

**Estudio piloto sobre las
intervenciones psicosociales
con personas afectadas por tortura,
violencia política y violencia
basada en género**

**Realizada por el Centro de Atención Psicosocial (CAPS)
en Lima, Huancayo y Ayacucho**



Estudio piloto sobre las intervenciones
psicosociales con personas afectadas
por tortura, violencia política y violencia
basada en género realizadas por el
Centro de Atención Psicosocial (CAPS)
en Lima, Huancayo y Ayacucho

Responsable del estudio
Mag. Carlos Jibaja Zárate

Centro de Atención Psicosocial (CAPS)

2016

Publicación realizada en el marco del Proyecto: “Fortalecimiento de los programas de salud mental para víctimas del conflicto armado interno y violencia basada en género en la Región Junín: un requisito para el desarrollo e inclusión social,” co-financiado por el Fondo Ítalo Peruano en el marco del II Acuerdo de Canje de Deuda entre Perú e Italia. Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación no reflejan, necesariamente, la posición oficial del Fondo Ítalo Peruano ni comprometen de modo alguno a la Institución.

La presente publicación se ha elaborado con la asistencia financiera de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del Centro de Atención Psicosocial - CAPS y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista oficial del Unión Europea.

Centro de Atención Psicosocial (CAPS)
Calle Caracas 2380
Jesús María. Lima - Perú
Telf.: 462-1600 / 462-1700
www.caps.org.pe

Diseño y diagramación: Miriam De la Cruz Ramírez

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 201615392.

Impresión: LAYMAR Impresiones. De Vilma G. Alvarado De la Puente.
Jr. Cabo Gutarra 292-A Pueblo Libre.

Tiraje: 500 ejemplares
Lima, octubre de 2016

Tabla de contenidos

Presentación	5
<hr/>	
I. Marco de referencia	7
1. Introducción	7
2. Violencia en Ayacucho y Junín durante el CAI y procesos de judicialización de violaciones de derechos humanos	9
3. La tortura en el Perú	11
4. Violencia de género	13
5. Secuelas en personas afectadas por la violencia socio-política y por la violencia basada en género	15
6. La rehabilitación de los afectados por tortura y otras formas de violencia política	17
7. Intervenciones psicosociales del CAPS	19
8. Intervenciones psicosociales con mujeres afectadas por violencia de género	22
9. Referencias bibliográficas	25
<hr/>	
II. Estudios piloto	29
Estudio 1:	29
Estudio de la relación del tratamiento psicosocial individualizado brindado por CAPS (Lima) con la estabilidad emocional, el fortalecimiento del yo y el manejo de la agresión en personas afectadas por la tortura y la violencia política.	
Entre la tristeza y la furia: Caso Emilia	37
A la espera del juicio de los justos: Caso Juana	43

Estudio 2:	50
Estudio de la relación del tratamiento psicosocial de CAPS (Huancayo, Junín) con la estabilidad emocional, el fortalecimiento del yo y el manejo de la agresión en afectados por el conflicto armado interno.	
Atención individual: Caso Pedro	60
Experiencia terapéutica grupal:	65
Talleres terapéuticos con laborterapia para mujeres afectadas por violencia política	
Estudio 3:	73
Estudio de la relación entre el tratamiento psicosocial individualizado brindado en el CAPS - Huancayo (Junín) y la estabilidad emocional, fortaleza del yo y manejo de la agresión en mujeres afectadas por la violencia de género.	
Atención individual: Caso Lorena	79
Experiencia terapéutica grupal:	84
Talleres terapéuticos con laborterapia para mujeres afectadas por violencia basada en género	
Estudio 4:	88
Acompañamiento psicosocial de personas que denuncian y/o judicializan sus casos de violaciones a los derechos humanos en Ayacucho.	
<hr/>	
Anexos	105

Presentación

En el marco de los proyectos “Fortalecimiento de las estrategias de prevención de la tortura y rehabilitación de víctimas en Perú y Ecuador” financiado por la Unión Europea y “Fortalecimiento de los programas de salud mental para víctimas del conflicto armado interno y violencia basada en género en la región Junín” financiado por el Fondo Ítalo Peruano, el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) presenta un estudio acerca de temas tan relevantes como el tratamiento psicosocial de personas afectadas por la tortura y violencia política y la violencia basada en género. Así, luego de tres años en los mencionados y afines proyectos, la presente publicación continúa con la buena práctica institucional de reflexionar sobre las experiencias desarrolladas y compartirlas con el público interesado. En ese sentido, agradecemos a la Unión Europea y al Fondo Ítalo Peruano por el apoyo financiero y de estímulo a siempre mejorar nuestros procedimientos.

