

Necesidades de salud mental en víctimas de violencia política – Bases para la planificación de servicios en la Región de Huancavelica

*Autores: Carmen Sánchez Romero, Irina Kohan Revsin, Edith del Pino, Teresa Cárdenas, José Luis Huapaya, Sabina Rojas, Blanca Cid, Pau Pérez-Sales.
Médicos del Mundo, España*

email: sanchezromerocarmen@gmail.com

Resumen

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto de Apoyo a la Mejora de la Salud Mental en la Región de Huancavelica que está realizando Médicos del Mundo-España en convenio con el Gobierno Regional, la Dirección Regional de Salud y el Hospital Departamental de Huancavelica. La investigación surgió ante la necesidad de detectar y conocer la situación en la que se encuentran las víctimas de violencia política en la región pasados casi veinte años tras el conflicto armado interno. El objetivo era actualizar, en el marco del Programa Integral de Reparaciones en Salud Mental puesto en marcha por el gobierno peruano en el año 2005, las secuelas en salud mental que presentan a la fecha estas personas, así como realizar un diagnóstico de necesidades basado en sus demandas explícitas y ocultas. Así mismo se indagó con respecto a la atención a la que estas personas tienen acceso cuando acceden a los establecimientos públicos de salud en calidad de víctimas de violencia política.

Los resultados hallados permiten concluir que las personas afectadas por violencia política, poseedoras o no del registro de víctimas, presentan altos grados de afectación y secuelas pasados casi 20 años de la violencia. Las cifras muestran a su vez una importante demanda de servicios de salud. A pesar de no encontrar solución a sus problemas en los recursos públicos de salud y recurrir a la medicina tradicional, las víctimas de violencia política tienen grandes expectativas de encontrar soluciones a sus dolencias mediante la atención médica, incluida atención psicológica. La desconfianza y el escepticismo con respecto a las promesas políticas de reparación por parte del gobierno es amplia y patente. A pesar de ello las víctimas demandan una reparación y refieren como necesidad prioritaria la reparación económica.

Introducción:

La región de Huancavelica con una población de 454.797 habitantes¹, se caracteriza por ser la más pobre del país, con un 85,7% de su población por debajo de la línea de pobreza y tener el menor índice de desarrollo². Según la Comisión de la Verdad y Reconciliación, Huancavelica es además una de las regiones más afectada por la violencia política. Se plasman en su Informe las atrocidades múltiples y masivas que sufrió la población en términos de masacres, asesinatos, tortura, desapariciones forzadas, ejecuciones extrajudiciales y violencia sexual. La precariedad y la pobreza constituyen un factor de vulnerabilidad adicional en las afectaciones en salud mental provocadas por el conflicto armado. (Pedersen, 2006)

¹ Censos 2007, IX de Población, VI de Vivienda, INEI, Lima 2008. Según las proyecciones de la DIRESA la población sería de 476.357, ASIS 2008, Oficina de Epidemiología de la DIRESA - HVCA

² Según PNUD el Índice de Desarrollo Humano de Huancavelica es de 0,47 contra el 0,78 del Perú tomado a nivel nacional.

En el marco del Programa Integral de Reparaciones en Salud, el MINSA pone en marcha un Programa de Atención en Salud Mental (2005-2010) dotando a las DIRESAs de fondos y asistencia técnica para la atención en salud mental comunitaria e individual de los afectados.

A lo largo de estos años, Huancavelica fue contando con esos recursos e incrementando exponencialmente el número de psicólogos contratados: pasó de 5 psicólogos PIR en 2005 a 15 en 2010. En reuniones técnicas sostenidas con los psicólogos de la región, así como en encuentros multisectoriales de trabajo en salud mental³ se puso en evidencia que el objetivo de atender a las personas y comunidades con secuelas de la violencia no se estaba cumpliendo.

La presente investigación se propuso entonces conocer la situación de las víctimas con secuelas psicológicas a muchos años de haber transcurrido los hechos traumáticos y proponer recomendaciones para el desarrollo de la atención de las víctimas.

