

2do. Encuentro Macro-Regional de Salud Mental Comunitaria: “Consolidando los avances... hacia un modelo de atención en salud mental comunitaria”

El 2do Encuentro de Salud Mental Comunitaria¹ tuvo como objetivo compartir los aprendizajes, dificultades y retos que el personal de salud ha identificado en la implementación de 20 proyectos de Salud Mental Comunitaria (SMC), acompañados y monitoreados² por AMARES (Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una región del Perú Convenio PER/B7-310/IB/97/209).

Durante el año 2005, AMARES en coordinación con las Direcciones de Salud (DISAs) de Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas y con algunas universidades locales, facilitaron procesos de capacitación denominados Diplomados Descentralizados de SMC y en otros casos Módulos de Capacitación (6) en SMC.

Los equipos de salud participantes a lo largo del proceso de capacitación se entrenaron para posibilitar procesos participativos orientados a la construcción de conceptos en SM, la implementación de diagnósticos participativos en SMC, y a la formulación de propuestas y planes de intervención en SMC.

Al final del proceso formativo cada ámbito contaba con personal de salud entrenado para formular propuestas de proyectos y planes de intervención adecuados a las realidades socioculturales de la zona. De entre los 39 propuestas formuladas se seleccionaron 20 Propuestas que acorde con criterios de salud mental comunitaria con perspectiva psicosocial, de derechos humanos, intercultural y de género, podían representar experiencias piloto de salud mental comunitaria, potencialmente replicables en el futuro. Es decir, como modelos pioneros de lo que desde la sanidad pública peruana podía hacerse en el campo de la salud mental con un enfoque de tipo preventivo y de promoción de la salud.

A 6-9 meses de realización de la implementación de estos proyectos, este 2do Encuentro³ hace balance y mira al futuro. Se trata de propuestas desarrolladas con recursos muy limitados, financiación mínima y basada en

¹ Facilitado por Pau Pérez (Grupo de Acción Comunitaria-Madrid), Miryam Rivera (Proyecto AMARES: UE-MINSA) y María Vergara (Grupo de Acción Comunitaria-Madrid).

² Gracias al apoyo de un equipo de monitoreo formado por Paula Escribens y Adriana Fernández (DEMUS), María Mendoza (MINSA: IESM Delgado Noguchi) y Jean Podleskis (SUYASUN).

³ En marzo, del 2005, desde el nivel central del Ministerio de Salud se propició el Primer Encuentro Macro Regional de Salud Mental Comunitaria facilitado por Carlos Martín Beristain (Grupo de Acción Comunitaria-Madrid), Ricardo Bustamante y Tulio Quevedo (MINSA) y Miryam Rivera (Proyecto AMARES: UE-MINSA), en el que se planteó la urgencia de incorporar nuevas estrategias metodológicas que respondan a las necesidades de las poblaciones excluidas, como por ejemplo, las comunidades andinas.

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

buena medida en el trabajo voluntario del personal de salud del MINSA de Ayacucho (Huamanga y Puquio), Huancavelica (Tayacaja) y Andahuaylas. En este sentido el primer y gran logro es el simple hecho de que se hayan realizado. Lo que parecía imposible existe.

En el Anexo 1 se dispone de la lista completa de proyectos desarrollados, en Anexo 2 el Equipo Técnico responsable de esta implementación y en Anexo 3 las presentaciones que cada grupo hizo de su trabajo al resto de grupos y autoridades del MINSA, organismos de derechos humanos y sociales que asistieron al evento.

Los proyectos han sido desarrollados en Huamanga, Puquio, Huancavelica y Andahuaylas, estas regiones seleccionadas como zonas piloto son las zonas de mayor impacto de la violencia política. También participaron del evento personal de salud de otras regiones como Lima (Hospitales y DISAs), Lambayeque, Puno, Cusco, Huánuco y Pasco, donde estas experiencias pudieran potencialmente replicarse ahora, y otros actores como organizaciones de afectados, ONG y agencias cooperantes.

La discusión se estructuró alrededor de 5 preguntas generadoras y 2 temas de análisis:

1. Aprendizajes metodológicos en Salud Mental Comunitaria (SMC)
2. Logros de los programas
3. Evaluación del nivel de aceptación y apoyo de los proyectos dentro de la estructura del MINSA y retos en este campo.
4. Evaluación de los niveles de participación de las comunidades en los proyectos. Aprendizajes y propuestas de mejora.
5. Análisis de los indicadores utilizados. Pasos hacia la búsqueda de indicadores de eficacia de las intervenciones psicosociales.
6. Evaluación de la replicabilidad de las experiencias en el futuro. Retos en este campo.
7. Evaluación del impacto de los programas en términos de reparación para las personas y comunidades afectadas por violencia política.

Por último se reanalizó todas las aportaciones desde la mirada de las regiones participantes, como una forma de llevar las cosas a la realidad.

1. Aprendizajes metodológicos en Salud Mental Comunitaria (SMC)

Durante las jornadas de trabajo los equipos de salud han tenido la oportunidad de revisar, evaluar, contrastar, analizar y discutir sobre la metodología que han utilizado durante los meses que ha durado el desarrollo de los proyectos (de seis a nueve meses).

Fruto de estas reflexiones surge una lista de puntos que los equipos consideran importantes valorar a la hora de diseñar, ejecutar y revisar un programa de salud mental comunitaria.

Durante la fase de preparación...

- Realizar un proceso de sensibilización previo a la ejecución del programa aparece como uno de los puntos más importantes ya que se aclaran conceptos, se unifican criterios y se comienza a trabajar en el compromiso de la comunidad.
- Se ha visto como la comunidad da una mayor y mejor acogida a proyectos articulados y elaborados desde la propia comunidad. La realización de los diagnósticos participativos⁴ como base para el diseño del plan de intervención es considerada como una experiencia muy positiva que ayuda a consolidar el compromiso y la participación de la comunidad.

Durante la fase de elaboración del programa...

- Los equipos consideran que antes de ejecutar el programa es necesario conocer e identificar qué actores sociales existen en la comunidad que puedan estar relacionados directa o indirectamente con su trabajo de salud mental comunitaria. A esto se le ha denominado realizar un trabajo de redes donde el equipo se plantea preguntas como ¿Qué actores existen en nuestra zona que estén relacionados directa o indirectamente con nuestro programa de salud mental? ¿Qué clase de vínculo es posible tener con estos actores identificados? ¿Cómo nos van a favorecer/limitar nuestras actividades?
- A través de los análisis se encontró que la mayoría de los equipos había tratado el trabajo de redes en términos de coordinación, convenios y negociaciones expresado como *"la necesidad de trabajar con redes y alianzas para sacar adelante un proyecto de salud mental comunitaria"*. Pero, en realidad se quería hablar de una inserción en las redes naturales comunitarias, en las asociaciones y los agentes sociales que trabaja la misma problemática (redes de mujeres, jóvenes...).

⁴ Se denominaba Diagnostico Participativo a muchas maneras diferentes de aproximarse a la opinión de la comunidad. Algunas de ellas eran más consultas que auténticos diagnósticos participativos en los que la comunidad en asamblea y de manera independiente (o con un facilitador) elabora sus propuestas.

- Se ha señalado que existe una bidireccionalidad de los beneficios del trabajo de redes, en tanto que dicha actividad no solo refuerza el trabajo del equipo de salud, sino que también posibilita a otros sectores públicos el identificar un espacio y unos actores con los cuales tratar los problemas de salud mental que aparecen en su ámbito de trabajo.
- La definición clara y precisa tanto de los objetivos (aquello que queremos cambiar) como de las actividades (aquello que se realizará para lograr dichos objetivos), es un punto clave en el diseño de los programas. La definición de estos objetivos y actividades es la base para la creación de las herramientas que nos van a permitir evaluar los programas: indicadores de eficacia⁵ e indicadores de proceso⁶.
- Durante el desarrollo del proyecto existe el riesgo de desviarnos de nuestra meta en la consecución de los objetivos programados y por el contrario poner todo el énfasis en el desarrollo de las actividades. Un ejemplo sería el planteado por uno de los equipos que vieron el riesgo de considerar la crianza de cuyes como el principal factor del programa, cuando, en realidad, el objetivo era aumentar la calidad de vida de las personas mayores a través de la organización de la comunidad para el cuidado y protección de los adultos mayores; y la crianza de cuyes era sólo una de las herramientas que el equipo utilizaba para lograr dicho objetivo.