Desde sus inicios el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) tuvo el propósito de generar publicaciones que reflejaran las acciones y experiencias con las personas con quienes trabajamos. Dos ideas principales subyacen a este propósito, una es que cada cierto tiempo podamos detenernos a reflexionar y observar el modo en que hemos venido atendiendo e involucrándonos en la salud mental

de los afectados; la otra idea es que lo aprendido pueda ser transferido a las personas que estuvieran interesadas, especialmente a las recientes generaciones de profesionales que con nuevos conocimientos y motivaciones desean trabajar con los afectados por las diversas formas de violencia en nuestra sociedad.

El estudio muestra el modo en que el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) atiende a los afectados por tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes así como a las mujeres que son violentadas por sus parejas. Quienes trabajamos con los afectados por la violencia intencional sabemos que sus efectos no se borran fácilmente, que dejan secuelas psicológicas crónicas no solo en la persona victimada sino en todos los miembros de su familia nuclear y que se extienden a sus descendientes. Sabemos que el trabajo de recuperación es tan arduo como delicado. Ayudar a elaborar las experiencias traumáticas de una persona exige gran sensibilidad y solidaridad por parte del profesional así como un profundo compromiso ético con el ser humano al que asiste.

Los estudios piloto que les presentamos se han realizado manteniendo la forma en que los procesos de tratamiento psicosocial ocurren en CAPS-Lima, CAPS-Huancayo y Ayacucho. El diseño metodológico del estudio ha registrado de manera naturalística el modo en que

CAPS ha atendido a los afectados por violencia intencional por los últimos tres años. En ese sentido, las personas atendidas en los servicios de CAPS, por lo regular, dan su conformidad para brindar información confidencial a través de protocolos de consentimiento informado, se les aplica escalas psicométricas antes y después de culminado el tratamiento, se les realiza entrevistas de seguimiento, se registra el proceso del tratamiento en notas de evolución, se busca activamente integrar roles en el equipo multidisciplinario, etc. No es debido a la presente investigación que hemos diseñado los procedimientos mencionados, el estudio recoge y sistematiza los procedimientos implementados en nuestra institución desde hace varios años. Son tres los estudios que llevan análisis estadísticos de la eficacia del tratamiento psicosocial a niveles individual y grupal, así como narrativos descriptivos de casos tanto en Lima como en Huancayo. El primero de ellos se centra en el tratamiento psicosocial individualizado de los afectados por la tortura y sus familiares directos en Lima; el segundo estudia la eficacia de los tratamientos individualizados y grupales en personas afectadas por violencia política en Huancayo; el tercer estudio se centra en el tratamiento psicosocial individualizado de las mujeres afectadas por violencia infligida por sus parejas en Huancayo. Por último, el cuarto estudio explicita lineamientos y buenas prácticas con relación al acompañamiento psicosocial con personas que denuncian y/o judicializan casos de violaciones a sus derechos humanos en Ayacucho.

Los cuatro estudios exploratorios han sido realizados en base al trabajo diario del equipo multidisciplinario del CAPS. Nuestro especial agradecimiento a las psicólogas, psicoterapeutas y/o supervisoras clínicas: Patricia Castañeda, Karina Dianderas, Ruth Kristal, Elsa León, Yenny Lloret, Oscar Maldonado, Yovana Pérez, Mary Raffo, Pilar Raffo, Patricia Riera, Martha Stornaiuolo y Carmen Wurst; a las trabajadoras sociales Erika Jiménez y Consuelo Saucedo; a la psiquiatra Lina Rojas Mandujano; al equipo de Monitoreo y Evaluación, Carmen Cubillas y Viviana Rivera; al equipo de CAPS-Huancayo, los psicólogos y psicoterapeutas Joan Castillo Bernia y Jorge Rojas Smith, a la psicóloga Vania Quispe Yabar y a la abogada Cinthya Huaroc Esteban; al equipo CAPS-COMISEDH de Ayacucho, la psicóloga Silvia Revilla y la trabajadora social Teodora Huarancay. A Hilda Herrera por su permanente asistencia. A cada uno de ellos/ellas, nuestro agradecimiento.

No queremos concluir esta presentación sin un sincero agradecimiento a las personas que confiaron en nuestra institución y nos permitieron ayudarlas a salir del padecimiento de sus síntomas y problemas interpersonales, personas que nos permitieron acompañarlas a que pudieran reorientar sus proyectos de vida perturbados por la violencia a la que fueron sometidas.

A ellos y ellas, muchas gracias.

Carlos Jibaja Zárate

I. Marco de Referencia

1. Introducción

El conflicto armado interno en el Perú entre 1980 y el año 2000, no fue el principio ni ha sido el final de las relaciones marcadas por la violencia en Perú, pero marcó un hito en las tensiones conflictivas entre los diferentes grupos e instituciones que conforman la comunidad peruana. El contexto social, económico, político y cultural en el que la débil institucionalidad del Estado Peruano intentaba infructuosamente articular un régimen democrático luego de 12 años de dictadura militar, sirvió de escenario para una sangrienta movilización de fuerzas subversivas así como una feroz respuesta represora de las fuerzas del orden.