El trabajo de campo se desarrolló entre Noviembre de 2010 y Febrero de 2011 en 3 zonas de la región, 2 rurales y una urbana, abarcando una población de 50465 habitantes. A través de un muestreo de conveniencia se seleccionaron un total de 62 personas afectadas por violencia política (30 mujeres y 32 varones).

El impacto de la violencia: las víctimas en datos

A pesar del tiempo transcurrido resulta difícil cuantificar el número real de víctimas.

El Registro Único de Víctimas (RUC) fue creado por la Ley 28592 que instituye el Plan Integral de Reparaciones y tiene como cometido servir de base para que el Estado reconozca el derecho fundamental de las víctimas y beneficiarios a obtener alguna modalidad de reparación.

La instancia encargada de elaborar el RUV y acreditar a las víctimas y beneficiarios es el Consejo de Reparaciones (CR). Con la acreditación, los afectados podrán hacer efectivo su derecho a acceder a los programas de reparación implementados por el Estado.

El RUV se organiza en el Libro 1 y Libro 2, según se trate de víctimas y beneficiarios individuales o de comunidades, grupos o beneficiarios colectivos.

Durante un período importante de tiempo el Consejo de Reparaciones tuvo grandes dificultades para avanzar en su misión por la falta de dotación de recursos económicos y de personal. En el 2010 reimpulsó su actividad realizando varias campañas de inscripción en diferentes regiones.

Según el 4to Informe Anual del Consejo de Reparaciones de noviembre de 2010, el número total de víctimas individuales en el país inscritas en el RUV es de 84747 de las cuales, a la fecha, por retrasos de diferente tipo, sólo el 68% ha recibido su acreditación.

³ Ver "Conclusiones de la I Jornada Intersectorial de Salud Mental, Lircay 2010".

. También actas de las reuniones de Grupo de Trabajo Intersectorial en Salud Mental de la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz, DIRESA Huancavelica 2010-2011.

El informe señala, por otra parte, que si cuenta con los fondos adecuados, el CR tiene como meta en los siguientes 12 meses aumentar este registro a 120 mil víctimas individuales dando por finalizada su labor⁴.

Siguiendo el Informe, Huancavelica es la segunda región más afectada después de Ayacucho con un total de 11565 víctimas individuales. De estas, 5755 corresponden a víctimas directas (muertos, desaparecidos, torturados, desplazados etc.) y 5810 a familiares de muertos y desaparecidos.

Compromisos políticos en materia de reparación:

Con el fin de paliar y reparar las secuelas generadas por estas vulneraciones, la Comisión de Verdad y Reconciliación (2000) recomendó la puesta en marcha de un Plan Integral de Reparaciones (PIR); entre sus objetivos destaca el "contribuir a la recuperación moral, mental y física de las víctimas sobrevivientes de las violaciones de derechos humanos cometidas en el Perú en el período de mayo de 1980 a noviembre de 2000 así como de los familiares de las personas muertas y desaparecidas como producto del conflicto armado interno." (CVR- Informe Final)

Se estableció un programa específico de Reparaciones en Salud planteado como una intervención y atención integral que comprendiera tanto la esfera comunitaria como la intervención clínica e individual dirigida a las personas más gravemente afectadas.

Por su parte, el gobierno regional de Huancavelica aprobó el 22 de septiembre del 2004 la Ordenanza 012-GR HVCA/CR sobre implementación del Plan Integral de Reparaciones por el que se compromete a "promover campañas de sensibilización en la sociedad, y atención en salud mental, violencia política, capacitación, atención individual y atención comunitaria" así como "la inclusión en el Sistema Integral de Salud (SIS) la atención de salud mental y la rehabilitación de los discapacitados producto de la violencia política."

A partir de 2006 la Programación Multianual del PIR se centró en un programa de Reparaciones Colectivas. Para el año 2008, 4295 comunidades de Perú habían sido reconocidas como que habían sufrido daño colectivo y debían ser incluidas en el Plan Integral de Reparaciones. De ellas 709 (16.5%) correspondían a la región de Huancavelica.

Objetivos

- Identificar víctimas de la violencia política que presenten secuelas psicológicas graves, que tengan derecho a una reparación en salud mental y no la estén recibiendo.
- Conocer la demanda oculta y percibida de las víctimas de la violencia política en materia de salud mental.
- Realizar sugerencias para el desarrollo de un programa de atención en salud mental para víctimas de violencia política.

