

“La salud mental es más vulnerable y sensible que la salud física”



*Entrevista a **Yuri Cutipé**, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA).*

*Por **Diana Tantaleán C.***

Apostolado de Justicia Social y Ecología

La relación entre violencia física y salud mental es muy estrecha y frágil, según nos lo explica el Dr. Yuri Cutipé, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud. Él nos recalca la importancia de trabajar de manera coordinada, desde el Estado, en beneficio de toda la población.

¿Qué se entiende por salud mental?

La salud mental es definida de diferentes maneras, pero el Ministerio de Salud impulsa la definición que plantea la Organización Mundial de la Salud, la cual vincula este concepto al bienestar que está asociado con cuatro capacidades que deberían tener las personas: el darse cuenta de sus capacidades, el poder afrontar las tensiones y demandas de la vida, el poder trabajar de manera fructífera y la capacidad de aportar a la construcción de una comunidad.

Estas características apuntan fundamentalmente a tres dimensiones: la dimensión intrapersonal, la dimensión social, en términos de la interacción entre las personas, y la dimensión comunitaria de construcción para la participación de una vida mejor.

¿Qué relación existe entre la violencia en nuestra sociedad con los problemas de salud mental?

En general, los problemas de salud mental pueden considerarse, a la vez, un producto como un factor determinante de diferentes fenómenos sociales que se presentan en cada comunidad. Es, probablemente, un factor en la reproducción de la violencia, pero también es un espacio de impacto de la propia violencia. Donde hay violencia, obviamente va a dañarse la salud mental de la población en una o todas las capacidades de las que habla la Organización Mundial de la Salud.

Es obvio que, cuando se da una situación de violencia, pueden generarse fenómenos clínicos, dentro de los cuales están los denominados “trastornos o desórdenes” mentales, que están vinculados con el estrés por la situación de violencia, más aún cuando esta se prolonga o es continua.

Después de una emergencia o un desastre, la frecuencia de los trastornos mentales se multiplica por cuatro o cinco en una población. [...] entre más días, semanas o meses una persona o familia no tenga agua, alimento, o no se le repare la casa, la probabilidad de tener más trastornos mentales es mayor...

Un ejemplo es el caso de los ciudadanos venezolanos: la propia migración es una situación de violencia social que obviamente impacta en su salud mental. De no haber estado en esa situación, probablemente existirían algunos casos de trastorno depresivo severo o de ansiedad tipo obsesivo-compulsivo, inclusive cuadros psicóticos; pero, bajo el efecto de la violencia propia de la migración, esos casos se van a multiplicar, en tres o cuatro veces más.

A su vez, la pérdida de la salud mental también es un factor que puede contribuir al reforzamiento de la violencia. Muchos estudios han demostrado que, en el caso de una mujer que es víctima de violencia, y más aún si es sistemática, la probabilidad de tener un trastorno mental, o ideas de suicidio, es mucho mayor que en las mujeres que no son víctimas. Además, por tener este desorden mental, sus posibilidades de búsqueda de ayuda para hacer un alto a la espiral de violencia van a ser mucho menores mientras no recupere su salud mental. Si se le ayuda a que la recupere, o se la protege, va a permitir que no se repliquen los patrones de interacción violenta en los hijos, de modo que sea un factor de corte de la transmisión intergeneracional de la violencia.

¿Cómo acompaña el Ministerio de Salud esta realidad?, ¿qué acciones

realiza el Estado?

Para atender la tarea recuperativa de las víctimas, inclusive con una visión preventiva, es importante que el Estado pueda tener un sistema sanitario que trabaje conjuntamente con los otros sectores, y que sea suficiente para la atención de la población.

En ese sentido, el sistema sanitario peruano no tuvo el desarrollo necesario desde los años 80 o 90, cuando en el mundo se comenzó a dar mayor importancia a este componente de los servicios de salud.

Entonces, con todo el retraso que implicó, con la presión de la población que fue víctima de la violencia política, los problemas sociales emergentes a partir del mejoramiento económico, pero también de la postergación de las poblaciones que no tienen oportunidades y viven en la pobreza, y de todos estos fenómenos violentos, es que la sociedad peruana exige cumplir con sus responsabilidades al Estado Peruano.

Producto de esto, en el año 2012, el Congreso de la República aprobó una modificatoria de la Ley General de Salud que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, y ordena que el Ejecutivo implemente un modelo de atención basado en la comunidad, que implique la construcción de la salud mental a partir de las cuatro capacidades mencionadas, y para lo cual hay que poner servicios en la propia comunidad.