Sobre las herramientas de trabajo....

- En el caso de que se tratasen de programas de capacitación y/o aumento de habilidades es necesario adecuar los contenidos temáticos a la población tomando en cuenta variables como la diferencia idiomática, el nivel de instrucción, las capacidades de adquisición y comprensión de los materiales, la cultura e historia de la comunidad, entre otros.
- Para conseguir la movilización comunitaria se han identificado que las herramientas con mayor poder mediático (cuñas, spots radiales) son más eficaces tanto para difundir información como para movilizar a la comunidad con el propósito de una reunión o encuentro.

Durante la fase de evaluación...

- Un primer punto es el reconocimiento de que el trabajo de salud mental, es un proceso con resultados a largo plazo: *"La integración entre los adultos mayores y los adolescentes es progresivo, para lo cual hay que tener paciencia, trabajar continuamente e incidir permanentemente en actividades que permitan la interacción entre ambos"*. Aparece así la imposibilidad de recoger resultados a corto plazo (cuatro o seis meses) sino que se necesita

⁵ Mide los objetivos planteados

⁶ Mide las actividades realizadas

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

tener una visión a largo plazo ya que tendríamos resultados mediales al cabo de uno o dos años.

- En cuanto a métodos de evaluación, durante el encuentro los equipos han trabajado en el diseño de indicadores de eficacia y progreso como herramienta clave para realizar evaluaciones de los programas. Señalándose que la construcción de indicadores de proyectos de salud mental comunitaria son retos sanitarios de cada región.
- En tercer lugar, los equipos han señalado la importancia de las actividades de monitoreo y evaluación periódica.
- De acuerdo a los resultados obtenidos con la evaluación se puede pensar en dos opciones:
 - a) rediseñar en programa aquellos aspectos que sean necesarios de cambiar
 - b) consolidar las actividades y movernos hacia la siguiente etapa, ¿cómo hacer que el programa sea sostenible sin nuestra presencia como elemento indispensable?
- A raíz de estas afirmaciones han surgido preguntas que invitan a la reflexión y al debate ¿Qué tendríamos que hacer, los equipos de salud, para ir desligándonos poco a poco del programa y pasarlo a la comunidad y que ésta lo adopte y haga suyo?

Considerando la participación de la comunidad...

- Una idea central en las reflexiones ha sido que la participación comunitaria tiene un efecto "*empoderador*" sobre la propia comunidad (en el sentido que la comunidad se apropie del proyecto y cree en sus posibilidades de desarrollarlo) y es en aquellas comunidades que han sido fortalecidas-a través de su participación en los programas-donde se han percibido cambios de actitud o conducta más significativos a nivel de salud mental.
- Hay formas muy diversas en cuanto a los niveles de participación y al reparto funciones entre la comunidad y el equipo de trabajo que dependerán esencialmente de:
 - a) el nivel de organización interna que tenga la comunidad,
 - b) el nivel de organización interna del equipo de salud y,
 - c) de los vínculos de confianza que existan entre el equipo de trabajo y dicha comunidad.
- En esta experiencia la mayoría de los equipos de salud han llevado el liderazgo en el diseño y ejecución de los proyectos mientras que la comunidad ha sido un agente receptor del programa que ha participado en las actividades propuestas. Esto se explica desde la realidad de que para los equipos de salud esta era su primera experiencia de trabajo en salud mental comunitaria, la mayoría no contaban con una organización interna

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

consolidada y no existía un vínculo previo entre el equipo y la comunidad. De acuerdo con estas circunstancias se diseñaron programas que fueran *posibles* aunque no *ideales*, es decir, aunque tuvieran unos niveles de participación comunitaria menores.

- Sin embargo, a medida que se iba revisando la práctica de los programas, los equipos manifestaban que es esencial implicar a la comunidad desde el comienzo del programa. Es más, se considera que la comunidad debería ser la responsable en las diversas fases del proyecto desde la identificación de las áreas a trabajarse hasta la evaluación de las mismas.
- Los equipos señalan que este dialogo entre equipo de trabajo y comunidad no debería producirse como una herramienta para confirmar el programa ya elaborado y aprobado por el equipo, sino que esta negociación de igual a igual debe realizarse antes del diseño del programa. Que sea un medio de establecer vínculos de confianza y trabajo conjunto con la comunidad y hacerla responsable de la elaboración de su programa.
- A partir de la idea anterior han surgido cuestiones metodológicas tales como *¿Cómo podemos hacer si queremos que la comunidad desde el principio el programa y que los equipos de salud tengan la función de facilitar apoyos específicos cuando esto sea necesario?* El debate a estas cuestiones ha quedado abierto.

2. Logros de los programas.

En la sistematización del trabajo por grupos se consideraron que más allá de los logros específicos de cada proyecto -que pueden consultarse en las presentaciones anexas- existen unos logros comunes a todos los proyectos que merecen destacarse. Estos pueden dividirse en logros internos (al interior del propio equipo) y logros externos (en las instituciones y las comunidades).

Logros internos (del equipo de salud ejecutor). TODOS los grupos han identificado logros (efectos positivos) en el propio equipo de salud que ejecutaba el proyecto, precisaremos los más resaltantes.

1. Cambio de actitud en los equipos de salud

- Se logró consolidar el trabajo en equipo
- Mejora de algunos estilos de vida personal (aprendizajes personales)
- Sensibilización con la problemática de la comunidad, sentimiento de mayor cercanía con la comunidad y sus problemáticas y trato más horizontal.
- Desarrollo personal (aumento de la seguridad en sí mismos, confianza en las propias capacidades para cambiar las cosas)
- Aumento de la motivación a medida que se ve la respuesta de la comunidad y los resultados.

Como decía una persona que no pertenecía a los equipos: *“Hay que reconocer que el personal de salud duplica sus horas de trabajo con el único afán de mejorar la calidad de vida de los pobladores y esto ya indica que el proyecto ha movido algo en cada uno”*.

2. Aumento de capacidades en los equipos de salud

- Mayor conocimiento sobre la problemática de salud mental de las comunidades con las que trabajan. El personal de salud, estudiando, aprendiendo, reflexionando sobre la realidad, han podido desarrollar algunas estrategias de intervención basadas en el enfoque de prevención y promoción.
- Aprendizaje desde la práctica de nuevas habilidades (escucha activa, observación participante, actividades reflexivas...).
- Fortalecimiento de las capacidades de gestión, de planificación, de evaluación y de monitorización de los programas, motivar al trabajo en redes

Se distingue, por otro lado, los **logros externos** referidos a las autoridades locales y las instituciones y los **logros externos** referidos a la propia comunidad.

3. Cambio de actitud en las autoridades locales y otros agentes sociales:

- **MINSA.** Se ha sensibilizado a algunos profesionales de la salud y a algunas autoridades locales sobre lo que es Salud Mental entendida en el sentido más amplio de comunidad organizada que busca su desarrollo y bienestar colectivo. Estos logros no están totalmente culminados.
- **Instituciones sociales.** También se ha conseguido involucrar, de forma directa o indirecta a instituciones fuera del ámbito de la salud en temas de salud mental comunitaria (p.e. municipalidades, el cuerpo policial, las autoridades judiciales locales, las Defensoría municipal de niños y adolescentes (DEMUNA) o el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social). También con el sector educación (UGEL) y las organizaciones de base.