Este conflicto armado interno produjo un estimado de 70 mil muertos y más de 12,000 desaparecidos, además de otros muchos efectos. Las viejas estructuras oligárquicas del Estado fueron irreversiblemente impactadas por el régimen velasquista a finales de la década del sesenta y principio de los años setenta; un conjunto de medidas como las reformas agraria, industrial y educativa, el fortalecimiento del movimiento sindical, un mayor acceso de la población a la educación, la radicalización de discursos revanchistas y clasistas, el repudio hacia la democracia parlamentaria, entre otros factores, transformaron las relaciones sociales entre peruanos y

fueron escenario y coro del desborde popular frente a un Estado inoperante. La década del 70 incubó la semilla terrorista de movimientos políticos comunistas como Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA) (Gorriti, 1990) sin que el bálsamo de la apertura democrática generada a viva fuerza popular en el régimen de Morales Bermúdez y establecida por la Constitución de 1979 tuviera el efecto de neutralizar las fuerzas destructivas de la violencia desatada en las décadas del conflicto armado interno.

Las relaciones sociales, políticas y económicas en el Perú, desde el inicio de la República, se habían configurado a partir de los remanentes del colonialismo, el régimen estamentario y semi-feudal, la falta de una élite que pudiera implementar un proyecto nacional hegemónico integrador y funcional fueron algunos -entre otros- factores que favorecieron el establecimiento de formas violentas de relación entre peruanos expresadas a través de una profunda discriminación, inequidad de oportunidades, injusticia, pobreza, clasismo, racismo, impunidad, etc. (Cotler, 2009). Sin embargo, la emergencia de Sendero Luminoso significó un punto de quiebre en el frágil contrato social entre peruanos. La sociedad peruana contemporánea registra claramente este hito: antes de la irrupción de Sendero Luminoso

y después de la derrota de Sendero Luminoso. El mencionado movimiento subversivo de accionar terrorista fue una amenaza fundamentalista que tenía como fin la completa desestructuración del Estado.

El Perú entró a un período de post-conflicto con la derrota de Sendero Luminoso, la eliminación del Movimiento Túpac Amaru, el derrumbe del gobierno corrupto y violador de derechos humanos de Alberto Fujimori, el retorno y alternancia de los gobiernos democráticos y los esfuerzos por fortalecer las instituciones públicas en una democracia. Esta etapa transicional todavía no ha disipado el aire cargado de impunidad de nuestro sistema político y judicial (Gamarra, 2006). Un criterio que nos hace sostener que todavía nos encontramos en un período de reconstrucción nacional es el grado de violencia que antes, durante y después del conflicto armado, marca las relaciones sociales entre peruanos y los esfuerzos, muchas veces lentos y frustrantes, que hacen un Estado y una sociedad por fortalecer instituciones públicas que lleguen a todo el país, así como, por primera vez, construir una ciudadanía inclusiva de las mayorías excluidas.

La violencia implica la relación de dominio e influencia que una persona, grupo o instancia ejerce sobre otros. Implica una relación asimétrica que configura un arriba y un abajo en el que uno está investido de poder y el otro está en la posición de objeto influenciado o pasible de ser reducido (Ministerio Público-IML, 2011). Desde esta perspectiva, en última instancia, las relaciones violentas son parte de las

relaciones humanas, la violencia está siempre presente de manera manifiesta o latente como una fuerza destructiva y excluyente en cualquier grupo humano o sociedad del mundo. Una manera de contenerla, neutralizarla, manejarla, canalizarla, es estableciendo una institucionalidad (Kernberg, 1978) que esté enmarcada en un Estado de derecho democrático, el cual se nutra de una cultura de paz en el cual los derechos humanos, la justicia social, el desarrollo del potencial humano, el reconocimiento recíproco y los vínculos solidarios predominan ampliamente en el espíritu de la ciudadanía. Este es el núcleo de verdad del concepto de *reconciliación* entre peruanos que propuso la CVR:

“El perdón supone superar las diferencias entre las partes y restablecer la armonía; la reconciliación, en cambio, exige algo más: la construcción de un nuevo proyecto de convivencia en común basado en la justicia (...) La reconciliación supone en cambio una propuesta de vida en común y, por ello, exige el conocimiento y esclarecimiento de la verdad y el ejercicio de la justicia. Y debe hacerlo instaurando relaciones de reconocimiento recíproco que hagan posible la refundación del acuerdo social entre todos” (CVR, 2003, IX, p. 24).

El Centro de Atención Psicosocial se propone contribuir a la sedimentación de una cultura de paz entre peruanos y peruanas. Su labor se orienta a la prevención, recuperación y reparación de las secuelas de la violencia en las poblaciones que por razones de raza, condición social, lenguaje, cultura, género, educación, etc. fueron vulneradas en sus derechos humanos, o

que son susceptibles de tal vulneración. Una sociedad democrática, equitativa, donde las personas puedan mejorar sus niveles de bienestar incidiendo en las políticas públicas para el logro de una sociedad más justa. Cada una de nuestras acciones se desprende de esta misión institucional.