En el año 2015 se aprobó el reglamento y dio paso a la aprobación del programa presupuestal. Por primera vez el Ministerio de Salud tenía una línea de financiamiento exclusiva para salud mental, que es el Programa Presupuestal 131 de Control y Prevención en Salud Mental, así lo denomina el MEF. Esto dio paso para que la ley sea efectiva y poner los primeros servicios en la comunidad.

Pusimos 23 centros de salud mental en cinco regiones del país. En 2017 llegamos a 34 centros, y en el 2018 a 106 centros.

También en el 2018 se aprobó un Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria, que establece las metas nacionales hacia el 2021, y los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. El primer lineamiento establece, por primera vez en un documento, la salud mental como prioridad sanitaria nacional. Así tenemos todas las herramientas que permiten un desarrollo

formal y permanente, pues el Estado lo ha asumido como una responsabilidad, y debe responder ante la sociedad para que esto se cumpla según como se ha planificado.



Existe una gran demanda de la población por servicios de salud mental, es por ello que el Estado lo ha denominado una prioridad sanitaria nacional.

¿Existe algún plan que trabaje en conjunto la salud mental con otros sectores?

Es que es una obligación, no podemos no hacerlo porque la ley de prevención de violencia contra las mujeres, u otros miembros del grupo familiar, así lo exige. El plan conjunto aprobado el año pasado por el Ejecutivo incluye a todos los sectores, eso es parte de la característica del trabajo de prevención, la salud no puede trabajar solo por su lado, tiene que trabajarse de manera conjunta.

Esto está establecido por ley, pero su implementación no es al 100% porque mucho depende de los recursos y del monitoreo que se haga por las propias autoridades para que esto se cumpla así.

¿Cuál es el porcentaje de la población que sufre problemas mentales en el

país?

Se calcula que, en el Perú, por los estudios hechos por el Instituto Nacional de Salud Mental, cada año estaría afectada el 21% de la población, no solamente adulta sino también de niños, niñas y adolescentes. Esto es prácticamente lo mismo en otros países de la región.

Muchas veces se dice que primero se debe hacer prevención, pero no se puede hacer prevención y sin recuperación; es como decir que, en una familia, me ocupo de la educación de los hijos sanos, pero a los que no están sanos no le doy educación. No es así, tiene que atenderse a toda la población, tanto la que tiene problemas como la que no.

¿Cree que la población está poco educada en el cuidado de la salud mental?

Creo que lo principal, para todo proceso educativo o de socialización, es el interés de las personas a quienes están dirigidos los servicios, y hemos encontrado mucho interés en la población. A veces, desde Lima, somos prejuiciosos, más aún los profesionales de la salud mental, pero donde ponemos uno de estos servicios, se satura inmediatamente; y hay mucho interés de las autoridades.

Le cito un ejemplo: en Ayacucho, hasta hace cinco años, las autoridades de la zona peleaban porque se implemente un hospital psiquiátrico. Pero desde hace cinco años, cuando vieron el primer centro de salud mental que instalamos en Vista Alegre, Huamanga, no han vuelto a solicitarlo. Ahora tenemos centros de salud mental en Cangallo, Huanta y San Francisco. Todos los alcaldes quieren tener un centro porque ven cómo realmente hay una ayuda efectiva.

Tocando justamente la realidad que menciona en las regiones, ¿dónde existe mayor demanda en salud mental?

En todas partes del Perú, la demanda es en todos lados. Esto es porque la salud mental es muy vulnerable, más vulnerable y sensible que la salud física. Los seres humanos tenemos mayor resistencia para mantener nuestras fortalezas físicas, pero mucho menos para nuestras fortalezas mentales, porque depende mucho del contexto, de lo que pase la persona en sus relaciones, y de las relaciones con las propias instituciones.

Todos sabemos que, después de una emergencia o un desastre, la frecuencia de los trastornos mentales se multiplica por cuatro o cinco en una población. Ya

ocurrido el desastre, ¿qué es lo preventivo en salud mental?, que el Estado llegue, lo antes posible, y le reponga las condiciones a los afectados inmediatamente. Entre más se tarde esa respuesta efectiva, entre más días, semanas o meses una persona o familia no tenga agua, alimento, o no se le repare la casa, la probabilidad de tener más trastornos mentales es mayor porque el bienestar mental tiene que ver mucho con ese contexto, por eso es tan vulnerable.

¿Cómo han acompañado a las víctimas de la violencia armada?

Antes tratábamos de armar equipos itinerantes y siempre terminábamos por reforzar la “violencia del abandono del Estado” porque el equipo itinerante va, viene y desaparece. Nos dimos cuenta que debíamos poner una oferta permanente, de modo que, si hay que hacer itinerancia por las zonas altamente dispersas, esta sea mucho más intensiva y no sea como el fantasma que aparece y desaparece.

