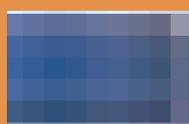
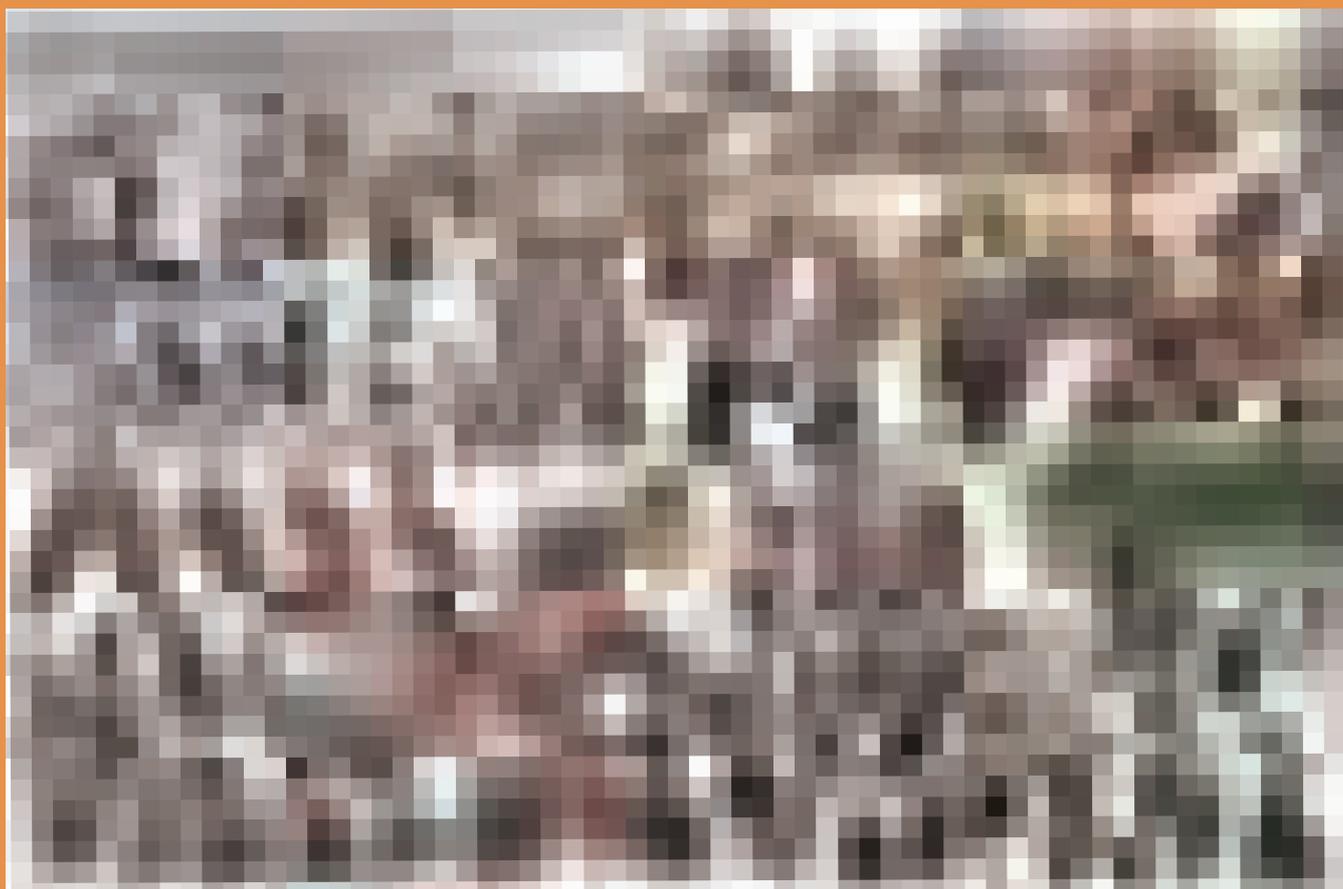


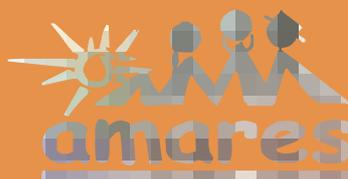


Salud mental comunitaria en el Perú:

Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones



COMISIÓN EUROPEA



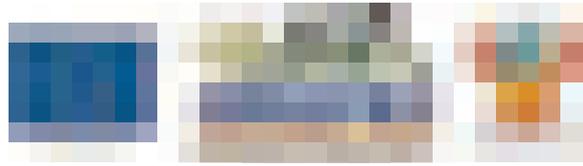
Programa de Apoyo a la Modernización del Sector
Salud y Aplicación en una Región del Perú
Convenio PER/B7-310/IB97/209



MINISTERIO DE SALUD







AMARES es un Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una Región del Perú, en base al Convenio (PER/B7-310/IB/97/209) entre la Unión Europea y el Gobierno Peruano. Tiene como objetivo principal, contribuir con el Ministerio de Salud para implementar la reforma del sector salud y asegurar su aplicación ayudando a mejorar el estado y los hábitos de salud de la población de los siguientes ámbitos: Región Ayacucho, Región Huancavelica y Provincias de Andahuaylas y Chincheros de la Región Apurímac; mediante el fortalecimiento de las instituciones, organizaciones y comunidades.

En lo correspondiente a Salud Mental, desde AMARES se ha priorizado fortalecer algunos ejes de intervención del MINSA, como son: el favorecer la existencia y difusión de normativas y políticas nacionales y regionales de salud mental, que incluyan y se adecuen a las características culturales de las poblaciones; contribuir a la capacitación del personal del Ministerio de Salud y de sus respectivas DISAs y redes de salud en temas de salud mental, de tal modo que se posibilite la sostenibilidad de las acciones implementadas. Así como, el propiciar intervenciones comunitarias en salud mental –en articulación con actores locales- que sirvan de modelos referenciales para la elaboración de metodologías y normativas para la región.

El MINSA, en seguimiento a las recomendaciones del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación ha venido implementando acciones de reparación en salud mental en las regiones más afectadas por violencia política, actualmente existen equipos fijos de salud mental, y acciones mensuales de atención clínica especializada, las cuales son realizadas por equipos itinerantes de instituciones de Lima.

Así también, han iniciado acciones intersectoriales y descentralizadas de salud mental a través de propuestas comunitarias, el MINSA ha implementado 3 Experiencias Piloto de Salud Mental Comunitaria en Ayacucho, con participación de actores locales como DREA-UGEL, ONG Paz y Esperanza, entre otros. La capacitación del personal de salud ha sido considerada un aspecto relevante, por lo que el MINSA ha realizado acciones y gestiones para la capacitación en salud mental de su personal, son 13 profesionales que cursan la Maestría en Salud Mental en Poblaciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 25 profesionales de Ayacucho que han cursado el Diplomado en Salud Mental Clínica y Comunitaria de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, 20 profesionales que han participado en el Curso a Distancia de Salud Mental en Poblaciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y 69 profesionales de Andahuaylas, Huancavelica y Puquio, que han sido capacitados en Salud Mental Comunitaria por las instituciones: CAAAP, DEMUS y SUYASUN. Como resultado de este proceso, el personal de salud de las regiones priorizadas ha implementado 20 planes de intervención comunitaria en Salud Mental, los cuales serán evaluados al término del año en curso.

Es importante resaltar que el MINSA, en los últimos años, ha tenido significativos logros y avances dirigidos a cumplir su rol de contribuir con la mejora de las condiciones de salud de la población; entre los que resaltan, la aprobación de la política nacional “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”¹ y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz². Otro aspecto relevante ha sido el nuevo Reglamento de Organización y Funciones³ del MINSA el cual crea la Dirección de Salud Men-

1 Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA del 29 enero del 2004

2 Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA del 27 de julio del 2004

3 Decreto Supremo N° 023-2005-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 5 de enero del 2006. A los pocos días fue aprobado el Plan Nacional de Salud Mental 2005-2010, Resolución Ministerial N° 012-2006/MINSA, publicado en el Diario Oficial El Peruano, el 11 de enero del 2006

tal, y resalta dentro de sus funciones el implementar acciones de promoción de la salud mental en la persona, familia y comunidad; mejorar la calidad de atención en los servicios de salud mental y la priorización de intervenciones comunitarias; el promover acciones de desarrollo de capacidades en salud mental del personal de salud y propiciar la concertación de acciones de salud mental; así como promover la participación comunitaria.

Desde AMARES, nos sentimos parte de este proceso y continuamos aportando a la promoción de la salud mental en el país, en esta ocasión compartiendo otra publicación temática para la salud, titulada “Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones”, contribución significativa del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, que apunta a ser un documento de discusión y a complementar los argumentos teóricos y prácticos que sustentan la propuesta de trabajo en salud mental comunitaria. Lo presentamos con la convicción que éste contribuirá con los procesos que se están iniciando en cada una de las regiones, tanto a nivel de propuesta normativa, como de capacitación e intervención comunitaria.

Lima, 6 de noviembre del 2006

Co-Director Europeo: Dr. Juan José Fernández
Co-Director Nacional: Dr. Julio César Puntriano
www.amaresperu.org

Sede Central Ayacucho

DIRESA, Av. Independencia 355 – Huamanga
Telefax: 066 31 4459 y 066 319136

Sub Sede Lima

Av. Ricardo Palma 857 – Miraflores
Teléfonos: 241 3592 y 241 5643
Fax: 445 6723

Unidad Operativa Huancavelica

DIRESA, Av. Andrés Avelino Cáceres s/n. Barrio Yananaco
Telefax: 067 45 2402

Unidad Operativa Andahuaylas

DISA Apurímac II, Av. Perú s/n
Telefax: 083 42 2736

Unidad Operativa Puquio-Ayacucho

Hospital Felipe Guamán Poma de Ayala
Av. John F. Kennedy s/n y Jr. Otoa 325 - Barrio Pishcachuri
Telefax: 066 45 2248 y 066 45 2092

SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL PERÚ:

Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones

Elaborado por:
Grupo de Trabajo de Salud Mental
de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos



Noviembre, 2006

Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones / Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. -- Lima: Ministerio de Salud; Proyecto AMARES; 2006.

44p.;ilus

SALUD MENTAL / ATENCIÓN EN SALUD MENTAL / SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL / PROMOCIÓN DE LA SALUD/ FORMULACIÓN DE PROYECTOS / PERÚ

**Salud Mental Comunitaria en el Perú:
Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones**
© Copyright GTSM-CNDDHH

Publicado por:
Proyecto AMARES
Av. Ricardo Palma 857 – Miraflores
www.amaresperu.org

Responsable de publicación:
Miryam Rivera Holguín

Responsables de edición:
DEMUS, CAAAP y CAPS

Re-impresión
Inversiones Escarlata y Negro SAC
Lima, Junio, 2007
1000 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
N° 2007-06595
ISBN N° 978-9972-2836-3-5

Ilustraciones:
QUELLICAY. Arte y Vida de Sarhua. Comunidades campesinas andinas. pp 91, 109. Rosa María Josefa Nolte Maldonado, Editorial Terra Nuova, 1991, Roma

Presentación

La Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH) en el marco de su compromiso y defensa de los derechos humanos, considera que los temas vinculados a la salud mental son de especial relevancia, los cuales adquirieron especial visibilidad en el contexto del proceso post Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), dado que la CVR puso en evidencia la dramática situación de abandono de la salud mental de la población de muchas zonas del país.

La CNDDHH convocó a un grupo de profesionales e instituciones con experiencia en estos temas, constituyéndose el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la CNDDHH (GTSM), a fin de generar un espacio de discusión que involucre a diferentes actores, aporte con iniciativas, propuestas y que posibilite articular esfuerzos desde la sociedad civil, aportando al proceso iniciado por el Ministerio de Salud. Este grupo está actualmente formado por: Carmen Aldana, Lisa Laplante, Miryam Rivera y la Asociación Paz y Esperanza, Centro de Atención Psicosocial (CAPS), Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), Estudio para la Defensa y los Derechos de la Mujer (DEMUS), Proyecto Wiñastin: Atención y Promoción de Salud Mental Ayacucho y SUYASUN.

Hoy en día el Ministerio de Salud ha mostrado su compromiso y voluntad en relación a la salud mental, convirtiéndose en uno de los elementos prioritarios de la actual gestión. Ello se expresa en hechos concretos como la creación de la Dirección de Salud Mental que incorpora la salud mental comunitaria y, los aspectos de promoción de la salud para abordar este tema con una mirada de respeto e inclusión de los derechos de la población en el marco del enfoque de derecho a la salud, la aprobación del Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010, la incorporación dentro de su Plan Operativo Institucional de acciones específicas de salud mental a desarrollar en las zonas más pobres y afectadas por violencia política, priorizando las Regiones de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, entre otras.

Es grato poner a disposición de las personas interesadas en el tema este esfuerzo de síntesis elaborado por el GTSM, como un aporte al proceso de Reparaciones en Salud. Esperamos que su lectura posibilite un diálogo enriquecedor entre los diferentes actores involucrados en el proceso de mejora de la calidad de vida y salud de la población.

Lima, noviembre del 2006

Francisco Soberón G.

Ex-Secretario Ejecutivo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos



SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL PERÚ: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones

Contenido

INTRODUCCIÓN	13
I. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.....	15
1.1. Salud Mental	15
1.2. Comunidad.....	17
1.3. Salud Mental Comunitaria	20
II. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN.....	25
2.1. Enfoque de Derechos Humanos	25
2.2. Enfoque Psicosocial	26
2.3. Enfoque Intercultural	27
2.4. Enfoque de Género	29
III. APORTES METODOLÓGICOS	31
3.1. Construcción de la propuesta.....	31
3.2. Proceso de intervención en salud mental comunitaria.....	35
IV. CONSIDERACIONES NO FINALES.....	41
BIBLIOGRAFÍA	45

Introducción

Es significativo para el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (GTSM) compartir este documento con quienes trabajan en el campo de la salud y el desarrollo. En primer lugar, porque da cuenta de un intento de síntesis colectiva, de intercambio y reflexión conjunta y de integración de experiencias de profesionales y de instituciones en la perspectiva de propiciar la construcción de consensos. En segundo lugar, porque el GTSM se plantea de esta manera contribuir con el Ministerio de Salud en su actual esfuerzo por fortalecer la inclusión de la perspectiva comunitaria, intercultural y de promoción de la salud en su quehacer institucional, y por incorporar en sus políticas y estrategias sectoriales las Recomendaciones del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Especialmente las referidas al Plan Integral de Reparaciones y las recomendaciones sobre Reformas Institucionales.

Un esfuerzo de esta naturaleza requiere compartir tareas, contraponer ideas y superar las naturales dificultades que se presentan al trabajar en equipo. Sin embargo, la experiencia nos ha demostrado una vez más que en la práctica y con una fuerte voluntad de diálogo es posible aprender a construir consensos y generar un espacio de reflexión colectiva. Por otro lado, y en la medida en que se trata de un trabajo que pone en relieve la perspectiva comunitaria y colectiva en salud mental, el documento da cuenta también de las dificultades encontradas en la elaboración, lo cual nos parece reflejo de lo que sucede en nuestro país, a propósito de la fragmentación del tejido social a la que frecuentemente se hace referencia.

Este trabajo de construcción conjunta aporta, a quienes trabajamos con las poblaciones menos favorecidas, elementos para encarar el reto de transmitir nuestra convicción acerca de la importancia de pensar, diseñar y acompañar procesos de salud mental, desde una perspectiva comunitaria. Nuestra aproximación parte de un análisis integral del país que incluye las dimensiones políticas, sociales, culturales y entiende que la reflexión que hagamos acerca de la situación particular que vamos a abordar determinará nuestra intervención. Por lo tanto, mientras más integral sea el punto de partida, mejor será nuestra aproximación a la realidad en la que vamos a actuar como profesionales.

