

La Depresión y la Violencia de Género: Conociendo las voces de las mujeres y su relación con las políticas de salud mental en el Perú

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

Í N D I C E

SUMARIO

OBJETIVOS

MARCO COCEPTUAL

METODOLOGÍA

RESULTADOS

- Características demográficas de las mujeres entrevistadas
- Análisis de la política de salud mental del país
- Análisis de los relatos de las usuarias
 - *Ser mujeres: socialización de género, identidad y violencia:*
 - *Violencia de género, depresión y salud mental*
- Análisis de las opiniones sobre los servicios de salud mental (operadores/as y usuarias)

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

La depresión y la violencia de género:

Conociendo las voces de las mujeres y su relación con las políticas de salud mental en el Perú

©Movimiento Manuela Ramos

Juan Pablo Fernandini 1550,

Pueblo Libre, Lima 21, Perú

Teléfono (511) 423 8840

postmast@manuela.org.pe

www.manuela.org.pe

Programa Derechos Sexuales y Reproductivos

Diseño y diagramación: Aleph Impresiones S.R.L.

Impresión: Aleph Impresiones S.R.L.

Tiraje: 2000 ejemplares

Primera impresión: Abril 2014

Lima - Perú

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014 - 06104

La impresión de este material ha sido posible gracias al financiamiento de la Unión Europea, en el marco del proyecto "Promoción de la Salud de las Mujeres del Perú: Un requisito para la equidad y el desarrollo humano" DCI-SANTE/2010-256-745.

1.

SUMARIO

El presente documento es un resumen que da cuenta de los resultados de la investigación: "La depresión y violencia de género: conociendo las voces de las mujeres y su relación con las políticas de salud mental en el Perú", ¹cuyo objetivo ha sido analizar la calidad de la atención de los servicios de salud dirigidos a mujeres con depresión, desde los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos en el marco de la implementación de la política pública de salud mental.

2.

OBJETIVOS

Los objetivos del proyecto de investigación fueron:

- a) Conocer los procesos de atención de la depresión de las mujeres en los establecimientos de salud públicos de las áreas del proyecto desde el contexto de la política pública de salud
- b) Identificar las limitaciones y recursos que facilitan o dificultan la atención de la depresión en los servicios públicos de salud, en el marco de la calidad de atención
- c) Evaluar las atenciones en función de la política de salud pública
- d) Elaborar recomendaciones que permitan mejorar la calidad del servicio en la atención de salud mental para optimizar la implementación de la política pública en materia de salud mental.

3.

MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual considera a la depresión -que es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración- como un problema de salud pública por la alta prevalencia y la discapacidad asociada.

La prevalencia es mayor en mujeres, siendo la depresión actualmente la causa principal de carga de enfermedad en mujeres en edad reproductiva. Se considera la discriminación y la violencia como los principales factores que permiten explicar esta disparidad. Aunque se toma en cuenta que el sustrato de la actividad mental, y por ende, de los trastornos mentales es el cerebro y su complejo funcionamiento, se presta atención a las disparidades de género que subyacen el malestar emocional de muchas mujeres. A esto se suman el impacto de los roles estereotipados tradicionales y las formas de crianza que propician algunas características psicológicas que perpetúan estos roles.

Si bien existen esfuerzos y políticas desde el sector salud² para responder a los principales problemas que afectan la salud de las mujeres, estos no resultan suficientes para responder a la complejidad de dicha problemática. Ella

² Por un lado, el Ministerio de Salud cuenta con la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva que tiene como parte de su modelo de intervención y de sus objetivos la "detección y manejo humanizado de los casos de violencia de género" así como el "fortalecimiento del ejercicio del derecho de hombres y mujeres para alcanzar sus ideales reproductivos". Asimismo, la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz cuenta con una Guía de Atención de la Violencia Basada en Género, una guía con las Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil. A ello se suma que el personal de salud debe aplicar una ficha de tamizaje para la adecuada detección de los casos de violencia.

¹ La investigación se ha desarrollado en el marco de la ejecución de proyecto promoción de la salud mental de las mujeres del Perú; un requisito para la equidad y el desarrollo humano, auspiciado por la unión europea. La investigación fue desarrollada por Gianina Paredes, Paula Escribens y Ana Cecilia Gutiérrez

debería ser abordada integralmente, atendiendo sus diferentes niveles como son la comprensión del problema, la detección y el diagnóstico, y finalmente el tratamiento.