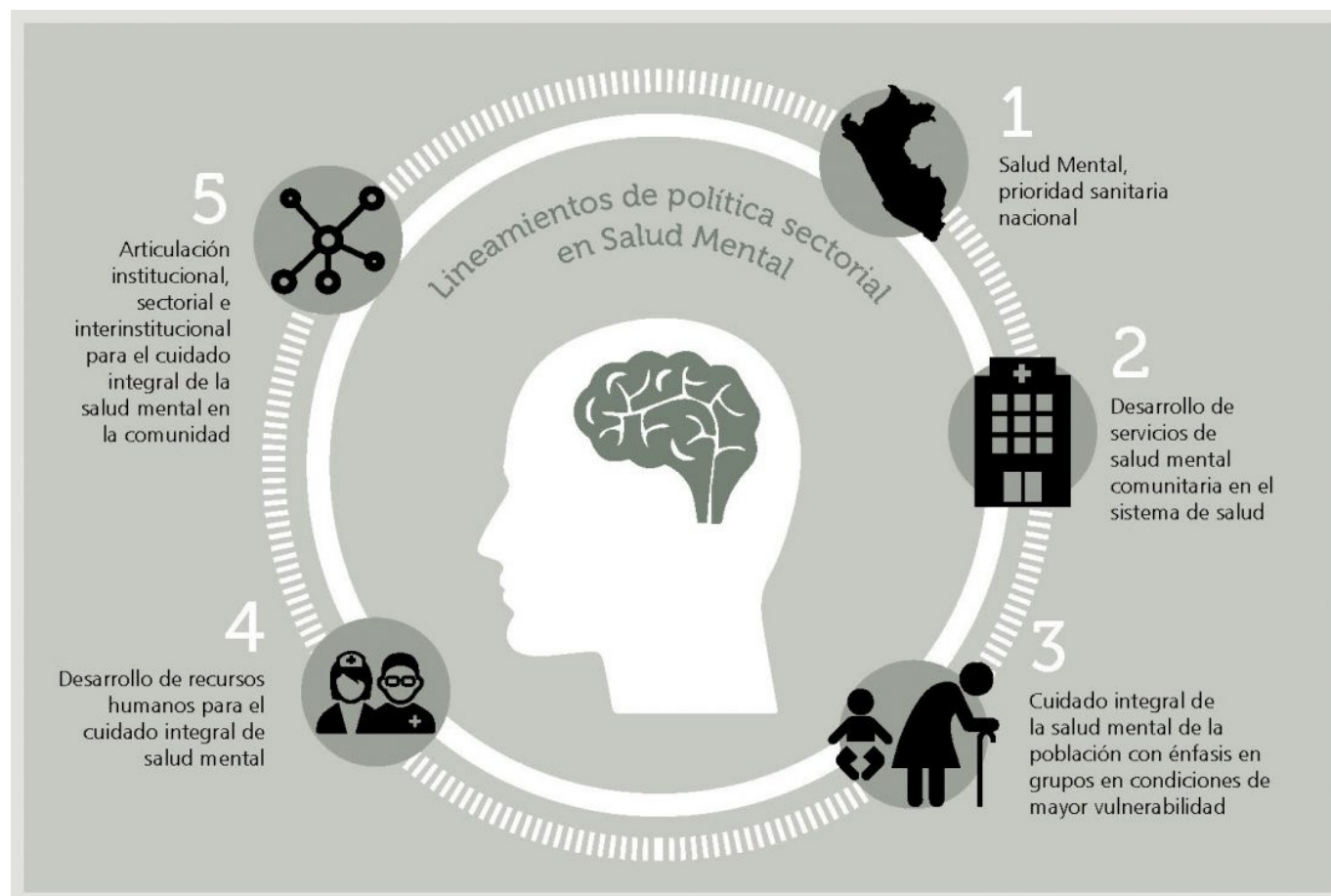
Esto nos ha permitido pensar en programas específicos que se implementan en los servicios, no como antes, que teníamos programas, pero sin servicios de salud mental, en la idea de que íbamos a capacitar a los médicos de los centros de salud y a las enfermeras, y que ellos iban a aplicar esos programas. Hay que incorporarlos para que ayuden en la identificación de casos, o en mantener acciones recuperativas y preventivas, es cierto, pero tiene que haber servicios de salud mental efectivos. En salud mental vemos que la dinámica es muy diferente a la de la salud física.