Es evidente cómo en el campo de la salud mental, al igual que en otras áreas, suele haber “refugios” que protegen a los especialistas de aquello que no se entiende, que no se conoce, que cuestiona; la recurrencia fácil al llamado Síndrome de Estrés Post Traumático, es un ejemplo. Es muy sencillo describir a las personas afectadas por el conflicto armado interno como con un problema intra-psíquico individual. Hablar de trastornos y de patologías es un recurso muy a la mano, puesto que la clasificación está hecha y el diagnóstico no requiere mayor indagación. Sin embargo, es preciso señalar que el análisis integral de los hechos nos indica que fue el entorno social el que se trastornó por acción del conflicto armado interno. Desde esta lectura, los síntomas observados en la mayoría de estas personas son reacciones normales frente a situaciones anormales. No es conveniente por esta razón individualizar un problema que tiene claras connotaciones sociales y políticas y cuyo radio de influencia abarca la vida nacional.

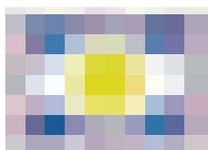
Respecto a los riesgos de la individualización de las problemáticas sociales queda mucho por desarrollar y discutir desde una mirada interdisciplinaria. Sin embargo, es clave resaltar que el punto de partida para este tipo de abordajes debe ser el reconocimiento y el respeto por las comunidades y las personas, por sus agencias, recursos, capacidades, habilidades y por sus propios procesos y metas.

Con el presente documento se espera **aportar a delinear** propuestas de intervención en salud mental comunitaria, a partir de la revisión de experiencias de trabajo con las poblaciones menos favorecidas de nuestro país, así como con las poblaciones afectadas por el conflicto armado interno. Aunque el Informe Final de la CVR señala la necesidad de atender los efectos y secuelas psicosociales del conflicto armado interno, sentimos la necesidad de ubicarnos en un escenario mayor, de cara a las necesidades de la gran mayoría de peruanos y peruanas que se encuentran excluidos y marginados de los sistemas de salud. Por esta razón planteamos un escenario de análisis más amplio, entendiendo que el conflicto armado interno se originó, y al mismo tiempo exacerbó, nuestros problemas y contradicciones más profundas como nación y como colectivo: la exclusión social, la marginación y la discriminación, dirigidas especialmente hacia las poblaciones rurales y amazónicas más empobrecidas de nuestro país.

Las experiencias de trabajo, errores, aciertos, aprendizajes, han tratado de ser incorporados en este documento, que con fines didácticos dividimos en cuatro capítulos.

El primer capítulo, da cuenta de lo conceptual, nos acercamos al concepto de salud mental, tomando distancia de las formas tradicionales y medicalizadas de entenderla; para luego aproximarnos al concepto de comunidad, en tanto espacio de diálogo y participación de las propuestas; proponiendo el desarrollo de intervenciones de salud mental comunitaria. El segundo capítulo, desarrolla los enfoques que consideramos **fundamentales para el desarrollo de una intervención comunitaria en salud mental**: derechos humanos, psicosocial, interculturalidad y género. El tercer capítulo se centra en la metodología, en el que, a partir de los **conceptos y enfoques planteados se exponen algunos procedimientos a seguir para la implementación de propuestas concretas de intervención**. Finalmente, el cuarto capítulo plantea reflexiones abiertas y pendientes para la discusión y análisis futuro.

Esperamos que este esfuerzo de integración sea de utilidad para quienes trabajan en el campo de la salud y el desarrollo y contribuya a orientar y ampliar la mirada sobre las posibilidades de abordaje en la temática de salud mental. Podemos decir que la tarea no ha sido fácil y que éste, más que un punto de llegada es el inicio del proceso de construcción en el que el GTSM se encuentra inmerso y que espera enriquecerse con las propuestas y perspectivas de otros profesionales interesados en contribuir al debate.





I

UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Este capítulo presenta los conceptos de salud mental y comunidad como ejes transversales que se constituyen en el marco de referencia para el trabajo con poblaciones. El concepto de salud mental es abordado desde una visión amplia e integral, que difiere de las miradas tradicionales que la literatura presenta sobre dicho término. Se presenta a la comunidad como el escenario compartido por diversos actores que interactúan debido a que forman parte de un tejido social que se constituye a su vez en un actor con dinámica propia. Finalmente, se presenta la definición de salud mental comunitaria como una propuesta de intervención que puede responder de forma integrada y dinámica a nuestra realidad.

1.1. Salud Mental

1.1.1. Definición

La salud mental está relacionada con el despliegue de las diversas capacidades humanas en los diferentes momentos de la vida. Está asociada a la posibilidad de disfrutar y derivar satisfacción de las cosas que hacemos, sean grandes o pequeñas. Supone construir y desarrollar vínculos activos, transformadores de la realidad, que nos permitan atender nuestras necesidades y responsabilizarnos por nuestro propio bienestar psíquico y el de los demás. Es también la habilidad de conocer las capacidades, limitaciones y cómo estas interactúan con las determinantes sociales, económicas y culturales¹.

La salud mental -más que un estado- es un proceso dinámico, producto del interjuego entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Lo dinámico también incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica un proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de auto-cuidado, empatía² y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición -propia y ajena- de ser sujetos de derecho.

Resulta importante enfatizar que la salud mental tiene que ser entendida no solo como la capacidad del individuo para adaptarse a la realidad, sino que es necesario incluir su participación y experiencia subjetiva en los procesos de transformación de su entorno. Este proceso, como ya se ha mencionado, tiene que ver con la relación dinámica entre el mundo subjetivo (afectos, sentimientos, valores, pensamientos, sueños, temores, fantasías, expectativas, etc.) y el entorno sociocultural (familia, trabajo, demandas de la realidad, roles sociales, responsabilidades, tareas cotidianas, etc.).

1 Vega, M., Valz Gen, V., Rivera, M. y Moya, A (2005). Salud Mental: Tarea Compartida. Publicaciones en Salud. Lima: Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud.

2 La empatía es entendida como un modo de escucha que supone un continuo intento de entender la realidad subjetiva del otro. Morris, E. y Wolitzky, D. (2003). Empatía: una perspectiva psicoanalítica. Revista de Psicoanálisis, Marzo 13. Lima.

La salud mental es un concepto constituido por una dimensión sociocultural, de desarrollo y de derecho. Ha dejado de ser entendida únicamente como la ausencia de enfermedad mental para focalizar su acción en el ámbito de la salud pública, constituyéndose en eje transversal del desarrollo humano y social.

Como dimensión sociocultural, la salud mental está asociada al conocimiento de la cultura de las personas y sus comunidades, de sus características, sus capacidades y sus limitaciones en estrecha relación con las determinantes históricas, sociales, económicas y culturales existentes. Las personas formamos parte de una comunidad, un colectivo, un país; por ende, nuestra salud mental solo puede ser entendida a partir del conocimiento y comprensión de las propias relaciones e historia y de la posibilidad de tener una mirada crítica de estos aspectos. Las relaciones con el medio ambiente y el entorno cultural son determinantes para la salud mental. Lo que en un contexto podría considerarse como adecuado o inadecuado, en otro contexto tendrá otra connotación y sentido³. El contexto sociocultural es indisoluble de la producción de subjetividades y viceversa.

La salud mental está íntimamente relacionada con el concepto de desarrollo humano. Es decir, con el resultado de un proceso en el que se construyen relaciones afectivas interpersonales, familiares, sociales e históricas. La salud mental no es un bien o un don que se adquiere de manera pasiva o que viene con la naturaleza. Se trata de un proceso de desarrollo de la subjetividad⁴ y de las relaciones sociales, en las que la noción de conflicto y la crisis se incorporan como algo inherente a la condición humana. Está asociada a la capacidad de transformar la realidad creativamente ante los cambios y dificultades, buscando nuevas síntesis de sentido a los proyectos de vida o desarrollo.

Al hablar de salud mental nos referimos también a un derecho humano. La salud mental es un derecho fundamental. Reconoce, la legitimidad de las personas de contar con las condiciones favorables para el desarrollo de sus agencias y habilidades humanas. Todas las personas tienen el derecho de nacer, crecer y desarrollarse en un ambiente que provea condiciones favorables para su desenvolvimiento. Es decir, condiciones favorables para encontrar una integración entre las percepciones, sentimientos, pensamientos y el modo en el que nos relacionamos con los demás.

En ese sentido, podemos subrayar que la pobreza, la violencia, la discriminación y la corrupción atentan contra el derecho de las personas a la salud mental -ya que generan inseguridad, inducen alteraciones en la apreciación de los hechos, en el sistema de valores y en la inserción en la comunidad- al generar situaciones de malestar y sufrimiento emocional que obstaculizan el desarrollo personal y colectivo.

1.1.2. Características

A nivel individual, la salud mental implica, entre otros aspectos:

- La asunción de un proyecto de vida personal, a partir del reconocimiento de las propias agencias y limitaciones.
- La capacidad de auto-cuidado, empatía, tolerancia y confianza en la relación con las demás personas.
- La facultad de postergar impulsos, deseos, gratificaciones inmediatas al mediar un pensamiento guiado por valores y principios familiares, sociales y culturales interiorizados.
- El reconocimiento de la diferencia y límites entre el mundo subjetivo y la percepción consensuada de la realidad.
- La acción creativa y transformadora del medio, generadora de condiciones favorables para el desarrollo de los recursos personales.
- La capacidad de disfrute y de buscar sentido a la vida

3 La OMS ha subrayado que “desde una perspectiva transcultural, es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental”. Organización Mundial de la Salud (2001) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Washington: OMS

4 Subjetividad entendida como la capacidad de las personas de tener una perspectiva particular, así como sentimientos, pensamientos, creencias y deseos propios. La subjetividad es constitutiva de la identidad, la identidad es entendida como un asunto temporal, ligado a lenguajes históricos que son efecto de procesos y prácticas sociales. No existe una identidad previa a la cultura.

A nivel familiar, la salud mental implica, entre otros aspectos:

- Un sistema de relaciones familiares que proporcione a sus miembros seguridad y un soporte consistente en el cual puedan desarrollar sus capacidades humanas.
- Una relación familiar con límites claros entre sus miembros y sus sub-sistemas⁵, que determina los modos de relación, acceso y privacidad entre los familiares.
- Un acuerdo entre los miembros de una familia en cuanto a responsabilidades, capacidades, influencia y límites.
- Un grado de adecuación de los miembros con sus roles, los cuales son reconocidos y valorados por los demás miembros del sistema familiar.
- Un liderazgo efectivo que mantenga el balance de las capacidades, responsabilidades e influencias; que monitoree los límites; que favorezca la negociación y el diálogo en situaciones de conflictos; que promueva el desarrollo del sistema familiar; que establezca modelos de referencia, entre otros.

A nivel social, la salud mental implica, entre otros aspectos:

- Un tejido de relaciones sociales que vincule, organice e integre a una variedad de actores sociales, posibilitando alternativas y oportunidades para canalizar el potencial transformador de individuos, familias, grupos, organizaciones, instituciones y comunidades.
- Una colectividad generadora de instituciones, modelos de referencia, símbolos, narrativas compartidas, que propicien un sentido de pertenencia con vínculos inclusivos y solidarios, que reflejen un sentido de identidad a los diversos grupos socioculturales que la componen.
- Un Estado garante de principios democráticos y de los derechos humanos, que, como parte de la sociedad, reconozca y facilite los espacios y procesos de participación ciudadana.
- Un Estado que trabaje por reducir los niveles de pobreza, la carencia de servicios básicos, la impunidad y la exclusión que viven amplios sectores de la población.

1.2. Comunidad

1.2.1. Definición

Para el trabajo de salud mental comunitaria, nos parece importante definir el concepto de comunidad, pues, es el eje de referencia y comprensión para diversos procesos sociales de nuestro país. Asimismo, la comunidad requiere ser visibilizada como una entidad viva que organiza la vida material, social y psicológica de la población y que le da sentido a través del tiempo.

La comunidad⁶ es un grupo social diferenciado del resto de la sociedad, cuya conformación puede ser heterogénea o no; comparte una interrelación permanente viviendo en una misma localidad y presenta algunas características e intereses comunes a sus miembros. Entre estos se encuentran: la interdependencia, un sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones. Diferentes autores han señalado que la vecindad geográfica no produce por sí misma una comunidad⁷ y, por otro lado, personas que viven en diferentes lugares pueden sentirse parte de una misma comunidad. Por ejemplo, grupos de desplazados, comunidad de judíos, gitanos, etc.

1.2.2. Características

Por esta razón es importante preguntarnos qué es lo que define a una comunidad para los miembros de ésta. Siguiendo algunas investigaciones, podemos señalar tres aspectos constitutivos que caracterizan una comunidad: el sentido de comunidad, la historia de la misma, y su capacidad de autogestión.

5 Por ejemplo, límites entre el subsistema parental y fraternal.

6 Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU

7 Sanders (1966); Klein (1968) y Warren (1972). En Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU

El sentido de comunidad implica la membresía, que otorga seguridad emocional, identificación entre sí, diferenciación de los que son y no son parte de ésta, además, de un sistema de símbolos compartidos. Esta noción también alude a que sus integrantes tienen una influencia en la comunidad, y que la comunidad tiene una influencia en sus integrantes. El sentido de comunidad pone énfasis en un “nosotros”, que incluye fuertes vínculos afectivos, todo lo cual apoya la conformación de una identidad grupal.

Un segundo aspecto que caracteriza a una comunidad es su historia⁸, que es considerada importante pues permite comprender las razones del origen y transformación de una comunidad, entender su pasado y la posibilidad de visibilizar un destino común. Asimismo, representa la conciencia que tienen los miembros de la comunidad sobre ésta. Las historias de la comunidad crean y recrean la memoria, forman identidad y dan sentido de pertenencia a los individuos dentro de la comunidad a la que pertenecen. Finalmente, estas historias de la comunidad, son las que vinculan y dan sentido de continuidad a las comunidades, pues son el mensaje que es transmitido generacionalmente.

El tercer elemento es su capacidad de autogestión. La generación de una red de apoyo mutuo permite afrontar diferentes situaciones. Ello exige organización y participación como mecanismo para satisfacer, tanto necesidades individuales como las demandas comunitarias.

La autogestión implica interdependencia entre los miembros de la comunidad y voluntad para mantener esa interdependencia. Así también, demanda la puesta en juego de las capacidades de la comunidad. En las propias comunidades existen mecanismos para definir y priorizar las situaciones y problemas que aquejan su vida cotidiana. Así mismo, se determinan las estrategias para afrontarlas basadas en sus prácticas, conocimientos y capacidades. El centro de la toma de decisiones está en los miembros de la comunidad y en sus organizaciones. El control de las mismas recae también en la misma población, por lo que el desarrollo comunitario se establece como un producto de la acción de la comunidad y de las redes sociales generadas.

En ese sentido, las comunidades no pueden ser vistas aisladamente sino en relación con un contexto mayor. No se desarrollan solas, sino más bien, la interrelación con otros -comunidades, organizaciones, instituciones públicas o privadas, medios de comunicación etc.- facilita o interfiere en el alcance de sus objetivos.

Aquí es importante precisar, que el devenir de las comunidades no está exento de crisis o conflictos. Es más, los conflictos relevantes se asocian con la pérdida del sentido de la comunidad, o con la falta de participación comunitaria.

Puede existir una pérdida del sentido de comunidad por diversos motivos:

- a) heterogeneidad de los miembros,
- b) conflictos de intereses,
- c) migración,
- d) violencia política,
- e) otros

O, pueden hacerse presentes otros problemas identificados en las comunidades que dificultan la participación comunitaria⁹, como son:

- a) el establecimiento de relaciones de poder inequitativas;
- b) manejo del poder no guiado por los intereses comunitarios,

8 García, I; Giuliani, F; Wisenfeld, E. (1994). El lugar de la teoría en Psicología Social Comunitaria: Comunidad y sentido de Comunidad. En Psicología Social Comunitaria. Montero, M. Compiladora. México: Universidad de Guadalajara.

9 Petersem, I., Parekh, A., Bhagwanjee, A., Gibson, K., Giles, Ch, Swarts, L. (1997). Community Mental Health Care: Ensuring community participation. En: D. Foster, M. Freeman y Pilloy. Mental Health Policy Issues for South Africa. Cape Town: Masa.