4. En la comunidad:

- **Recuperar saberes.** Se recuperan saberes propios, vivencias culturales, costumbres de la comunidad. Las comunidades que debilitaron su identidad colectiva difícilmente pueden enfrentar sus problemas. Esto lleva a un empoderamiento de la comunidad en cuanto crear identidad ayuda a sentir la pertenencia a un grupo y esto da seguridad, y es una condición para permitir pensar el futuro y organizarse para mejorar.
- **Salud mental como bienestar.** La comunidad incorpora la palabra salud mental por primera vez (no necesariamente aún el concepto) y la hace suya. Como idea nueva necesita consolidarse, pero en este momento es algo que no sorprende, que ha sido incorporado en algunas comunidades como posible tarea y se habla de ello. Aparece en las mesas temáticas municipales, en las organizaciones sociales locales.
- **¿Dónde está el conocimiento?** Se revalora al poblador en su cultura, viéndoseles como fuente de riqueza y de conocimiento. Eso es especialmente así en el caso del adulto mayor que -en muchas comunidades donde se ha trabajado- es recuperado como persona de saber, especialmente por las generaciones nuevas.
- **Autoayuda.** Algunos grupos marginados (personas mayores, mujeres víctimas de la violencia) se han empezado poco a poco a unir y organizar y esto les ha hecho más fuertes.
- **Vínculos de confianza.** Pese a que como se verá más adelante se consideraba que el diseño de los proyectos recayó sobretodo en los equipos del MINSA, a medida que evolucionaban los proyectos la comunidad empezaba a participar, a implicarse, a generar nuevas ideas y actividades. Así, algunos de los programas debieron reformularse completamente porque la comunidad así lo consideró y este hecho es, sin duda, un logro en si mismo. Las comunidades, al principio muy reticentes a participar, han ido poco a poco abriéndose a medida que se ganaban-consolidaban vínculos de confianza.

- **Otra mirada a la realidad.** La comunidad ha incorporado en sus prácticas diarias nuevos elementos considerados “interculturales”. Se considera por tales el sustituir algunos elementos de prácticas tradicionales que van en contra de derechos humanos por otros no tradicionales más acordes con éstos. Por ejemplo enfrentar el abandono de los ancianos considerándolos miembros activos de la familia, poder educar a los hijos expresando afecto y hablando con ellos, etc.
- **Pensar la violencia.** La comunidad se ha sensibilizado y se han abierto espacios para reflexionar sobre las secuelas que el conflicto socio-político ha tenido en su comunidad, en el interior de sus familias y en ellos mismos.

3. Evaluación del nivel de aceptación y apoyo de los proyectos dentro de la estructura del MINSA y retos en este campo.

La totalidad de los grupos de trabajo consideraron que los proyectos de SMC que se han venido desarrollando no están insertos en las redes de salud. Son considerados proyectos iniciales que están empezando a abrir un camino que debería profundizarse y reconocerse.

Se analizan múltiples dificultades en este sentido:

- Los grupos consideran que el principal problema es la falta de sensibilización en los niveles más altos del Ministerio (Red, DISA, MINSA). Por ejemplo, varios grupos citaron cómo en ocasiones salir a trabajar ha sido causa de amonestación pese a que los responsables regionales tenían conocimiento de este trabajo. En este sentido se percibe una falta de apoyo.
- A ello se añade una sobrecarga de actividades del personal de salud. La SMC es una actividad extra a la carga laboral habitual, que ya de por sí es muy importante.
- Esto ha conllevado que algunos miembros de los equipos locales abandonaran el proyecto. Esto a veces ha sido visto por las autoridades locales como una falta de compromiso o una falta de voluntad de parte de los equipos.
- Se han incluido las actividades de SMC en el registro de actividades (HIS) Pero no contempla todas las actividades y existe poca cultura de llenado del registro HIS. Es necesario capacitar al personal en el uso de los HIS de salud mental y en especial los de actividades de salud mental comunitaria.
- Se evaluó la atención de salud como productividad y no se consideran los aspectos de relación humana, vínculos y trabajo comunitario.
- La continua rotación del personal e inestabilidad laboral y modalidad de contrata en los establecimientos de salud provoca una inestabilidad en el desarrollo de los programas. Es difícil establecer vínculos de confianza y las rotaciones de personal significan un paso atrás.
- La corta duración de los proyectos, apenas seis meses. La sensación de los equipos es que a medida que se desarrollaban los proyectos iban surgiendo nuevas necesidades y demandas que no estaban en los objetivos iniciales y que hubiera sido posible tratar si se hubiera dispuesto de más tiempo. Los procesos de salud mental comunitaria son procesos de mediano y largo plazo

Ideas para la consolidación de los proyectos.

- **Formalizar.** Los equipos consideran como prioridad institucionalizar los proyectos buscando incluir la salud mental comunitaria dentro de los diferentes documentos de gestión (especialmente el POI institucional con su presupuesto respectivo). De esta forma, la problemáticas de salud

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

mental comunitaria estarían presentes en las agendas de trabajo de las Redes y se tendría un mayor apoyo del nivel central.

- **Transferir.** La Dirección de Salud Mental es un departamento relativamente nuevo a nivel central y a nivel regional la salud mental sigue, en la práctica perteneciendo a la Dirección de Promoción de salud lo que supone una pérdida de apoyos y facilidades.
- **Compromiso social.** Fomentar, desde el propio MINSA una mayor sensibilización entre los profesionales de salud para aumentar su compromiso social cuando trabajan en zonas marginadas o que han sufrido violencia. Esto debería incluir también a nivel de Diresas, Disas y redes de salud.
- **Empezar este compromiso desde la Universidad.** Promover desde el sector educación, en especial desde los programas universitarios, una mirada más integral de la salud mental y la salud mental comunitaria. Un cambio hacia la no biologización de la salud, es decir no basar el trabajo de salud mental únicamente en la identificación y clasificación de trastornos mentales sino considerar también el contexto del individuo. Hacer abogacía con el nivel regional para incluir temas de salud mental comunitaria en las universidades.
- **Generar condiciones de buena salud mental a través de los incentivos.** Se propone establecer unos pequeños incentivos económicos y otro tipo de reconocimientos como resoluciones o felicitaciones, o incluso estabilidad laboral para motivar a los equipos de salud que por demandas de la comunidad realizan su trabajo fuera del horario laboral y tal vez incluso durante los sábados y domingos.
- **Información.** Conocer los procesos de reparación locales y los procesos o contextos locales de afectación por el conflicto armado.
- **Soporte emocional** para el personal de salud que trabaja en SM.

4. Evaluación de los niveles de participación de las comunidades en los proyectos. Aprendizajes y propuestas de mejora.

Los proyectos tenían la voluntad de ser participativos. Con la distancia del trabajo hecho el grupo se propuso evaluar el grado de participación real de las comunidades en los proyectos. A efectos didácticos los grupos evaluaban entre 5 niveles posibles de participación donde situarían los respectivos proyectos.

(1) La comunidad controla en gran parte el proceso y decide sobre cómo se desarrolla este con eventual apoyo por entidades gubernamentales u organizaciones no gubernamentales.	
(2) Los miembros de la comunidad negocian de igual a igual con el equipo y se consensúan todas las decisiones y actividades importantes.	
(3) El proyecto es desarrollado por el equipo aunque se consultan a la comunidad o a sus representantes las decisiones importantes.	
(4) La comunidad colabora en la ejecución del proyecto (con trabajo voluntario u otros) , pero el diseño de las actividades que se llevan a cabo los ha realizado el equipo del MINSA, que es en realidad el responsable del proyecto.	
(5) La comunidad no está implicada ni en el diseño ni en la implementación del proyecto , que es desarrollado, esencialmente, por el equipo del MINSA	

Doce (60%) de los proyectos habían contado con el nivel 4 de participación comunitaria (colaboración en las actividades diseñadas desde el equipo). Seis (30%) en el nivel 3: intermedio bajo (consultas a la comunidad para reajustar el proyecto). Y, sólo dos proyectos (10%) se consideraban en los niveles altos (la comunidad negocia todo o incluso controla el proceso).

