distrito rural del interior del departamento de Ayacucho.

⁴² Idem..

⁴³ Idem.

⁴⁴ La frase ha sido tomada de la letra de un "huayno", tonada tradicional de los andes peruanos.

historias, algunas nunca antes contadas. Los adultos mayores o quienes vivieron los hechos de violencia directamente son quienes están más predispuestos al recuerdo y al testimonio.

El recuerdo puede estar acompañado de llanto, en tanto el dolor no se ha superado. No es posible olvidar ni “cerrar la herida”, sobre todo cuando aún no se ha llegado a ubicar el resto del familiar desaparecido o cuando, sabiendo su paradero, no se le ha podido enterrar apropiadamente. Se genera en ese caso un duelo incompleto que impide dejar atrás lo sucedido, que se vive como si fuera el presente. El desaparecido es aún buscado, con la esperanza de encontrar por lo menos su cadáver y con la demanda por que el Estado reconozca y responda por lo sucedido con sus familiares.

Hay muchas familias que no han cerrado el círculo, el duelo, todavía están abiertas sus heridas, dado que todavía no han encontrado a sus familiares que han desaparecido y muchos de ellos saben dónde están, pero todavía no pueden obtener los restos, por lo menos para darle, como ellos dicen, su cristiana sepultura. Eso cerraría su herida, en algunas personas, eso cerraría.

Hombre, 38 años, psicólogo

También está el hermetismo de aquellos que prefieren no hablar de lo sucedido, aunque las marcas en sus cuerpos sean testimonio de la violencia sufrida. Puede ser un intento de olvidar, o el efecto del temor a ser juzgados por acciones cometidas en el contexto del conflicto armado.

Vienen algunos que no quieren que se enteren las personas. Y son temerosos, piensan que les están persiguiendo o que alguien va a escuchar y les va a hacer daño. Tenemos un pacientito que tiene cicatrices en todo el cuerpo, que ha escapado de las manos de Sendero y tiene miedo de contar, no quiere. Le hemos dicho que vaya a la fiscalía a denunciar, pero no quiere. Y hay mucha gente así que no quiere, quiere dejarlo así nomás, no quieren que se abra el caso.

Mujer, 40 años, enfermera

El personal de salud, en su labor cotidiana, se convierte en interlocutor de quienes quieren hablar de lo sucedido; y a veces, es indagador de la verdadera razón de las dolencias de sus pacientes.

Secuelas pues, de la violencia. Otros también no quieren decir, solo dicen tengo tal cosa, tal cosa. Empiezas a indagar y es eso, es una secuela.

Mujer, 48 años, enfermera

En general, recordar, aunque duela, es inevitable. Al parecer, no es fácil olvidar el sufrimiento que persiste en el vacío del familiar desaparecido, en la memoria y en las marcas en el cuerpo y en el alma.

Profesionales de la salud: actores en el conflicto

El personal de salud ha sido también testigo y protagonista de situaciones de violencia. Ha sido parte de los equipos de atención y registro de víctimas durante los años del conflicto y se ha enfrentado, en su propio centro de trabajo, a situaciones de grave riesgo. Tiene aún hoy el recuerdo de lo vivido y de los sentimientos que provocaba en ellos: temor, desconfianza.

Había miedo. Trabajábamos con dos grupos de personas, por decir, no sabíamos si eran del ejército o eran del grupo de Sendero (Luminoso), porque había veces que venían a la casa o tú te encontrabas con la persona, pero era ajeno, y como la mayoría de la población ha migrado, no los conocíamos, eran diferentes.

Mujer, 46 años, trabajadora social

También se recuerda el efecto de la exposición repetida al dolor y la muerte.

Nos llegaban al hospital los cadáveres decapitados, manos por aquí, manos por allá. Pero era así, ¿no?, y yo me había vuelto ya como insensible al ver tanto, que a veces venía necropsia, venía policía, venía fiscal. Era como que, no sé...ya era llenar automáticamente (el registro). Entonces, así nos hemos convertido en realidad, porque nuestra función era esa.

Mujer, 52 años, enfermera

Desde estudiantes han vivido el conflicto. Más aún cuando la misma universidad⁴⁵, era escenario de ataques, asesinatos y desapariciones cometidos por el ejército y la policía y por los militantes del Partido Comunista del Perú PCP-Sendero Luminoso.

El 80 empieza el problema, que incluso en la universidad teníamos que hacer en un año, un semestre. Entonces, a veces han intervenido la universidad. La universidad tiene su comedor, tiene su alojamiento para las personas que tienen beca y ellos los allanaban. A nuestros profesores, en plena clase ingresaban por la puerta, así por atrás los mataban. Todo eso, claro, yo lo presencié, yo personalmente.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Ya como profesionales han asumido el tratamiento de la población afectada por la violencia, siendo en algunos casos ellos mismos víctimas de estos mismos hechos. Hoy sienten que la vivencia personal de un hecho de violencia puede provocar el establecimiento de una relación particular con la población afectada, de mayor empatía; una sensación de contar con mayores elementos para aconsejar y apoyar.

Yo he sido muy violentada, en el campo cuando trabajaba; entonces yo también me siento mal. Y cuando vienen los pacientes les digo pues, "tú y tanto como yo hemos sido golpeados, tienes que superar, tienes que ir donde la psicóloga, donde el psicólogo, para que puedas superar ese problema". Así, les oriento.

Mujer, 48 años, enfermera

Pero también la vivencia de la violencia puede ser un impedimento, una limitación, puesto que al igual que la población, el personal de salud, mantiene el recuerdo y el dolor por las pérdidas. A veces se busca el olvido evitando hablar de lo sucedido, pero el equilibrio se rompe al menor contacto con una historia similar a la personal y se descubre que expresar los sentimientos, a veces, contribuye a aliviar el sufrimiento.

A mi hermano lo mataron y yo había olvidado eso. Pero cuando empezaron a narrar las muertes, las matanzas, de las fuerzas armadas y de Sendero Luminoso, entonces a mí se

⁴⁵ Durante el conflicto las universidades nacionales fueron tomadas ideológicamente y por la fuerza por Sendero Luminoso, y luego recuperadas militarmente por el ejército y la policía. Esto trajo serios ataques a infraestructura, enfrentamientos, muertes y desapariciones de maestros y estudiantes.

me vino a la mente cómo a mi hermano lo habían asesinado. Ya no aguanté y me puse a llorar y llorar, una hora sin parar. Una cosa que ya la había considerado pasada, lloré, lloré, y poco a poco se me salió fuera de la mente. O sea había vuelto a vivir lo pasado. Y desde ese momento ya con más tranquilidad pude escuchar todo lo que se hablaba. Ya no me afectó. Pero si hay algunos acontecimientos de mucha tristeza, todavía lo recuerdo yo, por ejemplo.

Mujer, 38 años, enfermera

Ser profesional de salud no eximió en su momento, ni lo hace ahora, de convivir con la violencia y enfrentar sus horrores y sus huellas.

6.2. La violencia llegó para quedarse: efectos en la salud mental

El conflicto armado y la violencia que se desencadenó en el departamento de Ayacucho entre el 80 y los 90, han dejado huellas profundas en cada aspecto de la vida de las personas y las comunidades. La población está afectada; se percibe y es percibida como víctima, sin reparación, sin posibilidad de reconstruir su proyecto de vida. El paso del tiempo, lejos de alejar el recuerdo del pasado de terror, lo mantiene. La violencia persiste.

La gente vuelve a sentir entonces, es algo que no es muy natural en una persona que no ha vivido esto.

Mujer, 46 años, psicóloga

El pasado es presente en cada uno de los efectos y las secuelas que la violencia y el abandono del Estado han dejado. Esto marca a los afectados, los diferencia de quienes no lo son.

Como que los de Ica⁴⁶ somos más alegres, como que no hemos tenido esa violencia. En cambio los de acá sí son un poco más reservados, un poquito más serios. Bromean así con recelo. En cambio yo que soy de Ica bromeo, les hablo, les converso, ellos no, hay

⁴⁶ Departamento de la costa del Perú.

que sacarles con cucharita. Nosotros sí somos alegres, tranquilos. Los de acá no. Hay que darles la iniciativa y recién ellos hablan y no son tan alegres, son un poco serios y reclamones.

Mujer, 36 años, enfermera

El conflicto armado terminó, pero están vigentes sus secuelas en la salud mental y física de la población afectada; en su situación económica, en la demora de la justicia y la reparación. Así, la violencia subsiste aún hoy, junto con los duelos no resueltos, la búsqueda de los desaparecidos y la impunidad.

***“La gente ha cambiado”*: historias diversas, secuelas recurrentes**

Los ayacuchanos no son lo que eran, la violencia los ha cambiado como respuesta a un entorno hostil, amenazante y para muchos incomprensible. Las huellas del terror se expresan en diferentes espacios, momentos y ámbitos de la vida cotidiana, familiar y comunitaria. Las historias de la violencia son diversas, pero sus efectos en las personas se repiten y se evidencian. Se pueden identificar secuelas en la salud mental en varios niveles: en las características individuales-que en algunos casos han desarrollado alguna patología-, en las relaciones interpersonales, y a nivel familiar y comunitario.

El nivel del individuo es el nivel central de afectación. Las personas viven alteradas, desesperadas, intranquilas, con miedo. Se ha perdido la paz, la gente vive triste. No se confía y difícilmente se tolera la diferencia de opiniones y de maneras de ver el mundo.

La gente, las personas han cambiado demasiado. Antes eran más asequibles a los visitantes. Siempre nosotros les dábamos afecto, les recibíamos con cariño pero ahora ya la gente vive a la defensa. Prácticamente ya no tienen esa confianza que anteriormente teníamos.

Mujer, 52 años, enfermera

Quienes han sido protagonistas de eventos de muerte o desaparición, además, sienten culpa por el rol que les tocó jugar. Subsiste el odio y el resentimiento, los deseos de venganza y la envidia frente a otras historias, otras condiciones de vida. Pero el

impulso por reaccionar ante esto se contiene frente a la visión de sí mismo como víctima perenne, resignado a conformarse con su destino. La victimización, además, coexiste con la desvalorización de sí mismo. Superar la victimización y salir adelante es una situación rara vez vista.

En algunos podríamos decir que han logrado superar el problema, se han dedicado al trabajo, han ayudado a sus hijos. Pero es un porcentaje mínimo; la gran mayoría sí se ha abandonado, se ha victimizado demasiado, no ha hecho nada, viven en extrema pobreza, en abandono.

Hombre, 31 años, tecnólogo médico

Las secuelas se evidencian en el comportamiento, en las acciones. No se verbalizan fácilmente las emociones, los sentimientos y los impulsos; las personas no se comunican. Tal vez las mujeres sí, a veces, un poco más que los hombres. Pero el silencio y la precaución se aprenden, y en este caso se aprendió la lección en momentos en que un desliz podía significar perder la vida.

En aquel tiempo no se sabía quién era quién. Quién era de Sendero (Luminoso), quién era un soplón o quién era de las fuerzas armadas. ¿Entonces en quién puedes confiar?. En aquel tiempo sin ser de Sendero (Luminoso), de nada, por venganza mataban. Entonces, desde ahí que no hay confianza. Incluso acá vemos tanta cosa, siempre con un poco de precaución.

Mujer, 38 años, enfermera

Sin libertad para comunicarse y sin la posibilidad de encontrar soporte en el otro, aún con quien se convive más íntimamente, la violencia se traslada en el tiempo y el espacio. Se vive hoy en el propio núcleo familiar y vecinal. Los problemas de pareja, de padres y madres con sus hijos e hijas se resuelven por la vía de la agresión, el maltrato y la negación de la posibilidad del diálogo. Si bien el conflicto armado no trajo la violencia, la mostró como opción, como modelo de relación interpersonal. Enseñó las formas más crueles de maltrato, que hoy parece que se repiten en las reacciones de los adultos y en las imágenes que grafican los niños.

Hay algunas familias incluso que repiten las situaciones de tortura con los hijos. Y tengo algunos dibujos de algunos niños que han plasmado esas situaciones, están viviendo, siendo testigos o sufriendo de ese problema. Ahora no solamente es el castigo, sino también la tortura. No solamente se han incrementado los impulsos violentos de la familia, sino también se han incrementado en intensidad. Ahora no basta con un par de correazos, no, ahora hay que hacerle sangrar.

Hombre, 38 años, psicólogo

Los problemas familiares y las familias disfuncionales son los entornos en los que se desarrolla la vida cotidiana, en los que crecen las nuevas generaciones, donde se buscan las respuestas y el abrigo; donde se encuentra la incomunicación y el maltrato⁴⁷.

Los niños son castigados, les pegan, con sus palabras los hieren. A veces pelean con el esposo y ya se desfogan con su hijo. Y así; o tal vez por problemas económicos, porque aquí la mayoría es pobre.

Mujer, 32 años, enfermera

Los niños y las niñas, hoy viven la secuela de la violencia que sufrieron sus padres, sus madres y sus abuelos y abuelas. Muchas veces, sin tener conciencia de lo sucedido, muestran en sus actos el efecto del dolor que persiste en el alma de quienes les deben proveer cuidado y sustento.

Los niños tienen problemas de conducta, son muy agresivos, niños y niñas. Tienen problemas de aprendizaje, algunos son muy ansiosos. Otro problema que se ve en ellos son tímidos, tímidos, tímidos, y otros casos que son ya problemas netamente neurológicos que también tienen que ver con la violencia.

Mujer, 46 años, psicóloga

Como lo fue durante el conflicto, la idea del abandono parece graficar la situación general de la población afectada por la violencia. En parte es lo que recibieron y reciben del Estado y la sociedad en general, y es también una manera de relacionarse con los

⁴⁷ En el discurso, la violencia intrafamiliar aparece como la secuela más recurrente. Se señala en todas las entrevistas y es nombrada en los primeros lugares. La idea es que el padre maltrata a la madre y ambos a los niños. De allí la extrema preocupación por los niños, niñas y adolescentes.

grupos más vulnerables (los niños, los ancianos). Se repite el hecho de que el grupo más vulnerable (como lo son ellos por sus características de pobreza, étnicas, etc.) es siempre el abandonado, y justamente por aquel que debería proveerle cuidado y protección.

El caso de los ancianos es muy triste, porque el anciano es el sector más olvidado, no solamente de la población, del mismo Estado. Los mismos familiares han olvidado a sus padres. Producto de la misma violencia se han ido fuera de Ayacucho, están lejos, en otros departamentos, en la capital y aquí se han quedado, olvidados.

Mujer, 45 años, enfermera

La agresividad, la intolerancia y la desconfianza marcan la pauta a las relaciones interpersonales. La vida cotidiana parece plagada de episodios de discusión y conflicto.

Supongamos un perro le mordió a un niño. Sale el dueño del perro y dice “para qué cruzas pues por mi calle”, y dice el papá, “oye te voy a denunciar”. Y el niño que está llorando y sangrando y ellos el conflicto lo pueden continuar y se van, y el niño no recibe atención adecuada. Es no es una cuestión natural ¿no? Porque si le pasa al niño, lo curo y luego voy por la parte legal (...)O sea, buscan con quien pelear primero.

Mujer, 37 años, médica

Es difícil establecer una relación cercana con quienes han sido tan golpeados por la violencia, y a quienes el sufrimiento ha convertido en personas muy sensibles y actuando a la defensiva la mayor parte del tiempo.

Yo misma en la consulta si a veces mi tono de voz es un poco más fuerte me gano un lío. Ya más de una vez me han dejado...”me voy a otro sitio” me dicen.... ¿Qué persona puede tener la mente estrecha así, cerrada, intolerante, nada puede entender, nada puede comprender?. Es pues alguien que carga algún tipo de violencia, se ha puesto una coraza de defensa y listo.

Mujer, 37 años, médica

Pero no es imposible. La solidaridad se mantiene, como un elemento de salud, un factor de protección que pone freno al impulso hacia el egoísmo y el individualismo, agudizados por la violencia y las condiciones en las que se vive el día a día.

Pero sí se ayudan, han aprendido a ayudarse. Incluso yo veo que hay viejitos acá que han vivido la violencia política y los traen los vecinos para ser atendidos. De igual manera a veces los vecinos se dan la mano, cuando están necesitando, se ayudan.

Hombre, 31 años, tecnólogo médico

Los problemas psicológicos severos aparecen también en parte de la población, aunque no en la mayoría de casos. En la labor asistencial se identifican trastornos como la ansiedad y el estrés que parecen evidenciar la existencia de personas con estrés post traumático. Muchos reflejan en sus cuerpos el sufrimiento emocional, las somatizaciones y dolores “sin causa aparente” dan la pista de un recuerdo que aún genera dolor.

Acá tenemos muchos pacientes que están con ese estrés ya medio somatizado. Sienten dolores de cabeza, sienten ardores en el estómago. Vienen por ese motivo, pero es el estrés. Somatizan los problemas.

Mujer, 40 años, enfermera

La depresión y el alcoholismo, son en gran medida, las patologías más recurrentes y muy relacionadas con la violencia vivida. El consumo de alcohol es una práctica extendida e instalada en las familias. Con el tiempo, se convierte en un problema de salud grave y genera dificultades al interior de la familia, desencadenando principalmente episodios de violencia familiar.

En Vilcashuamán⁴⁸ los índices de violencia son muy altos, tal vez más altos de toda la región: 62% de violencia familiar y en algunos lugares hay un 80% de la población que consume alcohol, o sea estamos hablando de familias completas, papá, mamá, hijos, nietos, inmersos en el mundo del alcoholismo y la violencia familiar.

Hombre, 38 años, psicólogo

El dañino y descontrolado consumo de alcohol se explica en el caso de los adultos como un escape de la situación de pobreza y de la sensación de dolor e impotencia ante la muerte o desaparición de un familiar, o ante la experiencia de huida y desplazamiento. Al igual que la violencia, no se inició con el conflicto armado, pero se agudizó y se

⁴⁸ Provincia del interior del departamento de Ayacucho, uno de los escenarios del conflicto armado interno.

extendió, aún a los jóvenes (y niños), quienes aprenden el consumo y pueden acceder al licor fácilmente, por su precio y el poco control de su venta.

Conozco muchos casos de cerca. Es que no es fácil, yo pienso en su lugar, dejar una casa que con tanto esfuerzo hizo, dejar sus parcelas, que son herencias de nuestros antepasados y así, de un momento de otro, ellos han migrado. Quizás eso ha hecho de que ellos puedan inclinarse más al consumo del alcohol, ¿no?

Mujer, 46 años, trabajadora social

La muerte aún desafía a la vida y a veces gana la batalla. Los suicidios consumados y los intentos de suicidio son hoy una realidad cada vez menos extraña. El deseo de morir para dejar atrás problemas de pareja y de pobreza, principalmente, lleva a intentar quitarse la vida, inclusive a gente muy joven. Además de la incidencia, es la juventud de quienes buscan morir lo que impacta más.

En un mes hubo cinco. Uno fue por celos, se mató, era un chico joven. Y otros eran por problemas económicos. Dos muertos y cinco o seis que intentaron se salvaron.

Mujer, 40 años, enfermera

Las múltiples historias de dolor provocadas por la violencia generan hoy un universo profundo y diverso de secuelas que se visibilizan en cada aspecto de la vida de las personas y que se presentan de manera intensa y constante en la labor asistencial. Como profesionales de salud esta evidencia se entiende y aborda desde la perspectiva de la salud mental, en el plano individual y el relacional.

Desplazamiento: huida y desarraigo

La violencia cercaba a las comunidades rurales⁴⁹ de tal modo que muchas de ellas tuvieron que escapar, dejando atrás sus bienes y muchas veces a una parte de sus familias. En la ciudad, las dificultades para conseguir casa y empleo se acrecentaron en

⁴⁹ En el Perú las “comunidades campesinas” fueron creadas por el Estado y son reconocidas legalmente como personas jurídicas. Si bien se trata de un espacio geográfico de convivencia en el que las familias tienen nexos ancestrales de parentesco y comparten recursos para su subsistencia, en el discurso cotidiano el término “comunidad” hace referencia a la organización legalmente constituida sin que ello implique necesariamente que ésta pueda ser considerada una comunidad en términos psicosociales.

tanto provenir de la zona rural, durante el conflicto armado, era equivalente a ser considerado senderista. Ello, unido a la tradicional actitud de menosprecio y racismo del medio urbano hacia el campesino, ha hecho muy difícil la construcción de una nueva vida en un entorno desconocido y hostil.

La mayoría de las personas que viven acá son producto de lo que han vivido, son desplazados...que han venido a las invasiones. Han venido a buscar otro futuro, de repente, por temor, por miedo a las persecuciones, a las matanzas, a todo lo que se ha visto en ese entonces; y acá tratan de sobrevivir, porque lamentablemente no viven como deben vivir, con dignidad.