- c) representatividad en riesgo para la toma de decisiones al interior de la comunidad (grupos no representados, por ejemplo, mujeres, niños, ancianos y grupos en riesgo)
- d) otros

1.2.3. Poblaciones en conflicto armado y post conflicto: contextos prioritarios

Habiendo hecho una somera revisión sobre los aspectos que definen o caracterizan a una comunidad, y habiendo visibilizado algunos factores que generan o interrumpen el desarrollo de las comunidades, nos parece relevante centrar la mirada en nuestro país y las causas y consecuencias de los 20 años de conflicto armado interno, pues, el conflicto armado interno peruano, pone de manifiesto las desigualdades injustas y las históricas inequidades presentes en nuestra sociedad, así como el poco respecto a los derechos humanos de las poblaciones más pobres, rurales, andinas y amazónicas.

Estos hechos y sus consecuencias, que pesan como una grave hipoteca en la historia peruana¹⁰, ilustran las distorsiones y sucesos que pueden interferir en el proceso de vida de las comunidades y en su desarrollo, como es el caso de las poblaciones históricamente discriminadas y excluidas: por la pobreza, por pertenecer a grupos minoritarios, por factores lingüísticos, culturales, geográficos; por ser poblaciones desplazadas o violentadas. Precisamente, algunas dificultades al interior de las comunidades tienen su origen directamente en los efectos del conflicto armado interno.

Los conflictos violentos destruyen las estructuras de la sociedad y tienen un impacto en el comportamiento colectivo y en la subjetividad. Habitualmente se habla de trauma, de personas o sociedades traumatizadas que necesitan un proceso de recuperación, aunque este concepto no siempre es aceptado y tiende a transmitir una imagen pasiva de las víctimas¹¹. Algunos autores usan el término “traumatización extrema” para describir el impacto de situaciones mantenidas de violencia y terror, así como la acumulación de experiencias traumáticas que han sufrido muchas víctimas. El trauma no es simplemente un conjunto de síntomas, como habitualmente se entiende desde un punto de vista

10 Conclusiones del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). Perú. www.cverdad.org.pe/ifinal/index.php

Conclusión 162. La CVR llega a la convicción de que las secuelas del conflicto armado interno pesan como una grave hipoteca sobre nuestro futuro y afectan decisivamente nuestra construcción como comunidad nacional de ciudadanos libres e iguales en un país democrático y plural, que avance por el camino del desarrollo y la equidad. Considera, asimismo, que el primer paso para superar esas secuelas es que el país conozca en toda su magnitud las dimensiones del horror vivido entre 1980 y 2000

Conclusión 153. La CVR halla que el conflicto armado interno ha dejado secuelas muy profundas en todos los planos de la vida nacional. La amplitud e intensidad del conflicto acentuaron los graves desequilibrios nacionales, destruyeron el orden democrático, agudizaron la pobreza y profundizaron la desigualdad, agravaron formas de discriminación y exclusión, debilitaron las redes sociales y emocionales, y propiciaron una cultura de temor y desconfianza. Es necesario, sin embargo, resaltar que, pese a las duras condiciones, hubo personas y poblaciones que resistieron y se esforzaron por la afirmación de una sociedad constructora de la paz y del derecho.

Conclusión 158. La CVR es consciente de que el conflicto armado interno intensificó hasta niveles insoportables el miedo y la desconfianza, que a su vez contribuyeron a fragmentar y atomizar la sociedad. En esas condiciones, el sufrimiento extremo ha causado resentimiento y ha teñido de recelo y violencia la convivencia social y las relaciones interpersonales.

Conclusión 161. Finalmente, la CVR señala que debe reconocerse que la violencia, con todo su rigor, no fue capaz de destruir la capacidad de respuesta de la población. En numerosas ocasiones, ante la destrucción de redes sociales tradicionales y el asesinato masivo de dirigentes, las mujeres asumieron nuevas responsabilidades y lanzaron al país el reto moral de reconocer la pérdida de miles de sus hijos en masacres y desapariciones. Dirigentes jóvenes reconstruyeron muchas de las comunidades más afectadas y se pudo comprobar que muchas comunidades habían sido capaces de resistir la violencia a través de la autodefensa y de alternativas de paz y procesos de microrreconciliación.

11 Declaración de Derecho a la Restitución para las Víctimas de Violaciones Graves de Derechos Humanos. Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1999): “Una persona es víctima cuando, como resultado de acciones u omisiones que constituyen violaciones de derechos humanos o normas del derecho humanitario, sufre daño físico o mental, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o imposibilidad de ejercer sus derechos fundamentales como persona”.

biomédico. Se cuestiona incluso la aplicación de un tratamiento psicológico individual para problemas que son claramente colectivos y que tienen causas sociales y políticas. Los modelos más apropiados son los que tienen en cuenta un enfoque que no descontextualice la experiencia de las víctimas y la relación dialéctica individuo-sociedad, tanto en la valoración del impacto como de las fuerzas positivas de reconstrucción y redes de apoyo¹².

Las relaciones al interior de la comunidad, teñidas de desconfianza y temor, el silencio impuesto y la incomunicación, la interiorización del autoritarismo como mecanismo de interacción; la pérdida o desvalorización de los referentes culturales, la falta de confianza en las agencias y capacidades individuales y sociales para enfrentar los problemas de la vida cotidiana; las demandas de figuras mesiánicas, etc. son algunos de los efectos del conflicto armado en nuestra población.

Lo expuesto nos pone en contacto con cambios significativos y con signos de resquebrajamiento social al interior de las comunidades afectadas por el conflicto armado interno. Este resquebrajamiento interfiere en la construcción de un “nosotros” y en la tarea de “recrearlo” para dar continuidad a su historia. Se propone favorecer estrategias de trabajo que permitan la reconstrucción del tejido social y la recuperación de la memoria histórica¹³ de las comunidades.

Esta mirada a la situación de las comunidades altamente afectadas por la violencia política no sería completa si no se plantean algunos de los recursos y capacidades que estas comunidades implementaron para afrontar los múltiples, intensos y crueles hechos de violencia que vivieron: desde el fortalecimiento de su espiritualidad hasta la capacidad de reorganizarse para defenderse; luchar por mantener su identidad cultural, buscar recrear su cultura, y, “hacer” comunidad en los nuevos espacios a los que llegaron; generar nuevos proyectos para sus pueblos, y, principalmente, sobrevivir buscando no perder el sentido de sus vidas. Sin embargo, a pesar de poner en evidencia las capacidades de las comunidades para “sobrevivir” los años intensos de violencia, es preciso señalar que, como país, tenemos una deuda pendiente con las poblaciones que sufrieron con mayor intensidad los años de violencia.

1.3. Salud Mental Comunitaria

1.3.1. Definición

La salud mental comunitaria consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza, las relaciones de inequidad y dominación y el proceso vivido durante el conflicto armado interno. Todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad¹⁴.

La salud mental comunitaria aborda los problemas de salud mental de una manera integral, colocando en el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, familias y comunidades. Desde allí, se plantean propuestas de intervención que se orienten a la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales que se identifican como fragmentadas.

12 Beristain, C. (2005). Reconciliación luego de conflictos violentos: un marco teórico. En Pacheco, G. y L. Acevedo (eds) (2005). Verdad, justicia y reparación. Barcelona: Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) y el Instituto Internacional para la Democracia y la Asistencia Electoral (IDEA)

13 Se trata de recuperar el pasado individual y social para conocerlo, darle un sentido e impedir así la fijación en el pasado que interfiera en el presente. Historizarse significa construir un sentido de comunidad que visibiliza capacidades, favorece la cohesión y contribuye al desarrollo de identidades, lo cual permite afrontar con mayores y mejores elementos las demandas, necesidades y planes futuros.

14 San Martín y Pastor (1991). Citado en 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.

Por otro lado, busca y trabaja por el empoderamiento de la sociedad, vale decir, no sólo porque los derechos ciudadanos y el de la salud sean parte de la realidad, sino también busca generar condiciones para que los ciudadanos, de manera organizada, sean protagonistas de acciones políticas y sociales que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida.

Al hablar de salud mental comunitaria, también se incluyen variables referidas a aspectos de patología, que exceden variables individuales y que tienen que ver con una problemática de salud pública y de orden político y social. Por esta razón, la intervención exige nuevas miradas que incorporen variables sociales, políticas, culturales, de género, de etnicidad, etc.

Los enfoques que implica el trabajo en salud mental comunitaria dan cuenta también de su especificidad: derechos humanos, psicosocial, interculturalidad y de género. En otras palabras, a partir de estos enfoques se permite una comprensión e intervención más acorde y precisa frente a los aspectos de salud mental que nos convocan.

1.3.2. Características

Las intervenciones de salud mental en las comunidades buscan promover cambios en la comunidad, a niveles de: condiciones sociales de vida, vínculos y relaciones, así como, en la manera de “apreciarse o de mirarse”, tanto de la comunidad como de los que facilitan estos procesos. Lo cual supone la participación activa de los diferentes grupos existentes en las zonas, con un enfoque que incluya las diferentes voces. De esta manera se propicia que los grupos minoritarios o excluidos del ejercicio del poder tengan acceso a este, es decir, significa generar cambios políticos en la comunidad.

Para ello, se basa en la identificación y fortalecimiento de los recursos y agencias de la comunidad. En ese sentido contribuye al afianzamiento del “sentido de la comunidad”, así como de la posibilidad de historizarse y de producir nuevas formas de significados sobre sí y sobre su entorno.

Se plantea un trabajo en salud mental que ve a la comunidad como sujeto de intervención y no como objeto de la misma. Es decir, la intervención de salud mental en las comunidades plantea que la población sea coautora de los proyectos a implementarse; establece una relación de “socios” para el alcance de los objetivos comunes, tanto de la comunidad como de la experiencia planteada. Lo cual supone establecer mecanismos de decisión colectiva sobre los planes a realizarse y procesos generados, arribando a propuestas concertadas.

Por tanto, implica el respeto a los diferentes niveles de organización local y a la promoción de la participación activa de los diferentes grupos existentes en las zonas, con un criterio de inclusión. De este modo, se propicia que los grupos minoritarios o excluidos del ejercicio del poder en la comunidad tengan acceso a éste.

La participación de los diferentes miembros de la comunidad se realiza -como se mencionó- desde la elaboración y concertación de la propuesta y durante sus diferentes fases: diagnóstico, intervención y evaluación del proyecto; esto asegura la sostenibilidad de los procesos locales desarrollados.

Se sabe que la inserción de unos “otros” (agentes externos – equipos de trabajo) genera diferentes relaciones al interior de la comunidad. Nos preguntamos por ejemplo ¿qué tipo de relación se reproduce entre la comunidad y los otros? En ese sentido un diseño participativo no es informar al otro de las reglas de juego sino que es establecer las normas de relación y acuerdos con la comunidad. Es un proceso de interacción entre comunidad y agentes externos, en la que mutuamente se influyen.

Es recomendable que los agentes externos tengan un conocimiento sobre el contexto, las representaciones sociales, los elementos locales, así como un conocimiento de la cosmovisión de la población y, particularmente, sobre los discursos, concepciones y construcciones alrededor del

proceso de salud y enfermedad que tiene la comunidad, así como, de las prácticas locales para sanar, buscar y mantener la salud.

Las relaciones cara a cara, el respeto a los acuerdos, la comunicación fluida, la familiarización con el mundo local y la concertación favorecen el establecimiento de vínculos de confianza y credibilidad con la población. En ese sentido, es importante recordar que toda narrativa de sí mismo se construye en la relación con el otro. Por ello, no podemos perder de vista al agente externo y su subjetividad.

Las interacciones que se dan durante el trabajo de campo son situaciones artificiales, por lo que es central el análisis desde los procesos y no sólo desde los contenidos; de allí, que se deben incorporar en el análisis las condiciones bajo las cuales se trabaja, así como la recepción y la inter-subjetividad creada y recreada en el encuentro entre profesional y comunidad¹⁵.

Al mismo tiempo que reconocemos el valor de la comunidad - la vida colectiva que posibilita el desarrollo - se reconoce también la centralidad de las personas como sujetos protagonistas de sus procesos de cambio y el papel promotor de desarrollo de una comunidad saludable. La interacción es mutua: de la comunidad al individuo y del individuo a la comunidad.

Es fundamental partir del reconocimiento de la necesidad y la demanda de las personas y comunidades, así como de los principios de equidad y solidaridad, y de la importancia de la decisión política para dirigir acciones que atiendan esta problemática de la manera más integral posible. Esto quiere decir también, incorporar su contexto de vida, el cual está estrechamente relacionado a la identidad y las posibilidades de desarrollo futuro.

Por otro lado, a nuestro juicio, las formas de sufrimiento instaladas o los malestares crónicos, son expresiones de largas historias de postergación, exclusión, de ninguneo, maltrato, orfandad, ausencia de oportunidades, etc., que requieren ser explicitadas, asumidas y miradas críticamente. Éstas se reproducen en la subjetividad del individuo, como también en las relaciones sociales al interior de la comunidad, así como en la relación que mantiene ésta con el entorno mayor - llámese país, región, continente.

1.3.3 Intervención en salud mental comunitaria

Al referirnos a la intervención en salud mental comunitaria hablamos de las diferentes formas de hacer y trabajar en esta temática, en diálogo con la comunidad. Supone diferentes modos de actuación, que responden a situaciones específicas y necesidades que se plantea la comunidad, así como a los objetivos que se acuerden.

Las modalidades de intervención que inicialmente identificamos, son: promoción, prevención, atención e intervención clínica con abordaje comunitario. Si bien cada forma mantiene una especificidad, en la práctica es muy difícil imaginarlas en estancos separados, pues, el sentido de la intervención y los procesos al interior de las comunidades demandan propuestas de trabajo dinámicas e interdependientes.

En estas formas de intervención los procesos de acción y de cambio se dan a nivel personal, grupal o comunal, buscando siempre promover cambios a nivel social, y en el entorno más global.

Promoción de la salud mental comunitaria

Es una forma de intervención que se centra en movilizar a la comunidad hacia su protagonismo, a la búsqueda y mantenimiento de su salud, al sentido de disfrutar de una salud mental y de un bienestar integral. Esto supone considerar los determinantes de la salud* como el marco de acción para

¹⁵ Melucci, (1985). El proceso de la identificación colectiva. Material educativo del diploma de Estudios de Género PUCP

* Algunos determinantes sociales de la salud son ingresos y nivel social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entornos sociales, entornos físicos, aspectos biológicos, prácticas de salud personales, aptitudes de adaptación, desarrollo sano, servicios de salud, género y cultura.

favorecer conductas y entornos saludables. Resalta la interacción de los individuos con su entorno; es decir, el clima emocional, social, cultural, físico y político.

Asimismo, se plantea acciones políticas, educativas y comunicativas para el empoderamiento y bienestar colectivo. Destaca las dimensiones positivas de la salud, trabaja con grupos de personas y comunidades para modificar procesos, condiciones y sistemas que lo requieran, buscando aumentar las habilidades y capacidades para conservar, mejorar la salud mental y la calidad de vida de la comunidad.

Por ejemplo, en la línea de promoción de la salud mental comunitaria se propone facilitar condiciones, entornos saludables y generar espacios de acogida para una comunicación empática que consideren el desarrollo de la comunidad y sus miembros.

Prevención en salud mental comunitaria

La prevención focaliza, trabaja y busca disminuir los factores de riesgo existentes en la comunidad. Su objetivo mayor es impedir la aparición y desarrollo de situaciones que puedan afectar la salud mental.

Exige comprender que los problemas de la salud mental y los factores de riesgo son emergentes de una problemática global, la cual también requiere ser analizada en su propio contexto. Desde este análisis se pueden plantear estrategias de trabajo preventivo que se adecuen a las realidades locales.

Por ejemplo, prevención en salud mental comunitaria se refiere al trabajo con personas que han sido maltratadas, previniendo que reproduzcan la violencia contra sí mismos, sus familias o grupos de referencia. Así mismo, fomenta el desarrollo de recursos psicológicos de grupos vulnerables de la comunidad, con el fin de prevenir el surgimiento o el arraigo de potenciales conflictos.

Atención en salud mental comunitaria

Esta forma de intervención se orienta a actuar sobre el malestar y los problemas que la comunidad identifica; involucra a diferentes actores, como personal de salud, promotores, agentes tradicionales y otros profesionales vinculados al trabajo comunitario. Es importante tomar en cuenta, que cada uno de ellos en su trabajo de atención e interacción con la comunidad, es un instrumento que facilita procesos que afectan, despliegan o bloquean la salud mental. Por este motivo es necesario desarrollar y fortalecer las capacidades y habilidades de quienes están involucrados en estos procesos, poniendo especial énfasis en algunas herramientas básicas tales como: la escucha, la empatía, la interpretación, la concertación, el respeto a las diferencias, entre otras.