El grupo detectó, por tanto, que existía un reto pendiente: lograr profundizar en los niveles de participación de la comunidad.

Trabajar desde las municipalidades: un proyecto diferente.

Uno de los proyectos desarrollados no partió de las estructuras del MINSA sino de la iniciativa de un municipio en la que las organizaciones sociales tomaron protagonismo en la formulación e implementación de las acciones.

Regidores municipales involucraron a sus organizaciones sociales en la identificación de necesidades y retos de salud mental de su zona.

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

La experiencia muestra que no sólo desde el sistema sanitario nacional pueden llevarse a cabo actividades que involucran la salud de la población y que el elemento clave es la sensibilización de los actores sociales y que adopten un papel protagónico o de liderazgo. Las municipalidades pueden ser excelentes espacios de promoción de la salud mental si los trabajadores de las mismas sienten su compromiso con estas temáticas.

¿Qué pasos se deberían dar?

La responsabilidad por esta situación se repartía por igual entre el propio equipo (al que le costaba en ocasiones percibir que los proyectos *son de las comunidades* y que cuanto más sea así tanto más están logrando su objetivo de fortalecer redes y empoderar) y las propias comunidades que en ocasiones no mostraban el suficiente compromiso frente a programas que habían reconocido en el diagnóstico como prioritarios.

Pasos para avanzar en el futuro serían, por tanto:

- **Aunar esfuerzos.** La mayoría de equipos de salud señalan que en un futuro sería necesario aumentar la sensibilización de las comunidades y las autoridades locales para que la salud mental no sea vista como una responsabilidad única del sector salud sino que se vea más ampliamente como un compromiso de todos nosotros, desde las personas de la comunidad, hasta las ONG, y las autoridades locales.
- **Monitoreo y acompañamiento.** Acompañamiento desde el MINSA. Evaluación y monitorización de los proyectos por un agente externo (psicólogo o cualquier otro personal capacitado) para fortalecer y capacitar a los equipos y para asegurar su replicabilidad y sostenibilidad.
- **Investigación Acción Participativa.** En el futuro los equipos de salud apuestan por promover programas de capacitación destinados a la población de las comunidades. Respetuosos con las formas de organización y toma de decisión local, pero proponiendo espacios que ayuden a las personas a identificar y priorizar los principales problemas comunitarios, y apoyarles a que sean capaces de elaborar el perfil de sus propios proyectos comunitarios de acuerdo a sus necesidades y que puedan así trabajar en la mejora de sus condiciones de vida. Esto significaría involucrar a la comunidad en todos los niveles del proyecto, desde el principio con la elaboración de los diagnósticos, en el diseño del programa, la toma de decisiones, y la ejecución y evaluación final del proyecto. Es decir, realizar investigación-acción participante con la salvedad de no generar expectativas altas en la población al incorporarlos al proyecto. Además se debe incorporar el tema de salud mental comunitaria a otros enfoques de desarrollo para lograr sostenibilidad de los proyectos.
- **Formación continuada.** Continuar y ampliar la formación de los promotores de salud en temas de prevención y promoción de salud

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006
mental. Involucrar en los equipos de los proyectos a miembros reconocidos por la comunidad.

Trabajo en red

Se entiende por trabajo en red realizar un diagnóstico de las instituciones y grupos organizados que trabajan en el mismo tema dentro de la comunidad para establecer una política de alianzas y actuar como agentes dinamizadores dentro de las redes.

Los grupos hicieron un balance solo parcialmente positivo. Por un lado los proyectos se han articulado con municipios, instituciones educativas y de salud a través de convenios. Pero no se ha entrado a las redes informales, a la propia comunidad en sus formas de organización.

¿Qué camino a recorrer?

- Lograr trabajar en redes con los actores que están involucrados, con las redes naturales que existen. La red de mujeres, las escuelas, la de desplazados... y trabajar en forma concertada con ellos aunando fuerzas. Para ello es necesario primero conocer muy bien quienes trabajan en la zona (un "mapa de las redes") en un determinado tema.

Un ejemplo interesante es el de un proyecto que compartía como la articulación con la escuela era difícil porque ésta solo se comprometía en sus horarios de trabajo y no asumían responsabilidades directas. Una estrategia útil fue proponer la existencia de "escuelas abiertas" (sábados domingos, feriados) trabajando bailes, danza, recreación, uso adecuado del tiempo libre. Esto se trabajó con apoyo de docentes voluntarios que recibían incentivos del municipio y de la UGEL.

5. Análisis de los indicadores utilizados. Pasos hacia la búsqueda de indicadores de eficacia de las intervenciones psicosociales.

Se planteó la necesidad de profundizar en el compromiso con las comunidades de mejorar la eficacia de los programas. En este sentido el grupo se planteó la necesidad de construir mejores indicadores. Mejorar la elaboración de indicadores supone pasar de un primer nivel de tener indicadores de actividad (que simplemente registran y comprueban que se han llevado a cabo las acciones que se diseñaron), a un nivel más avanzado de indicadores de eficacia (aquellos que indagan en si se cumplieron o no los objetivos del programa).

En este sentido se reanalizaron los indicadores usados en los diferentes programas con una nueva mirada: ¿se trataba de indicadores de actividad o estábamos intentando realmente medir la eficacia de lo que hacemos?

El análisis mostró varios aprendizajes importantes:

- Había una cierta tendencia a formular objetivos de los programas usando grandes conceptos y palabras (como “autoestima”, “comunicación”, “identidad”...) sobre los que luego era muy difícil que pudieran existir definiciones concretas y objetivas o maneras fáciles de medirlas, con lo que construir indicadores de eficacia se convertía en imposible. Frente a esto se proponía como estrategia aterrizar mucho más los objetivos, hacerlos más palpables, más directos, lo más definidos posibles. Un objetivo realista y ajustado que evitara el uso de grandes palabras.
- Algunas veces los objetivos del programa eran unos y lo que se medía era otra cosa. Era importante ver que aquello que medimos es exactamente lo que decíamos que queríamos conseguir
- En otras ocasiones lo que ocurría es que el método de medida era delicado y había que procurar buscar maneras de evitar las preguntas “sensibles” que provocaran que la persona diera una respuesta poco real (p.e. preguntar si los líderes de la comunidad son buenos líderes, o preguntar a las mujeres si sus maridos ejercen violencia en casa).
- Los indicadores no sirven si no se toman desde el primer momento (momento basal). Es necesario pensarlos antes de empezar las acciones.
- Es necesario la capacitación en proyectos e indicadores al personal de salud. En este sentido es importante el papel de los monitores.

Lo que sigue son algunos ejemplos de indicadores de eficacia que el grupo consideró buenas muestras de cómo debería hacerse:

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

Propuesta de indicador	Manera de medirlo
<p>Objetivo: Mejora del trato dentro del hogar en niños de primer y segundo grado.</p> <p>Indicadores: ¿Cuántos de los niños encuestados manifiestan haber recibido muestras de afecto (abrazo y/o beso)? ¿En los últimos 15 días cuántas veces recibió el niño muestras de afecto? ¿Cuántas de las normas e convivencia o normas establecidas en casa fueron hechas con la participación de los hijos?</p>	Encuesta a niños de primer y segundo grado hecha al principio y al final del proyecto
<p>Objetivo: Talleres de prevención de violencia intrafamiliar.</p> <p>Indicador: Numero de personas que asistieron al taller y que practica lo aprendido en el taller (prácticas de prevención hacia la violencia)</p>	Aún reconociendo la utilidad, no hubo acuerdo sobre el modo de medirlo por la dificultad de preguntar a las propias mujeres y que esto sea fiable.
<p>Objetivo: Capacitación de nuevos líderes.</p> <p>Indicador: 50% de usuarios del proyecto tienen características de liderazgo democrático: consensúa, y negocia</p>	Encuesta comunitaria respecto a si las personas de la comunidad sienten que participan en las decisiones comunitarias
<p>Objetivo: Informar a lo jóvenes sobre el riesgo del alcohol.</p> <p>Indicador: Numero de adolescentes encuestados que conocen los riesgos del consumo de alcohol</p> <p><i>Se evaluó como éste era un buen indicador porque el objetivo era concreto (informar) y lo que medía se ajustaba. Diferente sería si el objetivo fuera "disminuir el alcoholismo...". En este caso el indicador no sería útil porque "informar" no conlleva que disminuya el consumo</i></p>	Encuesta a jóvenes participantes del taller.
<p>Objetivo: Fortalecimiento al desarrollo comunitario del barrio Ayacucho.</p> <p>Indicador: Al término del proyecto el barrio de Ayacucho institucionalizara la celebración de sus fiestas patronales y otras costumbres de su lugar de origen mediante aprobación de la municipalidad distrital</p>	<p>Resolución de la municipalidad como reconocimiento de fiestas y costumbres patronales.</p> <p><i>El grupo evaluó que este era un indicador de actividad y no de eficacia, porque el hecho de que se reconozca las fiestas y costumbres no tiene por qué conllevar que se haya mejorado el desarrollo comunitario como tal. Habría que definir qué es desarrollo comunitario en un sentido más concreto para poder formular indicadores de eficacia ajustados a esta idea.</i></p>