2. Violencia en Ayacucho y Junín durante el CAI y procesos de judicialización de violaciones de derechos humanos

El ejercicio violento del poder reside en el deseo y voluntad de aniquilar o desestimar la libertad, la subjetividad, incluso la existencia del otro; de someter y controlar lo diferente que hay en el otro (PugetyBerenstein, 1993). El conflicto armado interno en el país (CAI) puso de manifiesto el ejercicio brutal del poder y desencadenó la violencia en todos los rincones del Perú. De manera sintética nos referiremos a lo ocurrido durante el conflicto armado en Ayacucho y Junín, lugares en que CAPS tiene equipos de trabajo psicosocial; también nos referiremos a algunos procesos de judicialización que víctimas y familiares han entablado en búsqueda de justicia a nivel nacional e interamericano.

En Ayacucho se registró la mayor cantidad de víctimas entre 1980 y el 2000, el 42.5% del total de víctimas; un tercio de su población tuvo que

desplazarse hacia otros lugares al estar en riesgo su sobrevivencia; se destruyó la actividad productiva y de servicios comunales; se destruyó la institucionalidad estatal y social; la gran mayoría de su población sufrió daños psicológicos y emocionales.

La CVR reconstruye la historia de la violencia en Ayacucho en los siguientes períodos: (CVR, 2003, IV, p.30-31)

- a) Inicio de la violencia (1980-1982). Despliegue de la “propaganda política armada” de Sendero Luminoso. El inicio de la lucha armada obliga al repliegue policial. Resalta el impacto mediático regional y nacional del asalto a la cárcel de Huamanga y del entierro de Edith Lagos en Huamanga.
- b) Ingreso de las FFAA (1983-1984). Estado de emergencia en la región. SLinicia el “Plan de Conquistar Bases de Apoyo Revolucionarias”. Intervención militar e inicio de la guerra sucia y del desplazamiento forzado de la población rural.
- c) Cambios en la estrategia de las FFAA (1985-1987). Cambio en la estrategia de las FFAA, articulación con los Comités de Autodefensa (CAD). Traslado de fuerzas de SL a otras zonas del país.
- d) Intensificación del conflicto armado interno (1988-1991). Periodo de agudización del conflicto interno y expansión de los Comités de Autodefensa Civil. Los planes de SL son “Desarrollar Bases en Función de la Conquista del Poder” y “Construir la Conquista del Poder”.

e) Final de la violencia (1992-2000). Tras la captura de Abimael Guzmán en 1992 y la virtual derrota del SL en el campo. Este periodo estuvo caracterizado por el decrecimiento de las acciones armadas, concentradas mayormente en las ciudades, y la persistencia focalizada del conflicto armado interno en zonas determinadas zonas de la región. La cúpula de SL solicita el denominado "Acuerdo de Paz" y desde el Estado se implementaría el discurso de la pacificación nacional. Se implementan un conjunto de programas sociales estatales y se produce un importante crecimiento de las actividades de las ONG's y de la cooperación internacional en la región. El levantamiento del estado de emergencia en la región se produce en 1999.

El Informe Final de la CVR reporta más de 73 casos a nivel nacional dentro de los cuales están los casos en la región de Ayacucho: ejecuciones extrajudiciales en el Hospital de Huamanga (1982); ejecución extrajudicial en la base militar de Totos (1983), ejecuciones extrajudiciales en Sillaccasa (1983), Lucanamarca (1983), Socos (1983), Ccarpaccasa (1983), Callqui (1984), Accomarca (1985), Pucayacu (1985), Pomatambo y Parcco Alto (1986), Chuschi (1991); desapariciones, torturas y ejecuciones extrajudiciales en el cuartel militar Los Cabitos (1983-1985); la masacre de pobladores de Paccha (1989), Cayara (1988), entre otros.

COMISEDH, institución de defensa legal de víctimas de violaciones de derechos humanos, lleva el patrocinio

legal de varias decenas de casos, los de las comunidades de Llusita, Accomarca, Chungui, Huamanquiquia, Parcco y Pomatambo, Soras, Río Blanco, entre otros.

Junín tiene una ubicación estratégica que facilita la comunicación de la costa, particularmente por su cercanía con Lima, con la sierra sur y con la selva central y norte; es una plaza comercial relevante y posee algunos de los núcleos mineros más importantes del país. En Junín la violencia aumenta después de 1984 y se mantiene hasta fines de 1992, año de la captura de Guzmán, luego de lo cual desciende abruptamente.