Focalizando en las necesidades y demandas de la población, el proceso de construcción de propuestas y acciones se hace tan relevante como el proceso de atención, con sus logros y avances. Entonces, las propuestas de atención en salud mental comunitaria, implican identificar las capacidades, recursos y habilidades de la comunidad y de los individuos afectados; con el fin de hacer crecer el potencial local y posibilitar un trabajo coordinado.

Intervención Clínica con abordaje comunitario

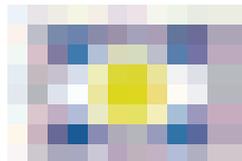
Cuando se identifican problemas y malestares en la comunidad, grupos y/o miembros de la misma que demandan un mayor nivel de especialización es necesario coordinar con los especialistas de salud mental. Esto incluye lidiar con problemas más severos.

La intervención clínica con abordaje comunitario permite que el trabajo terapéutico esté articulado a los procesos psicosociales de recuperación y fortalecimiento de las relaciones y redes entre los diferentes actores y grupos de la comunidad. En esta propuesta de intervención se resaltan las capacidades de afronte y elaboración de las personas y la comunidad para dar respuesta a los problemas específicos de salud mental y del contexto en general.

Cuestionamos las formas tradicionales de entender el trabajo clínico con visiones centradas en el síntoma, el padecimiento y las dificultades que trae el paciente o el grupo, pues consideramos que estas formas de intervención tienden a estigmatizar, “etiquetar”, “victimizar” a las personas y grupos.* Por lo tanto, no se trata solo de aliviar o “sanar”, sino sobre todo de favorecer el restablecimiento de capacidades, agencias y posibilidades de desarrollo, que puedan generar vínculos constructivos con los otros. Este cambio de perspectiva requiere reconsiderar las formas de preparación y formación de los involucrados en el trabajo de salud mental.

Cabe resaltar que las intervenciones en salud mental comunitaria son indesligables de la salud pública, tarea en la cual se involucra al Estado con sus diferentes sectores y la sociedad civil; en el que el rol central le corresponde al sistema sanitario nacional en coordinación con otros actores.

Desde el GTSM planteamos estas cuatro modalidades de intervención, sin embargo, nos queda claro que existen otras formas para trabajar por la salud mental comunitaria de las poblaciones, que son desarrolladas por las mismas comunidades; muchas de estos estilos locales son desconocidos por nosotras, por tanto nos parece un reto identificarlos, promoverlos y difundirlos.



* Castaño, Bertha (1994) El trabajo psicosocial: Reflejo de posiciones éticas y políticas. En: Castaño, B., Jaramillo L. y Summerfield, D. (eds.) Violencia, política y trabajo psicosocial. Bogotá: Corporación AVRE.



II

ENFOQUES DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

La propuesta de entender la salud mental como un concepto que va más allá de los procesos emocionales y mentales de la persona, supone asociarla al concepto de desarrollo humano, el cual involucra la expansión constante de capacidades individuales y colectivas orientadas a satisfacer las necesidades fundamentales presentes en todas las culturas, tales como: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad, libertad.

En sus inicios, el concepto tradicional de desarrollo contemplaba la satisfacción de las necesidades básicas a través de la producción de bienes materiales como fin último. Hoy este concepto se ha reformulado y responde a un objetivo principal: el enriquecimiento de la vida humana poniendo acento en lo que la gente puede ser y hacer y no en lo que puede tener¹⁷.

Si la salud mental es producto de relaciones sociales e históricas, es necesario observar, entender y realizar una intervención en salud mental comunitaria desde diferentes enfoques que permitan incluir y entender esta relación de influencia mutua entre individuo y sociedad. Por lo cual consideramos como indispensables los siguientes enfoques: derechos humanos, psicosocial, intercultural y de género.

2.1. Enfoque de Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos tiene como premisa básica que es fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz en el mundo el reconocer la dignidad innata de todos los miembros de la familia humana, así como la igualdad e inalienabilidad de sus derechos¹⁸. Asimismo la Declaración Universal de los Derechos Humanos plantea en su artículo 25 que: “ toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”¹⁹ Este artículo abre la posibilidad de plantear la salud mental como un derecho humano.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud señala que: “El disfrute del más alto estándar de salud es uno de los derechos fundamentales de toda persona humana sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”²⁰. Asimismo, el Secretario General de las Naciones Unidas sostiene “...que la salud sea finalmente vista no como una bendición esperada, sino como un derecho por el cual se luche”²¹. Con lo cual se ratifica que el derecho a la salud física y mental es reconocido desde el inicio de la creación del sistema internacional de Derechos Humanos.

17 Amartya Sen señala que los funcionamientos representan partes del estado de una persona: en particular, las cosas que logra hacer o ser al vivir. La capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que ésta puede lograr, entre las cuáles puede elegir una colección”. En Sen, A. y M. Nussbaum comps. (1998). La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica.

18 Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948). Preámbulo. <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

19 Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948). Artículo 25, Resolución N° 217 A (III); que fue aprobada por Resolución Legislativa N° 13282 del 15 de diciembre de 1959.

20 OMS (1948) <http://www.who.int/es/>

21 Anan, K. (2002). Citado en Castellón R. y L. Laplante (2005). Exigiendo el derecho a la salud mental. Lima: CIES - Observatorio del Derecho a la Salud, CARE y Defensoría del Pueblo.

Sin embargo, cuando se dan violaciones a los derechos humanos de las personas, se invisibiliza que la salud y la salud mental también son vulneradas. Esto es un aspecto pobremente identificado por diversos sectores de la sociedad que van desde las mismas personas afectadas y pasa –hasta– por algunos profesionales de la salud.

Las consecuencias de las violaciones de los derechos humanos llevan a plantearse acciones de prevención y atención que trascienden el plano individual. Asimismo, desde las políticas y tratados suscritos se busca promover, respetar, proteger y cumplir con los Derechos Humanos y la Salud. Es importante poder brindar espacios reivindicatorios saludables donde la injusticia sentida pueda ser procesada y reparada desde lo social.

La atención de la persona en esta dimensión de la salud, implica reconocer la salud integral como un derecho humano y contribuir a la consolidación de una cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos, en las que cada actor social participa responsablemente en favor del mantenimiento de la salud y del bienestar individual y colectivo. Resulta imprescindible que los agentes que trabajan con comunidades comprendan la salud mental primero, como parte importante de la salud integral y luego, como un derecho, y así lo respeten y lo puedan defender como tal.

Hablar de un enfoque de derechos humanos en salud mental, significa construir ciudadanía en salud sobre la base de una auténtica participación, que propicie el desarrollo de iniciativas autónomas, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad. Además, el poder mirar la salud integral como un derecho de la persona genera las condiciones y bases para el proceso de creación de una cultura de paz.

Dentro de este enfoque es importante tomar en cuenta también la salud ambiental como parte de la salud integral. Esta tiene que ver con el acceso a los servicios de agua potable y adecuada sanidad para la comunidad. La cobertura de sanidad en el Perú es una de las peores de América Latina, y se observa que esto eleva la incidencia de enfermedades físicas, afectando también la calidad de vida de la población; lo cual finalmente incide negativamente sobre su salud mental. El desafío más importante para que los peruanos accedan a la salud como un derecho es poder erradicar la pobreza y la inequidad. Lograr formular políticas e implementar estrategias que tengan como base el principio de la equidad y los derechos humanos; supone la creación de propuestas nacionales que incluyan una mirada del otro – en su cultura - y su entorno que suponga igualdad y no discriminación. Además supone también la inclusión de las prioridades y requerimientos en salud de las propias comunidades²².

2.2. Enfoque Psicosocial

El enfoque psicosocial está estrechamente vinculado con los procesos de cambio social, político en una localidad, región país; da cuenta de la necesidad de proponer cambios estructurales, desde una mirada que ubica lo individual en el marco de lo social, comunitario, poniendo especial énfasis en la dimensión socio cultural. Este enfoque aporta la comprensión de la dimensión subjetiva y su influencia en los procesos sociales y viceversa. Se parte de la constatación de que cualquier proceso de cambio social o desarrollo se basa –entre otros factores– en las relaciones interpersonales y grupales que pueden generar y mantener estos cambios o desarrollo.

En América Latina surge en el contexto de conflictos sociales, asociados a la asimetría y desigualdad. Particularmente se relaciona con los conflictos armados internos y con la preocupación por los procesos asociados a ellos, desde las diferentes disciplinas. Nace asociado a la necesidad de atender a personas y grupos afectados por estos procesos. Resulta especialmente interesante la discusión que se plantea con respecto a cómo desarrollar una práctica clínica en este contexto. El enfoque psicosocial cuestiona el individualizar la atención y estigmatizar a las personas con diagnósticos clínicos, pues, de ese modo se pone la responsabilidad de ese “mal” en la persona individual, y no se plantea

22 Hunt, P (2004). Resumen de recomendaciones provisionales. Lima: Misión al Perú 07-15 de junio.

que son determinados grupos o gobiernos quienes son los responsables por esa guerra y por los efectos que quedan en la población²³.

La mirada psicosocial es de vital importancia, no solo para entender la problemática de salud mental vinculada a conflictos, sino fundamentalmente para poder atenderla adecuadamente. Al dejar de ver el aspecto político, asociado a los hechos de un proceso de violencia política, se puede silenciar tanto el sufrimiento de las personas afectadas, como las causas del mismo. Primero, porque se puede convertir a estas personas de “víctimas” en “personas enfermas”, “pacientes” que requieren de un tratamiento especializado por estar “mal”, cuando de lo que se trata es de un problema social que deja secuelas en la población que tienen que ser atendidas y que demanda una mirada y un accionar integral.

El enfoque psicosocial contextualiza a las personas y el modo en que se relacionan de esta manera se facilita la identificación simultánea de dificultades y recursos. “La complejidad del fenómeno de la violencia política vivido en el Perú, la comprensión de sus causas, secuelas y la búsqueda de alternativas para superarlas, requieren de una lectura que incluya abordajes complementarios: antropológicos, psicológicos, sociales, jurídicos, económicos, entre otros”²⁴. El abordaje psicosocial da cuenta de cómo el proceso de la violencia política se ha instalado en el mundo interno y relacional de las personas, dejando huellas que se registran y permanecen latentes o que pueden expresarse en otras formas de violencia social, siendo por ello fundamental facilitar procesos de análisis y elaboración de lo vivido.

2.3. Enfoque Intercultural

Hablar de interculturalidad en países pluriculturales como el Perú, pone de relieve la convivencia e interacción histórica entre sus culturas. Esta interacción se ha dado la mayoría de las veces en condiciones de desigualdad y dominio. Como resultado, los discursos etnocéntricos y homogeneizantes son asumidos como “condiciones naturales” y reproducidos por nosotros mismos; expresándose en exclusión, marginación, racismo o fundamentalismos etnocéntricos que atentan contra los derechos de los que son diferentes.

Dado que la formación de la identidad y estima propia se construye a partir de la relación con otros, cada vez que alguien desprecia la cultura del otro, la niega o sólo reconoce parte de ella²⁵ está atentando contra su dignidad. Por esta razón, el reconocimiento de las diferencias culturales se asume como un derecho. Se trata de reconocer el valor de cada cultura simplemente por existir, un reconocimiento a priori, genuino y no parcial.

La interculturalidad como enfoque visibiliza cómo se da el diálogo entre las culturas, con el objetivo de contrarrestar las relaciones de dominación política, social y económica, incluyendo procesos de cambio en relaciones cotidianas. Es un fin y un medio para construir relaciones democráticas y de igualdad de condiciones entre los actores de una sociedad²⁶. Esto va unido a una progresiva permeabilidad entre culturas y sensibilidades distintas, donde el reconocimiento del “otro-radicalmente-distinto nos embarca en el juego de ser otros”. No es suficiente la tolerancia del otro, sino la opción de la autorecreación propia en la interacción con ese otro²⁷.

23 Castaño, B. (1994) El trabajo psicosocial: Reflejo de posiciones éticas y políticas. En: Castaño, B., Jaramillo L. y Summerfield, D. (eds.) Violencia, política y trabajo psicosocial. Bogotá: Corporación AVRE.

24 Mesa de Trabajo de Salud Mental con población afectada por la violencia política: Red para la Infancia-PASMI, CEDAPP, el Centro de Atención Psicosocial de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, CAAAP, SUYASUN, Carmen Aldana (2001). Documento de Recomendaciones a la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Desde el enfoque psicosocial. Folleto de Divulgación. Lima.

25 Por ejemplo, cuando sólo se valora aquello que resulta familiar o que nos puede agradar, como el canto o el baile andino o amazónico, pero no se incluyen todos los otros aspectos que le corresponden a estas personas de esas culturas, no se les incluye como sujetos en igualdad de derechos, en igualdad de derechos sin negar las diferencias.

26 Godenzzi, J. (1996). Educación e interculturalidad en los Andes y la Amazonía. Cusco: Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de las Casas.

27 Hopenhayn, M. (2002). El reto de las identidades y la multiculturalidad. (www.campus-oei.org)

Debemos tomar conciencia de que la interculturalidad no es innata, es el resultado de un diálogo en igualdad de condiciones que construye una forma de relacionarse. Nos exige un proceso de autoanálisis sobre nuestras habilidades para relacionarnos de una manera positiva y creativa, aprender de otras culturas y desarrollar un pensamiento etnorelativista²⁸ que incluye la habilidad para evaluar fenómenos y nuestra propia identidad, tomando en cuenta el contexto cultural.

Aplicar el enfoque intercultural al trabajo en salud mental implicaría:

- a) Promover condiciones de igualdad entre los interlocutores, en cuanto al conocimiento y ejercicio de sus derechos y acceso a oportunidades.
 - Ser consciente de que las condiciones de dominación afectan la salud mental de las personas y grupos. Por ello, un proceso de promoción de la salud mental de un país pluricultural requiere necesariamente hacer visible y cuestionar cómo la subjetividad de los responsables de los servicios de salud, así como de la población a la que van dirigidos, reproduce las formas de dominación cultural.
 - Cuestionar las condiciones de etnocentrismo u homogenización contribuye a crear un verdadero diálogo intercultural. En este la escucha, empatía, valoración de la cultura diferente, adaptación a ésta e integración de los aprendizajes que nos ofrece, supone un cambio en la manera de comprender los problemas y ofrecer modelos de relación alternativos al etnocentrismo. En ese sentido, se promueve la salud mental como el ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social.
 - Una atención adecuada en salud parte de una comprensión de los procesos de salud-enfermedad, los supuestos, los diagnósticos, las terapéuticas, tanto de los que ofrecen los servicios de salud como de aquellos que provienen de la población que se atiende, con el objetivo de establecer puentes de comunicación, puntos de encuentro entre ambos planteamientos, así como para identificar mejores estrategias para lograr una sintonía cultural que respete los derechos de los usuarios.
- b) Diseñar políticas que reconozcan la pluralidad del Estado y contribuyan a una democracia inclusiva y participativa con respeto a las ciudadanías.
 - La implementación de cualquier política pública debe impedir que la pertenencia a una determinada cultura sea motivo de impotencia y marginación, que atente contra su salud mental. Es decir, debe promover las capacidades de las personas y grupos, reorganizando el poder en los ámbitos locales, regionales y nacional, a partir de una ética fundamentada en la solidaridad, la justicia y el bien común²⁹.
 - Las políticas pueden reproducir las condiciones de dominación cuando se basan en modelos etnocéntricos de atención y comprensión del proceso salud-enfermedad. Por ello, se requiere proponer políticas alternativas en salud mental que promuevan un encuentro que respete los derechos de la ciudadanía.
- c) Entender el diálogo intercultural como un intercambio y enriquecimiento mutuo entre las diferentes culturas.
 - Todavía nos falta mucho en el camino de construir modelos de relación en los que la diversidad cultural se convierta en un capital para el desarrollo de nuestro país. Necesitamos recrear modelos alternativos de desarrollo del país en los cuales la diferencia y la identidad, la autonomía y la integración, la autorrealización colectiva y la realización del individuo puedan ser compatibles y no mutuamente excluyentes.
 - No se trata sólo de no discriminar o tolerar, sino que se trata de la construcción política de nuevas relaciones para todos. La interculturalidad amplía el sentido de la democracia y el de ciudadanía, porque se trata de construir una conciencia de que lo público es de todos, y necesitamos construir reglas de conducta para la convivencia social y política para que ningún ciudadano quede excluido

28 Bennett (1986). Citado en: Dana, R. (1993) Multicultural Assessment Perspectives for Professional Psychology. United States of America: Allyn & Bacon.

