



**ESTUDIO DE EVALUACIÓN EXTERNA DEL PROYECTO  
GROW: “DESARROLLANDO CAPACIDADES PARA  
OFRECER TRATAMIENTO POR EL ABUSO DE SUSTANCIAS  
SENSIBLE AL GÉNERO 2014 – 2021”**

**INFORME DE RESULTADOS**

**Lima, 2023**

# Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>22</b>
<b>2. ENFOQUE Y METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN</b>	<b>26</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Percepciones de las Facilitadoras y Facilitadores Nacionales y Regionales sobre el aporte del trabajo realizado por el proyecto: Una reconstrucción y valoración del proceso.</b>	<b>32</b>
3.1.1 Motivación antes y durante el proceso de capacitación	32
3.1.2 Percepciones sobre la relevancia del Proyecto de capacitación	34
3.1.3 Percepciones sobre la metodología del curso y estrategia metodológica.	38
3.1.4 Percepciones sobre las réplicas, las acciones de cambio y sus dificultades	42
<b>3.2. Análisis de la satisfacción en el proceso formativo</b>	<b>49</b>
3.2.1 Experiencia psicosocial y satisfacción	49
3.2.2 Escala de Bienestar Emocional en la Capacitación: Análisis estadístico de factores	51
<b>3.3 Análisis de resultados del proyecto de Fortalecimiento de competencias en facilitadoras y facilitadores nacionales y regionales.</b>	<b>57</b>
3.3.1 Logros personales durante el proceso de capacitación.	57
3.3.2 Logros personales posteriores al proceso de capacitación.	58
3.3.3 Autoevaluación de la mejora en campos de competencias	58
3.3.4 Autoevaluación de la mejora de competencias específicas	59
3.3.5 Factores asociados al logro de competencias	62
<b>3.4 Análisis de las coberturas de atención en adicciones en el período de intervención del Proyecto GROW</b>	<b>71</b>
3.4.1 Análisis de estadísticas nacionales de atenciones: HIS MINSA	71
3.4.2 Análisis de la percepción de cambios en la oferta y demanda de servicios por Jefes de CSMC	74
<b>3.5 Incorporación del enfoque de género en la atención en adicciones</b>	<b>77</b>
3.5.1 Enfoque de género a participantes de capacitaciones/profesionales de los Centros de Salud Mental Comunitaria	77
3.5.2. El enfoque de género en el discurso de los y las entrevistadas	84
<b>3.6 Logros y cambios significativos desde la perspectiva de los actores</b>	<b>89</b>
3.6.1 Percepción de cambios en atención a mujeres afectadas de abuso de sustancias en los servicios de salud.	89
3.6.2 Percepción de Cambios generados por la Experiencia GROW identificados por los actores del Proyecto.	92
<b>3.7 Costo-efectividad de las estrategias aplicadas en GROW</b>	<b>98</b>
3.7.1 Costos y facilidades de la participación	99
3.7.2 Estimación de Costos de bolsillo de capacitación según modalidad	100
3.7.3 Diferencias de logros según modalidad de capacitación	102
<b>3.8 Aportes del Currículum SOGI en Lima y Callao</b>	<b>106</b>
3.8.1 Perfil de los encuestados y encuestadas	106

3.8.2 Motivación, experiencia y metodología	108
3.8.3 Satisfacción de los, les y las participantes	111
3.8.4 Logros y cambios percibidos	112
<b>4. CONCLUSIONES</b>	<b>121</b>
<b>5. RECOMENDACIONES</b>	<b>133</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>137</b>

## Lista de Gráficos

Gráfico 1. Motivaciones o móviles iniciales en el proceso de capacitación	33
Gráfico 2. Principales factores de éxito de la capacitación	34
Gráfico 3. Componentes didácticos que aportaron al desarrollo de competencias	39
Gráfico 4. Aspectos del proceso grupal y clima psicosocial con los que se sintió más cómodo/a	50
Gráfico 5. Emociones o estados mentales más comunes durante la ejecución de los diferentes módulos	51
Gráfico 6. Logros personales durante el proceso de capacitación	57
Gráfico 7. Logros posteriores a la capacitación	¡Error! Marcador no definido.8
Gráfico 8. Autoevaluación de mejora en campos de competencia	489
Gráfico 9. Autoevaluación de mejora en competencias específicas	¡Error! Marcador no definido.1
Gráfico 10. Media de incremento de competencias	555
Gráfico 11. Premisas con las que están de acuerdo respecto al enfoque de género	80
Gráfico 12. Análisis estadístico de validación del cuestionario	81
Gráfico 13. Cambios positivos observados en establecimiento o servicio	74
Gráfico 14. Logros de la capacitación según modalidad.	104
Gráfico 15. Participación previa en el Proyecto GROW	106
Gráfico 16. Género de las y los encuestados	107
Gráfico 17. Profesión o especialidad de los y las encuestadas	107
Gráfico 18. Tipo de servicio público donde trabajaban antes del Currículo SOGI	108
Gráfico 19. Tipo de atenciones brindadas a personas con diversidad de género, con problemas por abuso de sustancias, antes de SOGI	108
Gráfico 20. Principales motivaciones para participar en el Currículo SOGI	109
Gráfico 21. Principales motivaciones o móviles para culminar el proceso de capacitación	109
Gráfico 22. Apoyo que recibió de los organizadores o su institución para ser capacitado por el Currículo SOGI	110
Gráfico 23. Costos personales que asumieron los participantes en las capacitaciones del Currículo SOGI	110
Gráfico 24. Componentes didácticos más valorados por los facilitadores nacionales del Currículo SOGI	111
Gráfico 25. Aspectos del proceso grupal y clima psicosocial del curso más valorados	111
Gráfico 26. Emociones o estados mentales más comunes que experimentaba durante la ejecución de los módulos del curso	112
Gráfico 27. Factores del éxito de la capacitación del Proyecto SOGI percibidos por las, les y los encuestados	112

Gráfico 28. Logros autopercebidos relacionados a la capacitación	113
Gráfico 29. Efectos de la participación en el Proyecto SOGI autopercebidos	113
Gráfico 30. Tipo de migraciones laborales posteriores a la participación en SOGI	114
Gráfico 31. Atención a personas LGTBIQ por los participantes en el sector privado	114
Gráfico 32. Campos de competencias incrementadas según autovaloración	114
Gráfico 33. Autovaloración de Competencias específicas incrementadas	115
Gráfico 34. Cambios positivos percibimos en su establecimiento o servicio sobre la atención a mujeres y población LGTBIQ afectados por abuso de sustancias	116

### Lista de Tablas

Tabla 1: Listado de técnicas de información y aplicaciones según preguntas	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.7</b>	
Tabla 2. Índice de Bienestar Emocional en Actividades de Capacitación EBAC	51
Tabla 3. Diferencia de medias de la Escala de Bienestar Emocional en la Capacitación del Proyecto GROW, según diversos factores.	53
Tabla 4. Perfil de los participantes en la encuesta	533
Tabla 5. Diferencia de medias de número de competencias mejoradas en la capacitación del Proyecto GROW, según diversos factores	<b>¡Error! Marcador no definido.6</b>
Tabla 6. Atenciones adicciones por año	602
Tabla 7. Atención mujeres por trastornos mentales asociados a adicciones en establecimientos de salud del MINSA	613
Tabla 8. Porcentaje de mujeres atendidas por adicciones	623
Tabla 9. Porcentaje de CSMC que brindan diversos servicios a Mujeres Afectadas Adicciones, según tengan o no profesionales capacitados por el Proyecto GROW	635
Tabla 10. Porcentaje de CSMC con tendencias positivas en el cuidado y tratamiento de Mujeres Afectadas Adicciones, según tengan o no profesionales capacitados por el Proyecto GROW	646
Tabla 11. Encuesta sobre enfoque de género a participantes.	668
Tabla 12. Niveles de deconstrucción de estereotipos de género entre participantes de las capacitaciones del Proyecto GROW	702
Tabla 13. Gasto en dólares promedio por participante	100
Tabla 14. Gasto promedio por participante corregido por prevalencia y factor de módulo	101
Tabla 15. Estimado de costo total de servicios de docencia especializada	101
Tabla 16. Síntesis de gastos institucionales y personales promedio por participante. Dólares USA	102
Tabla 17. Logros de la capacitación según modalidad presencial/virtual.	103

## **Acrónimos, Siglas y Abreviaturas**

CARE Perú	ONG peruana miembro de una confederación presente en más de 100 países
CSMC	Centro de Salud Mental Comunitario del Ministerio de Salud
DEVIDA	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas
DESAME	Dirección Ejecutiva de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública del Ministerio de Salud
EBAC	Escala de Bienestar en Actividades de Capacitación
EMD	Equipos multidisciplinarios
FN	Facilitadores y facilitadoras nacionales
FR	Facilitadores y facilitadoras regionales
GF	Grupo focal o grupo de discusión focalizada
GROW	Programa Guiando la Recuperación de Mujeres (iniciales en inglés)
HIS	Plataforma de registro de atención directa a los pacientes en todos los servicios de salud del MINSA.
LIO	Ley de Igualdad de Oportunidades
LGBTIQ	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales y Queer
MAAS	Mujeres y adolescentes con problema de abuso de sustancias
MINSAM	Ministerio de Salud del Perú

## RESUMEN EJECUTIVO

El informe presenta los hallazgos del estudio de evaluación externa del Proyecto GROW: “Desarrollando capacidades para ofrecer tratamiento por el abuso de sustancias sensible al género 2014 – 2021”, que en adelante denominaremos Proyecto GROW. El informe contiene una síntesis de la información generada, procesada y analizada para responder a las preguntas que contiene cada uno de los siete objetivos específicos del estudio.

En octubre del año 2014, se inicia la implementación del Proyecto GROW en el marco colaborativo entre los gobiernos de los Estados Unidos de América y el Perú. Específicamente, a través de la Sección de Asuntos Antinarcoóticos y Aplicación de la Ley (INL por sus siglas en inglés) de la Embajada de los Estados Unidos en el Perú, marco establecido en los acuerdos de donación SINLEC14CA0022 y SINLEC19CA0370, aprobados por el departamento de Estado (CARE Perú, 2022)

De manera sumaria, el Proyecto GROW estuvo orientado al fortalecimiento de competencias y capacidades de profesionales de múltiples disciplinas involucrados en la atención de la salud mental de mujeres afectadas por problemas adictivos en los 25 departamentos del Perú (en lo sucesivo se denominará regiones). La estrategia de capacitación se basó en los contenidos y metodología de 10 manuales de capacitación preparados por Álvarez & Associates para el departamento de La Secretaría Estadual de Asuntos Internacionales de Estupefacientes y Aplicación de la Ley de los Estados Unidos (INL) puestos a disposición pública (denominado en adelante Currículum GROW). Esta fase teórico-práctica fue complementada con un programa de implementación de acciones clínicas, comunicacionales y educativas para afianzar las competencias, orientadas a generar cambios concretos en los servicios de salud a favor de la atención con enfoque de género a Mujeres y Adolescentes con problemas de abuso de sustancias.

Las instituciones socias de la implementación del proyecto GROW son la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), la Oficina de Asuntos Internacionales de Estupefacientes y de la Aplicación de La Ley de los Estados Unidos en el Perú (INL), la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y CARE Perú, institución ejecutora del proyecto.

De acuerdo a los términos de referencia (CARE, 2022), el estudio de evaluación debía lograr un conjunto de siete objetivos, los cuales se listan a continuación

- **Objetivo 1:** Identificar, participativamente con los actores, los logros más relevantes del proyecto en el período 2014 – 2021, así como identificar los cambios más significativos (most significant changes – storytelling) (CARE,

narrados desde los propios actores, usuarios, facilitadores, socios, aliados, entre otros), analizando el grado de participación, pertinencia, oportunidad, sostenibilidad y recomendaciones para futuras intervenciones.

- **Objetivo 2:** Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del proyecto en el componente de fortalecimiento de capacidades GROW en los dos niveles de formación: facilitadores nacionales y facilitadores regionales, e identificar los factores vinculados a este componente que han afectado y/o favorecido en los resultados del proyecto, considerando el contexto COVID-19.
- **Objetivo 3:** Determinar el nivel de satisfacción respecto al fortalecimiento de capacidades, mediante la sistematización y análisis de las encuestas realizadas a los participantes del proyecto durante el periodo 2015 -2022 y determinar la contribución del proyecto a los logros del programa de salud mental del Ministerio de Salud en términos de cobertura, alcance de los objetivos nacionales e incorporación del enfoque de género, entre otras actividades.
- **Objetivo 4:** Determinar el nivel de incorporación del enfoque de género en la aplicación de los programas de capacitación GROW por parte de los equipos multidisciplinarios de la red de servicios de salud mental del Ministerio de Salud.
- **Objetivo 5:** Analizar, mediante entrevistas y grupos focales, el aporte del trabajo realizado con y por los facilitadores nacionales y regionales con relación a la metodología de capacitación, relevancia, oportunidad, sostenibilidad, identificación de lecciones aprendidas y su rol como entrenadores especializados.
- **Objetivo 6:** Analizar la pertinencia y costo-efectividad de las estrategias aplicadas al Proyecto de capacitación y réplicas en modalidad presencial, así como de la capacitación y réplicas en la modalidad virtual (durante el COVID19).
- **Objetivo 7:** Determinar la contribución más significativa del proyecto, con el currículo SOGI, en el proceso de la implementación de los servicios de salud mental respecto del entrenamiento de Facilitadores Nacionales en Lima y Callao.

Sobre la metodología utilizada, el estudio de evaluación, al no haber una base de datos inicial, fue de corte retrospectivo, con uso de metodologías cualitativas y cuantitativas. Contó con el análisis de fuentes secundarias como la información sistematizada por el equipo del proyecto y la base de datos cedida por la DISAME sobre las atenciones por problemas de adicciones en los servicios de salud del MINSA al inicio y al final del periodo de evaluación y al inicio de la Pandemia de COVID19.

Complementariamente se aplicaron tres encuestas, una a los participantes (facilitadores y facilitadoras) nacionales y regionales del Currículo GROW, otra a los facilitadores nacionales del Currículo SOGI y una tercera encuesta a los directores de los Centros de Salud Mental Comunitaria a nivel nacional. La convocatoria fue al universo de los participantes y CSMC y la participación en las mismas fue voluntaria, habiendo recibido respuesta de 318 facilitadores y facilitadoras del currículo GROW, 18 facilitadoras del currículo SOGI y 53 jefes de Centros de Salud Mental Comunitarios.

En cuanto a las aplicaciones de los instrumentos cualitativos se trabajó en 7 regiones del país, incluidos Lima y el Callao. Habiendo realizado 8 grupos focales a facilitadores/as GROW nacionales y de regiones y facilitadores y facilitadoras nacionales de SOGI, 6 entrevistas colectivas a equipos multidisciplinarios de salud mental, 8 entrevistas testimoniales a actores claves, y 13 entrevistas a autoridades regionales y nacionales.

El estudio concluye como principales hallazgos lo siguiente:

1. El proyecto GROW, en el escenario de una reforma de salud mental comunitaria, tuvo la oportunidad de ser apoyado por las instancias sanitarias que impulsan la reforma y al mismo tiempo apoyó de manera importante y sostenida en la conformación de un colectivo profesional multidisciplinario comprometido con la Salud Mental Pública en el país. Esto muestra uno de los mayores aciertos de la intervención, el haber apostado por dirigirla a los equipos multidisciplinarios, con las complicaciones que esto entrañaba, pero con una firme convicción de la apuesta por la interdisciplinariedad. Esta convergencia y alineamiento con el proceso de la reforma de salud mental comunitaria explica en gran medida el proceso de escalamiento que vivió el proyecto hasta llegar al nivel nacional, implementando sus acciones en todas las regiones del país y el éxito en la recordación y valoración de los actores.
2. La relevancia del enfoque de género del proyecto GROW, en el contexto de los compromisos internacionales (Conferencia de Beijing) y la normatividad nacional (Ley de Igualdad de Oportunidades, 2007), es mayúscula, si se toma en cuenta que hasta el año 2017 no se habían incorporado en el informe nacional de cumplimiento, acciones en el campo de la salud mental de las mujeres. Es en el informe del 2019, que el Ministerio de Salud, entre otras actividades, reporta las acciones del Proyecto GROW como parte del Informe Nacional de Cumplimiento de la LIO, poniendo en manifiesto el valor político y estratégico del proyecto para el Ministerio de Salud en el escenario de cumplimiento de compromisos asumidos por el Estado Peruano.
3. Los retos asumidos por el proyecto son ambiciosos en cuanto al enfoque de género, suponen transformaciones importantes de comprensión, actitud y acción de manera individual, colectiva, institucional e interinstitucional; de allí, que los resultados nos revelan que se desarrollaron competencias pero su implementación en acciones efectivas aún son procesos inacabados y en algunos casos fueron limitados por la Pandemia y las difíciles condiciones de los servicios de salud, según la información reportada por la evaluación. La introducción del enfoque de género comporta una complejidad mayúscula, más

aún en un escenario político y social con embates conservadores que han cuestionado de manera constante hasta el propio uso del término. Es un logro del proyecto haberse colocado la tarea de hacer visible la problemática de las adicciones en mujeres y la influencia de las inequidades de género en la constitución del trauma, relacionándolas con otros problemas de salud y de salud mental y con ello, haber introducido el enfoque de género (y del respeto a la diversidad sexual) y sostenido la intervención en la agenda de la salud pública y de la salud mental.

4. La atención a mujeres afectadas por adicciones es uno de los problemas más complejos en el campo de la salud mental. En general, sabemos que los problemas de salud mental son estructuras a la vez biológicas, psicológicas y sociales y requieren ser intervenidas en esas tres dimensiones. Más aún, es claro que no existen tecnologías lo suficientemente eficaces que, administradas a las personas sin la participación de ellas o los colectivos de los que hacen parte, tengan una efectividad intrínseca suficiente como en el caso de muchas áreas de la práctica médica. Esto último, hace imperativo (no opcional) el carácter participativo y comunitario de las intervenciones en salud mental y ello lo ha propuesto con claridad el proyecto. En el campo de las adicciones es aún más complejo, comparado con problemas de orden ansioso depresivo o psicótico, que los procesos patológicos involucran directamente la conciencia, la voluntad, el placer y otras funciones que están en el núcleo de las acciones y las relaciones humanas, y tal vez por eso mismo, no hay tecnologías farmacológicas o psicoterapéuticas específicas que gocen de consensos suficientes y que den la impresión de objetividad como en otras áreas de la psiquiatría y la salud mental. De allí, que la evaluación concluye que es un acierto del proyecto GROW, el haber transmitido esa complejidad biopsicosocial en el problema y en la respuesta al mismo.
5. El proyecto GROW ha asumido como bandera la lucha de visibilizar la problemática y el abordaje interdisciplinario, intersectorial basado en el enfoque de género. En el proceso de implementación ha actuado no sólo directamente en el fortalecimiento de capacidades profesionales, sino ha iniciado la activación de procesos sanitarios y sociales para dar cuenta de la complejidad antes mencionada; obsérvese las acciones comunicacionales y el trabajo interinstitucional asumido por el equipo clave del proyecto. La evaluación concluye que estas acciones vinculadas a la gestión de la intervención, identificadas en particular en el proceso del trabajo en las regiones, debe ser considerada como una buena práctica, ya que la institución gestora construyó un rol facilitador y articulador, siempre de apoyo a las acciones institucionales del Ministerio de Salud, contribuyendo a su liderazgo, elemento clave para el escalamiento de las acciones implementadas a nivel nacional.
6. Uno de los logros, identificado de manera transversal por la evaluación, que no fue planificado de manera explícita, es la construcción de un colectivo de profesionales interesados y comprometidos con la temática. Un hallazgo importante en la evaluación es que, a pesar de la alta movilidad de los y las profesionales de la salud, un importante número de ellos se encuentran en la

misma región, en el mismo servicio o servicio similar, constituyéndose en un capital humano disponible para acciones futuras y consolidando la existencia de esos colectivos de interés y de coordinación informal de acciones sanitarias.

7. Finalmente, abordar el fortalecimiento de capacidades en la atención de adicciones en el país supone trabajar, en muchos casos, con una sociedad donde se tiene muy poco conocimiento sobre el tema y muchas creencias y concepciones morales, más que técnicas, sobre las adicciones. Esto, sumado a la situación de gran inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres, convierten a la mujer con problemas de adicciones en una persona altamente vulnerable y estigmatizada y los servicios de salud no son ajenos a ello. El proyecto GROW ha dado, junto a las y los profesionales de la salud participantes, el primer peldaño en el andamiaje para construir atención de salud mental integral y adecuada hacia estas mujeres, tal vez en las que se resumen y potencian las estigmatizaciones de género, raza, clase, entre otras. Por tanto, podríamos plantear que el proyecto ha colocado la lupa sobre un segmento de población de mayor vulnerabilidad dentro de los más vulnerables y esa es, en términos de las intervenciones sociales y de propuesta de políticas públicas, un importante aporte del proyecto, a juicio de la presente evaluación.

Sobre las percepciones de los y las facilitadoras<sup>1</sup> nacionales y regionales sobre la experiencia y aporte del proyecto:

1. Las percepciones sobre la relevancia del proyecto GROW se centraron principalmente en: a) Su orientación hacia la atención en adicciones; b) La novedad para los participantes del enfoque de género en la atención a mujeres con problemas de adicción; c) La oportunidad de trabajar con equipos multidisciplinarios y b) El enfoque comunitario alineado con las concepciones de la reforma en salud mental.
2. La metodología del proyecto fue muy valorada por los facilitadores, especialmente en su versión presencial, a propósito de la cual se hizo repetida mención a la importancia de las dinámicas participativas y el trato paritario. Se considera particularmente importante el enfoque participativo porque permitió tres procesos: a) facilitar el trabajo con grupos de capacitación tan heterogéneos, de profesiones, de niveles de formación y experiencia muy diversos; b) permitió trabajar de manera vivencial los temas de inequidades de género, evidenciar los estereotipos de género y sensibilizar sobre su influencia en el problema de adicciones y en la atención de los servicios de salud; y c) permitió subsanar la

---

<sup>1</sup> Es relevante mencionar que en el texto se denomina facilitadoras y facilitadores a todos y todas las participantes en los cursos, denominación propia del proyecto, que se sustenta en que todo capacitado debe, para el cumplimiento de su propio proceso de desarrollo de competencias, implementar semejantes procesos de capacitación a terceros. Es así que el primer grupo de capacitados, facilitadores nacionales, cuyo proceso se desarrolló en Lima y el Callao, fueron los responsables de implementar los procesos de capacitación en las otras regiones del país, donde los capacitados recibieron la denominación de facilitadores regionales.

falta de adaptación de los manuales a los contextos nacionales y regionales, al compartir experiencias y vivencias de los facilitadores y participantes.

3. Las observaciones al proyecto en su versión a distancia estuvieron relacionadas con la superposición de las actividades de capacitación y las actividades laborales cotidianas, las extensas jornadas de actividades sincrónicas que eran imposibles de cumplir por la falta de capacidad en algunas regiones y los costos de conectividad, la limitada participación de los compañeros y compañeras en las actividades grupales y las dificultades para la realización de actividades participativas. Es importante mencionar para no desechar la posibilidad de implementaciones futuras en formato virtual, que, al encontrarse en situación de emergencia sanitaria, la versión virtual fue una respuesta a la emergencia y de implementación rápida, no pudiendo adaptar el contenido a un formato más amigable y acorde a las limitaciones y ventajas que ofrece una educación a distancia. Asimismo, se debe considerar que lo más afectado en la nueva modalidad virtual fue el enfoque participativo, que fue justamente lo más valorado del programa en la modalidad presencial.

En cuanto a la satisfacción de los participantes en el proceso de capacitación, se concluye lo siguiente:

1. El indicador más vinculado con el aprendizaje y uno de los más difíciles de sostener en los procesos didácticos, "la atención y concentración", ha sido señalado como el estado mental más común por casi el 90% de los participantes, seguido de la "curiosidad y expectativa" por casi el 80%. Asimismo, las emociones de "tranquilidad/satisfacción" y "alegría/goce" han bordeado el 50%. Estos indicadores reflejan un clima propicio al aprendizaje y un círculo virtuoso entre condiciones y logros de aprendizaje.
2. La evaluación encontró que la experiencia de capacitación se vivió con mayor bienestar: a) en los estudiantes de la tercera fase y cuarta fase-A<sup>2</sup> del proyecto que puede deberse a procesos de capacitación mejor estructurados en base a lo aprendido en las experiencias previas y b) en los participantes de la modalidad presencial, probablemente relacionado con las experiencias participativas. También se identificaron factores relacionados con el perfil de estudiante, encontrando mayor bienestar en los participantes: a) de las regiones que hemos agrupado en la Macro región Sur; b) en los grupos de personas mayores de 50 años; c) en los profesionales que trabajan en hospitales y d) en aquellos participantes que están en condición de nombramiento; es importante reflexionar que estos tres últimos grupos están relacionados con las condiciones de mejor inserción laboral.

---

<sup>2</sup> En el transcurso de la cuarta fase del proyecto se inicia la Pandemia de COVID 19 y con ello, la prohibición de actividades presenciales, siendo que en algunas regiones intervenidas se implementaron algunos manuales en forma presencial y otros en modalidad virtual, ellos conforman la cuarta fase A y la cuarta fase B la conforman las regiones que desarrollaron todo el currículo en modalidad virtual.

Sobre los resultados del proyecto en torno a las competencias fortalecidas en facilitadoras y facilitadores nacionales y regionales:

1. Los participantes perciben que han fortalecido competencias claves en niveles considerablemente altos, especialmente en aquellas competencias que contribuyen más a un manejo integral de esta sensible problemática.
2. Las competencias específicas más logradas en alrededor del 60% fueron: Detectar problemas relacionados a género que influyen directamente en problemática de mujeres afectadas por adicciones, establecer un vínculo empático con mujeres afectadas por problemas adictivos considerando su condición médica y de género y detectar precozmente problemas adictivos ocultos y encubiertos en otras problemáticas de salud y salud mental, así como las barreras que limitan sus accesos.
3. Con relación a la autopercepción de competencias se encontraron algunas diferencias significativas asociadas a variables de la capacitación, se encontró autopercepción de mayores competencias en a) la Macro Región Lima (Lima metropolitana, Lima provincias) y en macrorregión Oriente. En relación a las Fases del Proyecto GROW (años entre 2014 y 2022), también se observó que la media de autopercepción de mejora de competencias fue 7% y 13% superior en la primera y tercera fase, respectivamente.

Asimismo, se encontró una diferencia significativa de 22%, por encima de la media general, entre los participantes que tuvieron un rol de capacitador o capacitadora en otras regiones. Es importante mencionar que no se encontró diferencias significativas en relación a la modalidad de la capacitación, ni entre facilitadores nacionales y regionales.

4. Se encontró una mayor autopercepción de competencias alcanzadas en: a) los mayores de 50 años; b) los encuestados de género masculino, cuyas medias son superiores alrededor del 15% por encima de la media del total de encuestados; c) los profesionales de hospitales especializados. Llama la atención positivamente que entre las profesiones no exista una diferencia significativa en el logro de competencias, lo que abona a considerar acertada la opción del grupo gestor del proyecto al convocar a equipos multidisciplinarios.

El presente estudio de evaluación, de acuerdo a los términos de referencia exploró el número y la distribución de las atenciones de salud a mujeres con problemas de adicciones registradas por el MINSA para los periodos previos al proyecto, previo a la pandemia y momento de la evaluación, encontrando lo siguiente:

1. En el 2014 se registraron bajo el subcapítulo de adicciones, 3,405 atenciones de mujeres, mientras que en el 2019 la cifra aumentó a 11,887 y en el 2022 a 17,089. Es evidente que la cantidad de atenciones registradas ha aumentado significativamente, aunque se percibe cierto desaceleramiento entre el 2019 y el 2022, comprensible considerando que es el periodo de pandemia por COVID19. Sin embargo, al observar la proporción de mujeres atendidas en relación con el

total de atenciones en adicciones en los tres momentos, no se observa variación entre el 2014 y el 2019, manteniéndose en un 22% (aproximadamente una quinta parte del total de atenciones son a mujeres). Esto significa que, por cada cuatro atenciones a hombres, se brinda una atención a una mujer.

2. En el año 2022, la proporción aumentó ligeramente a un 23%. Al analizar el comportamiento de este incremento porcentual de 1% por niveles de atención, se observa un incremento en atenciones en el segundo nivel de atención y, especialmente, en el tercer nivel de atención, pasando del 20% al 23% y del 16% al 23%, respectivamente.

Con relación a la incorporación del enfoque de género, se concluye:

1. El proyecto GROW logra ingresar la preocupación por la situación de las mujeres vulnerables y desde la perspectiva de género como dimensión de reflexión y acción en las atenciones de salud y en particular en la salud mental.
2. En los resultados cualitativos se identificó la alta valoración para los participantes del enfoque de género en la atención de las adicciones, situando la mayoría de reflexiones en los procesos de atención de mujeres en situación de violencia. Discursivamente, la perspectiva de género más común entre las y los entrevistados es la que problematiza la situación de las mujeres y las constituye en un grupo de mayor vulnerabilidad, aquellas que se encuentran con experiencias de trauma y violencia. Es menor la presencia de discursos que abordan el enfoque estructural, sistémico e interseccional de las desigualdades de género, que involucra las formas de organización social en su conjunto y la interinfluencia de los ejes de desigualdad social, lo que les demandaría un abordaje analítico de las inequidades.
3. Siendo el proceso de deconstrucción de los estereotipos de género de gran complejidad social y psicológica, el estudio de evaluación logró identificar con el uso de una escala actitudinal ad hoc, variaciones más altas de las medias de deconstrucción de los estereotipos de género con respecto a la media general de la población evaluada, en los participantes que tuvieron altos logros en sus productos y autopercepción de competencias, sus puntajes promedio alcanzaron entre 50% y 75% por encima de la media general. Asimismo, en aquellas personas que expresaron un alto bienestar emocional en el desarrollo del curso, la media en deconstrucción de estereotipos fue un 8% superior al promedio. Siendo estos dos casos las diferencias significativas.

Sobre los cambios percibidos por los facilitadores y facilitadoras relacionados al Proyecto GROW.

1. Los cambios mencionados con mayor frecuencia por los actores estuvieron relacionados con la difusión y promoción de actividades, programas de atención, detección y captación activa de casos y el acogimiento empático y asertivo de mujeres. Con mediana frecuencia, se identificó que se mejoró el diagnóstico y la codificación de los problemas utilizando las categorías del CIE-10, la indagación

y reporte en la historia clínica de aspectos sociales asociados a la sexualidad, el embarazo, la maternidad, la identidad de género, las relaciones de pareja, así como la oferta de consejerías y terapias individuales.

2. Uno de cada cinco de los facilitadores ha observado que en sus establecimientos se están implementando intervenciones más complejas para la atención de mujeres afectadas de problemas adictivos. Uno de cada diez percibe otras atenciones en sus establecimientos, como terapias multifamiliares, hospitalizaciones breves, intermedias o prolongadas, visitas a instituciones laborales, educativas u otros espacios comunitarios, supervisión continua para evitar recaídas con participación de agentes de la comunidad, internamientos domiciliarios y otras.
3. Desde el abordaje cualitativo, los cambios asociados al proyecto son en principio las mejoras en las competencias de los participantes, donde las más reconocidas son las capacidades para identificar a mujeres y adolescentes con adicciones, capacidades de deconstrucción de estereotipos de género y sensibilidad y capacidades para atender comorbilidades asociadas a las adicciones en mujeres y adolescentes.
4. En relación a la oferta de servicios, se han identificado múltiples cambios puntuales o que se desarrollaron y fueron suspendidos por la pandemia u otras condiciones de los servicios de salud. Se mencionó el establecimiento de servicios y horarios diferenciados para MAAS, adaptación de los servicios para un mejor acogimiento, innovaciones como grupos de ayuda mutua, guías para la atención de MAAS, abogacía para la apertura de servicios y el incremento de camas de hospitalización para MAAS.
5. Por último, se han identificado efectos positivos no buscados del proyecto, como el haber promovido un colectivo de profesionales de múltiples disciplinas, sensibilizado con el estudio y la atención en el campo de las adicciones y buscando mayores oportunidades para ello. El otro cambio, no planificado, ha sido la conformación de una red informal de profesionales a nivel regional e interregional, donde se han generado vínculos amicales, afectivos y profesionales que permiten difusión de información y coordinaciones a favor de mejorar la interconexión de los servicios de salud, redundando positivamente en la atención de las usuarias.