En la atención de la violencia política, en los lugares donde hemos puesto servicios, las propias asociaciones de víctimas y la propia Defensoría del Pueblo, pueden dar testimonio del impacto que tiene el hacer posible que se cumplan los derechos de salud de las personas afectadas.

Ahora vamos por un tercio de la meta programada para llegar a todo el país, y esperamos que el Perú pueda tener la capacidad financiera para tener los recursos. Ahora tenemos las ideas claras, pero se necesita que los fondos existan y que en las leyes de presupuesto se vea efectivamente que cada año está la posibilidad, de modo que no nos quedemos solo en la lamentación.

El avance ha sido que, por lo menos desde el sector salud, ya se considera a la salud mental una prioridad con respecto al resto de problemas que hay en salud, y que el Estado, a partir de la conciencia de los efectos de la violencia, está

dedicando mayores recursos para impulsar estas respuestas.



Otoño 2019

Yuri Cutipé Cárdenas

Doctor por la Universidad Nacional de San Agustín (Arequipa). Especialidad en Psiquiatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y Psiquiatría Pediátrica por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Actual Director de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA). Fue director de Salud Colectiva del Instituto Nacional Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

Desigualdad, modelo económico y sus problemas sociales



A nivel internacional, en la última década, ha habido múltiples estudios en torno a cómo la desigualdad económica genera impactos sociales y de salud negativos. ¿En qué aspectos se ha planteado que la desigualdad genera problemas sociales? Un libro bastante influyente, que recoge muchas investigaciones previas de los autores y de otros, es el libro de Richard Wilkinson y

Kate Pickett titulado en castellano “Desigualdad: un análisis de la (in)felicidad colectiva”, aunque una traducción más fiel del original en inglés habla de “Porqué a las sociedades más iguales casi siempre les va mejor”

La lista de problemas sociales causados o aumentados por la desigualdad, según Wilkinson y Pickett, es larga, y para cada uno de ellos su libro presenta gráficos, análisis estadístico y amplias referencias académicas. Entre otros incluyen efectos negativos sobre vida comunitaria y relaciones sociales, salud mental y drogas, salud física y esperanza de vida, obesidad, embarazo adolescente, rendimiento académico, violencia escolar y juvenil, encarcelamiento y movilidad social.

Ojo, que lo interesante de este análisis es que diferencia los efectos de la desigualdad de aquellos de la pobreza. Me explico mejor: es bastante claro que la pobreza, incluso pensada solo en términos de deficiencia absoluta de recursos materiales, tiene efectos negativos sobre la salud física y mental, la educación y otros problemas sociales. Es también claro que la desigualdad agrava la pobreza: en un país o espacio dado, existiendo determinado nivel de producción e ingresos, mientras más desigualmente se distribuyan estos habrá mayor pobreza. Lo particular de los estudios y el libro de Wilkinson y Pickett es que encuentran que este efecto negativo de la desigualdad sobre la salud física y mental, la educación, la violencia y los lazos sociales se produce en sociedades afluentes, ricas, donde

no hay falta de recursos y casi no hay pobreza. En otras palabras, además del efecto indirecto de la desigualdad, intermediado por la pobreza, sobre distintos problemas sociales, existe también un efecto directo. El pionero en esta tesis fue el sociólogo inglés Michael Marmot, quien a lo largo de varias décadas, en una serie de investigaciones conocidos como los “Whitehall studies”, encontró lo que él llamó el “síndrome de status”: aunque los funcionarios públicos ingleses no fueran pobres, el encontrarse más debajo de la escala social aumentaba su mortalidad por problemas del corazón, asociado a mayor obesidad menor ejercicio, menor descanso, otras enfermedades y presión alta. Marmot fue luego reconocido por su trabajo, siendo nombrado presidente de una comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que contó entre sus miembros al premio nobel de economía Amartya Sen.

¿De qué manera la desigualdad afectaría la salud y generaría otros problemas sociales? En el campo de la salud se ha investigado que, dado que naturalmente nos comparamos con otros en la escala social, la desigualdad promueve sentimientos de frustración y pérdida de autoestima, generando stress, ansiedad y depresión. Estos problemas de salud mental, a su vez, tienen efectos físicos, como presión alta, y condicionan conductas menos saludables, como el sedentarismo y malos hábitos de comida. También tiene efectos sobre la asistencia al colegio y la capacidad de aprendizaje. A nivel social se plantea que quienes se encuentran en esta situación de tener un status disminuido reaccionan de diversas maneras, ya sea buscando recuperar la autoestima mediante relaciones no saludables (embarazo adolescente) o recurriendo a la violencia, algo que se ha encontrado incluso en niños y jóvenes, o al robo y la delincuencia como forma de conseguir los bienes materiales que, en el sistema predominante, se requieren para ganar status.