29 Luna, F. Beingolea, M. y Cornejo, M.(2002) Identidad e Interculturalidad. Lima: CAAAP.

o ignorado³⁰. Por esta causa deben existir políticas interculturales que atraviesen todos los sectores para que se fortalezcan mutuamente la sociedad civil y el Estado.

2.4. Enfoque de Género

Se coloca el énfasis en las relaciones de género entre hombres y mujeres, las cuales están marcadas por una distribución desigual de poder, tanto en la esfera pública, como en la esfera privada, cotidiana y relacional.

Si bien existe una diferencia entre los sexos, se han construido a lo largo de la historia una serie de valores que han determinado una posición superior del hombre respecto de la mujer³¹. Las categorías de hombre y mujer son productos culturales, construcciones sociales que tienen como fin informar a sus miembros sobre las formas de sentir y hacer que les están asignadas socialmente. Estas construcciones, simbolizadas a partir de la diferencia sexual, son la base de las nociones de masculinidad y feminidad, y de los discursos y prácticas a ellas asociadas. Se trata de normas que diseñan la conducta de los sujetos, tanto en el pensar como en el sentir³².

El género estructura la percepción y la organización concreta y simbólica de la vida social y, por tanto, se constituye como una importante categoría de análisis y reflexión³³. Así entendida, la teoría de género parte del reconocimiento de que cada cultura tiene una manera particular de construir las relaciones entre hombres y mujeres. Por tanto se propone desarrollar políticas y/o propuestas sociales que den cuenta de estas diferencias y especificidades.

Trabajar desde una perspectiva de género en salud mental implica trabajar en pro de favorecer relaciones de género equitativas en una comunidad. Supone conocer la situación de hombres y mujeres, así como el tipo de relaciones que se establecen entre ambos. En ese sentido, el enfoque de género permite una mirada más fina y real de los problemas que afectan la salud mental de hombres y mujeres en una comunidad. Nuestra cultura occidental impone ciertos mandatos y normas sociales sobre cómo debe ser un hombre, una mujer y sobre las relaciones que entre ellos se dan. Éstos, pueden constituir condiciones de vida enfermantes sobre todo para las mujeres, si se toma en cuenta lo patriarcal de la sociedad³⁴.

Se plantea que, a lo largo de la historia, el conflicto central que afecta a la salud mental de las mujeres, es el conflicto de exclusión, de marginación de ciertas esferas sociales que impiden su participación plena. En este sentido, se señala que la sociedad hace que las mujeres tengan, en general, muchos menos espacios sociales para participar que los hombres, que les servirían de soporte y recreación, convirtiéndose en espacios protectores para su salud mental³⁵.

Por otro lado, también se advierte que al ligar los conceptos de salud mental y género los factores de riesgo para la salud mental de las mujeres tienen que ser entendidos como aquellos sucesos vitales que provocan estrés y/o depresión, los cuales son capaces de producir un cambio importante en la vida cotidiana de la mujer. De este modo se manifiesta que el matrimonio tradicional, el trabajo de ama de casa, en contraposición al trabajo fuera del hogar, la doble jornada de trabajo, el tener tres o más niños pequeños en casa bajo su cuidado, la falta de soporte o ayuda de amigos o familiares - especialmente entre las mujeres jefas de hogar -, la falta de comunicación íntima y confidencial con una pareja, el no

30 Luna, F. (2004). Interculturalidad, un signo de los tiempos. Lima, CAAAP.

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

32 Ruiz Bravo, P. (2001). Subversiones masculinas. Imágenes del varón en la narrativa joven. Lima: Flora Tristán.

33 Scott, J. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *American Historical Review*, 91, 1053-1075.

34 Burin, M. (1993). Nuevas perspectivas en Salud Mental de Mujeres. En: Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias. Editorial Paidós. Buenos Aires-Argentina.

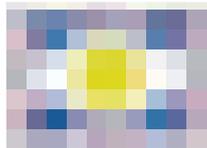
35 Beristain, C. (2002) Violencia y afirmación de las mujeres. Reflexiones desde una perspectiva psicosocial. Manuscrito personal

participar de grupos vecinales, artísticos, políticos, etc. Y el centrar exclusivamente lo femenino en el poder de los afectos, descuidando o excluyendo el poder racional y económico; constituyen factores de riesgo que son invisibles si no se integra el enfoque de género al mirar el concepto de salud mental³⁶.

En cuanto a los hombres, se observa que, debido a la construcción tradicional y machista de sus masculinidades, los riesgos para su salud mental se encuentran relacionados con la constricción afectiva que produce, entre otros, problemas somáticos, siendo en esos casos el cuerpo el que expresa el síntoma. Por otro lado, al validar socioculturalmente la violencia en los hombres, se les proporciona un contexto justificado para la expresión de la misma pudiendo caer fácilmente en conductas delictivas y antisociales.

En esta misma línea, desde la literatura se puede constatar que al hablar de patologías de acción, donde existe un impulso irrefrenable de llegar al acto sin pasar por la elaboración del sentimiento; hay diferencias entre hombres y mujeres. Hay muchos más hombres con problemas de adicciones y de conducta sociopática y hay muchas más mujeres con problemas de alimentación y de automutilación. La expresión de la rabia y la violencia también está diferenciada por género.

El enfoque de género se suma al enfoque intercultural. En un país como el nuestro estas dimensiones se retroalimentan permanentemente, por lo que se requiere una mirada integral. Si el género se construye social y culturalmente es preciso acercarnos con una mirada que reconozca la multiculturalidad de nuestro país y que incorpore el reconocimiento del otro como uno de sus objetivos.



36 Burin, M. (1993). Nuevas perspectivas en Salud Mental de Mujeres. En: Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias. Editorial Paidós. Buenos Aires.



III

APORTES METODOLÓGICOS

A partir de los conceptos y enfoques planteados se proponen en este capítulo algunos procedimientos a seguir para la implementación de propuestas concretas de intervención en salud mental comunitaria. Se inicia con la presentación de algunas líneas generales que pueden servir de orientaciones para la elaboración del marco lógico de la propuesta de intervención, para luego plantear algunas aproximaciones que contribuyen al proceso mismo de la intervención.

3.1. Construcción de la propuesta

La construcción de propuestas de intervención en salud mental comunitaria contempla diferentes etapas y procedimientos. En esta parte se reseñan algunas de ellas, que están en relación con los objetivos, las estrategias y la formulación de resultados, en las que se han planteado, a modo de referencia, algunas orientaciones que pueden contribuir a la elaboración de los mismos.

3.1.1. Lineamientos para la definición de objetivos

Retomando la definición de salud mental comunitaria³⁷, el mejoramiento de las condiciones de vida implica promover un cambio en las condiciones sociales y emocionales de las personas, las familias y la comunidad y en los vínculos que las unen, que les sirven de soporte y que requieren ser fortalecidos. Implica también el despliegue de las capacidades para encontrar formas positivas de relacionarse, desencadenando procesos de integración social, convivencia democrática, creación de espacios adecuados para la elaboración colectiva de los malestares y sufrimientos, así como el desarrollo de proyectos de vida.

Lo anterior supone trabajar en procesos de reconstrucción del tejido social de la comunidad, buscando restablecer las redes de confianza y los vínculos para generar subjetividades que permitan el ejercicio de los derechos así como el desarrollo individual y colectivo de los pobladores, recuperando y fortaleciendo la dignidad humana como principio de convivencia social³⁸.

Se trata de promover cambios en la comunidad con el involucramiento integral de sus miembros en la identificación de sus problemas y necesidades psicosociales, así como en la definición y puesta en marcha de alternativas para dar respuesta a la problemática identificada, a partir de las habilidades y los recursos propios.

37 Ver 1.3.1 Concepto de salud mental comunitaria

38 Tomando en cuenta estos criterios, el propósito de las intervenciones se puede focalizar, por lo menos, en 3 campos de acción: uno político, de incidencia para la toma de decisiones en el tema de salud mental; uno técnico, de ejercicio de conocimientos y uso de herramientas adecuadas para promover los cambios deseables en la realidad; y uno humanístico, para el desarrollo de la reflexión, el pensamiento crítico y los valores como la autonomía, el respeto, la solidaridad y la equidad.

En ese sentido se sugieren a continuación algunas ideas que pueden orientar el diseño de los objetivos. En ellas se plantean ciertos cambios hacia donde podrían orientarse los objetivos construidos a partir del diagnóstico participativo. Si bien estas ideas son puntos de partida para la definición de los objetivos, la tarea es aterrizarlos a las situaciones y necesidades concretas.

Por otro lado, dado que se trata de generar cambios de una situación actual reconocida como no deseada a un estado mejor, las propuestas y objetivos de la intervención requieren una consideración temporal. Se tienen que considerar las dinámicas locales y los ritmos particulares. Sin embargo, es posible hacer un ensayo de ubicar aquellos cambios que es posible lograr en un plazo más cercano y diferenciarlos de los que van a requerir un tiempo mayor.

Algunos cambios que van a requerir un tiempo mayor:

- Fortalecer las capacidades psicológicas y socio-culturales, que permitan a las personas, familias y comunidades mejorar la calidad de su salud mental.
- Contribuir a la recuperación en las comunidades de los efectos de la pobreza, la exclusión y la violencia vivida por el conflicto armado interno, tomando en cuenta los enfoques de interculturalidad, psicosocial, género y derechos humanos.
- Incidir en la elaboración de políticas públicas en el tema de salud mental, dentro del marco de un real ejercicio de los derechos humanos, en los espacios locales, regionales y nacionales.
- Contribuir al fortalecimiento de la institucionalidad y la democracia³⁹ para conservar y reparar el tejido social, aportando al desarrollo individual y colectivo y al ejercicio de ciudadanía.
- Aportar a la construcción de una sociedad incluyente y democrática a través del reconocimiento de la dimensión subjetiva, como un elemento central en los procesos sociales y políticos.

A mediano plazo se puede considerar:

- Desarrollar capacidades psicosociales locales y fortalecer vínculos al interior de la familia, los grupos, las instituciones y la comunidad, a través de la creación de espacios participativos de escucha, reflexión y buen trato, que contribuyan a la prevención y promoción de la salud mental.
- Favorecer la reconstrucción y elaboración de la memoria colectiva de los grupos y las comunidades, propiciando el diálogo intergeneracional que aporte a la definición de políticas interculturales y de derechos humanos.
- Facilitar la recuperación de la salud mental de personas, familias y comunidades, propiciando la creación y el fortalecimiento de redes locales y regionales de soporte.

3.1.2. Estrategias para la implementación de propuestas

Consideramos como estrategias aquellas formas de acción que apuntan a alcanzar los resultados esperados con la intervención y que, en consecuencia, señalan pasos y trayectorias a seguir. A continuación se plantearán algunas estrategias ya identificadas. Sin embargo, es preciso señalar que estas son referencias que enriquecen el análisis.

Comprender los problemas de salud mental en relación con el contexto en el que se desarrollan y viven las personas

Esta estrategia se refiere al análisis de las relaciones entre la salud mental y las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas donde se desarrollará la intervención. Considerar la realidad del país supone abordar los problemas de salud mental en el marco de la realidad nacional.

Es imprescindible una comprensión intercultural de los diferentes temas de salud mental, puesto que cada cultura define y aborda los diferentes problemas que afectan el funcionamiento psíquico respondiendo a un saber y a una práctica sustentada en relaciones históricas y culturales. Reconociendo las diferencias, esta comprensión supone relaciones de equidad y respeto en el marco de la convivencia.

39 Trabajo coordinado y establecimiento de consensos, lo cual supone elaboración de las diferencias.

Por la naturaleza multidimensional de los eventos sociales no caben barreras interdisciplinarias⁴⁰. Se requiere trascender las divisiones artificiales y promover un encuentro productivo y recíproco entre las diferentes miradas existentes, lo que implica renunciar a la idea de que nuestra disciplina profesional tiene la explicación privilegiada sobre la realidad.

Se sugiere plantear reuniones de análisis y reflexión sobre las características sociales, políticas y culturales de las zonas de intervención del país y de la “comunidad global”. Este trabajo puede desarrollarse en diferentes momentos y espacios, al interior del equipo de trabajo o en encuentros con los líderes, autoridades y demás actores de la zona de intervención.

Potenciar los recursos existentes en la comunidad y favorecer la reconstrucción de la memoria histórica y colectiva

Es necesaria la identificación y el fortalecimiento de las redes de agentes locales comunitarios para promover acciones que articulen resultados orientados al desarrollo humano, al ejercicio de derechos, la participación ciudadana y el despliegue de recursos de la comunidad. Reconociendo las diferentes acciones y propuestas existentes se facilita que la comunidad tenga una mejor comprensión y percepción de sí misma y de sus capacidades.

En el marco de esta estrategia resulta relevante rescatar los modelos explicativos⁴¹ sobre la salud y la enfermedad que existen en las comunidades. Así también, es central valorar la perspectiva intercultural, resaltando los aspectos sanos que proporciona la cultura⁴², como son: la certidumbre, la constancia objetiva, la identidad, la memoria colectiva y las prácticas de auto-ayuda y auto-organización.

Se plantea apoyar los diferentes procesos de reconstrucción de la memoria histórica y colectiva de las comunidades y del país, haciendo una reflexión conjunta acerca de los roles y del impacto de las acciones de cada uno de los actores en los diferentes momentos históricos. Historizar implica reconstruir el sentido de comunidad, el sentido de un nosotros, con lo cual se contribuye a la estructuración de las identidades locales y comunales.

Es relevante propiciar espacios de encuentro e intercambio entre los diferentes actores de la comunidad para facilitar el despliegue de recursos que contribuyan a los procesos de reconstrucción del tejido social. Asimismo, se propone facilitar procesos de capacitación para el personal de salud, basados en una comprensión integral de la salud mental, que deberían traducirse en acciones e intervenciones que favorezcan el desarrollo individual y colectivo.

Articular la salud mental a otros procesos de desarrollo y al ejercicio de derechos

La salud mental no es un elemento aislado de otros procesos sociales, culturales y económicos que se dan en la comunidad. Se integra a las actividades culturales, artísticas y productivas. La salud mental es parte del conjunto de procesos sociales de cada comunidad que contribuyen al

40 Bunge, M. (2001). Construyendo puentes entre las ciencias sociales. En Castel, R., A. Touraine, M. Bunge, O. Ianni, A. Giddens. (2001). *Desigualdad y globalización: cinco conferencias*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires y Ediciones Manantial SRL.

41 Kleinman señala que los modelos explicativos están referidos a las nociones, conceptos e ideas que acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento, utilizan y manejan todas aquellas personas implicadas en el proceso clínico (usuarios, familiares-amigos y profesionales de la salud). A través de la teoría de los modelos explicativos, la antropología de salud intenta poner de manifiesto la diferencia entre las perspectivas; de los profesionales de la salud y del paciente. Kleinman A. (1980) *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

42 Zavala, R. (2005). *Salud Mental Intercultural*. Ponencia en el Diplomado de Salud Intercultural de la Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad San Cristóbal de Huamanga, Dirección Regional de Salud Ayacucho y Proyecto AMARES. Ayacucho.

desarrollo humano y social. Una alternativa viable al reduccionismo es el abordaje sistémico, una suerte de síntesis entre el individualismo y el holismo. Según esta perspectiva cada cosa, desde el átomo y la célula hasta la sociedad y el universo, es un sistema o un componente de un sistema⁴³.