Mujer, 45 años, enfermera

Las familias desplazadas, asentadas en “pueblos jóvenes” o “asentamientos humanos” en la periferia de las ciudades, principalmente de Huamanga -la capital del departamento- debieron aprender a convivir con personas de lugares diversos, gente desconocida ante la que sentían también temor y desconfianza. Debieron aprender a convivir también con la pobreza y las enfermedades, con la carencia económica y de redes de apoyo social.

La realidad no es como ellos esperaban. Para comer un pan tienen que trasnocharse, vender, salir al mercado, no sé que hacen. Y la mayoría trabaja, hasta los hijos. Ellos tienen un horario, si los niños estudian turno tarde, en horas de la mañana deben desempeñar alguna función; si estudian en la mañana, en la tarde hacen los quehaceres de la casa, sus responsabilidades y es una manera de poder sobrevivir.

Mujer, 46 años, trabajadora social

El tiempo parece haber sido un factor que ha contribuido a que, aún en esas condiciones, surjan iniciativas de apoyo y solidaridad, que hoy se viven en algunos de estos nuevos asentamientos. La superación del temor o la necesidad de sobrevivir ha impulsado iniciativas de retorno, aunque esta vez “con un pie acá y uno allá”.

Ahí tienen su perro, sus chanchitos, sus gallinas, su cuy, ¿no? Quizás sus parcelas también...¡y vuelven, ah! Cada cierto tiempo para lo que es sembrío, cosecha, como ya pasó el problema, vuelven.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Recuperar sus tierras de cultivo en el campo y trabajarlas es, para muchas familias, una estrategia de supervivencia que les permite mantenerse y que sus hijos estudien en la ciudad. Pero es también motivo de dificultades familiares, de abandono prolongado de los hijos, niños, niñas y adolescentes, expuestos a los peligros y tentaciones de la vida en la ciudad.

Viven acá, tienen sus casas, sus corrales. Los dejan a sus hijos para que estudien acá y vuelven a sus pueblos, a sembrar. La mayoría son agricultores. O a la selva también a trabajar en épocas de sequía, a que hay acá. Y los dejan a sus hijos, solos.

Mujer, 40 años, enfermera

El desplazamiento es una de las experiencias más tristes para la población afectada por la violencia. La sensación de desarraigo, la vivencia del desprecio, el temor y la marginación continúan aún hoy y afectan a las nuevas generaciones.

La transmisión generacional de las secuelas: (re)viviendo el conflicto

El efecto de la violencia no se agota en quienes la sufrieron directamente. A partir del contacto cotidiano con la población es posible concluir que quienes en su juventud o su infancia fueron testigos de muertes, arrasamientos, desapariciones, llevan hoy la carga del duelo no resuelto, del recuerdo y el dolor por la pérdida. Son los ancianos de hoy, quienes presentan mayor afectación en su salud mental y en general, un deterioro visible en su calidad de vida. El abandono es el síndrome generalizado en este grupo generacional.

Los ancianos recuerdan más. Lloran. Sufren. Y hasta yo diría que cuando lo recuerdan tienen ese fenómeno del estrés post traumático, el flash back.

Hombre, 38 años, psicólogo

Hay bastante abandono a los ancianos, están los ancianos ahí. Si les dan comida no sabemos, si no les dan comida tampoco sabemos. Ellos solos se mantienen ahí.

Hombre, 31 años, tecnólogo médico

Los adultos, testigos y víctimas de la violencia en su juventud, provenientes de familias desintegradas, arrastran y transmiten los efectos de esta situación a sus hijos e hijas. Replican la violencia en sus familias, no logran asumir la vida de pareja y la paternidad o maternidad de manera adecuada, ni establecer una comunicación fluida y cálida con su entorno más cercano.

Esos niños que quedaron huérfanos, esos hogares desintegrados que salieron. ¿Cómo han crecido, no?...hay historias muy impactantes de padre, madre muertos, diez hermanos que tuvieron que disparar unos a Iquitos⁵⁰, otros allá, y hermanos que no se conocen... Entonces se rompe, creo, el grado afectivo y pienso que es eso lo que no les permite desarrollarse hasta ahora como familia. No pueden conducir a sus hijos. Claro, si no han recibido afecto ¿cómo pueden ellos dar afecto?.

Mujer, 37 años, médica

Las secuelas de la violencia se transmiten generacionalmente; el contacto con los adultos es para los más jóvenes el canal de transmisión de prácticas nocivas y emociones negativas. Las nuevas generaciones sufren hoy el efecto que la violencia dejó en sus padres y madres.

Los niños y adolescentes ahora son de padres que en ese tiempo eran niños, adolescentes, o sus abuelos han vivido la violencia, han perdido sus familiares, los han asesinado, etc, etc. Las secuelas se están dando en estos niños. Y uno diría, pero si el niño no ha vivido eso ¿no?. Pero si está viviendo con una abuela o una mamá que permanentemente recuerda lo que vivió en ese tiempo, entonces como que lo hubiese vivido. Entonces ahí se están viendo los problemas serios en los niños y adolescentes y eso es bien preocupante.

Mujer, 46 años, psicóloga

⁵⁰ Ciudad de la selva peruana.

Así, los niños, niñas y adolescentes enfrentan problemas generados por la violencia y el desplazamiento, y agudizados por la pobreza y la falta de oportunidades de estudio y de trabajo. Las esperanzas se frustran y las energías se canalizan inadecuadamente.

Cuando vamos a los asentamientos humanos y es hora de clase, hora de trabajo, ahí en grupos de jóvenes están sentados. Cantidad de jóvenes. Tantas aspiraciones, tantas metas que están frustradas en los chicos. Todo porque no hay dinero.

Mujer, 46 años, trabajadora social

(los padres)...tenían que trabajar para poder sobrevivir y los chicos, solos. Y producto de ello es que son fáciles de caer en el embarazo adolescente, en tantas cosas.

Mujer, 45 años, enfermera

La escuela, que funge a veces de espacio de apoyo y protección a los niños y adolescentes es también un lugar plagado de memorias del conflicto.

Entonces, esos niños ahora son profesores, ahora tienen treinta años, treinta y seis años...pero ¿te imaginas la carga emocional de estos docentes?. Y esos son los que están enseñando a nuestros niños de la comunidad. Y en ellos sí hay incluso casos depresivos severos. Existen en las instituciones educativas quejas de parte de los alumnos que no hay un buen trato, los maltratan; el alcoholismo en los mismos chicos, en los docentes; eso es parte también de las secuelas.

Mujer, 46 años, psicóloga

En contraposición, existen instituciones educativas que son verdaderos factores de protección para sus alumnos, en las que los docentes, sensibilizados y capacitados, hacen esfuerzos por contrarrestar los efectos de la violencia y el abandono. Pero muchos no encuentran tampoco en la escuela este espacio de soporte y toman la calle como lugar de actuación y socialización. En ella se conforman las “pandillas”, grupos de muchachos y muchachas que deambulan, delinquen y generan situaciones de violencia que muchas veces acaban en lesiones graves y muerte.

Una psicóloga alemana presentó una investigación referente a las pandillas... la mayoría de los jóvenes no es que no tenían papá y mamá, sino que venían de hogares disfuncionales, con problemas de violencia, etc. y muy pocos de ellos eran los realmente abandonados como comúnmente se cree ¿no? los que viven en la calle. Estos jóvenes tienen casa y vuelven a casa. Pero lo que encuentran en casa no es pues... no encuentran un soporte familiar adecuado. Entonces ¿qué es lo que hacen?. Tú sabes que el grupo te da fortaleza y buscan esa fortaleza que no encuentran en su hogar.

Hombre, 38 años, psicólogo

El consumo de alcohol y drogas y el embarazo no deseado son consecuencia de un entorno, que no los acoge y que no los prepara para enfrentar los desafíos de la vida en la ciudad. Un entorno en el que se entremezcla la secuela de la violencia vivida y la violencia cotidiana de la pobreza y la exclusión.

Tienen tantos hijos y a veces no les prestan la debida atención a cada uno de ellos. Los tienen así como los animalitos y no les dan lo que se supone que cada niño debe tener ¿no? cariño y todo eso. Como no tienen atención los niños también crecen así, desatendidos y el hecho de que una mujer tenga también niños en escalera⁵¹ hace que no los pueda atender, hace que se estrese tanto que a veces acuda a pegarles o maltratarlos.

Mujer, 32 años, médica

La pandilla puede ser un refugio temporal, para satisfacer ciertas necesidades de una etapa específica de la vida. Es un mundo del que es posible salir.

Ellos por necesidad o por agruparse caen en malas amistades, con las pandillas, embarazos, se prostituyen. Y los chicos desertan del estudio, hay mucha deserción escolar. Se dedican a ir a asaltar ni siquiera para comer sino para drogarse, para alcoholizarse, es decir caen en el vicio. Y esos agrupamientos los conducen al pandillaje. Muchos salen. Yo he trabajado con pandillaje y todavía hay mucho, persiste. Aunque es menos ahora. Los chicos salen.

Mujer, 40 años, enfermera

⁵¹ Se refiere a varios niños de edades cercanas.

En tanto se trata de adolescentes que deben buscar mecanismos de auto subsistencia y de apoyo económico a sus familias, la migración temporal en busca de empleo suele ser una alternativa igualmente riesgosa y transmisora de hábitos negativos.

Los jóvenes van a buscar trabajo a Ica, ahí hay bastante siembra. Ellos traen de allá las cosas que encuentran. La cocaína, por ejemplo; yo me enterado de que ha llegado porque ellos van a trabajar allá, y las enfermedades venéreas.

Hombre, 35 años, médico

El mismo hecho de que van a la selva o van a Lima hace que la misma vestimenta de las niñas cambie, que haya más embarazos adolescentes, más promiscuidad. Incluso se ve en ese lugar que se comportan como pandilleros. Los muchachos incluso roban gallinas a las viejitas indefensas, y así ¿no? ya es otro tipo de conducta.

Mujer, 38 años, obstetriz

Particularmente en el caso de las niñas y adolescentes, el acoso y el abuso sexual son algunas de las amenazas que enfrentan, fuera y dentro de su hogar.

Hay casos de violación sexual terribles en Lucanamarca⁵² ¿y quienes? Son autoridades, son profesores o son de su entorno ¿no? el padrastro, el tío el cuñado. Y son impunes porque no pueden denunciar, porque todos tienen relación con la familia. Entonces hay presión de la familia dice “no, cómo lo vas a denunciar, cómo quedo yo, qué va a decir la gente”. Sin embargo hay niños a consecuencia de la violación sexual.

Mujer, 46 años, psicóloga

Los casos de inicio sexual precoz y tocamiento sexual, sin embargo no surgen recientemente. Como el grueso de los problemas de salud mental que hoy enfrenta la población afectada por la violencia, ésta agudizó un problema anteriormente existente.

Hay mucho tocamiento sexual a partir de los seis años, ocho años. Es el común denominador. En el consultorio, preguntando a personas mayores, adultas, si han tenido tocamientos sexuales, casi el 70%, 80% sí, por parte de un familiar... Y esas experiencias no han sido después de la violencia sino antes de la guerra. Entonces significa que ya ha

⁵² Distrito rural del interior de Ayacucho, uno de los escenarios del conflicto armado interno

habido un contexto poco saludable anteriormente que ha aumentado, que lo que ha hecho es exacerbar.

Hombre, 35 años, psicólogo

La violencia trasciende lugares y generaciones. Los niños y niñas hoy heredan de sus padres la carga de las heridas aún abiertas, y de la sociedad en general el trato de abandono y la falta de oportunidades que sufren quienes antes de haber sido tocados por la violencia lo fueron por la pobreza y la exclusión.

El abandono y la pobreza: el contexto nefasto de la reconstrucción post conflicto

La calidad de vida de las familias afectadas por la violencia es muy precaria. Las carencias económicas y el hacinamiento son el escenario en el que se desenvuelve la vida cotidiana. Es la única alternativa frente a lo imposible que se percibe aún el retorno a sus lugares de origen.

Precaria. Una condición bien humilde, si nosotros estamos hablando sólo del casco urbano. Pero también en los barrios, los asentamientos humanos (...) bien precario, bien precario. (...) viven también hacinados en un solo cuarto en el que viven, duermen, cocinan y todo ahí. ¿Por qué? Porque no tienen dónde, y no quieren retornar por el mismo temor de que también va a volver o va a seguir esa situación.

Mujer, 52 años, enfermera

El trabajo, la salud y la educación son tres ámbitos en los que las dificultades son grandes para estas familias, principalmente para las que se mantienen en el área rural. El desempleo y la mala calidad o la carencia de servicios contribuyen a incrementar los problemas actuales y dificultan vislumbrar un futuro mejor.

Lamentablemente comen para vivir, con las justas, no hay trabajo ¿no? Y más que nada la falta de oportunidades que pueden tener las personas. No han tenido el apoyo que se debe tener de las autoridades.

Hombre, 38 años, psicólogo

Las familias campesinas producen, principalmente para el autoconsumo, tubérculos, granos y unas pocas hortalizas. Los ingresos provenientes de la venta de sus productos son insuficientes para cubrir los requerimientos nutricionales de las familias (principalmente proteínas); ello pone en riesgo especialmente a los niños y niñas, que crecen con los efectos de la desnutrición.

La desnutrición está aumentando, imagínate. En la ciudad la desnutrición está mejorando, pero en las zonas rurales está aumentando. Y eso es un peligro, porque, como sabemos, ya se está hablando de una invalidez mental por la desnutrición crónica, de los 3 a los 5 años.

Hombre, 35 años, médico

Algunos de los resultados de la carencia nutricional son el escaso aprovechamiento escolar y los problemas de salud posteriores, e inclusive problemas de salud mental.

La calidad de vida es baja, porque como ya no tienen un sostén económico, están con anemia, algunos están con tuberculosis y se han ido al alcoholismo. Algunos ni terminaron secundaria.

Mujer, 38 años, enfermera

Ayacucho tiene una característica especial que es la pobreza y la pobreza genera muchos problemas en la salud mental, es un factor de riesgo.

Hombre, 35 años, psicólogo

Aún en una situación tan difícil, algunas familias se esfuerzan por mejorar, al menos, sus condiciones de vivienda. El personal de salud es un elemento dinamizador de estas iniciativas.

Como tienen la visita del personal de salud, en lo posible en su casita, que a veces ni tienen cerco perimétrico, son dos cuartitos, pero ahí tratan de tener sus plantitas, sus animalitos.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Los roles en la familia se han modificado para poder sobrevivir. Las mujeres asumen el rol proveedor, porque los varones ya no están o no se hacen responsables de sus hijos. Las labores de venta al menudeo o de trabajos eventuales significan la supervivencia familiar, pero con ingresos muy menores y muchas veces en condiciones de riesgo.

Y las mujeres ahora trabajan. Si el varón no puede conseguir el trabajo, la mujer sale a trabajar. La mayoría de acá, de la población a nivel distrital, son mercaderes, venden frutas, verduras, golosinitas, canchitas. Diario su ingreso promedio son 5 soles⁵³, con eso viven.

Mujer, 40 años, enfermera

Los niños sufren doblemente esta situación, en tanto permanecen sin el cuidado de la mamá o el papá, y porque muchas veces deben también asumir cierta carga laboral.

(Los padres) debieron salir al mercado a trabajar de cargadores, (las madres) de empleadas domésticas y tener a los hijos abandonados, porque ellos tenían que trabajar para poder sobrevivir ¿y los chicos?, solos los hijos.

Mujer, 45 años, enfermera

La pobreza fue históricamente una condición de vida generalizada en la población del campo. El conflicto armado destruyó la posibilidad de superar la pobreza, quitándoles a los campesinos sus bienes y obligándolos a migrar perdiendo también sus redes de apoyo social.

El Estado, en general lejano a esta problemática, no contribuye a paliar la crítica situación. Nuevamente aparece la figura del abandono, que se hace evidente sobre todo al compararla con la situación de bonanza que se vive en las grandes ciudades, principalmente en Lima.

El desarrollo social está muy retrasado. Yo diría pues en la era prehistórica. Cuando voy a Lima, cuando voy a los centros comerciales y luego vengo acá a Accomarca, Carhuanca,

⁵³ 5 soles equivalentes aproximadamente a 1.8 dólares.

Vischongo, Santillana, a Huamanguilla⁵⁴, me encuentro con otra realidad. Y cuánto me gustaría que todos los peruanos sean testigos de la realidad que hay acá y el contraste que hay con Lima por ejemplo.

Hombre, 38 años, psicólogo

Así como la violencia se centralizó prioritariamente en las zonas más pobres del país, hoy se centraliza la riqueza, los servicios y oportunidades en las grandes ciudades como Lima. Este es el contexto en el cual las comunidades emprenden diariamente la lucha por la supervivencia, haciendo uso de sus escasos y debilitados recursos.

6.3. La comunidad y las acciones de recuperación

El nivel de las relaciones interpersonales se ha visto fuertemente afectado, y con él las posibilidades de convivencia armónica y desarrollo comunitario. La desorganización es síntoma de la dificultad para confiar unos en otros.

Han perdido la confianza. Uno no sabe con quién habla, dicen. Porque si bien el terrorismo desapareció hay gente que mantiene su ideología.

Mujer, 37 años, médica

Una de las grandes consecuencias que se está viendo es el problema social de falta de comunicación entre las redes sociales. El tejido social se ha resquebrajado. Por ejemplo, Sendero entraba una vez y pedía que se delate a aquellas personas que estaban colaborando con el ejército, con el gobierno. Venía el ejército y hacía lo mismo. En la desesperación muchas familias señalaban a inocentes y todo eso ha repercutido en el tejido social; hay mucho resentimiento, odio, entre las familias de una misma comunidad.

Hombre, 38 años, psicólogo

Así, las propuestas e iniciativas internas o externas para la recuperación de la población víctima de la violencia se ven atravesadas por sus efectos, agudizados por la pobreza y los modelos de relacionamiento asistencialista, promovidos desde el propio Estado y las organizaciones no gubernamentales. Este es el escenario en el que surgen

⁵⁴ Localidades rurales del interior de Ayacucho, escenarios del conflicto armado interno.

algunas propuestas desde la comunidad y de actores externos que, venciendo las dificultades, logran cambios importantes en las comunidades, en su salud mental y en las prácticas de relacionamiento interpersonal.

Liderazgos y gestión comunitaria: iniciativas comunitarias de desarrollo

Sorprende cómo la violencia generalizada de los años del conflicto armado terminó por destruir la organización colectiva, y hasta hoy genera tantas dificultades para la reconstrucción de un espacio de convivencia.

Cómo es que una intervención de grupos armados, o sea, cómo es que la violencia en sí en su límite ha destrozado definitivamente todo lo que era la comunidad, ya no existe, se está perdiendo.

Hombre, 35 años, médico

Debido a la migración provocada por la violencia política las costumbres ancestrales, que unían y cohesionaban al colectivo y fortalecían el sentido de pertenencia de la comunidad, en muchos casos se están perdiendo. En otros casos, sin embargo, las costumbres se mantienen, se rescatan y se convierten en recursos comunitarios para la superación de la pobreza y la exclusión.

Mantienen sus cultura, su tradición, por ejemplo en las festividades de los carnavales las van a hacer en su barrio. Hay un techado de su casa que el vecino tal está haciendo, y todos van. Todavía se mantiene la minca⁵⁵, el ayni⁵⁶, colaboran -porque no es pagado- para que preparen el barro, elaboren los adobes. Ahí están todos. Fallece alguien también todos visitan, llevando las flores, una velita y están en el velorio. O sea, hay ese sentimiento de unión, de apoyarse, de colaborar y también en cada casa mantienen sus animalitos, no los pierden.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Los liderazgos comunitarios y la posibilidad de generarse proyectos de vida colectivos se vieron truncados y debilitados por las amenazas y represalias a los líderes y

⁵⁵ Trabajo colectivo en actividades que benefician a toda la comunidad.

⁵⁶ Trabajo recíproco entre miembros de una comunidad.

dirigentes en el campo y en la ciudad durante el conflicto armado. El temor al protagonismo se instaló en las comunidades y en sus autoridades.

Las autoridades mismas tenían ese temor, porque ellos también han sido afectados, porque acá han matado alcaldes, han matado a un montón de autoridades. Quizás por ese temor mismo tampoco los otros no han querido involucrarse ¿no?

Mujer, 52 años, enfermera

En la actualidad la actuación de los líderes comunales es ambigua, pues repiten modelos de acción autoritaria y corrupta. Eso es lo que ha enseñado el conflicto armado a través del comportamiento del personal militar destacado en la zona, y de las acciones de los gobernantes y funcionarios, que manejaron los presupuestos y programas de apoyo que llegaron a las comunidades pasado el peligro.