⁴ <http://www.ruv.gob.pe/archivos/informeanualCR04.pdf>

Metodología

Áreas de trabajo

Para delimitar el área de investigación se eligieron 2 microredes rurales y un centro de salud urbano de la ciudad de Huancavelica. Se eligieron las dos micro-redes rurales con peores indicadores según el índice de afectación por violencia política del Censo por la Paz, usado para la asignación de reparaciones comunitarias.

Las áreas delimitadas fueron:

- Microred Ccochaccasa de la provincia de Angares que abarca una población de 10308 habitantes atendida por 2 centros de salud: CS Ccochaccasa y el CS Parco Alto.
- Microred Paucarbamba de la provincia de Churcampa que abarca una población de 18766 habitantes con los centros de salud Paucarbamba y San Pedro de Coris
- Centro de Salud Sta. Ana de la ciudad de Huancavelica con una población asignada de 21391 habitantes de los barrios Sta. Ana, Yananako y Sta. Bárbara.

Muestra

Se buscaban víctimas que hubieran sido registradas y calificadas por el RUV o por el Registro Regional de Víctimas. Inicialmente se solicitó el contacto a los informantes clave únicamente de personas que poseyeran la acreditación oficial. A lo largo del proceso se detectó que muchas de las personas entrevistadas, a pesar de reunir las características para acceder al RUV, no poseían dicha credencial. De este modo se realizó un sobremuestreo accediendo a las entrevistas finalmente personas que poseían acreditación, personas que la tenían en trámite y personas que no la poseían.

Instrumentos

Se obtuvo información mediante las organizaciones de afectados y a través de informantes (trabajadores/as de los Centros de Salud, autoridades locales y dirigentes comunitarios) acerca de personas de la comunidad que estuvieran inscritas en el Registro Único de Víctimas. El total de personas entrevistadas, sesenta y dos, realizó una entrevista semi-estructurada a modo de conversación abierta que permitió recoger información sobre:

- Posible afectación actual derivada de la violencia política,
- Respuestas personales al problema,
- Respuestas asistenciales al problema,

- Forma en que la persona cree que puede ser ayudada⁵.

Compromiso Ético

Las entrevistas se realizaron con la aceptación expresa de la persona entrevistada. El equipo investigador se constituyó en dos equipos de profesionales, un psicólogo y una investigadora quechua hablante.

Desde el inicio de la investigación se asumió que el hecho de participar en el proceso podría suponer para algunas personas con afectación grave volver a traer al presente experiencias dolorosas. Ante la demanda recurrente de algunos entrevistados acerca de información sobre la situación de sus trámites de acreditación ante el RUV y de que se les facilite su inscripción a otros, durante la investigación se coordinaron acciones con la responsable del Registro de Víctimas del Gobierno Regional, y se facilitó su desplazamiento a zonas afectadas lejanas para abrir solicitudes a muchas de las personas que no estaban registradas.

En algunos casos se realizó un seguimiento posterior a la entrevista.

Resultados.

Los resultados de la investigación permiten aproximarse a la realidad actual de las víctimas del conflicto armado interno que deberían haber recibido los beneficios de los programas de reparación. Los resultados que se exponen a continuación resultan muy reveladores:

La Tabla 1 muestra que con respecto al Registro Regional, únicamente un cuarto de los varones lo poseen y algo más de la mitad de las mujeres. Un número significativo de varones (40%) se encuentra en una situación de tramitación administrativa del Registro desde hace años.

Teniendo en cuenta que existe un sobremuestreo en la detección de personas entrevistadas (ver más arriba) se puede afirmar que en el mejor de los casos un 16,1% de las personas que cumplen los criterios que prevé la ley poseen el Registro Único (23,3% de mujeres, 9,4% de varones).