Desde la comprensión del problema, partimos del supuesto de que situaciones de discriminación y violencia por razones de género son uno de los principales factores de riesgo que desencadenan un cuadro depresivo. No podemos hablar del derecho a la salud como un “estado de bienestar general, físico y emocional”, cuando las relaciones que se establecen, en los diferentes espacios de socialización, colocan a las mujeres en roles que las hacen más vulnerables en tanto las asocian a la pasividad, lo que a su vez limita su autonomía y vulnera su dignidad. Es decir, una mirada de la mujer sumisa, pasiva, dependiente, disponible para el otro, con temor a la soledad, tiene como consecuencia a nivel afectivo, una baja autoestima, tristeza, apatía, entre otros síntomas, que a su vez se asocian a la posibilidad de desarrollar una depresión. El género es un determinante de la salud porque permite entender los mecanismos mediante los cuales las mujeres están más expuestas al riesgo de deprimirse, tienen menos acceso a cuidados de salud que les reconozcan la depresión y tienen menos oportunidad de acceder a estilos de vida que les permitan conservar su salud mental²³.

4.

METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este trabajo, nos propusimos entrevistar a usuarios y operadores, buscando conocer su perspectiva acerca de la salud/enfermedad de las mujeres, la depresión, las intervenciones realizadas y percepción acerca de la calidad y efectividad del tratamiento, así como de las limitaciones percibidas.

Se trata de una investigación descriptiva, de corte cualitativo, realizada en 2013.

Se entrevistó a usuarias y operadores por zona, con la siguiente distribución:

1. en Lima (Villa El Salvador) tres psicólogas y tres usuarias,
2. en Huancayo (centro de Salud Chilca): el responsable de la estrategia Sanitaria de Salud Mental y tres usuarias, y
3. en Pucallpa: Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental, un psicólogo y tres usuarias (quienes además son promotoras de salud en su zona)

Los criterios de inclusión para las usuarias fueron: edad de 18 a 59 años, que asistieran a los servicios de salud en los establecimientos índice, que tuvieran diagnóstico de depresión y su aceptación voluntaria.

Los operadores entrevistados fueron elegidos por ser servidores de los establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud o respectiva Dirección Regional de Salud, participar de las atenciones por depresión en el marco del proyecto o estar en una posición clave en salud mental y aceptación voluntaria de la entrevista.

Para la presente investigación se elaboró las siguientes herramientas de recolección de datos. Estas herramientas se adaptaron en función de cada contexto. (Anexo 1)

- Guía para el estudio de casos
- Guía para la entrevista semi estructurada con operadores de salud

23 Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it - Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN), 2007

5.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Las características demográficas y datos de las atenciones de las usuarias, destacando que siete de las nueve son jefas de hogar (soltera, divorciada o viuda), con un tiempo de tratamiento entre dos meses y dos años. Solamente una recibió tratamiento médico (asumimos farmacoterapia) y una persona recibió solamente tratamiento grupal, siendo ella quien registra el tratamiento más largo (2 años). Aproximadamente la mitad habían recibido tratamientos previos de diversa índole, incluso alternativos tipo “flores de Bach”. (Ver cuadro n° 1)

ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL DEL PAÍS

La política de salud mental en el Perú se basa en el documento Lineamientos de Acción para la Salud Mental en el Perú (2004) con perspectiva histórica de una visión unitaria integral del ser humano, que es una unidad biopsicosocial. En consecuencia, articula el modelo de atención integral de la salud vigente con el protagonismo de la persona, el respeto a derechos humanos y la integralidad y continuidad de las atenciones. Este documento reconoce la rectoría del MINSA en salud mental, y entre sus principios enumera la equidad, la autonomía y la dignidad del ser humano, pero carece de una perspectiva de género e interculturalidad explícita. Los lineamientos de política son la rectoría en salud mental, la integración de la salud mental en la concepción de salud, la prevención y atención en un nuevo modelo de servicios efectivos y eficientes, promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía, concertación multisectorial de la salud mental, creación de un sistema de información en salud mental, desarrollo de recursos humanos, planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones, y participación de usuarios y familiares en la atención y prevención de salud mental.