Entonces había corrupción, grandísima corrupción. Entonces ese adulto, aparte de su ignorancia ha asimilado la parte negativa, porque todo era robo, todo era corrupción. Encima si ha servido al ejército, de repente ha visto cómo han encontrado a una señora, culpable de algo entre comillas y la han violado y le han exigido que la viole, ¿no? Ahora es padre de familia, ahora es comunero. Y con todos esos antecedentes ¿qué bueno puede dar ese señor? Lo único que hace es dejarse llevar.

Hombre, 35 años, médico

Por su parte, la población tiene dificultades para confiar en sus dirigentes, en tanto éstos siguen modelos de liderazgo negativo y generan gran suspicacia acerca de su real vocación de servicio y de la transparencia de sus gestiones.

En general, las relaciones con las autoridades y entre los vecinos, son relaciones ambiguas, en tanto se confía, pero no tanto; se generan conflictos que se transforman fácilmente en demandas judiciales y confrontaciones violentas.

Me he dado cuenta que el vecino habla mal de la vecina y todo eso, no son muy unidos. Hay siempre peleas entre vecinos...quieren formar un comité y a veces el comité no apoya a la otra persona o no apoya al otro vecino y ahí empieza la pelea.

Mujer, 36 años, enfermera

Producto de la desorganización, las comunidades en general no logran planificar y ejecutar acciones significativas que mejoren sus condiciones de vida. En contraste, comunidades organizadas sí logran cambios y mejoras en su entorno comunitario y familiar; como consecuencia se superan problemas de salud y otros que redundan en una mejor calidad de vida y contribuyen al desarrollo humano de las familias.

En algunas comunidades ya se ha logrado. Lo que es Luyanta, ahí están muy bien. Ya hay sostenibilidad, pero siempre y cuando tenga una organización sólida.

Mujer, 52 años, enfermera

Mira, Santa Ana por ejemplo, es una zona antigua, pero está atrasada, y ya ellos ya se están movilizand. Ya lograron el presupuesto para hacer el acabado y concluir el establecimiento de salud. Y me contaron también que ya hicieron la gestión para que les pongan gradas. Están logrando el asfaltado de las calles. Incluso que les pongan la comisaría.

Mujer, 38 años, enfermera

Aunque las comunidades pueden también buscar cohesionarse y plantear propuestas de acción conjunta, llega un punto en el que la voluntad no es suficiente; aparece el elemento limitante de la capacidad y las habilidades. Para lograr sus metas requieren de apoyo externo.

Sí se organizan pero como no saben hacer proyectos, no los hacen. Necesitan alguien que los vaya orientando o alguien que venga a ayudarlos.

Mujer, 36 años, enfermera

Con todo, es posible encontrar ejemplos de compromiso con el bienestar colectivo a través de la búsqueda de apoyo por parte de las entidades del Estado y de las autoridades locales; así como de las ONGs que trabajan con las comunidades afectadas por la violencia.

Hay un grupo de dirigentes que sí ha tenido un impacto acá por todo este asentamiento humano. En un año han hecho un montón de mejoras y ellos tienen reuniones casi todos los domingos...al menos las reuniones programadas las tienen.

Mujer, 37 años, médica

Las iniciativas exitosas de acción comunitaria se originan en el apoyo de actores externos a la comunidad a través de proyectos, visitas y campañas. Es importante y necesario el apoyo externo. El personal de salud asiste y acompaña a los líderes y autoridades en estas gestiones, en tanto son solicitados para ello.

En algunos lugares en donde nosotros hemos intervenido ya ellos han organizado su comité de barrios que le llaman CODEBA, Coordinadoras de Desarrollo Barrial, y se han organizado por juntas vecinales. Al menos de lo que nosotros hemos trabajado o hemos intervenido en esas comunidades, se ha observado logros y cambios en ellos.

Mujer, 52 años, enfermera

Estas gestiones y acciones comunitarias se concentran principalmente en lograr mejoras en la infraestructura y los servicios. Pero los avances dependen siempre de la capacidad de organización de la comunidad. Aunque subsistan problemas de comunicación y dificultades en las relaciones interpersonales, una buena organización ocupa un lugar central en las posibilidades de lograr mejoras en la calidad de vida y la reparación de las poblaciones afectadas por la violencia.

Pero sí existe comunicación entre ellos, pues hacen reuniones; pero no es que se lleven bien sino hablan detrás de ellos siempre. En otro lado son más organizados y por lo mismo se les ve una comunidad bien fuerte y bien recia ¿no? Cuando quieren algo se levantan y logran. En este lado, pues, no es tan fácil conseguir cualquier cosa, porque no son tan organizados, es fácil que abusen de sus derechos.

Mujer, 32 años, médica

La organización es un elemento que aparece espontáneamente en ciertos ámbitos de la vida comunitaria, como lo son las fiestas y celebraciones. Lo que es de interés de la gente, les motiva a movilizarse y organizarse.

Me parece que sí son organizados. Y en las fiestas religiosas también hay bastante acogida, he podido constar en una de las fiestas que hubo que sí estaban ahí, sí se apoyan. Más o menos veo que sí son organizados.

Mujer, 32 años, médica

Un ejemplo de lo que la organización puede lograr directamente con relación a la búsqueda de reparación a la población afectada por la violencia son las organizaciones de víctimas y de familiares de asesinados y desaparecidos. Estas organizaciones luchan hace años (en algunos casos más de veinte) por la justicia y la reparación.

Eso sí, con apoyo de algunas ONGs por ejemplo tenemos la asociación de familiares de desaparecidos, que son ANFASEP⁵⁷. Ellos sí se han organizado, que son mayormente familiares de los desaparecidos y afectados.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Ellos quieren dejar atrás ese periodo oscuro, pero también quieren los restos de sus seres queridos y que se les construya un monumento simbólico de lo que ha pasado ahí. La reparación simbólica. Esto ya está en el Plan Integral de Reparaciones.

Hombre, 38 años, psicólogo

Es lo que marca la diferencia. La organización comunitaria y el apoyo externo son claves para el éxito de las iniciativas comunitarias de desarrollo y reparación post conflicto.

Demanda de reparación en salud mental

En el ámbito de las iniciativas para mejorar la calidad de vida, salvo las gestiones de algunas autoridades y dirigentes, las propuestas y acciones comunitarias a favor de la salud mental son inexistentes. En la mayoría de casos, la búsqueda de mejora se mantiene en el ámbito individual y condicionado a la obtención de mejoras económicas. En muchas comunidades ese es el “sistema de vida”.

⁵⁷ Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados y Desaparecidos del Perú. Esta organización existe hace 21 años en Ayacucho y agrupa aproximadamente 300 personas, la mayoría mujeres, madres, esposas, hijas y hermanas de desaparecidos durante el conflicto armado.

Tratan de llevar el sustento a su casa y su mundo es eso. No hay otra mentalidad. Si hay iniciativa, siempre están pendientes de si es plata o no, de que no hay dinero, la mayoría ¿no? Hay gente rescatable pero se dejan llevar pues por el sistema en su comunidad.

Hombre, 35 años, médico

La población no reconoce de manera espontánea sus necesidades de salud mental. Quienes han sido afectados por la violencia política atribuyen sus malestares a la pobreza, a las preocupaciones diarias y a otros factores, sin considerar la posibilidad de que sus problemas emocionales actuales se relacionen con el sufrimiento experimentado durante el conflicto armado.

Sus problemas emocionales lo aducen como que tienen problemas físicos ¿no. Tiene depresión y dice “ah, mi dolor de cabeza es porque estoy mal de algo”, o “mi gastritis es porque no me alimento bien”, etc., etc. o los insomnios que tienen “es porque estoy preocupada porque no tengo plata, porque no gano bien” o sea, tienen una justificación. Pero en realidad cuando tú le hablas, realmente de por qué es que uno se siente así la gente entiende.

Mujer, 46 años, psicóloga

Las autoridades aún consideran la infraestructura como la solución a los problemas de pobreza y atraso en las comunidades. La salud mental y las secuelas de la violencia no son parte importante en sus agendas de trabajo.

Poca importancia le dan a la salud mental. Ellos (las autoridades) ven otras cosas, ven la parte de infraestructura, ven de tener de repente otro tipo de apoyo pero no le dan la debida importancia a la salud mental, falta sensibilización.

Mujer, 45 años, enfermera

Muchas veces, inclusive se reciben críticas acerca del trabajo en salud mental. La idea de que no debe removerse el tema, que no se deben abrir las heridas, está muy presente en el discurso de quienes opinan que esta problemática no debería ser abordada. Esto es un error, considerando la necesidad evidente y la demanda expresada de la población.

Hay gente que se equivoca cuando hablan en los procesos de exhumaciones cuando dicen: “una herida que ya esta cerrada la están abriendo, ¡bah!”. Pero si las personas afectadas requieren, necesitan de nosotros y sanan de haber compartido todo ese dolor, ese sentimiento. Conversamos y están bien, se encuentran bien y nos agradecen. Eso les faltaba a ellos ¿no?

Mujer, 46 años, trabajadora social

Ante la acción de las ONGs y el personal de salud, la población termina comprendiendo, y una vez que logra dejar de lado los prejuicios y temores que genera el tema puede lograr grandes progresos y comprometer a grupos poblacionales que tradicionalmente son difícilmente atraídos por este tipo de propuestas, como lo son los varones. Un reto importante es el acabar con la idea de que la salud mental es un asunto exclusivo de los “locos”.

El señor ¡qué bien sabía el tema que habíamos trabajado!. Yo decía: “pero usted no ha estado presente”. “No, es que mi esposa me ha avisado”. Sabía. Compartían el tema. Sí había el interés de querer aprender.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Ellos mismos se dan cuenta de que están actuando mal con sus hijos, y muchos de ellos han pedido ayuda para poder mejorar las relaciones entre la familia misma y entre los mismos vecinos. No todos pero algunas personas dicen “no solamente los locos necesitan de un psiquiatra sino también nosotros” para poder de repente en cierta forma, no olvidar, pero al menos entender y de repente mejorar en cómo llevarse con los hijos.

Mujer, 45 años, enfermera

Las autoridades terminan comprometidas con acciones de reparación en salud mental que contribuyen a mejorar la situación emocional de ellos, sus familias y comunidades, como lo son por ejemplo las redes intersectoriales de trabajo en violencia familiar.

Se dan cuenta que en la provincia se han vivido 20 años de violencia política y que hay secuelas y ellos han identificado las secuelas. Entienden que los comportamientos que tienen los trabajadores del municipio y la gente tienen que ver con las secuelas y que hay

que ayudar a estas personas ¿y a través de qué? A través de espacios que se puedan brindar a nivel comunitario y a nivel individual.

Mujer, 46 años, psicóloga

En algunas comunidades la demanda por el trabajo en salud mental es explícita, principalmente planteada por las mujeres y algunas autoridades y centrada en la necesidad de atender la violencia familiar y el alcoholismo.

Y quieren que se trabaje sobre lo que es la violencia familiar. Incluso enantes nomás me estaba diciendo una persona que es de la zona rural, una señora que me ha dicho que hay que trabajar con salud mental “porque mi esposo me pega mucho, no entiende”. Entonces, yo le dije “sí, tenemos que entrar con esos temas”.

Mujer, 52 años, enfermera

La población capacitada y sensibilizada comprende que requiere de apoyo para mejorar su salud mental y atender sus problemas emocionales. La demanda de salud mental, aún débil, se canaliza hacia el personal de salud, aunque su atención integral requiere del concurso de otros actores locales. El personal de salud actúa de promotor y palanca de la acción de otras entidades presentes en las comunidades.

Los efectos del apoyo externo

Pasada la violencia se observa en la zona una serie de proyectos y programas de apoyo a la población afectada, por parte del Estado y las organizaciones no gubernamentales. Tales iniciativas de apoyo han buscado contribuir principalmente a mejorar las condiciones de vida y la salud de las comunidades afectadas por la violencia, tanto en el medio rural como en los lugares de desplazamiento.

Hay los programas de apoyo alimentario: lo que es el Programa del Vaso de Leche⁵⁸, los comedores populares, ahora en el área rural incluso el Programa Juntos⁵⁹ ¿no? Antes no

⁵⁸ El Programa del Vaso de Leche consiste en la dotación mensual de raciones de leche a las madres de familia. Es un programa administrado por las Municipalidades.

⁵⁹ El Programa Juntos es un programa de entrega mensual de dinero a las mujeres madres de familia, condicionado al control de salud y la asistencia a la escuela de sus hijos. Este programa depende del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

se veía, solamente el Programa del Vaso de Leche. A consecuencia de los problemas que ha habido se han generado los comedores, las guarderías, los albergues, tantas ONGs.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Existe sin embargo, poca confianza en la pertinencia de estas acciones, sobre todo las del Estado, y tanto su apoyo como los proyectos de las ONGs generan sensaciones ambiguas, como lo es también la respuesta de la población frente a éstas.

Una ONG acá hace un trabajo muy bonito con los niños en estado de abandono y bueno el pueblo debería de corresponder siquiera pues apoyándolos, pero no es así. Cogen a los niños que están muy bajo en sus talentos, les ayudan en esas habilidades que ellos necesitan y están atrás en el colegio. Pero aun así no hay aceptación de los padres.

Mujer, 36 años, médico

El Estado, que generalmente está ausente, cuando aparece a través de sus instituciones, no siempre contribuye a mejorar la situación de la población.

Porque hasta ahora como sabemos hay un abandono total ahí, porque el Estado no ha llegado a las comunidades. Y si ha llegado ha llegado de mala manera. Hay un velado racismo, porque se evidencia allá. Lo dicen los indicadores.

Hombre, 35 años, médico

Hay conductas de algunos funcionarios de las instituciones y los proyectos que actúan en el campo que se pueden criticar seriamente. La corrupción y los malos ejemplos son efectos secundarios de la presencia del Estado en la zona.

Nuestras instituciones del Estado están en una comunidad y lo único que reflejan es corrupción, ociosidad. Los docentes están tomando con sus alumnos, a las 10 de la mañana están caminando ebrios, en una borrachera se están jactando de que se han acostado con tal, con cual niña o vecina. Y ni hablar donde hay policía, donde hay ingenieros. Más están enfrascados en problemas que no tienen nada que ver con su institución.

Hombre, 35 años, médico

En especial, el atraso del sector educación y la mala calidad de los servicios de salud dejan en desventaja a las familias afectadas y desplazadas y, en general, no significan una contribución importante para la mejora de la calidad de vida y la salud mental en las comunidades afectadas por la violencia.

La educación es pésima en la zona rural por diferentes motivos, la salud también es pésima por diferentes motivos. Estamos hablando de gente, de comuneros en su mayoría que no tienen ni la primaria. No saben leer ni escribir.

Hombre, 35 años, médico

Por otro lado, las acciones de entrega directa de apoyo (alimentos, por ejemplo), así como otras prácticas asistencialistas han debilitado a la comunidad del mismo modo que lo hizo la violencia, al promover la priorización del bienestar (y la supervivencia) individual por encima del bien común.

Lamentablemente ese es el gran daño que se le ha hecho a la población, dándole el asistencialismo, porque la gente ya no quiere trabajar. Se han acostumbrado a que si no les das algo, no hay víveres no hay nada, la gente no se reúne. Lamentablemente eso es un grave problema.

Mujer, 45 años, enfermera

La gente se acostumbró a recibir, a esperar la ayuda; hay una mala comprensión de los derechos, que se convierte en exigencia, intransigencia e impaciencia.

Es que les dicen “bueno como tú has vivido esta violencia política entonces te vamos a compensar de alguna u otra forma”.. Y aprovechan esa situación para exigir a veces de la forma correcta y otras veces de la forma no correcta. Y quieren todo, vienen acá exigen y es como que nosotros, las personas que atendemos, estamos en deuda con ellos.

Hombre, 31 años, tecnólogo médico

Las iniciativas del Estado de apoyo al retorno, y las acciones de las ONGs en las comunidades rurales han promovido que algunas familias desplazadas opten por regresar a sus comunidades asumiendo el desafío de empezar de cero. Otros en cambio, prefieren no regresar y se mantienen en las ciudades.

Están volviendo algunos, algunos ya no han vuelto. Han estado vinculados con Sendero (Luminoso), entonces tienen temor y ya no vuelven. Sus familiares, los que no han tenido nada que ver, sí están volviendo allá en Sancos y en Lucanamarca⁶⁰. Hay gente que ha estado casi veinte años fuera y están recuperando sus tierras, empezando de nuevo.

Mujer, 46 años, psicóloga

En este escenario, la organización es la clave para dar soporte a las iniciativas de apoyo externo; en especial es un elemento facilitador de las acciones del personal de salud. Una comunidad organizada es una comunidad que responde a las propuestas de trabajo del sector.

Cuando hay respuesta quiere decir que son organizados. Cuando mandas tú sólo al presidente de la comunidad una convocatoria y ya ellos vienen, hay respuesta, quiere decir que se reunieron y por eso vinieron. Mientras que en otros lugares, pese a que tú mandas la convocatoria no vienen, entonces no hay reunión en la comunidad y tampoco se organizan.

Mujer, 32 años, médica

Acá, en Santa Ana, Olivos⁶¹, todos tienen su comité y con ellos se coordina. Ellos convocan y la gente asiste. Hay club de madres, hay grupos organizados de mujeres, pero también participan los varones. Sí se puede trabajar.

Mujer, 38 años, enfermera

Pero como no siempre se encuentran comunidades organizadas, la sensación es que en general, frente a las propuestas de apoyo externo, la falta de organización responde a una falta de motivación.

Como que no hay mucha organización. Tenemos dos o tres comunidades que sí están organizadas pero el resto no, y no ponen de su parte.

Mujer, 36 años, enfermera

⁶⁰ Distritos rurales del interior de Ayacucho.

⁶¹ Zonas de asentamiento de población desplazada en la provincia de Huamanga.

En algunos casos las propuestas de ONGs y del personal de salud no sólo tienen acogida sino que permiten la instalación de nuevos modelos de acción colectiva, que se replican y fortalecen en el tiempo. Una iniciativa externa, con ciertas características, sí es capaz de generar cambios sostenibles en la comunidad.

Yo creo que estos tres últimos años han sido iniciativa de los que vienen de fuera ¿no? Los han tratado de organizar, de fortalecer a los grupos para que continúen trabajando. Entonces ya lo veo como una práctica cotidiana. En sus eventos ya están pensando qué cosa hacemos, o sea ya no les veo con ese desánimo.

Mujer, 46 años, psicóloga

El efecto es favorable y, cuando se logran vencer barreras, temores y modelos de apoyo nocivos, es posible pensar en nuevas formas de actuar a favor de la salud mental de la población. Pero estas propuestas, para ser acogidas requieren de un esfuerzo de promoción y sensibilización que ya está dando sus frutos.

Yo me admiro. Acá cuando dices psicólogo se llena. Piden, han asistido y esperan. E incluso hablan con naturalidad, “necesito tratamiento psicológico”.

Mujer, 38 años, obstetriz

De esta manera se evidencian los cambios promovidos por las intervenciones y se genera una nueva comprensión de lo que es e implica la salud mental y su relación con los otros ámbitos de la vida.

Ellos antes pensaban que era para locos. Pero ahora tú le preguntas y te dicen salud mental “sano kaymi”, o sea “ser sano, ser limpio, sentirme tranquilo porque tengo mis plantitas”, eso es lo que dicen ahora, pero antes no. Ellos dicen “antes yo me sentía aburrida, ¿por qué? Porque vivía sucia, porque no limpiaba mi casa, porque no tenía ni plantas. Ahora que tengo mis plantas, me distraigo con mis plantas, ahora que tengo limpia mi casa me siento más tranquila”.

Mujer, 52 años, enfermera

El éxito de una intervención, que impacte en el desarrollo y la salud mental y genere cambios positivos en la vida de las personas y comunidades, descansa en la

acción coordinada e interinstitucional y requiere de enfoques centrados en las subjetividades, a la par que de la ayuda material, con profesionales competentes y comprometidos.

6.4. Salud mental como prioridad regional: realidad en construcción

A pesar de que durante los años del conflicto armado el personal del Ministerio de Salud (MINSA) cumplió algunas labores en apoyo de las instituciones involucradas, principalmente, en las diligencias judiciales relacionadas con las víctimas mortales, no ha sido sino hasta hace algunos años que su papel en la atención a la salud mental ha sido considerado en la agenda de los gobiernos como un tema importante.

Hace diez años poco a nada daban importancia al programa de salud mental. Bueno, ahora ya se aceptó que es una estrategia sanitaria, que es de prioridad en la agenda pública del gobierno regional.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Luego del conflicto y en un principio sin mayor conocimiento sobre cómo abordar el tema, el personal de salud era convocado a participar en los procesos de exhumaciones, en los que se evidenció la necesidad de capacitación y entrenamiento de especialistas en salud mental.