En el campo de la salud se ha investigado que, dado que naturalmente nos comparamos con otros en la escala social, la desigualdad promueve sentimientos de frustración y pérdida de autoestima, generando stress, ansiedad y depresión.

Hay que resaltar además que el problema de salud mental no es un asunto menor en nuestro país, aunque hemos estado mal acostumbrados a menospreciarlo, estigmatizar a quienes lo sufren y considerarlo un problema individual y no social. Según el estudio de “Carga de Enfermedad”, que es la base estadística y epidemiológica para las políticas de salud, la causa número uno de enfermedad en

el Perú son las neuropsiquiátricas, entre las que destaca la depresión (con 224 mil años de vida saludable perdidos), y en segundo lugar están las llamadas “lesiones no intencionales”, entre las que tiene un lugar destacado las causadas por actos de violencia.

Sin embargo, el planteamiento de Wilkinson y Pickett no ha dejado de ser polémico, existiendo varias investigaciones con resultados contradictorios sobre el tema. Una reciente tesis doctoral de Ioana Van Deurzen de la Universidad de Tilburg University, aunque se basa en datos mundiales, obtiene algunos resultados particularmente relevantes para nuestro país. Lo primero que encuentra es que una mayor desigualdad genera un menor acceso a los servicios de salud y un incremento de la anemia, algo que vale la pena tener en cuenta dado el grave índice de anemia que afrontamos. Lo segundo es que encuentra que los efectos negativos de la desigualdad sobre la salud mental afectan a los países de ingresos bajos y medios como el Perú, países que no habían sido incorporados en el libro de Wilkinson y Pickett. Finalmente, van Deurzen encuentra que en la desigualdad se genera más corrupción, y que este efecto es importante en producir infelicidad.

En otro ámbito de impactos negativos de la desigualdad, una revisión de los estudios sobre los efectos de la criminalidad, hecha por Beatrice d’Hombres, Anke Weber y Leandro Elia, encuentra que la mayoría de investigaciones concluye que la desigualdad promueve comportamientos criminales. Hay dos teorías de sustento: la desigualdad hace que los empobrecidos puedan ganar más con los robos, y que hay un sentimiento de frustración en la comparación con los más ricos. Parece bastante lógico pensar que ese sentimiento de frustración se agrave cuando se percibe que buena parte de la riqueza acumulada por algunos grupos proviene de la corrupción.

La cuestión del modelo

No hay duda de que el sistema económico capitalista genera desigualdad. Durante buena parte del siglo XX, en especial en los países desarrollados, la actuación de un “estado de bienestar” otorgando derechos a la salud, a la educación y protección social, sostenido en base a impuestos progresivos que recaen sobre quienes tienen más riqueza, permitió amenguar esa desigualdad. Al mismo tiempo, sin embargo, en los países subdesarrollados las nuevas inversiones, al mismo tiempo que permitían un avance en el PBI per cápita,

aumentaban la desigualdad.



Uno de los efectos de la desigualdad social es el menor acceso a los servicios de salud y el incremento de anemia en la población infantil.

De esta manera, la desigualdad, por los problemas de injusticia que son objeto de observaciones de carácter ético, además de sus efectos sobre la pobreza, ha sido considerada desde hace muchas décadas un problema crítico del desarrollo. Las nuevas evidencias sobre los graves problemas sociales que acarrea solo añaden más argumentos a la crítica. En los últimos años, no obstante, la preocupación por la desigualdad ha saltado y se ha vuelto central en los países desarrollados, ya que a partir de los años 80s y 90s la desigualdad se ha incrementado fuertemente en Estados Unidos, Inglaterra y la mayoría de países desarrollados. Esta tendencia ha sido ampliamente documentada por estudiosos como Emmanuel Sáenz y Thomas Piketty, y sus causas son materia de intensas discusiones que no alcanzamos a detallar en este artículo. Propuestas como un impuesto a la riqueza, planteado por Piketty, hoy es recogido en Estados Unidos por la senadora demócrata y pre-candidata presidencial Elizabeth Warren.