El Perú no tiene un Plan Nacional de Salud Mental vigente, el anterior (2005) señala en su objetivo número 4 que se debe promover la equidad en la atención de salud mental en relación al estrato social, género, ciclo de vida y diversidad cultural; dando prioridad a los grupos vulnerables.

La normatividad técnica del sector se caracteriza por la multiplicidad de normas que no dialogan entre sí. De esta manera, la Guía de Práctica en Depresión (MINSA 2007) carece de perspectiva de género e interculturalidad, aunque existen normas del sector al respecto. Esta Guía práctica además prescribe intervenciones reduccionistas, diseñadas desde el punto de vista del operador de salud pero no desde y para el usuario. Por ejemplo, se enfatiza el rol de apoyo de la familia, pero no se encara el problema de las familias al interior de las cuales existe violencia hacia la usuaria, o la sobrecarga de labores de las mujeres. Asimismo puede traer como consecuencia que las diferentes problemáticas que están relacionadas con la depresión y las situaciones de violencia de género, terminen siendo atendidas no sólo como problemas aislados el uno del otro, sino desde enfoques contradictorios entre sí.

ANÁLISIS DE LOS RELATOS DE LAS USUARIAS

Esta sección analiza las historias de vida de las mujeres, quienes provienen de las tres regiones del país, y el primer hallazgo es que son más las cuestiones comunes a las historias de las mujeres que las diferencias.

a. Ser mujeres: socialización de género, identidad y violencia:

Los procesos de construcción de identidad y de su propia subjetividad se dan siempre en contextos sociales y en ese sentido ellas, como todas las personas, desde el momento del nacimiento, o antes inclusive, ingresan a un sistema de sexo-género que les asigna una serie de contenidos al ser mujer en este caso, pero teniendo en cuenta que el género es siempre relacional implícitamente esto alude a cómo son los hombres y las relaciones entre ambos así como entre mujeres y entre hombres (Scott, 1996)

Dada la dimensión relacional de la socialización de género, las identidades son construidas a

partir de la relación y el reconocimiento del otro en nuestra condición de sujeto. Las mujeres entrevistadas muestran una identidad dependiente y desvalorizada desde la cual no se dan crédito por los esfuerzos que les han permitido a ellas y sus hijos sobrevivir la violencia.

La violencia tiene lugar a lo largo de toda la historia de las mujeres, desde la infancia, y sus efectos se dan a todo nivel. Las mujeres relatan episodios de violencia por parte de los padres, con desvalorización por ser mujeres (*"Mi mamá me cuenta que cuando mi papá se enteró que yo era mujer, mi papá le dijo que me mate"*); también la violencia entre los padres, la separación o el abandono (*"Mi infancia no ha sido muy buena porque he crecido con unos padres adoptivos que no me dieron el cariño y el amor que yo necesitaba..."*)

También relatan cómo fueron enseñadas acerca de su fragilidad y dependencia de los varones, con la calle como espacio de amenaza y riesgo (*"A mis dos hermanos como son hombres, a ellos les dan permiso, ellos van a saber cuidarse y no les puede pasar nada... en cambio nosotras mujeres de repente las pueden vio... cómo le dicen a esa palabrita... que pueden encontrarse un hombre abusivo que les pueda manosear y pasar algo..."*)

La presencia del varón aporta protección (*"Me estoy volviendo a comprometer solamente por querer tener un compañero, más no porque lo amo... solamente por sentirme protegida por una persona que es varón..."*) aunque signifique postergación de los proyectos propios, violencia y dependencia.