La evaluación concluye respecto del análisis costo-efectividad:

1. El gasto total promedio por participante fue de 954 dólares en la modalidad presencial, 598 en la modalidad mixta y 400 dólares en la modalidad totalmente a distancia, dando una razón de gasto de 2.4 veces más en la presencial que en la virtual. Asimismo, la fracción de aporte de participantes fue mayor en la modalidad presencial alcanzando el 23.9%; mientras que en la modalidad virtual sólo fue de 8.6% (2.8 veces menos).

2. El costo promedio de implementar el currículo GROW en una región en la modalidad presencial representó un 2.4 veces el costo de la implementación promedio de la modalidad virtual; sin embargo, en relación a los beneficios, la modalidad presencial genera 3.03 veces más logros que la virtual; por tanto, proporcionalmente, la modalidad presencial sería 1.3 veces más costo efectiva que la modalidad virtual, siempre en las condiciones que fueron impartidas.

En relación a la experiencia SOGI, se hizo una revisión rápida de su ejecución en su experiencia nacional, una encuesta a los participantes y entrevistas a actores claves, llegando a las siguientes conclusiones:

1. Tres de cada cuatro participantes en el Programa SOGI también habían sido capacitados por el proyecto GROW, por lo que es importante mencionar que ya tenían experiencia previa, conocimientos importantes sobre la temática y habían iniciado su proceso de deconstrucción de género. Los evaluadores consideran que esta situación ayudó en gran medida al proceso de aprendizaje en ambos sentidos, tanto para la atención del currículo SOGI y el reforzamiento del currículo GROW. Facilitando los procesos de respeto de la diversidad sexual e identidades transgénero.
2. Se valora el enfoque participativo y multisectorial con una mayor proporción de psicólogos y psiquiatras. Entre los encuestados encontramos una población predominantemente femenina (67%) y la importante participación de activistas LGBTIQ (5%). La participación de las últimas benefició los procesos de deconstrucción.
3. A pesar del sentido común que suele pensar en la alta rotación de los recursos humanos, el 66,7% se encuentran trabajando en el mismo establecimiento que en el momento de la capacitación, se encuentran en un establecimiento similar en la misma región el 11,1% y el 16,7% se cambió de sector, pero con funciones similares.
4. Entre las competencias específicas que perciben haber incrementado con el curso, se mencionan el establecer un vínculo empático, el reconocer el machismo y capacitar con enfoque de género.
5. Sobre los enfoques de género y de diversidad sexual, el mayor acuerdo de los entrevistados es que existen aún dificultades para apuntalar una visión de equidad y de respeto integral a la diversidad sexual desde los servicios de salud. Los y las entrevistadas señalaron algunos cambios generados por la capacitación, siendo el más frecuente el proceso de sensibilización de los profesionales en base al cuestionamiento de estereotipos de la población LGTBIQ.
6. Respecto a los cambios percibidos en la atención, se ha identificado la mejora en la difusión y promoción de la atención a mujeres y población LGTBIQ y el acogimiento empático en base a la publicación del establecimiento de salud como zona segura. Asimismo, las activistas han generado vínculos con los

profesionales para gestionar la mejora del acceso de las comunidades al servicio.

Finalmente, se presentan las recomendaciones en base a las lecciones aprendidas de la experiencia

## 1. INTRODUCCIÓN

El informe presenta los hallazgos del estudio de evaluación externa del Proyecto GROW: “Desarrollando capacidades para ofrecer tratamiento por el abuso de sustancias sensible al género 2014 – 2021”, que en adelante denominaremos Proyecto GROW. El informe contiene una síntesis de la información generada, procesada y analizada para responder a las preguntas que contiene cada uno de los siete objetivos específicos del estudio. Finalmente, a modo de conclusión, se responde al objetivo general del estudio y se presentan recomendaciones en los distintos campos de intervención del proyecto.

En octubre del año 2014, se inicia la implementación del Proyecto GROW en el marco colaborativo entre los gobiernos de los Estados Unidos de América y el Perú. Específicamente, a través de la Sección de Asuntos Antinarcoóticos y Aplicación de la Ley (INL por sus siglas en inglés) de la Embajada de los Estados Unidos en el Perú, marco establecido en los acuerdos de donación SINLEC14CA0022 y SINLEC19CA0370, aprobados por el departamento de Estado (CARE Perú, 2022).

Se considera relevante para esta evaluación, mencionar que el proyecto inicialmente contemplaba la implementación de actividades en los dos siguientes años, pero fue ampliado su implementación, en por lo menos tres ocasiones. Estas ampliaciones han dado lugar a las cuatro etapas del proyecto que han sido consideradas en la presente evaluación, obedeciendo al escalamiento de las acciones a nuevos grupos de regiones, involucrando algunos cambios en su constitución y modalidad.

De manera esquemática, el Proyecto GROW estuvo orientado al fortalecimiento de competencias y capacidades de profesionales de múltiples disciplinas involucrados en la atención de la salud mental de mujeres afectadas por problemas adictivos en los 25 departamentos del Perú (sucesivamente denominados regiones). La estrategia de capacitación se basó en los contenidos y metodología de 10 manuales de capacitación preparados por Álvarez & Associates para el departamento de La Secretaría Estadual de Asuntos Internacionales de Estupefacientes y Aplicación de la Ley de los Estados Unidos (INL) puestos a disposición pública (denominado en adelante Currículum GROW). Esta fase teórico-práctica fue complementada con un programa de implementación de acciones clínicas, comunicacionales y educativas para afianzar las competencias, provocando cambios en los servicios de salud a favor de la atención con enfoque de género a Mujeres y Adolescentes con problemas de abuso de sustancias.

Las instituciones socias de la implementación del proyecto GROW son la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), la Oficina de Asuntos Internacionales de Estupefacientes y de la Aplicación de la Ley de los Estados Unidos (INL), la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y CARE Perú, institución ejecutora del proyecto.

Para comprender el desarrollo del proyecto, sus éxitos y limitaciones, ha sido de alta relevancia para esta evaluación, considerar a priori dos procesos sociales y sanitarios de gran trascendencia. En primer lugar, la reforma de salud mental comunitaria dispuesta por Ley N° 29889, que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N° 26842) (Diario Oficial “El Peruano”, 2012). Esta reforma supone la incorporación de la salud mental en la agenda de la salud pública, y el cambio de paradigma en la atención de un modelo manicomial hacia otro denominado “salud mental comunitaria”. Este nuevo modelo, enfatiza la creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria que ofrecen atención ambulatoria especializada en salud mental (Castillo-Martell & Cutipé-Cárdenas, 2019). El segundo proceso se refiere al estado de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID19 que se vivió en el país desde su declaración el 16 de marzo de 2020 y que generó cambios sustanciales en las condiciones sociales y sanitarias en el país.

El 4 de julio de 2022, CARE Perú convoca a consultoras para realizar el estudio de evaluación externa del Proyecto GROW: “Desarrollando capacidades para ofrecer tratamiento por el abuso de sustancias sensible al género 2014 – 2021” (CARE Perú, 2022), encargando, luego del proceso de evaluación, a la firma G&C SALUD Y DESARROLLO S.R.L, la realización del estudio evaluativo.

La finalidad de este estudio es estimar el logro de los objetivos del proyecto, los cambios más significativos y la contribución a los logros del programa de salud mental del MINSA. De igual manera, aportar una valoración de las estrategias, enfoques, actividades y herramientas implementadas durante la ejecución del proyecto. Estas cuestiones se abarcan en el presente informe.

De acuerdo a los términos de referencia, el estudio de evaluación debía lograr un conjunto de siete objetivos, los cuales se listan a continuación

**Objetivo 1:** Identificar, participativamente con los actores, los logros más relevantes del proyecto en el período 2014 – 2021, así como identificar los cambios más significativos (most significant changes – storytelling) narrados desde los propios actores (usuarios, facilitadores, socios, aliados, entre otros), analizando el grado de participación, pertinencia, oportunidad, sostenibilidad y recomendaciones para futuras intervenciones.

**Objetivo 2:** Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del proyecto en el componente de fortalecimiento de capacidades GROW en los dos niveles de formación: facilitadores nacionales y facilitadores regionales, e identificar los factores vinculados a este componente que han afectado y/o favorecido en los resultados del proyecto, considerando el contexto COVID-19.

**Objetivo 3:** Determinar el nivel de satisfacción respecto al fortalecimiento de capacidades, mediante la sistematización y análisis de las encuestas realizadas a los participantes del proyecto durante el periodo 2015 -2022 y determinar la contribución del proyecto a los logros del programa de salud mental del Ministerio de Salud en términos de cobertura, alcance de los objetivos nacionales e incorporación del enfoque de género, entre otras actividades.

**Objetivo 4:** Determinar el nivel de incorporación del enfoque de género en la aplicación de los programas de capacitación GROW por parte de los equipos multidisciplinares de la red de servicios de salud mental del Ministerio de Salud.

**Objetivo 5:** Analizar, mediante entrevistas y grupos focales, el aporte del trabajo realizado con y por los facilitadores nacionales y regionales con relación a la metodología de capacitación, relevancia, oportunidad, sostenibilidad, identificación de lecciones aprendidas y su rol como entrenadores especializados.

**Objetivo 6:** Analizar la pertinencia y costo-efectividad de las estrategias aplicadas al Proyecto de capacitación y réplicas en modalidad presencial, así como de la capacitación y réplicas en la modalidad virtual (durante el COVID19).

**Objetivo 7:** Determinar la contribución más significativa del proyecto, con el currículo SOGI, en el proceso de la implementación de los servicios de salud mental respecto del entrenamiento de Facilitadores Nacionales en Lima y Callao.

Para orientar la investigación evaluativa, se plantearon las siguientes preguntas de investigación en relación a cada uno de los objetivos propuestos. Estas preguntas guiaron la construcción metodológica de la evaluación en todo el proceso de construcción de la evidencia que se presenta en el informe y que se usará para su posterior respuesta en el capítulo de discusión y conclusiones.

**Pregunta 1.** ¿Qué logros y cambios significativos y sostenibles, desde la perspectiva de los actores, se han generado en la atención y cuidado de MAAS (FN, FR, Socios, CP, Gestor) a raíz de su participación en PG?

**Pregunta 2a.** ¿En qué medida han cambiado las capacidades de los FN y FR para implementar y ejecutar acciones clínicas y sanitarias para atención y cuidado de mujeres afectadas por abuso de sustancias?

**Pregunta 2b.** ¿Qué factores (personales, profesionales, programáticos y contextuales) han favorecido o afectado los cambios de capacidades de los FN y FR?

**Pregunta 3A.** ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los FN, FR y EMD participantes en relación a las diferentes actividades de capacitación (clases P y V, planes grupales, planes individuales, supervisiones, evaluaciones) vividas en la participación en el PG?

**Pregunta 3B.** ¿En qué magnitud se incrementó el número de atenciones a MAAS atribuibles a acciones realizadas por PG?

**Pregunta 4.** ¿En qué medida se ha incorporado el enfoque de género en la atención de abuso de sustancias en CSMC y servicios de hospitales por influencia de PG?

**Pregunta 5.** ¿Cuál es la percepción de los FN yFR participantes sobre el trabajo realizado por capacitadores con relación a la metodología de capacitación? ¿relevancia, oportunidad, sostenibilidad de resultados, lecciones aprendidas y rol de los capacitadores como entrenadores especializados?

**Pregunta 6.** ¿Cuáles son las diferencias en costos, productos y resultados obtenidos por la capacitación en modalidad virtual en relación a la modalidad presencial?

**Pregunta 7.** ¿Cuáles son los productos, resultados y cambios en los usuarios, más significativos percibidos por participantes de la capacitación con Currículo SOGI en Lima y Callao?

De esta manera, el presente informe se constituye de cuatro partes: (1) un resumen metodológico donde se presentan las características más relevantes del estudio en cuanto a los procedimientos realizados para construir las evidencias cualitativas y cuantitativas que soportan la valoración final de la evaluación; (2) las respuestas a las preguntas planteadas en un orden que permita al lector una comprensión paulatina y global del proyecto; (3) logros y retos pendientes; y finalmente, (4) un subcapítulo conclusivo y de recomendaciones, que a modo de síntesis, plantee al lector los hallazgos de mayor relevancia.

## **2. ENFOQUE Y METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**

Desde la perspectiva de marco lógico, un proyecto social supone un conjunto de intervenciones (tecnologías) que un ente ejecutor realiza sobre una población objetivo con el fin de cambiar una situación inicial problemática a una situación objetivo. Para ello, primero se identifica el problema principal y sus causas (árbol de problemas), los objetivos y metas (formuladas como cambios concretos en los problemas y sus causas (árbol de objetivos o resultados esperados). A partir de esto, se diseña un conjunto de actividades, que supone la utilización de alguna tecnología que tiene evidencia o base teórica de eficacia.

La realización de las actividades supone la utilización de diversos recursos que tiene un costo que se expresa en un presupuesto. La ejecución del proyecto depende de contar con el *FINANCIAMIENTO* de una o más fuentes, lo que constituye el presupuesto. Mediante la ejecución de este *PRESUPUESTO* en la adquisición de *RECURSOS*, se realizan las actividades que generan o producen *PRODUCTOS*. Como consecuencia, se esperan cambios en la situación problema y un acercamiento a los objetivos, denominados *RESULTADOS*. Estos resultados se traducen en un cambio en la vida de una población *IMPACTO*.

Desde esta perspectiva de marco lógico, las evaluaciones de un proyecto o intervención se suelen enfocar en uno o más momentos o saltos de esta cadena de valor. Las evaluaciones más comunes son: las evaluaciones de la relación recursos/presupuesto = ejecución presupuestal o calidad de gasto; las evaluaciones de la relación productos/recursos o evaluaciones de procesos; las evaluaciones enfocadas en la relación productos/recursos o evaluaciones de eficiencia y de la relación resultados/actividades o evaluaciones de eficacia.

Diferenciándose de estas prácticas, la presente evaluación se planteó una perspectiva que busca ser más comprensiva del proceso y sus efectos. De esta manera, se entiende un proyecto como un conjunto de acciones (actividades) realizadas por y con personas orientadas a producir cambios (resultados) en las propias personas, instituciones y sistemas de los que hace parte, en un contexto que posibilita o restringe las acciones y los cambios pero que a la vez también va cambiando por las acciones del proyecto y/o la influencia de otras acciones. Esto tiene como resultado, un escenario complejo y

dinámico con algunas certezas, pero también con muchas incertidumbres. Así, los contextos son al mismo tiempo determinantes y determinados por las acciones que se están dando, de tal manera que los planes iniciales se van transformando y adaptando en el camino, encontrando su sentido propio. En proyectos que han tenido este devenir, como es el caso del Proyecto GROW, es necesario enfocar la evaluación de forma más abierta, flexible y abarcativa.

En este sentido, el presente estudio de evaluación, adicionalmente a contrastar los resultados esperados con los obtenidos, adopta el enfoque de Outcomes Harvesting (Ricardo Wilson-Grau, 2021), traducido como “Cosecha de Resultados”, que consiste en la búsqueda de cambios o consecuencias producidos o desencadenados por la intervención, con o sin intención de los actores intervinientes. La Cosecha de Resultados es un enfoque de evaluación eminentemente participativo en el que los evaluadores, los donantes, los gestores y los operadores del proyecto colaboran en la recopilación de evidencias de lo que ha cambiado, encontrando en las narrativas, procesos y productos, la asociación con la intervención y cómo ésta ha contribuido a estos cambios (Ricardo Wilson-Grau, 2021). Este enfoque se fundamenta en teorías sociales modernas que conceptualizan la realidad social como un todo articulado (Kosík, 1967), dinámico y complejo (Rodríguez Zoya & Aguirre, 2011), donde las acciones de unos tienen consecuencias, buscadas o no, en las acciones de otros (cercaos o distantes), en las relaciones entre estos y en el sistema en su conjunto (Giddens, 1987).

Este enfoque metodológico fue considerado apropiado para la evaluación del Proyecto GROW, ya que este último se dio en un escenario complejo de cambios y se fue adaptando a las circunstancias y contextos, dando sus logros más relevantes, más allá del ámbito de lo planificado al inicio del proyecto. La Cosecha de Resultados es adecuada para la evaluación en situaciones dinámicas e inciertas como las del Proyecto GROW, facilitando el rastreo de los cambios en el comportamiento de los actores sociales influenciados por la intervención.

En este sentido, la presente evaluación, además de medir el progreso alcanzado en sus objetivos o resultados predeterminados, recopila a partir de los actores claves, los cambios significativos. Luego, analizando retrospectivamente, determina si las intervenciones realizadas en el marco del proyecto contribuyeron a estos cambios y cómo lo hicieron.

Es importante mencionar que los usuarios/as de la evaluación son actores sociales u organizaciones que requieren de los hallazgos para tomar decisiones, redireccionar o emprender acciones. En este caso son, en principio, la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), la Oficina de Asuntos Internacionales de Estupefacientes y de la Aplicación de la Ley de los Estados Unidos en el Perú (INL), la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y CARE Perú. Su participación activa ha sido clave en todo el proceso, ya que son los que plantean las necesidades o preguntas generales que orientan la evaluación, toman decisiones sobre el diseño, proporcionan información según sus competencias y reciben de primera mano y retroalimentan los informes del equipo evaluador.

Para dar respuesta a las preguntas del estudio de evaluación, derivadas de cada uno de los objetivos, se utilizaron fuentes de información secundarias y primarias. Las principales fuentes secundarias fueron el acopio documentario dado por el equipo clave, la exploración por los productos comunicacionales del proyecto en las redes sociales y la base de datos de atenciones en salud mental del Ministerio de Salud.

Para el acopio de información de fuentes primarias se usaron técnicas cuantitativas y cualitativas. En el trabajo de campo cuantitativo, se diseñaron dos encuestas en línea ad hoc (online). La primera estuvo dirigida al universo de facilitadores/as nacionales y regionales de GROW y nacionales del currículo SOGI, este último fue un componente adicional dirigido a mejorar la atención a la población LGTBQ con problemas de abuso de sustancias. La segunda encuesta estuvo dirigida al universo de jefes de Centros de Salud Mental Comunitarios, orientada a conocer los cambios percibidos en sus establecimientos. Complementariamente, el campo cualitativo se realizó en Callao, Huánuco, Lima, Moquegua, Pucallpa, Puno y Trujillo. En estas ciudades se realizaron Grupos focales a facilitadores, entrevistas colectivas a los equipos multidisciplinarios de salud mental, y entrevistas a autoridades e informantes claves.

En síntesis, se hicieron las siguientes aplicaciones: 318 encuestas a facilitadores/as GROW, 18 encuestas a facilitadores/as Nacionales SOGI, 53 encuestas a jefes de Centros de Salud Mental Comunitarios, 8 grupos focales a facilitadores/as GROW y SOGI, 6 entrevistas colectivas a equipos multidisciplinarios de salud mental, 8 entrevistas testimoniales, y 13 entrevistas a autoridades regionales y nacionales. En gran medida, el presente informe se debe a la generosa entrega de información de todos los actores del proyecto.

**Tabla 1**

***Listado de técnicas de información y aplicaciones según las preguntas de evaluación***

Problemas de investigación	Técnica de estudio
P1. ¿Qué cambios significativos y sostenibles en la atención y cuidado de MAAS han experimentado u observado diversos participantes (FN, FR, Socios, CP, Gestor) a raíz de su participación en PG?	Testimonio de actores (8 aplicaciones)

<p>P2a. ¿En qué medida se han fortalecido las capacidades de los FN y FR para implementar y ejecutar acciones clínicas y sanitarias para la atención y cuidado de mujeres afectadas por abuso de sustancias?</p> <p>P2b. ¿Qué factores (personales, profesionales, programáticos y contextuales) han favorecido o afectado el fortalecimiento de capacidades de los FN y FR?</p>	<p>Encuesta de logro de competencias generales a facilitadores/as nacionales y facilitadores/as regionales (318 aplicaciones)</p> <p>Entrevistas a actores claves y autoridades (11)</p>
<p>P3A. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los FN, FR y EMD participantes en relación a las diferentes actividades de capacitación (clases P y V, planes grupales, planes individuales, supervisiones, evaluaciones) vividas en la participación en el PG?</p>	<p>Encuesta retrospectiva de satisfacción a participantes de capacitaciones (318)</p>
<p>P3B. ¿En qué magnitud se incrementó el número de atenciones a MAAS atribuibles a acciones realizadas por PG?</p>	<p>Observación de registros de atenciones a MAAS (1)</p>
<p>P4. ¿En qué medida se ha incorporado el enfoque de género en la atención de abuso de sustancias en CSMC y servicios de hospitales por influencia de PG?</p>	<p>Encuesta sobre enfoque de género a participantes de capacitaciones/profesionales de CSMC (318)</p> <p>Entrevista sobre la inclusión del enfoque de género en la atención de MAAS a jefes de CSMC y autoridades regionales (51)</p>
<p>P5. ¿Cuál es la percepción de los FN, FR y EMD participantes sobre el trabajo realizado por capacitadores con relación a la metodología de capacitación? ¿relevancia, oportunidad, sostenibilidad de resultados, lecciones aprendidas y rol de los capacitadores como entrenadores especializados?</p>	<p>Grupo Focal sobre experiencia de capacitación a facilitadores/as nacionales (1)</p> <p>Grupo Focal sobre experiencia de capacitación a facilitadores/as regionales (6)</p> <p>Entrevistas colectivas sobre experiencia de capacitación a EMD participantes de réplicas (6)</p>
<p>P6. ¿Cuáles son las diferencias en costos, productos y resultados obtenidos por la capacitación en</p>	<p>Observación de registros sobre costos, productos y resultados diferenciados por capacitación presencial y virtual (318)</p>

modalidad virtual en relación a la modalidad presencial?	
P7. ¿Cuáles son los productos, resultados y cambios en los usuarios más significativos percibidos por participantes de la capacitación con Currículo SOGI en Lima y Callao?	Grupo focal con facilitadores SOGI (1) Entrevistas con profesionales de los servicios de salud (2) Encuesta a facilitadores nacionales SOGI (18 aplicaciones)

Los datos personales que proporcionaron los participantes en el estudio contaron con el debido consentimiento informado. Asimismo, el tratamiento de estos datos se ha realizado con pleno respeto de los derechos fundamentales de sus titulares y de los derechos que la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento, directiva y demás normas conexas, complementarias, modificatorias y/o sustitutorias, les otorga.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Percepciones de las Facilitadoras y Facilitadores Nacionales y Regionales sobre el aporte del trabajo realizado por el proyecto: Una reconstrucción y valoración del proceso.

El presente subcapítulo responde a la pregunta ¿Cuál es la percepción de los facilitadores/as nacionales y facilitadores/as regionales participantes sobre el trabajo realizado por capacitadores con relación a la metodología de capacitación, relevancia, oportunidad, sostenibilidad de resultados, lecciones aprendidas y rol de los capacitadores como entrenadores especializados?

La información que fue recogida sustentada mediante entrevistas y grupos focales realizados con facilitadores/as nacionales y regionales sobre sus percepciones del aporte del trabajo realizado por el proyecto. Asimismo, mediante las preguntas relacionadas a los temas propuestos de la encuesta a facilitadores/as.

Uno de los primeros hallazgos sobre el Proyecto de capacitación GROW, fue su alto nivel de recordación. Esto facilitó el proceso de recuperación de las percepciones relativas al Proyecto.

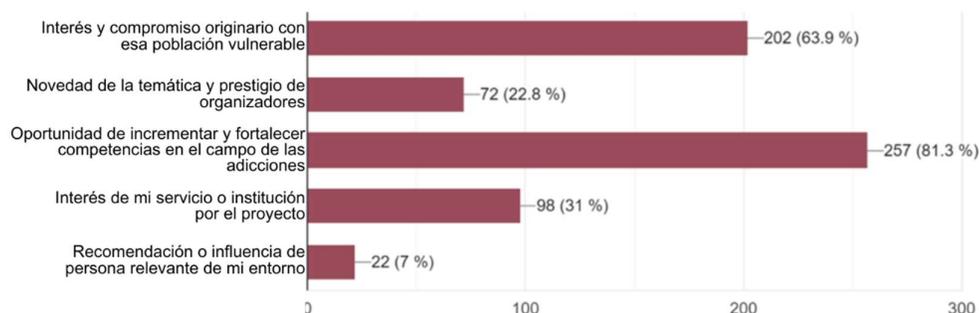
##### 3.1.1 Motivación antes y durante el proceso de capacitación

La motivación inicial para involucrarse en un proceso de capacitación influye en los éxitos o fracasos de este. En el estudio de evaluación del Proyecto GROW, encontramos que la principal motivación para participar, alcanzando a más del 80% de los encuestados, fue la “Oportunidad de incrementar y fortalecer competencias en el campo de las adicciones”. En segundo lugar, se encontró el “Interés y compromiso originario con la población vulnerable” que registra 60%, siendo una respuesta de opción múltiple. Ambos tipos de motivación suelen ser más estructurales y sostenidos, lo que sugiere la preeminencia de una motivación personal frente a una institucional.

#### Gráfico 1

##### **Motivaciones o móviles iniciales en el proceso de capacitación**

¿Cuáles fueron sus principales motivaciones o móviles iniciales para ser incluido en el Proyecto Grow? Marque los DOS enunciados que reflejan mejor su vivencia  
316 respuestas



Empezar es muy importante, pero continuar un proceso de capacitación y obtener logros en él, requiere de la persistencia de los participantes. La persistencia adquiere una relevancia especial cuando se trata de procesos largos como el Proyecto GROW y en circunstancias a veces adversas e inestables que caracterizan nuestra sociedad, particularmente en tiempos de pandemia. En ese sentido, encontramos diversas motivaciones para sostenerse y terminar el proceso de capacitación, destacando la respuesta: “Me gustó/me sentí cómodo y no significó mayor esfuerzo cumplir con las actividades”, presente en más de la mitad de los participantes. Otros elementos motivadores fueron el querer ser parte de grupos o redes profesionales vinculadas a la temática y el interés de seguir estudios de postgrado en esta temática, con un 45% y 35% respectivamente.

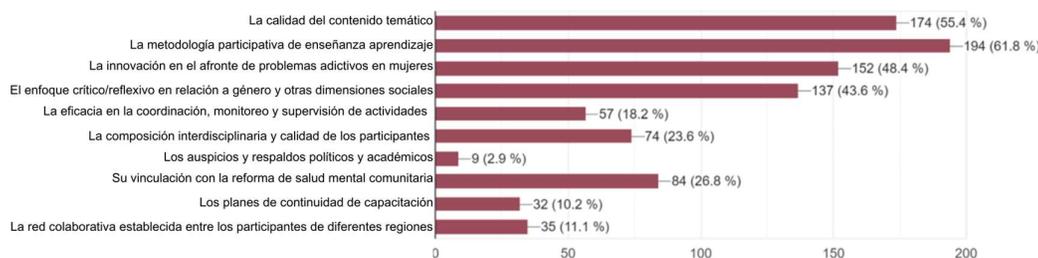
En el estudio de evaluación, los participantes reconocieron como principales factores del proyecto: “la metodología participativa del curso”, “la calidad del contenido temático”, “la innovación en el afronte de la problemática adictiva en mujeres” y “el enfoque crítico y reflexivo sobre las relaciones sociales y de género en torno a esta problemática”. Otros aspectos reconocidos como factores de éxito, por aproximadamente un tercio de los participantes, fueron “La vinculación con la reforma de salud mental comunitaria”, la “composición interdisciplinaria del grupo” y “la eficacia en la coordinación, supervisión y monitoreo de las actividades”.

## Gráfico 2

### Principales factores de éxito de la capacitación

¿Cuáles fueron los TRES principales factores del éxito que usted más valora de la capacitación del Proyecto Grow? Por favor marcar solo 3, de lo contrario la repuesta es considerada invalida por el sistema

314 respuestas



### 3.1.2 Percepciones sobre la relevancia del Proyecto de capacitación

Sobre el objetivo del proyecto relacionado a fortalecer las competencias de los profesionales para mejorar la atención en el campo de las adicciones, la evaluación encuentra que existe un alto consenso entre los facilitadores/as. Ellos concuerdan en que las adicciones son un problema importante de salud pública, una prioridad a nivel mundial y que debería serlo también a nivel nacional. Asimismo, algunos participantes consideran que después de las Tablas del ánimo como la depresión y la ansiedad; el abuso de sustancias es una prioridad en la problemática de la salud mental. Consecuentemente, es importante fortalecer las competencias de atención a todos los profesionales de la salud para que estén formados, por lo menos en conocimientos

básicos, y puedan hacer la detección y derivar al nivel correspondiente que corresponda a cada caso.

Por otro lado, los y las entrevistadas resaltan la importancia de la problemática de adicciones cuando se le relaciona con otros problemas o patologías. Así, un facilitador nacional mencionó "un hipertenso si está en abuso del alcohol no va a mejorar su hipertensión y sigue pues en el alcohol, un diabético nunca va a mejorar por más que tenga la atención de un excelente endocrino si no deja de beber alcohol, entonces es de suma importancia, especialmente para nuestro país"

Particularmente sobre la necesidad de trabajar adicciones en mujeres, aunque algunos participantes señalan que se puede notar un incremento en el tiempo de casos en mujeres, para la gran mayoría de participantes, es un aspecto novedoso y en algunos pocos casos, percibido como no prioritario.

Recordando nuestros 15 años de experiencia al inicio teníamos una proporción muchísima menor de mujeres, a través de los años se ha ido incrementando. (GF facilitadoras La Libertad)

Sobre el desarrollo y fortalecimiento de competencias, existe consenso en plantear la gran deficiencia de competencias para trabajar en torno a las adicciones, particularmente en las regiones fuera de Lima.

Y lo otro es que en el campo de las drogas hay una deficiencia tremenda fuera de Lima de recursos humanos para que se dedique a la salud mental y peor todavía con el problema de las drogas. La deficiencia de capacidades, es a nivel de todos los profesionales de salud, en técnicos, enfermeras, incluyendo médicos... para muchos de mis colegas el problema de drogas es un vicio. (GF facilitadoras/es nacionales)

En relación a la relevancia de las perspectivas del curso, los entrevistados plantearon su percepción sobre tres perspectivas que se han reconocido en el curso.

1. La perspectiva comunitaria, considerando que el continuo de atención de las MAAS responde a un abordaje de red de servicios y donde las capacidades y la reinserción en las instancias comunitarias cumplen un rol fundamental, cuestionando respuestas manicomiales.
2. La perspectiva de género, considerando que la respuesta sanitaria deberá reconocer la implicancia de las desigualdades de género en los procesos de trauma y consumo, y responder desde los servicios para superar las barreras de acceso que la inequidad de género impone a las mujeres.
3. La perspectiva multidisciplinaria, considerando que los abordajes integrales suponen integrar las miradas desde la multidisciplinariedad y la articulación de los equipos profesionales.

Respecto a la perspectiva comunitaria, los y las entrevistadas consideran que el curso se alineaba al discurso comunitario de la salud mental que fue más oportuno al insertarse en el contexto de creación de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Esto generó que el curso sea un espacio de nuevos conflictos entre los sectores comunitarios

con equipos laborales recientemente contratados y los viejos equipos de profesionales ligados a los espacios hospitalarios, en el proceso de ir indagando los roles de cada cual en la nueva configuración que la reforma planteaba.