Se requería la presencia del personal de salud, para dar acompañamiento a quienes van a asistir a estos procesos (de exhumación). Como el personal de salud no sabía, lo único que ha hecho es llevar el maletín de emergencia pensando: “va a haber una sutura, o algo”. Claro también llevó su alcohol y algodón, pero no vio el aspecto sentimental, emocional, nada ¿no? Vio solamente el aspecto físico de las personas.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Hoy en día, gracias al apoyo de las ONGs, se cuenta con personal preparado para prestar asistencia y apoyo psicoemocional. La salud mental, es hoy señalada como un tema prioritario para el sector salud y ello se refleja además en la constitución de equipos

locales de atención en salud mental y en la dotación de psicólogos a algunos establecimientos del sector.

Cada mes tenemos exhumaciones, entonces vamos. Hay un grupo que trabajamos (...) Empezamos aquí a capacitarnos cuatro en eso de exhumación de cadáveres. De ahí como ya nos habíamos capacitado, hemos adquirido experiencia, hemos dicho hay que capacitar. Entonces jalábamos uno más y así. Ahora somos quince. Esos quince hemos vuelto a capacitar más personas, y continúa pues esa labor.

Mujer, 52 años, enfermera

La labor en salud mental se comparte y coordina con otras instituciones y organizaciones, en tanto no es un tema únicamente de competencia del sector salud sino que, por sus implicancias y su relevancia para el desarrollo y la vida de las comunidades afectadas, involucra a diversos actores estatales y privados. El trabajo en red es el modelo prioritario para abordar las secuelas y, en general, para diseñar estrategias y acciones de salud mental.

Sin embargo, existen deficiencias y limitaciones en el accionar del Estado y de los gobiernos en sus diferentes niveles, que ponen en duda la real decisión de considerar la salud mental desde un enfoque integral y comunitario en la práctica así como lo es en el discurso.

El trabajo en comunidades no se está haciendo. Me parece que los psicólogos están trabajando más individual que comunitario. Porque para trabajar comunitario tendríamos que hacer proyectos de intervención comunitaria, ¿no? Pero no se está haciendo, yo no veo.

Hombre, 31 años, tecnólogo médico

El énfasis que se mantiene en lo clínico y asistencial hace dudar de que a nivel institucional se tenga una comprensión apropiada de la relevancia de lo comunitario, la promoción y la prevención en las acciones de salud mental. Estos aspectos están siendo impulsados por algunos profesionales de salud aprovechando oportunidades y superando limitaciones y carencias.

La labor institucional en salud mental: acciones y limitaciones

Las actividades de salud mental, principalmente aquellas enfocadas en el trabajo comunitario, han sido promovidas por experiencias como el Programa AMARES⁶², que durante tres años apoyó financieramente tanto la capacitación al personal de salud como la implementación de proyectos de intervención comunitaria.

En la actualidad, concluido el programa AMARES, el trabajo en salud mental se realiza principalmente en el consultorio, lo que resulta insuficiente para abordar las secuelas en la salud mental de manera integral. En tanto se trabaja desde un abordaje clínico, se espera muchas veces que esta labor la realicen los psicólogos y psiquiatras destacados en algunos establecimientos de salud, y a quienes se les derivan los casos captados en las consultas de las diversas especialidades.

La salud mental no es solamente trabajo de consultorio. El trabajo de consultorio es importante, pero lo importante es la prevención, la promoción; creo que hay que dar énfasis en eso.

Hombre, 38 años, psicólogo

Uno de los factores que limita al ámbito clínico el trabajo del personal de salud es la falta de presupuesto. Por otro lado, los reglamentos que norman la labor del personal, les impiden realizar actividades fuera del establecimiento en horas de trabajo. Por ello la alternativa, difícil de cumplir para muchos, es desarrollar el trabajo comunitario en salud mental en sus días libres, fuera de la jornada laboral.

Tratamos de hacer lo que podemos, porque el MINSA no nos da presupuesto o si envía se queda en la Dirección de Salud. Inclusive hasta material de comunicación, trípticos, no llegan. Y entonces falta que el presupuesto sea para todos equitativamente.

Mujer, 40 años, enfermera

El trabajo con la gente tienes que hacerlo en tus horas libres, no nos dan las facilidades. Por ejemplo, que me digan “te doy esta semana cuatro días para que trabajes en tu

⁶² Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en Una Región del Perú. Financiado por la Unión Europea para trabajar en tres departamentos de elevados niveles de pobreza en el Perú.

consultorio normalmente y tres días para que te dediques al trabajo comunitario”. Eso no se hace por falta de personal.

Mujer, 45 años, enfermera

Por el lado de la población, los costos de las consultas a veces hacen que las personas dejen de acudir a la consulta psicológica, en tanto priorizan otros gastos u otras actividades.

Tú traes a la población, piden que vengan a atenderse con el psicólogo y acá vienen y se encuentran con una traba, pues tienen que pagar la consulta. Esa gente que no tiene ni para pagar una historia clínica que está 4 soles⁶³, no van a venir a pagar una consulta de salud mental...y la gente se va.

Mujer, 45 años, enfermera

A veces no van porque ellos necesitan salir al mercado a buscar la comida sólo para ese día, si es hoy día para hoy día nada más. Entonces no quieren perder tiempo, “voy a ir hoy día pero tengo que vender tal cosita, y si no vendo no tengo comida, mañana será, pasado será”. Así van postergando, y a veces no van.

Mujer, 48 años, enfermera

En algunos casos, el paso por el psicólogo es prácticamente forzado, especialmente cuando se trata de población en riesgo, como los adolescentes y las madres en período de gestación.

Acá hacemos interconsulta. A todos. Las gestantes toditas tienen que pasar por consulta del psicólogo, porque ellas no expresan sus problemas. Y las captamos y el psicólogo se encarga de jalarles la lengua.

Mujer, 40 años, enfermera

La capacitación recibida por AMARES y el entrenamiento en salud mental e intervención comunitaria, permiten que hoy la atención en los establecimientos de salud del MINSA sea más sensible a los requerimientos específicos de la población afectada por la violencia política. Se tienen mayores herramientas y una mayor seguridad para el

⁶³ Aproximadamente 1.5 dólares.

abordaje de quienes presentan síntomas de depresión, ansiedad o problemas psicosomáticos, que se presume son consecuencia del sufrimiento producido por el conflicto armado.

Entender, entender. Abrirse un poco más ¿no? La gente viene intolerante y todo. Claro obviamente es un esfuerzo para mí ¿no? Tratar de entenderlos y yo también presentar un tipo de conducta y de actitud de acuerdo a ellos.

Mujer, 37 años, médica

Sin embargo, es insuficiente el personal capacitado para prestar este tipo de atención. El número de especialistas psicólogos y psiquiatras con los que cuenta el MINSA no alcanza para cubrir la demanda.

En la zona de intervención, que son 85 establecimientos de salud de la jurisdicción tenemos un sólo representante de salud mental, un responsable.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Yo, al psicólogo de mi red me limito a decirle, “oye, anda y haz lo que puedas” y a aplaudirlo, porque es como decir, “atiende a mil hasta mañana”.

Mujer, 37 años, médica

A la falta de personal para atender la demanda, se suma que muchas veces no hay la suficiente motivación ni compromiso por asumir responsabilidades en salud mental. No todo el personal se encuentra igualmente sensibilizado sobre el tema y sucede que no puede cumplirse con todas las tareas y metas de salud mental asignadas a los establecimientos.

A veces capacitamos (al personal), pero no lo realizan, no lo ejecutan. Hay personal que no quiere involucrarse en ese trabajo, somos poquísimos, los que quizás queremos que nuestra ciudad cambie, que la comunidad cambie su modo de vida.

Mujer, 52 años, enfermera

Como consecuencia de lo anterior, es común que a los pacientes se les brinde únicamente atención recuperativa, sin reparar en sus necesidades psicológicas o

emocionales. Esto genera además un sub-registro de los casos que requieren apoyo en salud mental.

Mira, vienen los casos, sólo que a veces no se registran como debe ser. Viene aquí la persona, a emergencia, con una lesión pero no vemos el fondo; le tratamos la herida que tiene. Pero no todos estamos capacitados aquí (en salud mental). Entonces solamente se le da la atención recuperativa, le suturas o le curas, pero no reciben tanto la orientación psicológica que debería tener el paciente.

Mujer, 36 años, enfermera

El MINSA cuenta con manuales y herramientas para el trabajo clínico en salud mental, como por ejemplo las fichas de tamizaje, que facilitan la detección de las afectaciones individuales y la derivación en los casos en los que se requiera una atención más especializada. En tanto muchas de las demandas de atención por molestias físicas y emocionales son consecuencia de violaciones a los derechos humanos, que requieren un tratamiento especial y de largo plazo, es corriente recurrir a un placebo para lograr la tranquilidad del o de la paciente y la sensación de que está efectivamente siendo tratado de su mal.

Mira, se les trata de hablar, les hablamos. Pero antes de eso tratamos de buscar otras causas, tal vez puede haber una causa orgánica. Si no hay, entonces hablamos, pero si yo por ejemplo le aconsejo y no le doy ningún medicamento, la señora va a seguir con eso. Pero si por ejemplo yo le doy una pastillita, digamos un Paracetamol, entonces va a sentir como que también se le está tratando por los dos lados y se siente tal vez curada, o por lo menos mitiga un poco su mal.

Mujer, 38 años, enfermera

Por otro lado, los profesionales de salud participan en actividades coordinadas multisectorialmente, principalmente con los centros educativos y en redes de trabajo interinstitucional en temas específicos: alcoholismo, violencia familiar y sexual, salud mental y derechos humanos.

Kallpa⁶⁴ interviene en ese tema, y tenemos una red que se llama RIPAVIF⁶⁵, es una red de lucha contra la violencia familiar.

Mujer, 40 años, enfermera

La participación en estos espacios les permite continuar realizando algunas acciones de proyección a la comunidad como charlas o talleres. Sin embargo, no todos los actores involucrados en el trabajo con la población afectada por la violencia asumen la coordinación como estrategia, y por ello aún subsisten limitaciones para realizar trabajos integrados, se duplican acciones y no se articulan intervenciones ni presupuestos.

Por otro lado, el contacto con la población directa, además de con quienes llegan a consulta por diversos motivos, se facilita a través de los promotores de salud⁶⁶ con quienes se tiene una relación directa y cotidiana.

No podemos empezar con toda la población, tenemos que empezar, y el mejor apoyo son los promotores. Y los promotores tienen que hacerlo con su familia. Y a partir de eso ver de focalizarlo por ejemplo en el club de madres, pero primero hay que comenzar con lo que está cerca.

Mujer, 32 años, médica

Son varias las estrategias que desarrolla el personal de salud para trabajar en temas relacionados con la salud mental. La principal, insertar el tema en las actividades de promoción de la salud, a través de acciones de capacitación y difusión a la comunidad. El trabajo a nivel familiar y grupal (en grupos de ayuda mutua, por ejemplo) ha demostrado ser pertinente para el abordaje de los problemas más sentidos de la salud mental en las comunidades (el alcoholismo y la violencia familiar, principalmente).

De igual manera y con el fin de superar las limitaciones presupuestales y de personal, se aprovecha la existencia de ONGs vinculadas a temas de salud mental para participar en sus actividades y propuestas. Así, es posible llegar a la población para

⁶⁴ Organismo no Gubernamental.

⁶⁵ Red Interinstitucional de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual.

⁶⁶ Los promotores o agentes comunitarios de salud son personas capacitadas en los aspectos elementales del cuidado de la salud (primeros auxilios, por ejemplo) y que cumplen la función principal de detectar problemas de salud en su comunidad y derivarlas a los especialistas del MINSA. Asimismo apoyan en la realización de labores de prevención y promoción (charlas, talleres de capacitación, gestiones ante autoridades) para temas relacionados con salud, entre ellos salud mental.

fortalecer acciones de prevención y promoción, que no pueden desarrollarse apropiadamente en el consultorio.

Con la participación de las ONGs en lo posible se está atendiendo. Pero yo digo, si no hubiera la intervención de las ONGs sólo el sector no se abastece. Hay demanda.

Mujer, 46 años, trabajadora social

La relación con las ONGs permite acceder también a oportunidades de capacitación y a materiales que facilitan el trabajo del personal con grupos poblacionales de interés.

Se esta trabajando con Manuela Ramos⁶⁷ y nos han obsequiado unos módulos para poder trabajar más con los jóvenes.

Mujer, 45 años, enfermera

Había un proyecto en Belén de JICA⁶⁸ que sigue capacitando al personal, en salud mental. Han recibido un diplomado así cinco personas.

Mujer, 48 años, enfermera

Las mujeres y los adolescentes son los grupos poblacionales a los que más logra convocar el sector con estas propuestas. Muchas veces los centros educativos son los espacios que dinamizan este tipo de acciones, en tanto los docentes y los padres de familia plantean la necesidad de trabajar aspectos puntuales que dificultan el aprendizaje y el desarrollo de los alumnos y alumnas. De esta manera el personal de salud trabaja temas como las habilidades sociales y las escuelas de padres.

El MINEDU⁶⁹ tiene un plan de trabajo para la prevención del consumo de alcohol, y dentro de ello está lo que son habilidades sociales. Está disertar el tema del consumo de alcohol para los adolescentes de acuerdo a su edad, y año y su experiencia también. Y en todo ese tema los capacito a los docentes, tutores y ellos son los que lo desarrollan.

Mujer, 37 años, médica

⁶⁷ Organismo no Gubernamental que trabaja temas principalmente relacionados con la mujer.

⁶⁸ Agencia Japonesa de Cooperación Internacional.

⁶⁹ Ministerio de Educación.

Se consideran también parte del trabajo en salud mental las visitas a algunas familias identificadas con mayor necesidad de apoyo emocional y consejería, y a los ancianos en situación de abandono.

Hacía las visitas a las casas. A donde había violencia o tomaban alcohol, yo iba. No vienen directamente, nosotros les preguntamos si tienen algún problema y ahí los captamos.

Mujer, 36 años, enfermera

Los aprendizajes y las experiencias obtenidas por el personal en estos años no están siendo reconocidos, ya que se prioriza el cumplimiento de metas cuantitativas por sobre las apreciaciones cualitativas acerca de cambios en la salud mental de la población. Asimismo, se están abandonando temáticas fundamentales en el abordaje de las secuelas de la violencia política.

Hay muchas cosas, aportes muy valiosos de todos los psicólogos que están interviniendo pero sin embargo sólo se está dando importancia al aspecto cuantitativo o sea los datos estadísticos, pero los datos cualitativos, no.

Hombre, 38 años, psicólogo

Son evidentes tanto la necesidad de atender de manera sostenida e integral a la población afectada por la violencia como las limitaciones que enfrenta la institución de cara a este desafío. En este contexto se genera la sensación de que aún queda mucho camino por recorrer, tanto en lo metodológico y conceptual, como en lo político y estratégico.

El MINSA, ¿una institución caliente?: la salud mental del personal de salud

El buen ambiente laboral que, en general, se vive en los establecimientos de salud se enrarece debido a discrepancias y problemas interpersonales que se dan en cualquier espacio de interacción humana.

Siempre hay algunos puntos de vista en los que no estamos de acuerdo, pero fuera de todo eso creo que sí es un ambiente agradable. Nos llevamos bien, tenemos todos

nuestros problemas, a veces se comparte, a veces no; pero es un ambiente laboral en el cual sí puedes estar tranquilo, te sientes a gusto.

Mujer, 32 años, médica

Los problemas surgidos entre el personal de salud en principio son factibles de solucionarse a través del diálogo. Pero muchas veces la manera de procesar los problemas y de relacionarse con los compañeros de trabajo y con la población en general se ve interferida por las propias condiciones emocionales del personal de salud. En ocasiones se reacciona mal, inclusive con agresión y violencia entre los propios compañeros de trabajo.

Han aumentado los problemas interpersonales entre los trabajadores mismos. Hay violencia, se golpean, se insultan.

Mujer, 52 años, enfermera

Las dificultades para procesar diferencias y resolver conflictos interpersonales se agudizan por las condiciones laborales, en tanto existe una diversidad de modalidades de contratación que implican salarios y condiciones secundarias diferentes para profesionales que realizan prácticamente las mismas labores.

Cuando se trabaja con equidad, yo creo que también la gente está conforme. Pero cuando no hay equidad en el trato, en permisos, en salidas, cuando no se actúa con equidad hay descontento. Y el descontento trae caos.

Mujer, 45 años, enfermera

Ahorita lo que expresan son problemas laborales. Se han dividido los grupos con diferentes tipos de contratos y beneficios; eso nos ha dividido. Hemos empezado a discutir, a mirarnos mal. Se ha creado mucho malestar y eso influye bastante porque se perjudica a la institución y a la población.

Mujer, 40 años, enfermera

El personal de salud ha sido también testigo y víctima del conflicto armado; por ello se encuentra afectado en su salud mental de diversas maneras. Episodios de depresión y

ansiedad, irritabilidad y problemas para establecer una comunicación asertiva generan dificultades también al interior de sus propias familias.

Siempre hemos pensado en los usuarios, la población y ¿nosotros que hemos sido directamente afectados por esta violencia, que la hemos presenciado?. No nos hemos dado cuenta que también nosotros hemos sido afectados. Y ahora, como secuela, le puedo decir que somos muy alterados, desesperados. El trato con el usuario no es adecuado. No hay una comunicación asertiva, no tenemos una autoestima elevada, se ha perdido un poco el apoyo mutuo, la solidaridad.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Bueno, realmente se nota, iniciando por el personal mismo. Porque el personal que hemos trabajado en el campo en aquellos tiempos donde el (conflicto) sociopolítico estaba en pleno apogeo, hemos sido afectados. Incluyéndome yo misma. Somos personas violentas, con nuestros familiares, con nuestros hijos, somos muy sensibles, estresadas.

Mujer, 48 años, enfermera

El ser profesional, en este caso, no exime a las personas de verse afectadas en su salud mental. Inclusive, significa a veces tener mayor resistencia a buscar o recibir ayuda.

Parece mentira, la mayor violencia nosotros la observamos en los profesionales, que a veces no dan esa oportunidad, esa cabida de que tú quieres hablar, conversar con ellos, no te la dan. Y son peores sus comportamientos, piensan que están haciendo bien porque son profesionales, piensan que a su hijo le castigan muy bien porque son profesionales.

Mujer, 52 años, enfermera

A nivel institucional no se han desarrollado estrategias de apoyo a la superación de las secuelas en la salud mental del personal del MINSA. La demanda está presente, es evidente y se es conciente de la necesidad de un abordaje apropiado.

Imagínate, es una carga más para nosotros, tener problemas en casa y más la carga emocional que tú recibes, de la gente que viene que a veces no tiene ni para comprarse una tableta, ¿cómo te sientes?. Te sientes mal, te sientes impotente al no poder hacer nada, ¿no?... Cuando veo a la población también me considero dentro de ellos. Si yo

misma estoy enferma, para poder atenderlos a ellos pues yo en primer lugar necesito un tratamiento, un profesional.

Mujer, 48 años, enfermera

Por su parte, las propias características de la población que se atiende significan para el personal de salud un desafío y ponen a prueba su paciencia y tolerancia, al tratarse de población que presenta secuelas de la violencia y que recuerda y narra historias de dolor aún muy presente, agudizado por sus difíciles condiciones de vida.

Mira, al inicio cuando yo empecé a trabajar con el grupo de autoayuda, la verdad es que yo también me enferme, al escuchar tantas cosas. Una cosa es escuchar de terceras personas, pero escuchar tú de la persona que ha sido afectada en sí... Yo también salí con mi salud mental deteriorada. Realmente me deprimí. Y acá mismo, trabajando en emergencia uno se deprime. Viendo tanta gente que necesita no solamente el apoyo en salud, también económico, moral.

Mujer, 45 años, enfermera

Las relaciones interpersonales con los pacientes no son fáciles y muchas veces son un elemento más de estrés y cansancio para los profesionales de salud.

Mira lo que yo he visto acá es que la gente con el tiempo se vuelve dura. No sé si es la monotonía del trabajo, o es el mismo hecho de haber vivido ese momento que te vuelve duro. Supongo que les debe haber afectado. Los que tienen más tiempo son los que han vivido acá en la violencia.

Hombre, 31 años, tecnólogo médico

El personal emplea algunas, pocas, estrategias de autocuidado para disminuir el efecto de la exposición continua al sufrimiento y la necesidad, en un contexto en el que muchas veces el profesional de salud es poco lo que puede hacer. Las horas de descanso, la terapia individual o grupal son mecanismos con los que se busca evitar los efectos de la sobrecarga laboral. Pero esto suele ser inexistente o insuficiente y el personal tiene sensaciones de frustración, malestar y cansancio frente a su labor cotidiana.