En los primeros años de la década del 80, Oscar Ramírez Durán, conocido como «Feliciano», dirigió el Comité Regional Centro de Sendero Luminoso, conformado por los departamentos de Junín y Pasco. En Huancayo, el trabajo político militar se centró en la Universidad Nacional del Centro (UNCP), en institutos de educación superior y colegios secundarios, y en los principales asentamientos humanos. En el campo, realiza su trabajo político y militar en las comunidades campesinas y actuó atacando los asientos mineros de Yauli y Tarma. El escenario se agravó por la acción de grupos paramilitares y de las propias Fuerzas Policiales y Armadas. Por su parte, el Movimiento Túpac Amaru (MRTA) también participaba en los debates y actos de protesta que se realizaban en la Universidad Nacional del Centro; a partir de 1987, el MRTA desarrolla acciones contra puestos policiales en el valle del Mantaro y en la selva central.

En Junín, ante el incremento del número de atentados y de víctimas por las acciones subversivas, el gobierno de Alan García decreta el estado de emergencia (1988). Luego que el Ejército asumiera el control político militar del departamento aumentan las amenazas, secuestros, torturas de los detenidos, asesinatos extrajudiciales y desapariciones de personas, convirtiéndose estas violaciones a derechos fundamentales en parte de la vida cotidiana, como había ocurrido en Ayacucho.

En Huancayo, capital del departamento de Junín, el control militar fue intenso, se estableció el toque de queda, la universidad local fue allanada en varias oportunidades y el patrullaje por las calles de la ciudad así como los operativos de rastillaje eran constantes en asentamientos humanos. La respuesta militar en Junín no fue indiscriminada, a diferencia de lo ocurrido en Ayacucho. La instalación de bases contrasubversivas y el impulso a la formación de comités de autodefensa pasaron a ser componentes de una misma estrategia que incluyó la eliminación selectiva de estudiantes universitarios y de personas signadas como subversivos por los agentes de inteligencia militar.

Entre los casos investigados por la CVR en la región de Junín destacan: la desaparición de estudiantes de la Universidad Nacional del Centro, ejecuciones extrajudiciales en Los Molinos (1989), asesinatos en Pichanaki (1993) y Mazamari (1993).

3. La tortura en el Perú

El Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) determinó que el número de casos de tortura adjudicados a los agentes del Estado representan el 75% de un total de 6,443 casos denunciados por tortura. Además de los casos atribuidos a las fuerzas del orden se consideran las personas torturadas por los grupos subversivos (24%) y agentes no determinados (1%) (CVR, 2003, VI, p. 183); lo que demostró que la tortura no fue un hecho aislado, sino que fue una práctica sistemática, generalizada e institucionalizada desde el Estado. A diferencia de las décadas de conflicto armado interno en las que la sola sospecha de participación terrorista era causa de tortura, desaparición o encarcelamiento sumario, la tortura que hoy ocurre está ligada a la sospecha de delito contra la integridad y propiedad privada de las personas, así como a la protesta social por situaciones de injusticia, reclamo por una vida digna y/o por depredación de los recursos naturales.

En los Informes N° 42, 91, 112, 128 y 139¹, la Defensoría del Pueblo señala la problemática de la tortura como la modalidad de violación de derechos humanos más grave y extendida en el Perú, habiéndose recibido 702 quejas por presuntas torturas y malos tratos en el período comprendido entre 2003 y 2011 (solo en el 2011, la Defensoría del Pueblo registró 62 quejas de tortura). Por otro lado, el Ministerio Público, entre 2002 y 2011, admitió 343 denuncias por tortura, de las que

1 <http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php>

106 señalaban como responsable a la Policía Nacional y 105 al Ejército. La mencionada institución archivó definitivamente 142 de esas denuncias y admitió 30 (Committee against torture, 2012). En el ámbito de la sociedad civil, el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), nuestra institución, ha atendido a 58 víctimas de tortura y a 521 familiares de personas torturadas, asesinadas y/o desaparecidas entre Septiembre de 2013 y Junio de 2016 (CAPS, Base de datos, 2016). (Anexo1)

La tortura es practicada por las fuerzas del orden, siendo sus autores mayoritariamente de la Policía Nacional. Los registros de la Defensoría del Pueblo revelan que un 71.87% de los autores son miembros de la Policía Nacional del Perú, 15.62% son miembros de las Fuerzas Armadas y 12.51% funcionarios municipales (serenos). En base a los testimonios de las víctimas se aprecia que existen prácticas similares en diversos lugares y por diversos agentes. Entre las modalidades están: golpizas, sumergir la cabeza en agua sucia y producir ahogamiento (submarino), colgamiento, privación de alimentos y agua, impedimento de la visión (vendajes, lentes oscurecidas, capucha), aplicación de corriente eléctrica, torcedura de brazos, quemaduras con cigarrillos, etc. (Centro de Atención Psicosocial, 2010)

La práctica de la tortura se ve reforzada por la existencia de diversos mecanismos de impunidad:

- Ofrecimientos de dinero y dádivas y amenazas de los agresores para evitar la denuncia de los hechos;
- Ocultamiento o alteración de las evidencias y obstaculización

del accionar del sistema de administración de justicia por parte de los agresores;

- Aplicación inadecuada o insuficiente del Protocolo de Reconocimiento Médico Legal para Detección de Lesiones o Muerte producto de la tortura por parte de médicos legistas, psiquiatras y psicólogos, en lo que a éstos compete, no respetándose los estándares del Protocolo de Estambul;
- Inapropiada decisión de algunos fiscales y jueces que no posibilita abrir investigación o instrucción por delito de tortura, ordenar la detención de los agresores o determinar la responsabilidad de los agentes estatales con rangos superiores;
- Sentencias condenatorias con penas por debajo de los mínimos legales o suspendidas en su ejecución;
- Reparaciones irrisorias, no acordes al daño ocasionado y sin medidas de rehabilitación.
- Las sentencias condenatorias no inhabilitan a los agresores, pues la norma penal sobre tortura no lo establece.

Así, si bien la tortura es la modalidad de violación de los derechos humanos más extendida en el Perú, el Estado peruano realiza acciones insuficientes para prevenirla y sancionarla, sin dar plena garantía del acceso a la justicia a las víctimas y a la debida reparación en su dimensión integral; tampoco brinda la debida protección a las víctimas de tortura y a sus defensores, que han sido

objeto de amenazas, hostilizaciones y atentados contra su vida.

El Estado peruano no cuenta con los medios especializados para la rehabilitación de la persona torturada. Cabe señalar, sin embargo, avances en materia de formación y capacitación en derechos humanos a instructores policiales y personal penitenciario, mediante la suscripción de convenios interinstitucionales con diversas instituciones privadas y públicas, así como la reciente promulgación en el Congreso de la República de la Ley 30394 que amplía las funciones de la Defensoría del Pueblo para constituir el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

4. Violencia de género

La violencia de género es un problema multidimensional al que el Estado peruano ha empezado a dar la debida prioridad. A nivel del marco legal en el Perú existen algunos instrumentos como la reciente Ley N° 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (2015) y el Artículo Único de la Ley N° 2981998 por el cual se incorpora el tipo penal de feminicidio en el Código Penal (2011). Actualmente se cuenta también con el Plan Nacional contra la violencia hacia las mujeres 2009-2015 (MIMP, 2009); este último y las mencionadas leyes, en concordancia con los avances a nivel del marco jurídico internacional ("Convención de Belem do Pará", 1996), buscan garantizar a las mujeres la eliminación de acciones violentas y

discriminatorias. Sin embargo, el Perú es uno de los países latinoamericanos que registra más denuncias de esta naturaleza, ocupando el tercer lugar en el mundo entre los países con mayor prevalencia de mujeres entre 15 y 49 años que denuncian haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja (OMS, 2013). Asimismo, el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, entre los años 2009 y 2015 ha reportado 772 mujeres víctimas de feminicidio, lo que coloca al Perú entre los países latinoamericanos con mayor número de feminicidios (Defensoría del Pueblo, 2015).

Naciones Unidas afirma que al menos una de cada tres mujeres en el mundo ha sido víctima de violencia física, psicológica y/o sexual en alguna etapa de su vida, siendo los principales perpetradores las personas de su propio entorno (UNIFEM, 2015). La violencia contra las mujeres es una de las peores formas de discriminación, socava la vida, la salud y el libre desarrollo de las mujeres, además, mantiene formas de subordinación, tutelaje y dominación que impiden la construcción de sociedades igualitarias basadas en el respeto y reconocimiento de derechos (Gobierno Regional de Junín, 2015).

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2012), se registró que más del 66% de las mujeres entrevistadas (muestra de 12,842 mujeres alguna vez unidas en relación de pareja) manifestó haber vivido alguna forma de violencia psicológica por parte de su pareja: abuso verbal, búsqueda de control (celos, horarios, visita a amistades, forma de vestir, etc.) trato humillante,

amenazas (irse de la casa, quitarle a los(as) hijos(as), quitarle el soporte económico); el 37,2% manifestó haber sufrido violencia física de la pareja: empujones, golpes, patadas, ataques o amenazas con cuchillo, pistola u otra arma, entre otras formas de abuso físico; el 7,9 % manifestó violencia sexual: el esposo o compañero las obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, o las obligó a realizar actos sexuales que ellas no aprueban. El 16% de las mujeres entrevistadas declararon que habían sido maltratadas físicamente por otra persona aparte de su actual compañero, siendo el padre y la madre los agresores más frecuentes. En contraste, el 7,7% de las mujeres alguna vez unidas ejerció violencia física contra su esposo o compañero en momentos que él no la estaba maltratando físicamente, disminuyendo ese porcentaje a 2,9% cuando el tiempo se acotaba a los últimos doce meses anteriores a la entrevista.