*La dificultad para separarse y elaborar el duelo: **se justifica la violencia por el temor a separarse***

En algunos casos las historias de vida dan cuenta de separaciones y pérdidas que se conectan con pérdidas anteriores y aparece en ellas un fuerte sentimiento de orfandad. La idealización de la relación de pareja y la invisibilización de la violencia de género, aun cuando en el relato a partir de las preguntas de la entrevistadora la mujer relata situaciones de violencia muy intensas

("Mientras yo estaba acompañada, estaba tranquila, pero ya en la noche sentía la soledad, miraba la cama, veía que no estaba mi esposo")

Como producto de la socialización de género las mujeres creen que ellas deben estar en la casa cuidando de otros y que el espacio público y el trabajo remunerado pertenecen al mundo masculino. Las mujeres entrevistadas que han contado que trabajan o generan ingresos tienen el registro de hacerlo a partir de una necesidad concreta, cuando el padre o pareja se ha ausentado o no ha cumplido con sus deberes y describen que "hacía las veces de hombre, de padre".

*La sexualidad y el cuerpo de la mujer: **¿a quién le pertenece?***

Las mujeres tienen una relación compleja con su cuerpo y su sexualidad, la falta de acceso a información así como una socialización que no les facilita el proceso de apropiarse de su cuerpo ni del ejercicio de su sexualidad tiene como consecuencia que ésta se viva de forma dolorosa, apareciendo en muchos casos asociada a violencia. En los relatos de estas mujeres que existe mucha desinformación con relación a la reproducción y muchos mitos alrededor de esta, se suma la idea de que ella no es dueña de sí misma, ni de su cuerpo y su sexualidad

Una de las mujeres cuenta su experiencia de abuso y esta viñeta nos permite ver cómo es necesario que sea otro quien nombre el abuso para que ella pueda reconocerlo y darse cuenta que había sido violentada sexualmente. (*"... después agarré un espejo, me he visto y tenía sangre al costado y al tercer día llegué a la posta, me tocaba porque me*

estaba cuidando con T de cobre y a la doctora le dije “me duele mucho” y la doctora me dijo “¿qué te has hecho hija? ¿Han abusado de ti o te han metido la mano?; ahí es donde más capricho me dio de no querer estar con el hombre...”

b. violencia de género, depresión y salud mental

Las mujeres narran historias de violencia que se inician desde la infancia temprana, lo que ha llevado a que se considere natural ser golpeada o insultada, siendo la violencia sexual la que mas frecuentemente se reconoce como problema. El reconocimiento de la violencia que ejercen contra ellas es un proceso complejo con avances y retrocesos. En algunos casos se ha logrado reconocer que la violencia es algo que no debería ocurrir, sin embargo una de las mujeres señala haber desarrollado estrategias para evitar que el esposo se descontrola, y no realmente problematizar la violencia al punto de cuestionar la relación de pareja con alguien que la violenta. (“Bueno la primera vez que me llevaron ahí fue a X, ahí fue cuando estuve con ese varón, mayor que yo... para mí fue incómodo y doloroso porque nunca lo había experimentado y después de eso ya se fue haciendo normal”)

Las entrevistadas han descrito sus sentimientos depresivos luego de las situaciones violentas (“Estaba más sensible, lloraba, no hacía las cosas, me abandonaba, no me peinaba, no me arreglaba, no cocinaba...”), llegando incluso a discutir sus ideas de suicidio y a conceptualizar lo complejo que se hace el proceso de pedir ayuda y sostener el proceso terapéutico (“Antes de tener a mis hijos siempre quería matarme, yo decía: salí de mi mamá para tener un fracaso y de nuevo otro fracaso por qué he nacido con esa mala suerte... Siempre estaba en mi cabeza ahorcarme, tomar veneno, pero comencé a desistir por mis hijos”).

Análisis de las opiniones sobre los servicios de salud mental (operadores/as y usuarias)

Se describen los servicios de atención de salud mental, desde la perspectiva de derechos, analizando en primer lugar las nociones de usuarias y operadores acerca de la salud mental y la depresión y luego las características y limitaciones de los servicios.

a. Nociones de usuarias y operadores/as sobre salud mental e integralidad de la salud

Tanto operadores de salud como usuarias tienen una noción de la integralidad de la salud y de la importancia de la salud mental, (“Es una persona que ha podido sobrellevar de todo esto y que es... cómo te puedo decir... que está bien...”); los operadores de salud claramente identifican que la vida sin violencia es conducente a la salud mental.

Del mismo modo, son los operadores (quienes han sido capacitados en el curso del proyecto) quienes mencionan que la salud es un derecho. La noción del derecho al bienestar no es compartida por las usuarias.