Yo en forma constante voy al seguro⁷⁰ y también en forma particular. Yo trato de aprovechar. Este año que pasó hubo un psicólogo que estaba viniendo al establecimiento, yo trataba de aprovechar. Sí, porque sino todos vamos a volvernos... todos estamos enfermos.

Mujer, 48 años, enfermera

Existen iniciativas para trabajar con los propios profesionales de salud, a fin de que logren superar tanto los problemas laborales como las afectaciones en su salud mental; principalmente, considerando que éstas interfieren con un buen desempeño y dificultan mantener buenas relaciones interpersonales en el lugar de trabajo.

A todo el personal se le iba a tomar la escala para ver qué nivel de depresión. Porque, que seamos de salud no quiere decir que estemos sanos; realmente todos tenemos problemas en la casa y todos estamos pasando por n cosas, y a veces toda esa carga también la traes al trabajo y eso afecta el trato al usuario. Estábamos viendo eso. Ver el grado de depresión del personal del establecimiento. Comenzar por nosotros.

Mujer, 32 años, médica

La actitud poco comprometida de algunas autoridades desmotiva y frustra cuando uno se siente involucrado en la recuperación de la población afectada por la violencia. Al interior de la propia institución ello implica un esfuerzo el lograr la respuesta positiva de los tomadores de decisiones para el apoyo a las iniciativas y propuestas de trabajo en salud mental.

No se interesan por la incidencia, no quieren hacer trabajos así. Los políticos así pues, “figuretis”⁷¹. Y a mí esas cosas me indignan.

Mujer, 46 años, trabajadora social

Ante el poco apoyo de parte de las autoridades sectoriales y dadas la sobrecarga de trabajo y las condiciones limitadas para desempeñarlo, son pocas las expectativas de un cambio a nivel institucional.

⁷⁰ Se refiere al hospital del sistema de seguridad social.

⁷¹ Es una manera de referirse a personas que buscan figurar sin realmente merecerlo, que sólo buscan “salir en la foto”.

Nosotros necesitamos y muy poco se da la importancia, porque más nos están capacitando para “hacer”. ¿Y con nosotros?. Eso es lo que está faltando bastante. No se ha hecho. Sólo en algunos cursos que se tocó una pequeña terapia ¿no?. Nada más.

Mujer, 38 años, enfermera

La alternativa es, la mayoría de las veces, simplemente adaptarse a la situación, a pesar de las críticas y la conciencia de las dificultades y los errores en el sistema.

Tuve que adecuarme, no uniéndome a ellos definitivamente. Bueno, dejándolo pasar. Cuando yo podía siempre estaba increpando que no debía ser así. Pero, supongo que habré adquirido las habilidades dentro del sistema, ¿no?.

Hombre, 35 años, médico

El trabajo del personal de salud se enfrenta a condiciones difíciles, tanto en términos del acceso a recursos materiales y logísticos como debido a los conflictos internos que varias veces son difíciles de enfrentar y resolver. Adecuarse a la situación es una opción para muchos, pero en el proceso se afecta la salud, la motivación y el desempeño profesional.

6.6. Oportunidades y posibilidades para la acción futura

Ser servidor público y formar parte de una institución del Estado, conlleva la responsabilidad de continuar en la labor. Además, existe el compromiso personal con el lugar de origen.

El Estado somos nosotros. Nosotros somos la cara del Estado; el Estado nos paga para que nosotros vayamos a atender, y yo no puedo ser insensible con mi pueblo, con mi país. Este es el lugar que me vio nacer.

Hombre, 38 años, psicólogo

Los aprendizajes obtenidos en estos años y las capacidades desarrolladas, han permitido generar cambios importantes y establecer prioridades y estrategias de acción para la superación de las secuelas en la salud mental de la población afectada por la

violencia. Existen oportunidades y posibilidades que aprovechar para, partiendo de la motivación y habilidades existentes, generar propuestas con impacto y continuidad; fortaleciendo, principalmente el trabajo con grupos y comunidades.

La motivación y el compromiso personal: fundamentos para la continuidad

El trabajo con las personas que acuden a los servicios de salud, y la posibilidad de contribuir a la mejora en las condiciones de la salud mental y calidad de vida de la población afectada por la violencia, es un motivo de contento y de compromiso con el trabajo.

(Estoy) contentísima, porque me ha permitido conocer este tipo de características, este tipo de población y cómo trabajar. Yo no me había imaginado esto en la universidad. Una cuestión personal también que me gusta, y por eso también lo desarrollo.

Mujer, 37 años, médica

Trabajando precisamente con esas señoras, dicho sea de paso, fue una de las experiencias mas satisfactorias para mí. Me llenó, me alegró, me hizo sentir que mi trabajo era muy significativo.

Hombre, 38 años, psicólogo

Los logros que se observan en los procesos de algunos de los pacientes y grupos con los que se ha intervenido son un aliciente y una satisfacción que motiva a continuar con la tarea.

Te sientes gustosa de que se vayan agradecidos. Y que a veces vengan y solamente te busquen para conversar. Porque a veces vienen, sacan su historia y todo y solamente te cuentan cómo han pasado el día o cómo están. Tú los ves y ellos se van más tranquilos. Y eso te reconforta, ¿no?

Mujer, 32 años, médica

Las temáticas de la recuperación post conflicto, la salud mental y la salud mental comunitaria, resultan desafiantes y novedosas; y trabajar directamente con la población

en un contexto como el ayacuchano es muy enriquecedor también en términos profesionales.

Me he dado cuenta que he aprendido mucho en Ayacucho. Y las patologías que se encuentran acá sobrepasan la literatura, es increíble.

Hombre, 35 años, psicólogo

El contacto con la población afectada por la violencia deja huellas, aprendizajes y motiva cambios a nivel personal. Entre ellos promueve la empatía y la comprensión del otro, más allá de los propios parámetros y visiones, y permite hacerse conciente de las propias limitaciones personales y los efectos de la violencia vivida en uno mismo.

Acá aprendes que la gente necesita ser escuchada. Hay cosas que te chocan, te afectan. Después aprendes un poquito a vivir con eso, a escucharlos a entenderlos. Pero a veces como que tratas de ponerte un poquito duro, porque escuchar tantas cosas te afecta también.

Hombre, 31 años, tecnólogo médico

El apoyo en la recuperación de la salud mental de los otros, es también una manera de favorecer la propia salud mental. Por ello la intervención es relevante e importante, a pesar de lo difícil que resulta por momentos la atención a una población que presenta características peculiares.

A mí me agradó bastante (trabajar en salud mental), porque a mí me ha ayudado en primer lugar, a mí me ha ayudado.

Mujer, 38 años, enfermera

Los proyectos de salud mental comunitaria llevados a cabo en años anteriores han sido una oportunidad para comprobar que el personal de salud es capaz de llevar adelante procesos en favor de la salud mental de las personas y comunidades afectadas por la violencia política, logrando efectos beneficiosos y el reconocimiento por el trabajo.

Yo hice un proyecto de adulto mayor; muy bonito, que ya me lo están pidiendo en el Ministerio de Salud para llevarlo a cabo. Bueno, me paran invitando para exponerlo. Lo hice con AMARES, muy, muy, muy bonito.

Hombre, 35 años, médico

La motivación por continuar con este tipo de acciones existe, pero son evidentes y contundentes las limitaciones y las dificultades para continuar.

¿Qué perspectivas en el futuro? Que hemos empezado a caminar, que el camino es todavía muy largo, que vamos a tener muchos altibajos en el camino, muchos reveses y sin embargo yo pienso que con perseverancia, motivación, entusiasmo y compromiso profesional podemos mejorar la salud mental de toda la región.

Hombre, 38 años, psicólogo

A veces me siento impotente porque sola no puedo. Yo tengo ganas de hacer, trabajar todo, pero me siento impotente.

Mujer, 52 años, enfermera

Hay mucha voluntad por continuar trabajando por la superación de las secuelas de la violencia en la salud mental; y aunque la voluntad no es suficiente, es sobre ella que se sostiene lo logrado hasta el momento.

Las propuestas de acción: avanzar desde lo andado

Los efectos observados en la salud mental de la población y los aprendizajes de las intervenciones desarrolladas, posibilitan establecer cuáles serían los temas, la población y las estrategias más adecuadas para el trabajo en la superación de las secuelas en la salud mental de la población afectada por la violencia política.

En primer lugar, es evidente la subsistencia de problemas a nivel personal. Cuadros depresivos o ansiosos son prioritarios de atenderse, así como las dificultades de afronte y superación de situaciones estresantes y los problemas en las relaciones interpersonales. Estos problemas pueden aliviarse a través de sesiones de consejería psicológica.

El duelo incompleto genera secuelas importantes a nivel personal y familiar, por lo que se considera que deben atenderse a través de acciones concretas de esclarecimiento de lo sucedido con los familiares desaparecidos.

Si le damos sus restos o su ropita, lo que sea que quede de sus muertos, yo estoy seguro que cerraran sus heridas y seguirán adelante.

Hombre, 38 años, psicólogo

El enfoque de resiliencia y la generación de mecanismos de afronte contribuirían a una mejor atención a la población, dada sus características, su historia y los retos que enfrentan día a día en contextos adversos. Se señala como necesario también explorar otros temas relacionados con la salud mental que están siendo dejados de lado.

Por otro lado, es importante considerar lo planteado por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación acerca de las secuelas en la salud mental, y en ese sentido apuntalar una intervención desde un modelo comunitario, sustentada en el autodiagnóstico que hagan las comunidades acerca de sus problemas prioritarios.

Yo creo que la salud mental comunitaria es muy importante, porque tú puedes llegar directamente a la población. Puedes recoger directamente las vivencias de la población. En la clínica tú esperas que venga acá una persona y es difícil, la gente no viene acá a un psicólogo.

Mujer, 45 años, enfermera

Es necesario enfatizar acciones de prevención y promoción de la salud mental, comprendiéndola en su integralidad, y asumiendo la necesidad de un abordaje interdisciplinario; así como involucrar a todos los actores de la comunidad en propuestas de trabajo concertado, que puedan también afianzarse a través de convenios de colaboración.

La salud mental no es exclusiva de salud. Puede intervenir cualquier sector que dé trabajo, que dé ocupación, que promueva el desarrollo social. Eso es necesario. Y si nosotros como Estado vamos a poder proveer eso, vamos a propiciar el desarrollo social.

Hombre, 38 años, psicólogo

Dotar de información a las personas, en temas importantes para el cuidado y recuperación de la salud mental, tendría que ser componente importante de las intervenciones que buscan generar cambios en los hábitos y las actitudes.

Si nosotros queremos cambiarle la mentalidad a alguien (la manera) es bombardearlo todos los días de información, “no debes hacer esto, haz esto, haz esto, haz esto”, hasta que lo haga suyo (...) bombardearles de información a cada rato, pero de diferentes maneras, con adecuación.

Hombre, 35 años, médico

La mirada comunitaria implica una aproximación prioritaria a la calidad de las relaciones interpersonales y a las habilidades para interactuar con otros de manera productiva y saludable. Pero esta mirada de la salud mental aún no está instalada en muchos profesionales; éste es un tema pendiente de trabajar con los especialistas en salud mental.

Yo he hablado con muchos psicólogos acá, con psiquiatras. Me comentan un poco, yo les pregunto de la salud mental comunitaria, me dicen que sí, que han escuchado, pero siguen pensando en consultorio, siguen pensando en amitriptilina, siguen pensando en seguimiento al paciente. Tranquilamente todo el tiempo que abocan a eso lo podrían aplicar a una comunidad entera y ahí estarían sacando del cuadro de depresión, ansiedad a muchas personas, tratándolos en grupo con actividades de salud mental comunitaria. No saben la maravilla de resultados que tenemos.

Hombre, 35 años, médico

Es importante enfatizar el trabajo a nivel grupal, con padres y madres y maestros fundamentalmente, en tanto éstos son los cuidadores y formadores de las futuras generaciones, que están siendo igualmente afectadas por las condiciones de salud mental de sus familias y comunidades.

Lo que se quiere hacer es eso: tratar de por lo menos proteger a los niños y hablar un poco más con las mamás. En la medida en que se puede creo que (el sector) salud debe hacer eso.

Hombre, 38 años, psicólogo

Los niños y jóvenes constituyen una población importante por atender a través de actividades lúdicas, apropiadas a su edad y a sus intereses, en los que puedan abordarse los temas de salud mental de manera vivencial.

Con los jóvenes se puede trabajar de repente proveyéndoles actividades deportivas, recreativas, formando de repente grupos, clubes, asociaciones. Eso los motiva a ellos a pesar de la precariedad donde viven esas comunidades alejadas. Convocarlos a un campeonato deportivo (...) vienen entusiastas. Entonces ese entusiasmo hay que aprovecharlo. Y cuando vienen ir inculcando...

Hombre, 38 años, psicólogo

En este marco es importante favorecer la generación de espacios de intercambio y ayuda mutua, a partir de las propias miradas, emociones y recursos de los participantes.

Sesiones de autoayuda, son muy importantes, la gente se apoya unos a otros. Yo creo que de alguna manera hace que solucionen sus problemas. Al menos ser escuchado, que uno te escuche hace que tú te sientas bien. Simplemente al darle un abrazo o escucharle a una persona, esa persona disminuye su tristeza, su depresión.

Mujer, 45 años, enfermera

La relevancia de lo grupal radica también en la pertinencia de esta estrategia considerando las prácticas de interacción cotidianas.

Nosotros siempre estamos acostumbrados vivir en grupo ¿no? Y cuando morimos nos despiden en grupo. Somos una sociedad, somos un grupo, e igual que nos traten en grupo porque a veces, muchas veces, es el grupo que nos hace daño también ¿no? y no nos damos cuenta.

Hombre, 35 años, médico

Se ha visto que fundamental abordar la problemática de las secuelas en el propio personal de salud. Cuidar y promover su salud mental redundará en una mejor atención y evitará agudizar el sufrimiento emocional por el que un sector de esta población aún atraviesa.

Se está priorizado que todas las microrredes y las redes deben tener también algún proyecto de mejora con el trabajo con el usuario, con prestadores de salud. Estamos identificando los problemas a través del árbol de problematización. Hay varios problemas pero dar prioridad uno o dos y ver frente a eso qué hacer.

Mujer, 52 años, enfermera

Estábamos viendo implementar primero con ellos (el personal). Ver el grado de depresión en ellos, porque es importante que el personal de salud tenga también cierto equilibrio emotivo al momento de tratar con los pacientes.

Mujer, 32 años, médica

Al igual que los estudios e investigaciones, el intercambio entre profesionales de la salud mental a partir de sus vivencias y conocimientos son mecanismos que tendrían que aprovecharse más, en tanto ya existen experiencias concretas con resultados que pueden compartirse y convertirse en elementos de análisis y aprendizaje.

Aquí se hace mucho trabajo en salud mental. Más bien yo creo que de acá deberíamos mandar a personas a capacitar a otros lugares; porque hay muchas personas muy comprometidas y conocedoras del tema (...) es muy necesario sistematizar toda la experiencia de los demás colegas que están trabajando a nivel de toda la región, que es importante para hacer un análisis sobre lo que esta pasando realmente en el terreno.

Hombre, 38 años, psicólogo

El trabajo en red es una estrategia que puede favorecer la capitalización de estas vivencias y saberes existentes.

Considero que es necesario que existan redes de profesionales, de psicólogos y psiquiatras que podamos tener espacios para compartir experiencias porque no los hay.

Hombre, 35 años, psicólogo

Finalmente se demanda el apoyo del nivel de decisión en el sector, principalmente en el área presupuestal y de recursos humanos -en su incremento y capacitación- que permita sostener y fortalecer lo avanzado.

Ese tema de presupuestos y recursos es lo que limita mucho (...) Yo trabajo hasta con alumnas y creo que es un tema de competencia del gobierno. Sí, hay que hacer algo porque presupuesto falta; ahí el tema es priorizar y poner recurso humano pienso yo.

Mujer, 37 años, médica

No todo el personal está capacitado en salud mental. Entonces ahora tenemos que empezar a capacitar al personal, para que puedan trabajar en lo que es salud mental más que nada en la zona rural.

Mujer, 52 años, enfermera

El personal de salud ha incrementado sus capacidades para prestar una atención en salud mental con una mirada integral e incorporando lo comunitario, ello es un punto de partida y una oportunidad para el sector. Se conoce a la población y a las estrategias más apropiadas para atenderla, pero se requiere de cambios a nivel institucional para que las propuestas sean ejecutadas con éxito.

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación se analizan, en primer lugar, los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas. Para ello, se organiza la discusión en tres ejes que guardan relación con los componentes que la Teoría de las Representaciones Sociales señala como propios de este sistema de conocimiento, y que han aparecido de manera transversal en el discurso de los entrevistados: a) las ideas, imágenes y emociones asociadas a la población afectada por la violencia y su salud mental, b) las ideas, imágenes y emociones relacionadas con la atención que presta el personal de salud a esta población, para la recuperación de su salud mental y c) las actitudes del personal de salud hacia la población afectada por la violencia política.

Es importante señalar que no se ha buscado únicamente aplicar una teoría a una realidad concreta, sino comprender ésta desde los propios actores de la realidad. En concordancia con lo anterior, se ha partido de la consideración de que las representaciones sociales respecto del objeto de interés de esta investigación no son sólo imágenes y emociones *sobre* un objeto específico, sino también *desde* sujetos en particular, es decir, se articulan desde ciertos lugares. También es importante tener en cuenta que estas construcciones sociales sostienen prácticas tanto de reproducción como de transformación social y cultural. Así, las representaciones sociales contienen y proyectan tanto prácticas colectivas conservadoras, que promueven la dominación, como procesos alternativos, que favorecen la autodeterminación; ambos coexistiendo en aparente contradicción. Y lo anterior en un contexto en el que el objeto de la representación social, es sujeto al mismo tiempo-y viceversa-; es un actor, que es también observador, es lugar de la representación tanto como de la acción y el cambio potencial.

Allí es donde el modelo de la salud mental comunitaria dialoga con el discurso colectivo y la representación social acerca de la violencia política y sus secuelas. Lo anterior en tanto el modelo de salud mental comunitaria considera al sujeto como el medio y el fin de la transformación social; lo propone y promueve como un actor llamado a tomar control sobre su propio cambio y el de su entorno, a partir de la potenciación de sus

capacidades y el cuestionamiento a las condiciones que lo limitan. Es por ello que, finalmente, se presentan algunas conclusiones de cara a plantear una propuesta orientada a fortalecer las iniciativas institucionales en favor de la recuperación de la salud mental en el marco del modelo de salud mental comunitaria.

7.1 Ideas, imágenes y emociones asociadas a la salud mental de la población afectada por la violencia

El conocimiento del sentido común del personal de salud sobre las secuelas en la salud mental revela una representación social que permite acercarnos a la comprensión acerca de las personas y comunidades afectadas por la violencia y sus posibilidades de recuperación. Una primera evidencia es que la salud mental es representada básicamente como un factor que incapacita para el desarrollo individual y colectivo. Ha sido objetivada en imágenes de dolor, sufrimiento intenso e interferencia permanente en los proyectos de vida individual, familiar y comunitaria.

Las creencias del personal de salud acerca de la población víctima de violencia y su salud mental se sustentan tanto en elementos del modelo clínico de la salud mental como de un modelo comunitario de la misma. Coexisten ideas e imágenes provenientes de ambas perspectivas; la representación organiza la información diversa y ésta llega a articularse de manera bastante coherente.

La representación social de las secuelas en la salud mental incluye tanto afectaciones en el plano individual como en las percepciones y acciones de las personas en su entorno social. De igual manera incluye la existencia, en las víctimas de la violencia, de emociones y actitudes individuales y colectivas que impactan negativamente en el surgimiento y mantenimiento de sus redes sociales de apoyo. En la representación social del personal de salud la violencia afectó a las personas en sus emociones y conductas, y a través de ellas se alteró el funcionamiento familiar y colectivo.

El personal de salud construye y comparte conocimientos acerca de las secuelas de mayor incidencia, sus manifestaciones y efectos en el desarrollo individual, familiar y comunitario; combina referencias a patologías mentales y a problemas psicosociales provocados por las emociones y prácticas instaladas durante el conflicto armado. Desde

un punto de vista cercano al modelo de la salud mental comunitaria comprende que la violencia ha tenido un impacto negativo en las relaciones interpersonales, lo cual hace más difícil el surgimiento de acciones colectivas de recuperación y de desarrollo en el contexto post conflicto.

La afectación individual y la subsistencia de las secuelas de la violencia son barreras que impiden establecer relaciones interpersonales y comunitarias de calidad, en tanto la desconfianza y la violencia se han instalado en las relaciones entre las personas. Estos son los efectos de la violencia que ocupan un lugar central en la representación, mientras que las patologías mentales y los trastornos clínicos se colocan en una posición periférica.