El tema quedó apuntado y los equipos asumieron el reto de buscar indicadores de eficacia de sus proyectos e intentar empezar a medirlos.

6. Evaluación de la replicabilidad de las experiencias en el futuro. Retos en este campo.

Mirando al futuro se planteaban dos retos adicionales, sin duda conectados. En la idea de aumentar la participación de la comunidad habría que ir dejando que el proyecto caminara poco a poco solo (no en lo inmediato, sino dentro de dos, tres años...), para poder, entonces, iniciar proyectos similares en otras comunidades. Los aprendizajes reflejados en la parte metodológica señalaban esta situación: fue necesario arrancar estructurando al interior de los propios equipos de SMC y creando vínculos de confianza con la comunidad. Comunidades que en muchos casos estaban a su vez, muy desestructuradas. A medida que avanzó el trabajo de estos días se vio la necesidad de caminar hacia una mayor participación de las comunidades para poder transferir el liderazgo del proyecto y poder iniciar el trabajo en otra comunidad.

La pregunta que se planteaba era doble: como lograr hacer este cierre del trabajo con la comunidad cuando se establecían vínculos emocionales tan fuertes y cómo lograr que los proyectos pudieran ser replicables, que no quedaran solo como experiencias piloto.

Que la comunidad haga suyo el proyecto

Para la mayoría de programas se trata de algo a considerar a medio término (al menos dos o tres años). Los pasos en ese camino y que deberían empezar a planificarse tienen que ver con:

- Combatir el estigma asociado a la palabra “salud mental” como algo de “locos”. Buscar que se entienda el concepto de salud mental comunitaria.
- Fortalecer las capacidades en la comunidad. Que haya una estructura organizada que se haga cargo y que se produzca la incorporación de los proyectos en la agenda comunal. En este sentido, que la propia comunidad de seguimiento (vigilancia ciudadana), fomentar organizaciones de base con jóvenes líderes, promotores de salud e instituciones que trabajen el tema de salud mental comunitaria. Acciones en esta línea serían, por ejemplo, que los planes de trabajo en salud mental sean parte de los planes de desarrollo municipal a través del presupuesto participativo y así fortalecer la participación de redes sociales o que las municipalidades convocaran concursos de proyectos y estimularan a la comunidad a crear sus propios proyectos de salud mental comunitaria.
- Realizar un monitoreo participativo del proyecto con la comunidad
- Realizar un proceso de transferencia a las comunidades por etapas, no súbito. Que vayan asumiendo cada vez mayor protagonismo. Acompañamiento a la población y los líderes en ese proceso de que lo sientan suyo y lo puedan realizar solos.
- Talleres hechos conjuntamente que permiten ver quienes pueden irse haciendo cargo, a qué personas les gusta dirigir talleres, pueden hacer cosas logísticas etc. Cada uno va descubriendo sus capacidades.

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

- Algunos grupos proponían que sería bueno realizar una sistematización de la experiencia de salud mental comunitaria, especialmente respecto a la metodología aplicada. Diseñar o preelaborar una guía metodológica sencilla. Para otros grupos, en cambio, no debía pretenderse que la comunidad actuara con lógicas externas y que ellos deberían ver cómo organizarse. Revalorar la cultura de la propia población para desarrollar proyectos
- En este sentido, los proyectos de salud se irían vinculando con procesos de desarrollo comunal y más productivos. Por eso es importante la existencia de presupuestos participativos.
- Socialización y difusión de las experiencias de los proyectos de ejecución incidiendo en lecciones aprendidas.

Caminando hacia otras comunidades. Replicar el proyecto

- Se insistía, por otro lado, que los proyectos pueden ser replicados pero cada comunidad es diferente. Se tendría que tener diagnósticos similares en las comunidades donde se va a intervenir para que pueda ser replicable o hacer procesos de adaptación local del proceso.
- Realizar un diagnóstico situacional de la comunidad para el inicio de un nuevo proyecto. Definición de problemas prioritarios y ejes temáticos con la comunidad con el apoyo técnico de los profesionales de salud de las instituciones públicas y privadas.

¿Qué debería pasar al interior de los equipos?

- Sería necesario un trabajo también al interior del personal de salud. A través de capacitaciones, sensibilizaciones intentar que sea algo que no solo esté en los planes operacionales, sino que nazca del personal de salud. Tiene que ser tolerante, asertivo y proactivo, saber escuchar, querer apoyar, ayudar, dar. Cuantos más equipos se impliquen, más se podrá extender este tipo de estrategias de trabajo.

7. Evaluación del impacto de los programas en términos de reparación para las personas y comunidades afectadas por violencia política.

Una de las dimensiones prioritarias de la acción de salud es su impacto en términos de políticas de reparación, teniendo en cuenta sobretodo que los proyectos se desarrollaron en zonas de conflicto. Los grupos reflexionaron, al respecto, ¿Aporta cada uno de los proyectos elementos reparadores? ¿En cual de estas dimensiones? ¿Sería posible que con algún cambio aportara en más dimensiones o aportara más? Para ello se intentaba distinguir entre diferentes tipos de reparación.⁷

- Los grupos consideraron que el principal aporte de los proyectos eran términos de **reparación emocional** y que ésta, dado que los proyectos no se hacían pensando de manera específica en las víctimas, lo habían sido sobre el conjunto de la población. Los talleres, las actividades, habían sido espacios en que se había conversado al respecto.

Trabajar temas como el alcoholismo o la violencia dentro de la familia también es trabajar reparación entendiendo que estos problemas son consecuencia del miedo, de la violencia recibida y del modo en que ésta es llevada a las relaciones entre las personas.

- Había que considerar también un efecto de **reparación comunitaria** al trabajar autoestima, en los espacios de escucha, cuando se ha podido colectivizar esas experiencias y los demás se solidarizan con las personas que sufrieron, al lograr romper el silencio que muchas personas han mantenido por tanto tiempo. Se trabajaba también reparación comunitaria cuando se buscaba promover espacios de encuentro y participación (legalizar asociaciones de ancianos, equipos de deporte, grupos musicales, baile...) y grupos de autoayuda.

⁷ **Reparación moral o simbólica.** Restitución del honor de las víctimas y del daño infligido a su imagen privada y pública a través del reconocimiento oficial del trato injusto y vejatorio recibido y del daño provocado por el hecho de ser considerados como delincuentes. Construcción de memoriales o monumentos. Reconocimiento a través de fechas de conmemoración u otras.

Reparación emocional Las medidas que permitan la recuperación emocional de las personas afectadas.

Reparación económica individual. Compensación por los perjuicios sufridos como consecuencia de la violencia (empleo, en educación, salud u otros) y en especial aquellos derivados de las pérdidas económicas como consecuencia de los actos de violencia ejercidos o de los hostigamientos posteriores.