Tenía un enfoque comunitario, cuando llegamos al módulo de familia o atención continua, que la recuperación tenía que ser dentro del entorno de la usuaria, y en verdad era eso, sí leíamos que estaba enfocado más o menos a esto, y nosotros planteamos lo que sabíamos de la hospitalización, intervención, medicación, pero siempre nos dieron ese panorama. (GF facilitadoras/es nacionales)

Sobre la perspectiva de género, los participantes generalmente resaltan la situación compleja que viven muchas mujeres a causa del machismo, poniendo énfasis en los casos de violencia sexual y violencia de género. Sin embargo, es importante mencionar que, en los discursos de algunos entrevistados, no aparecen de manera clara el análisis relacional del género y la necesidad de procesos de deconstrucción de valoraciones constituidas

Por otra parte, a pesar de estas ausencias, en general las y los entrevistados afirman que la propuesta del curso es novedosa. Consideran que antes de esta, no se había dado ningún esfuerzo sobre competencias de atención con enfoque de género en el campo de la salud mental.

Entonces, yo creo que, en ese sentido como país, el trabajar para intervenir mujeres es inédito, y no solamente en nuestro país, sino a nivel Latinoamericano... la diferencia es tremenda, entonces creo que esto ha sido inédito para el país en general. (GF facilitadoras/es nacionales)

Algunos participantes, plantean la dificultad de cambio en la sociedad, en los servicios de salud y en ellos mismos como portadores de la cultura machista. Lo que reporta la importancia de la perspectiva, pero también la dificultad que sugiere el cambio en esta dimensión social.

Esto está haciendo que ya no se tenga los mismos valores machistas que antes, tanto como al principio, pero está muy relacionado con el tema de crianza; sin embargo, nosotros a veces todavía lo impartimos y quizá es automático porque nos hemos criado así, nos han criado de esa forma. Entonces, es muy penoso encontrar que pacientes digan “pero la psicóloga me ha dicho tal cosa”. Yo soy psicóloga y de verdad escucho cada creatividad (estereotipos de género). (GF facilitadoras/es Ucayali)

**En relación al enfoque multidisciplinario del curso**, en la gran mayoría de los participantes se observó este hecho como una característica deseada y muy positiva, tanto que la crítica radica en no haber convocado a más profesionales. Implica esta percepción una visión amplia de la respuesta sanitaria de salud mental. Así, esta experiencia generó, en gran medida, un sentido de pertenencia a un equipo mayor encargado de la salud mental a nivel institucional y regional.

... en realidad, el proyecto también ayuda mucho porque el mismo hecho de la forma de cómo está presentado que es en realidad adaptado para todo tipo de profesionales abrió mucho la expectativa para todo tipo de profesionales que no tenían el conocimiento de “oye la mujer que consume drogas también podría haber sido víctima de violencia, puede haber sido víctima de trauma” (GF facilitadoras/es nacionales GROW)

Los participantes reconocen la gran importancia del trabajo en red y del trabajo en equipo. Esta percepción está alineada al enfoque interdisciplinario de la experiencia GROW y que este fortaleció dándole dos dimensiones: la constitución de redes de salud mental, y la red de profesionales de la región.

Entonces esto permite ampliar mucho más allá la expectativa en realidad, ayuda mucho a aquellos que trabajamos en un Hospital General, las famosas interconsultas, las derivaciones, ya está captando la obstetra, capta la enfermera, capta cualquier otro personal de salud y eso nos beneficia a nosotros para poder trabajar en salud mental. (GF facilitadoras/es nacionales)

**Sobre la relevancia de los contenidos**, las y los entrevistados consideran importantes los contenidos del programa en términos generales, aunque también plantean algunos temas más relevantes que otros o que fueron más novedosos.

La psicología de la mujer que todos conocemos, que todos hemos leído por estudios de universidad, pero de repente recordarla y darle esa valorización que era importante y tenerla en cuenta en ese momento, el acompañamiento... la parte de trauma, la parte de violencia, el ciclo de la violencia, por ejemplo, que todos conocíamos, pero de repente ya lo empiezas a trabajar y lo materializas en tu trabajo (GF facilitadoras/es nacionales)

Respecto a los contenidos, las y los entrevistados manifestaron tres observaciones importantes. La primera es que algunos textos de los manuales tienen aún un potencial de mejora en su traducción.

Una segunda observación estuvo relacionada a la ausencia de adaptación de los contenidos a los contextos nacional y regionales. Incluso mencionaron que al ser una formación diseñada hace siete o más años, se necesitaría un proceso de actualización.

Era justamente una de las cosas que los participantes siempre nos decían: ¿dónde se hace tal cosa? ¿dónde se hace esto? ¿dónde lo podemos poner en práctica?, presenten un caso real de Perú, pedían. (GF facilitadoras/es nacionales)

La tercera observación planteada por las y los entrevistados fue que, al estar dirigidos a una audiencia tan diversa, hubo limitaciones para profundizar en las temáticas, siendo estas abordadas a un nivel inicial o introductorio.

Yo creo que había una característica de GROW y SOGI, no todos teníamos el mismo nivel de información, entonces sucedía que había profesionales que nunca habían atendido a personas con adicciones, que era sus primeras experiencias y había profesionales de 10 ó 11 años trabajando, entonces todos iban con la expectativa, pero el nivel era como que “estamos empezando”. (GF facilitadoras La Libertad)

### 3.1.3 Percepciones sobre la metodología del curso y estrategia metodológica.

El desarrollo de la capacitación definitivamente es el factor que determina los logros y resultados, ya que tanto la selección como la motivación no tienen ningún sentido y se pierden en el camino al no contener las expectativas en la experiencia concreta de capacitación. Un curso de capacitación es un conjunto de componentes que cada uno y en conjunto aportan para transformar los inputs en outputs, y de esta manera propiciar cambios en conductas y capacidades de los participantes. A partir de las respuestas a la encuesta realizada, en la evaluación encontramos que “Las exposiciones y explicaciones de los facilitadores” seguidas del “debate e intercambio de experiencias y conocimientos con otros participantes” y “la realización de ejercicios y actividades vivenciales en las clases”, fueron los componentes que, según los participantes, aportaron más al desarrollo de sus competencias, en un 77%, 51% y 47% respectivamente.

### Gráfico 3

#### **Componentes didácticos que más aportaron al desarrollo de competencias**

¿Cuáles fueron los TRES componentes didácticos que MÁS aportaron en el desarrollo de competencias que usted logró en la capacitación por el Proyecto Grow?  
316 respuestas



La metodología del curso fue ampliamente valorada por los entrevistados y entrevistadas, especialmente por su estilo participativo y trato horizontal. Con este tipo de metodología participativa en la modalidad presencial, se logró responder a la observación de falta de adaptación de los contenidos; ya que facilitadores/as nacionales y participantes compartían experiencias y reflexiones. Es importante anotar que, en los cursos en modalidad virtual, estos momentos participativos y de adaptación fueron menores o de menor manejo debido a las condiciones propias de la virtualidad y por no haber desarrollado actividades en línea específicas para ello.

Es que ahí cada una de nosotras, de cada comunitario empezábamos a comentar de nuestros casos, problemáticas, compartiendo experiencias. Eso también era parte de nosotros porque cada comunitario tenía diferentes cambios

y cómo abordar, siempre nosotros queríamos eso y siempre por parte de los médicos psiquiatras, también ellos aportaban sus experiencias (GF facilitadoras La Libertad)

En los discursos de las participantes se identificó una valoración positiva de la metodología, en particular de la experiencia presencial. Entre los elementos más valorados estuvieron: el enfoque participativo, las actividades lúdicas, los planes individuales y grupales, con algunas divergencias.

El enfoque metodológico participativo e integrativo de las experiencias de los facilitadores y los participantes, además de su contribución a generar un clima de paridad y bienestar en el aula, colaboró considerablemente en ese proceso de adaptación de los contenidos impartidos. Este trabajo lo realizaron los participantes y los facilitadores/as nacionales.

La presencia de profesionales que podrían transmitirnos sus experiencias, su trabajo, eso nos hacía pensar en todo lo que teníamos que hacer. Han venido muy buenos profesionales, muy buenos facilitadores, que hablaban desde la perspectiva de lo que ellos hacían, de lo que estaban trabajando, de cómo se tenía que hacer enfocados en todos estos manuales en todos estos módulos. Eso nos hacía pensar cómo deberíamos de seguir. (GF facilitadoras Puno)

De esta manera, las actividades lúdicas generaron un espacio de encuentro emocionalmente positivo y paridad entre los profesionales de distintas disciplinas que, por lo general, en los espacios laborales establecen relaciones jerárquicas. Por su parte, los planes individuales y grupales fueron valorados, porque ejercitaban acciones concretas en los servicios de salud; sin embargo, en muchos casos no encontraron el apoyo institucional para implementarlos y en otros casos, las múltiples actividades de cada integrante del grupo hacían muy difícil coordinar horarios para realizar actividades conjuntas.

Algunas observaciones a la metodología de los cursos presenciales que se anotaron fueron: la falta de retroalimentación en las evaluaciones, la falta de seguimiento de las actividades en los servicios posteriores a la capacitación y a las réplicas, así como las dificultades de lectura de los manuales a efecto de la traducción y redacción de los mismos.

La retroalimentación que sería lo ideal en todo tipo de intervenciones, con mayor razón en este caso, que es inédito en nuestro país, no creo que ningún otro problema sea abordado de esa manera. (GF facilitadoras/es nacionales)

Asimismo, los entrevistados hicieron algunas críticas sobre las condiciones operativas del curso. Por ejemplo: la demora de los permisos para que los participantes se integren al curso suspendiendo sus labores en los servicios; la demora en ultimar las listas de participantes; la falta de permisos para una dedicación completa al curso; el ingreso de nuevos participantes en fecha posterior al inicio del curso; y el superponer las actividades lectivas virtuales a la atención en los establecimientos.

**Percepciones sobre la modalidad presencial y a distancia.** Es importante mencionar que los y las entrevistadas valoran la virtualidad en la medida que posibilita que participantes de distintos y alejados lugares puedan participar del programa; sin embargo, generalmente valoran mucho más la presencialidad en torno al objetivo y metodología del curso.

Comparando con la presencial, obviamente lo virtual fue muy limitado. (GF facilitadoras La Libertad)

Muchos querían hacer GROW, pero se cruza con los horarios de atención a los usuarios. (GF facilitadoras/es Huánuco)

Las observaciones al programa en su versión a distancia fueron reiteradas en las regiones que tuvieron esta modalidad y estuvieron relacionadas a: la superposición de las actividades de capacitación y las actividades de atención, lo que conllevaba al cumplimiento con limitaciones de ambas actividades; las extensas jornadas de 8 horas diarias en actividades sincrónicas que eran imposibles de cumplir por la poca capacidad de internet en algunas regiones y costos de conectividad; la limitada participación de los compañeros y compañeras en las actividades grupales; las dificultades para la realización de actividades participativas que influyó en la menor sensibilización en particular en la perspectiva de género; y el alto nivel de abandono de clases, manuales (módulos) y en algunos casos del curso, de los participantes.

Me mantenía activo en Zoom y (solo) en mi tiempo libre estaba escuchando. Me hubiera gustado hacerlo presencial. (GF facilitadoras/es Huánuco)

El internet se apaga... cuando haces grupo se cae (se interrumpe la señal de internet). La Videollamada es complicada, se cae. (GF facilitadoras/es Ucayali)

Incluso hacían sus juegos interactivos virtuales, todo, pero cuando decían alguien que participe... todos mudos... y cuando comenzaban a llamar no estaban, no contestaban. (GF facilitadoras/es Ucayali)

Es importante mencionar que el curso para la modalidad a distancia hizo una modificación pequeña, las actividades presenciales las realizaban online de manera sincrónica y en la misma cantidad de horas. El equipo evaluador encuentra importante considerar que no se rediseñó el curso a una modalidad de aprendizaje distinta, no se adaptaron las condiciones metodológicas a una modalidad a distancia donde las actividades asincrónicas y el uso de recursos de participación son variados, pero en otras condiciones y tampoco se contó con una plataforma educativa que ayudara en el proceso a los participantes. Entendemos que el cambio y sus características responden a la forma que encontraron los implementadores para continuar con el proyecto en tiempos de pandemia y ello tiene un valor; sin embargo, lo antes planteado es muy importante de considerar en el momento que se compare las modalidades y se decida sobre próximas ediciones del curso.

### 3.1.4 Percepciones sobre las réplicas, las acciones de cambio y sus dificultades

Las réplicas en las regiones a cargo de los facilitadores/as regionales fueron apreciados como procesos intensos y de mayor aprendizaje por los facilitadores nacionales, en referencia a las desarrolladas en el marco del propio desarrollo del programa. En estas réplicas es muy importante poner en relieve el esfuerzo de adaptación de los contenidos de los manuales que realizaron los facilitadores/as nacionales en sus exposiciones. Es de suma importancia considerar estos esfuerzos como material importante para procesos futuros de actualización.

En todo ese proceso hemos trabajado todas las pautas y todos los principios que nos manifestaban que debían estar dentro de un programa y creo que eso ha sido muy grato porque mientras íbamos compartiendo las experiencias y nosotros mismos íbamos ajustando todo lo que nos había brindado el proyecto a nuestra realidad (GF facilitadoras/es nacionales)

Las y los participantes regionales valoraron los compromisos de réplicas que se realizaron al interior de las actividades del propio curso como parte de sus planes individuales y grupales.

Posteriormente al programa del curso se realizaron algunas réplicas, pero en formatos muy diversos, en horas, contenidos, objetivos, etc. En muy pocos casos se dieron réplicas posteriormente al término de la experiencia GROW y generalmente, se realizaron al interior de las propias instituciones. Un punto a destacar es que, al no haberse dado un proceso de seguimiento o acompañamiento de estas actividades posteriores al curso, se obtuvo poca información de ellas y no se incentivaron como parte de implementación de los aprendizajes. También es importante mencionar que se observó en la interacción con las y los participantes entrevistados que al inicio hubo mucho entusiasmo, el cual fue frenado por la pandemia al limitar las actividades presenciales y focalizar los esfuerzos y recursos en el control de la COVID19.

Hemos hecho hasta 3 sesiones y hemos reunido en lo que es reunión general a la mayoría, no a todos...solo hemos tocado: drogas, violencia de la mujer y alcoholismo... de ahí ya no lo hicimos por la pandemia. (GF facilitadoras/es Moquegua)

En los discursos de los entrevistados se identificaron las opiniones sobre el proceso y la posibilidad de implementar cambios que se plantearon en las capacitaciones; sin embargo, esto último sólo puede ser cabalmente entendido en la medida que podamos comprender y poner de manifiesto las condiciones que se perciben desde los actores como limitaciones para ello.

La limitación más frecuente en las regiones para realizar las réplicas fue encontrar los horarios disponibles. Entre las actividades diversas del personal de salud y la poca valoración desde los actores regionales para agendar las réplicas, ha sido casi imposible. Por ello, la posibilidad de agendar las réplicas ha dependido de los grados de poder de los facilitadores que autogestionan estos procesos y hace necesario conocer las condiciones o condicionamientos a los que se hallan expuestos en sus respectivos establecimientos.

Una primera condicionante en la que concuerdan los participantes, fue la aparición de la pandemia de COVID19 que limitó las actividades presenciales y monopolizó la agenda de la salud pública, redireccionando su presupuesto al control de la pandemia.

... la pandemia generó muchos cambios y todo se centralizó en COVID, y se dejaron de lado muchas cosas. (GF facilitadoras/es nacionales)

Otra limitación encontrada por los equipos, es el apoyo de las autoridades del sector, que limitan o no agendan las necesidades que se estiman desde los servicios para la atención en el campo de las adicciones. Los equipos perciben que tienen motivación y capacidades pero que los cambios no se pueden implementar por falta de apoyo institucional y a nivel de las regiones de salud.

estamos con ganas de trabajar, nos han capacitado. Ósea tenemos ideas, pero ellos (las autoridades sanitarias), ¿de qué manera nos pueden ayudar? (GF facilitadoras Puno)

Los equipos se perciben limitados por las exigencias programáticas de la DESAME y las DIRESAS. Perciben que estas exigen una cantidad de atenciones imposibles de realizar con los equipos humanos mínimos con los que cuentan, por lo que cualquier actividad por fuera de ello o cualquier iniciativa innovadora, queda postergada por falta de tiempo y recursos humanos.

... a fines del 2017, ya cambia con nuestra norma técnica, entonces es un tema ya de tiempo, de meta indicada, de los paquetes (GF facilitadoras La Libertad) Sin embargo, ahora desde de este año o mediados del año pasado, también el personal está siendo monitoreado por la red de salud. Nos dicen "Indicadores, indicadores, logren sus metas". Nos tienen secos con eso. (GF facilitadoras/es Moquegua)

En cuanto a los paquetes tenemos también hay una desventaja, se cita al usuario, pero a veces no viene. Se les hace la visita. Pero a pesar de eso, tampoco vienen. Ahí es donde nosotros tenemos dificultad en cerrar los paquetes. Y es por eso que no se está logrando un 100%. (GF facilitadoras/es Moquegua)

Por otra parte, algunos participantes señalan la falta de consistencia en los lineamientos para la atención de las adicciones y la incorporación del enfoque de género en ellos. Se cita como ejemplo, las diferencias entre las guías de atención impartidas en GROW y las guías de atención de DEVIDA<sup>3</sup>.

... la guía de DEVIDA está parametrada para un usuario estándar. No diferencia entre hombre y mujeres. En cambio, en GROW hay ciertas condiciones y consideraciones que hay que tomar en cuenta porque las adicciones en las

---

<sup>3</sup> La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, Devida o DEVIDA es un organismo oficial del Gobierno del Perú adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros encargado de diseñar y conducir la «Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas»

mujeres son de distinto abordaje a las del consumidor hombre. (GF facilitadoras/es Moquegua)

Asimismo, se identifica como limitante, la falta de competencias concretas de intervención en los profesionales y equipos de salud mental, considerando que es necesario seguir fortaleciendo las capacidades de los equipos.

O sea, de manera general, está la parte teórica pero no está el cómo, cómo hacerlo. ¿Ósea como hago yo mi plan de intervención con una paciente con problemas de adicción y qué cosa voy a hacer por etapas o por funciones no? Esa parte sería interesante que acoplen eso. (GF facilitadoras/es Ucayali)

También se identificaron limitaciones para la adecuada atención a las MAAS por dificultades de funcionamiento de red de servicios. No existe claridad en todos los actores de la red de servicios, las funciones diferenciales de los distintos niveles de atención, incluidos los CSMC y las áreas de salud mental de los Hospitales Nacionales. De igual forma, se observa limitada la capacidad resolutoria de las distintas instancias, en particular, de las áreas de hospitalización y de los CSMC.

“nos apena ver que algunos de nuestros pacientes ya no pueden acceder con su SIS si ellos prefieren muchas veces pagar, y no nos parece. Ósea es una sanción para el establecimiento de salud permitir que los pacientes que tienen su SIS vengan y paguen, y nosotros le decimos “no”, pero no le quieren dar las referencias, no me quieren dar la referencia, dicen. Entonces, eso nos incomoda y nos preocupa. (GF facilitadoras Puno)

los centros comunitarios se han convertido paradójicamente en consultorios de hospital no? ósea la atención se le da como un consultorio de hospital... (GF facilitadoras/es Ucayali)

Es una complejidad enredada en vez de que sea un sistema ordenado, es un sistema desordenado que no está respondiendo de manera articulada. (GF facilitadoras/es Ucayali)

... pero el problema es que varios centros de salud mental comunitarios, su jurisdicción le corresponde el Belén, lamentablemente el Belén no tiene un área de hospitalización... (GF facilitadoras La Libertad)

... todavía no hay normativas claras de establecer esta telaraña para ver referencias y contrarreferencias que se dé de un nivel a otro, esto llevará buen tiempo. (GF facilitadoras/es Nacionales)

Por último, una limitante frecuentemente mencionada, es la vinculada a la cantidad de recursos humanos del que disponen las distintas instancias y las inestables condiciones de su contratación. Otro elemento relacionado a lo anterior, es la alta rotación del personal a consecuencia de la débil incorporación laboral y las malas condiciones laborales, complementado con la falta de profesionales capacitados, particularmente especialistas, en las regiones.

En Recursos Humanos porque hay mucho movimiento de personal, algunos que han sido capacitados en GROW ya ni siquiera trabajan en MINSA. Por lo concursos de CAS ha sido inestable, algunos han cambiado de establecimiento o han ido a otro sector a trabajar -al Ministerio de la Mujer, Poder Judicial o así. (GF facilitadoras/es Huánuco)

En síntesis, a partir de las percepciones de los y las facilitadoras nacionales y regionales del proyecto, hemos identificado las siguientes conclusiones para la evaluación:

1. Uno de los primeros hallazgos sobre el proyecto GROW es su alto nivel de recordación entre los facilitadores nacionales y regionales, lo que facilitó el proceso de recuperación de las percepciones relativas al proyecto y también nos habla de una experiencia intensa y significativa, en términos emocionales y cognitivos, según los entrevistados. Es igualmente importante mencionar que el Proyecto GROW es concebido como producto de una red interinstitucional liderada por el Ministerio de Salud, DEVIDA, en colaboración estrecha con la ONG CARE Perú y la Embajada de los Estados Unidos en el Perú.
2. La motivación para participar en el proyecto GROW fue predominantemente de índole personal, aunque algunas instituciones apoyaron gestionando permisos laborales para la participación de los profesionales. La motivación se sostuvo en el proceso de capacitación, que fue más extenso en comparación con otros procesos de fortalecimiento de capacidades. Según los participantes, esto se debió a la percepción de que se adquirirían competencias en el proceso de capacitación y al compromiso con la población a la que se orientan sus servicios profesionales.
3. Las percepciones sobre la relevancia del proyecto GROW se centraron principalmente en: a) Su orientación hacia la atención en adicciones; b) La novedad para los participantes del enfoque de género en la atención a mujeres con problemas de adicción; c) La oportunidad de trabajar con equipos multidisciplinarios y b) El enfoque comunitario alineado con las concepciones de la reforma en salud mental.
4. La metodología del proyecto fue muy valorada por los facilitadores, especialmente en su versión presencial, a propósito de la cual se hizo repetida mención a la importancia de las dinámicas participativas y el trato paritario. Se considera particularmente importante el enfoque participativo porque permitió tres procesos: a) facilitar el trabajo con grupos de capacitación tan heterogéneos, de profesiones, de niveles de formación y experiencia muy diversos; b) permitió trabajar de manera vivencial los temas de inequidades de género, evidenciar los estereotipos de género y sensibilizar sobre su influencia en el problema de adicciones y en la atención de los servicios de salud; y c) permitió subsanar la falta de adaptación de los manuales a los contextos nacionales y regionales, al compartir experiencias y vivencias de los facilitadores y participantes.

5. Los aspectos cuestionados en torno a la implementación del proyecto fueron las dificultades para gestionar los permisos laborales, en el contexto de la pandemia por la COVID19; las dificultades en la traducción de algunos textos de los manuales, ya que el proyecto no contó con el presupuesto para una traducción profesional; y la falta de seguimiento o acompañamiento a las acciones de implementación de cambios en los servicios, posteriores a la implementación del curso.
6. Las observaciones al proyecto en su versión a distancia estuvieron relacionadas con la superposición de las actividades de capacitación y las actividades laborales cotidianas, las extensas jornadas de actividades sincrónicas que eran imposibles de cumplir por la falta de capacidad en algunas regiones y los costos de conectividad, la limitada participación de los compañeros y compañeras en las actividades grupales y las dificultades para la realización de actividades participativas. Sin embargo, es importante mencionar, para no desechar la posibilidad de implementaciones futuras en formato virtual, que, al encontrarse en situación de emergencia sanitaria, la versión virtual fue una respuesta a la emergencia, no pudiendo adaptar el contenido a un formato más amigable y acorde a las limitaciones y ventajas que ofrece una educación a distancia. Asimismo, se debe considerar que lo más afectado en la nueva modalidad virtual fue el enfoque participativo, que fue justamente lo más valorado del programa en la modalidad presencial. Es muy probable, que ello haya limitado el trabajo interdisciplinario en paridad, el intercambio de experiencias, la adaptación de los contenidos a los entornos regionales y los procesos de sensibilización del enfoque de género.
7. Los facilitadores y facilitadoras se percibieron y aún se perciben motivados para realizar réplicas y acciones de cambio en los servicios de salud, de acuerdo con las características planteadas en la capacitación. Sin embargo, plantean condiciones en los servicios de salud que se han comportado y se comportan como limitantes para favorecer esos cambios: a) La respuesta a la pandemia por COVID-19 focalizó la atención y el presupuesto en controlar la pandemia y limitó la presencialidad; b) la necesidad de mayor apoyo institucional y de las autoridades regionales a la atención de adicciones; c) la sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios; d) la necesidad de normativas y las guías de atención específicas que permita mayor alineamiento de las acciones del MINSA, GROW y DEVIDA; e) la necesidad de mayor claridad en los roles y funciones de los distintos puntos de la red de servicios de salud en el marco de la reforma de salud mental; y f) las dificultades en la capacidad resolutoria de los servicios y la escasez de recursos humanos capacitados y especializados, con mayor énfasis en las regiones.



### 3.2. Análisis de la satisfacción en el proceso formativo

El presente subcapítulo se orienta a responder ¿Cuál ha sido la participación y satisfacción en el proceso de formación de capacidades de los y las facilitadoras nacionales y regionales para implementar y ejecutar acciones clínicas y sanitarias para atención y cuidado de mujeres afectadas por abuso de sustancias?

La información que sirve de sustento es la analizada a partir de la aplicación de 318 encuestas a facilitadores nacionales y regionales que participaron en la capacitación en las diferentes cuatro fases en que se implementó el proyecto GROW.

#### 3.2.1 Experiencia psicosocial y satisfacción

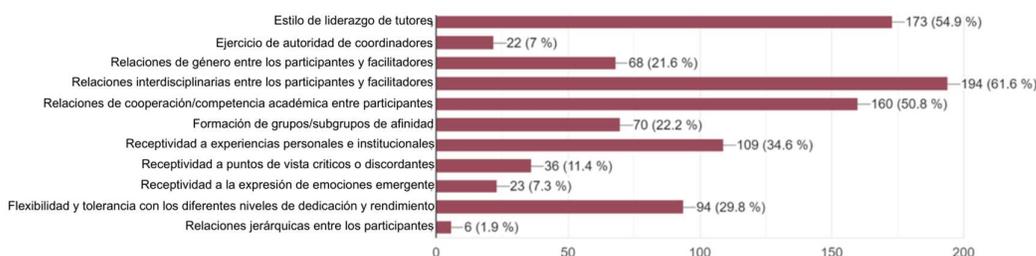
Un aspecto clave asociado con el éxito/fracaso de procesos de capacitación lo constituye la experiencia colectiva (interacción grupal) y el clima psicosocial que se genera en los procesos de enseñanza - aprendizaje. En el estudio de evaluación, encontramos una serie de factores de esta índole que los participantes experimentaron positivamente, destacando como las más frecuentes “Relaciones interdisciplinarias entre los participantes y facilitadores”, el “Estilo de liderazgo de tutores” y las “Relaciones de cooperación/competencia académica entre participantes”, que fueron señalados por más de la mitad de los participantes.

Por otro lado, los menos frecuentes fueron “Receptividad a puntos de vista críticos o discordantes”, “Receptividad a la expresión de emociones emergentes” y “Formación de grupos/subgrupos de afinidad”. Estos elementos fueron destacados solo por un quinto de los participantes.

#### Gráfico 4

##### **Aspectos del proceso grupal y clima psicosocial con los que se sintió más cómodo/a**

¿Cuáles fueron los TRES aspectos del proceso grupal y clima psicosocial del curso con los que se sintió MÁS CÓMODO/A? Por favor marcar solo 3 de lo contrario la repuesta es considerada invalida por el sistema  
315 respuestas



Las emociones, a la vez que reflejan los múltiples estímulos que las personas recibimos en diferentes contextos, son elementos claves para los procesos de aprendizaje, desarrollo de competencias y cambios de conductas, tanto a nivel individual como grupal. En el estudio de evaluación se ha indagado por estados mentales y emocionales

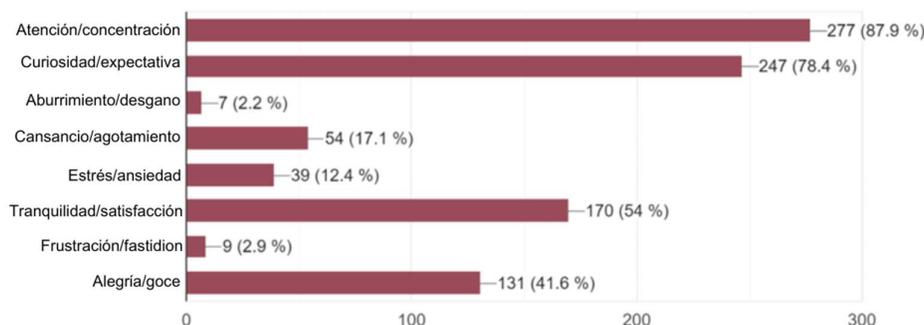
predominantes en las actividades del curso. En ese sentido las emociones y estados mentales en una actividad especialmente de carácter académico, por un lado, es el reflejo de los procesos didácticos (profesores, alumnos, actividades, grados de dificultad de contenidos, tipo de actividades que se implementa, etc.) pero también es un factor clave de aprendizaje, ya que las funciones cognitivas como memoria, abstracción y aprendizaje están directamente ligadas e influidas. Para muchos autores, el aprendizaje es un proceso centralmente emocional.

El indicador más vinculado con el aprendizaje y uno de los más difíciles de sostener en los procesos didácticos, “la atención y concentración” ha sido señalado como el estado mental más común por casi el 90% de los participantes, seguido de la “curiosidad y expectativa” por casi el 80%. Asimismo, las emociones de “tranquilidad/satisfacción” y “alegría/goce” se acercan al 50%. Estos indicadores reflejan un clima propicio al aprendizaje y un círculo virtuoso entre condiciones y logros de aprendizaje.

### Gráfico 5

#### **Emociones o estados mentales más comunes durante la ejecución de los diferentes módulos**

¿Cuáles fueron las TRES emociones o estados mentales más comunes que experimentada durante la ejecución de los diferentes módulos del curso? Por favor marcar solo 3, de lo contrario la respuesta es considerada invalida por el sistema  
315 respuestas



### 3.2.2 Escala de Bienestar Emocional en la Capacitación: Análisis estadístico de factores

A través de la encuesta se indagó sobre 4 estados mentales emocionales positivos, que suelen favorecer directamente el aprendizaje y cuatro que más bien son perturbadores de este proceso. Haciendo una puntuación positiva y negativa correspondiente de estos estados mentales emocionales observados, hemos construido una escala empírica para tener una valoración global del bienestar emocional de los participantes durante el proceso de capacitación<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Esta escala ha resultado tener una fiabilidad media (Alfa de Cronbach= 0.6) y una distribución normal con una desviación a la derecha (valores superiores), con una media de 2 y una moda y mediana de 3, estando suficientemente habilitada estadísticamente para realizar mediciones empíricas de comparación de medias. Sus valores pueden ir de -4 a +4 siendo lo observado de -3 a +3

**Tabla 2****Índice de Bienestar Emocional en Actividades de Capacitación EBAC**

<b>Alfa de Cronbach: 0.6</b>	Puntuación cuando está presente	Puntuación cuando está ausente	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
E1-Atención/concentración	1.00	0.000	0.616
E2-Curiosidad/expectativa	1.00	0.000	0.580
E3-Alegría/goce	1.00	0.000	0.585
E4-Tranquilidad/satisfacción	1.00	0.000	0.538
E5-Aburrimiento/desgano	-1.00	0.000	0.609
E6-Cansancio/agotamiento	-1.00	0.000	0.596
E7-Estrés/ansiedad	-1.00	0.000	0.615
E8-Frustración/fastidio	-1.00	0.000	0.604
<b>IBEAC</b>	<b>-4 a 4</b>	<b>0.000</b>	<b>92</b>

Se realizó el cálculo de diferencia de medias de la EBAC en relación a diversas variables para las cuales se planteó la hipótesis de existencia de una asociación probablemente causal. Al realizar la prueba de “diferencia de medias” con el estadístico Prueba Exacta de Fisher, se encontró diferencias significativas para **variables asociadas a la capacitación** y para **variables asociadas al perfil del participante**.