Para el personal de salud no es difícil referirse a la población afectada por la violencia y describirla a través de su salud mental. Se han construido imágenes muy detalladas e intensas del sufrimiento constante y de las condiciones precarias en las que las víctimas de la violencia viven el día a día. Para el personal de salud, prácticamente cada aspecto de la vida cotidiana de las familias está interferido por el hecho de haber sido tocados, directa o indirectamente por el conflicto armado. Junto con el nivel masivo e intenso de afectación que evidencian, la población no es aún suficientemente consciente de la situación de su propia salud mental. Se tiene la imagen de un conjunto de personas que enfrentan serias dificultades a las cuáles aún no saben bien cómo nombrar y mucho menos cómo enfrentar.

Así, las personas afectadas por la violencia son catalogadas como víctimas; y esta imagen está fuertemente asociada a características como la incapacidad de actuar positiva y eficazmente, la pasividad y la dependencia de apoyo externo. La posición de desventaja en la cual el personal de salud coloca, en general, a la población afectada se agudiza por el hecho de que se les ubica en un escenario de carencias de todo tipo, de abandono y marginación. Así, las representaciones que el personal de salud comparte acerca de la población afectada por la violencia y su salud mental se han construido a partir de las imágenes de la exclusión (la pobreza, el analfabetismo y la precariedad). Desde esta comprensión, la pobreza ha tenido también efectos, inclusive desde antes del conflicto armado, que hoy complican la situación de la calidad de vida y la salud en general. De este contexto negativo provienen entonces las múltiples dificultades

asociadas a la organización comunitaria y al surgimiento de iniciativas locales de recuperación.

Las secuelas en la salud mental de la población afectada por la violencia son una necesidad prioritaria, que está siendo abordada aún de manera insuficiente. La urgencia de actuar sobre ella se sustenta en la idea de contagio de las secuelas de una generación a otra. Para el personal de salud es necesario cortar con esta tendencia que llevaría a la transmisión de trastornos psicosociales y emocionales sin freno, de abuelos a padres y madres, y de éstos a sus hijos e hijas.

Victimización, urgencia y contagio son conceptos centrales en la representación social de las secuelas en la salud mental de la población afectada por la violencia. Ellos nos plantean un panorama sombrío y pesimista, de primera impresión. Sin embargo, aparecen también en el discurso, aunque de manera periférica, relatos acerca de experiencias cercanas que han puesto en contacto al personal de salud con acciones colectivas positivas, basadas en costumbres y valores comunitarios, que se sostienen a pesar del conflicto y del tiempo. De manera periférica se identifican también procesos autónomos de recuperación psicoemocional, orientados a la superación de los efectos de la violencia y a ir cerrando las heridas. Aún así, la evidencia no pesa lo suficiente como para desechar la idea de que las posibilidades de recuperación requieren de apoyo externo.

Frente a un panorama de múltiples carencias y necesidades el personal de salud experimenta con intensidad sentimientos de frustración e impotencia, al considerar los enormes retos que implica la superación de los efectos de la violencia; así como la complejidad de un trabajo en salud mental que requiere de una intervención integral, que vaya más allá del consultorio y articule actores diversos. La experiencia adquirida en el trabajo con la población les ha demostrado con contundencia que la realidad exige más de lo que pueden dar los conocimientos, manuales y protocolos de atención clínica.

La representación social de las secuelas en la salud mental se asocia también a sensaciones de cansancio físico y agotamiento emocional debidos a la carga laboral y al sufrimiento compartido empáticamente, así como a la auto identificación del personal de salud como víctima de la violencia y al reconocimiento en sí mismos de secuelas en su

salud mental. Ver en ellos mismos las heridas y efectos de la violencia construye una representación social acerca de un objeto que los incluye; es una representación acerca de otros, que terminan siendo muchas veces ellos mismos. Lo anterior implica entonces una mayor carga emocional, asociada a sus propias vivencias de salud mental, a las posibilidades de su superación y a su propio rol como operadores de salud, requiriendo y demandando ellos mismos atención a sus propias dificultades y sufrimientos.

En resumen, de manera central la representación social de la salud mental de la población afectada por la violencia describe una realidad compleja y difícil de abordar, pero muy presente y evidente en cada aspecto de la vida y del desarrollo individual y colectivo. La afectación a nivel individual, la desconfianza y violencia son las principales secuelas que tiñen las relaciones interpersonales y el funcionamiento comunitario, a lo que no se sustraen tampoco los propios trabajadores de salud. Así, las secuelas en la salud mental se convierten en barreras para el desarrollo y la acción comunitaria, así como para una posibilidad de apoyo efectivo por parte de los profesionales de salud. Estas barreras, posibles de superarse con intervenciones de ciertas características, requieren de agentes externos que intervengan en la comunidad y en la institución, y la orienten en el camino de recuperar la salud mental.

7.2 Ideas, imágenes y emociones asociadas a la atención de las secuelas en la salud mental

La necesidad de atención de la población afectada por la violencia es evidente para el personal de salud. Esta evidencia, junto con las demandas y solicitudes de apoyo que reciben de la población, sustentan y justifican la intervención en salud mental. Las experiencias de intervención con proyectos de salud mental comunitaria de años anteriores se consideran exitosas, por lo que el personal de salud siente que cuenta con capacidades para diseñar estrategias adecuadas a las necesidades de la población. Lo anterior se refuerza por las muestras de agradecimiento y los pedidos de continuar el trabajo que han recibido de las personas y comunidades atendidas.

A pesar de ello, el personal del MINSA transmite la sensación de que lo bueno del pasado se está perdiendo en el presente, en tanto desde su labor institucional,

actualmente responde a las necesidades de salud mental con un éxito relativo. Su intervención con población afectada enfrenta dificultades y limitaciones principalmente de recursos, financiamiento y respaldo institucional, frente a las cuáles en ciertos casos desarrolla estrategias alternativas a fin de atender a la demanda. Se recuerda que en el pasado el personal de salud ha requerido de apoyo externo para que su intervención se vea fortalecida y sea exitosa. Este tipo de apoyo se recibe de buen agrado y se demanda, pues permite suplir aquello que, consideran, no les otorga suficientemente el MINSA en términos tanto de asistencia técnica como de recursos materiales.

Aunque su representación como operadores de salud está sustentada en la experiencia, la capacidad y la motivación que reconocen en sí mismos y en muchos de sus compañeros, tienen la sensación no tener el suficiente control sobre las decisiones institucionales respecto del apoyo a propuestas concretas de trabajo en salud mental, apropiadas al contexto post conflicto. Por otro lado, en concordancia con las imágenes compartidas sobre la población víctima de la violencia, para el personal de salud, la salud mental debe atenderse desde un modelo de intervención mixto, que combine el apoyo y acompañamiento externo constante con el fortalecimiento paulatino de las capacidades individuales y colectivas para la recuperación y el desarrollo. Sin embargo, este segundo elemento se ve como sumamente lejano, dado el profundo grado de afectación percibido en la población.

Se plantea que el primer paso de la intervención en salud mental es sensibilizar a la población, es decir ayudarla y capacitarla para que sea consiente - en tanto la mayoría aún no lo es- de sus problemas psico-emocionales y de las causas de los mismos. De esta manera, el personal de salud percibe que logra que la población entienda que enfrenta dificultades en su salud mental como consecuencia de la violencia política; logra también que ésta se involucre en las propuestas de recuperación promovidas por ellos u otros actores externos. Es decir, el primer paso para la recuperación es que la gente le ponga la etiqueta de “secuela en su salud mental” a los problemas emocionales y de relación que los aquejan.

Para el personal de salud tanto el logro de un nivel mayor de salud mental como de organización comunitaria son elementos centrales en su visión de desarrollo y de mejor calidad de vida para la población. Desde esta perspectiva son – y deben ser- los

objetivos finales de las intervenciones llevadas a cabo desde la institución en el ámbito comunitario. Tanto la salud mental como la organización son conceptos y modelos que el personal de salud utiliza para clasificar y organizar su intervención y relacionarse con las comunidades. Además, éstos son comprendidos tomando como referencia su propio accionar como profesionales y operadores institucionales.

Así, para el caso de la organización comunitaria, ésta existirá en tanto evidencie una adhesión de la población a las convocatorias y propuestas institucionales. Por su parte, la salud mental se sustenta en la lógica de que la comunidad avanzará hacia su desarrollo en la medida en que se destierren relaciones violentas, conductas de riesgo y trastornos psicosociales, identificados por el personal de salud. Al igual que para el caso de la organización comunitaria, el desarrollo comunitario se logra a partir del acceso a servicios y programas ofrecidos por el Estado y las ONGs.

Se considera que sin organización y sin salud mental no es posible hablar de superar las secuelas, ni pensar en el desarrollo de las comunidades afectadas. De ahí que el personal de salud se asigne un importante rol en este proceso, principalmente en la atención a los sectores que identifican como más vulnerables, más desvalidos, más victimizados. En tanto el logro de la salud mental requiere de entidades externas que atiendan efectivamente las necesidades de la población afectada - que no es siempre el caso del MINSA ni de las ONGs- en la representación del personal de salud, sin un cambio en las características del apoyo externo, las secuelas de la salud mental continuarán siendo un escollo difícilmente superable.

Para el personal de salud, el tratamiento más apropiado para la población afectada por la violencia es la expresión y el relato de lo vivido, ya sea de manera individual o grupal, así como la capacitación a través de talleres y el establecimiento de grupos de ayuda mutua. Se reconocen algunos casos de liderazgo y organización comunitaria importantes, así como algunas tradiciones culturales que vienen siendo rescatadas y revalorizadas, y que contribuyen también al restablecimiento de las redes sociales y la identidad comunitarias. Pero aún en estos casos se considera que estas iniciativas de recuperación deben ser promovidas por agentes externos, lo que está muy en concordancia con la imagen de incapacidad y vulnerabilidad que se tiene de la población.

A pesar del contexto difícil, graficado por el personal de salud, la representación de la acción actual y futura en favor de la recuperación de la salud mental se acompaña de emociones de optimismo y de satisfacción por lo avanzado, así como de preocupación por responder adecuadamente a la demanda creciente en salud mental. Existe una sensación de capacidad y conocimiento existente acerca del manejo de estrategias apropiadas, junto con la expectativa que esa motivación por el trabajo sea respaldada por el nivel de decisión del MINSA.

El balance que hace el personal de salud de los logros obtenidos, a pesar de las carencias, le hace mantener la intención de desempeñar una acción eficaz en favor de la población afectada por la violencia. Se tienen ideas y propuestas para continuar con el trabajo iniciado en años anteriores, y además existe la sensación de estar en condiciones de hacerlo debido a la capacitación y experiencia adquiridas. Sin embargo, el empoderamiento de este colectivo está aún en proceso, en tanto, si bien vislumbran posibilidades de éxito, éstas están bastante condicionadas a acciones y decisiones que escapan a su control. Al nivel central del MINSA se le demanda más respaldo a las iniciativas de atención en salud mental y salud mental comunitaria, en concordancia con una representación social que asume una población victimizada y una acción estatal de importancia preponderante para la superación de las secuelas.

7.3 Actitudes del personal de salud hacia la población afectada por la violencia

La representación social del personal de salud articula actitudes ambivalentes hacia la población afectada por la violencia. En primer lugar, la predisposición a actuar frente a la población de manera positiva o negativa se ha construido a partir de experiencias anteriores de contacto, como lo son las relaciones cotidianas y de vecindad, así como aquellas generadas en el espacio de consulta. En este contexto intervienen además otros factores asociados con la dinámica médico-paciente en el medio rural, como lo son los hábitos y prácticas culturalmente diversas de salud, alimentación e higiene, el desconocimiento y la desconfianza en relación con la medicina occidental, así como las creencias y tradiciones culturales. Influyen también en la conformación de la actitud los sentimientos de empatía y lástima que generan quienes aún sufren los efectos de la violencia, así como la auto-identificación del personal de salud como víctima.

Aunque generalmente se tiene una evaluación negativa de las personas que expresan críticas a la labor del personal de salud o que tienen algunas reacciones violentas, exigentes e intolerantes, se las comprende como efectos de la violencia vivida. Por ello, pese a esta conducta considerada reprobable, se mantiene la motivación y el compromiso con el trabajo; aunque la sensación de desagrado puede afectar negativamente la calidad de atención que se les presta. La actitud negativa que provoca este tipo de relaciones conflictivas con los pacientes, refuerza y retroalimenta creencias relacionadas con la dificultad de involucrar a las víctimas de la violencia en propuestas sostenibles, que redunden en la recuperación de su salud mental.

Por otra parte, la tendencia a tener una predisposición emocional positiva hacia la población afectada por la violencia se sustenta en las buenas experiencias tenidas en contactos anteriores, aunque también en la percepción acerca de la necesidad de atención que tiene este tipo de población. El impulso emocional por actuar a favor de los afectados por la violencia es reforzado tanto por las expresiones de agradecimiento que el personal de salud recibe de las personas a las que presta servicio, como por los avances que perciben en la recuperación emocional de sus pacientes y en la existencia de algunas iniciativas en curso por mejorar la calidad de vida y la salud mental.

Esta actitud positiva hacia las personas afectadas por la violencia es la que impulsa al personal de salud a plantear nuevas propuestas de intervención, a sugerir cambios y mejoras y a señalar críticas ante las omisiones de las autoridades locales y del MINSA en la atención a las secuelas de la violencia. A su vez, las respuestas de aceptación de la población frente a las iniciativas y proyectos promovidos desde los establecimientos de salud, fortalecen e incrementan emociones positivas y sensaciones de bienestar y satisfacción con el trabajo.

Pese a tener una actitud básicamente favorable y positiva hacia la población afectada por la violencia, el cansancio generado por las condiciones de trabajo, los conflictos laborales y las limitaciones para llevar a cabo intervenciones comunitarias se convierten en motivo de frustración y de posturas pasivas o pesimistas. Debido a ello, la propia fuente de motivación: el trabajo con población afectada por la violencia, puede convertirse en una fuente de rechazo; en tanto lo realista significa limitarse a lo que se

pueda, en lugar de hacer lo que se sabe que se debe hacer para dar una atención integral y de calidad.

Un elemento que contribuye a la configuración de esta ambigüedad en las respuestas emocionales ante la población afectada por la violencia, es el hecho de ser el propio personal de salud, en muchos casos, ellos mismos concientes de llevar las secuelas de la violencia vivida. Además de la propia experiencia con la violencia, en general, el contenido negativo o positivo de la actitud y la tendencia a actuar con rechazo o aceptación hacia esta población se refuerzan por las propias reacciones de los pacientes, sus demandas consideradas ya sea excesivas e intolerantes o justas y comprensibles, así como por las condiciones laborales y el trato percibido por parte de la institución a sus trabajadores. Es decir, la satisfacción laboral aparece como un elemento que se engarza con la experiencia emocional que genera el contacto cotidiano con la población.

Comprender la actitud del personal de salud frente a la población afectada por la violencia, requiere considerar a los profesionales de salud en términos, tanto de su relación con la población afectada por la violencia, como con la propia institución de la cual son miembros. Es este interjuego el que define la vivencia emocional que forma parte la representación social que el personal de salud construye acerca de la población afectada por la violencia y de las secuelas en su salud mental.

Contenido central y periférico de las representaciones sociales del personal de salud

Contenido central
<ul style="list-style-type: none">○ Secuelas como realidad compleja: afectación individual, interpersonal y comunitaria.○ Destrucción de redes sociales de apoyo y precarización de la calidad de vida.○ Transmisión intergeneracional de los efectos de la violencia.○ Urgencia de la atención a las secuelas.○ Necesidad de sensibilizar a la población sobre su salud mental.○ Personal también afectado.○ Secuelas como barreras para el desarrollo.○ Población víctima, con limitadas capacidades; requiere de apoyo externo.○ Satisfacción por lo logrado; sentimientos de impotencia, frustración, cansancio en el día a día y optimismo y expectativa por el trabajo futuro.○ Tendencia a actuar favorablemente en pro de la recuperación de la salud mental.○ Relevancia de la acción institucional de atención a población afectada.○ Logros en experiencias anteriores.○ Demanda actual no del todo satisfecha por limitaciones a nivel institucional.○ Necesidad de apoyo externo para dar una atención apropiada.○ Organización y salud mental: claves en la intervención comunitaria.○ Problemas psicosociales y estrategias exitosas identificadas por el personal.○ Motivación y conciencia de capacidades para el trabajo.
Contenido periférico
<ul style="list-style-type: none">○ Trastornos y patologías mentales.○ Iniciativas comunitarias de recuperación.○ Tradiciones y valores culturales persistentes.○ Desagrado y rechazo ante comportamiento demandante e intolerante de la población.○ Algunas experiencias autónomas de recuperación; liderazgo y organización en pro de la salud mental y mejor calidad de vida.○ Pertinencia de un modelo diferente de atención (integral, comunitario).○ Visión pesimista frente a posibilidades de mejora de la situación (en MINSA y la población).○ Trabajo exitoso y aportes de algunas ONGs.○ Importancia del trabajo con escuelas, autoridades y otros actores.○ Preocupación por situación actual y futura en el MINSA y la población.○ Experiencia de trabajo con población afectada enriquece personal y profesionalmente.

7.4 Conclusiones: Hacia una intervención comunitaria en salud mental post conflicto

El énfasis puesto en la afectación individual e interpersonal y su impacto en lo social y colectivo es fundamental para la comprensión de la importancia de lo comunitario, tanto en el deterioro de la salud mental como en su recuperación. Resulta interesante que la representación del personal de salud articule estas diversas dimensiones, sin dejar de mirar siempre a la persona como el lugar del daño y de la secuela. Desde esta perspectiva, la recuperación se sustenta en el individuo, en sus dimensiones individual y colectiva, lo cual es un elemento fundamental para el diseño de una intervención que considere la integralidad y complejidad de la salud mental y de las posibilidades para su recuperación.

La representación social del personal de salud respecto de las secuelas en la salud mental señala aspectos relacionados con el análisis de vulnerabilidades, el énfasis en lo relacional y la necesidad de un abordaje multidisciplinario e intersectorial, todos ellos coherentes con el modelo comunitario de la salud mental y además componentes de los debates actuales en torno al tema. Sin embargo, en tanto la imagen de la población como víctima tiñe la representación en todas sus dimensiones la aleja del punto neurálgico de toda consideración desde el modelo comunitario: el énfasis en las capacidades y recursos de la población como punto de partida para los procesos de recuperación y transformación de situaciones adversas.

El contenido cargado de ideas en torno al intenso daño ejercido contra la salud mental de la población, configura una imagen de ésta que lleva al personal de salud a tomar posiciones de sobreprotección, subestimando las capacidades de las personas y comunidades afectadas para sobrellevar y superar sus secuelas. Lo anterior implica un riesgo para el establecimiento de una relación, entre el personal y la población a la que atienden, que contribuya a mejorar su situación y no incremente la dependencia y la sensación de minusvalía.

En este mismo sentido, el rol preponderante que la representación social del personal de salud le asigna al agente externo en la mejora de la salud mental, se aleja de la centralidad que le otorga el modelo comunitario a la autonomía y al empoderamiento de

la comunidad como objetivos finales de toda intervención. Lo anterior parece indicar que aún es necesario consolidar en el personal de salud una perspectiva más cercana a los principios de la salud mental comunitaria. Ello quiere decir, una propuesta más abierta y receptiva a las distintas miradas de la salud mental y a sus diversas comprensiones, requerimientos y priorizaciones, así como una intervención que se sustente en los recursos comunitarios. De igual manera, una perspectiva que considere las múltiples concepciones de organización, desarrollo, calidad de vida y todas aquellas que hoy fungen de orientadores de la labor asistencial, y forman parte de la visión del personal de salud sobre el bienestar de la población a la que atienden.

Por otro lado, el resultado de etiquetar a la población como “víctima” es un factor clave en la configuración de las conductas y actitudes del personal de salud hacia ésta. En la medida en que las críticas y demandas insistentes de la población se atribuyan a los efectos de la violencia, se estarán obviando otros factores de la dinámica interpersonal, que difícilmente son visibilizados con claridad y espíritu autocrítico. Por ello, incluir en el análisis de la situación una mirada reflexiva hacia el propio comportamiento posibilitaría al personal de salud un balance del propio desempeño sustentado más en una autoevaluación de sus propias destrezas y prácticas que en los elementos externos que las condicionarían.