⁵ Puede obtenerse la entrevista de los autores

Tabla N°1
Registros y trámites efectuados

		SEXO					
		Hombre		Mujer		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registro Regional	Si	8	25.00%	16	53.30%	24	38.70%
	No	9	28.10%	6	20.00%	15	24.20%
	En trámite	13	40.60%	7	23.30%	20	32.30%
Registro Único de Víctima	Si	3	9.40%	7	23.30%	10	16.10%
	No	12	37.50%	7	23.30%	19	30.60%
	En trámite	17	53.10%	16	53.30%	33	53.20%

La **Tabla 2** recoge las diferentes vulneraciones a las que fueron sometidas las personas entrevistadas ofreciendo el cuestionario la posibilidad de registrar hasta tres tipos de vulneraciones sufridas.

Respecto a la vulneración principal las personas sufrieron el asesinato de un familiar, (25,8%), tortura (17,7%) y desaparición forzada de un familiar (14,5%). Por género, las mujeres fueron principalmente víctimas de homicidio o asesinato de sus parejas o hijos (40%) y desaparición forzada de los mismos (26,7%); un 13,3% de mujeres fueron víctima de violencia sexual. En hombres fue la tortura (37,5%) y el desplazamiento forzoso (18,6%).

A partir de **la Tabla 3** podemos afirmar que la gran mayoría de las personas tiene una o múltiples afecciones a causa de las vulneraciones sufridas bajo el conflicto armado. Las imágenes o recuerdos dolorosos son experimentados por el 79% de las víctimas, un 58,1%, tiene aún ocasionalmente pesadillas y el 9,7% refieren que han intentado quitarse la vida en algún momento.

En cuanto a las secuelas expresadas y sentidas desde las concepciones locales un 72,6% afirma sentir Llaki, (83.3% de mujeres), un 69,4% Mancharisqa, (80% de mujeres) y Umananay, Trauma e Iquayasa, por un 58,1% de la población.

Tabla N°2
Vulneraciones sufridas

		VULNERACIÓN PRINCIPAL						CONJUNTO VULNERACIONES	
		Hombre		Mujer		Total		Total de personas	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
T i p o d e v u l n e r a c i ó n	Ninguna	2	6.30%	1	3.30%	3	4.80%	0	0%
	Ejecución extra-judicial de un/a familiar	1	3.10%	0	0.00%	1	1.60%	1	1,6%
	Reclutamiento Forzado de un familiar	0	0.00%	2	6.70%	2	3.20%	4	6,4%
	Detención arbitraria	2	6.30%	0	0.00%	2	3.20%	4	6,4%
	Homicidio o Asesinato de un familiar	4	12.50%	12	40.00%	16	25.80%	16	25,8%
	Heridas, lesiones o muertes en atentados de un familiar	1	3.10%	0	0.00%	1	1.60%	1	1,6%
	Privación de la libertad siendo inocente	1	3.10%	1	3.30%	2	3.20%	5	7,7%
	Heridas y lesiones	2	6.30%	0	0.00%	2	3.20%	13	20,9%
	Secuestro	0	0.00%	1	3.30%	1	1.60%	1	1,6%
	Desaparición forzada de un familiar	1	3.10%	8	26.70%	9	14.50%	9	14,5%
	Desplazamiento forzoso	6	18.80%	0	0.00%	6	9.70%	7	11,3%
	Tortura	12	37.50%	2	6.70%	14	22.60%	26	40,3%
	Discapacidad	0	0%	0	0%	0	%	2	3,2%
	Violación sexual, otras formas de violencia sexual	0	0.00%	3	10.00%	3	4.80%	4	6,4% (13,3% del total de mujeres)
Total	32	51,6%	30	48,4%	62	100%	--	--	
Sufrió una segunda vulneración:		16	50.00%	16	53.30%	32	51.60%	--	--
Sufrió una tercera vulneración:		9	28,1%	7	23,3%	16	25,8%	--	--

Tabla N° 3
Secuelas de la Violencia

	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Como secuelas de la violencia tiene.... Pesadillas	20	62.50%	16	53.30%	36	58.10%
Imágenes o recuerdos dolorosos	22	68.80%	27	90.00%	49	79.00%
Dificultad de relacionarse con las demás personas	4	12.50%	4	13.30%	8	12.90%
Intentos de suicidio	5	15.60%	1	3.30%	6	9.70%
Problemas de alcoholismo	4	12.50%	3	10.00%	7	11.30%
Como secuelas de la violencia tiene....Llaki/ ⁶	20	62.50%	25	83.30%	45	72.60%
Trauma / ⁷	19	59.40%	17	56.70%	36	58.10%
Mancharisga, susto, asustado / ⁸	19	59.40%	24	80.00%	43	69.40%
Iguayasa, debilidad o enfermizo / ⁹	16	50.00%	20	66.70%	36	58.10%
Umananay o dolor de cabeza	17	53.10%	26	86.70%	43	69.40%
Otros	15	46.90%	13	43.30%	28	45.20%