En los países en desarrollo, si bien la desigualdad ha sido amplia, el interés central ha estado en las discusiones alrededor de cómo generar una economía con crecimiento sostenido que provea de puestos de trabajo a una mayoría de la población. Los modelos económicos que priorizan la extracción y exportación de minerales, petróleo y otros recursos naturales se asocian a mayor desigualdad,

algo sobre lo cual hay clara evidencia estadística. Sucede que, a diferencia de negocios industriales o de servicios, en las actividades extractivas se trata de riqueza naturalmente concentrada; solo donde ha habido Estados que han logrado capturar esas rentas y distribuir las eficazmente se ha podido reducir la desigualdad, cuyo ejemplo más reciente es el de Bolivia. La riqueza concentrada, sin embargo, también da lugar a un poder político muy importante, que es utilizado por esos mismos grupos para mantener el modelo y evitar que se les cobren impuestos, sin tomar en consideración cómo eso afecta derechos básicos, como los referidos a la educación y la salud.

Los casos exitosos de países asiáticos, como Japón y Corea del Sur, han logrado generar mucho empleo y bienestar para su población sobre la base de una masiva industrialización orientada a la exportación. En el caso de China, un caso más reciente con un modelo más mixto de propiedad y relaciones estado-mercado, pero también a una escala mucho mayor, el avance productivo y de empleo ha ido asociado con un fuerte incremento de la desigualdad.

La industrialización parecía una alternativa clara, aunque no fácil de lograr, de combinar progreso económico con empleo y bienestar en base a las experiencias asiáticas anteriores. Pero hoy, además de ser difícil de replicar por la masividad de la presencia de la manufactura china en los mercados mundiales, se suma un futuro en el que la robotización y la inteligencia artificial pone en duda los efectos sobre el empleo. Parece ser una razón para darle más peso a actividades diversas, generadoras de empleo, en base a empresas medianas y pequeñas, descentralizadas, que aprovechen el turismo en sus múltiples opciones, nuestra diversidad biológica con agricultura orgánica y productos con certificación de origen, nuestra diversidad cultural en lo que hoy se llaman las industrias creativas. Nada de esto será posible, sin embargo, sin superar el nudo gordiano de la concentración del poder económico y político y sus estrechos lazos con la corrupción.

Otoño 2019

Pedro Francke

Economista, investigador y consultor experto en Pobreza, Salud y Políticas Sociales. Docente de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Mujeres kukama: efectos de la actividad petrolera en su salud emocional

“No te rías mucho, que después tendrás que llorar”. Un refrán típico que refleja el control de las emociones. En el Bajo Marañón se trata de mantener una vida tranquila, lo más tranquila posible, con ciertas dosis de alegría, pero sin euforias. Una vida que no despierte interés ni concite envidias ajenas. Un control



de las emociones que puede resultar paradójico para quienes no somos de la zona.

Cuando en el 2014 se presentó un informe donde se indicaba la presencia de metales pesados en el Marañón, producto del derrame de petróleo, la gente nunca había oído hablar de esto, y trataban de conjurarlo por medio de burlas: “a ti, botándote al río ya no rebalsas” (indicando que los cuerpos con metales pesados se hunden), “ustedes, los varones, son dejados. Nosotras, si viniera Ollanta [Humala], cogeríamos agua del Marañón y le daríamos de tomar para que también pese [con plomo, hierro...] y así su mujer no le mande”, pues se decía que en su gobierno, quien mandaba, era su mujer: Nadine Heredia.

Estas y otras frases jocosas que circulaban por el Marañón eran una manera de exorcizar lo que estaba sucediendo. La risa desdramatiza y domestica los males que les aquejan, permite flexibilizar los comportamientos sociales y buscar la relajación en un contexto tenso. Es un reflejo de la resistencia de la población kukama frente a la adversidad, parte de su resiliencia. Por un lado, las

organizaciones indígenas exigían sus derechos y, por otro, se burlaban de lo que estaba sucediendo. También incluye una sanción moral a las petroleras y las autoridades que no han sabido cuidar del Marañón.

La organización de mujeres

Cuando se complicó la vida en el Marañón, con los temas petroleros y la hidrovía, comenzaron las reuniones con el Estado. Las primeras en participar fueron las federaciones indígenas de varones y, al ausentarse estos de sus comunidades (por las reuniones), las mujeres quedaban encargadas de la familia. Siempre que se ausenta el padre de familia deja a alguien con el encargo de proporcionar proteínas a sus hijos, pero con la escasez de pescado y carne de monte esto se hace más difícil y se convierte en una sobrecarga para la mujer.

El Estado también convocaba, por la 'cuota mujer', a una organización indígena de mujeres con base en el distrito de Parinari (Loreto), Huaynakana Kamatahuarakana ("mujeres trabajadoras"), con varias décadas de trabajo a sus espaldas. Esto suscitó los celos de los varones, que las desautorizan siempre que pueden en las comunidades.