Las relaciones de poder tradicionalmente establecidas entre la población y los profesionales, entre las comunidades rurales y la ciudad, la población quechua-hablante y aquellos que dominan el español, se reflejan en el hecho de que el personal de salud se ubique a sí mismo en una posición de superioridad frente a la población afectada, en tanto son ellos los que conocen cuáles son los problemas de salud mental de la población y cuáles las mejores estrategias para su atención. En el consultorio se replica la dinámica interpersonal e intergrupala que se da fuera de éste: la percepción de minusvalía del otro provoca sentimientos de lástima y deseos de ayudarlo, pero no en condiciones de igualdad, sino en una relación en la que uno sabe lo que es bueno para el otro.

Por otro lado, dado que el personal de salud se ve reflejado en la población a la que atiende, la autopercepción como víctima de la violencia tiene implicancias que valdría la pena evaluar, tanto en la atención actual a la población como en las acciones futuras de salud mental. Es importante hacer un balance acerca de en qué medida la afectación del

personal de salud puede agravarse como producto de las interacciones cotidianas con la población, y cómo se afectaría también la dinámica de las relaciones interpersonales. En ello podría encontrarse también el origen de las interferencias y desencuentros entre estos grupos; los que a su vez provocan o incrementan actitudes negativas y conductas que dificultan las interacciones en el contexto de la consulta. Al respecto, se debe considerar seriamente los postulados de la salud mental comunitaria acerca de la importancia de cuidar la salud mental de los profesionales que realizan labor asistencial. Ésta es una responsabilidad de la institución, que hasta el momento parece únicamente haber sido asumida por algunas ONGs, de manera esporádica e insuficiente.

Un aspecto que llama la atención es que al mismo tiempo que se perciben capaces de superar las carencias, limitaciones y falta de apoyo de su institución, e ingeniárselas para actuar en pro de la salud mental, en general, el personal de salud no se percibe igualmente capaz de superar los efectos de la violencia en sí mismos. Al igual que la población, el personal de salud demanda atención y apoyo externo para poder mejorar su salud mental y evitar conflictos en su trabajo y en su hogar. Así, la autoidentificación como víctimas de la violencia y la percepción del poco control sobre las decisiones institucionales son elementos a considerar en una propuesta de trabajo por la mejora de las condiciones y el fortalecimiento de las capacidades de quienes son los que asumen directamente la atención de la población afectada por la violencia.

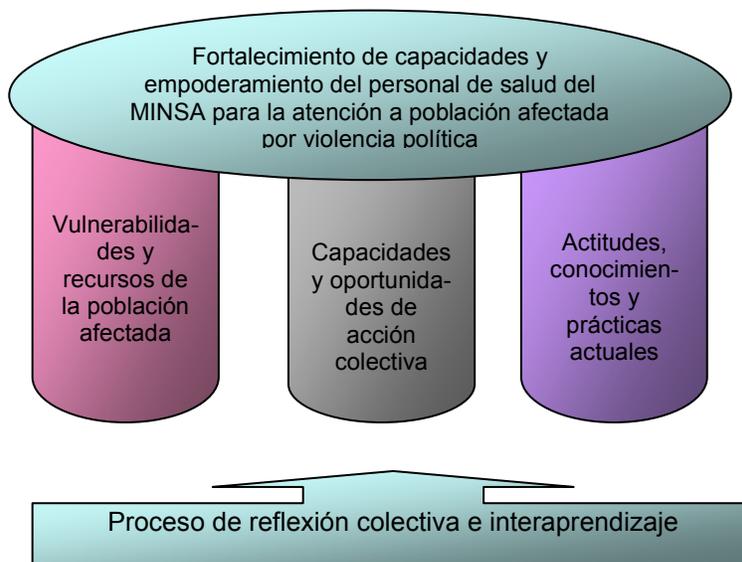
Sin embargo, y aunque lo anterior sea la generalidad, resulta interesante y una oportunidad por aprovechar la inclusión, en la representación social, de imágenes relacionadas con experiencias de acción colectiva e individual, tanto a nivel de la población como del personal de salud, en la búsqueda de mejorar sus condiciones de vida y salud mental, así como sus relaciones sociales y laborales. Estos recursos, reconocidos e incorporados en las representaciones del personal de salud, aunque ubicados periféricamente, son puntos de partida para el fortalecimiento de procesos de cambio basados en las capacidades de cada colectivo y que guarden mayor coherencia con el tipo de transformaciones que se aspiran a lograr.

Lo anterior se ve favorecido en tanto se trata de personal que por múltiples y diversas razones se siente comprometido y motivado y se considera capacitado para ejecutar acciones en pro de la salud mental de la población, responder a sus demandas y

ser parte importante de su recuperación. Sin embargo, estas buenas intenciones en algunos casos se frustran debido a las condiciones externas y a las propias dificultades del personal de salud. Así, las condiciones laborales, el poco apoyo y la débil voluntad política percibidos desde lo institucional y desde la propia población a través de sus autoridades, pueden hacer decaer la iniciativa y “calentar” más la institución, lo cuál redundaría en mayor abandono de la población afectada y peor trato a los usuarios de los establecimientos de salud. Si bien es una oportunidad el hecho de que las actitudes se orienten substancialmente de manera positiva hacia la población afectada, favoreciendo la motivación y la búsqueda por darles la mejor atención posible, es preciso considerar que las condiciones externas pueden tener un efecto negativo en ellas.

Como propuesta para el fortalecimiento de capacidades del personal de salud, desde el modelo comunitario de la salud mental, se plantea un proceso de empoderamiento orientado a incrementar el poder y control del personal sobre los factores internos y externos que se perciben como limitantes para una acción eficiente. Este proceso pondría énfasis en tres dimensiones fundamentales: a) la percepción del personal de salud sobre la población afectada por la violencia, sus recursos y potencialidades, debilidades y vulnerabilidades b) la autopercepción acerca de las capacidades y posibilidades como colectivo de promover transformaciones al interior de la institución y c) las actitudes, conocimientos y las prácticas actuales y su efecto en la recuperación de la salud mental de la población y la suya propia. Todo ello sin dejar de lado la identificación y tratamiento de casos que requieran de intervenciones específicas, que, también deben considerarse desde un abordaje que reconozca las articulaciones entre la persona y su entorno social y comunitario.

Dimensiones de una propuesta de intervención en fortalecimiento de capacidades del personal de salud



La reflexión sostenida y constructiva sobre estas tres dimensiones, a partir de la revisión y análisis crítico de las propias experiencias del personal de salud, es una estrategia importante en este proceso. Se requiere también trabajar en la profundización de las actitudes positivas y la consolidación de las creencias acerca de las capacidades, potencialidades y recursos de los colectivos involucrados en la búsqueda de la restitución de los derechos afectados por la violencia política, y agudizados por el abandono de la atención a sus secuelas a todo nivel. En este sentido, la propuesta de la salud mental comunitaria, ofrece sustento conceptual y metodológico útil para asegurar un servicio de calidad a la población afectada por la violencia a través de una acción institucional basada en los recursos, capacidades y motivación ya existentes en sus profesionales.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Abric, J. C. (2001). Prácticas sociales, representaciones sociales. En J. C. Abric (Comp.) *Prácticas sociales y representaciones*. México D.F.: Ediciones Coyoacán.

Alfonso, I. (2007). *La teoría de las representaciones sociales*. Centro de referencia para la educación avanzada (CREA). Instituto politécnico José Antonio Echeverría. Cuba. Disponible en www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml - 75k. (Consultado el 10 de abril del 2008).

AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en Una Región del Perú (2007). *Guía metodológica de capacitación en salud mental comunitaria*. Lima: AMARES.

AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en Una Región del Perú (2006). *II Encuentro macroregional de salud mental comunitaria*. (Manuscrito no publicado) Lima, noviembre 2006.

AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en Una Región del Perú & CNDDHH Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud Mental Comunitaria en el Perú. Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: AMARES.

AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en Una Región del Perú (2005). *Salud mental: tarea compartida*. Lima: AMARES.

AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Implementación en Una Región del Perú (2003). *Salud e interculturalidad. Estudio diagnóstico*. Lima: AMARES.

ANFASEP Asociación Nacional de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú (2007). *¿Hasta cuándo tu silencio? Testimonios de dolor y coraje*. Huamanga: ANFASEP.

APRODEH Asociación Pro Derechos Humanos (2003). *Plan integral de reparaciones del informe final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación. Versión resumida*. Lima: APRODEH.

Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Cuadernos de Ciencias Sociales 127. San José de Costa Rica: FLACSO.

Baca, N. (2006). Exigimos el derecho a la salud mental. *Kawsaq. Sembrando justicia*. 11, pp. 25-26.

Banchs, M.A (s.f). Representaciones sociales del género en el discurso político, el discurso práctico y el discurso académico. *Revista Akademos*, II, (1), 59-76. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/pmayobre>. (Consultado el 22 de junio del 2007)

Baró, I. M. (1984). Guerra y salud mental. *Estudios centroamericanos*, (429/430), 503-514.

Barriguet, A, Reartes, D., Venegas, R. M. & Moro, M. R. (2003). La salud mental en contextos interculturales. *Interpsiquis 2003. IV Congreso Virtual de Psiquiatría*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqsocial/10546/>. (Consultado el 1 de junio del 2008).

Berger, P. & Luckman, T. (1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Beristain, C. M. (2006, agosto). *Tendiendo puentes: la dimensión de la justicia en la cosmovisión de las víctimas. ¿Cómo evitar que la judicialización se convierta en una nueva forma de violación de derechos humanos?* Ponencia presentada en el Seminario Internacional Justicia y Reparación para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Contextos de Conflicto Armado Interno, Lima, Perú.

Beristain, C. M., Dona, G., Páez, D., Pérez-Sales, P. & Fernández, I. (2004). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.

Carli, A. (1992). Violencia organizada y efectos psicológicos en niños latinoamericanos: aproximación fenomenológica-comparativa. En H. Riquelme (Coord.) *Otras realidades, otras vías de acceso: Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad.

Castaña, B. (1998). El trabajo psicosocial: Reflejo de posiciones éticas y políticas. En: B. Castaña, L. Jaramillo y D. Summerfield. *Violencia política y trabajo psicosocial. Aportes al debate*. Bogotá: Corporación AVRE.

Castro de la Mata R. (1986). *Salud mental comunitaria y atención primaria en salud mental*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima: Instituto Nacional de Salud Mental.

Castellón, R. & Laplante, L. (2005). *Los afectados por el conflicto armado interno en el Perú. Exigiendo el derecho a la salud mental*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social-CEAS.

Cobo, R. (1995). *Fundamentos del patriarcado moderno*. Madrid: Ediciones Cátedra.

COMISEDH Comisión de Derechos Humanos (2001). *Memoria para los ausentes. Desaparecidos en el Perú (1982-1996)*. Lima: COMISEDH.

Crespo, E. (1995). *Introducción a la psicología social*. Madrid: Universitas.

CVR Comisión de la Verdad y la Reconciliación (2004). *Hatun Willakuy. Versión abreviada del informe final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación*. Lima: CVR.

CVR Comisión de la Verdad y la Reconciliación. Sede Sur Centro (2003). *Ayacucho: Personas en una guerra. Apuntes desde la salud mental*. (Manuscrito no publicado). Huamanga, Perú.

CVR Comisión de la Verdad y la Reconciliación (2003). *Informe final. Tomo IX*. Lima: CVR.

CVR-USAID Comisión de la Verdad y la Reconciliación (2002). *Rompiendo el silencio. Las voces de las mujeres en la búsqueda de la verdad*. Lima: CVR.

Davidson, A. & Thompson, E. (1980). Cross-cultural studies of attitudes and beliefs. En H. Triandis & R. Brislin (Eds). *Handbook of cross-cultural psychology. Vol 5*. (pp. 25-71) Boston: Allyn and Bacon, Inc.

Doise, W. (1991). Las relaciones entre grupos. En S. Moscovici (Ed.) *Psicología social* (pp. 308-332). Barcelona: Paidós.

De Rivera, J. (1992). Emotional climate: social structure and emotional dynamics. *International Review of Studies on Emotion, 2*, 197-218.

Farr, R. (1991). Las representaciones sociales. En S. Moscovici (Ed). *Psicología Social*. (pp. 495-506). Barcelona: Paidós.

Farr, R. (1984). Social representations: Their role in the design and execution of laboratory experiments. En R. Farr & S. Moscovici (Eds.) *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Garay, A., Iñiguez, L. & Martínez, L. M. (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Disponible en http://www.uces.edu.ar/publicaciones/pdf/revista_subjetividad/revista_subjetividad_2005_n7.pdf#page=108 (Consultado el 12 de febrero del 2008).

Gastrón, L., Vujosevich, J., Andrés, H., & Oddone, M. J. (200?). La vejez como objeto de las representaciones sociales. *Jornadas Gino Germani*. Buenos Aires: IIFC, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/gastron.rtf>. (Consultado el 21 de junio del 2007).

Gutiérrez, J. D. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública*, 10, (4), 211-219.

Herzlich, C. (1979). La representación social: sentido del concepto. En S. Moscovici (Comp.) *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Planeta.

IASC Comité Permanente entre Organismos (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. Ginebra: IASC.

Jodelet, D. (2003). *Conferencia de la Dra. Denise Jodelet*. Primeras jornadas sobre representaciones sociales. Buenos Aires: CBC-UBA. Disponible en <http://www.cbc.uba.ar/dat/sbe/repso.html>. (Consultado el 20 de junio del 2007).

Jodelet, D. (1991). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici. *Psicología Social*. (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.

Kane, S. (1995). *Asistencia a las personas de diferentes culturas, víctimas de la violencia organizada: Manual de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. Ginebra: FICR.

Kleining, G. (1982). Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 224-253.

Krause, M. (1998). La reconstrucción de la estructura interna de las representaciones sociales a través de un análisis cualitativo, descriptivo y relacional. En *Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales. La era de la psicología social*. México-Francia: Universidad Autónoma Metropolitana.

Lara, A. (1998). *Manual para el trabajo comunitario. Ideas y apuntes teórico prácticos en el área de promoción y prevención de la salud*. Lima: CEDRO.

León, M. (2002). Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social. En J. Morales, D. Páez, A. L. Kornblitt & D. Asún (Coords.) *Psicología Social* (pp. 367-385). Madrid: Prentice Hall.

Levav, I. (1992). (Ed.) *Temas de salud mental en la comunidad*. Serie Paltex. N° 19. OPS.

Martínez, V. (2006). *El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales*. Santiago: Universidad de Chile.

Martínez, M. & García, M. (1992). Técnicas y procedimientos para el estudio de las representaciones sociales. En M. Clemente (Ed.) *Psicología social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Eudeba.

Mead, G. H. (1994). *Espíritu, persona y sociedad desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires: Paidós.

Mejía, J. (2000). Técnicas cualitativas de investigación en las ciencias sociales. *Revista de Investigación Educativa, Diciembre*, 34-42.

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

Montero, M. (1994). *Construcción y crítica a la psicología social*. Barcelona: Paidós.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales según Serge Moscovici. *Atenea Digital N° 2*. Disponible en: <http://www.bib.uab.es/pub/athenea/15788646n2a8.pdf> (Consultado el 18 de junio del 2007).

Morant, N. (1998). Social representations of gender in the media. Quantitative and qualitative content analysis. En D. Miell & M. Wetherell (Eds.) *Doing social psychology*. London: Sage.

Moscovici, S. & Hewstone, M. (1986). De la ciencia al sentido común. En S. Moscovici (Ed.) *Psicología social*. Barcelona: Paidós.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público* (2da. Ed). Buenos Aires: Ed. Huemul.

Organización Mundial de la Salud (1948). *Derecho a la Salud*. Ponencia presentada en el Congreso de Constitución de la OMS. Ginebra: OMS. Disponible en <http://www.who.int/es/> (Consultado el 28 de julio del 2007)

Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado*. Ginebra: OMS.

Páez, D. Fernández, I., Ubillus, S. & Zubieta, E. (2004). *Psicología social, cultura y educación*. Madrid: Prentice Hall.

Páez, D. Fernández, I. & Beristain, C. M. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. En C. San Juan (Ed.) *Catástrofes y ayuda de emergencia* (pp. 85-148). Barcelona: Icaria.

Pérez-Sales, P. (2004). Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario. *Átopos 1*, 5-16.

Pedersen, D. (1999). El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud de los pueblos indo-americanos. En M. Bronfman & R. Castro (Eds.) *Salud, cambio social y políticas: perspectivas desde América Latina* (pp. 163-184). México: EDAMEX-Instituto Nacional de Salud Pública.

Peiró, J. (1996). Estrategias de intervención para la prevención y el manejo del estrés laboral. En J. Peiró & A. Salvador. *Control del estrés laboral*, (pp. 66-81). Madrid: Eudema.

Perera, M. (1998). *A propósito de las representaciones sociales: Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. CIPS. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf> (Consultado el 12 de mayo del 2008).

Perú, Ministerio de Salud (2004). *Estrategia sanitaria nacional. Salud mental y cultura de paz*. Lima: Autor.

Rivera, M. (2003). *Diagnóstico de servicios de salud mental del MINSA dirigidos a personas afectadas por violencia política. Informe de consultoría*. MINSA-AMARES. Lima. Mimeo.

Rivera, M. & Velázquez, T. (2008). Salud mental en el Perú: develando carencias y planteando retos. *Memoria*, 3, 35-37.

Román, J. (2003). Estrés y burn out en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, (2), 103-110.

Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&nrm=iso. (Consultado el 10 de junio del 2008).

Sandoval, J. (2004). *Representación, discursividad y acción situada*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

Saquilán, V. (2005). *Estudio acerca de las representaciones sociales del rol del bibliotecario en usuarios de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata*. Tesis. Universidad Nacional del Mar del Plata.

Scribano, A. (2000). Reflexiones epistemológicas sobre la investigación cualitativa en ciencias sociales. En *Cinta de Moebio*, Setiembre, (8). Disponible en rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/08/frames06.

Sepúlveda, R. (2005). *Modelos conceptuales en salud mental*. Disponible en psiquiatriasur.cl. (Consultado el 02 de junio del 2008).

Scheger, N. (2003). *Development-oriented trauma healing in post-war situations*. Eschborn: GTZ.

Schneider, D., Hastorf, A. & Ellsworth, P. (1982). *Percepción personal* (2da Ed). Massachusetts: Fondo Educativo Interamericano.

SNV Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo, CEDAP Centro de Desarrollo Agropecuario, OXFAM Gran Bretaña (2005). *Foro interregional en Ayacucho: Hacia la reparación y la reconciliación, responsabilidades compartidas*. Huamanga: SNV.

Soneira, A. J. (2006). La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Tajfel, H. & Turner, J. (2004). The social identity theory of intergroup behaviour. En T. Jost & J. Sidanius (Eds.) *Key readings in social psychology. Political psychology*. NewYork: Psychology Press.

Távora, J. (2005). *Reparaciones, ¿Un compromiso desde las municipalidades?*. Cuadernos de Gestión Municipal. Lima: Servicios Educativos Rurales.

Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú*. Lima: IEP.

Ursua, N. & Páez, D. (1987). Psicología del desarrollo, filosofía de la ciencia y representaciones sociales. En D. Páez (Ed.) *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.

Vázquez, C. & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 231-254.

Velázquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: Dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Lima: CIES, CARE, PCS.

Zubieta, E. & Valencia, J. (2004). Las representaciones sociales de la inteligencia. En D. Páez & cols. (2004). *Psicología social, cultura y educación*. (pp. 443-445). Madrid: Prentice Hall.

IX. ANEXOS

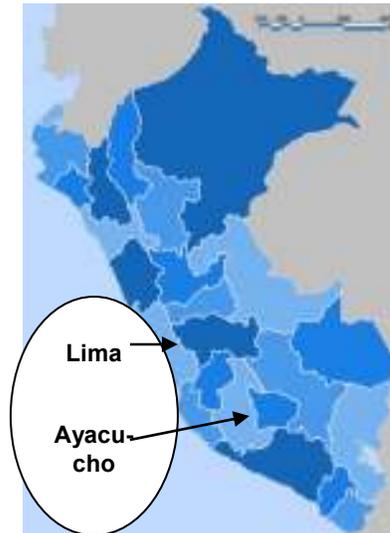
ANEXO 1. DISTRIBUCION GEOGRÁFICA DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS

Provincia	Distrito	Nombre del establecimiento	Entrevistas realizadas
Huamanga	Ayacucho	Red de Salud Huamanga ⁷²	2
	Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho	1
	Ayacucho	Centro de Atención Psicosocial (CAPS) ⁷³	1
	Ayacucho	Centro de Salud Nahuinpuquio	1
	Ayacucho	Centro de Salud Belén	1
	Ayacucho	Puesto de Salud Santa Ana	1
	Ayacucho	Puesto de Salud Morro de Arica	1
	San Juan Bautista	Comité Local de Administración Compartida (CLAS) ⁷⁴ San Juan Bautista	2
	Carmen Alto	Comité Local de Administración Compartida (CLAS) Carmen Alto	1
	Quinua	Centro de Salud Quinua	2
Huanta	Luricocha	Centro de Salud de Luricocha	1
	Huanta	Hospital de Apoyo de Huanta	1

Huanta y Huamanga en Ayacucho



Ayacucho en el Perú



⁷² Se trata del centro administrativo responsable de la operación de los 85 establecimientos de salud de la provincia de Huamanga, la capital del departamento de Ayacucho.