⁶ Este concepto viene a ser un conglomerado de desgano, preocupación, intranquilidad, miedo, incertidumbre, incapacidad para concentrarse y trabajar. Traduce una concepción del malestar en el que son emociones cotidianas vinculadas a la inseguridad material y al riesgo de enfermar y morir. Así en el concepto de Llaki se funde el malestar derivado de la violencia sufrida con el de la vida pobre, en todos sus sentidos. (Pedersen, 2006)

⁷ El trauma es entendido como la incapacidad de hacer bien las cosas o el hecho de vivir con mucho temor. (Theidon, 2004 p.91).

⁸ Expresión traducida por el equipo investigador quechua hablante. Se considera que "susto" como una categoría diagnóstica que puede integrarse en un discurso andino de aflicción. (Pedersen, 2006, p.7, nota al pie). "En la mancharisqa o susto, se trata de una fuerte y repentina impresión. Su etiología tiene una causalidad: una intensa impresión derivada de un sobresalto brusco y sorpresivo. (...) En el mundo quechua hay un solo cuerpo, pero varias entidades anímicas, y una de ellas (o las tres) se separan del cuerpo cuando se produce el susto." (Citarella, 2009, p.219)

⁹ Expresión traducida por el equipo investigador quechua hablante. "Se podría traducir "iquyasqa" como "debilidad". Es la sensación de agotamiento profundo, cuando no se tiene ni la energía para las actividades diarias. (...) Estar con iquyasqa es estar war weary, fatigado por la guerra. El iquyasqa no es una mera metáfora, sino un estado del cuerpo. (Theidon, 2004, p.71)

Tabla N°4: Historial de Atención médica

		SEXO					
		Hombre		Mujer		Total	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Ha tratado de solucionar estos problemas... Yendo a un EESS	Si	9	28.10%	6	20.00%	15	24.20%
De otro modo	Si	10	31.30%	9	30.00%	19	30.60%
Medicina tradicional, Automedicación, hierbas	Si	24	75.00%	26	86.70%	50	80.60%
¿Ud ha sido visto por personal de salud?	Si	7	21.90%	7	23.30%	14	22.60%
¿Informe o Diagnóstico realizado por médico?	Depresión	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	TEPT	0	0.00%	1	3.30%	1	1.60%
	Otros	3	9.40%	1	3.30%	4	6.50%
	No sabe/no tiene	6	18,7%	5	16.70%	11	17,7%
	No procede	23	71.90%	23	76.70%	46	74.20%
¿Ha recibido tratamiento por estos problemas?	Si	3	9.40%	4	13.30%	7	11.30%
	No	8	25.00%	2	6.70%	10	16.10%
¿Mejóro?	Si	1	3.10%	2	6.70%	3	4.80%
	No	10	31.30%	4	13.30%	14	22.60%
¿Cuándo fue la última vez que fue atendido por estos problemas?	En la última semana	1	3.10%	1	3.30%	2	3.20%
	En el último mes	1	3.10%	0	0.00%	1	1.60%
	En los últimos 12 meses	3	9.40%	3	10%	6	9.60%
	Más de 12 meses	0	0.00%	2	6.70%	2	3.20%
	No procede	27	84.40%	24	80.00%	51	82.30%

La Tabla 4 nos muestra que la solución o remedio implementado principalmente por las personas para tratar de solucionar sus problemas es la medicina tradicional. Un 80,6% de las personas ha consultado un curandero, empleado hierbas, automedicación...

Sólo un 22% de personas ha sido visto por personal de salud de su zona por problemas de salud mental que identifica como secuelas de la violencia. Los diagnósticos médicos son prácticamente inexistentes. Un 11,3% de los/as entrevistados/as recibió tratamiento médico-psicológico por las secuelas de la violencia y de toda la muestra únicamente tres personas, un 4,8% considera que mejoró. No se observa sistematicidad ni periodicidad en las intervenciones del sistema de salud.