Por otro lado, la salud mental es un derecho. Por tanto su ejercicio se asocia a otros derechos ciudadanos. El disfrute de la salud mental posibilita que las personas ejerzan diferentes derechos ciudadanos. Atentar contra la salud mental no sólo limita el potencial desarrollo de las capacidades sino también mina la posibilidad de expansión y de control sobre uno mismo. La salud mental es el producto, la capacidad de ser actores sociales y protagonistas de nuestra propia historia; trabajar por la salud mental significa posibilitar que las personas tomen decisiones y tengan un mayor control sobre sus vidas y los acontecimientos alrededor de ellas⁴⁴.

Involucrar actores claves y decisores de políticas del Estado y de la sociedad civil

Es importante validar las diferentes demandas de la población respecto a la temática de salud mental y a su reconocimiento como prioridad sanitaria⁴⁵, así como reconocer el interés y la motivación existentes en los diferentes actores de la sociedad frente a este desafío⁴⁶.

Exigir la implementación de políticas públicas en salud mental es un derecho humano que responde a una normativa nacional e internacional. Le corresponde al Estado y a sus instituciones diseñar y ejecutar programas de promoción, prevención y atención en salud mental de calidad y adecuados a las demandas y necesidades de nuestro país⁴⁷. Desde la sociedad civil el rol de vigilancia es fundamental para contribuir al cumplimiento de dichos compromisos.

Esta estrategia supone ampliar los alcances de la coordinación interinstitucional. La intervención promoverá espacios de trabajo intersectorial con otros organismos del Estado; además del Ministerio de Salud, es necesario involucrar al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Educación, Trabajo y a los gobiernos locales y regionales.

3.1.3. Pautas para la formulación de resultados

Toda intervención requiere establecer hitos o puntos de referencia que dan cuenta del avance hacia los objetivos propuestos. Estos hitos se denominan resultados y se formulan considerando los objetivos del proyecto, las condiciones de partida y las oportunidades y posibilidades de acción en el marco de la intervención.

43 Bunge, M. (2001) Construyendo puentes entre las ciencias sociales. En Castel, R, A. Touraine, M. Bunge, O. Ianni, A. Giddens. (2001) Desigualdad y globalización: cinco conferencias. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires y Ediciones Manantial SRL.

44 Yamin, A. (1996). Defining Questions: Situating issues of power in the formulation of a right to health under international law. *Human Rights Quarterly* 18.2 (1996), at 425.

45 Como una referencia citamos la Consulta Ciudadana sobre Problemas de Salud en Lambayeque (2004) que priorizó cinco urgencias sanitarias, a saber: a) Infraestructura sanitaria: agua y desagüe, b) Discriminación en Puestos y Centros de Salud, c) Salud Mental, d) Desnutrición y, e) Muerte materna.

46 La experiencia en regiones afectadas por violencia política nos permite identificar la importancia del tema en los diferentes sectores sociales: "la salud mental es como el aire que respiramos todos, y ahora está contaminado, estamos respirando inseguridad" (Funcionario del MIMDES), "Salud Mental ahora se ha visibilizado. Antes no se reconocía que se necesitaba trabajar" (Coordinadora de la Red de Salud Mental y DDHH Ayacucho), "Bien fácil es ganar la guerra, lo difícil es ganar la post guerra, ahora lo difícil es enfrentar las consecuencias" (Funcionario del Gobierno Regional). En Vega, Marisol; Valz Gen, Viviana; Rivera, Miryam y Moya, Adriana (2005). *Salud Mental: Tarea Compartida*. Publicaciones en Salud: Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud. Lima, 2005

47 Castellón R. y L. Laplante (2005). *Exigiendo el derecho a la salud mental*. CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, CARE y Defensoría del Pueblo. Lima.

Se sugieren a continuación algunas ideas que pueden orientar el diseño de los resultados; los siguientes son ejemplos de puntos de referencia que tendrían que ser adecuados a cada realidad:

- Expresión del bienestar personal, colectivo y comunal, acciones creativas y recreativas.
- Desarrollo de liderazgos, o posibilidad de cuestionamiento de los liderazgos autocráticos, de hombres y mujeres.
- Espacios para la reflexión y análisis sobre actitudes de dependencia, pasividad, autoritarismo, dominación, etc.
- Líderes y autoridades locales con propuestas para formalizar programas que favorecen procesos de desarrollo humano, reparación o procesos de micro-reconciliación.
- Evidencias de un fortalecimiento organizativo en la comunidad.
- Afianzamiento de procesos de construcción de identidad individual y colectiva.
- Vínculos interpersonales que evidencian un incremento de la confianza y tolerancia a la frustración.
- Aumento de espacios de trabajo grupal, participación y solidaridad.
- Espacios participativos grupales e institucionales y espacios en organizaciones para desarrollar capacidades locales de participación, análisis, reflexión, escucha, vínculos de buen trato, relaciones afectivas horizontales, entre otras.
- Mayor número de grupos de la comunidad involucrados en un proceso de fortalecimiento intra e inter institucional.
- Fortalecimiento de recursos para el manejo exitoso de conflictos.
- Identificación y derivación de problemas en forma oportuna.
- Mayor número de agentes de salud mental de diversas especialidades con una formación básica conceptual, técnica y enriquecimiento a nivel de experiencias y vivencias para el apoyo psicosocial.
- Promoción de la participación de las mujeres en la toma de decisiones que favorezca la ampliación de oportunidades para el desarrollo integral individual y colectivo.
- Aumento de espacios para la reconstrucción de la memoria colectiva de los grupos al interior de la comunidad; elaboración de representaciones y sentimientos asociados a sus problemas actuales o a eventos dolorosos, como los producidos durante el conflicto armado interno.

Definición y gestión de propuestas de políticas en temas de promoción de la salud mental dentro del marco de un ejercicio real de los derechos humanos a aplicarse en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

3.2. Proceso de intervención en salud mental comunitaria a través de proyectos

Consideramos que una intervención en salud mental comunitaria es un conjunto de acciones orientadas a la movilización de la comunidad y la sociedad en la búsqueda de superar las condiciones que limitan las posibilidades de desarrollo. En este sentido, las comunidades propician una serie de alternativas para lograr cambios. Algunas tendrán que ver con adecuaciones de las normas de convivencia, con la adaptación creativa a nuevos contextos y realidades, con el establecimiento de relaciones con actores externos a la comunidad, con la incorporación de nuevas prácticas, etc.

Precisamente como parte del establecimiento de relaciones con actores externos se desarrollan propuestas que pueden llegar a formularse como proyectos, en la medida en que respondan a un acuerdo de atender de una manera sistemática las necesidades de la comunidad.

Para la implementación de un proyecto en salud mental comunitaria se pondrán en juego algunas estrategias y procedimientos, partiendo de las cuales se plantearán algunas etapas y procesos que habrá que considerar en el diseño y ejecución de la propuesta. Así también, se aborda uno de los aspectos centrales del proceso de intervención, que es la construcción de los equipos de trabajo. A continuación se expondrán algunos elementos relevantes en la conformación de los equipos y en la organización interna de los mismos.

3.2.1. Acerca de la institución y del equipo de trabajo

La institución y el equipo de trabajo que desarrollarán una intervención en salud mental comunitaria focalizarán su tarea en la promoción de la salud mental, en la prevención de situaciones de riesgo para la salud mental, así como en los procesos de recuperación psicosocial que permitan a las personas la posibilidad de asumirse plenamente como ciudadanos con derechos y deberes con un rol activo en la demanda y solución de sus problemas.

Es preferible que el equipo de trabajo esté integrado por personas de diferentes disciplinas y que considere la variable de género, así como que considere los posibles desbalances de poder al interior de éste. De esta manera en el hecho mismo de la conformación del equipo se estará siendo coherente con las apuestas y enfoques de intervención. El equipo se va consolidando y construyendo en la diaria interacción con la comunidad, durante la planificación y ejecución de acciones, en el debate interno y en la formación-capacitación permanente. Debe ser capaz de promover vínculos horizontales y de poner en práctica sus habilidades interculturales⁴⁸.

Es importante una disposición a la revisión permanente del trabajo que pueda dar lugar en ocasiones incluso a la redefinición de los supuestos teóricos con los que se interviene. La idea es que los espacios de discusión, evaluación y definición sean principalmente espacios de aprendizaje. En ese proceso se van fortaleciendo los compromisos con la propuesta de trabajo y las capacidades para llevarlo a cabo.

Durante el proceso de trabajo, el equipo construye un código común teniendo como base una perspectiva ética y política y una visión amplia de la problemática de la pobreza, la exclusión y la violencia y de impacto psicosocial. El equipo se interesará en ampliar su conocimiento de la cultura, del contexto local y, estratégicamente, propiciará el trabajo con los grupos de referencia significativos para la comunidad.

Una característica deseable es que el equipo pueda hablar y comprender el idioma materno de la zona para facilitar la comunicación con los pobladores de la comunidad⁴⁹. Dado que es fundamental que el equipo facilite que las personas se expresen en su propio idioma, en ocasiones se requiere una persona que cumpla la función de traductor.

Es fundamental promover una coherencia entre el discurso institucional y el del equipo en la práctica del día a día, en su interacción con la comunidad. Asumir este trabajo implica una demanda significativa en tiempo, esfuerzos y, por otro lado significa ser flexibles y estar preparados para afrontar retos y cambios personales e institucionales durante este proceso.

Cuando no hay flexibilidad y se trasladan las dificultades personales al espacio de la institución se da lugar a nudos que aparecen en el proceso. Las tensiones y conflictos son esperables y las llamadas crisis al interior de las instituciones son momentos para propiciar el desarrollo, el crecimiento y su fortalecimiento. Para ello, se requiere construir relaciones dispuestas al diálogo, a lograr consensos y con disposición para procesar las diferencias⁵⁰. En algunas situaciones la dinámica al interior de una institución puede ser llevada fuera de ella y teñir las relaciones con otros actores.

El trabajo en redes⁵¹ es espacio productivo que permite alcanzar mayores resultados y multiplicar los efectos de las intervenciones. Exige una serie de habilidades de interacción, apertura institucional para exponer dudas y debilidades, pero puede convertirse en un espacio interesante para la sistematización de las experiencias y la potenciación de las capacidades de los equipos e insti-

48 Ver 2.3 Enfoque Intercultural.

49 Lo cual no debe ser considerado excluyente, pues, cabe remarcar que hablar en el idioma materno no garantiza necesariamente una comunicación respetuosa.

50 En ocasiones se observan en las instituciones "sistemas de defensa" cerrados frente a la angustia que surge de los conflictos no resueltos entre sus miembros y que pueden además convertirse en pautas institucionales.

51 Vega, M.; V. Valz Gen (2004). Propuesta de Módulos de capacitación en salud mental comunitaria. Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud. Lima. Documento inédito.

tuciones. Como todo espacio que involucra diferentes actores requiere de reglas, mecanismos y “códigos de ética”, pero, como todo proceso grupal, éstas deben ser construidas y reconstruidas permanentemente.

Importancia del cuidado del equipo y el Síndrome del Agotamiento Profesional

Un factor relevante para la buena marcha de la propuesta de intervención tiene que ver con incorporar dentro de la planificación y la metodología un espacio sostenido para abordar los aspectos subjetivos suscitados a partir del quehacer cotidiano.

Estas sesiones con el equipo buscan ser un espacio de contención emocional, de reflexión y de análisis sobre su propia vivencia personal al abordar la problemática de la comunidad. Por lo tanto, requiere un facilitador/a externo que aporte a la elaboración analítica del impacto del trabajo, de las relaciones al interior del equipo y de la manera de relacionarse con la comunidad que permita tomar distancia y revisar los factores y emociones que intervienen.

Un elemento para ser trabajado en los espacios de cuidado tiene que ver con el riesgo de instaurar modelos de relación con la comunidad que oscilen entre la impotencia y la omnipotencia, pudiendo desarrollarse patrones asistencialistas que no promueven el desarrollo en la comunidad. Además, es sustancial volver de forma constante a reflexionar sobre la motivación por trabajar con problemáticas teñidas por la violencia, discriminación, marginación, exclusión y pobreza. Preguntarse de forma constante cuál es la motivación nos puede permitir limpiar de otras demandas e intereses el trabajo y nuestra relación con el otro, con lo cual podemos evitar contribuir a reproducir vínculos violentos al interior de las comunidades que refuerzan una actitud negativa frente a sí mismos y a su entorno. De igual manera es necesaria la reflexión acerca de las limitaciones del equipo de trabajo y las limitaciones propias de la intervención.

Este espacio es significativo porque además de crear un vínculo entre los miembros del equipo, también permite poner en común sus aprendizajes construir y develar mecanismos útiles para delinear estrategias creativas de acción.

Es importante tomar conciencia de los efectos que tienen los casos de violencia y/o situaciones límites⁵² en las personas que los atienden. El Síndrome de Agotamiento Profesional aparece como producto de la sobrecarga emocional de trabajo y se presenta especialmente en aquellos profesionales que abordan la problemática de la violencia, manifestándose en una serie de síntomas y dificultades a nivel personal y de relación interpersonal al interior de los equipos.

Es central dar atención a los elementos de la dinámica grupal de los equipos y las instituciones, puesto que están compuestos por seres humanos con afectos y ambivalencias. Es clave reconocer y recoger el sentir de los profesionales, es decir, cómo resuena en ellos la miseria, la injusticia, la maldad, etc. Es muy común “... que al trabajar con poblaciones de suma carencia, los seres humanos inconscientemente tendemos a desplegar actitudes omnipotentes o a justificar que cualquier cosa, por pequeña que sea, está bien”⁵³.

3.2.2. Fases que organizan el proceso

Toda intervención comunitaria requiere considerar los siguientes pasos: análisis de la demanda de intervención, determinación de objetivos, definición de la metodología y los alcances de la intervención, construcción de una línea base con los grupos organizados de la comunidad y aprobación del plan de actividades con la comunidad. Se precisan espacios de supervisión y sostenimiento para los equipos de profesionales y se planifican las acciones de monitoreo, evaluación y cierre de la intervención.

52 Violencia sexual, conflicto armado, enfermedades crónicas y terminales, desastres naturales, emergencias y urgencias, etc.

53 Cánepa, M. (1994). Efectos de la violencia en el interior de los equipos. En *Infancia y Violencia 2. Experiencias y reflexiones sobre los niños y la violencia política en el Perú*. Lima: CEDAPP

El proceso de intervención considera distintos momentos, no necesariamente lineales ni secuenciales, que nos pueden permitir hacer un análisis de sus resultados, efectos e impactos. Algunas de estas fases son:

Reconocimiento mutuo y contacto inicial

Es el primer momento de encuentro con la población. Además del contacto directo con las personas de la comunidad, se considera importante que el equipo se presente a las autoridades y a los líderes de la comunidad y dialoguen sobre la propuesta de intervención que se va a desarrollar. Es una manera de aproximarse e iniciar el contacto con la comunidad, con el aval y compromiso de sus miembros. Aunque es frecuente que los proyectos sean elaborados por los agentes externos a la comunidad y luego presentados a ésta, la propuesta es que los proyectos sean construidos con la comunidad, lo que hará que la inserción del equipo se dé de manera natural.

Reconocer las instancias y jerarquías locales es una muestra del respeto por la organización comunal, por sus ritmos, espacios y tiempos. Además, facilitará que se generen condiciones favorables para un conocimiento mutuo, para el desarrollo de un vínculo de confianza y reducción de la desconfianza y para el esclarecimiento de expectativas mutuas; de igual manera favorece la disposición para discutir la propuesta de trabajo y los niveles de intervención de las autoridades y líderes.

El contacto inicial permite esclarecer la información previa o el pre-diagnóstico que el equipo maneja respecto de la comunidad. Aclara y facilita analizar los pre-supuestos.

Diagnóstico participativo

El diagnóstico es considerado como una herramienta para la identificación y el análisis de los problemas y de las posibles alternativas de solución. El objetivo del diagnóstico es reconocer y comprender las condiciones sociales, emocionales y los conflictos de relación que se pueden dar en la comunidad y, desde allí, promover una intervención que se oriente a su procesamiento y elaboración.

El diagnóstico, en tanto sea participativo, no puede estar desligado del contexto social, político, cultural y familiar y debe considerar la identificación de creencias y valores comunales. Las necesidades, problemas y fortalezas de las comunidades tienen sus particularidades, dependiendo de la historia de cada una de ellas.