Las mujeres siguen canalizando las emociones en la familia y orientando a sus hijos, pero se encuentran atrapadas y desorientadas [...] Las mujeres de Cuninico, orgullosas de su culinaria, ahora tienen miedo de preparar un plato de pescado. [...] Ellas, que aprendieron a nadar en el río mientras se divertían bañándose, ahora tienen que vigilar que sus hijos no lo hagan.

Hace décadas que los jóvenes kukama migran a la ciudad, y mantener reuniones con el Estado permite a las mujeres viajar a la ciudad y "pasear" a sus familiares. De esta manera se tejen redes fuertes entre las comunidades y la ciudad, redes que vuelven a agrupar a familias que la migración ha dispersado. A diferencia de los varones, las mujeres suelen pensar más en sus hijos, y el dinero que reciben de los viáticos está más en función de la familia. Los varones, en cambio, suelen invertir más en relaciones con sus pares u otras personas que les pueden ayudar. En ocasiones sucede que un varón se gasta toda la plata y no lleva "un pan" para su casa, después de haber permanecido varios días en la ciudad.

Cambios drásticos en Cuninico

En Cuninico, distrito de Urarinas (Loreto), cuando se produjo la ruptura del Oleoducto Norperuano en 2014, la quebrada fue afectada profundamente. La

pesca era la actividad principal, ahora no se puede pescar. En esta, y otras comunidades donde se han producido los derrames, se ha constituido toda una "industria" de limpieza de derrames que ha proporcionado dinero en algunas comunidades afectadas, pero no en todas. Se ha monetarizado la comunidad y la mayoría de los varones han trabajado en labores de limpieza, también muchas mujeres. Eso ha conllevado que los niños permanezcan mucho tiempo solos. De hecho, los niños de Cuninico bajaron su rendimiento escolar los años posteriores al derrame.

El trabajo en la limpieza del derrame, y la monetarización, trajeron consigo la subida de precios. Aumentó la venta de cerveza, ropa, electrodomésticos y gasolina, entre otros. Y también las borracheras, separaciones y reacomodos matrimoniales. Era tal el ruido, sobre todo los fines de semana, que Petroperú intentó poner horario de silencio en las noches, usurpando el papel de las autoridades comunales. Estas les pusieron en su sitio. No es que a Petroperú le importase mucho la moral, pero necesitaba que sus trabajadores fueran eficientes.

Con el derrame se dejaron de trabajar las chacras y no había para comer, por lo que se importó mucha comida enlatada, comida que no correspondía a las pautas tradicionales de conseguirla: el varón trae las proteínas, fundamentalmente pescado, y la mujer complementa con yuca; ahora la comida se compra. No es comida producida por la pareja para atender a sus hijos, pues cuando la pareja trabaja en la limpieza no pueden cocinar. Aquí, la comida transmite pertenencia y afecto. Una madre que no cocina, porque tiene que trabajar en la limpieza del derrame, no proporciona afecto a sus hijos. El "desapego" es evidente. Un indígena que no tiene apego es un indígena "débil", blanco fácil de todo tipo de peligros.



La base de la alimentación de los kukama siempre ha sido el pescado, pero al estar los ríos contaminados, este se está dejando de lado.

Los cambios son evidentes. Las mujeres siguen canalizando las emociones en la familia y orientando a sus hijos, pero ellas mismas se encuentran atrapadas y desorientadas, y no hay quien parezca ayudarles. Las mujeres de Cuninico, orgullosas de su culinaria, ahora tienen miedo de preparar un plato de pescado. Los pescados, que ocupan la cúspide de la cadena alimenticia, acumulan más metales pesados.

Las mujeres actuales, que aprendieron a nadar en el río mientras se divertían bañándose, ahora tienen que vigilar que sus hijos no lo hagan por temor a las

manchas en la piel, el prurito y otras consecuencias. Ellas, que acudían al río para recoger agua, ahora almacenan el agua de lluvia, cuando llueve. Esa misma agua que sus madres les decían que “no vale” porque produce reumatismo, bocio[1] y prurito.

Para concluir, no basta con psicólogos. Estos parten de un concepto occidental de persona como ‘individuo’, lejos de la concepción kukama, para quien una persona está superpuesta en una red de relaciones con sus parientes, plantas y otros seres con quienes se entrecruzan afectos y otras sustancias. Sin duda, los chamanes ejercen un papel preponderante en la tranquilidad del pueblo kukama. Una salud emocional que ha recibido serios golpes con la contaminación y la interiorización que el río ya no es el de antes, cuando jugaban de niños en él y cuando los espíritus estaban tranquilos. No es cuestión de psicólogos, no fundamentalmente. El pueblo kukama utiliza el baño en el río para algo más que la limpieza corporal, también limpia las emociones negativas, que son llevadas por la corriente. Que el río esté contaminado implica que dejen de bañarse en él, de esta forma no pueden limpiarse de los afectos negativos, provocando un boomerang emocional dañino.