Se encontró medias de la Escala de Bienestar Emocional en la Capacitación significativamente superiores al promedio general de la población capacitada, en el grupo de participantes de la Macrorregión Sur, de la tercera y cuarta fase A del proyecto, en la modalidad presencial, en los grupos de mayores de 50 años, en los profesionales que trabajan en hospitales y en aquellos que están en condición de nombramiento. Por el contrario, los grupos que tuvieron medias significativamente por debajo de la media general, es decir, los que menos bienestar emocional experimentaron fueron los participantes de la Macrorregión Oriente, cuarta fase B, Modalidad solo virtual, y aquellos en modalidad de contratación laboral CAS COVID.

Si bien es claro que, en algunos grupos con diferencias significativas, estas están asociadas a la oferta de la capacitación; varios factores que encuentran significancia están relacionados al perfil del participante. Esto probablemente refleja el hecho de que el bienestar emocional en una capacitación se deba a las condiciones intrínsecas del proceso de capacitación, pero también a las cuestiones extrínsecas a la capacitación como los contextos situacionales de los participantes. Es muy probable que la mala conectividad en la macroregión oriente, la modalidad totalmente virtual y la actividad simultánea entre la capacitación y la atención de pacientes, estén explicando estos resultados.

**Tabla 3**

***Diferencia de medias de la Escala de Bienestar Emocional en la Capacitación del Proyecto GROW, según diversos factores.***

<b>FACTOR</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>% de Variación de media general</b>	<b>Prueba exacta de Fisher F=</b>	<b>Sig.</b>
<b>Macro Región</b>					
Centro	54	2.19	5%	<b>22.187</b>	<b>0.000</b>
Lima	26	2.04	-2%		
Norte	70	2.20	5%		
Oriente	70	1.24	-41%		
Sur	96	2.59	24%		
<b>Fase</b>					
1ra	17	2.35	13%	<b>51.503</b>	<b>0.000</b>
2da	72	2.47	18%		
3ra	73	2.52	21%		
4ta A	65	2.55	22%		
4ta B	89	1.04	-50%		
<b>Modalidad Ajustada</b>					
Mixta	54	2.48	19%	<b>159.413</b>	<b>0.000</b>
Todo presencial	168	2.60	24%		
Todo virtual	94	0.96	-54%		
<b>Edad</b>					
20-29	8	1.88	-10%	<b>3.079</b>	<b>0.010</b>
30-39	131	1.98	-5%		
40-49	104	1.97	-6%		
50-59	57	2.40	15%		
60-70	12	2.83	36%		
<b>Género</b>			-100%		
Femenino	249	2.09	0%	<b>0.626</b>	<b>0.599</b>
Masculino	64	2.14	2%		
Me reservo de responder	2	1.50	-28%		
<b>Profesión</b>					
Enfermería	63	2.30	10%	<b>1.916</b>	<b>0.091</b>
Medicina general y otras especialidades médicas	23	2.43	16%		
Otras profesiones	39	1.85	-12%		
Psicología	160	1.99	-5%		
Psiquiatría	16	2.13	2%		
Trabajo Social	15	2.33	12%		
<b>Centro Laboral</b>				<b>2.493</b>	<b>0.031</b>

Centro de Salud Mental Comunitario	75	2.07	-1%		
Centros o puestos de salud de atención general	90	1.84	-12%		
Departamentos, servicios o unidades de salud mental, psiquiatría y/o psicología de hospitales generales de nivel II o III.	44	2.34	12%		
Hospitales psiquiátricos y/o especializados en salud mental	11	2.36	13%		
Otro	66	2.32	11%		
Otros servicios de hospitales generales	30	1.93	-7%		
<b>Rol para el que fue capacitado por el proyecto GROW</b>					
Facilitador Nacional	30	2.10	0%	<b>0.381</b>	<b>0.683</b>
Facilitador Regional	285	2.09	0%		
<b>Capacitador en OTRAS regiones</b>					
No	284	2.09	0%	<b>0.000</b>	<b>0.910</b>
Sí	32	2.09	0%		
<b>Modalidad de trabajo</b>					
"Cas Covid"	3	1.00	-52%		
CAS con contrato renovable periódicamente	124	2.09	0%		
Contrato a Plazo indeterminado	38	1.74	-17%	<b>2.327</b>	<b>0.033</b>
Locación de servicios/"Terceros"	16	1.81	-13%		
Nombrado	123	2.28	9%		
Otra modalidad	9	2.00	-4%		
<b>TOTAL</b>	<b>316</b>	<b>2.09</b>			

En síntesis, sobre la satisfacción en el proceso de capacitación se concluye lo siguiente:

- El indicador más vinculado con el aprendizaje y uno de los más difíciles de sostener en los procesos didácticos, "la atención y concentración", ha sido señalado como el estado mental más común por casi el 90% de los participantes, seguido de la "curiosidad y expectativa" por casi el 80%. Asimismo, las emociones de "tranquilidad/satisfacción" y "alegría/goce" han bordeado el 50%. Estos indicadores reflejan un clima propicio al aprendizaje y un círculo virtuoso entre condiciones y logros de aprendizaje.

- La evaluación encontró que la experiencia de capacitación se vivió con mayor bienestar: a) en los estudiantes de la tercera fase y cuarta fase-A<sup>5</sup> del proyecto que puede deberse a procesos de capacitación mejor estructurados en base a lo aprendido en las experiencias previas y b) en los participantes de la modalidad presencial, probablemente relacionado con las experiencias participativas. También se identificaron factores relacionados con el perfil de estudiante, encontrando mayor bienestar en los participantes: a) de las regiones que hemos agrupado en la Macro región Sur; b) en los grupos de personas mayores de 50 años; c) en los profesionales que trabajan en hospitales y d) en aquellos participantes que están en condición de nombramiento; es importante reflexionar que estos tres últimos grupos están relacionados con las condiciones de mejor inserción laboral.
- Complementariamente, la evaluación encontró menor bienestar emocional sobre la experiencia de capacitación en los participantes a) de la Macro Región Oriente; b) de la cuarta fase B; y c) en la modalidad solo virtual. Todo ello, probablemente, relacionado con los problemas de conectividad y la superposición de actividades. Asimismo, se encontró menor bienestar emocional en los participantes que se encuentran laborando en modalidad CAS COVID, modalidad de frágil inserción laboral y con atención presencial en la pandemia.

---

<sup>5</sup> En el transcurso de la cuarta fase del proyecto se inicia la Pandemia de COVID 19 y con ello, la prohibición de actividades presenciales, siendo que en algunas regiones intervenidas se implementaron algunos manuales en forma presencial y otros en modalidad virtual, ellos conforman la cuarta fase A y la cuarta fase B la conforman las regiones que desarrollaron todo el currículo en modalidad virtual, denominándose Cuarta fase B.



### 3.3 Análisis de resultados del proyecto de Fortalecimiento de competencias en facilitadoras y facilitadores nacionales y regionales.

En el presente subcapítulo el estudio evaluativo responde a la pregunta ¿En qué medida se han fortalecido las capacidades de los y las facilitadoras nacionales y regionales para implementar y ejecutar acciones clínicas y sanitarias para la atención y cuidado de mujeres afectadas por abuso de sustancias? El presente análisis se sustenta en la información recopilada a partir de la encuesta aplicada a 318 de los facilitadores y facilitadoras.

#### 3.3.1 Logros personales durante el proceso de capacitación.

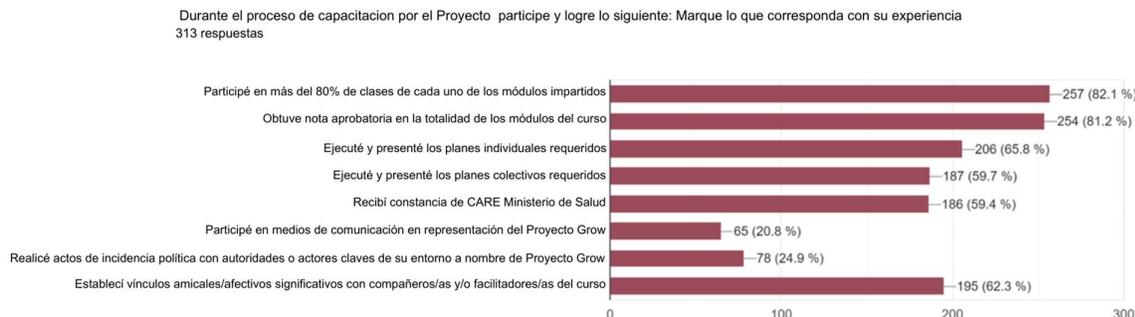
Los logros personales en un proceso de desarrollo de competencias se refieren principalmente al cumplimiento de los objetivos académicos administrativos de la participación en el curso. En este caso destaca el alto nivel de participación (presencia/asistencia) y aprobación que bordea el 80%. Asimismo, el cumplimiento de las tareas que suponían un alto nivel de complejidad, organización y trabajo como elaborar e implementar planes individuales y grupales, entre ellos las réplicas, bordearon el 60%.

Un aspecto importante que se consideró un logro personal por los participantes durante el proceso fue la participación en medios de comunicación o la realización de actividades de incidencia política sobre la temática del curso. Estas actividades suelen no ser parte de lo esperado en un curso, pero en este caso uno de cinco participantes lo consideraron un logro.

Un hallazgo también importante es que el curso se constituyó en un espacio de conocimiento y fortalecimiento de vínculos amicales en casi dos de cada tres participantes, vínculos que pueden explicar lo que en otro subcapítulo sustentamos como redes profesionales informales que facilitan procesos de gestión de la atención en algunos casos.

#### Gráfico 6

##### Logros personales durante el proceso de capacitación



### 3.3.2 Logros personales posteriores al proceso de capacitación.

A través de la encuesta también se evaluaron los logros personales, una vez concluida la capacitación. En este campo destaca que el 14,1% de encuestados señala que el participar en el curso les permitió continuar estudios de especialidad y el 16,7% logró obtener acreditaciones al respecto. Asimismo, uno de cada tres participantes declara que seguir el programa le ha permitido realizar emprendimientos en el campo de su especialidad y cerca al 5% ha logrado escalar a mejores posiciones en sus instituciones. También, se destaca el hecho de que casi dos de tres mantienen vínculos de comunicación con otros participantes y casi **la mitad** realiza actividades de forma colaborativa con sus pares, indicando ello, el potencial del curso para establecer redes profesionales y amicales.

#### Gráfico 7

##### Logros posteriores a la capacitación



### 3.3.3 Autoevaluación de la mejora en campos de competencias

El propósito esencial de una actividad de capacitación es el desarrollo o fortalecimiento de competencias. La encuesta nos ha permitido observar que la capacitación del Proyecto GROW ha contribuido a fortalecer las competencias de los participantes en las tres áreas claves orientadas a la atención y cuidado integral de mujeres afectadas por problemas adictivos. Se observa cierto predominio del área terapéutica y del trabajo en equipo sobre el área clínica propiamente dicha, resaltando el carácter más psicosocial de las competencias desarrolladas en la experiencia que se evalúa.

#### Gráfico 8

##### Autoevaluación de mejora en campos de competencia

¿En cuál de los siguientes campos ha incrementado más sus competencias a consecuencia de haber participado en el curso de capacitación por...oyecto Grow? Escoja uno de los tres mencionados  
312 respuestas



### 3.3.4 Autoevaluación de la mejora de competencias específicas

La evaluación de logro y fortalecimiento significativo de competencias específicas se realizó a través de la encuesta. Esto nos ha permitido observar que los participantes han fortalecido competencias claves en niveles considerablemente altos, especialmente de aquellas competencias que contribuyen más a un manejo integral de esta sensible problemática.

Las competencias específicas más logradas en alrededor del 60% (3 de 5) de los participantes, de alta complejidad, fueron:

- Detectar problemas personales, familiares, laborales, económicos y/o sociales relacionados a género que influyen directamente en problemática de mujeres afectadas de adicciones.
- Establecer un vínculo empático con mujeres afectadas de problemas adictivos considerando su condición médica y de género.
- Detectar precozmente problemas adictivos ocultos y encubiertos en otras problemáticas de salud y salud mental, así como las barreras que limitan sus accesos

Alrededor del 50% (1 de 2) de los participantes han logrado competencias que directamente contribuyen a reducir la discriminación a las mujeres afectadas por estas problemáticas:

- Reconocer los momentos críticos en la historia natural o los procesos psicosociales de las adicciones en mujeres y sus posibilidades de intervención eficaz
- Reconocer el machismo, discriminación y otras distorsiones del enfoque de género que recaen sobre las mujeres afectadas de problemas adictivos en los servicios de salud.
- Identificar, interpretar y controlar emociones de miedo, culpa, frustración u otras que experimenta en la interacción con mujeres con problemas adictivos.
- Trabajar en forma coordinada, paritaria, complementaria y armónica con profesionales de otras disciplinas para el manejo y cuidado integral de mujeres con problemas adictivos.

Alrededor de la tercera parte (1 de 3) de los participantes han fortalecido sus competencias para el manejo de asuntos clínicos y administrativos, como, por ejemplo, el sistema de información, entre otros:

- Diagnosticar y codificar los problemas asociados al consumo de sustancias de las mujeres, y sus comorbilidades utilizando CIE 10, de acuerdo a la competencia de su profesión o especialidad
- Formular y monitorear planes de tratamiento y/o cuidado para mujeres afectadas de consumo de sustancia en base a su situación clínica, psicosocial y con enfoque de género
- Capacitar con enfoque de género a profesionales de diversas disciplinas y niveles de atención para desarrollar competencias en el manejo integral de mujeres con problemas adictivos
- Gestionar asertivamente el apoyo para la atención de necesidades sociales (protección, seguridad, policial, legal, económica, vivienda, cuidado/educación de hijos, etc.) en instituciones públicas o privadas
- Realizar actividades educativas y/o comunicación social en comunidades e instituciones educativas para la prevención de las adicciones en mujeres de poblaciones vulnerables.

Alrededor de la quinta parte (1 de 5) han fortalecido competencias complejas que generalmente requieren mayores niveles de conocimiento profesional especializado, siendo importante mencionar que no era objetivo del curso desarrollar competencias complejas o especializadas.

Realizar oportuna y asertivamente señalamientos, interpretaciones, prescripciones, confrontaciones y otras técnicas terapéuticas básicas en el manejo de mujeres con problemas adictivos.

- Sustentar argumentos y propuestas ante autoridades y actores claves para fortalecer la conciencia y la implementación de acciones y políticas públicas para la prevención y manejo integral de esta problemática.
- Formular y mantener acuerdos explícitos (encuadres temporales, espaciales, comunicacionales) que ponen límites y regulan la relación proveedor/a-usuaria en todo el proceso de atención, evitando distorsiones del vínculo terapéutico y/o profesional.

## Gráfico 9

### Autoevaluación de mejora en competencias específicas

¿Qué competencias específicas tuyas se han incrementado de modo significativo a consecuencia de haber participado en el curso de capacitación por el Proyecto Grow?

309 respuestas



### 3.3.5 Factores asociados al logro de competencias

La pregunta siguiente es ¿Qué factores (personales, profesionales, programáticos y contextuales) han favorecido o afectado los cambios de capacidades de los facilitadores nacionales y regionales? Para este análisis se consideraron como variables dependientes: primero, el nivel de logros académicos alcanzados durante el curso y segundo, los logros alcanzados luego de culminar el programa, relacionado con el mismo. Como variables independientes se consideraron: el perfil demográfico, la experiencia laboral de los participantes, lugar y momento de la capacitación, la modalidad de capacitación, y el nivel de bienestar psico emocional en el curso.

Postulamos que uno de los factores claves de los logros del programa, ha sido la selección de los y las participantes. En la encuesta se pone de manifiesto la diversidad de la convocatoria, a través de los indicadores reflejados en la siguiente tabla. En relación a la edad, este es un grupo que se encuentra en el intervalo entre los 20 y los 70 años, estando 3 de cada 4 participantes en el intervalo de 30 a 50 años. En relación a género, es claro el predominio del género femenino en cerca del 80%. La diversidad en cuanto a profesiones también manifiesta predominio de la psicología que representa casi el 50% de participantes, seguida por enfermería y medicina. El número de trabajadoras sociales es bajo, lo cual podría reflejar también la escasez relativa de estos profesionales en el sector. De igual manera, es notorio el predominio de procedencia laboral del Primer Nivel de Atención que sobrepasa el 50% y en particular los Centros de Salud Mental Comunitarios que representan el 24% de los participantes. Es importante mencionar también, la baja proporción de profesionales procedentes de hospitales especializados explicado por el enfoque de salud mental comunitaria que se viene implementando en el país.

La condición laboral también es un elemento importante a la hora de valorar el desempeño y logros de una capacitación. En este caso casi el 90% de los encuestados estaban en una condición de relativa estabilidad laboral. En relación a esto, una cuestión que suele preocupar a los capacitadores es la permanencia de los trabajadores en sus puestos de trabajo. La encuesta nos ha mostrado que más del 60% de los capacitados se mantienen en sus mismos puestos de trabajo y que un 20% ha migrado a establecimientos similares en la misma región, y que menos del 10% están en actividades ajenas a la capacitación o no se encuentran trabajando en el momento de la encuesta.

En relación a la experiencia previa de los participantes, la evaluación ha puesto de manifiesto que un poco más del 60% tenían experiencias en la atención de la problemática, aunque solo un 6% se dedicaba especialmente a la atención de mujeres con problemas adictivos. También, ha quedado en manifiesto que solo el 40% se dedican exclusivamente al sector público y que el 60% de los profesionales tiene experiencia en el sector privado. Se destaca un 12% de los participantes que han incursionado en la práctica privada luego de la capacitación por el Proyecto GROW.

De igual forma, es relevante la procedencia regional de las y los encuestados, no solo por un tema de descentralización sino también, por el reflejo de las diversidades

culturales de los resultados que se concluyan a partir del análisis. El Proyecto ha tenido participantes procedentes de todas las regiones del país con un equilibrio entre macro regiones, que relacionándolo con la presencia profesional en la ciudad de Lima es notoria la menor proporción de participantes de la capital.

**Tabla 4**

***Perfil de los participantes en la encuesta***

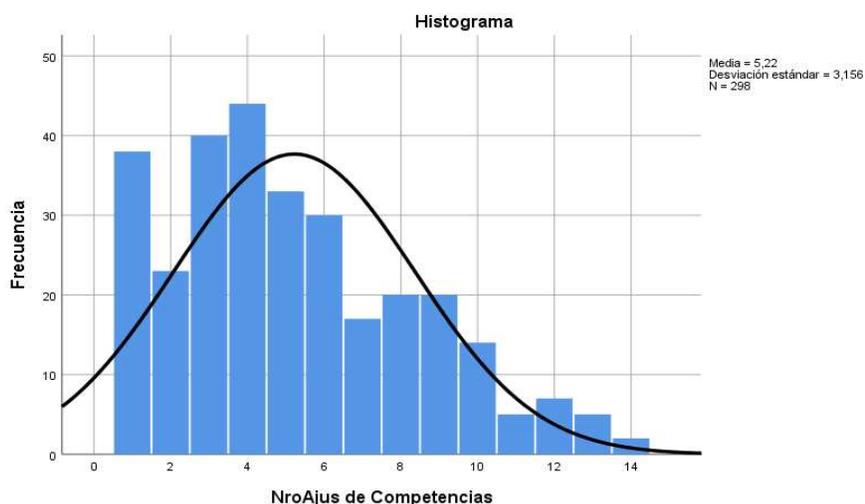
<b>Edad</b>		<b>Porcentaje</b>
	20-29	3%
	30-39	42%
	40-49	33%
	50-59	18%
	60-70	4%
<b>Género</b>		
	Femenino	79%
	Masculino	20%
	Me reservo de responder	1%
<b>Profesión</b>		
	Psicología	51%
	Enfermería	20%
	Otras profesiones	12%
	Medicina general y otras especialidades médicas	7%
	Psiquiatría	5%
	Trabajo Social	5%
<b>Centro Laboral</b>		
	Centro de Salud Mental Comunitario	24%
	Centros o puestos de salud de atención general	29%
	Departamentos, servicios o unidades de salud mental, psiquiatría y/o psicología de hospitales generales de nivel II o III.	14%
	Hospitales psiquiátricos y/o especializados en salud mental	4%
	Otro	21%
	Otros servicios de hospitales generales	10%
<b>Condición Laboral</b>		
	Nombrado	39%
	Contrato a Plazo indeterminado	12%
	CAS con contrato renovable periódicamente	39%
	Locación de servicios/"Terceros"	5%
	"Cas Covid"	1%
	Otra modalidad	3%
<b>Atenciones a mujeres con problemas por abuso de sustancias</b>		
	Atención en servicio de salud mental general	38%

	Atención en servicios de adicciones	16%
	Atención en servicios o programas dedicados específicamente a mujeres con problemas de adicción.	6%
	Otros servicios o atenciones	32%
	Ninguna	9%
<b>Migraciones laborales luego de su capacitación en el proyecto GROW</b>		
	Estoy en el mismo establecimiento	62%
	Estoy en otro establecimiento similar, de la misma región	19%
	Estoy en establecimientos similares, pero en otra región	2%
	Estoy realizando funciones similares en otro sector o subsector público	8%
	Estoy trabajando en actividades ajenas a lo que motivó mi capacitación en Proyecto GROW	6%
	No estoy trabajado	3%
<b>Atención en sector privado</b>		
	No. Ni antes, ni después de capacitación	39%
	Si, desde antes de la capacitación hasta la actualidad.	30%
	Si, después de la capacitación	12%
	Un tiempo, pero actualmente NO.	20%
<b>Macrorregión</b>		
	Lima	8%
	Centro	17%
	Norte	22%
	Oriente	22%
	Sur	30%

En base al autodiagnóstico de competencias en las que los participantes perciben mejoras significativas en desempeños específicos atribuibles a su participación en el curso, se construyó una escala de número de competencias calificadas positivamente. La escala que va entre 0 a 15 tiene una distribución normal ligeramente desviada a la izquierda con una media en 5.22 (error estándar de 0.183), mediana en 5 y una moda en 4, con valor mínimo en 1 y máximo en 14, resulta estadísticamente competente para ser utilizada como indicador general del logro de competencias.

## Gráfico 10

### Media de incremento de competencias



Se realizó el cálculo de diferencia de medias de la escala empírica de “Número Ajustado de Competencias” a diferentes variables para las cuales se planteó la hipótesis de haber una asociación probablemente causal. Al realizar la prueba de “diferencia de medias” con el estadístico Prueba Exacta de Fisher, se encontró diferencias significativas para **variables asociadas a la capacitación** y para **variables asociadas al perfil del participante**.

En relación a variables internas a la capacitación, se encontró diferencias significativas en relación a la macrorregión de procedencia, a la fase de capacitación y al haber tenido o no el rol de facilitador en otras regiones. Es así que la media de competencias mejoradas por la capacitación fue 29% más del promedio en la Macrorregion Lima (Lima metropolitana lima provincias), en macrorregión Oriente dicho indicador fue superior en 13%, mientras que en Macro Región Centro el indicador fue 19% por debajo de la media general.

En relación a las Fases del Proyecto GROW (años entre 2014 y 2022) también se observó que la media de mejora de competencias atribuida a la capacitación fue 7% y 13% superior en la primera y tercera fase respectivamente. Asimismo, hay una diferencia significativa del orden de 22% por arriba de la media general entre los participantes que tuvieron un rol de capacitadores en otras regiones. Es importante mencionar que según estas correlaciones no existiría diferencia significativa en relación a la modalidad de la capacitación, ni entre facilitadores nacionales y regionales.

En relación a las variables asociadas al perfil de participante, se observa que diversos grupos de participantes muestran medias de incremento de competencias por arriba del promedio general, tal es el caso de los y las mayores de 50 y los encuestados de género masculino que sus medias son superiores alrededor del 15%. Llama la atención positivamente que entre las profesiones no exista una diferencia significativa en el logro de competencias. También es importante, y quizás el elemento más llamativo, que el

porcentaje de competencias alcanzado por los profesionales de hospitales especializados y los profesionales de los CSMC se encuentren en el promedio. También encontramos que los profesionales con experiencia en la práctica incrementaron significativamente sus competencias en relación a los que no tienen esa práctica.

**Tabla 5**

***Diferencia de medias de número de competencias mejoradas en la capacitación del Proyecto GROW, según diversos factores.***

<b>FACTOR</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>% de Variación de media general</b>	<b>Prueba exacta de Fisher F=</b>	<b>Sig.</b>
<b>VARIABLES ASOCIADAS A LA CAPACITACIÓN</b>					
<b>Macro Región</b>					
Centro	52	4.54	-19%	<b>3.507</b>	<b>0.008</b>
Lima	25	7.20	29%		
Norte	68	5.06	-9%		
Oriente	68	6.2	13%		
Sur	96	5.55	0%		
<b>Fase</b>					
1ra	16	5.94	7%	<b>2.339</b>	<b>0.055</b>
2da	71	4.97	-11%		
3ra	73	6.40	15%		
4ta A	63	4.83	-13%		
4ta B	86	5.84	5%		
<b>Modalidad Ajustada</b>					
Mixta	54	4.93	-12%	<b>1.274</b>	<b>0.281</b>
Todo presencial	164	5.82	4%		
Todo virtual	91	5.51	-1%		
<b>Rol para el que fue capacitado por el proyecto GROW</b>					
Facilitador Nacional	28	6.25	12%	<b>0.795</b>	<b>0.452</b>
Facilitador Regional	280	5.51	-1%		
<b>Capacitador en OTRAS regiones</b>					
No	278	5.43	-3%	<b>4.029</b>	<b>0.043</b>
Sí	31	6.81	22%		
<b>VARIABLES ASOCIADAS AL PERFIL DE LOS PARTICIPANTES</b>					
Edad				<b>0.863</b>	<b>0.507</b>

20-29	8	6.25	12%		
30-39	127	5.39	-3%		
40-49	103	5.32	-4%		
50-59	55	6.33	14%		
60-70	12	6.08	9%		
<b>Género</b>					
	1	11.00	98%	<b>2.638</b>	<b>0.050</b>
Femenino	243	5.31	-5%		
Masculino	63	6.40	15%		
Me reservo de responder	2	8.00	44%		
<b>Profesión</b>					
Enfermería	61	5.10	-8%	<b>0.516</b>	<b>0.764</b>
Medicina general y otras especialidades médicas	23	5.83	5%		
Otras profesiones	38	5.08	-9%		
Psicología	157	5.80	4%		
Psiquiatría	16	5.75	3%		
Trabajo Social	14	5.71	3%		
<b>Centro Laboral</b>					
Centro de Salud Mental Comunitario	74	5.62	1%	<b>2.292</b>	<b>0.046</b>
Centros o puestos de salud de atención general	90	5.82	5%		
Departamentos, servicios o unidades de salud mental, psiquiatría y/o psicología de hospitales generales de nivel II o III.	43	5.65	1%		
Hospitales psiquiátricos y/o especializados en salud mental	10	8.20	47%		
Otro	63	4.54	-18%		
Otros servicios de hospitales generales	29	5.86	5%		
<b>Experiencia de atención en sector privado</b>					
No. Ni antes. ni después de capacitación	117	5.16	-7%	<b>2.760</b>	<b>0.028</b>
Si. desde antes de la capacitación hasta la actualidad.	92	6.47	16%		
Si. después de la capacitación	38	5.58	0%		

Un tiempo, pero actualmente NO.	60	5	-8%		
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>5.57</b>			

En síntesis, la evaluación concluye, según la información acopiada y analizada, que:

- Los participantes perciben que han fortalecido competencias claves en niveles considerablemente altos, especialmente en aquellas competencias que contribuyen más a un manejo integral de esta sensible problemática.
- Las competencias específicas más logradas en alrededor del 60% fueron: Detectar problemas relacionados a género que influyen directamente en problemática de mujeres afectadas por adicciones, establecer un vínculo empático con mujeres afectadas por problemas adictivos considerando su condición médica y de género y detectar precozmente problemas adictivos ocultos y encubiertos en otras problemáticas de salud y salud mental, así como las barreras que limitan sus accesos.
- Respecto a las competencias percibidas como menos desarrolladas, 1 de 5, perciben haber fortalecido competencias complejas que generalmente requieren niveles de experticia profesional especializada, como realizar oportuna y asertivamente señalamientos, interpretaciones, prescripciones, confrontaciones y otras técnicas terapéuticas básicas, mantener acuerdos explícitos (encuadres temporales, espaciales, comunicacionales) que ponen límites y regulan la relación proveedor/usuario y sustentar argumentos y propuestas ante autoridades y actores claves para fortalecer la conciencia y la implementación de acciones y políticas públicas para la prevención y manejo integral de esta problemática. Es importante mencionar que en los objetivos del proyecto no se incluyó el desarrollo de competencias complejas.
- Con relación a la autopercepción de competencias se encontraron algunas diferencias significativas asociadas a variables de la capacitación, se encontró autopercepción de mayores competencias en a) la Macro Región Lima (Lima metropolitana, Lima provincias) y en macrorregión Oriente. En relación a las Fases del Proyecto GROW (años entre 2014 y 2022), también se observó que la media de autopercepción de mejora de competencias fue 7% y 13% superior en la primera y tercera fase, respectivamente.
- Asimismo, se encontró una diferencia significativa del orden de 22%, por encima de la media general, entre los participantes que tuvieron un rol de capacitador o capacitadora en otras regiones. Es importante mencionar que no se encontró diferencias significativas en relación a la modalidad de la capacitación, ni entre facilitadores nacionales y regionales.
- Se encontró una mayor autopercepción de competencias alcanzadas en: a) los mayores de 50 años; b) los encuestados de género masculino, cuyas medias son superiores alrededor del 15% por encima de la media; c) los profesionales

de hospitales especializados. Llama la atención positivamente que entre las profesiones no exista una diferencia significativa en el logro de competencias, lo que abona a considerar acertada la opción del grupo gestor del proyecto al convocar a equipos multidisciplinarios.



### 3.4 Análisis de las coberturas de atención en adicciones en el período de intervención del Proyecto GROW

**El presente subcapítulo plantea respuesta a la pregunta** ¿se incrementó el número de atenciones a mujeres afectadas por problemas adictivos en el período de acciones realizadas por el proyecto?

#### 3.4.1 Análisis de estadísticas nacionales de atenciones: HIS MINSA

Un proceso de capacitación es un conjunto de experiencias académicas, teóricas y prácticas que tienden a generar competencias entendidas como capacidades de hacer cosas nuevas y viejas, pero de maneras diferentes. Es claro hasta lo que va del análisis, que la capacitación que desarrolló el Proyecto GROW, ha logrado fortalecer competencias para atender mejor a mujeres afectadas de problemas adictivos. Considerando que el Proyecto GROW ha sido implementado en el país durante 7 años consecutivos y ha llegado a capacitar profesionales en la totalidad de las regiones, resulta relevante preguntarse si ya es posible percibir algún impacto en cantidad y tal vez en la calidad de las atenciones a mujeres afectadas por problemas adictivos. A partir de ello, preguntarnos si habría algún impacto en la calidad de vida de este sector vulnerable de personas, que es la aspiración de todo proyecto de desarrollo.

Para ver si hay algún reflejo en volumen de atenciones, se ha revisado la base del HIS que es el sistema nacional oficial de reporte obligatorio por todos los establecimientos de salud del país. Se ha filtrado las atenciones por diagnósticos relacionados a problemas adictivos, codificados en CIE10 con los códigos fe F10 a F19, que corresponde a esta problemática, segmentado por sexo, Región y Tipo de establecimiento, correspondiente a los 2014, en que inicia a operar el Proyecto; 2019, año previo a la pandemia y 2022 el más reciente estadísticamente completo.