Tabla N°5
Necesidades percibidas

	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
¿Cree Ud. que necesita ayuda o en realidad está bien como está?	28	87.50%	30	100.00%	58	93.50%
¿Quién le puede ayudar?						
El médico	23	71.90%	20	66.70%	43	69.40%
El Psicólogo	19	59.40%	17	56.70%	36	58.10%
El sanador, curandero	13	40.60%	7	23.30%	20	32.30%
La familia o la propia comunidad	8	25.00%	4	13.30%	12	19.40%
Congregación religiosa	10	31.30%	8	26.70%	18	29.00%
Otros	6	18.80%	3	10.00%	9	14.50%
¿Qué cree que necesita Ud. para estar mejor atendido?						
Trabajo psicosocial con la comunidad.	4	12.50%	5	16.70%	9	14.50%
Terapia individual	16	50.00%	12	40.00%	28	45.20%
Reparación económica individual.	25	78.10%	21	70.00%	46	74.20%
Justicia.	10	31.30%	10	33.30%	20	32.30%
Reparación colectiva	17	53.10%	8	26.70%	25	40.30%
Que la gente no le rechace	1	3.10%	2	6.70%	3	4.80%
Otros	16	50.00%	18	60.00%	34	54.80%

La Tabla 5 muestra que un 93,5% de las personas considera que necesita ayuda. Todas las mujeres (100%) lo consideran. El 69,4% considera que es el médico quien puede facilitar su recuperación y un 58,1% considera al psicólogo; un 32,3% considera al curandero, y un 29% considera que una congregación religiosa le puede ayudar. Casi la mitad de las personas (45,2%) la consideran que la terapia individual es la vía de tratamiento que preferirían.

Un 19,4% de las víctimas espera encontrar ayuda en el entorno comunitario y 14,5% considera que es necesario el trabajo psicosocial con la comunidad para estar mejor.

Un 74,2% las personas considera la reparación económica individual como la forma de reparación que debería privilegiarse por encima de la comunitaria o de formas legales o simbólicas. También la reparación colectiva es percibida como una vía para mejorar el bienestar personal (40% de las personas). Un 32,3% de las personas reclaman justicia y la consideran como el principal elemento reparador.

Conclusiones

- Las personas afectadas por violencia política, poseedoras o no de la acreditación de víctimas, refieren altos grados de afectación y secuelas pasados casi 20 años de la violencia. El análisis de los datos hallados a lo largo de la investigación permite concluir que un grupo muy significativo de víctimas continúa sufriendo secuelas y lesiones importantes. Las cifras muestran una importante demanda oculta de servicios de salud que se observa no sólo en la frecuente verbalización de síntomas psíquicos y corporales sino en una conciencia de necesidad de servicios y profesionales en salud.
- Entre la variedad de secuelas reflejadas por las víctimas destacan problemas en la esfera cognitiva y emocional (pesadillas, imágenes y recuerdos dolorosos) y en muy alto porcentaje dolencias conceptualizadas y entendidas desde las expresiones locales y vinculadas a la cultura y cosmovisión propia (llaki, umananay, mancharisqa, trauma, iquayasa). El llaki es la secuela que más sufren las víctimas.
- Las vulneraciones más comúnmente referidas fueron los asesinatos, la tortura y las desapariciones forzadas. Estas vulneraciones han dejado heridas profundas y duraderas de las que resulta difícil la recuperación en un contexto de extrema precariedad económica y fractura social.
- Un alto porcentaje de mujeres (13,3%) refiere haber sido víctima de violencia sexual, sin embargo este dato no puede ser concluyente ya que los relatos de las personas desvelan que muchas de las mujeres víctimas de agresiones sexuales no se atrevieron a dar parte de lo ocurrido y reclamar su registro y derechos en base a esta perpetración por el estigma, el miedo y la propia fragmentación comunitaria.
- Además de las secuelas físicas y emocionales encontramos importantes secuelas comunitarias. La comunidad no es percibida por las personas como proveedora de apoyo y desarrollo personal, como espacio identitario y protector, sino como lugar de desconfianza y riesgo. La desintegración comunitaria tiene a su vez importantes efectos psicosociales en las víctimas.
- El remedio principal al que recurrieron las víctimas de violencia fue la medicina tradicional mediante automedicación o acudiendo a sanadores y curanderos. Las personas apenas desplegaron otras estrategias de afrontamiento y en ningún caso se nombran estrategias colectivas.