Según datos del INEI (2014), Junín es la tercera región, luego de Cuzco y Ayacucho, con mayor violencia contra la mujer. El 81% de las mujeres reporta que alguna vez ha sido psicológica o verbalmente violentada por sus parejas, el 39,3% alguna vez ha sido violentada físicamente por sus esposos, mientras que el 12% fue violentada físicamente en los últimos 12 meses y el 11. 5% sufrió violencia sexual en el mismo lapso. El INEI (2014) también registró 270 casos de mujeres menores de 18 años que fueron violentadas sexualmente. Por su parte, los Centros de Emergencia Mujer (CEM- Junín) reportaron más de 2500 casos de denuncia de violencia contra la mujer en el 2013.

Es en este marco que el Gobierno Regional de Junín en coordinación con varias instancias públicas y de sociedad civil, entre ellas el Centro de Atención Psicosocial CAPS, desarrollaron el Plan Regional contra la Violencia hacia las Mujeres de Junín 2015 – 2021. El Plan tiene como objetivo prevenir, atender y erradicar toda forma de violencia contra las mujeres, a través de la implementación regional de la política nacional. Un avance en ese sentido es la aprobación e implementación del protocolo para la *Ruta Única de Atención en casos de Violencia Familiar y Sexual*.

En el departamento de Junín, para afrontar las necesidades de la población se cuenta con escasos programas, recursos y personal capacitado. Entre los recursos locales más relevantes se tiene: a) La estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz (Programa de la Dirección Regional del MINSa) que en Junín contaba con 15 psicólogos contratados por el programa DEVIDA y el presupuesto del PIR a nivel de toda la región, incluyendo la zona del VRAEM; b) La comunidad local de administración de salud (CLAS La Esperanza), establecimiento de salud en Chilca Alta (en Huancayo, capital de Junín), que atiende a la población desplazada por el conflicto armado interno y que cuenta con 1 psicólogo *serumista*². El personal de salud fue capacitado en la aplicación de la escala SRQ para identificar problemas de salud mental; también hace una labor

2 Esta plaza se generó por las acciones de incidencia del proyecto “Recuperación psicosocial de víctimas del conflicto armado interno en el distrito de Chilca Alta” ejecutado por el CAPS y financiado por el FIP.

de promoción y prevención de violencia familiar y sexual. Dentro del Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, los Centros de Emergencia Mujer (CEM) son una instancia activa dentro del Plan nacional de lucha contra la violencia familiar y sexual. Junín cuenta con cuatro oficinas CEM con un equipo multidisciplinario (psicólogo, abogado, trabajador social, entre otros profesionales afines) que brinda consejería psicológica y orientación legal y social a mujeres.

5. Secuelas en personas afectadas por la violencia socio-política y por la violencia basada en género

Las secuelas de la violencia intencional son biopsicosociales y pueden ser permanentes. Desde las neurociencias, se ha encontrado evidencias de que algunas personas con un trastorno de estrés post-traumático (TEPT) el hipocampo y la amígdala, núcleos subcorticales claves en el sistema límbico -el cual regula el procesamiento de las emociones y la memoria-, muestran alteraciones de volumen: el estrés intenso produce el aumento de la concentración de glucocorticoides lo que ocasiona daño neuronal en las áreas sensibles mencionadas (Alarcón, 2002). Bremner y colaboradores (2002) mediante estudios con tomografías por emisión de positrones (PET) encontraron disfunciones particularmente en la corteza prefrontal y áreas de asociación visual en mujeres diagnosticadas con

trastorno de estrés post traumático y antecedentes de abuso infantil. En otro estudio, Saporta y Van Der Kolk (1993) sostienen que por la experiencia traumática, los esquemas cognitivos se ven interrumpidos y la persona reacciona abrumada por la angustia ocurriendo un estado crónico y exacerbado de extrema excitación psicológica, lo que a su vez impacta en la capacidad de organización de los procesos cognitivos y disminuye la capacidad de darle un sentido al evento traumático.

Desde el ángulo de las secuelas psicosociales, los afectados por violencia política presentan secuelas a nivel personal, que afectan el funcionamiento psicosocial y sus proyectos de vida. Los afectados presentan problemas psicosomáticos, depresión, duelo alterado, sentimientos de desamparo, pérdida de confianza en sí mismo, ansiedad, desconfianza en sus vínculos, dificultades de aprendizaje, angustia generalizada, hipervigilancia, insomnio, pesadillas, temores y fobias, impulsividad, agresividad, disminución de la libido, alcoholismo; entre adolescentes, pandillaje infantil y juvenil, adicciones, problemas de aprendizaje, incapacidad de proyectarse con una visión de futuro, así como ideación e intentos de suicidio. (CVR, 2003, CAPS, 2010; CAPS, 2014)