Se encontró que se ha pasado de 3,405 atenciones de mujeres que se registraron en HIS en el 2014; a 11,887 en el 2019; y a 17,089, y en el 2022. Evidentemente se ha incrementado la cifra de atenciones registradas, con la desaceleración por la pandemia. Sin embargo, al observar la proporción de mujeres que es el objeto y objetivo del proyecto respecto del total de atenciones en adicciones no se observa variación entre el 2014 y el 2019, que se mantiene en 22% (aproximadamente la quinta parte del total de atendidos, o dicho de otra manera habría una atención a mujer por cada cuatro atenciones a hombres). Se observa una pequeña variación de un punto porcentual hacia el 2022, alcanzando el 23%.

**Tabla 6**

#### ***Atenciones en adicciones por año en establecimientos de salud MINSA***

<b>ATENCIONES/ AÑO</b>		<b>TOTAL, PAÍS</b>
2014	Mujeres atendidas por adicciones	3,405
	Personas atendidas por adicciones	15,767

	% Mujeres atendidas por adicciones	22%
2019	Mujeres atendidas por adicciones	11,887
	Personas atendidas por adicciones	54,767
	% Mujeres atendidas por adicciones	22%
2022	Mujeres atendidas por adicciones	17,089
	Personas atendidas por adicciones	72,894
	% Mujeres atendidas por adicciones	23%
Crecimiento de atenciones a mujeres con trastornos adictivos 2014 a 2019		249%
Crecimiento de atenciones a mujeres con trastornos adictivos 2019 a 2022		44%

Fuente: Elaboración propia con base en datos HIS del Ministerio de Salud Perú

Al analizar este punto porcentual de incremento cómo se comporta por niveles de atención la tendencia se dibuja más claramente. En CSMC que han ido incrementado progresivamente de 22 en 2015 a 208 en 2022, obviamente en sus propios y a veces complejos de implementación y adaptación, no se evidencia un incremento porcentual de género. En el primer nivel este incremento se mantiene similar al promedio en 1%, pero en el segundo y aún más en el tercer nivel, es clara la tendencia de incremento, pasando de 20% a 23% y de 16% al 23% respectivamente.

Por otro lado, es importante anotar la recomposición de los espacios de atención para las mujeres con problemas de adicciones. Así, es evidente el rápido posicionamiento de los CSMC que de 0 en 2014 han pasado a 34% en 2022 con tendencia creciente a costa del resto de primer nivel de atención y de hospitales de segundo nivel. Respecto al tercer nivel, bajó del 2014 al 2019 y recuperó su posicionamiento asociado a la pandemia.

**Tabla 7**

**Atención a mujeres por trastornos mentales asociados a adicciones (F10 a F19 CIE 10). HIS. Ministerio de Salud Peru**

Nivel de atención	% Mujeres en relación al total de personas			% de atenciones por niveles		
	2014	2019	2022	2014	2019	2022
<b>CSMC</b>		21%	21%	0.00%	28.26%	34.00%
<b>1er Nivel</b>	25%	25%	26%	58.59%	42.48%	35.34%
<b>2do Nivel</b>	20%	21%	23%	20.41%	12.18%	8.65%
<b>3er Nivel</b>	16%	18%	23%	21.00%	17.08%	22.00%
<b>Total</b>	22%	22%	23%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia con base en datos HIS del Ministerio de Salud Perú

En relación a la distribución de atenciones por regiones según el momento de la capacitación, en las denominadas fases, las tendencias no son claras excepto en Lima y Callao donde habría una subida significativa post pandemia. En las otras regiones

especialmente las correspondientes a cuarta fase A (Ancash, Apurímac, Ica y Junín) se observa aún la regresividad pandémica.

**Tabla 8**

**Porcentaje de mujeres atendidas por adicciones**

% Mujeres atendidas por adicciones	Fase de capacitación GROW				
	Fase 1:2015-2016	Fase 2:2016-2018	Fase 3:2018-2019	Fase 4a: 2019-2020	Fase 4b: 2020-2021
<b>2014</b>	21%	23%	22%	17%	24%
<b>2019</b>	21%	21%	25%	23%	19%
<b>2022</b>	24%	24%	23%	22%	23%
<b>Crecimiento de atenciones a mujeres con trastornos adictivos 2014 a 2019</b>	259%	177%	333%	502%	138%
<b>Crecimiento de atenciones a mujeres con trastornos adictivos 2019 a 2022</b>	52%	48%	37%	-7%	99%
<b>Regiones</b>	Lima y Callao	Arequipa, Ayacucho, La Libertad, Lambayeque, Huánuco y Moquegua	Cajamarca, Cusco, Loreto, Piura, Puno y Tacna	Ancash, Apurímac, Ica y Junín	Amazonas, Huancavelica, Madre de Dios, Pasco, San Martín, Tumbes, Ucayali, Lima Provincias

Fuente: Elaboración propia con base en datos HIS del Ministerio de Salud Perú

En términos generales, estaríamos asistiendo a una ligera tendencia hacia reducir la amplia inequidad de atención mujeres/hombres en temas de adicciones. Sin embargo, estadísticamente, con este análisis no es posible atribuir este incremento como efecto del Proyecto. Una cierta correlación con las fases podría haber reforzado la hipótesis, pero no hay elementos en este nivel para sustentar o rechazar la hipótesis de impacto y de otro lado, la pandemia coloca una variable interviniente de tal envergadura que hace necesario mirar este proceso en un periodo de tiempo mayor.

### 3.4.2 Análisis de la percepción de cambios en la oferta y demanda de servicios por jefes de CSMC

Con la intención de conocer si las tendencias en mejora de la oferta y demanda que se están evidenciando, son diferentes en CSMC donde laboran profesionales capacitados por el Proyecto GROW en comparación con aquellos que no los tienen (a fin de ir sustentado o rechazando la hipótesis de una cierta causalidad relacionada al impacto del proyecto GROW), se aplicaron 53 encuestas de evaluación a jefes de Centros de Salud Mental Comunitaria.

Se encontró diferencias a favor del grupo en el caso de la detección activa de casos, oferta de terapias grupales, y visitas domiciliarias; y se encontró diferencias negativas en consejería, tratamiento médico y gestión de atenciones complementarias. En relación a la demanda, en lo positivo observamos más demanda, más adherencia y más satisfacción en los CSMC donde laboran profesionales capacitados por Proyecto GROW, sin diferencia en relación a menos recaídas y en forma inversa, en ninguno de los criterios evaluados.

Cabe resaltar que, si bien ninguna diferencia, ni positiva ni negativa, alcanzó un nivel de significancia que permita rechazar la hipótesis de igualdad, consideramos que sería recomendable regresar sobre estas mismas preguntas buscando un porcentaje de respuesta de mayor número de CSMC.

**Tabla 9**

**Porcentaje de CSMC que brindan diversos servicios a Mujeres Afectadas por adicciones, según tengan o no profesionales capacitados por el Proyecto GROW**

Servicios ofrecidos a MAA	CSMC sin profesionales capacitados por PG	CSMC con profesionales capacitados por PG	Diferencia	Chi-cuadrado de Pearson	Significancia estadística p=
Detección activa de casos	40.9%	45.2%	4.3%	0.095	0.758
Oferta de Consejerías	54.5%	48.4%	-6.2%	0.195	0.659
Oferta de terapias	18.2%	12.9%	-5.3%	0.280	0.597
Oferta de Terapias Grupales	27.3%	29.0%	1.8%	0.020	0.889
Oferta de tratamiento médico	31.8%	19.4%	-12.5%	1.080	0.299

Visita domiciliaria	9.1%	19.4%	10.3%	1.058	0.304
Gestión de atenciones complementarias	54.5%	48.4%	-6.2%		
Niv Atenciones básicas a MAAS	68.2%	71.0%	2.8%	0.047	0.828
Total	22	31			

Fuente: Elaboración propia con base en datos HIS del Ministerio de Salud Perú

**Tabla 10**

***Porcentaje de CSMC con tendencias positivas en el cuidado y tratamiento de Mujeres Afectadas Adicciones, según tengan o no profesionales capacitados por el Proyecto GROW***

Servicios ofrecidos a MAA	CSMC sin profesionales capacitados por PG	CSMC con profesionales capacitados por PG	Diferencia	Chi-cuadrado de Pearson	Significancia estadística p=
Acuden más	22.7%	32.3%	9.5%	0.576	0.448
Adhieren más	27.3%	51.6%	24.3%	3.140	0.076
Recaen Menos	45.5%	45.2%	-0.3%	0.000	0.983
Más satisfechas	40.9%	45.2%	4.3%	0.095	0.758
Niv Resultados Positivos	50.0%	61.3%	11.3%	0.668	0.414
TOTAL	22	31			

Fuente: Elaboración propia con base en datos HIS del Ministerio de Salud Perú

En síntesis, sobre el análisis de las atenciones de mujeres con problemas de adicciones en el MINSA, se encontró:

- En el 2014 se registraron bajo el subcapítulo de adicciones, 3,405 atenciones de mujeres, mientras que en el 2019 la cifra aumentó a 11,887 y en el 2022 a 17,089. Es evidente que la cantidad de atenciones registradas ha aumentado significativamente, aunque se percibe cierto desaceleramiento entre el 2019 y el 2022, comprensible considerando que es el periodo de pandemia por COVID19. Sin embargo, al observar la proporción de mujeres atendidas en relación con el total de atenciones en adicciones en los tres momentos, no se observa variación

entre el 2014 y el 2019, manteniéndose en un 22% (aproximadamente una quinta parte del total de atenciones son a mujeres). Esto significa que, por cada cuatro atenciones a hombres, se brinda una atención a una mujer.

- En el año 2022, la proporción aumentó ligeramente a un 23%. Al analizar el comportamiento de este incremento porcentual de 1% por niveles de atención, se debería a un incremento en atenciones en el segundo nivel de atención y, especialmente, en el tercer nivel de atención, pasando del 20% al 23% y del 16% al 23%, respectivamente.
- En cuanto a la información obtenida en la encuesta a jefes de 53 CSMC sobre cambios en la atención a las mujeres con problemas de adicciones, no se encontraron diferencias significativas entre aquellos que cuentan con personal capacitado por el proyecto GROW y aquellos que no lo tienen. Lo que puede mostrar, de un lado, las dificultades para instalar cambios y, de otro, las dificultades para sostener los cambios. Este estudio transversal no permite por su propia naturaleza y objetivo abordar el proceso de implementación de los cambios, ni su desmantelamiento en el tiempo, ya que es una captura del momento actual. Sin embargo, es importante mencionar que el desarrollo de competencias logrado por el Proyecto GROW es uno de los pilares del cambio, que muestra la necesidad de complementarse con otras acciones para generar cambios sostenibles. Consideramos que un proceso de seguimiento y monitoreo de los cambios implementados a consecuencia del proyecto, hubiera permitido información valiosa para complementar estas reflexiones, procesos que no fueron incluidos en la implementación del mismo.

### **3.5 Incorporación del enfoque de género en la atención en adicciones**

Este subcapítulo busca responder ¿En qué medida se ha incorporado el enfoque de género en la atención de abuso de sustancias en CSMC y servicios de hospitales por influencia del Proyecto GROW? El análisis se basa en la información obtenida mediante la encuesta aplicada a los y las participantes, los grupos focales y las entrevistas a facilitadores nacionales y regionales.

#### **3.5.1 Enfoque de género a participantes de capacitaciones/profesionales de los Centros de Salud Mental Comunitaria**

Entendemos el enfoque de género, para la temática que estamos abordando, como una propuesta racional, consciente, política y ética orientada a cambiar las nociones estereotipadas, actitudes, y otras dimensiones ideológicas, cognitivas y/o culturales, conscientes e inconscientes, que conllevan a prácticas y procesos de reproducción de exclusión, discriminación e inequidad en desmedro de las mujeres al cuidado integral de su salud y reales oportunidades para su desarrollo, vulnerando sus derechos.

El Proyecto GROW, y también como política CARE Perú, institución que lo implementa, ha asumido el enfoque de género como el eje de su propuesta académica y política, lo cual se traduce en permear de ello todas las actividades del proyecto. A fin de detectar en la evaluación cambios en esta materia entre los participantes y en los servicios de

salud hemos construido una escala empírica que le hemos denominado Escala de Deconstrucción de Estereotipos de Género: EDEG.

Se seleccionó un conjunto diverso de premisas que circulan en los servicios de salud sobre esta temática, considerando a aquellas que aparentemente o intuitivamente pueden merecer acuerdo o desacuerdo pero que, si las personas se detienen un instante a reflexionar, encontrarán que contiene un prejuicio o estereotipo que las invalidará desde un punto de vista de equidad de género. La hipótesis es que si una persona detecta los supuestos es que se encuentra en un proceso de deconstrucción de los estereotipos de género.

**Tabla 11**

**Cuestionario sobre enfoque de género a participantes.**

PREMISA ESTÍMULO	Valor/verdad aparente o parcial	Verdad oculta/ estereotipo	Respuesta deconstruida
En los servicios de salud no se debe hacer diferencias en la forma de acoger y tratar a hombres y mujeres afectadas de consumo de sustancias	Igualdad entre géneros	La igualdad es inequitativa porque está más ajustada a necesidades de hombres que mujeres.	DESACUERDO
Los problemas de abuso de sustancias, violencia, salud mental y gineco-obstétricos deben ser tratadas en ámbitos separados en los servicios de salud	Especialización. No intrusismo	Indiferencia/compartimentalización invisibilizadora	DESACUERDO
En los servicios generales de salud no se debe indagar sobre la sexualidad, relaciones familiares e interpersonales de usuarias/os de los servicios.	Privacidad/intimidad	Ocultamiento sistemático de inequidades y violencia/oscurantismo	DESACUERDO
Los servicios de salud deben asignar más recursos para la atención de mujeres afectadas de abuso de sustancias que a los hombres con problemática similar.	Desigualdad/Irracionalidad administrativa	La igualdad mantiene la inequidad histórica	ACUERDO
Las mujeres afectadas de abuso de sustancias deben ser atendidas preferentemente por mujeres.	En situación de machismo puede ser más cómodo para algunas	Segrega atención y sistemas/reduce oportunidades/también hay prácticas machistas en mujeres	DESACUERDO
El machismo interfiere relativamente poco en la atención de mujeres afectadas de adicciones en los servicios de salud.	Optimismo benevolente	Minimización/indiferencia/poca empatía con afectadas	DESACUERDO
El uso de lenguaje inclusivo es importante, pero sería muy	Comprensividad y pragmatismo	La Dificultad está asociada a la	DESACUERDO

PREMISA ESTÍMULO	Valor/verdad aparente o parcial	Verdad oculta/ estereotipo	Respuesta deconstruida
complicado su implementación en los servicios de salud.		resistencia machista	
Por ser un servicio público y de salud la identificación por sexo biológico y el nombre legal de la persona debe ser usado en todo el proceso de atención a personas afectadas de abuso de sustancias.	Formalismo/legalidad/pragmatismo	Descremación flagrante a minoría	DESACUERDO
El factor hormonal asociado al ciclo menstrual siempre debe ser tomado en cuenta para comprender y adaptar la atención y trato a MAAS.	Influencia biológica hormonal de estados emocionales	Atribución de baja modulación racional de las emociones en mujeres/desacreditación	DESACUERDO
El/La profesional de salud debe tener capacidad para reconocer por señales externas la orientación sexual y la identidad de género de las personas.	Interés en identificar personas vulnerables en sus derechos	Estigmatización/visión binaria y heteronormativa	DESACUERDO

Las 10 preguntas fueron aplicadas a los 318 facilitadores encuestados y se encontró que el al menos 50% de participantes estuvieron de acuerdo con las siguientes premisas.

- Los servicios de salud deben asignar más recursos para la atención de mujeres afectadas de abuso sustancias que para los hombres con problemática similar.
- El profesional de salud debe tener capacidad para reconocer por señales externas la orientación sexual y la identidad de género de las personas.
- En los servicios de salud no se debe hacer diferencias en la forma de acoger y tratar a hombres y mujeres afectadas de consumo de sustancias.

La tercera parte de los participantes expresaron estar de acuerdo con la siguiente premisa:

- Los problemas de abuso de sustancias, violencia, salud mental y gineco-obstétricos deben ser tratadas en ámbitos separados en los servicios de salud.

La quinta parte estuvieron de acuerdo con:

- Las mujeres afectadas de abuso de sustancias deben ser atendidas preferentemente por mujeres.
- El uso de lenguaje inclusivo es importante, pero sería muy complicado su implementación en los servicios de salud.

Las premisas que tuvieron menos acuerdo entre los participantes, alrededor de 15%, fueron

- En los servicios generales de salud no se debe indagar sobre la sexualidad, relaciones familiares e interpersonales de usuarias/os de los servicios.

- El machismo interfiere relativamente poco en la atención de MAAS en los servicios de salud.
- Por ser un servicio público y de salud, la identificación por sexo biológico y el nombre legal de la persona debe ser usado en todo el proceso de atención a personas afectadas de abuso de sustancias.
- El factor hormonal asociado al ciclo menstrual siempre debe ser tomado en cuenta para comprender y adaptar la atención y el trato a MAAS.

## Gráfico 11

### Premisas con las que están de acuerdo respecto al enfoque de género

Marque las premisas con las que personalmente ESTA DE ACUERDO respecto al enfoque de género en la atención a personas afectadas de abuso de sustancias. La omisión del marcado implica ESTAR EN DESACUERDO. (Debe tomar la opción que se aproxima mejor a sus ideas)  
294 respuestas

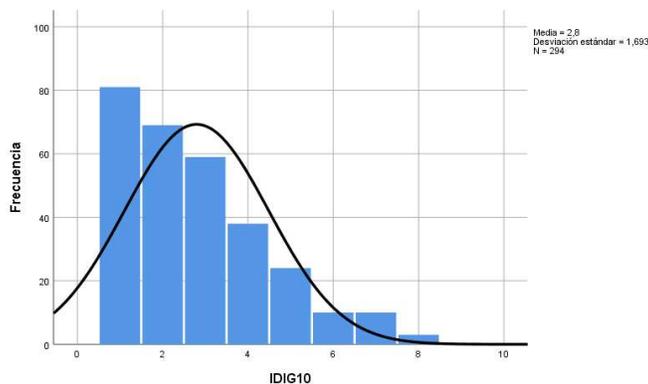


El perfil de acuerdos y desacuerdos con las premisas de estímulo, fue similar a las observadas en una muestra de 53 jefes de CSMC.

Las respuestas a todas las preguntas fueron analizadas estadísticamente encontrándose lo siguiente: El rango teórico va de 0 a 10. En la práctica se encontró valor mínimo de 1 y máximo de 80, haciendo una distribución de curva normal con fuerte desviación a la izquierda, recayendo la máxima frecuencia (moda) en el valor 1, la mediana en el valor 2 y el promedio en 2.8. Por su parte, el error estándar es relativamente bajo (0.1). En la prueba de fiabilidad encontramos un alfa de Cronbach de 0.7 (fiabilidad moderada). Estos indicadores habilitan la escala para mediciones correspondientes.

## Gráfico 12.

### Análisis estadístico de validación del cuestionario



A fin de determinar los factores que pueden estar asociados a los procesos de deconstrucción de género y sobre todo si la capacitación del proyecto GROW ha tenido algún impacto en este eje, se realizó un análisis estadístico de factores basado en el análisis de las diferencias de medias para diferentes grupos de variables.

Se tomaron en cuenta tres grupos de variables:

- Variables asociadas al perfil del participante.
- Variables asociadas al tipo de capacitación.
- Variables asociadas a la participación, logros y resultados personales de capacitación.

La combinación de analítica de estas variables permitiría sustentar la hipótesis de cambio en el proceso deconstructivo de estereotipos de género.

Encontramos que, para todas las variables analizadas, había diferencias significativas en las medias observadas y las medias esperadas en la hipótesis de nulidad de la influencia de dichos factores. Las diferencias fueron valoradas con el test de Chi Cuadrado de Pearson obteniéndose en todos los casos valores superiores a 912, que corresponden a una probabilidad de menor a 0.001 que las diferencias observadas no corresponden a la población lo cual permite justificar estadísticamente las siguientes observaciones:

1. Las variaciones más altas de las medias respecto a la media general de la población evaluada, estuvo asociada a variables de participación y logros personales de capacitación. En los que tuvieron altos logros de productos y competencias las medias estuvieron entre 50% y 75% por arriba. En caso de aquellos que expresaron un alto bienestar emocional en el desarrollo del curso la media en deconstrucción de estereotipos fue un 8% superior al promedio.
2. La media de deconstrucción de estereotipos de género también tuvo altos valores según los tipos y momentos de las capacitaciones dadas. Estuvo muy por arriba de la media general entre los capacitados de la Macrorregión Lima y Oriente, los capacitados en la primera fase y aquellos que recibieron la capacitación de forma presencial.
3. En el caso de las variables relacionadas con el perfil de los y las participantes, se encontró variación significativa por encima de la media en hombres, en personas mayores de 50 años, de profesión psiquiatras, profesionales del primer nivel de atención, y aquellos con experiencia laboral en el sector privado. Si bien hay varios grupos que sorprenden a lo esperado, es probable que para aquellos grupos la experiencia puede haber sido más novedosa y, por tanto, más deconstructiva.

**Tabla 12. Niveles de deconstrucción de estereotipos de género entre participantes de las capacitaciones del Proyecto GROW**

VARIABLES	En todas las variables se obtuvo un CHI Cuadrado de Pearson mayor a 912, y un $p < 0.001$	Índice empírico de deconstrucción de estereotipos de género Alfa de Cronbach: 0.7	
		% observado en nivel alto de IDEG	% de variación del nivel esperado promedio del grupo
<b>VARIABLES asociadas a la capacitación</b>			
<b>Macro Región</b>	Centro	20.4%	<b>-24.7%</b>
	Lima	38.5%	<b>42.1%</b>
	Norte	24.3%	<b>-10.3%</b>
	Oriente	35.7%	<b>31.9%</b>
	Sur	22.9%	<b>-15.3%</b>
<b>Fase</b>	1ra	35.3%	<b>30.4%</b>
	2da	20.8%	<b>-23.0%</b>
	3ra	27.4%	<b>1.2%</b>
	4ta A	27.7%	<b>2.3%</b>
	4ta B	29.2%	<b>7.9%</b>
<b>Rol para el que fue capacitado</b>	Facilitador Nacional	26.7%	<b>-1.5%</b>
	Facilitador Regional	29.4%	<b>8.7%</b>
<b>Modalidad Ajustada</b>	Todo presencial	29.8%	<b>9.9%</b>
	Todo virtual	25.5%	<b>-5.7%</b>
	Mixta	20.4%	<b>-24.7%</b>
<b>Capacitador en OTRAS regiones</b>	No	26.8%	<b>-1.1%</b>
	Sí	28.1%	<b>3.9%</b>
<b>Capacitado en Currículo SOGI</b>	No	26.7%	<b>-1.5%</b>
	Sí	27.6%	<b>2.1%</b>
<b>VARIABLES asociadas a desempeño y resultados</b>			
<b>Nivel de Logros durante capacitación</b>	Alto	42.7%	<b>57.9%</b>
	Medio	27.0%	<b>-0.3%</b>
	Bajo	11.6%	<b>-57.0%</b>
<b>Nivel de logros posteriores a capacitación</b>	Alto	47.2%	<b>74.3%</b>
	Medio	24.6%	<b>-9.0%</b>
	Bajo	20.8%	<b>-23.2%</b>
<b>Nivel de Competencias</b>	Alto	47.8%	<b>76.5%</b>
	Medio	26.2%	<b>-3.3%</b>
	Bajo	7.9%	<b>-70.7%</b>
<b>Nivel de Bienestar emocional expresado en el curso</b>	Alto	29.4%	<b>8.8%</b>
	Medio	24.3%	<b>-10.2%</b>
	Bajo	22.2%	<b>-17.9%</b>
<b>VARIABLES asociadas a perfil de participante</b>			

<b>Género</b>	Femenino	24.1%	<b>-11.0%</b>
	Masculino	35.9%	<b>32.8%</b>
<b>Edad</b>	20-29	12.5%	<b>-53.8%</b>
	30-39	29.8%	<b>10.0%</b>
	40-49	21.2%	<b>-21.9%</b>
	50-59	31.6%	<b>16.7%</b>
	60-70	33.3%	<b>23.1%</b>
<b>Profesión</b>	Enfermería	25.4%	<b>-6.2%</b>
	Medicina	26.1%	<b>-3.6%</b>
	Otras profesiones	28.2%	<b>4.2%</b>
	Psicología	26.9%	<b>-0.7%</b>
	Psiquiatría	31.3%	<b>15.4%</b>
	Trabajo Social	26.7%	<b>-1.5%</b>
<b>Centro Laboral</b>	Centro de Salud Mental Comunitario	26.7%	<b>-1.5%</b>
	Centros o puestos de salud de atención general	37.8%	<b>39.6%</b>
	Servicios de salud mental de hospitales generales de nivel II o III.	25.0%	<b>-7.6%</b>
	Hospitales especializados en salud mental	9.1%	<b>-66.4%</b>
	Otro	19.7%	<b>-27.2%</b>
	Otros servicios de hospitales generales	23.3%	<b>-13.8%</b>
<b>Experiencia de Atención en el sector privado</b>	Nunca	23.1%	<b>-14.5%</b>
	Siempre	34.4%	<b>27.1%</b>
	Si, después de la capacitación	26.3%	<b>-2.8%</b>
	Un tiempo, pero actualmente NO.	24.2%	<b>-10.6%</b>
<b>Observado general del grupo</b>		<b>27.1%</b>	<b>0.0%</b>

### 3.5.2. El enfoque de género en el discurso de los y las entrevistadas

Sobre la perspectiva de género, un espacio común de los participantes es relevar la situación compleja que viven muchas mujeres a causa del denominado machismo. Así, ponen énfasis en los casos de violencia sexual y violencia de género; no obstante, es importante mencionar que en los discursos de algunos entrevistados y entrevistadas no aparecen de manera clara el análisis relacional del género y la necesidad de procesos de deconstrucción de valoraciones constituidas.

Si bien la realidad de inequidad y desigualdad de género, y sus consecuencias en violencia y trauma aparece como obvia y bastante conocida por los profesionales, es particularmente importante que el curso haya podido reflexionar sobre experiencias personales y comprometer a los propios proveedores en el análisis de sus vidas personales.

... la realidad del Perú es la violencia y el trauma son enormes entonces muchos tienen experiencia de trauma, de violencia, incluso cada profesional que trabaja tiene experiencias de vida que de repente pues ya lo empiezan a mirar desde otra forma y dicen “sí, bueno, tengo que trabajar esto, de repente tengo que poner más cosas” y eso tal vez puede hacer que sea tal vez un poquito al inicio, pero luego ya poco a poco van encontrando también cada una sus salidas y eso es lo bueno y lo enriquecedor en realidad del proyecto. (GF facilitadoras/es nacionales)

Por otro lado, a pesar de la elocuencia de la realidad violenta a consecuencia del machismo estructural, las y los entrevistados afirman que la propuesta del curso es novedosa, que antes de ella no se había dado ningún esfuerzo sobre competencias de atención con enfoque de género en el campo de la salud mental.

Es algo nuevo para muchas personas, trabajar género, entonces allí podrían encontrar alguna dificultad o complejidad en poder adaptarse a algo nuevo, a algo diferente, a algo que ellos no conocían, que no lo tomaban en cuenta anteriormente, entonces adaptar y son más cosa como dice... que tienen que verse, que tienen que adaptarse, que se tiene que trabajar, ósea eso en realidad más que difícil es algo nuevo, algo diferente... (GF facilitadoras/es nacionales)

En muchos casos, las mayores referencias a la pertinencia del enfoque de género fueron asociadas al tratamiento de mujeres en situaciones de violencia. Es probable que esa situación sea de fácil identificación su reprobación, no así en otras manifestaciones de desigualdad o de inequidad menos evidentes.

Claro, si, por ejemplo, los casos que ellas nos presentaban eran casos también de violencia...se veía también que las mujeres eran maltratadas entonces de todas maneras cuando ellas nos planteaban los casos, ellas planteaban: la violencia doméstica, la situación de trauma, el problema con los hijos. (GF facilitadoras/es nacionales)

Algunas facilitadoras/es ponen especial énfasis en plantear la dificultad del problema social de la inequidad entre los géneros, considerando las implicancias del machismo y su vitalidad en la cultura, lo que implicaría las limitaciones para responder a esa realidad únicamente desde los servicios de salud.

... pensando en la mujer con este problema que es tan difícil, tan complejo teniendo en cuenta nuestra cultura con predominancia del machismo en hombres y mujeres (GF facilitadoras/es nacionales)

A veces la propia perspectiva de género descansa en prenociones de lo femenino y lo masculino. Por ejemplo, la valoración de la maternidad o la responsabilidad mayor en madres que en padres sobre la responsabilidad frente a los hijos.

el objetivo que es que el beneficiado va a ser la mujer y si vamos a una mujer, vamos a salvar a toda una familia, si salvamos a un hombre, salvamos a un hombre solito, es la pura verdad, porque a veces la mujer adicta se queda a

cargo de toda la prole, el hombre adicto va y desaparece y le importa un comino con quién se quedan sus hijos. (GF facilitadoras/es nacionales)

Las entrevistadas/os plantean la dificultad de cambio en la sociedad y en los servicios de salud y en ellos mismos como portadores/ras de la cultura machista que se manifiesta arraigada en nuestras formas de entender la realidad.

Hay una cultura muy arraigada de violencia, machismo. (GF facilitadoras/es Moquegua)

Cómo decir, porque era difícil... o sea nosotros todavía somos prejuiciosos, ¿no? (GF facilitadoras/es Puno)

En síntesis, en torno a la incorporación del enfoque de género, se concluye lo siguiente:

1. El proyecto GROW logra ingresar la preocupación por la situación de las mujeres vulnerables y desde la perspectiva de género como dimensión de reflexión y acción en las atenciones de salud y en particular en la salud mental.
2. En los resultados cualitativos se identificó la alta valoración para los participantes del enfoque de género en la atención de las adicciones, situando la mayoría de reflexiones en los procesos de atención de mujeres en situación de violencia. Discursivamente, la perspectiva de género más común entre las y los entrevistados es la que problematiza la situación de las mujeres y las constituye en un grupo de mayor vulnerabilidad, aquellas que se encuentran con experiencias de trauma y violencia. Es menor la presencia de discursos que abordan el enfoque estructural, sistémico e interseccional de las desigualdades de género, que involucra las formas de organización social en su conjunto y la interinfluencia de los ejes de desigualdad social, lo que les demandaría un abordaje analítico de las inequidades.
3. Siendo el proceso de deconstrucción de los estereotipos de género de gran complejidad social y psicológica, el estudio de evaluación logró identificar con el uso de una escala actitudinal ad hoc, variaciones más altas de las medias de deconstrucción de los estereotipos de género con respecto a la media general de la población evaluada, en los participantes que tuvieron altos logros en sus productos y autopercepción de competencias, sus puntajes promedio alcanzaron entre 50% y 75% por encima de la media general. Asimismo, en aquellas personas que expresaron un alto bienestar emocional en el desarrollo del curso, la media en deconstrucción de estereotipos fue un 8% superior al promedio. Siendo estos dos casos las diferencias significativas.
4. Asimismo, se encontró que la media de deconstrucción de estereotipos de género tuvo los más altos valores según los tipos y momentos de las capacitaciones dadas. Estuvo muy por encima de la media general entre a) los capacitados de la Macro Región Lima y Oriente; b) los capacitados en la primera fase y c) aquellos que recibieron la capacitación de forma presencial.

5. En cuanto a la asociación de la deconstrucción de estereotipos de género y las variables relacionadas con el perfil de los participantes, se encontraron variaciones mayores en: a) hombres; b) en personas mayores de 50 años; c) en psiquiatras; d) en profesionales del primer nivel de atención y e) en profesionales que además de su labor en el sector público también tenían experiencia en el sector privado. Es probable que para estas personas la experiencia haya sido más novedosa y, por tanto, más deconstructiva.



### **3.6 Logros y cambios significativos desde la perspectiva de los actores**

En este subcapítulo se presentan las reflexiones orientadas a responder a la pregunta: ¿Qué cambios significativos y sostenibles en la atención y cuidado de MAAS han experimentado u observado diversos participantes a raíz de su participación en el Proyecto GROW? Estas reflexiones están sustentadas en la información acopiada y analizada fundamentalmente de los testimonios y grupos focales con facilitadores/as, entrevistas a autoridades y actores claves. Adicionalmente, se incluyen algunas preguntas incorporadas en la encuesta a la luz de las primeras reflexiones generadas en las entrevistas a informantes claves.