Reparación del daño comunitario a través de programas de reconstrucción del tejido social, programas de reparación comunitaria (programas productivos, construcción de infraestructuras...)

Reparación legal. Procesos de justicia con la punición de los hechos establecidos legalmente como delictivos.

Reparación social. Reformas en el sistema de justicia, militar u otras reformas a la estructura del Estado. Fomento a la participación en instancias de poder.

Reparación histórica. Reconocimiento de la verdad histórica que permita la creación de una memoria colectiva para las siguientes generaciones que prevenga situaciones similares futuras.

Reparación cultural. Recuperación de elementos de la cultura andina destruidos durante la violencia.

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

- Varios proyectos habían abordado elementos de **reparación cultural** al incidir en la recuperación de tradiciones o en la búsqueda de identidad en poblaciones desarraigadas.
- En este sentido al trabajar **talleres de memoria histórica**, en realidad se habló más de las tradiciones y del pasado de la comunidad. Aunque en ocasiones si se hizo referencia a los años de la violencia y pudieron salir algunos aspectos, esto fue la menos de las veces. En esas ocasiones si se ha logrado que la población identificara como esos hechos los dañaron y cómo puede la población ayudar a su propia recuperación, aunque quizás faltó en la mayoría de proyectos pensar actividades que abordaran de manera más específica este tema.

Para ello se requerían una serie de condiciones mínimas:

- Mayor formación en estos temas. Aparecieron numerosos conceptos erróneos. Por ejemplo, considerar que los proyectos de crianza de cuyes en adultos mayores eran formas de reparación económica. Este tipo de confusiones a lo largo del trabajo de discusión se daba por las diferentes visiones de muchas de las personas participantes respecto a quien debía considerarse víctima. Algunas personas consideraban que todos habían sido víctimas y que por tanto no debía trabajarse especialmente con nadie. Otras que era fácil identificar quienes fueron más afectados y que por eso se estaba confeccionando un Registro Nacional de Víctimas a efectos de reparación. Y que el personal del MINSA debía usar dicho Registro Nacional para implementar sus acciones de salud mental comunitaria. En todo caso, parecía un tema que necesitaba de mucha más discusión y clarificación dentro de los equipos.
- Esta confusión respecto a quienes son víctimas es lo que hacía que algunos de los grupos de discusión afirmaran que los proyectos implementados habían aportado de manera significativa en todas las dimensiones de la reparación a excepción de lo legal.
- Varios grupos remarcaron que la reparación debía ser sobretodo económica y hablaban desde una perspectiva individual y que esta competía por tanto al Estado. Otras personas no estaban de acuerdo y entendían que los elementos simbólicos y comunitarios eran en realidad mucho más importante y que debían priorizarse estas acciones desde todos los organismos implicados, incluyendo de manera preferente, al personal del Ministerio de Salud.
- Importante reconocer que los procesos de reparación son largos y deben ser integrados a los propios procesos de reparaciones de las regiones.
- Existen en casi todas las zonas organizaciones de víctimas con las que sería bueno establecer vínculos y trabajar en red. Se considera que el primer paso para trabajar elementos de reparación, más que crear programas propios, sería apoyar la creación o la organización de las asociaciones de afectados que ellos mismos puedan ver como trabajar la reparación y apoyarles entonces en esas tareas como salud mental comunitaria de la población afectada por violencia política. En este sentido, por ejemplo, los elementos de reparación simbólica (recordatorios, monumentos...) se veía más como responsabilidad de

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

estas organizaciones, aunque no todo el mundo estaba de acuerdo con esta visión. Se reconocía la necesidad de discutir estos temas dentro de los equipos antes de abordar directamente trabajo con los afectados por la violencia política.

- Además del fortalecimiento de estas organizaciones, era importante apoyar la difusión de las mismas, porque aún hay un grupo oculto de víctimas que desconocen que existen las organizaciones de víctimas.
- Otra área de trabajo que se veía competencia de salud mental comunitaria era abordar los posibles conflictos que pudieran surgir al aplicar el Estado medidas de reparación económica (reparación individual o comunitaria, posibles divisiones al interior de las familias u otro tipo de conflictos que en ocasiones se habían detectado).
- Dado que el tema es socialmente sensible se consideraba mejor quizás empezar por un enfoque individual y poco a poco iniciar acciones de carácter comunitaria que pudieran ser algo más polémicas y pudieran requerir de mayor planificación y seguimiento.
- Tomar en cuenta que la reparación es responsabilidad de toda la sociedad, pero que el rol principal corresponde al Estado. El MINSA, como ente de gobierno, tiene una clara obligación en el tema de reparaciones a la que se estaría respondiendo incluyendo esa mirada en el quehacer de los equipos de SMC.
- Cuando se entra en estas temáticas es necesaria la formación y el acompañamiento del personal de salud, porque se trata de procesos que remueven aspectos muy profundos de la persona, y porque buena parte del propio personal de salud mental ha sido víctima de violencia y es necesario evaluar hasta que punto esa condición de ayudadores y víctimas es a la vez una ventaja y un problema para trabajar éstas temáticas de salud mental comunitaria.
- Trabajar en las consecuencias de la violencia es un *proceso* en el que sería necesario primero sensibilizar a la comunidad. En ocasiones existen reticencias por miedo a lo que pudiera suceder, por miedo al dolor de recordar u otros. Es necesario tener paciencia. El trabajador de salud mental sabe que las situaciones dolorosas nunca salen en la primera conversación y que deben respetarse los tiempos de las personas y los tiempos de las comunidades. No se trata de hablar de lo que pasó sino de *reparar el daño*, y para eso no sería necesario hablar constantemente de lo que le sucedió a las personas. A las personas que fueron afectadas se les debe respetar su libre decisión de recordar su experiencia durante el conflicto armado.

Analizando proyecto a proyecto se observaba que todos tenían la mirada puesta en la población en su conjunto o en algún grupo desfavorecido o marginado (como los adultos mayores o los adolescentes). No se había considerado la variable de afectación por violencia política como un criterio al decidir con qué grupos de población trabajar. Algunas personas se preguntaban por qué fue así y veían esto como otro de los retos a futuro.

8. Retos para el futuro: el análisis desde cada región.

Huancavelica, Ayacucho (Huamanga), Pasco, Cusco, Huanuco y Puno.

Consideran que en la región se dan las condiciones para aplicar las sugerencias a futuro de los programas que han salido del Encuentro.

Ayacucho-Puquio.

- Nuestra realidad es que el proceso de sensibilización de las comunidades apenas se ha iniciado y queda mucho camino por recorrer.
- Hasta el momento el personal de salud no ha tenido rotaciones, lo que permite dar alguna continuidad a los programas
- Podría ser aplicable a la realidad regional teniendo en cuenta esto.
- Pensamos que el programa de SMC debe ser abordado multisectorialmente, ya que está ligado al desarrollo local. Va ayudar a la sostenibilidad de cualquier proyecto que se de. El trabajo va a tener sus logros siempre y cuando parta de la misma comunidad.
- Sería bueno que se forme un comité multisectorial de salud mental a nivel de comunidad

Andahuaylas.

- La transferencia de la Dirección regional de salud mental desde la dirección de salud de las personas esta pendiente de una resolución que diga que ésta es una realidad.
- Se detecta que en nuestra región se debe fortalecer más el trabajo de redes (asociaciones, organizaciones dentro de la comunidad).
- Falta más sensibilización y capacitación en temas de salud mental comunitaria y elaboración de proyectos
- Articular el tema de salud mental multisectorialmente a nivel de la región.

Lima- Lambayeque.