- La atención específica en salud mental a las personas víctimas de violencia política es casi inexistente tanto a nivel individual como comunitario. No constan diagnósticos en salud mental así como no hay intervenciones concretas, planificadas e implementadas para atender específicamente a víctimas de violencia política.
- Las víctimas demandan sobre todo atención médica y psicológica individuales, confiando en los profesionales del sistema de salud mental de la zona.
- Además de las necesidades y demandas en el área de la salud, el desarrollo comunitario o la educación, la inmensa mayoría de las personas expresa la necesidad de un apoyo económico lo que exige visibilizar el estrecho vínculo entre las condiciones de precariedad material y económica y el mantenimiento de las secuelas de la violencia en el nivel de salud.
- La situación en la que se mantienen las víctimas de violencia, a la fecha de realizada la presente investigación, se deriva de un escaso cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de reparación. Ello podría provocar un aumento de la desconfianza de las víctimas hacia las instituciones y hacia el estado, constituyendo una vulneración añadida a la violencia ya sufrida cuyas responsabilidades deberán ser asumidas.

Recomendaciones

Las conclusiones encontradas a partir de esta investigación permiten afirmar que es imperativo situar la Salud Mental como prioridad en las políticas sanitarias y reintegrar en la agenda de salud los Programas de Reparaciones en salud mental planteados en el PIR. La intervención en salud mental con víctimas de violencia debe establecerse como área concreta y diferenciada en el Plan Regional de Salud Mental (enfoque propio, perspectiva histórica y contextual, perspectiva de DDHH).

La intervención en salud mental, como parte de un programa amplio de reparación y restitución, debería conectarse además con las reparaciones programadas en el resto de áreas, favoreciendo así una reparación integral.

Es necesario favorecer el acceso de las víctimas al RUV como forma de acceder a su derecho en reparación. En este sentido deben tomarse decisiones políticas con respecto a la manera de gestionar y asegurar el enorme sub-registro de la población afectada.

Se debe asegurar el fortalecimiento de capacidades de todos/as los/as profesionales que trabajan diariamente con las víctimas de la violencia política.

Tanto en el contexto sanitario y como a nivel de la sociedad civil, se debe visibilizar la necesidad y urgencia de restituir y reparar los daños causados por los años de violencia y por los posteriores años de espera a la reparación.

Desde los establecimientos de salud se deberá poner en marcha una política proactiva de detección de víctimas y facilitación de los trámites para el registro. Este sistema de registro se podrá instaurar mediante capacitaciones de personal técnico o asistentes sociales.

En cumplimiento del PIR en su área de salud mental, aun asumiendo que el enfoque debe ser mayoritariamente comunitario, se deberá asegurar la atención individual (y a ser posible psicoterapia) para casos de especial gravedad asumiendo un enfoque de derechos, culturalmente sensible y que integre un enfoque de fortalezas, resiliencia, y evite la victimización de las personas demandantes.

Es así mismo necesario establecer una intervención "culturalmente sensible": Las intervenciones ancladas en los parámetros biomédicos preponderantes deben aproximarse y nutrirse de las concepciones locales de salud mental.

En el nivel comunitario consideramos prioritario llevar a cabo diagnósticos comunitarios en todas las zonas de intervención, lo que exige una identificación de la problemática desde la población, con el reconocimiento de sus recursos, y con la facilitación de propuestas comunitarias. Estos diagnósticos serían el sustrato y origen de las intervenciones comunitarias en el marco de las reparaciones colectivas.

A partir de los diagnósticos comunitarios se pueden implementar programas de salud mental comunitaria que incluyan la promoción y prevención en salud. Anclados en los propios recursos locales.