#### **3.6.1 Percepción de cambios en atención a mujeres afectadas de abuso de sustancias en los servicios de salud.**

Se inician estas reflexiones haciendo una referencia a la opinión de las y los facilitadores sobre los cambios que se están dando o implementando en sus respectivos establecimientos. (encuesta a 318 personas)

Las respuestas más frecuentes (más del 50%) estuvieron relacionadas a la difusión y promoción de actividades o programas de atención, la detección y captación activa de casos y el acogimiento empático y asertivo de pacientes.

En siguiente frecuencia fueron reportados: el Diagnóstico y codificación de los problemas utilizando CIE 10; la Indagación y reporte en historia clínica de aspectos asociados a sexualidad, embarazo, maternidad, identidad de género, relaciones de pareja y poder, roles familiares y laborales, situación económica, inserción/discriminación social, estigmas y otros relevantes; oferta de consejerías y oferta de terapias individuales

Solo 1 de cada 5, o menos, de los facilitadores/as han observado que en sus establecimientos se están implementando intervenciones más complejas para la atención de mujeres afectadas de problemas adictivos: terapias grupales, terapias familiares, visitas domiciliarias periódicas, monitoreo continuo por teléfono, acompañamiento o supervisión, gestión de interconsultas, actividades de comunicación para educación y toma de conciencia de la problemática en población general, oferta de Tratamientos médicos-farmacológicos específicos para adicciones.

Y 1 de cada 10, o menos, perciben otras atenciones en sus establecimientos como Terapias multifamiliares; hospitalizaciones breves, intermedias o prolongadas; visitas a instituciones laborales, educativas u otros espacios comunitarios, supervisión continua para evitar recaídas con participación de agentes de la comunidad, internamientos domiciliarios, gestión para la admisión en programas específicos y de apoyo para necesidades sociales, actividades educativas para la prevención de problemas relacionados con abuso de sustancias e incidencia política con autoridades y actores claves para la conciencia e implementación de acciones y políticas públicas para la prevención y manejo integral de esta problemática.

### Gráfico 13

#### Cambios positivos observados en establecimiento o servicio

¿Qué cambios ha observado en su establecimiento o servicio sobre la atención de mujeres afectadas de abuso de sustancias, que pueden estar asociados directa o indirectamente al impulso que el Proyecto Grow ha dado a la atención de esta problemática en el país? Marque sólo aquellas en las que tiene un indicio razonable que está ocurriendo en su establecimiento o servicio.



De igual manera, se preguntó también a los facilitadores/as si perciben algún cambio en la demanda que, de alguna forma, sea la repercusión de una oferta que empieza a cambiar, en el marco del proyecto y la reforma de la salud mental que nos ocupa. La percepción más frecuente (51%) de las y los facilitadores sobre el cambio de la demanda es que las mujeres afectadas de problemas de acciones que acceden a sus establecimientos “Expresan más abierta y asertivamente su problemática adictiva y sus necesidades de atención y cuidados”, lo que puede constituirse en el eje de una cadena de cambios. En el 30 a 40% observan que las MAAS, acuden con más frecuencia al servicio o establecimiento, adhieren mejor a los tratamientos e intervenciones y están más satisfechas con la atención y cuidados recibidos. En menor proporción, alrededor de 15 a 20% perciben que las mujeres afectadas de problemas adictivos se involucran con más confianza, asertividad y sostenibilidad en sus procesos de recuperación, defienden y demandan por el cumplimiento de sus derechos de atención y cuidado integral, enfrentan con más autonomía y poder sus circunstancias personales, familiares, laborales y sociales, tienen recaídas menos frecuentes, menos duraderas y/o menos intensas que antes y tienen mayores tasas de recuperación.

### **3.6.2 Percepción de Cambios generados por la Experiencia GROW identificados por los actores del Proyecto.**

A continuación, se presentan los cambios identificados por los actores relacionados a tres áreas, la primera los cambios relacionados en torno al desarrollo de competencias en los profesionales que recibieron los cursos del Proyecto GROW. Una segunda área es la relacionada a los cambios observados o experimentados por los actores en la oferta de los servicios de salud, ya sea en términos de la oferta de servicios individuales o de la institución en su conjunto y un tercer grupo relativo a cambios no buscados intencionalmente por el Proyecto, pero reconocidos por los actores en los diálogos sostenidos. Se presentan todos los cambios identificados, de mayor o menor consenso.

#### **Cambios percibidos en torno a las competencias de los participantes**

Los cambios percibidos en las competencias de los participantes fueron: La capacidad de cuestionamiento de estereotipos de género y la sensibilización en torno a las desigualdades de género; y con ello la necesidad de introducir una perspectiva de género en la atención de la salud mental de las adicciones. GROW desarrolló competencias en los participantes para la atención de víctimas de violencia de género de manera integral. En estos servicios se prestó mayor atención a las comorbilidades relacionadas con las adicciones y con la población femenina en particular.

Algo que también cambió en muchos de nosotros como capacitadores fue nuestras propias creencias, y esto se notó también bastante cuando uno viaja a las diferentes regiones, es romper esos esquemas de machismo que las mujeres conservamos (GF facilitadoras/es nacionales)

Asimismo, existe la percepción de fortalecimiento de competencias en los participantes con nuevos enfoques para el análisis y tratamiento del trauma en mujeres, competencias para la visibilización de las adicciones en mujeres en los servicios y con conocimientos

y sensibilización sobre la pertinencia de la atención diferenciada a mujeres en situación de abuso de sustancias.

Con GROW hemos podido enlazar varias aristas que nos han servido mucho para hacer la terapia, entender el trauma. Entender que tiene que llevarse el tratamiento de la adicción y también el trauma a la vez. ...entender, por ejemplo, por qué a veces nuestra paciente mujer tiene tanta dificultad de llegar a nuestros consultorios... Entender cómo está con los hijos, con quién los deja... (GF facilitadoras/es Puno)

De manera menos frecuente se comentó las competencias de facilitación con estrategias participativas desde un enfoque paritario.

...los médicos estamos sumamente mentalizados en sentarnos en jornadas académicas, científicas, largas horas, donde el maestro es el que sabe y los que saben menos tenemos que callar y preguntar, es vertical. GROW era diferente, era un trato igualitario, donde la enfermera expresaba lo que pensaba, el psicólogo también y se tocaban temas polémicos. (Betty, facilitadora nacional de GROW y SOGI, Lima)

Otras competencias señaladas por las entrevistadas son las capacidades para trabajar con un enfoque comunitario, alineado a la reforma de salud mental comunitaria. Algunos participantes señalaron que el curso GROW les había proporcionado capacidades para volver operativo el enfoque comunitario, planteado casi siempre de manera conceptual o teórica pero que pocas veces aterriza en acciones concretas.

Lo interesante de GROW es que cuestiona las creencias que vienen de nuestra formación. Yo estoy tratando de entenderme a mí para poder yo entender. Si vemos la psiquiatría, la formación manicomial ha sido la regla en la formación del médico psiquiatra en nuestro país y yo he recibido una formación netamente manicomial y entonces si veo el antecedente de mis maestros yo recuerdo mucho que la enseñanza que aprendí de ellos es enfoque hospitalario ósea jamás se hablaba de lo comunitario, entonces yo veo que esto es un proceso propio de nuestra evolución en la medicina, en la psiquiatría, en la salud mental. (Facilitadora nacional de GROW y SOGI, Lima)

### **Cambios identificados en torno a la oferta de los servicios de salud.**

Se perciben cambios en algunos servicios donde se instalaron nuevos **horarios diferenciados para mujeres**. En algunos casos, estos continúan y en otros, se suspendieron por la pandemia u otros factores y se pasaron a atenciones virtuales o simplemente ya no se ofertan.

Fue una experiencia muy buena porque teníamos grupos motivacionales y la paciente iba desde las nueve hasta las dos de la tarde y tenía su programa, incluso manualidades, laborterapia, creatividad, de todo. Fue muy buena la experiencia... sigo en este modelo ambulatoriamente solamente en atenciones

virtuales porque no tenemos presenciales para mujeres. (GF facilitadoras/es nacionales)

Una usuaria viene y quiere un horario adecuado a ella le decimos, mire tenemos tarde, tenemos mañana, tenemos sábado. Entonces ellas escogen de acuerdo a su disponibilidad de tiempo (GF facilitadoras/es Huánuco)

En algunos servicios, los actores identifican que se adaptó la atención a mujeres que llegaban a los servicios con niños/as para brindarles **atención diferenciada**, se pasó de prohibir la presencia de los menores a estimularla para que la usuaria se sienta acogida junto a sus hijos e hijas. Estos cambios fueron limitados a las actividades del curso y en otros casos en tiempos de pandemia se desactivo la atención presencial.

Con el enfoque de género no solamente en el comunitario en que yo estaba en esa época que era San Crispín, sino en otros comunitarios empecé a escuchar que el personal empezaba a tener más en cuenta a mujeres que iban con sus hijos, porque antes se decía que la usuaria debía ir sola y que los niños que vean con quién los encargan; yo ni cuenta me había dado antes de ese gran detalle. (GF facilitadoras/es La Libertad)

Para algunos de los entrevistados, por efecto de GROW, en los servicios se mejoró la identificación de casos de mujeres con problemas de abuso de sustancias. También desde otros servicios de profesionales que llevaron el curso se elevó la derivación de casos de mujeres con potenciales problemas de adicciones desde los profesionales que llevaron el curso de otros servicios a los servicios de salud mental. Tanto por el nuevo conocimiento como por la confianza en base a las redes profesionales generadas en el curso.

el conocimiento ha generado un poco de conciencia... yo he notado que los colegas se comenzaron a preocupar más acerca de sensibilizar a la población mujer... Ya el tratamiento de las adicciones me atrevería a decir que en establecimientos donde hay personal capacitado con el GROW, no es el mismo que era antes. (Vilma, facilitadora regional GROW, Huánuco)

Pero ahora yo sí me siento con la confianza de cuando llegan casos poder decir mira vaya al centro... y sé que va a haber personas, profesionales que van a poder captar el tema y apoyar (GF facilitadoras/es Ucayali)

Para otros y otras entrevistadas, el cambiar las percepciones del trabajo en adicciones, de un trabajo estéril y sin resultados, a un panorama donde es posible intervenir, ha influido a atenciones con mayor dedicación y complejidad.

Decían, ¿para qué tanto vienen? si igual van a recaer. Con esta (Capacitación) ya tienen otra mirada, hay otro abordaje cuando llegan las mujeres, se hace el abordaje en las acogidas, se va viendo si también hay algún tipo de consumo, vamos haciendo otro tratamiento. Ósea se amplió más el panorama. (GF facilitadoras/es Ucayali)

Un cambio identificado de manera repetitiva, tiene que ver con la facilitación del trabajo en equipos multidisciplinarios en los establecimientos que participaron. No solo de los Centros de Salud Mental Comunitarios, también en los establecimientos hospitalarios, en particular en los hospitales nacionales.

A mí lo que más me llamó la atención es que es un trabajo en equipo, y para trabajar con pacientes con adicciones se tiene que trabajar en equipo. No se puede trabajar solo. Con enfermeras, psicólogos, todo es en equipo. (GF facilitadoras/es Moquegua)

Otros cambios identificados en los servicios por los actores, son la implementación de algunas innovaciones como Grupos de Ayuda Mutua entre mujeres con adicciones o la adaptación de los espacios para acoger a las usuarias. Asimismo, se cambiaron los nombres de los servicios, se brindaron becas para mejorar su inserción económica, entre otras innovaciones. En un servicio de La Libertad, se escribió una guía específica para terapia de grupo para la atención de mujeres y de población LGBTIQ.

... hacemos un estudio básico de las necesidades, se está implementando el grupo de autoayuda mutua entre mujeres. Tenemos convenios que se han realizado con centros de capacitación como carreras cortas de cosmetología, computación, también con el Ministerio de Trabajo, eso ya va más con el servicio social de este centro buscando algún apoyo para las usuarias que requieran becas y algo de eso. (GF facilitadoras/es Huánuco)

Casos menos frecuentes son los reportados desde algunas instancias regionales que han solicitado la implementación de nuevos servicios para complementar la atención de las adicciones, motivados por el enfoque integral del trabajo en adicciones. Asimismo, en otro caso se mencionó que la motivación generada por GROW, apoyó la incidencia para la apertura o reapertura de un servicio de hospitalización a mujeres, revisando de las características de atención a las mujeres.

lo que fue interesante porque nos hizo cambiar paradigmas, reestructurar nuestro esquema de tratamiento porque es muy distinto trabajar con mujeres, y en este caso de formas separadas y parte que ya había experiencia en el sector privado por ese lado. (GF facilitadoras/es nacionales)

Yo, como médico psiquiatra, sigo sintiendo bastante fortalecido el tener un equipo que conoce del tema es así porque antes de GROW el tema de adicciones, de adicciones en general, era poco conocido y de mujeres menos. (GF facilitadoras/es Ucayali)

### **Cambios no buscados percibidos como consecuencia del proyecto.**

Los y las participantes identificaron también efectos no buscados directamente por el proyecto, pero ante los cuales ellos identifican una relación de causalidad.

El proyecto GROW, por las experiencias narradas por los entrevistados, ha generado un colectivo de profesionales orientados a un campo de interés: adicciones, que si bien era una problemática que era conocida por ellos y les ha mostrado un conjunto de

teorías, técnicas e instrumentos que les ha motivado a seguir estudiando o se encuentran en la búsqueda de nuevas experiencias para seguir fortaleciendo sus capacidades en el tema. Es así que un número considerable ha seguido la segunda especialidad en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, iniciativa gestionada por el equipo de gestión del proyecto con el compromiso de los socios del Proyecto, en este caso la UPCH. Esto generó la motivación de los participantes para el aprendizaje y el desarrollo de estudios posteriores en el campo de las adicciones. Es sumamente valioso que este colectivo sea reconocido en todas las regiones visitadas.

la primera universidad que en corto tiempo cree o reactive una maestría en adicciones va a tener una demanda única... hay toda una masa crítica que están sensibilizados (GF facilitadoras/es Nacionales)

Otro efecto del proyecto, es la conformación de redes de profesionales constituidas, en su gran mayoría, de manera espontánea. Estas redes siguen en contacto, con mayor o menor vínculo. A través de estos vínculos se realiza la transferencia de información afectiva pero también académica y laboral en beneficio de las usuarias ya que se coordinan interconsultas, apoyo profesional, entre otros.

Entonces yo hasta el día de hoy tengo sus números telefónicos. Entonces, si de alguno de mis compañeros de GROW me mencionara su nombre, yo inmediatamente sé que es de ellos, dónde está, cuál es su número. Tengo forma de contactarme con ellos. (Vilma, facilitadora regional GROW, Huánuco)

Una solicitud expresada por algunos facilitadores es llegar a la red formal, porque en este momento se mantiene contacto en un grupo de WhatsApp con todos los centros a nivel nacional y redundante en fortalecer el diálogo entre los distintos actores de la red de salud.

En síntesis:

- Los cambios mencionados con mayor frecuencia estuvieron relacionadas a la difusión y promoción de actividades o programas de atención, la detección y captación activa de casos y el acogimiento empático y asertivo de pacientes.
- Con mediana frecuencia identifican haber mejorado el Diagnóstico y codificación de los problemas utilizando CIE 10; la Indagación y reporte en historia clínica de aspectos asociados a sexualidad, embarazo, maternidad, identidad de género, relaciones de pareja y poder, roles familiares y laborales, situación económica, inserción/discriminación social, estigmas y otros relevantes; oferta de consejerías y oferta de terapias individuales
- Uno de cada cinco facilitadores ha observado que en sus establecimientos se están implementando intervenciones más complejas para la atención de mujeres afectadas de problemas adictivos.
- Uno de cada diez, percibe otras atenciones en sus establecimientos como Terapias multifamiliares; hospitalizaciones breves, intermedias o prolongadas; visitas a instituciones laborales, educativas u otros espacios comunitarios,

supervisión continua para evitar recaídas con participación de agentes de la comunidad, internamientos domiciliarios y otras.

- Desde la perspectiva de los actores entrevistados, como cambios asociados al proyecto se han identificado cambios en torno a las competencias de los participantes, donde los más mencionados son las capacidades para identificar a MAAS, deconstrucción de estereotipos de género y sensibilidad y capacidades para atender comorbilidades asociadas a las adicciones en mujeres y adolescentes
- En relación a la oferta de servicios, se han identificado múltiples cambios, puntuales o que fueron suspendidos por la pandemia u otras condiciones de los Servicios de Salud, estos cambios van desde el establecimiento de servicios y horarios diferenciados para MAAS hasta la adaptación de los servicios para un mejor acogimiento. En menor frecuencia se citan innovaciones como Grupos de Ayuda Mutua, guías para atención de MAAS, abogacía para apertura de servicios o incremento de camas para MAAS.
- Por último, se han identificado efectos no buscados del proyecto como son el haber promovido un colectivo de profesionales en búsqueda de dedicarse al campo de las adicciones y buscando por ello, mayores estudios en adicciones. El otro cambio no planificado ha sido la conformación de una red informal de profesionales a nivel regional en la mayoría de regiones del país donde se dan vínculos amicales, afectivos y profesionales que permiten coordinaciones a favor de mejorar la atención de las usuarias.

### **3.7 Costo-efectividad de las estrategias aplicadas en GROW**

Este subcapítulo busca responder a la pregunta: ¿Cuáles son las diferencias en costos, productos y resultados obtenidos por la capacitación en modalidad virtual en relación a la modalidad presencial?

En el año 2020 la pandemia irrumpió y la vida institucional y social cambió, por lo que los proyectos y programas tuvieron que adaptarse a la nueva cotidianidad sobre la marcha. Esto pasó con el Proyecto GROW que proyectaba sus capacitaciones de forma presencial. De pronto, tuvo que adaptarse rápidamente a formatos virtuales, que, si bien tenían un avance significativo en recursos y metodologías, tuvieron que sufrir una adaptación rápida con cierta incertidumbre en sus resultados. En el nuevo formato a distancia, algunos gastos como transporte y alojamiento de participantes y docentes se redujeron y probablemente produjeron un ahorro de recursos. Preguntarse sobre lo ganado o perdido es importante para los actores y uno de los encargos a la evaluación y en esta sección buscamos una aproximación a ello.

Para esto dar respuesta se realizaron las siguientes tareas:

- Se realizó un análisis de costos y facilidades para la participación en la capacitación.
- Se estimaron los gastos y costos diferenciados para los participantes (costos de bolsillo) y para el proyecto.
- Se analizó la diferencia de logros entre modalidades de capacitación
- Se analizó la relación costo y beneficios.

Es importante mencionar que no se han incluido el análisis de las contrapartidas de aquellos recursos comprometidos por los gobiernos regionales, porque la diferencia entre cursos era muy diversa y asumir un monto promedio podía distorsionar el análisis.

### **3.7.1 Costos y facilidades de la participación**

Respecto a las facilidades que los participantes recibieron de los organizadores y sus instituciones, destaca el hecho de que solo alrededor del 10% de los participantes recibieron pasajes y viáticos. Si bien esta es una ausencia importante, este hecho que en ocasiones se convierte en el principal beneficio y a veces motivación para participar en una serie de cursos tradicionales e institucionales, en este curso en particular no habría tenido un efecto desmotivador y adverso crítico. Se observa que en torno a un 50% los participantes resaltaron otras facilidades o no impedimentos como: “Me dieron refrigerios durante las actividades”, “Me concedieron licencia o permiso para capacitación”, “No tuve que devolver o compensar el tiempo dedicado a la capacitación y/o cumplimiento de tareas”, “Mi participación NO implicó conflictos y/o tensiones en su centro laboral”, “ Mi jefe inmediato respaldo de modo suficiente su participación y cumplimiento de las tareas (planes)”, y “Mis compañeros de trabajo colaboraron de modo suficiente para el cumplimiento de las tareas (planes) encargados en la capacitación”.

Respecto a los costos de participar en las capacitaciones, casi la mitad de los participantes destacan como más significativos los “Gastos de transporte local en la sede donde se desarrolló el curso”, “Gastos en la preparación o implementación de réplicas y planes individuales” y la “Postergación de otras necesidades personales o familiares relevantes”, trasluciendo el esfuerzo y algo de sacrificio de la participación. Otros costos son relevantes para menos del 20% de los participantes. Asimismo, cerca del 15% expresaron ingresos dejados de percibir; sólo un 2.4% expresó conflictos familiares derivados de su participación y menos de 1% mencionaron el endeudamiento para poder participar.

### **3.7.2 Estimación de Costos de bolsillo de capacitación según modalidad**

La estimación de costos de bolsillo se hizo tomando como referencia la encuesta los facilitadores/as, quienes reportaron haber incurrido en diferentes tipos de gastos: 14% pasajes interprovinciales, 9% alojamiento, 17% alimentación, 49% transporte urbano, etc. Cada uno de los rubros señalados por cada participante fueron multiplicados por el

costo estimado de mercado según se muestra en la tabla subsiguiente. El consolidado arrojó los siguientes gastos promedio por participante según modalidad.

**Tabla 13.**

***Gasto en dólares promedio por participante***

Modalidad	Gasto promedio en dólares americanos por participante
<b>Presencial</b>	228
<b>Mixta</b>	105
<b>Distancia</b>	34

Los costos institucionales se dividieron en dos componentes: Costos de apoyo a la participación y Costos en el servicio educativo.

Los costos de apoyo a la participación tomaron como referencia la proporción de participantes que declaró haber recibido financiamiento de pasajes, viáticos y otros rubros de parte de instituciones patrocinadoras. Los gastos de mercado se ajustaron según el promedio reportado del gasto y el factor estimado por proporción de módulos presenciales. Los costos promedio estimados por participante fueron los siguientes:

**Tabla 14**

***Gasto promedio por participante corregido por frecuencia y factor de módulo***

Rubro recogido en encuesta de facilitadores	Costo Unitario de mercado	Gasto promedio por participante corregido por frecuencia y factor de módulo presenciales		
	dólares americanos	Mixta	Presencial	Distancia
S/1-pasajes interprovinciales	63	3	6	0
S/2-alojamiento	786	39	79	0
S/3-alimentación	236	12	118	0
S/4-transporte local	157	8	16	0
S/5-contribuciones	79	39	79	0
S/6-materiales educativos	79	79	79	79
Total, aporte promedio por participante		<b>180</b>	<b>376</b>	<b>79</b>

El coste del servicio educativo se hizo tomando en cuenta estructuras de costos promedio del mercado en el momento de la evaluación, susceptibles de ajustar con costos reales de las instituciones patrocinadoras.

**Tabla 15**

***Estimado de costo total de servicios de docencia especializada***

<b>Rubros</b>	<b>Mixta</b>	<b>Presencial</b>	<b>Distancia</b>
Docencia	7,500	7,500	7,500
Pasajes Viáticos	1,500	3,000	0
Administrativos	1,500	2,000	1,500
Informáticos	1,000	500	1,500
OVH	1,000	1,000	1,000
N° Participantes	40	40	40
<b>Costo promedio participante</b>	<b>312.5</b>	<b>350</b>	<b>287.5</b>

En síntesis, el gasto total promedio por participante fue de 954 dólares en la modalidad presencial, 598 en la modalidad mixta y 400 dólares en la modalidad virtual o todo a distancia, dando una razón de gasto de 2.4 veces más en la presencial que virtual. Asimismo, la fracción de aporte de participantes fue mayor en la modalidad presencial que alcanzó 23.9% mientras que en la virtual solo el 8.6% (2.8 veces menos).

**Tabla 16**

***Síntesis de gastos institucionales y personales promedio por participante. Dólares USA***

Modalidad	<b><i>Gasto Total promedio por participante</i></b>	Gasto personal promedio por participante	Gasto institucional de apoyo al participante	Gasto institucional en servicio educativo	Gasto institucional total promedio por participante	Porcentaje de gasto del participante
<b>Mixta</b>	<b>598</b>	105	180	312.5	493	17.6%
<b>Presencial</b>	<b>954</b>	228	376	350	726	23.9%
<b>Distancia</b>	<b>400</b>	34	79	287.5	366	8.6%
<b>Razón presencial/virtual</b>	<b>2.4</b>	<b>6.6</b>	<b>4.8</b>	<b>1.2</b>	<b>2.0</b>	<b>2.8</b>

### 3.7.3 Diferencias de logros según modalidad de capacitación

Utilizando la prueba estadística de CHI cuadrado para tablas de contingencia se establece la asociación entre diversos logros personales tanto durante como después de capacitación referidos por los participantes, con la modalidad en la que fue impartida la capacitación (presencial, virtual y mixta). La prueba arrojó un valor P menor a 0.05 para todos los logros personales durante la capacitación y para uno de los logros posteriores. Lo cual nos permite aceptar las diferencias observadas y establecer una asociación estadísticamente significativa entre modalidad de capacitación y la mayoría de logros examinados.

Para ponderar la diferencia entre la desviación de lo esperado (en supuesto de igualdad) y lo observado en el segmento de modalidad presencial vs virtual, se ha calculado la diferencia entre estas, destacando la superioridad de lo presencial sobre lo virtual, en todos los logros excepto el nivel de asistencia. Los indicadores con más diferencia a favor son la obtención de certificados, el establecimiento de vínculos interpersonales y la realización de estudios complementarios.

**Tabla 17**

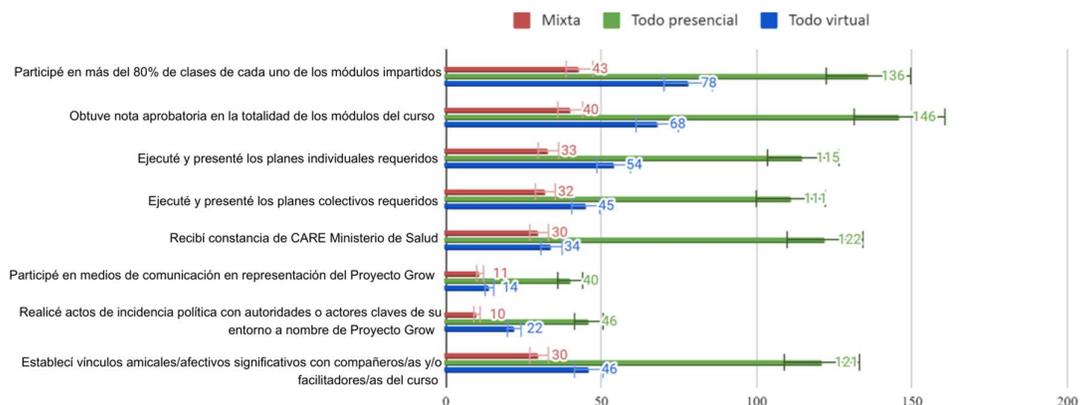
#### ***Logros de la capacitación según modalidad presencial/virtual.***

	Modalidad de capacitación			Razón presencial/virtual	chi- cuadrado p=
	Todo presencial	Todo virtual	Mixta		
<b>Logros personales durante la capacitación</b>					
Participé en más del 80% de clases de cada uno de los módulos impartidos.	81.0%	83.0%	79.6%	<b>0.98</b>	0.0001
Obtuve nota aprobatoria en la totalidad de los módulos del curso	86.9%	72.3%	74.1%	<b>1.20</b>	0.0001
Ejecute y presente los planes individuales requeridos	68.5%	57.4%	61.1%	<b>1.19</b>	0.0001
Ejecute y Presente los planes colectivos requeridos	66.1%	47.9%	59.3%	<b>1.38</b>	0.0001
Recibí constancia de CARE Ministerio de Salud	72.6%	36.2%	55.6%	<b>2.01</b>	0.0001
Participo en medios de comunicación en representación del Proyecto GROW	23.8%	14.9%	20.4%	<b>1.60</b>	0.0001
Realice actos de incidencia política con autoridades o actores claves de mi entorno	27.4%	23.4%	18.5%	<b>1.17</b>	0.0001

Establecí vínculos amicales/afectivos significativos con compañeros/as y/o facilitadores/as del curso	72.0%	48.9%	55.6%	<b>1.47</b>	0.0001
<b>Razón promedio para logros durante</b>				<b>1.37</b>	
<b>Logros personales posteriores a la capacitación</b>					
Estudios complementarios	17.9%	1.1%	13.0%	<b>16.27</b>	0.0001
Actividades colaborativas	44.6%	29.8%	38.9%	<b>1.50</b>	0.610
Emprendimientos	24.4%	28.7%	31.5%	<b>0.85</b>	0.531
Ascensos	1.8%	5.3%	5.6%	<b>0.34</b>	0.215
<b>Razón promedio para logros durante</b>				<b>4.74</b>	
<b>Razón promedio para todos los logros estadísticamente significativos</b>				<b>3.03</b>	
<b>Total</b>	168	94	54		

Fuente: Encuesta Facilitadores Proyecto GROW, 2023

#### Gráfico 14 Logros de la capacitación según modalidad



La evaluación encontró que el costo promedio de implementar el currículum GROW en una región en la modalidad presencial representa 2.4 veces el costo de la implementación promedio de la modalidad virtual; no obstante, en relación a los beneficios, la modalidad presencial genera 3.03 veces más logros que la virtual. Por lo tanto, matemáticamente hablando, la modalidad presencial sería 1.3 veces más costo efectiva que la modalidad virtual.

Es importante considerar que en este caso la modalidad virtual no tuvo costos de implementación inicial, tales como diseño, desarrollo modular y plataforma, ya que no se adecuó a un formato de curso en línea, pero tampoco obtuvo los beneficios de la adaptación metodológica. Es muy probable que con esta adaptación se hubiera registrado menos deserción de participantes.

En síntesis:

- El gasto total promedio estimado por participante fue de 954 dólares en la modalidad presencial, 598 en la modalidad mixta y 400 dólares en la modalidad totalmente a distancia, dando una razón de gasto de 2.4 veces más en la presencial que en la virtual. Asimismo, la fracción de aporte de participantes fue mayor en la modalidad presencial alcanzando el 23.9%; mientras que en la modalidad virtual sólo fue de 8.6% (2.8 veces menos).
- El costo promedio de implementar el currículum GROW en una región en la modalidad presencial representó un 2.4 veces el costo de la implementación promedio de la modalidad virtual; sin embargo, en relación a los beneficios, la modalidad presencial genera 3.03 veces más logros que la virtual; por tanto, proporcionalmente, la modalidad presencial sería 1.3 veces más costo efectiva que la modalidad virtual, siempre en las condiciones que fueron impartidas.



### 3.8 Aportes del Currículum SOGI en Lima y Callao

En el presente subcapítulo se busca responder ¿Cuáles son los productos, resultados y cambios en los usuarios, más significativos percibidos por participantes de la capacitación con Currículo SOGI en Lima y el Callao? Para ello se hace uso de las evidencias construidas a partir de un cuestionario aplicado a 18 participantes de la capacitación, las entrevistas testimoniales y grupos focales a facilitadoras nacionales.

SOGI es un programa generado dentro del Proyecto GROW, orientado a fortalecer capacidades de los profesionales y activistas para la atención de la comunidad LGTBQ

con problemas de adicciones. Si bien se aplicó la misma metodología y los mismos enfoques de GROW, tuvo algunas particularidades. Se gestionó en torno a manuales previamente diseñados para un público internacional, los cuales fueron traducidos sin mayor adaptación a los contextos de intervención, con una metodología participativa, enfoque de género y enfoque comunitario. Lo particular e interesante es la participación desde su planificación de activistas de la población LGTBIQ, así también fueron participantes del curso y parte del equipo facilitador en las regiones.