- ✓ Los problemas de violencia intrafamiliar, de género y alcoholismo son comunes a las expresadas en las regiones, lo que cambian son algunos aspectos relacionados con ambientes urbanos:
 - Se trabaja más con diagnóstico y tratamiento. Es necesario reconocer las acciones de salud mental comunitaria e incluso que se incorporen a un servicio que trabaje con protocolos de salud mental comunitaria tal y como se trabaja en otras áreas de la medicina.
 - La violencia en las zonas urbanas podría deberse a un vacío del abordaje de la salud mental en la población.
- ✓ Es importante tocar el tema de la salud mental como Reparación. En las zonas urbanas esto tiene que ver con algunos casos simbólicos (p.e. Frontón), pero sobretodo con población desplazada interna que habita en los "conos". En estos barrios marginales sería esencial trabajar temas de reparación.

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

- ✓ La reparación económica no debería olvidarse y no debería considerarse solo una cuestión de las regiones del interior. También en Lima ha habido población severamente afectada. En este sentido se percibe poco la necesidad del personal de salud de la capital de aprender quechua, y debería ser también una prioridad.
- ✓ Los programas revisados pueden servir como modelo para trabajo urbano (autoestima, habilidades sociales, apoyo a grupos marginados....). Los trabajos de fortalecimiento de familias y familias saludables también serían buenos apoyos.
- ✓ Desde el gobierno debería haber llamados hacia la paz más que amenazas latentes (como reinstaurar la pena de muerte) porque eso aumenta el clima social de tensión y amenaza y va contra lo que se persigue con estos programas de trabajo con afectados de violencia política.
- ✓ Realizar trabajo con los medios de comunicación masivos que tienen su sede en Lima, para sensibilizar a la población y las autoridades respecto a lo que es salud mental.
- ✓ Tener en cuenta aspectos de capacitación y selección de las personas y los aspectos de cuidado.

El Encuentro, en suma, consolidó los avances del programa y dibujó los caminos y retos a futuro para los programas de salud mental comunitaria.

Ahora queda seguir caminando, en adelante, con la misma fuerza que en estos meses...

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

Anexo N° 1:

Lista de Proyectos de SMC revisados y discutidos

	Zona	Título Proyecto SMC	Temas generales	Temas de SM a trabajarse
1	Huancavelica/ Red Tayacaja Microrred Colcabamba: Nogales	Nogales: Organizándonos para nuestro desarrollo participativo	- Cultura participativa (como la comunidad sea ente activo en el aspecto social, asamblea comunal, OSB) - Talleres, capacitación→ problemas de la comunidad - Protagonismo	Protagonis mo e Identidad
2	Huancavelica/ Red Tayacaja/ MicrorredChurc ampa	Churcampa: Un espacio para fortalecer las relaciones institucionales entre salud y gobierno local	Relaciones Interinstitucionales Socialización de Información Clima Organizacional difusión comunicacional	Vínculos laborales Relaciones horizontales : Confianza, desconfian za
3	Huancavelica/ Red Tayacaja/ Microrred Pampas: Acraquia- Ahuaycha	Importancia de la promoción de la salud mental en Acraquia y Ahuaycha	Promoción de salud mental en la agenda pública a través de radio Involucran a Colegios, Centros de salud y municipio Difusión comunicacional (afiches y radio)	Promoción SM
4	Huancavelica/ Red Tayacaja/ Centro Salud Daniel Hernández	Reconstrucción de la memoria histórica en el barrio de Ayacucho del distrito de Daniel Hernández	Réplica del proyecto de SMC de Chuschi Comunidad de desplazados y vincula a colegios Entrevistas Concurso de memoria histórica	Identidad cultural Memoria y VP Revaloració n cultural

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

5	Apurímac/ Andahuaylas / Red Cocharcas/ Microrred Ocobamba	Integración familiar en la Asociación de Familiares de Desplazados por VP	Mejorar niveles de comunicación y relaciones entre padres e hijos Capacitación/ Difusión radial Talleres con padres e hijos	Comunicación intrafamiliar Asunción de rol parental; Efectos psicológicos de la V.P en las familias
6	Apurímac/ Andahuaylas / Red JM Arguedas/ PS Nueva Esperanza	Abandono social y emocional del adulto mayor y falta de identidad juvenil	Réplica proyecto SMC Chuschi Elaboración de memoria histórica Concurso/ clubes juveniles y adulto mayor	Memoria histórica; Espacios de comunicación intergeneracional; Identidad cultural
7	Apurímac/ Andahuaylas / Red JM Arguedas/ ES Taramba- Chicmo	Contribuyendo a la incorporación del adulto mayor a su familia y comunidad	Clubes de adulto mayor Sensibilización a autoridades/ Participación en asambleas comunales	Envejecimiento saludable Soporte emocional al adulto mayor Autoestima
8	Apurímac/ Andahuaylas / Red Sónдор/ ES San Jerónimo	Una oportunidad para ser luz de cambio	Contribuir a integración entre jóvenes y adultos mayores Crianza de animales menores Fortalecer a integración 2 generaciones	Espacios de comunicación intergeneracional autoestima
9	Apurímac/ Andahuaylas / Red Cocharcas/ MR Huaccana- Ongoy	Promoviendo las habilidades de expresión de la población de Callapayocc	Capacitación Talleres oratoria Radio	Estigmatización de población (como senderistas) Liderazgo Autoestima comunal

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

10	Ayacucho/ Red Lucanas- Puquio/ ES Aucará	Prevención del alcoholismo en población adulta	Difusión: Spots radiales y trípticos Capacitación (autoridades, OSB, centros de salud)	Prevención del alcoholismo y sus consecuencias en las familias y comunidad
11	Ayacucho/ Red Lucanas- Puquio/ ES Huanca	Prevención del alcoholismo en adolescentes	Sensibilizar a instituciones y autoridades Difusión: Spots Capacitación Pasacalle	Prevención del consumo de alcohol en adolescentes
12	Ayacucho/ Red Lucanas- Puquio/ ES Ccollana	Violencia Intrafamiliar hacia la mujer	Capacitación a mujeres y varones Sensibilización a autoridades y líderes comunales Espacios vivenciales	Prevención de la violencia contra la mujer
13	Ayacucho/ Red Lucanas- Puquio/ ES Ocaña- Laramate	Prevención de violencia intrafamiliar	Talleres educativos con familiar en colegios Elaboración de trípticos Concurso de familias?	Prevención de la violencia intrafamiliar infantil
14	Ayacucho/ Red Lucanas- Puquio/ Municipalidad Distrital de Lucanas	Fortaleciendo las redes sociales: Comunidades campesinas de Lucanas y el anexo de Santiago de Vado"	Redes sociales	Cultura de paz Secuelas de la violencia política

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

15	Ayacucho/ Red Huamanga / ES Cuchipampa	Desterrando la violencia desde mi familia	Género Participación comunitaria	Prevención de Violencia Intrafamiliar Cultura de Paz
16	Ayacucho/ Red Huamanga / ES Socos-Luyanta	Para que nuestros hijos crezcan felices	Derechos de niños, niñas y adolescentes Participación comunitaria	Relaciones familiares Pautas de crianza saludables
17	Ayacucho/ Red Huamanga / ES Vinchos	Buscando un futuro sin violencia	Cultura democrática	Salud mental en la escuela
18	Ayacucho/ Red Huamanga / ES Ñahuinpuquio	Mejorando la salud mental comunitaria en adultos de Ñahuinpuquio	Participación comunitaria	Comunicac ión familiar
19	Ayacucho/ Red Huamanga / ES Socos	La salud comienza en casa	Participación de promotores de salud en la salud mental comunitaria	Autocuidad o Salud mental
20	Ayacucho/ Red Huamanga / MR Putacca	Favoreciendo la salud mental del adulto mayor de Quispillaqta Alta	Participación Comunitaria. Favorecer organización local, directivas democráticas y que respondan a necesidades sociales. Alimentación Nutrición, Biohuerto y otros Esparcimiento y estilos de vida	Cuidado y respeto al adulto mayor Relaciones familiares y comunales solidarias

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

Anexo N° 2:

Equipo Técnico de DISAs y Redes que desarrollo la Propuesta de Salud Mental Comunitaria