La integralidad de la salud es declarada por los operadores, pero no se ha internalizado, ya que rápidamente recurren a conceptos organicistas o interpretaciones estereotipadas de la problemática en las mujeres: “Yo creo que (la depresión) responde a una situación un poco más orgánica, explicándola así, más orgánica... y está más expuesta a los problemas sociales, enfrenta más... la mujer asume más responsabilidades que el hombre; el hombre asume sus responsabilidades (por decirlo así) a medias tintas, en cambio la mujer lo asume más “a pecho” las situaciones, es por eso que la mujer genera esos problemas... La mujer, en el aspecto emocional, ama más, involucra más sus sentimientos y le afecta, es por eso que tiende más a desarrollar cuadros depresivos...”

Otro factor al que los operadores le atribuyen la alta frecuencia de violencia es la dependencia económica.

b. Limitaciones y recursos en el flujo de atención

Las mujeres entrevistadas mencionaron entre las limitaciones:

- a. Barreras al acceso: costo, falta de respeto al horario, dificultades en la referencia/contrareferencia
- b. Revictimización de la usuaria:
- c. Mal trato

Los operadores mencionaron las siguientes limitaciones:

- a. Falta de capacitación en el uso de las Guías
- b. Falta de una ideología común: persistencia de esquemas patriarcales, actitudes de tolerancia a la violencia
- c. Falta de capacitación en perspectiva de género
- d. Falta de auto cuidado
- e. Personal con síndrome de burn out

Tanto usuarias como operadores mencionaron que el recurso más positivo es el establecimiento de una relación terapéutica o vínculo entre el operador y la usuaria. También valoraron de manera positiva el enfoque basado en la comunidad.

6.

CONCLUSIONES

Desde las mujeres entrevistadas se ha recogido los siguientes temas: una vivencia de infancia desprotegida y violenta, con desvalorización de lo femenino, percepción ambivalente de la figura masculina y dependencia emocional, dificultad para elaborar los duelos y separarse, existencia de una relación clara entre violencia de género y percepción de dificultades y deficiencias en los servicios de salud, que incluyen la existencia de barreras para el acceso, revictimización y maltrato que reavivan experiencias previas de desvalorización y violencia en la infancia, lo que impide que se construyan expectativas realistas del contacto con los servicios de salud.

Desde los operadores existen deficiencias serias en la capacitación incluyendo el uso de la Guía Práctica de depresión, no hay una comprensión cabal de la inaceptabilidad de la violencia, que da lugar a situaciones de revictimización de la agredida y de culpabilizar a la usuaria. Existe necesidad de mayor capacitación en género para poder revisar las actitudes y comportamientos actuales. Debido a la existencia, percibida por los operadores, de personal con síndrome de burn-out, se requiere una política integral de auto-cuidado.

Tanto los operadores como las usuarias perciben que el establecimiento de la relación terapéutica o vínculo es esencial para el trabajo en salud mental.

7.

RECOMENDACIONES

- 1 • Diseño de políticas, programas y servicios en función de las necesidades de las mujeres, donde se despliegan acciones efectivas de empoderamiento de las mujeres y se propicie su autonomía y ejercicio de ciudadanía.
- 2 • Articulación entre las políticas intersectoriales (Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Para abordar de manera integral. La salud mental de las mujeres. En situación de violencia de género.
- 3 • Espacios de formación y capacitación permanentes de los operadores que incluyan espacios de reflexión sobre género como determinante de la salud y sobre la violencia basada en género y su impacto en la salud mental. Estos espacios deben incluir supervisión capacitante y acompañamiento de los especialistas con competencias para abordar los factores psicosociales.
- 4 • Espacios de cuidado a los/as profesionales y prevención del síndrome de agotamiento profesional.
- 5 • La importancia del trabajo intersectorial conlleva la necesidad de establecer redes formales y espacios de coordinación y el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo a nivel comunitario.
- 6 • La importancia del trabajo en prevención y promoción (salud mental comunitaria) que evite las miradas reduccionistas, y aborde, desde un enfoque multimodal, todos los factores psicosociales involucrados, enfocando a la mujer como usuaria y ciudadana.