Para hacer un diagnóstico participativo o un autodiagnóstico de la comunidad se requiere no sólo la participación de los actores claves sino, en la medida de lo posible, de todos sus miembros. Esto enriquecerá el proceso de (auto) reconocimiento de las prácticas y modo de relación, sus percepciones sobre la salud, cómo la mantienen, cómo identifican la enfermedad y cómo la enfrentan desde sus propios usos y costumbres. También, a través del diagnóstico participativo, se facilita la identificación de recursos y capacidades, a través de la historia de la comunidad y del análisis de hechos significativos.

Propiciar la participación de la comunidad es un objetivo en sí mismo, en tanto que las personas se involucran y comparten y la comunidad se apropia del proceso al reconocer su situación y comprenderla para poder interactuar con ella. El diagnóstico propone involucrar a la persona y al grupo en la búsqueda e identificación de su problema. Esto a su vez le permite comprometerse con el diseño de su propio proceso de intervención y, a partir de ello, plantearse alternativas con una mirada prospectiva y sostenible, ubicando fortalezas y estrategias para enfrentar debilidades o temores.

Nuestro abordaje toma distancia de los esquemas netamente clínicos u hospitalarios, amplía la perspectiva de intervención en salud mental, pues valora y considera nuevas formas de identificación de los problemas y plantea la vinculación con otras situaciones o fenómenos que podrían estar agudizando el malestar existente. Tal es el caso del daño y las secuelas dejadas por efecto de la violencia y el desplazamiento interno, que se ven agudizadas por la pobreza y la discriminación que experimentan aún hoy estas poblaciones.

El diagnóstico participativo permitirá:

- Identificar un problema por resolver y permitir la jerarquización de los problemas
- Esclarecer las necesidades y recursos de la comunidad
- Visibilizar estrategias, considerando la demanda, las oportunidades y amenazas del contexto
- Identificar otros actores con los que se puedan articular las acciones de intervención
- Promover la participación y la inclusión de diversos sectores interesados en los objetivos de la intervención

Para la inclusión de los enfoques de interculturalidad, de género y de derechos humanos, el diagnóstico participativo es un momento importante y éstos deben considerarse tanto en el proceso de identificación de participantes y su convocatoria, como en la manera de proponer y facilitar el diálogo sobre los temas resaltantes.

Se sugieren como líneas de exploración necesarios para el diagnóstico, los siguientes:

- Expectativas generadas por la propuesta
- Necesidades y problemas de salud mental identificados localmente
- Recursos, fortalezas y posibilidades para enfrentar los problemas
- Los obstáculos y amenazas identificadas
- Mapa de actores y estilos para el ejercicio del poder. Dinámicas de relación entre actores. Conflictos identificados
- Instituciones y personas involucradas en maneras de resolver problemas de salud mental.
- Rutas e itinerarios locales para la resolución de problemas
- Contexto socio-político e historia de la comunidad
- Procesos y modelos de socialización de las propuestas
- Relaciones de género: obstáculos, recursos y posibilidades
- Relaciones y habilidades interculturales
- Conocimiento de derechos. Formas de ejercicio de derechos en la localidad
- Articulación con otro tipo de acciones de desarrollo y ejercicio ciudadano

Acuerdos para el desarrollo del proceso

Un punto de partida para el diseño de una intervención comunitaria es la definición y explicitación de las normas y acuerdos entre los diferentes actores involucrados⁵⁴. Estos acuerdos definen los aspectos formales de la propuesta. Es importante considerar que la presencia de proyectos en las comunidades genera altas expectativas, por lo que se recomienda actuar con mucha responsabilidad y transparencia. Una dificultad latente en las intervenciones comunitarias es la falta de claridad acerca de los límites y alcances de las propuestas. Lo central de los acuerdos para el proceso está en la precisión de los compromisos y responsabilidades de los involucrados.

Estos acuerdos formales determinan las reglas que se establecen, el manejo del tiempo y del espacio, los mecanismos por los que se opta para desarrollar la tarea y también el código de ética que se asume explícitamente, así como las responsabilidades y roles que se establecen para poder cumplir con los objetivos. Todos estos elementos son como los pilares sobre los cuales se sostienen las relaciones personales y sociales promovidas por la intervención y posibilitan la tarea planteada. A pesar de que es necesario establecer estos acuerdos iniciales para la relación no hay que olvidar que toda interacción humana por definición es dinámica y creativa; esto significa que las reglas de juego se construyen y reconstruyen en el proceso mismo.

Esta apuesta común, expresada en los acuerdos para el proceso, es una herramienta que sirve de soporte para el despliegue de motivaciones, expectativas y modos de relación, que pueden ser previstos o imprevistos. Permite afrontar los imprevistos que puedan surgir en el marco del encuentro entre las personas, los grupos y en las comunidades.

54 Denominado también “encuadre”. En un sentido más amplio se refiere a la totalidad de las normas técnicas que usamos a lo largo de cualquier tipo de intervención psicológica. Estas normas varían de acuerdo al tipo de intervención y al contexto en el que nos encontramos, es más, está determinado por ellos. En Martínez, P (2004). Re-pensando el encuadre en nuestras intervenciones, II Encuentro de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria. Lima: PUCP, DEMUS, CAPS. Documento inédito.

Los cambios que se producen en una intervención afectan tanto a la población que interviene en la propuesta, como a los profesionales y equipos. Estos cambios se ponen en evidencia durante el proceso, se expresan, lo que permite que los acuerdos establecidos puedan ir reajustándose y redefiniendo de manera consensuada.

Diseño y ejecución del plan de acción

A partir de la elaboración del diagnóstico con la población se requiere organizar la manera cómo se hará la intervención. Para ello se formula un plan de acción precisando los siguientes aspectos en su diseño:

- Se identifican los objetivos de la intervención.
- Se plantean resultados esperables para cada objetivo con sus respectivos indicadores.
- Se señalan las actividades que se realizarán para el logro de cada objetivo, distribuidas en el tiempo de la intervención. Estas actividades tendrán que tomar en cuenta los recursos humanos, materiales y presupuesto disponibles. Se señalarán los resultados que se esperan de cada actividad. Además es pertinente que se identifiquen a los responsables de su cumplimiento.
- También se debe elaborar un presupuesto detallado de manera que se prevea la continuidad y sostenibilidad⁵⁵ del proceso.

Monitoreo y evaluación

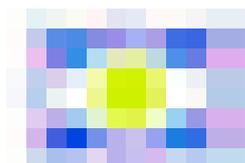
El monitoreo de las acciones y la evaluación de resultados se constituyen como una preocupación en tanto son requisito para el diseño y ejecución de proyectos; generalmente se les considera como dimensiones externas, controladoras y posteriores al proceso de implementación. Sin embargo, en una concepción sistémica e integral de los proyectos de salud mental comunitaria deben pensarse como acciones interdependientes y simultáneas al proceso de ejecución. Se requiere incorporar el monitoreo y la evaluación como componentes significativos de transformación, en cuanto ambos son herramientas básicas para la gestión y el alcance de los objetivos.

En este sentido, durante la ejecución del proyecto se realizará un seguimiento de lo avanzado con el fin de verificar, orientar o reorientar las actividades. Para ello, es fundamental reflexionar sobre los procesos que van sucediendo en relación con los enfoques teóricos y los resultados esperados. Aportando a la retroalimentación a partir de la práctica, el monitoreo debe promover la existencia de un espacio de análisis reflexivo compartido y de aprendizaje para todos los involucrados en el proyecto.

El responsable de monitoreo asume un rol de cercanía que permite facilitar encuentros para explorar y recoger información en el lugar de los hechos, así como la distancia necesaria para poder interpretar y dialogar desde una mirada crítica. Se trataría de plantear una forma de relación distinta entre los que ejecutan el proyecto y el responsable del monitoreo.

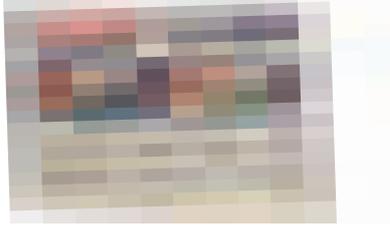
La evaluación permite un análisis completo, profundo y crítico de los resultados. Puede ser una evaluación participativa o una evaluación realizada por actores externos. Se construyen criterios para evaluar el alcance de los resultados y objetivos.* Estos criterios se construyen en función a las propuestas y los objetivos planteados; a ese proceso aportan las metodologías cualitativas y cuantitativas.

La Evaluación es una herramienta para la transformación, da cuenta de lo que ha pasado; es decir del qué, así como de las causas; es decir, de los porqué y los cómo y, ante todo, posibilita alternativas para la mejora de las intervenciones presentes y futuras. Esta práctica permite el aprendizaje individual e institucional.



⁵⁵ La sostenibilidad del proyecto es un aspecto a considerar desde la propia concepción del mismo, por lo que debe estar considerada en el planteamiento de resultados y actividades.

* La implementación de propuestas de intervención en salud mental comunitaria podrían también medirse a partir de los aportes de medición de Promoción de la Salud, propuesto por la OPS-OMS, vale decir: evidencias de impacto, de proceso y de productos. En Cerqueira, M. (2005) Evidencia de Efectividad de la Promoción de la Salud, Ponencia del II Encuentro Nacional de Promoción de la Salud, 12 al 14 de diciembre, Lima.



IV

CONSIDERACIONES NO FINALES

Las intervenciones comunitarias en salud mental se desarrollan en un campo de interacciones complejas, intervienen diferentes actores y van desplegándose dinámicos intersubjetivos producto de las condiciones ambientales, espacios y estructuras económicas, sociales, políticas, y culturales. Esto hace que las intervenciones en salud mental comunitaria nos sitúen frente a desafíos y demanden alternativas de acción. Señalamos a continuación algunas reflexiones que recogen el diálogo y análisis a partir de nuestras propias experiencias con poblaciones y de lo ya planteado en los capítulos anteriores.

La reflexión permanente sobre el proceso en su conjunto, es una necesidad para el logro de los objetivos de toda intervención comunitaria. Nos referimos a una reflexión crítica, una mirada atenta desde la concepción, pasando por el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones.

Sobre las propuestas: enfoques y diseño

Nuestro país se caracteriza por ser una sociedad patriarcal cuyas relaciones interpersonales están marcadas por la discriminación racial y étnica. Este escenario define relaciones asistencialistas que perpetúan la pasividad de unos y acentúa el ejercicio de poder de otros, con modelos de relación que permanecen hasta el día de hoy.

En ese sentido desarrollar propuestas de trabajo en salud mental comunitaria que no repitan esos modelos de relación es un reto constante para los profesionales y las instituciones. La tendencia del Estado, gobiernos e instituciones ha sido ubicar a las poblaciones excluidas en un rol pasivo frente a su desarrollo. Las poblaciones históricamente excluidas, marcadas por la pobreza y la discriminación, muchas veces asumen posiciones de espera o de búsqueda de un “salvador”. El riesgo es que se establezca una relación donde hay una “ganancia secundaria” para ambos: equipo y población, “el primero cubre una necesidad de quien necesita ayudar y el ayudado queda en deuda, ciertamente atrapado”⁵⁷.

Por otro lado la participación activa de la población en las propuestas, la continuidad y sostenibilidad de las mismas, sólo es posible si se plantea un proyecto concertado. Las posibilidades de fracaso de las intervenciones se incrementan cuando no se realiza un diálogo intercultural, tomando en cuenta que la población aprovecha o rechaza lo que le conviene⁵⁸, cada cultura tiene sus mecanismos de selección y resistencia frente a elementos externos⁵⁹.

Se requiere entonces propuestas de trabajo, en las que la población participe activamente, desde el diseño hasta la evaluación, que identifique el proyecto o programa como una posibilidad para el desa-

57 Faladori, H. (2002). Algunas reflexiones sobre la psicología comunitaria. Ponencia presentada en el Tercer Encuentro Metropolitano de Psicología Social, Santiago de Chile

58 Kreimer E. (1993). Un proyecto de salud...pero para quién. En: Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Pinzón, C; Suárez, R. y G. Garay comps. y eds., coedición del Instituto Colombiano de Cultura y Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli.

59 Verhelst, T. (1996). Cultural dynamics in development. En Cultures & Development Quid Pro Quo. Journal of the South-North Network Cultures and Development. No 24, April, Bélgica.

rollo propio y de su entorno, que se establezca un acuerdo horizontal y democrático para llevar a cabo la intervención. Lo anterior contribuye a favorecer que las personas analicen lo que implica asumir un rol de víctimas y favorezcan conductas dirigidas a lograr el ejercicio de su ciudadanía y el pleno ejercicio de sus derechos.

De otro lado, construir una propuesta de salud mental comunitaria supone incorporar una perspectiva histórica y subjetiva del malestar social. La importancia de los enfoques radica en su operativización en acciones políticas, líneas de investigación y estrategias de intervención. Los enfoques de derechos humanos, psicosocial, intercultural y de género nos permiten una comprensión más integral de los fenómenos psicosociales.

La incorporación de estos enfoques en la elaboración e implementación de las propuestas demanda una constante construcción que permita trascender la definición formal y ubicarlos como marco de acciones adecuadas a las demandas, realidades y necesidades de la población.

Siendo importante reconocer que en nuestro país coexisten múltiples culturas, el enfoque de interculturalidad cobra especial relevancia en el diseño e implementación de propuestas de salud mental comunitaria. Desde una mirada intercultural se reconocen las relaciones de exclusión y discriminación cultural que históricamente se han construido y se viven en el país. Es decir partimos desde relaciones asimétricas, verticales, y excluyentes en los diferentes campos de nuestra sociedad.

Las poblaciones tienen una cultura y tradiciones locales para afrontar los “males del alma”, por otro lado, el término salud mental usualmente es asociado a “locura”. En este encuentro o desencuentro de concepciones y percepciones se van a dar diferencias en cuanto al uso de lenguaje, modos de comunicación y metodologías de intervención. El enfoque promueve el diálogo y la construcción de una apuesta compartida a partir del encuentro de las prácticas y saberes tradicionales y el conocimiento occidental.

La alternativa es que el diseño de la intervención se haga desde el enfoque intercultural, el conocimiento a profundidad de las normas y prácticas locales, teniendo una lectura analítica del contexto en el que se desarrollan los problemas y la respuesta de la población frente a ellos.⁶⁰ Una creación mutua⁶¹ entre el equipo y la población es un elemento que favorece la intervención en salud mental. El reto está en ir transformando el desencuentro histórico en un encuentro creativo con relaciones plurales y mínimos consensos para la convivencia social.

Además de considerar estos enfoques, las propuestas de salud mental comunitaria deben contemplar que los procesos psíquicos no obedecen a la temporalidad de los proyectos, pues estos requieren de esfuerzos sostenidos que se dan en un largo plazo. Una alternativa es articular estrategias que vinculen los resultados de corto, mediano y largo plazo⁶² y que, además, supongan un trabajo sostenido en perspectiva de cambio. Esto también nos plantea la necesidad de articular los proyectos con otras propuestas de intervenciones que se desarrollen en la comunidad.

60 Summerfield hace una crítica a las intervenciones psicosociales en zonas de conflicto en la que los profesionales aplican metodologías sin tener en cuenta la diversidad cultural. En Summerfield D. (1997). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico. En Pérez P. (2001). Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Madrid: Exlibris Ediciones.

61 La creación mutua puede ser un indicador de la existencia de una relación horizontal y de colaboración entre ambos interlocutores, quienes generan espacios rituales o simbólicos de encuentro. Este proceso contribuye a la construcción de la propuesta y a su apropiación por parte de la población. En Aldana, C. y Kreimer, E. (1998), citado por Aldana (1999). Cultura y Concertación: Ejes para promover la salud mental infantil con población afectada por la violencia política. Ponencia presentada en el Encuentro Sociedades en Transición Sud-Africa-Guatemala. Seminario Experiencias en salud mental, niñez y violencia post conflicto. Guatemala.

62 El diagnóstico participativo ofrece la posibilidad de visibilizar los problemas y demandas comunitarias, así como jerarquizarlos y priorizarlos. Considerar los diferentes niveles de intervención en salud mental (prevención, promoción, y atención) permite vincular los logros y objetivos a factores de tiempo.