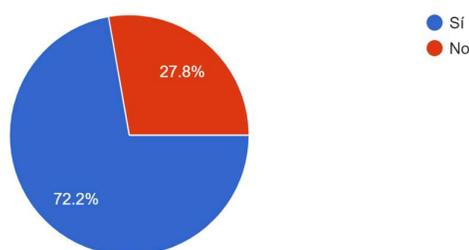
Mi participación en GROW se dio porque varias organizaciones (LGTBIQ) fuimos invitadas por la embajada americana a una capacitación, primero fue como una capacitación piloto, en el cual participamos varios miembros de la comunidad y reconocidas activistas con respecto al uso de sustancias en la comunidad LGTBIQ. (Activista y Facilitadora Nacional SOGI, Lima)

### 3.8.1 Perfil de los encuestados y encuestadas

Es importante mencionar que de las 18 encuestadas, tres de cuatro habían sido capacitados también para GROW, por lo cual ya tenían experiencia y conocimientos previos de la temática, de la metodología y enfoque del curso.

#### Gráfico 15

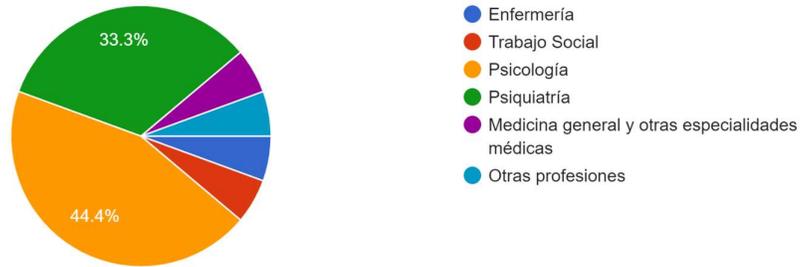
#### *Participación previa en el Proyecto GROW*



Entre los y las encuestadas encontramos población predominantemente femenina 67%, masculina 28% y LGTBIQ 5%.

El enfoque del curso también fue multidisciplinario, lo que se expresa en las 5 profesiones que fueron mencionadas por las y los encuestados, con una mayor proporción de psicólogos y psiquiatras.

**Gráfico 17**  
**Profesión y/o especialidad de los encuestados**



Respecto al servicio público donde labora, el 35% afirma trabajar en un centro de salud mental comunitario; el 35% en hospitales generales; un 5% en hospitales especializados; y el 25% restante de otros tipos de servicios.

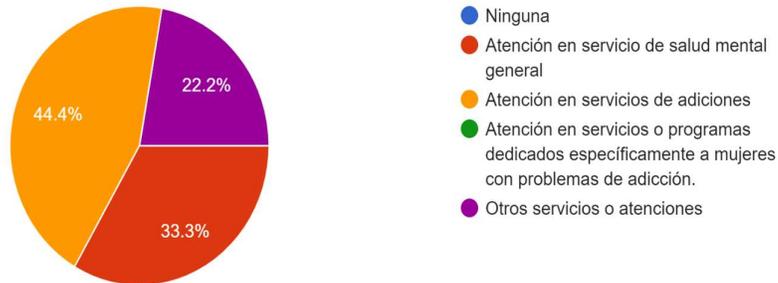
**Gráfico 18.**  
**¿Tipo de servicio público trabajaba cuando inició su capacitación en el Proyecto SOGI?**



Antes de la capacitación, ninguno de los participantes laboraba en un servicio para población LGTBIQ. El 44% trabaja en servicios de adicciones, 33% en servicios de salud mental y 22,2 en otro tipo de servicios.

**Gráfico 19**

**Tipo de atenciones brindadas a personas con diversidad de género, con problemas por abuso de sustancias, antes de SOGI**

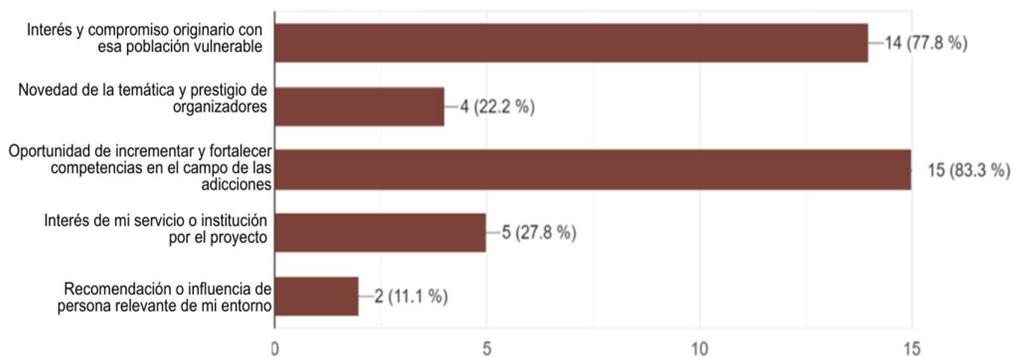


### 3.8.2 Motivación, experiencia y metodología

Respecto de la motivación para participar, se mencionaron dos de alta frecuencia, el compromiso con la población LGTBIQ (77,8%) y aprovechar la oportunidad de incrementar competencias (83,3%).

**Gráfico 20**

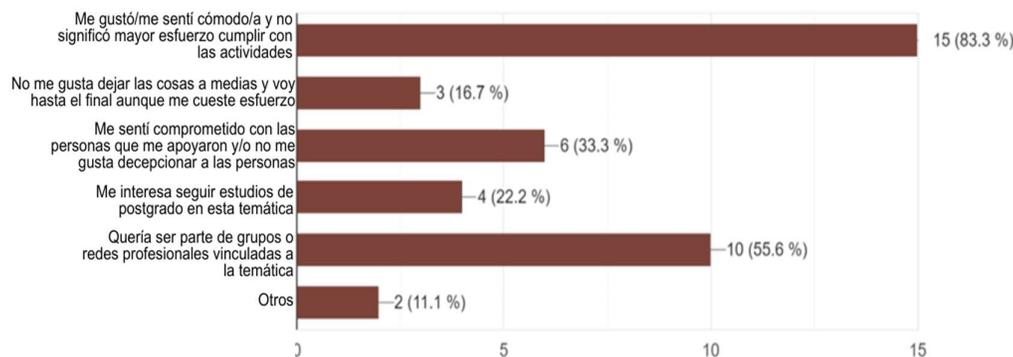
**Principales motivaciones para participar en el Proyecto SOGI**



Al consultar sobre sus motivaciones para continuar y culminar los estudios, se mencionaron el sentirse satisfecho con el curso y el querer ser parte de grupos o redes profesionales vinculadas a la materia del curso.

### Gráfico 21

#### Principales motivaciones o móviles para culminar el proceso de capacitación



Sobre el apoyo económico recibido, citan con mayor frecuencia la concesión de licencias y la recepción de refrigerios (66% y 72% respectivamente). Luego se menciona al entorno laboral favorable y 1 de 5 mencionaron el pago de pasajes y viáticos.

### Gráfico 22

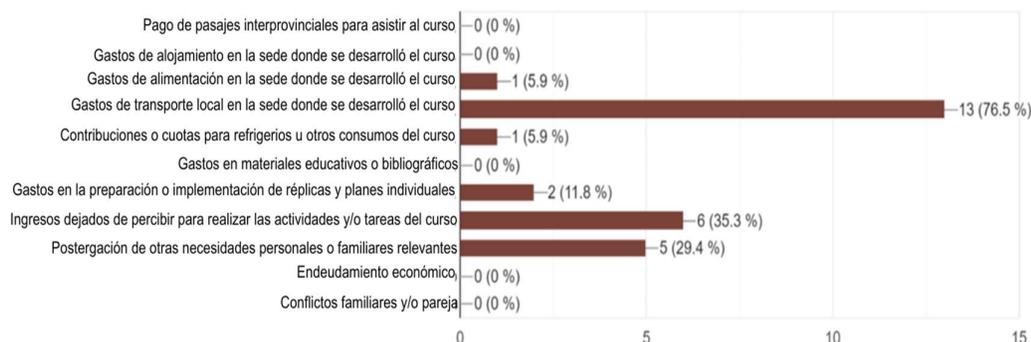
#### Tipos de apoyo recibidos de los organizadores o institución para ser capacitado por el Proyecto SOGI



Sobre los gastos de bolsillo realizados, hay dos de importancia. Uno el relacionado a gastos de movilidad (76,5%) y dos, los ingresos no percibidos por el tiempo destinado a la capacitación (35%).

### Gráfico 23

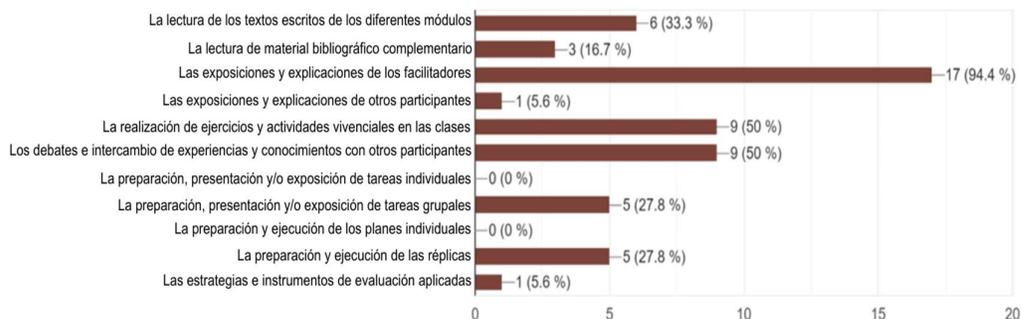
#### Costos personales de participar en las capacitaciones del Proyecto SOGI



Casi todos los y las participantes afirmaron valorar las exposiciones y explicación de los y las facilitadores. Muy por debajo en frecuencias, 1 de 2 afirma la realización de ejercicios y actividades participativas y 1 de cada 2 afirma que los debates e intercambio con los compañeros y compañeras del curso fue el componente didáctico más valorado.

### Gráfico 24

#### Componentes didácticos más valorados del Proyecto SOGI



Respecto del clima social, valoraron el estilo de liderazgo de los tutores (72%) y las relaciones de cooperación, sin embargo, existe una gran dispersión de las respuestas, mostrando que fueron muchos los aspectos valorados.

## Gráfico 25

### Aspectos del proceso grupal y clima psicosocial del curso más valorados

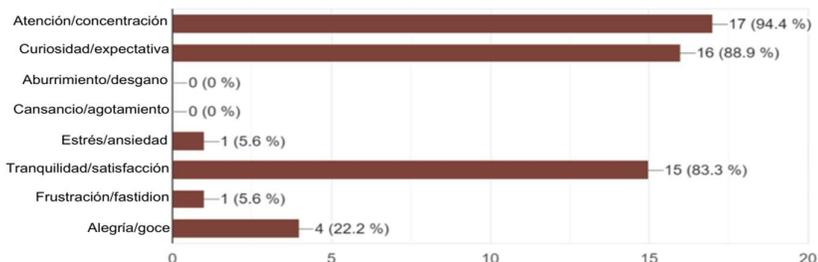


### 3.8.3 Satisfacción de los, les y las participantes

Sobre cómo se sintieron en el transcurso de los cursos, rescataron frecuentemente, la atención, la curiosidad y la satisfacción como estados mentales que experimentaban (94%, 89% y 83%, respectivamente).

## Gráfico 26

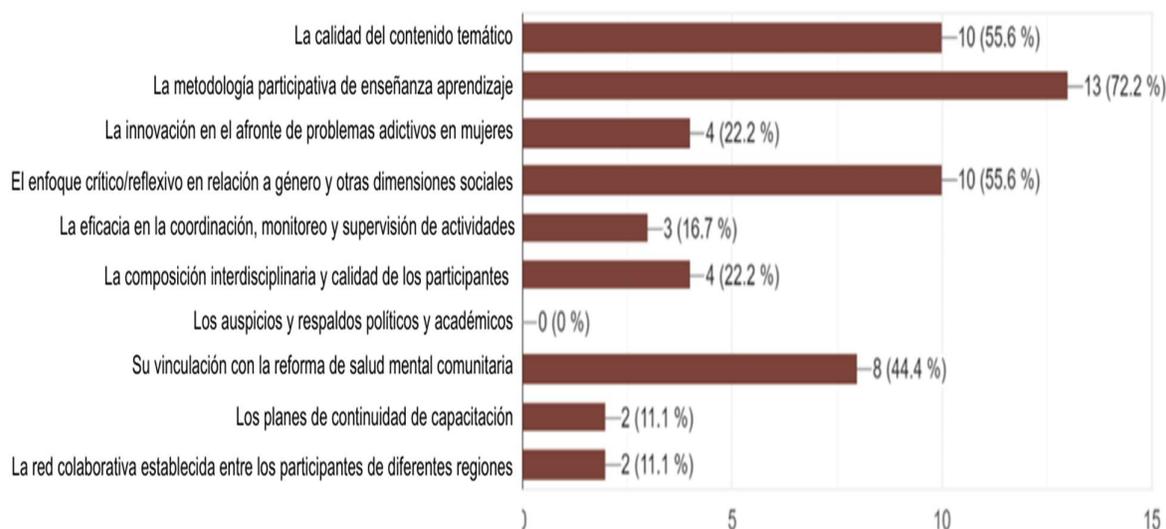
### Emociones o estados mentales más comunes que experimentaba durante la ejecución de los módulos del curso



Entre los factores de éxito valorados prioritariamente, 3 de 4 citan la metodología participativa y 1 de 2 la calidad del contenido temático y el enfoque crítico y reflexivo.

**Gráfico 27**

**Factores del éxito de la capacitación del Proyecto SOGI percibidos por las, les y los encuestados**

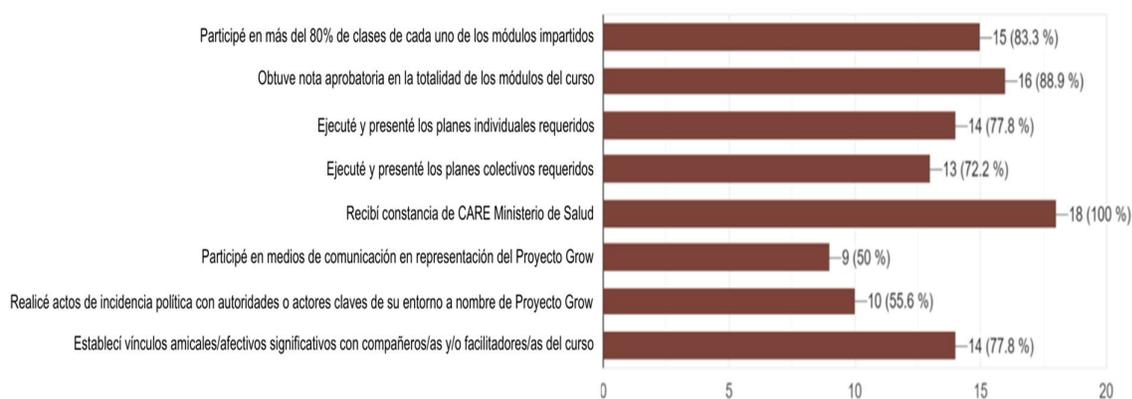


**3.8.4 Logros y cambios percibidos**

Entre los logros auto percibidos en el proceso de la capacitación, los y las participantes señalaron en un 100% recibir la constancia, en 90% nota aprobatoria, participación en 83% y en 77% establecí vínculos amicales y afectivos.

**Gráfico 28**

**Logros auto percibidos relacionados a la capacitación**



Sobre los efectos auto percibidos de haber llevado el curso el 82% menciona el realizar actividades de facilitación, ser parte de redes profesionales y el haber iniciado emprendimientos personales.

**Gráfico 29.**  
**Efectos de la participación en el Proyecto SOGI autopercibidos**



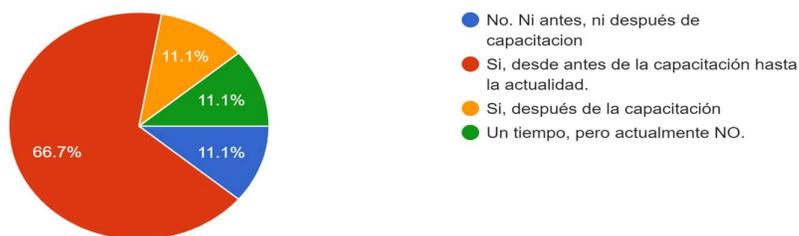
A pesar del sentido común que suele pensar en la alta rotación de los recursos humanos, el 66,7%, es decir, 2 de 3 se encuentran en el mismo establecimiento. El 11,1 % en un establecimiento similar de la misma región y el 16,7% se cambió de sector, pero con funciones similares.

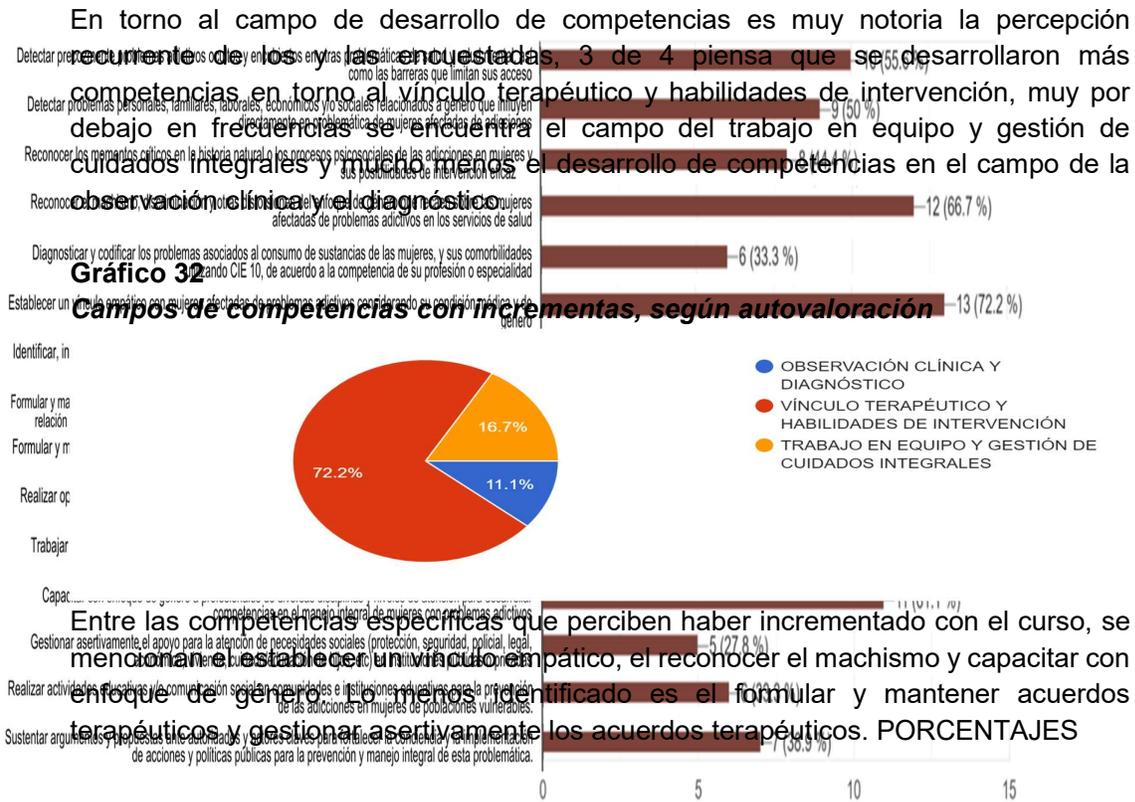
**Gráfico 30**  
**Tipo de migraciones laborales posteriores a la participación en el Proyecto SOGI**



Es importante mencionar que 2 de cada 3 encuestados, son profesionales que en el sector privado atienden a población LGBTIQ; 11,1% sólo después de la capacitación; y 11,1% por un tiempo. Sólo 1 de cada 10 nunca atendió a personas LGTBIQ con problemas de adicciones.

**Gráfico 31.**  
**Atención a personas LGTBIQ, afectadas por problemas de adicciones en el Sector Privado**

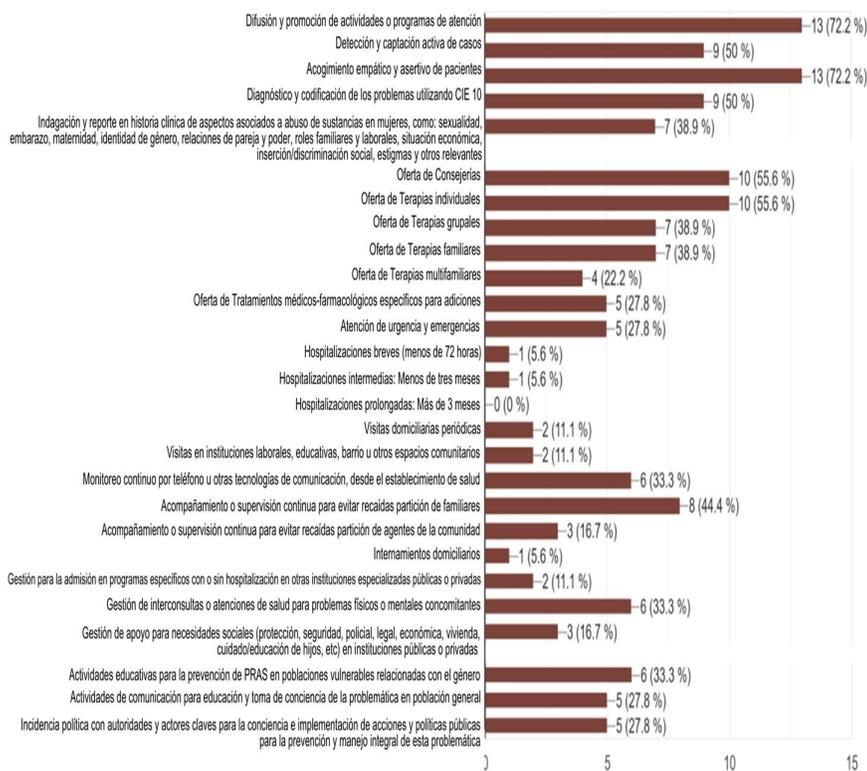




**Gráfico 33.**  
**Autovaloración de competencias específicas incrementadas**

Respecto de la atención, se han identificado la mejora en la difusión y promoción de la atención a mujeres y población LGTBIQ y el acogimiento empático. Lo que se ha visto menos favorecido son las hospitalizaciones breves, intermedias y prolongadas y también las visitas domiciliarias.

**Gráfico 34**  
**Cambios positivos percibidos en su establecimiento o servicio sobre la atención a mujeres y población LGTBIQ afectadas de abuso de sustancias**



Sobre las percepciones de género el mayor acuerdo de los entrevistados es percibir que existen aún dificultades para apuntalar una visión de equidad y de diversidad sexual.

Las entrevistadas señalaron algunos cambios generados por la capacitación: el primero y más frecuente es el proceso de sensibilización de los profesionales en base al cuestionamiento de estereotipos de la población LGTBIQ. Para ello fue realmente medular el hecho de que los facilitadores internacionales se identifiquen como parte de la comunidad y que se hayan incluido a activistas LGBTIQ.

Algunos lo expresaban con palabras, yo lo notaba en la reacción de sus propios cuerpos: su mirada, sus gestos... También se conocieron casos de profesionales de salud que entraron cerrados, tan herméticos en el entendimiento y salieron con un cambio que a mí me asombró. Había una doctora, mayor, al final del taller ella me abrazó y me dijo: “ahora entiendo todo lo que ustedes realmente pasan, yo pensaba que no”. (Gaby, facilitadora nacional SOGI, Lima)

Poco a poco, me encontré con gente conocida, obviamente algunos infectólogos conocidos que sí ya estaban totalmente sensibilizados, y los que no, pues los hemos ido sensibilizando, conversando, conociendo, reconociendo, compartiendo los videos (Rosario, facilitadora nacional SOGI, Lima)

En cuanto a los servicios de salud, se cita la apertura a recibir población LGTBIQ, en base a la declaración de sitios seguros. Asimismo, las activistas han generado vínculos con los profesionales para gestionar la mejora de la referencia. Este resultado puede potenciarse con la integración de activistas en las regiones de implementación.

Se están abriendo puertas en la atención a la Comunidad, ahora yo tengo contactos de profesionales sensibles con la comunidad. Esta capacitación busca que los espacios se vuelvan seguros, ahora ponen una bandera del orgullo como una señal a nuestra comunidad. Pero se tiene que trabajar mucho más, (Rosario, Facilitadora Nacional SOGI, Lima)

En síntesis, en cuanto a la experiencia SOGI, se arribó a las siguientes conclusiones:

1. Tres de cada cuatro participantes en el Programa SOGI también habían sido capacitados por el proyecto GROW, por lo que es importante mencionar que ya tenían experiencia previa, conocimientos importantes sobre la temática y habían iniciado su proceso de deconstrucción de género. Los evaluadores consideran que esta situación ayudó en gran medida al proceso de aprendizaje en ambos sentidos, tanto para la atención del currículo SOGI y el reforzamiento del currículo GROW. Facilitando los procesos de respeto de la diversidad sexual e identidades transgénero.
2. Se valora el enfoque participativo y multisectorial con una mayor proporción de psicólogos y psiquiatras. Entre los encuestados encontramos una población predominantemente femenina (67%) y la importante participación de activistas LGBTIQ (5%). La participación de las últimas benefició los procesos de deconstrucción.
3. Los participantes estuvieron satisfechos con el curso y motivados por ser parte de grupos o redes profesionales vinculados a la materia del curso. Casi todos afirmaron valorar las exposiciones y explicaciones de los facilitadores. Respecto al clima social, valoraron el estilo de liderazgo de los tutores y las relaciones de cooperación entre los participantes.
4. A pesar del sentido común que suele pensar en la alta rotación de los recursos humanos, el 66,7% se encuentran trabajando en el mismo establecimiento que en el momento de la capacitación, se encuentran en un establecimiento similar en la misma región el 11,1% y el 16,7% se cambió de sector, pero con funciones similares.
5. En torno al campo de desarrollo de competencias, es muy notoria la percepción de los encuestados, tres de cada cuatro piensan que se desarrollaron más competencias en torno al vínculo terapéutico y habilidades de intervención, muy por debajo en frecuencias se encuentra el campo del trabajo en equipo y gestión de cuidados integrales y mucho menos aún, las competencias en el campo de la observación clínica y el diagnóstico.
6. Entre las competencias específicas que perciben haber incrementado con el curso, se mencionan el establecer un vínculo empático, el reconocer el machismo y capacitar con enfoque de género. Lo menos identificado es el formular y mantener acuerdos terapéuticos y gestionar asertivamente los acuerdos terapéuticos.

7. Sobre los enfoques de género y de diversidad sexual, el mayor acuerdo de los entrevistados es que existen aún dificultades para apuntalar una visión de equidad y de respeto integral a la diversidad sexual desde los servicios de salud. Los y las entrevistadas señalaron algunos cambios generados por la capacitación, siendo el más frecuente el proceso de sensibilización de los profesionales en base al cuestionamiento de estereotipos de la población LGTBIQ.
  
8. Respecto a los cambios percibidos en la atención, se ha identificado la mejora en la difusión y promoción de la atención a mujeres y población LGTBIQ y el acogimiento empático en base a la publicación del establecimiento de salud como zona segura. Asimismo, las activistas han generado vínculos con los profesionales para gestionar la mejora del acceso de las comunidades al servicio. Este resultado pudo potenciarse con la integración de activistas en los cursos desarrollados en las regiones.



#### **4. CONCLUSIONES**

**El estudio de evaluación arribó a las siguientes conclusiones, habiendo analizado y relacionado los hallazgos de cada uno de los objetivos específicos del estudio:**

1. El proyecto GROW, en el escenario de una reforma de salud mental comunitaria, tuvo la oportunidad de ser apoyado por las instancias sanitarias que impulsan la reforma y al mismo tiempo apoyó de manera importante y sostenida en la conformación de un colectivo profesional multidisciplinario comprometido con la Salud Mental Pública en el país. Esto muestra uno de los mayores aciertos de la intervención, el haber apostado por dirigirla a los equipos multidisciplinarios, con las complicaciones que esto entrañaba, pero con una firme convicción de la apuesta por la interdisciplinariedad. Esta convergencia y alineamiento con el proceso de la reforma de salud mental comunitaria explica en gran medida el proceso de escalamiento que vivió el proyecto hasta llegar al nivel nacional, implementando sus acciones en todas las regiones del país y el éxito en la recordación y valoración de los actores.
2. La relevancia del enfoque de género del proyecto GROW, en el contexto de los compromisos internacionales (Conferencia de Beijing) y la normatividad nacional (Ley de Igualdad de Oportunidades, 2007), es mayúscula, si se toma en cuenta que hasta el año 2017 no se habían incorporado en el informe nacional de cumplimiento, acciones en el campo de la salud mental de las mujeres. Es en el informe del 2019, que el Ministerio de Salud, entre otras actividades, reporta las acciones del Proyecto GROW como parte del Informe Nacional de Cumplimiento de la LIO, poniendo en manifiesto el valor político y estratégico del proyecto para el Ministerio de Salud en el escenario de cumplimiento de compromisos asumidos por el Estado Peruano.
3. Los retos asumidos por el proyecto son ambiciosos en cuanto al enfoque de género, suponen transformaciones importantes de comprensión, actitud y acción de manera individual, colectiva, institucional e interinstitucional; de allí, que los resultados nos revelan que se desarrollaron competencias pero su implementación en acciones efectivas aún son procesos inacabados y en algunos casos fueron limitados por la Pandemia y las difíciles condiciones de los servicios de salud, según la información reportada por la evaluación. La introducción del enfoque de género comporta una complejidad mayúscula, más aún en un escenario político y social con embates conservadores que han cuestionado de manera constante hasta el propio uso del término. Es un logro del proyecto haberse colocado la tarea de hacer visible la problemática de las adicciones en mujeres y la influencia de las inequidades de género en la constitución del trauma, relacionándolas con otros problemas de salud y de salud mental y con ello, haber introducido el enfoque de género (y del respeto a la diversidad sexual) y sostenido la intervención en la agenda de la salud pública y de la salud mental.
4. La atención a mujeres afectadas por adicciones es uno de los problemas más complejos en el campo de la salud mental. En general, sabemos que los

problemas de salud mental son estructuras a la vez biológicas, psicológicas y sociales y requieren ser intervenidas en esas tres dimensiones. Más aún, es claro que no existen tecnologías lo suficientemente eficaces que, administradas a las personas sin la participación de ellas o los colectivos de los que hacen parte, tengan una efectividad intrínseca suficiente como en el caso de muchas áreas de la práctica médica. Esto último, hace imperativo (no opcional) el carácter participativo y comunitario de las intervenciones en salud mental y ello lo ha propuesto con claridad el proyecto. En el campo de las adicciones es aún más complejo, comparado con problemas de orden ansioso depresivo o psicótico, que los procesos patológicos involucran directamente la conciencia, la voluntad, el placer y otras funciones que están en el núcleo de las acciones y las relaciones humanas, y tal vez por eso mismo, no hay tecnologías farmacológicas o psicoterapéuticas específicas que gocen de consensos suficientes y que den la impresión de objetividad como en otras áreas de la psiquiatría y la salud mental. De allí, que la evaluación concluye que es un acierto del proyecto GROW, el haber transmitido esa complejidad biopsicosocial en el problema y en la respuesta al mismo.