1. Equipo Región Ayacucho:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	RED/MICRORRED
1	ISABEL BALBIN RICSE	ASISTENTA SOCIAL	RED DE SALUD HUAMANGA	RED DE SALUD HUAMANGA
2	PAULINA GODOY OCHATOMA	ENFERMERA	RED DE SALUD HUAMANGA	RED DE SALUD HUAMANGA
3	MARIA LIZANA HUAMAN	ENFERMERA	C.S. VINCHOS	MICRORRED BELEN
4	GLORIA ILLEZCA AYME	OBSTETRIZ	P.S. LUYANTA	MICRORRED BELEN
5	MARCOS CUETO LUQUE	MEDICO	C.S. MUYURINA	MICRORRED BELEN
6	PATRICIA BARAHONA MENDOZA	MEDICO	C.S SOCOS	MICRORRED BELEN
7	LUZ ANGELICA PALOMINO PEÑA	BIOLOGA	P.S. ÑAHUINPUQUIO	MICRORRED SAN JUAN BAUTISTA
8	FARIDE LOPEZ GUTIERREZ	ODONTOLOGA	P.S. ÑAHUINPUQUIO	MICRORRED SAN JUAN BAUTISTA
9	WILBER TORRES PRADO	MEDICO	C.S PUTACCA	MICRORRED PUTACCA
10	MARGOTH QUICHCA ARANGO	TEC. ENFERMERIA	P.S. PUNCUPATA	MICRORRED PUTACCA
11	DELIA MENESES MENDOZA	TEC. ENFERMERIA	CUCHOQUESERA	MICRORRED PUTACCA
12	BETTY MISAICO	MEDICA	EX ÑAHUIMPUQUIO	RESPONSABLE SIS DISA
13	LIA GARCIA LEON	ASESORA TECNICA	PROYECTO AMARES	PROYECTO AMARES

2. Equipo Región Ayacucho- Puquio:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	PROFESION	CARGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
1	ENRIQUE ANGEL FERNANDEZ CHAUCA	PSICOLOGO	RESPONSABLE SALUD MENTAL	RED LUCANAS
2	RUBEN PALOMINO RIVERA	OBSTETRA	RESPONSABLE DE PROMOCIÓN	RED LUCANAS
3	ELDER MIREYA RAMIREZ VASQUEZ	OBSTETRIZ	REONSABLE PROYECTO SMC	HOSPITAL APOYO PUQUIO
4	ABIADDEL CARRASCO HUAMANCHA	TEC. MEDICA	REONSABLE PROYECTO SMC	HOSPITAL APOYO PUQUIO

**Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006**

5	BETSI ESMERALDA TITO VALDIVIA	OBSTETRIZ	RESPONSABLE DE PROMOCIÓN	CENTRO DE SALUD DE ANDAMARCA
6	OTTO ARTURO VELASQUEZ ARTEAGA	ENFERMERO	REONSABLE PROYECTO SMC	CENTRO DE SALUD AUCARA
7	GLADYS YANETT CONISLLA CUSIPUMA	OBSTETRIZ	REONSABLE PROYECTO SMC	CENTRO DE SALUD AUCARA
8	HAYDEE AMANDA FLORES YALLICO	MEDICO	REONSABLE PROYECTO SMC	CENTRO DE SALUD OCAÑA
9	ENA GALVAN RAMIREZ	ODONTOLOGA	REONSABLE PROYECTO SMC	CENTRO DE SALUD OCAÑA
10	SANDRA ROJAS SANDOVAL CUPE	REGIDORA	REONSABLE PROYECTO SMC	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUCANAS
11	ROSALIA GONZALES FLORES	REGIDORA	REONSABLE PROYECTO SMC	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUCANAS
12	JULIO CESAR CONDORCHOA CAMACHO	OBSTERTRA	REONSABLE PROYECTO SMC	PUESTO DE SALUD HUANCA
13	YRENE GALLEGOS RAMOS	ENFERMERA	REONSABLE PROYECTO SMC	PUESTO DE SALUD HUANCA
14	JOSE LUIS APARCANA GOMEZ	ODONTOLOGO	ASISTENTE TECNICO	AMARES PUQUIO

3. Equipo Región Andahuaylas:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
1	MADELY LEGUIA ALCARRAZ	ODONTOLOGA	OCOBAMBA RED COCHARCAS
2	ELENA CESPEDES AVENDAÑO	ENFERMERO	OCOBAMBA RED COCHARCAS
3	ROSA MARIA ZAPATA GUIZADO	PSICOLOGO	NUEVA ESPERANZA RED JM ARGUEDAS
4	SONIA MERY GIRON GARCIA	ENFERMERA	NUEVA ESPERANZA RED JM ARGUEDAS
5	JOSE RIOS VELAZQUE	MEDICO	TARAMBA RED JM ARGUEDAS MR CHICMO
6	JOSEFINA GALINDO LIZARME	OBSTETRIZ	TARAMBA RED JM ARGUEDAS MR CHICMO
7	TERESA ASCUE REYNAGA	ENFERMERA	ANDAHUAYLAS: SAN JERONIMO RED SONDOR
8	ZULMA INES CHOCANO URTECHO	PSICOLOGA	RED SONDOR
9	KENNY ROSANA SARMIENTO SULCA	OBSTETRIZ	HUACCANA RED COCHARCAS
10	SOLEDAD GRACIELA SANTAMARIA MALLQUI	PSICOLOGA	RED VIRGEN DE COCHARCAS
11	MARIA HUAMANI CISNEROS	LIC. ENFERMERIA	ATL AMARES ANDAHUAYLAS

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

4. Equipo Región Huancavelica:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	PROFESION	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
1	ALFREDO ASTO PARCO	OBSTETRA	RED TAYACAJA MR Churcampa PS El Carmen
2	NANCY PEREZ PICHARDO	ASITENTA SOCIAL	RED TAYACAJA MR Churcampa CS Churcampa
3	ORLANDO DEMETRIO URIBE RAMIREZ	MEDICO	RED TAYACAJA MR Churcampa CS Churcampa
4	ELVA DIAZ MAGUIÑA	ASITENTA SOCIAL	RED TAYACAJA
5	MILTON COAQUIRA TICONA	PSICOLOGO	RED TAYACAJA MR Pampas
6	CARMELA LEZAMA RODRIGUEZ	ASITENTA SOCIAL	RED TAYACAJA MR Pampas
7	OFELIA SOTO ARROYO	OBSTETRIZ	RED TAYACAJA MR Colcabamba PS Tocas
8	GLADYS OJOSE MACHUCA	ENFERMERA	RED TAYACAJA Microrred Colcabamba
9	MERCEDES OCHUPE VILLANUEVA	OBSTETRIZ	RED TAYACAJA Microrred Colcabamba
10	ESPERANZA ALVARES CASTAÑEDA	OBSTETRIZ	RED TAYACAJA MR Pampas PS Acraquia
11	ANDRES HERBOZO GONZALES	MEDICO	RED TAYACAJA MR Pampas PS Acraquia
12	JESSICA CASTILLO GONZALES	OBSTETRIZ	RED TAYACAJA MR Pampas PS Acraquia
13	SILVIA MONTOYA CARRASCO	PSICOLOGA	RED HUANCAVELICA MR Ascencion
14	YESSICA ZEVALLOS TUCTO	PSICOLOGA	RED HUANCAVELICA MR Huaytara
15	ELVA TRAVESAÑO RUIZ	TEC. ENFERMERIA	RED HUANCAVELICA MR Ayaccocha PS Puccaccocha
16	LIZ ALEJANDRO ORIHUELA	ENFERMERA	AMARES HUANCAVELICA

Ministerio de Salud: Dirección de Salud Mental, DISAs de
Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas y Proyecto AMARES (UE-MINSA)
SEGUNDO ENCUENTRO MACRO-REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
Lima: 6, 7 y 8 de Noviembre, 2006

Anexo Nº 3:

**Presentaciones del Equipo Técnico de DISAs y Redes que desarrollo la
Propuesta de Salud Mental Comunitaria**