⁷³ El CAPS no forma parte de la red de establecimientos de salud del MINSa, su personal actúa con el respaldo institucional y logístico de la Comisión de Derechos Humanos (COMISEDH), una ONG nacional que cuenta con una oficina en la ciudad de Huamanga.

⁷⁴ El Programa de Administración Compartida (PAC) de los establecimientos de salud del nivel básico de atención fue creado en 1994 con el fin de asegurar el mejor uso de los recursos, gracias a la mayor interacción entre los que deciden la política de gasto y la población objetivo. Para el logro de los objetivos del PAC se crearon los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS). Cortez, R. & Punphiu, P. (2007). *La entrega de servicios de salud en los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS): el caso del Perú*. Lima: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CIID), Banco Interamericano de Desarrollo (IDB/BID).

ANEXO 2. GUION DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD PARA PERSONAL DE SALUD DEL MINSA

GUION TEMATICO INICIAL

Datos generales:

Sexo

Estado civil

Hijos

Profesión

Establecimiento de salud

Dónde realizó sus estudios

Título máximo alcanzado

Tiempo de permanencia en la zona

Puesto actual

Tiempo de permanencia en el puesto

Lugar de nacimiento (rural, urbano)

Edad

Especialización en salud mental/comunitaria

Nombrado o contratado

Temas de indagación

- *Secuelas/efectos de la violencia política en las personas, las familias, las comunidades.* Efectos en las relaciones entre las personas, familias, comunidad. Diferencias en grupos poblacionales (hombres/mujeres, desplazados, grupos étnicos, personal de salud).

- *Comunidades afectadas por la violencia.* Calidad de vida. Costumbres, prácticas más habituales (productivo, familiar, comunal, extracomunal), relaciones interpersonales, familiares, intracomunales, intercomunales. Valoración. Cambios provocados por la violencia política (desplazados, no desplazados).

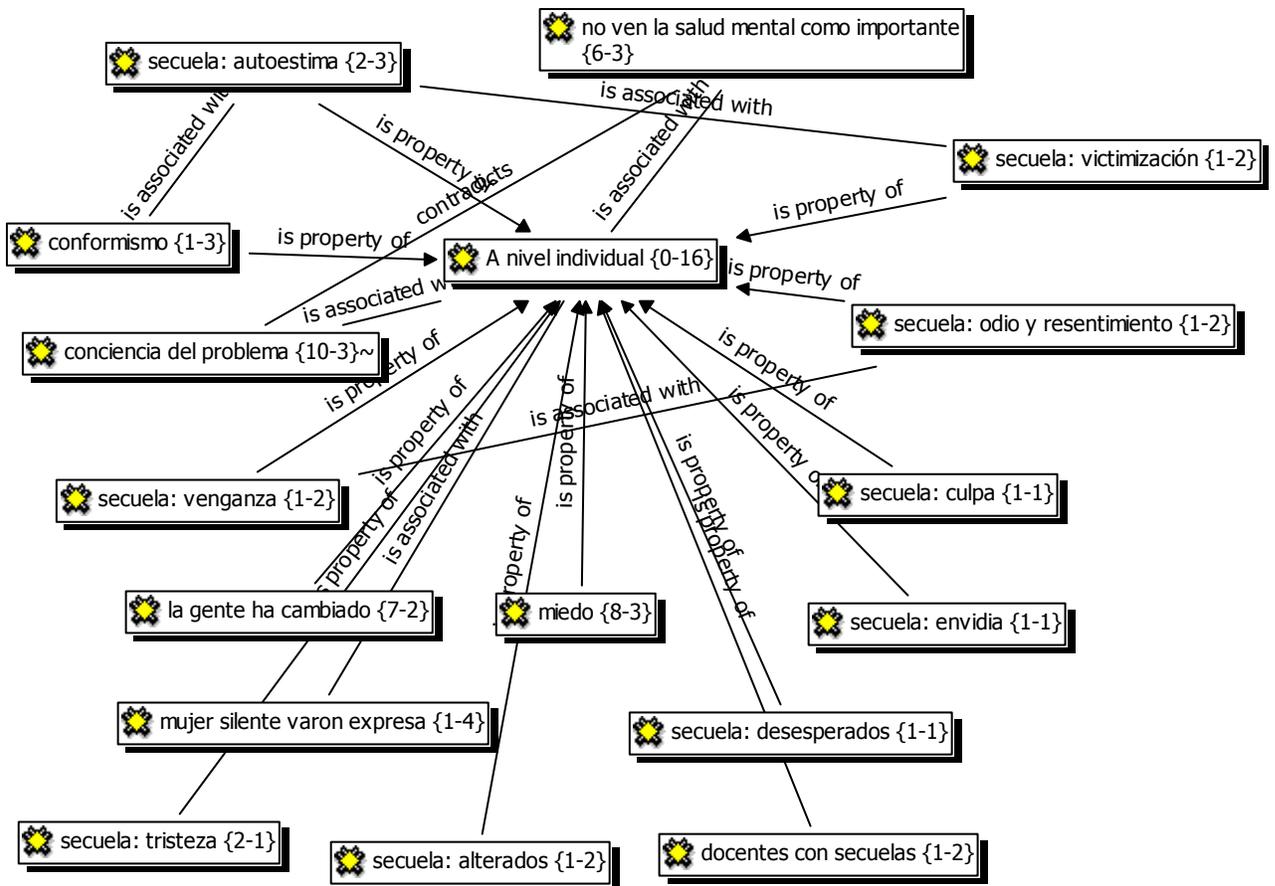
- *Iniciativas comunitarias de desarrollo y de recuperación de las secuelas.* Explicación y valoración. Apoyo externo y reacción de la comunidad. Explicación. Valoración.

- *Experiencia/vivencia de trabajar con comunidades víctimas de violencia.* Preferencias por algún grupo. Sentimientos/emociones.

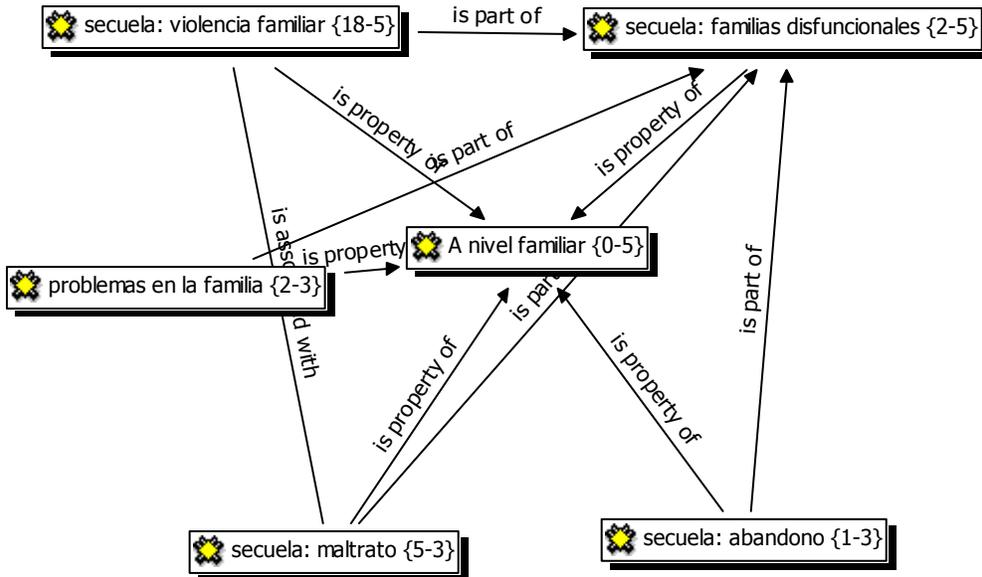
**ANEXO 3. REDES CONCEPTUALES DE LAS PRINCIPALES CATEGORÍAS,
IDENTIFICADAS COMO NÚCLEOS DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL**

Secuelas en la población

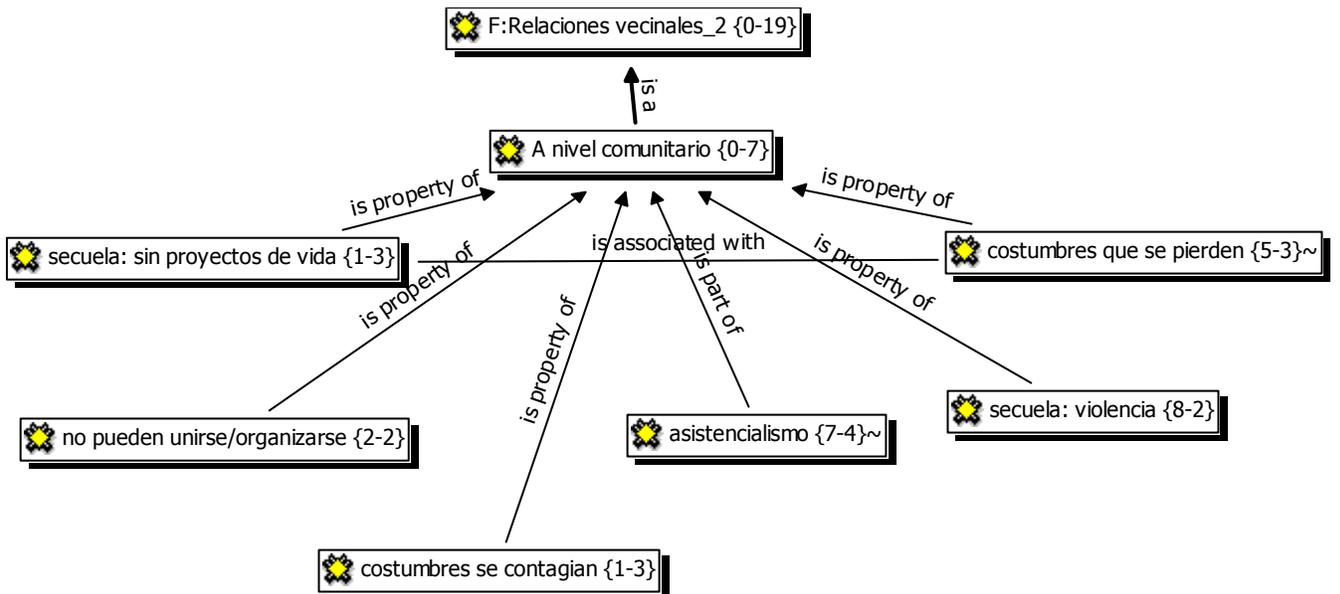
A nivel individual



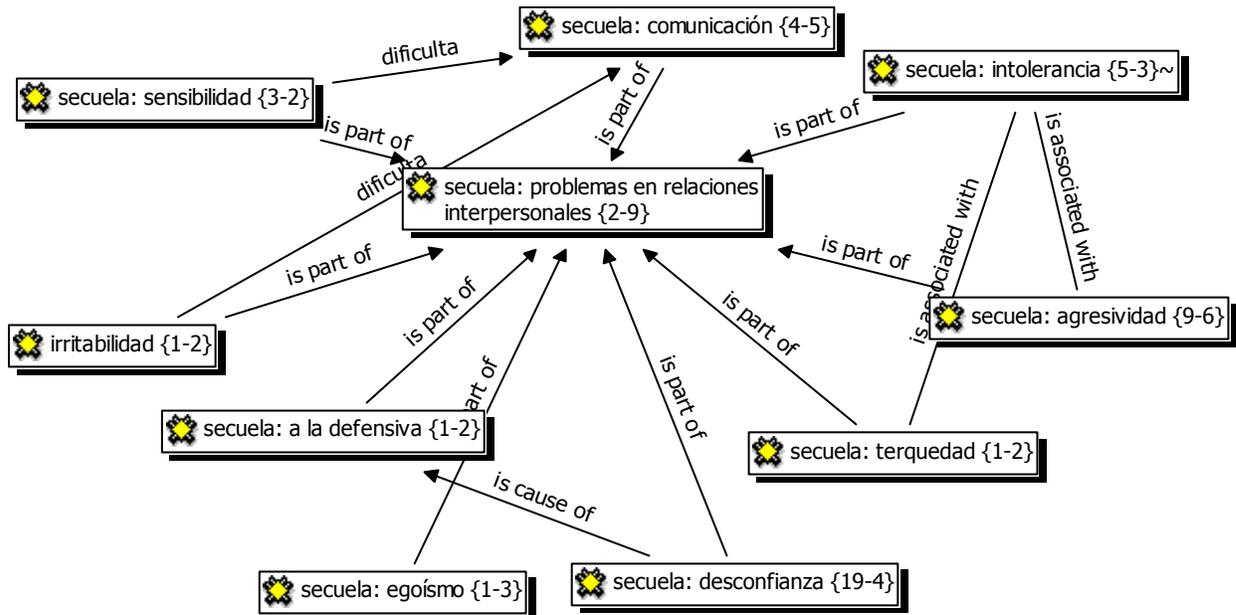
A nivel familiar



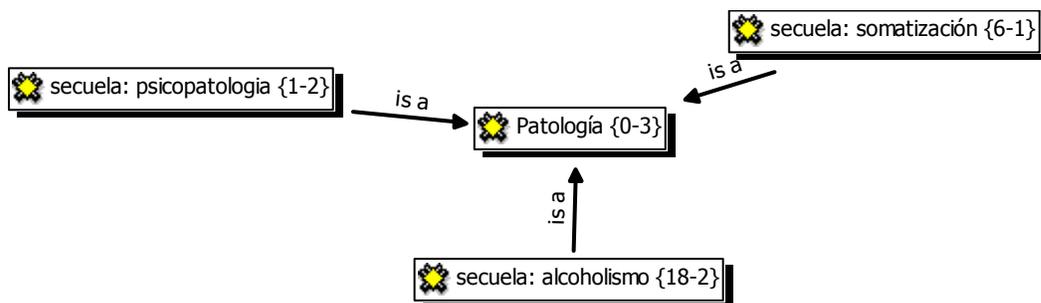
A nivel comunitario



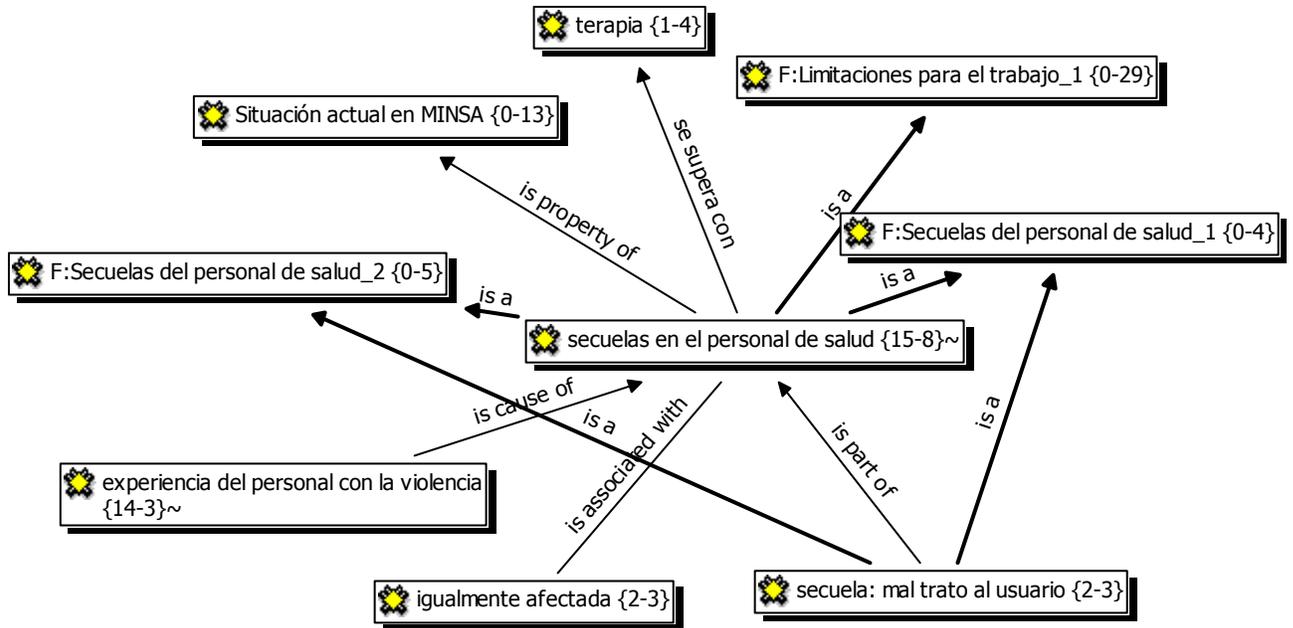
En las relaciones interpersonales



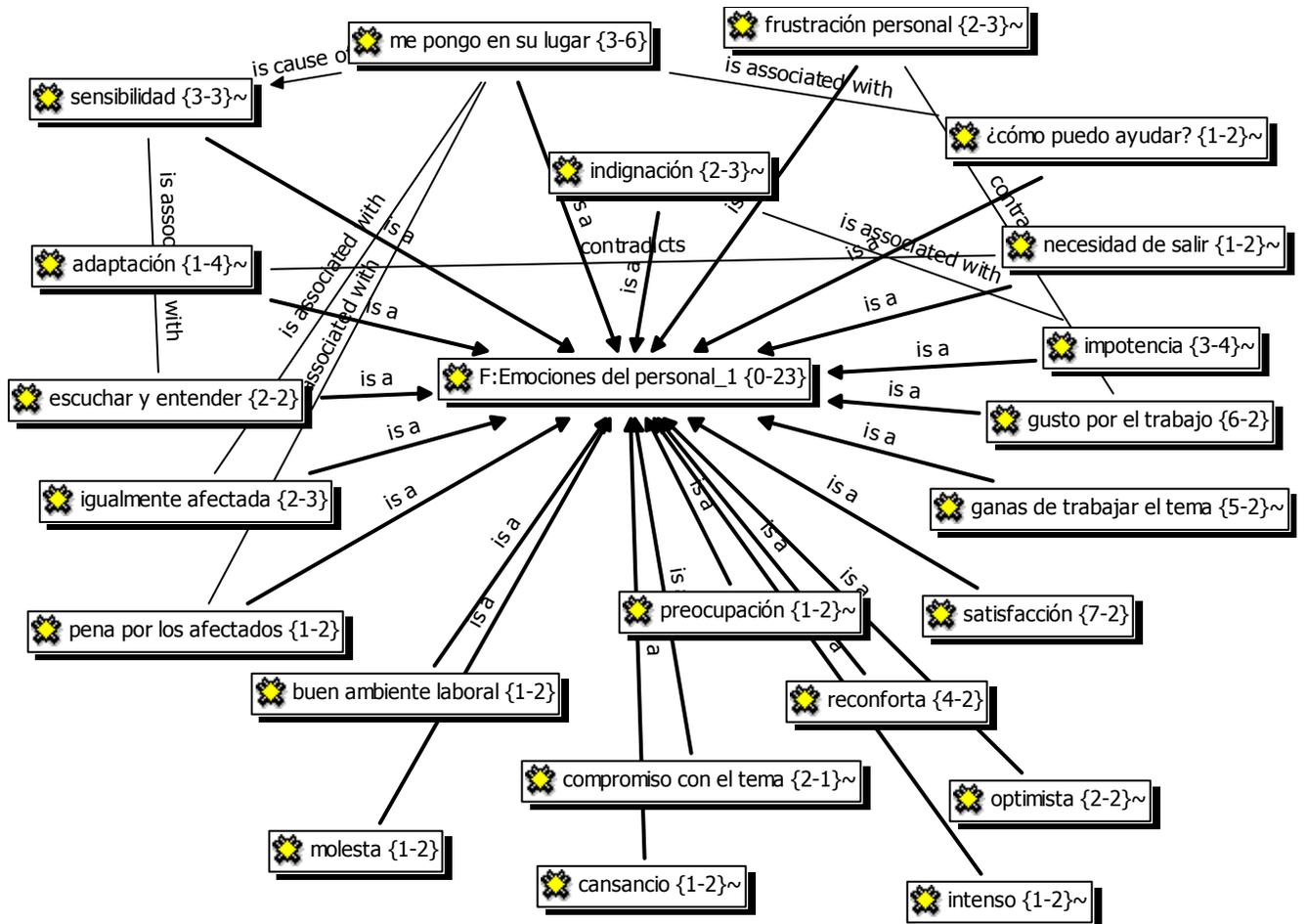
Patología



Secuelas en el personal de salud



Emociones del personal de salud



Acción del personal de salud