5. El proyecto GROW ha asumido como bandera la lucha de visibilizar la problemática y el abordaje interdisciplinario, intersectorial basado en el enfoque de género. En el proceso de implementación ha actuado no sólo directamente en el fortalecimiento de capacidades profesionales, sino ha iniciado la activación de procesos sanitarios y sociales para dar cuenta de la complejidad antes mencionada; obsérvese las acciones comunicacionales y el trabajo interinstitucional asumido por el equipo clave del proyecto. La evaluación concluye que estas acciones vinculadas a la gestión de la intervención, identificadas en particular en el proceso del trabajo en las regiones, debe ser considerada como una buena práctica, ya que la institución gestora construyó un rol facilitador y articulador, siempre de apoyo a las acciones institucionales del Ministerio de Salud, contribuyendo a su liderazgo, elemento clave para el escalamiento de las acciones implementadas a nivel nacional.
6. Uno de los logros, identificado de manera transversal por la evaluación, que no fue planificado de manera explícita, es la construcción de un colectivo de profesionales interesados y comprometidos con la temática. Un hallazgo importante en la evaluación es que, a pesar de la alta movilidad de los y las profesionales de la salud, un importante número de ellos se encuentran en la misma región, en el mismo servicio o servicio similar, constituyéndose en un capital humano disponible para acciones futuras y consolidando la existencia de esos colectivos de interés y de coordinación informal de acciones sanitarias.
7. Finalmente, abordar el fortalecimiento de capacidades en la atención de adicciones en el país supone trabajar, en muchos casos, con una sociedad donde se tiene muy poco conocimiento sobre el tema y muchas creencias y concepciones morales, más que técnicas, sobre las adicciones. Esto, sumado a la situación de gran inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres, convierten a la mujer con problemas de adicciones en una persona altamente vulnerable y estigmatizada y los servicios de salud no son ajenos a ello. El

proyecto GROW ha dado, junto a las y los profesionales de la salud participantes, el primer peldaño en el andamiaje para construir atención de salud mental integral y adecuada hacia estas mujeres, tal vez en las que se resumen y potencian las estigmatizaciones de género, raza, clase, entre otras. Por tanto, podríamos plantear que el proyecto ha colocado la lupa sobre un segmento de población de mayor vulnerabilidad dentro de los más vulnerables y esa es, en términos de las intervenciones sociales y de propuesta de políticas públicas, un importante aporte del proyecto, a juicio de la presente evaluación.

Sobre las percepciones de los y las facilitadoras<sup>6</sup> nacionales y regionales sobre la experiencia y aporte del proyecto:

8. Uno de los primeros hallazgos sobre el proyecto GROW es su alto nivel de recordación entre los facilitadores nacionales y regionales, lo que facilitó el proceso de recuperación de las percepciones relativas al proyecto y también nos habla de una experiencia intensa y significativa, en términos emocionales y cognitivos, según los entrevistados. Es igualmente importante mencionar que el Proyecto GROW es concebido como producto de una red interinstitucional liderada por el Ministerio de Salud, DEVIDA, en colaboración estrecha con la ONG CARE Perú y la Embajada de los Estados Unidos en el Perú.
9. La motivación para participar en el proyecto GROW fue predominantemente de índole personal, aunque algunas instituciones apoyaron gestionando permisos laborales para la participación de los profesionales. La motivación se sostuvo en el proceso de capacitación, que fue más extenso en comparación con otros procesos de fortalecimiento de capacidades. Según los participantes, esto se debió a la percepción de que se adquirirían competencias en el proceso de capacitación y al compromiso con la población a la que se orientan sus servicios profesionales.
10. Las percepciones sobre la relevancia del proyecto GROW se centraron principalmente en: a) Su orientación hacia la atención en adicciones; b) La novedad para los participantes del enfoque de género en la atención a mujeres con problemas de adicción; c) La oportunidad de trabajar con equipos multidisciplinarios y b) El enfoque comunitario alineado con las concepciones de la reforma en salud mental.
11. La metodología del proyecto fue muy valorada por los facilitadores, especialmente en su versión presencial, a propósito de la cual se hizo repetida mención a la importancia de las dinámicas participativas y el trato paritario. Se considera particularmente importante el enfoque participativo porque permitió tres procesos: a) facilitar el trabajo con grupos de capacitación tan heterogéneos,

---

<sup>6</sup> Es relevante mencionar que en el texto se denomina facilitadoras y facilitadores a todos y todas las participantes en los cursos, denominación propia del proyecto, que se sustenta en que todo capacitado debe, para el cumplimiento de su propio proceso de desarrollo de competencias, implementar semejantes procesos de capacitación a terceros. Es así que el primer grupo de capacitados, facilitadores nacionales, cuyo proceso se desarrolló en Lima y el Callao, fueron los responsables de implementar los procesos de capacitación en las otras regiones del país, donde los capacitados recibieron la denominación de facilitadores regionales.

de profesiones, de niveles de formación y experiencia muy diversos; b) permitió trabajar de manera vivencial los temas de inequidades de género, evidenciar los estereotipos de género y sensibilizar sobre su influencia en el problema de adicciones y en la atención de los servicios de salud; y c) permitió subsanar la falta de adaptación de los manuales a los contextos nacionales y regionales, al compartir experiencias y vivencias de los facilitadores y participantes.

12. Los aspectos cuestionados en torno a la implementación del proyecto fueron las dificultades para gestionar los permisos laborales, en el contexto de la pandemia por la COVID19; las dificultades en la traducción de algunos textos de los manuales, ya que el proyecto no contó con el presupuesto para una traducción profesional; y la falta de seguimiento o acompañamiento a las acciones de implementación de cambios en los servicios, posteriores a la implementación del curso.
13. Las observaciones al proyecto en su versión a distancia estuvieron relacionadas con la superposición de las actividades de capacitación y las actividades laborales cotidianas, las extensas jornadas de actividades sincrónicas que eran imposibles de cumplir por la falta de capacidad en algunas regiones y los costos de conectividad, la limitada participación de los compañeros y compañeras en las actividades grupales y las dificultades para la realización de actividades participativas. Sin embargo, es importante mencionar, para no desechar la posibilidad de implementaciones futuras en formato virtual, que, al encontrarse en situación de emergencia sanitaria, la versión virtual fue una respuesta a la emergencia, no pudiendo adaptar el contenido a un formato más amigable y acorde a las limitaciones y ventajas que ofrece una educación a distancia. Asimismo, se debe considerar que lo más afectado en la nueva modalidad virtual fue el enfoque participativo, que fue justamente lo más valorado del programa en la modalidad presencial. Es muy probable, que ello haya limitado el trabajo interdisciplinario en paridad, el intercambio de experiencias, la adaptación de los contenidos a los entornos regionales y los procesos de sensibilización del enfoque de género.
14. Los facilitadores y facilitadoras se percibieron y aún se perciben motivados para realizar réplicas y acciones de cambio en los servicios de salud, de acuerdo con las características planteadas en la capacitación. Sin embargo, plantean condiciones en los servicios de salud que se han comportado y se comportan como limitantes para favorecer esos cambios: a) La respuesta a la pandemia por COVID-19 focalizó la atención y el presupuesto en controlar la pandemia y limitó la presencialidad; b) la necesidad de mayor apoyo institucional y de las autoridades regionales a la atención de adicciones; c) la sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios; d) la necesidad de normativas y las guías de atención específicas que permita mayor alineamiento de las acciones del MINSA, GROW y DEVIDA; e) la necesidad de mayor claridad en los roles y funciones de los distintos puntos de la red de servicios de salud en el marco de la reforma de salud mental; y f) las dificultades en la capacidad resolutoria de los servicios y la escasez de recursos humanos capacitados y especializados, con mayor énfasis en las regiones.

En cuanto a la satisfacción de los participantes en el proceso de capacitación, se concluye lo siguiente:

15. El indicador más vinculado con el aprendizaje y uno de los más difíciles de sostener en los procesos didácticos, "la atención y concentración", ha sido señalado como el estado mental más común por casi el 90% de los participantes, seguido de la "curiosidad y expectativa" por casi el 80%. Asimismo, las emociones de "tranquilidad/satisfacción" y "alegría/goce" han bordeado el 50%. Estos indicadores reflejan un clima propicio al aprendizaje y un círculo virtuoso entre condiciones y logros de aprendizaje.
16. La evaluación encontró que la experiencia de capacitación se vivió con mayor bienestar: a) en los estudiantes de la tercera fase y cuarta fase-A<sup>7</sup> del proyecto que puede deberse a procesos de capacitación mejor estructurados en base a lo aprendido en las experiencias previas y b) en los participantes de la modalidad presencial, probablemente relacionado con las experiencias participativas. También se identificaron factores relacionados con el perfil de estudiante, encontrando mayor bienestar en los participantes: a) de las regiones que hemos agrupado en la Macro región Sur; b) en los grupos de personas mayores de 50 años; c) en los profesionales que trabajan en hospitales y d) en aquellos participantes que están en condición de nombramiento; es importante reflexionar que estos tres últimos grupos están relacionados con las condiciones de mejor inserción laboral.
17. Complementariamente, la evaluación encontró menor bienestar emocional sobre la experiencia de capacitación en los participantes a) de la Macro Región Oriente; b) de la cuarta fase B; y c) en la modalidad solo virtual. Todo ello, probablemente, relacionado con los problemas de conectividad y la superposición de actividades. Asimismo, se encontró menor bienestar emocional en los participantes que se encuentran laborando en modalidad CAS COVID, modalidad de frágil inserción laboral y con atención presencial en la pandemia.

Sobre los resultados del proyecto en torno a las competencias fortalecidas en facilitadoras y facilitadores nacionales y regionales:

18. Los participantes perciben que han fortalecido competencias claves en niveles considerablemente altos, especialmente en aquellas competencias que contribuyen más a un manejo integral de esta sensible problemática.
19. Las competencias específicas más logradas en alrededor del 60% fueron: Detectar problemas relacionados a género que influyen directamente en problemática de mujeres afectadas por adicciones, establecer un vínculo

---

<sup>7</sup> En el transcurso de la cuarta fase del proyecto se inicia la Pandemia de COVID 19 y con ello, la prohibición de actividades presenciales, siendo que en algunas regiones intervenidas se implementaron algunos manuales en forma presencial y otros en modalidad virtual, ellos conforman la cuarta fase A y la cuarta fase B la conforman las regiones que desarrollaron todo el currículo en modalidad virtual, denominándose Cuarta fase B.

empático con mujeres afectadas por problemas adictivos considerando su condición médica y de género y detectar precozmente problemas adictivos ocultos y encubiertos en otras problemáticas de salud y salud mental, así como las barreras que limitan sus accesos.

20. Respecto a las competencias percibidas como menos desarrolladas, 1 de 5, perciben haber fortalecido competencias complejas que generalmente requieren niveles de experticia profesional especializada, como realizar oportuna y asertivamente señalamientos, interpretaciones, prescripciones, confrontaciones y otras técnicas terapéuticas básicas, mantener acuerdos explícitos (encuadres temporales, espaciales, comunicacionales) que ponen límites y regulan la relación proveedor/usuario y sustentar argumentos y propuestas ante autoridades y actores claves para fortalecer la conciencia y la implementación de acciones y políticas públicas para la prevención y manejo integral de esta problemática. Es importante mencionar que en los objetivos del proyecto no se incluyó el desarrollo de competencias complejas.

21. Con relación a la autopercepción de competencias se encontraron algunas diferencias significativas asociadas a variables de la capacitación, se encontró autopercepción de mayores competencias en a) la Macro Región Lima (Lima metropolitana, Lima provincias) y en macrorregión Oriente. En relación a las Fases del Proyecto GROW (años entre 2014 y 2022), también se observó que la media de autopercepción de mejora de competencias fue 7% y 13% superior en la primera y tercera fase, respectivamente.

Asimismo, se encontró una diferencia significativa del orden de 22%, por encima de la media general, entre los participantes que tuvieron un rol de capacitador o capacitadora en otras regiones. Es importante mencionar que no se encontró diferencias significativas en relación a la modalidad de la capacitación, ni entre facilitadores nacionales y regionales.

22. Se encontró una mayor autopercepción de competencias alcanzadas en: a) los mayores de 50 años; b) los encuestados de género masculino, cuyas medias son superiores alrededor del 15% por encima de la media; c) los profesionales de hospitales especializados. Llama la atención positivamente que entre las profesiones no exista una diferencia significativa en el logro de competencias, lo que abona a considerar acertada la opción del grupo gestor del proyecto al convocar a equipos multidisciplinarios.

El presente estudio de evaluación, de acuerdo a los términos de referencia exploró el número y la distribución de las atenciones de salud a mujeres con problemas de adicciones registradas por el MINSA para los periodos previos al proyecto, previo a la pandemia y momento de la evaluación, encontrando lo siguiente:

23. En el 2014 se registraron bajo el subcapítulo de adicciones, 3,405 atenciones de mujeres, mientras que en el 2019 la cifra aumentó a 11,887 y en el 2022 a 17,089. Es evidente que la cantidad de atenciones registradas ha aumentado significativamente, aunque se percibe cierto desaceleramiento entre el 2019 y el

2022, comprensible considerando que es el periodo de pandemia por COVID19. Sin embargo, al observar la proporción de mujeres atendidas en relación con el total de atenciones en adicciones en los tres momentos, no se observa variación entre el 2014 y el 2019, manteniéndose en un 22% (aproximadamente una quinta parte del total de atenciones son a mujeres). Esto significa que, por cada cuatro atenciones a hombres, se brinda una atención a una mujer.

24. En el año 2022, la proporción aumentó ligeramente a un 23%. Al analizar el comportamiento de este incremento porcentual de 1% por niveles de atención, se debería a un incremento en atenciones en el segundo nivel de atención y, especialmente, en el tercer nivel de atención, pasando del 20% al 23% y del 16% al 23%, respectivamente.
25. En cuanto a la información obtenida en la encuesta a jefes de 53 CSMC sobre cambios en la atención a las mujeres con problemas de adicciones, no se encontraron diferencias significativas entre aquellos que cuentan con personal capacitado por el proyecto GROW y aquellos que no lo tienen. Lo que puede mostrar, de un lado, las dificultades para instalar cambios y, de otro, las dificultades para sostener los cambios. Este estudio transversal no permite por su propia naturaleza y objetivo abordar el proceso de implementación de los cambios, ni su desmantelamiento en el tiempo, ya que es una captura del momento actual. Sin embargo, es importante mencionar que el desarrollo de competencias logrado del Proyecto GROW es uno de los pilares del cambio, que muestra la necesidad de complementarse con otras acciones para generar cambios sostenibles. Consideramos que un proceso de seguimiento y monitoreo de los cambios implementados a consecuencia del proyecto hubiera permitido información valiosa para complementar estas reflexiones, procesos que no fueron incluidos en la implementación del mismo.

Respecto a la incorporación del enfoque de género, se concluye lo siguiente:

26. El proyecto GROW logra ingresar la preocupación por la situación de las mujeres vulnerables y desde la perspectiva de género como dimensión de reflexión y acción en las atenciones de salud y en particular en la salud mental.
27. En los resultados cualitativos se identificó la alta valoración para los participantes del enfoque de género en la atención de las adicciones, situando la mayoría de reflexiones en los procesos de atención de mujeres en situación de violencia. Discursivamente, la perspectiva de género más común entre las y los entrevistados es la que problematiza la situación de las mujeres y las constituye en un grupo de mayor vulnerabilidad, aquellas que se encuentran con experiencias de trauma y violencia. Es menor la presencia de discursos que abordan el enfoque estructural, sistémico e interseccional de las desigualdades de género, que involucra las formas de organización social en su conjunto y la interinfluencia de los ejes de desigualdad social, lo que les demandaría un abordaje analítico de las inequidades.
28. Siendo el proceso de deconstrucción de los estereotipos de género de gran complejidad social y psicológica, el estudio de evaluación logró identificar con el

uso de una escala actitudinal ad hoc, variaciones más altas de las medias de deconstrucción de los estereotipos de género con respecto a la media general de la población evaluada, en los participantes que tuvieron altos logros en sus productos y autopercepción de competencias, sus puntajes promedio alcanzaron entre 50% y 75% por encima de la media general. Asimismo, en aquellas personas que expresaron un alto bienestar emocional en el desarrollo del curso, la media en deconstrucción de estereotipos fue un 8% superior al promedio. Siendo estos dos casos las diferencias significativas.

29. Asimismo, se encontró que la media de deconstrucción de estereotipos de género tuvo los más altos valores según los tipos y momentos de las capacitaciones dadas. Estuvo muy por encima de la media general entre a) los capacitados de la Macro Región Lima y Oriente; b) los capacitados en la primera fase y c) aquellos que recibieron la capacitación de forma presencial.
30. En cuanto a la asociación de la deconstrucción de estereotipos de género y las variables relacionadas con el perfil de los participantes, se encontraron variaciones mayores en: a) hombres; b) en personas mayores de 50 años; c) en psiquiatras; d) en profesionales del primer nivel de atención y e) en profesionales que además de su labor en el sector público también tenían experiencia en el sector privado. Es probable que para estas personas la experiencia haya sido más novedosa y, por tanto, más deconstructiva.

Sobre los cambios percibidos por los facilitadores y facilitadoras relacionados al Proyecto GROW.

31. Los cambios mencionados con mayor frecuencia por los actores estuvieron relacionados con la difusión y promoción de actividades, programas de atención, detección y captación activa de casos y el acogimiento empático y asertivo de mujeres. Con mediana frecuencia, se identificó que se mejoró el diagnóstico y la codificación de los problemas utilizando las categorías del CIE-10, la indagación y reporte en la historia clínica de aspectos sociales asociados a la sexualidad, el embarazo, la maternidad, la identidad de género, las relaciones de pareja, así como la oferta de consejerías y terapias individuales.
32. Solo 1 de cada 5, o menos, de los facilitadores han observado que en sus establecimientos se están implementando intervenciones más complejas para la atención de mujeres afectadas de problemas adictivos. 1 de cada 10, o menos, perciben otras atenciones en sus establecimientos, como terapias multifamiliares, hospitalizaciones breves, intermedias o prolongadas, visitas a instituciones laborales, educativas u otros espacios comunitarios, supervisión continua para evitar recaídas con participación de agentes de la comunidad, internamientos domiciliarios y otras.
33. Desde la perspectiva de los actores, los cambios asociados al proyecto son en principio las mejoras en las competencias de los participantes, donde las más reconocidas son las capacidades para identificar a mujeres y adolescentes con adicciones, capacidades de deconstrucción de estereotipos de género y sensibilidad y capacidades para atender comorbilidades asociadas a las adicciones en mujeres y adolescentes.

34. En relación a la oferta de servicios, se han identificado múltiples cambios puntuales o que se desarrollaron y fueron suspendidos por la pandemia u otras condiciones de los servicios de salud. Se mencionó el establecimiento de servicios y horarios diferenciados para MAAS, adaptación de los servicios para un mejor acogimiento, innovaciones como grupos de ayuda mutua, guías para la atención de MAAS, abogacía para la apertura de servicios y el incremento de camas de hospitalización para MAAS.
35. Por último, se han identificado efectos positivos no buscados del proyecto, como el haber promovido un colectivo de profesionales de múltiples disciplinas, sensibilizado con el estudio y la atención en el campo de las adicciones y buscando mayores oportunidades para ello. El otro cambio, no planificado, ha sido la conformación de una red informal de profesionales a nivel regional e interregional, donde se han generado vínculos amicales, afectivos y profesionales que permiten difusión de información y coordinaciones a favor de mejorar la interconexión de los servicios de salud, redundando positivamente en la atención de las usuarias.

La evaluación concluye respecto del análisis costo-efectividad

36. El gasto total promedio por participante fue de 954 dólares en la modalidad presencial, 598 en la modalidad mixta y 400 dólares en la modalidad totalmente a distancia, dando una razón de gasto de 2.4 veces más en la presencial que en la virtual. Asimismo, la fracción de aporte de participantes fue mayor en la modalidad presencial alcanzando el 23.9%; mientras que en la modalidad virtual sólo fue de 8.6% (2.8 veces menos)
37. El costo promedio de implementar el currículum GROW en una región en la modalidad presencial representó un 2.4 veces el costo de la implementación promedio de la modalidad virtual; sin embargo, en relación a los beneficios, la modalidad presencial genera 3.03 veces más logros que la virtual; por tanto, proporcionalmente, la modalidad presencial sería 1.3 veces más costo efectiva que la modalidad virtual, siempre en las condiciones que fueron impartidas.

En relación a la experiencia SOGI, se hizo una revisión rápida de su ejecución en su experiencia nacional, una encuesta a los participantes y entrevistas a actores claves, llegando a las siguientes conclusiones:

38. Tres de cada cuatro participantes en el Programa SOGI también habían sido capacitados por el proyecto GROW, por lo que es importante mencionar que ya tenían experiencia previa, conocimientos importantes sobre la temática y habían iniciado su proceso de deconstrucción de género. Los evaluadores consideran que esta situación ayudó en gran medida al proceso de aprendizaje en ambos sentidos, tanto para la atención del currículo SOGI y el reforzamiento del currículo GROW. Facilitando los procesos de respeto de la diversidad sexual e identidades transgénero.

39. Se valora el enfoque participativo y multisectorial con una mayor proporción de psicólogos y psiquiatras. Entre los encuestados encontramos una población predominantemente femenina (67%) y la importante participación de activistas LGBTIQ (5%). La participación de las últimas benefició los procesos de deconstrucción.
40. Los participantes estuvieron satisfechos con el curso y motivados por ser parte de grupos o redes profesionales vinculados a la materia del curso. Casi todos afirmaron valorar las exposiciones y explicaciones de los facilitadores. Respecto al clima social, valoraron el estilo de liderazgo de los tutores y las relaciones de cooperación entre los participantes.
41. A pesar del sentido común que suele pensar en la alta rotación de los recursos humanos, el 66,7% se encuentran trabajando en el mismo establecimiento que en el momento de la capacitación, se encuentran en un establecimiento similar en la misma región el 11,1% y el 16,7% se cambió de sector, pero con funciones similares.
42. En torno al campo de desarrollo de competencias, es muy notoria la percepción de los encuestados, tres de cada cuatro piensan que se desarrollaron más competencias en torno al vínculo terapéutico y habilidades de intervención, muy por debajo en frecuencias se encuentra el campo del trabajo en equipo y gestión de cuidados integrales y mucho menos aún, las competencias en el campo de la observación clínica y el diagnóstico.
43. Entre las competencias específicas que perciben haber incrementado con el curso, se mencionan el establecer un vínculo empático, el reconocer el machismo y capacitar con enfoque de género. Lo menos identificado es el formular y mantener acuerdos terapéuticos y gestionar asertivamente los acuerdos terapéuticos.
44. Sobre los enfoques de género y de diversidad sexual, el mayor acuerdo de los entrevistados es que existen aún dificultades para apuntalar una visión de equidad y de respeto integral a la diversidad sexual desde los servicios de salud. Los y las entrevistadas señalaron algunos cambios generados por la capacitación, siendo el más frecuente el proceso de sensibilización de los profesionales en base al cuestionamiento de estereotipos de la población LGTBIQ.
45. Respecto a los cambios percibidos en la atención, se ha identificado la mejora en la difusión y promoción de la atención a mujeres y población LGTBIQ y el acogimiento empático en base a la publicación del establecimiento de salud como zona segura. Asimismo, las activistas han generado vínculos con los profesionales para gestionar la mejora del acceso de las comunidades al servicio. Este resultado pudo potenciarse con la integración de activistas en los cursos desarrollados en las regiones.

## RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados, la discusión y conclusiones del presente estudio de evaluación externa se formulan recomendaciones y/o desafíos al conjunto de usuarios de la evaluación conformado por la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), la Oficina de Asuntos Internacionales de Estupefacientes y de la Aplicación de la Ley de los Estados Unidos en el Perú (INL), la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y CARE Perú.

### En torno al Fortalecimiento de Capacidades

1. Considerando que el Proyecto GROW ha logrado la introducción del Currículum y su escalamiento a todas las regiones del Perú, siendo esto un producto de esfuerzo colaborativo del gestor y sus socios. Se sugiere pasar a un siguiente momento de consolidación e institucionalización. Para la consolidación se recomienda:
  - La revisión de los manuales, mejorando su traducción y la integración de anexos con las presentaciones, casos y ejercicios trabajados por los y las facilitadoras nacionales para las regiones de implementación. Para ello, será fundamental realizar un grupo de trabajo con los facilitadores y facilitadoras nacionales.
  - Considerando los altos costos de movilidad en la diversidad regional, los problemas de accesibilidad regional y las potenciales nuevas epidemias, se sugiere consolidar tres modalidades de implementación: 1. La presencial, que se tiene trabajada, y que solo necesitaría sistematizar los aportes de las facilitadores /as nacionales para el proceso de adecuación a la realidad nacional y regional. 2. La virtual, que supondría el rediseño del currículo para su modalidad a distancia, adaptando los contenidos y las metodologías a actividades asincrónicas, de manera que los participantes con el uso de una plataforma virtual y con un bajo porcentaje de actividades sincrónicas puedan desarrollar los contenidos en horas libres de carga laboral. 3. Desarrollar una modalidad mixta, que pueda complementar la metodología de actividades presenciales con el enfoque participativo y paritario ampliamente valorado por los participantes y complementarlo con los procesos de autoaprendizaje propios de actividades asincrónicas. Esta dosificación sólo es posible a partir de la experiencia previa y con el concurso de las y los facilitadores que han trabajado la implementación previa, La modalidad mixta permitiría no abandonar el enfoque participativo y de sensibilización y a la vez, aminorar los costos de implementación.
  - La institucionalización del proceso supone que el currículum pueda ser insertado en el trabajo del sector público, para ello se recomienda trabajar con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) para valorar su incorporación paulatina en la oferta estatal y en las instituciones educativas que forman a los y las profesionales de la salud, así como en el sistema de capacitaciones virtuales de DEVIDA.

2. Implementar un repositorio virtual de materiales educativos, investigación, e información AMIGABLE (de fácil acceso y uso) relevante para la toma de decisiones políticas, administrativas, clínicas y comunitarias y pedagógicas sobre esta problemática, sobre la base de lo avanzado en el proyecto, los documentos organizados por los Facilitadores Nacionales y Regionales. Para su implementación y sostenibilidad sugerimos se pueda consultar la posibilidad de que una institución Universitaria con plataforma virtual pueda acoger esta iniciativa. Esto pondría en valor los productos de la experiencia.
3. Formular una siguiente etapa del proyecto GROW para la implementación y seguimiento de réplicas subregionales o locales, donde los facilitadores regionales fortalezcan las capacidades de los establecimientos en la región. Se propone una asignación cruzada de facilitadores y escalar las réplicas a niveles intrarregionales. Es sumamente necesario la estandarización de un conjunto de posibilidades de réplicas que consideren tiempos cortos y estructura modular. El equipo central del proyecto en este proceso se sugiere, desarrolle un rol de seguimiento.
4. Generar espacios para compartir lecciones aprendidas en la gestión del proyecto con otros similares en otros campos de la salud y el desarrollo, intercambiando experiencias con entidades relacionadas al fortalecimiento de recursos humanos.
5. Formar alianzas con otros programas de capacitación social o sanitaria para promover, facilitar y monitorear procesos deconstructivos de estereotipos de género en los servicios de salud.

#### En torno a la mejora de la atención en los Servicios de Salud Mental

1. Apoyar técnicamente y fortalecer la red de participantes del Proyecto GROW o REDGROW, que pudiera estar abierta a otros profesionales interesados en tema y actualizar sus contactos de manera automática periódicamente. Es importante mencionar que la conformación de las redes ha sido un logro del Proyecto, que favorece el contacto interprofesional, interinstitucional e interregional y la transmisión de información relevante para las temáticas. Complementariamente, esto pondría al alcance de los socios, en particular, al Ministerio de Salud, una base de datos de recursos humanos capacitados y sensibilizados, en las diversas regiones del país.
2. Fortalecer el sistema de supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios que brindan atención de adicciones en la red de servicios integrales de salud mental, formando equipos multidisciplinarios de profesionales que brinden asistencia técnica entre pares (tomando como referencia a los Facilitadores Nacionales y Regionales certificados) que acompañen este proceso a nivel nacional para garantizar los servicios disponibles en la atención de salud mental y de adicciones en las redes integradas de salud.

3. Diseñar Estándares de Calidad para los Servicios de Salud Mental que brindan atención de salud mental y adicciones para el Ministerio de Salud con enfoque de derechos, género e interculturalidad.
4. Mejorar el sistema de registros de las atenciones de adicciones de la población LGTBIQ en la red de servicios integrales de salud mental capacitados a nivel nacional, de tal manera que se pueda medir los progresos de las atenciones a nivel de las regiones del país de manera sostenible para el seguimiento y monitoreo desde el nivel central del Ministerio de Salud.
5. Desde el Ministerio de Salud continuar apoyando la expansión del fortalecimiento de capacidades para la atención en adicciones para mujeres y adolescentes, y la población LGTBIQ con otros sistemas de salud como ESSALUD, SANIDADES, Fuerzas Armadas y Policiales y la red de centros terapéuticos reconocidos.
6. Elaborar y aprobar una guía clínica de manejo integral de adicciones en mujeres, adolescentes y población LGTBIQ de alcance nacional, multinivel e interdisciplinario. Que permita formalmente el alineamiento de los esfuerzos con la rectoría del Ministerio de Salud.
7. Diseñar una estrategia o plan trienal con presupuesto centralizado para la atención integral a mujeres, adolescentes y población LGTBIQ con problemas adictivos, con indicadores específicos, que permitan generar evidencias para la integración posterior al presupuesto por resultados
8. Promover desde el Ministerio de Salud, a nivel nacional e internacional del intercambio y la sistematización de las buenas prácticas, innovaciones locales de los profesionales de salud mental vienen impulsando desde las regiones relacionadas con la atención de la salud mental de las mujeres, adolescentes y la población que vive en condiciones de vulnerabilidad (LGTBIQ), así como promover la investigación operativa en estas temáticas en la red de servicios integrales de salud mental.

En torno a la disponibilidad, calidad y uso de los servicios para la atención de las Mujeres, Adolescentes y población LGTBIQ con problemas de abuso de sustancias:

1. Implementar un observatorio o sistema de monitoreo de la disponibilidad, calidad y uso de la atención a adolescentes, mujeres y población LGTBIQ afectadas por el uso, consumo y abuso de sustancias. Que permita informar de los avances regionales, macrorregionales y a nivel nacional. Para ello, será de relevancia convocar a instituciones multisectoriales del Estado involucrados (Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, DEVIDA, entre otros), Organizaciones Cooperantes, Organizaciones no gubernamentales, redes de activistas y redes profesionales de las regiones.

2. Desarrollar con el apoyo de la Sociedad Civil, el fortalecimiento de una demanda de atención informada y activa. Esto supone información adecuada sobre las adicciones, el enfoque de género y diversidad sexual de los servicios de salud y la oferta de servicios en este campo; así como, los derechos de atención de salud integral de estas poblaciones.
3. Realizar encuentros periódicos en macrorregiones y a nivel nacional (período de acuerdo con viabilidad), el primero para un Acuerdo de compromisos en la Atención a los problemas de adicción en adolescentes, mujeres y población LGTBIQ; que pueda, por un lado, conectarse a los indicadores nacionales del cumplimiento de la LIO y al Plan Nacional de Salud. Y, por otro lado, que visibilicen los esfuerzos regionales, de tal manera que, en los siguientes años, se pueda dar cuenta del cumplimiento de compromisos asumidos por cada una de las instancias. En estos espacios se espera la sinergia de los esfuerzos de las redes profesionales y el fortalecimiento de capacidades.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. CARE Perú. (2022). *Términos de Referencia - Proyecto GROW “Desarrollando capacidades para ofrecer tratamiento por el abuso de sustancias sensible al género 2014 – 2021.”*
2. CARE. (2017, August 9). *Qualitative Methods Guidance Note for Monitoring, Evaluation and Learning (MEL) at CARE.*
3. Castillo-Martell, H., & Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>
4. G&C Salud y Desarrollo. (2022a). *Propuesta económica para estudio de evaluación del Proyecto GROW.*
5. G&C Salud y Desarrollo. (2022b). *Propuesta técnica para estudio de evaluación del Proyecto GROW.*
6. Giddens, A. (1987). Las nuevas reglas de método sociológico. *Crítica Positiva de Las Sociologías Interpretativas.*
7. Global Evaluation Initiative. (2021, November 6). *Outcome mapping.* Better Evaluation.
8. Kosík, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto.* Editorial Grijalbo.

9. Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842) y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, Diario Oficial "El Peruano" (2012).
10. Ricardo Wilson-Grau. (2021, November 2). *Outcome harvesting*. Better Evaluation.
11. Rodríguez Zoya, L. G., & Aguirre, J. L. (2011). Teorías de la complejidad y ciencias sociales. Nuevas estrategias epistemológicas y metodológicas. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 30(2). [https://doi.org/10.5209/rev\\_noma.2011.v30.n2.36562](https://doi.org/10.5209/rev_noma.2011.v30.n2.36562)