CUADRO N°1: PERFIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

	Huancayo			Pucallpa			Lima		
	Mujer 1	Mujer 2	Mujer 3	Mujer 1	Mujer 2	Mujer 3	Mujer 1	Mujer 2	Mujer 3
Edad	31 años	41 años	39 años	41 años	24 años	20 años	59 años	57 años	39 años
Estado civil	Soltera (ex conviviente)	Conviviente	Divorciada	Divorciada	Casada	Soltera	Viuda	Viuda	Separada
Hijos	1	4	3	4	3	0	3	5	3
Lugar de nacimiento	Huancayo	Huancayo	Huancavelica	Lima	Pucallpa	Pucallpa	Jauja	Chanchamayo	Chiclayo
Grado de inst.	Técnica superior (incompleta)	Superior (técnica)	Secundaria completa	Superior (Técnica)	Secundaria completa	Secundaria completa	Superior (Técnica)	Secundaria	Secundaria completa
Centro de atención	Centro de salud - Chilca /	Centro de salud - Chilca /	Centro de salud - Chilca /	Talleres del proyecto	Talleres del proyecto	Centro de Salud 9 de octubre	Centro de salud de Villa el Salvador	Centro de salud de La Victoria	Centro de salud de la Victoria
Oficio - trabajo	Auxiliar de administración	(No específica)	Se dedica a la medicina natural	Administra un negocio y es personal de limpieza en CCSS	Ama de casa	Vende comida (negocio familiar)	Centro de terapia alternativa	Distribuye comida en puesto de mercado	Trabaja como vendedora
Tiempo de atención	Más de un año	1 año aprox	Entre 6 meses y 1 año	2 años aprox	Algunos meses	2 meses	4 sesiones (2 meses aprox)	1 año aprox	Entre 6 meses y 1 año
Tipo de tratamiento recibido	Atención psicológica	Atención psicológica	Atención psicológica	Terapia grupal	Terapia grupal	Atención Integral (Obstetra, nutricionista y psicólogo)	Atención psicológica	Atención psicológica y médica	Atención psicológica
Tratamientos previos	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No
(Especificar)	Terapia de pareja (particular)	Terapia (CEM), Talleres proyecto	Terapia (CEM de Chilca)				Terapia alternativa (Flores de Bach)		

BIBLIOGRAFÍA

Benjamín, Jessica (1996) Los Lazos de Amor: Psicoanálisis, Feminismo y el problema de la Dominación, Paidós Ibérica.

Benyakar, Mordechai (2003) Lo Disruptivo, Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales, Editorial Biblos, Buenos Aires.

Beck, Aarón (1981) Terapia cognitiva de la depresión, Desclee de Brauer, Bilbao

Bowlby, Jhon (1980) La pérdida afectiva: tristeza y depresión, Paidós, Buenos Aires.

Butler, Judith (2007) El Género en Disputa: el Feminismo y la Subversión de la Identidad, Paidós Ibérica, Barcelona
Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). Informe Final. Lima: CVR.

Coryell, et al, (1994) The time course of non chronic major depressive disorder. Uniformity across episodes and samples. Archives of General Psychiatry, 51, 405- 410.

Defensoría del Pueblo (2005) Salud mental y derechos humanos: las situaciones de los derechos de las personas internadas en establecimiento de salud mental, Informe Defensorial No. 102

Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. (2006). Salud mental comunitaria en el Perú. Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Lima: AMARES.

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima

Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Iquitos 2004. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIV. Año 2008, Suplemento 2. Lima

Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1436-1442.

Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1498-1504.

Organización Mundial de la Salud (1992), Clasificación internacional de enfermedades, décima versión- CIE X.
(2008) Programa de acción para superar las brechas en salud mental, mhGAP

(2012) La depresión es una enfermedad frecuente, Centro de Prensa, http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html. Última visita: martes 26 de febrero del 2013.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, 276-288.

Scott, Joan (1996) El género, una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta, compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México.

Tamayo, Giulia; (2002); En: Rostagnol; Susana (2007) Los pobres y las pobres, ¿tienen derecho a los derechos sexuales y derechos reproductivos?, Serías para el Debate No 5; Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y Reproductivos.



UNIÓN EUROPEA

www.manuela.org.pe