[1] Aumento de tamaño de la glándula tiroides [N. del E.]

Otoño 2019

Manuel M. Berjón, OSA

Sacerdote español, Párroco de la Parroquia La Inmaculada en Punchana (Iquitos).

Miguel Ángel Cadenas, OSA

Párroco y activista ambientalista. Parroquia La Inmaculada (Iquitos).

La salud mental desde una perspectiva de la psicología comunitaria



Entrega de cuerpos de víctimas de la violencia en el poblado de Putis (Ayacucho).

La salud mental en el Perú es un derecho y responsabilidad que cada ciudadano tiene y asume. Actualmente, este concepto es definido desde la visibilización del ser humano como biopsicosocial, de tal manera que si una de las condiciones se altera en este ecosistema la repercusión será a nivel individual, familiar y comunitario. Pero, las condiciones para alcanzar el bienestar de la salud mental dependen del contexto en el que se convive y se transita en la vida, donde las necesidades básicas, tanto económicas como afectivas y emocionales, no logran

conciliar por mayor esfuerzo que hagan las familias, porque la cotidianidad en la vida exige responder a demandas que no logran cubrirse en su totalidad; por ello, la demanda permanente a un Estado que no logra ver la salud mental en todas sus dimensiones.

Desde una mirada de la psicología comunitaria, tenemos la tarea de encontrar y reconocer los recursos, las agencias a nivel personal, familiar y colectivo; de tal forma, ofrecer el sentido de la vida para el cambio y su transformación, desde y con la comunidad. Para ello, tomo en cuenta la emexperiencia de la Asociación de Familiares de Secuestrados, Detenidos y Desaparecidos del Perú - ANFASEP.

El hito que marcó la vida en los familiares fue la búsqueda por los desaparecidos. Esta búsqueda, se dio a inicio de los años 1983 y 1984 de manera masiva por madres, padres, hermanas, abuelas, motivadas por el dolor y la valentía que hasta hoy continúan, siendo el motor de continuidad los desaparecidos y esa necesidad de encontrar el cuerpo físico.

La violencia generó el desplazamiento de comunidades enteras para sobrevivir; muchas de estas familias, desde otros escenarios, buscaron a sus desaparecidos y lograron agruparse, formando asociaciones, organizaciones y colectivos, haciendo posible que se adapten a nuevos escenarios. Vinculándose por una lucha contra las adversidades, donde la esperanza y la fuerza, *como valor* eran sus únicas herramientas, por ser desplazadas, iletradas y quechua-hablantes (Soto, 2015).

Estas agrupaciones tienen como logro constituir un “sentido de comunidad”. Como refiere Montero (2004), en estos espacios las historias de vida que tienen en común con el desaparecido se basa en la maternidad y el afecto, haciendo posible que estos hechos de violencia y de la búsqueda por sus seres queridos se constituyan como mecanismos y referentes de demanda frente al Estado. De tal manera, participación y continuidad en la organización, se deben a esta interrelación que surge entre ellas a partir de un sentimiento en común, el desaparecido fue el motor que les permitió vincularse; sin embargo, es el dolor y la esperanza que ha motivado cada día su existencia.

Así el sentimiento de pertenencia, como refiere Renos, Holgado, Maya, Palacio (2014), es cuando los individuos experimentan, respecto a sus grupos, ese vínculo social que se establecen entre los miembros de la comunidad. Al conversar, al encontrar una amiga con quien interactuar no solo la tristeza, sino la alegría, de visitar cuando alguien se encuentra mal, la solidaridad entre ellas y el compartir son el motivo de su permanencia. Por tanto, las dinámicas en la organización se definen y redefinen, es flexible y cambiante, y esto permite mantener una comunidad donde el cuidado y la protección entre las socias se dan de tal manera que pueda restituir esos lazos y vínculos de familiaridad, impactando de manera positiva en la salud mental del grupo.



Teniendo en cuenta este sentido de comunidad, los familiares de los desaparecidos han usado estrategias distintas para mitigar el dolor de la pérdida, a partir de elementos culturales, de creencias y de la religión. A pesar de esa ausencia física, no significa que la presencia emocional del desaparecido deje de operar y participar en la vida cotidiana de las familias, resignificando y dándoles un lugar en sus vidas.

Otoño 2019

Edith Del Pino

Centro de Emergencia Mujer - Ayacucho