Sobre la relación con las comunidades: diálogo y participación

El conflicto armado interno, la corrupción, el narcotráfico⁶³ han quebrado los lazos de confianza desde el interior de las familias, las comunidades y la sociedad, generando un clima de confrontación, polarización⁶⁴ y amenazas entre grupos. Por su parte, la pobreza, discriminación y exclusión han minado la posibilidad de confianza en sí mismos y en los otros, limitando el desarrollo de vínculos sólidos con el entorno familiar y social. Asimismo, en la mayoría de zonas del conflicto armado interno, vemos que conviven en los mismos espacios víctimas y perpetradores⁶⁵; lo cual permite entender que las intervenciones comunitarias activen desconfianzas, recelos y resistencias, no sólo entre los actores locales sino también con los agentes externos a la comunidad. Para atender esta realidad, es central establecer alianzas de trabajo con autoridades y organizaciones de la comunidad, respetar las instancias propias, actuar potenciando acciones que fortalezcan el tejido social, y promuevan una convivencia social integrada, en el que la población sea protagonista de procesos inclusivos.

En toda relación se hace necesario establecer un vínculo de confianza y una alianza de trabajo, la cual pasa por diferentes momentos. Un elemento a tomar en cuenta es la manera cómo se va estableciendo esta relación, considerando que las diferencias culturales y sociales no están exentas de una percepción de asimetría entre los profesionales y la población. Esta percepción requiere ser explicitada y analizada, pues el ignorarla puede interferir con la intervención. La idea es que los profesionales se despojen de actitudes de superioridad frente a la población, faciliten procesos y colaboren en la identificación y valoración de los recursos actuales y potenciales.

Así también, es relevante tener y transmitir una propuesta transparente, clara sobre los objetivos y procedimientos de la tarea. Ello a fin de no generar expectativas que excedan las posibilidades de la intervención y reducir la existencia de idealizaciones respecto de los profesionales y su trabajo.

Como se ha mencionado, en el proceso de ejecución de la propuesta es central hacer una reflexión permanente en torno a la relación que se está desarrollando entre los miembros del equipo y la comunidad. Los proyectos o programas de salud mental implican un elemento de cambio social, que considera el desarrollo integral de la persona, grupo y/o comunidad. En este proceso se van identificando los diferentes significados que adquieren determinadas actitudes y que se expresan de diferente manera; puede ser falta a los compromisos, tardanzas, priorización de otras actividades, demandas diversas que no pueden ser cubiertas por el programa de salud mental, entre otras. Una alternativa es tenerlas en cuenta y analizarlas con el propio grupo a través de un diálogo que no excluya la confrontación e interpretación, evaluando las repuestas a estas intervenciones. Los aspectos intersubjetivos que se dan inconscientemente en la relación entre los ejecutores de los programas de salud mental y la población deben tenerse en consideración.

Sobre cómo escuchar las demandas y urgencias

Constituye en un desafío elaborar propuestas que simultáneamente incorporen los enfoques descritos, consideren las limitaciones de los recursos existentes y que atienden las urgencias que demanda la población. Este desafío se sustenta en la perspectiva por lograr un cambio social.

Iniciar una intervención en salud mental con poblaciones en situación de pobreza extrema requiere considerar que las necesidades materiales⁶⁶ son el marco en el cual se desenvuelven las personas, y

63 Actualmente existen en algunas zonas situaciones reales de recrudescimiento o persistencia de la violencia, lo cual dificulta el trabajo simbólico y elaborativo, al tener que preverse medidas de seguridad y protección.

64 Entendemos por polarización aquel proceso psicosocial por el cual las posturas ante un determinado problema tienden a reducirse cada vez más a dos esquemas opuestos y excluyentes al interior de un determinado ámbito social. Según Baró la polarización social arrastra una percepción estereotipada entre los grupos rivales que, a su vez, endurece la misma polarización y dificulta la terminación del conflicto. Martín Baró. Conflicto y Polarización social (taller). XX Congreso Interamericano de Psicología. Caracas, julio 1986.

65 Theidon, K. (2005). Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú. IEP. Lima-Perú

66 Necesidades básicas insatisfechas, que incluyen: alimentación, vivienda, vestido, salud, educación, entre otras.

que esto genera un contexto que influye en el ambiente emocional. Significa recoger las preocupaciones por la sobrevivencia, así como los problemas de salud física, ya que son condiciones que están conectadas con el despliegue de las capacidades y la recuperación de recursos psicológicos tanto personales como familiares y comunitarios.

Asociada a la recuperación psicosocial, es necesario tener en cuenta las necesidades sociales, el contexto de pobreza en el que se hará la intervención, así como las estrategias para articularla con los recursos y programas locales existentes de promoción y desarrollo. Partimos de la idea que trabajar salud mental contribuye a movilizar los recursos individuales y colectivos para el logro del bienestar y el desarrollo comunal.

Ante la excesiva demanda y presencia de situaciones de urgencia se requiere una reflexión y análisis conjunto que permita temporizar y jerarquizar los requerimientos con los que podemos trabajar, siendo concientes de los alcances y limitaciones de las propuestas y proyectos así como de las condiciones de la realidad nacional.

Hay coyunturas políticas internacionales, nacionales, regionales y locales, cada una de ellas determina sus temáticas en función a sus prioridades y necesidades. Aún cuando son actores y escenarios diferentes lo central radica en la posibilidad de construir un diálogo que permita desarrollar y sostener un accionar coherente en los diferentes niveles, reconociendo el aporte de los diversos actores.

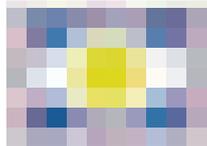
Sobre los equipos de trabajo y las instituciones

Las herramientas de trabajo en las propuestas de salud mental son las propias personas, quienes al constituirse en equipos de trabajo, conforman una estructura interdependiente que sostiene la tarea. Contar con diferentes saberes enriquecerá el equipo y la propuesta; la institución desde la cual actúa el equipo de trabajo se convierte en un referente que consolida la coherencia de la propuesta o debilita su ejecución.

Para asegurar la calidad del trabajo es central contar con un espacio abierto de reflexión y discusión para revisar la ejecución de la propuesta de forma constante e incorporar los diferentes elementos que provienen del diálogo al interior del equipo, con la institución y con la comunidad.

Es deseable que se desarrollen procesos de capacitación a los actores locales y que se favorezca que éstos vayan adquiriendo mayor protagonismo durante la intervención pues, en la medida que las comunidades se apropien de las propuestas es cuando tendrán mayor sostenibilidad los procesos.

Es importante, para el desarrollo de una propuesta de salud mental comunitaria, reconocer el impacto subjetivo, asociado al trabajo que se realiza, en la dinámica grupal de los equipos y las instituciones. Por ello se recomienda contar con un espacio para trabajar lo afectivo, las emociones y las motivaciones que permita una mejor comprensión de los efectos de las condiciones del trabajo en los profesionales, en el equipo y en la institución.



Bibliografía

Aldana, C. y Kreimer, E. (1998), citado por Aldana (1999) Cultura y Concertación: Ejes para promover la salud mental infantil con población afectada por la violencia política. Ponencia presentada en el Encuentro Sociedades en Transición Sud-Africa-Guatemala. Seminario Experiencias en salud mental, niñez y violencia post conflicto. Guatemala.

Anan, K. (2002). Citado en Castellón R. y L. Laplante (2005). Exigiendo el derecho a la salud mental. Lima: CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, CARE y Defensoría del Pueblo.

Bennett (1986). Citado en: Dana, R. (1993) Multicultural Assessment Perspectives for Professional Psychology. United - States of America: Allyn & Bacon.

Baró, M. (1986). Conflicto y polarización social. XX Congreso Interamericano de Psicología. Caracas.

Beristain, C. (2005). Reconciliación luego de conflictos violentos: un marco teórico. En Pachecho, G. y L. Acevedo (eds) (2005). Verdad, justicia y reparación. Desafíos para la democracia y la convivencia social. Barcelona: Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) y el Instituto Internacional para la Democracia y la Asistencia Electoral (IDEA).

Beristain, C. (2002) Violencia y afirmación de las mujeres. Reflexiones desde una perspectiva psicosocial. Manuscrito personal.

Bunge, M. (2001) Construyendo puentes entre las ciencias sociales. En Castel, R., A. Touraine, M. Bunge, O. Ianni, A. Giddens (2001). Desigualdad y globalización: cinco conferencias. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y Ediciones Manantial SRL.

Burin, M. (1993). Nuevas perspectivas en Salud Mental de Mujeres. En: Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Cánepa, M. (1994) Efectos de la violencia en el interior de los equipos. En Infancia y Violencia 2. Experiencias y reflexiones sobre los niños y la violencia política en el Perú. Lima: CEDAPP.

Castaño, B. (1994) El trabajo psicosocial: Reflejo de posiciones éticas y políticas. En: Castaño, B., Jaramillo, L. y Summerfield, D. (eds.) Violencia, política y trabajo psicosocial. Bogotá: Corporación AVRE.

Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) Preámbulo. <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

Castellón R. y L. Laplante (2005). Exigiendo el derecho a la salud mental. CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, CARE y Defensoría del Pueblo. Lima.

Cerqueira, M. (2005) Evidencia de Efectividad de la Promoción de la Salud. Ponencia en el II Encuentro de Nacional de Promoción de la Salud, realizado del 12 al 14 de diciembre, en Lima. <http://www.minsa.gob.pe/dgps/2doEncFiles.asp>

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

Conclusiones del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). Perú. www.cverdad.org.pe/ifinal/index.php

Faladori, H. (2002). Algunas reflexiones sobre la psicología comunitaria. Ponencia presentada en el Tercer Encuentro Metropolitano de Psicología Social, Santiago de Chile.

García, I; Giuliani, F; Wisenfeld, E. (1994). El lugar de la teoría en Psicología Social Comunitaria: Comunidad y sentido de Comunidad. En Psicología Social Comunitaria. Montero, M. Compiladora. México: Universidad de Guadalajara.

Godenzi, J. (1996). Educación e interculturalidad en los Andes y la Amazonía. Cusco: Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de las Casas.

Hopenhayn, M. (2002). El reto de las identidades y la multiculturalidad. (www.campus-oei.org)

Hunt, P (2004). Resumen de recomendaciones provisionales. Lima: Misión al Perú 07 – 15 de junio.

Kleinman A. (1980). Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley: University of California Press.

- Kreimer E. (1993). Un proyecto de salud...pero para quién. En Pinzón , C., Suárez, R. y G. Garay (eds). Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Coedición del Instituto Colombiano de Cultura y Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli.
- Luna, F., Beingolea, M. y Cornejo, M. (2002). *Identidad e Interculturalidad*. Lima: CAAAP.
- Luna, F. (2004) *Interculturalidad, un signo de los tiempos*. Lima, CAAAP.
- Martínez, P. (2004). Re-pensando el encuadre en nuestras intervenciones, II Encuentro de Discusión sobre Intervención Clínica Comunitaria. Lima: PUCP, DEMUS, CAPS. Documento inédito.
- Melucci, A. (1985). El proceso de la identidad colectiva. Material educativo Diploma de Estudios de Género, PUCP.
- Mesa de Trabajo de Salud Mental con población afectada por la violencia política: Red para la Infancia-PASMI, CEDAPP, el Centro de Atención Psicosocial de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, CAAAP, SUYASUN, Carmen Aldana (2001). Documento de Recomendaciones a la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Desde el enfoque psicosocial. Folleto de Divulgación. Lima.
- Morris, Eagle y Wolitzky, David (2003). Empatía: una perspectiva psicoanalítica. En Revista de Psicoanálisis, marzo 13. Lima.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Washington. OMS (1948) <http://www.who.int/es/>
- ONU. Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1999). Declaración de Derecho a la Restitución para las Víctimas de Violaciones Graves de Derechos Humanos. <http://www.un.org>
- ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948). Artículo 25, Resolución N° 217 A (III); que fue aprobada por Resolución Legislativa N° 13282 del 15 de diciembre de 1959. <http://www.un.org>
- Petersem, I., Parekh, A., Bhagwanjee, A., Gibson, K., Giles, Ch, Swarts, L. (1997) Community Mental Health Care: ensuring community participation En: D. Foster, M. Freeman y Pilloy. Mental Health Policy Issues for South Africa. Cape Town: Masa.
- Ruiz Bravo, P. (2001). Subversiones masculinas. Imágenes del varón en la narrativa joven. Lima: Flora Tristán.
- Scott, J. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *American Historical Review*, 91, 1053-1075.
- San Martín y Pastor (1991). Citado por 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.
- Sanders, 1966; Klein 1968 y Warren, 1972. Citado por Sánchez Vidal, 1991: 74. *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU
- Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU
- Sen, A y M. Nussbaum comps. (1998). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Summerfield, D. (1997). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico. En Pérez P., (2001). *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Pérez, P, Madrid: Exlibris Ediciones.
- Theidon, K. (2005). Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú. IEP. Lima: IEP.
- Vega, Marisol; Valz Gen, Viviana; Rivera, Miryam y Moya, Adriana (2005). *Salud Mental: Tarea Compartida*. Publicaciones en Salud. Lima: Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud.
- Vega, M.; V. Valz Gen (2004). Propuesta de Módulos de capacitación en salud mental comunitaria. Proyecto AMARES de la Unión Europea y del Ministerio de Salud. Lima. Documento inédito.
- Verhelst, T. (1996) Cultural dynamics in development. En *Cultures & Development Quid Pro Quo*. Journal of the South-North Network Cultures and Development. No 24, April Bélgica.
- Yamin, A. (1996). Defining Questions: Situating issues of power in the formulation of a right to health under international law. *Human Rights Quarterly* 18.2 (1996), at 425.
- Zavala, R. (2005). *Salud Mental Intercultural*. Ponencia en el Diplomado de Salud Intercultural de la Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad San Cristóbal de Huamanga, Dirección Regional de Salud Ayacucho y Proyecto AMARES. Ayacucho.

GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL - CNDDHH

Jr. Pezet y Monel 2467, Lince-Lima

51-1-702 2500

saludmental@dhperu.org

Asociación Paz y Esperanza

Jr. Hermilio Valdizán 681, Jesús María-Lima

51-1-463 3300, gvargas@pazyesperanza.org

Urb. Mariscal Cáceres Mz. L, Lote 30, Huamanga-Ayacucho

51-066-31 2779, nelida@pazyesperanza.org

CAAAP: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica

Av. Gonzáles Prada 626, Magdalena-Lima

51-1- 460 0763 y 51- 1- 461 5223

normavr_caaap@speedy.com.pe, leslievh2001@yahoo.com

CAPS: Centro de Atención Psicosocial

Jr. Caracas 2380, Jesús María-Lima

51-1-462 1600 y 511-462 1700.

cjibaja@dhperu.org

DEMUS: Estudio para la Defensa y los Derechos de la Mujer

Jr. Caracas 2624, Jesús María-Lima

51-1-463 1236 y 511-463 8515.

tesania@demus.org.pe

WIÑASTIN: Proyecto de Atención y Promoción de Salud Mental Ayacucho

Jr. 28 de Julio 219, Huamanga-Ayacucho

51-066-31 3001

Jr. Juan de la Fuente 783- Miraflores-Lima

51-1-243 2461 y 51-1-9970 6497

vivalzgen@terra.com.pe, msolvega@amauta.rp.net.pe

SUYASUN

Jr. 6 de Agosto 1115, Jesús María-Lima

51-1- 423 8762

suyasun@wayna.rp.net.pe

Ps. Carmen Aldana A.

Av. San Juan 340-350 casa 2, Surco-Lima

51-1- 275 1208

carmenaldana@viabcp.com

Dra. Lisa J. La Plante

51-1- 9736 8053

lisalaplante@hotmail.com

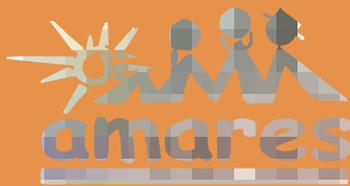
Ps. Miryam Rivera Holguín

51-1- 9634 0899

riverahm@yahoo.com



COMISIÓN EUROPEA



Programa de Apoyo a la Modernización del Sector
Salud y Aplicación en una Región del Perú
Convenio PER/B7-310/IB97/209



MINISTERIO DE SALUD