Para ello es necesaria una sensibilización a nivel comunitario sobre salud mental y DDHH, sobre los vínculos entre reparación y bienestar personal y social con vistas a que la población comprenda que la salud mental no depende exclusivamente del sector salud sino de todas las personas implicadas en los procesos, del equilibrio comunitario y de las vías para poder manejar un legado doloroso que aún lastra a muchas de las personas que viven en Huancavelica.

Referencias Bibliográficas

- Citarella Menardi, L. (2009). "Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y en América Latina". Bolivia.
- COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN. Informe Final, (2003), Lima.
- COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN. Hatun Willakuy, Versión abreviada, capítulo 7, (2004), Lima.
- CONSEJO DE REPARACIONES. Cuarto Informe Anual del Consejo de Reparaciones (octubre 2009 – octubre 2010) <http://www.ruv.gob.pe/archivos/informeanualCR04.pdf>
- Degregori, C.I., Rivera Paz, C. (1993). PERÚ 1980-1993: Fuerzas Armadas, Subversión y Democracia. Redefinición del papel militar en un contexto de violencia subversiva y colapso del régimen democrático. Instituto de Estudios Peruanos, Documento de trabajo n° 53, Perú.
- Guillerot, J. (2008). "Reparaciones en la transición peruana. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?" Lima.
- Pedersen, D. (2006). "Llaki-Ñakari- Explorando el mapa semántico de la aflicción y sufrimiento en la región altoandina de Ayacucho". Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Herminio Valdizán" 8(1), 3-10.
- PNUD-<http://www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx>
- Rivera, R. (2003). "Diagnóstico de servicios de salud mental del MINSA dirigido a personas afectadas por violencia política". Informe de consultoría de Salud Mental MINSA-AMARES, Lima.

- Rivera, M. & Reyes, A. (2003). "Ayacucho: Personas en una Guerra. Apuntes desde la Salud Mental". Comisión de la Verdad y Reconciliación, Ayacucho.
- Rivera M. & Velázquez, T (2008). "Salud Mental en el Perú: desvelando carencias y planteando retos". Memoria. Revista sobre democracia, cultura y Derechos Humanos, nº 3. Instituto de democracia y Derechos Humanos (IDEHPUCP). Perú.
- Theidon, K. (2004). "Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú". Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Velázquez, T (2007) "Salud Mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica", Lima.
- Citarella Menardi, L. (2009). "Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y en América Latina". Bolivia.
- COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN. Informe Final, (2003), Lima.
- COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN. Hatun Willakuy, Versión abreviada, capítulo 7, (2004), Lima.
- CONSEJO DE REPARACIONES. Cuarto Informe Anual del Consejo de Reparaciones (octubre 2009 – octubre 2010) <http://www.ruv.gob.pe/archivos/informeannualCR04.pdf>
- Degregori, C.I., Rivera Paz, C. (1993). PERÚ 1980-1993: Fuerzas Armadas, Subversión y Democracia. Redefinición del papel militar en un contexto de violencia subversiva y colapso del régimen democrático. Instituto de Estudios Peruanos, Documento de trabajo nº 53, Perú.
- Guillerot, J. (2008). "Reparaciones en la transición peruana. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?" Lima.
- Pedersen, D. (2006). "Llaki-Ñakari- Explorando el mapa semántico de la aflicción y sufrimiento en la región alto-andina de Ayacucho". Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Herminio Valdizán" 8(1), 3-10.
- PNUD-<http://www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx>
- Rivera, R. (2003). "Diagnóstico de servicios de salud mental del MINSa dirigido a personas afectadas por violencia política". Informe de consultoría de Salud Mental MINSa-AMARES, Lima.
- Rivera, M. & Reyes, A. (2003). "Ayacucho: Personas en una Guerra. Apuntes desde la Salud Mental". Comisión de la Verdad y Reconciliación, Ayacucho.
- Rivera M. & Velázquez, T (2008). "Salud Mental en el Perú: desvelando carencias y planteando retos". Memoria. Revista sobre democracia, cultura y Derechos Humanos, nº 3. Instituto de democracia y Derechos Humanos (IDEHPUCP). Perú.
- Theidon, K. (2004). "Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú". Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Velázquez, T (2007) "Salud Mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica", Lima.