La violencia psicosocial impactó especialmente a la familia. Produjo la muerte o desaparición de uno o varios de sus miembros, generó desprotección, desarraigo, mayores niveles de pobreza, dispersión de sus miembros, alteración de los procesos de duelo, etc. Los principales efectos de la violencia en la familia fueron de tres tipos: unos de

carácter destructor al producir pérdidas irreparables al segar la vida de uno o varios miembros de la familia; otros de carácter desestabilizador, dado que por la violencia muchas familias fueron dispersadas, desarticuladas; y un tercer tipo que es de carácter debilitador de la capacidad de protección y cuidado de los hijos, y de la capacidad de convivencia e interrelación. (CVR, 2003, Centro de Atención Psicosocial, 2010)

A nivel comunitario, el hostigamiento, la masacre de algunas comunidades, el clima de amenaza permanente, los actos violentos que ellas mismas protagonizaron, debilitaron los lazos comunitarios, hicieron frágil la organización social, alteraron las condiciones de convivencia, se arraigaron: el temor, el rencor, el silencio, la estigmatización y la desconfianza en sus prácticas comunitarias. La comunidad como un espacio de soporte emocional, como referente de continuidad fue alterada. El conflicto violento involucró a las personas, sus organizaciones, sus comunidades, exacerbando antiguos conflictos entre y al interior de las comunidades.

Las mujeres expuestas a violencia de género presentan con frecuencia una actitud temerosa, están deprimidas, desilusionadas, con baja autoestima, experimentan sentimientos de culpa, ansiedad, irritabilidad; pueden evitar hacer contacto visual mostrándose con sentimientos de vergüenza y evasión, y falta de cuidado personal (Zubizarreta y col., 1994; Villavicencio y Sebastián, 1999; Hirigoyen, 2006).

Las secuelas dejadas por el impacto de la violencia socio-política, la basada

en género o cualquier otra forma de violencia intencional tienen efectos crónicos en diferentes aspectos de la psique de la víctima. La Guía de Valoración del Daño Psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional (Ministerio Público, 2012), instrumento forense utilizado por el Instituto de Medicina Legal en el país, que CAPS impulsó y, en cuya elaboración participó, define el daño psíquico como:

“(...) la afectación y/o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo” (Ministerio Público-IML, 2012, p. 34)

La Guía de Valoración del Daño Psíquico establece 64 ítems agrupados en siete categorías de indicadores para valorar las alteraciones a través de las cuales se manifiesta el daño psíquico en víctimas adultas: 1) depresivos, 2) de ansiedad o aumento del umbral de activación, 3) disociativos, 4) indicadores de alteración en el pensamiento y la percepción, 5) de alteraciones en el control de impulsos que se manifiestan en la conducta, 6) de alteraciones en la calidad del vínculo interpersonal y 7) de alteraciones en la autovaloración y el propósito de vida. Asimismo, estos indicadores se manifiestan en las siguientes áreas de funcionamiento psicosocial de la persona violentada: el área personal, pareja, familiar, sexual, social y laboral/académica. La Guía de valoración permite que el perito de

salud mental pueda pronunciarse sobre cuán alterado está el proyecto de vida de la persona examinada así como determinar el nivel en que una persona presenta daño psíquico (niveles leve, moderado, grave y muy grave).

6. La rehabilitación de los afectados por tortura y otras formas de violencia política

El desarrollo de centros de rehabilitación para personas torturadas tiene antecedentes pioneros, relevantes en los países del Cono Sur de Sudamérica, Chile, Argentina, Uruguay y Brasil en la década de los setenta, cuando grupos de profesionales de la salud brindaron servicios médicos, psicoterapéuticos y sociales para ayudar a las víctimas de la represión política de los regímenes dictatoriales en estos países. Paralelamente, médicos daneses y holandeses afiliados a Amnistía Internacional empezaron a estudiar las consecuencias de la tortura, inicialmente con víctimas refugiadas de Irlanda y Grecia y con los exiliados de Latinoamérica que arribaron a Europa. Así, en la década de los ochenta se fundaron inicialmente centros de rehabilitación en Dinamarca, Francia, Canadá, Estados Unidos y Holanda para luego extenderse a Asia, África, Latinoamérica y Oceanía.

Los modelos de rehabilitación para víctimas de represión política son por lo general multidisciplinarios y no se restringen a la atención de problemas físicos y psicológicos, también se ofrece ayuda legal y soporte social.

Loes van Willigen sostiene que muchos de estos centros han tomado una posición política y consideran parte de su tarea denunciar las violaciones de los derechos humanos realizados por los regímenes represivos de sus respectivos países (Quiroga y Jaranson, 2005). Los equipos multidisciplinarios están, la mayoría de las veces, compuestos por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Son equipos que atienden directamente a las víctimas de la tortura y tienen un trabajo formativo de agentes comunitarios, no necesariamente profesionales, para que atiendan grupos en lugares marginalizados con poblaciones en riesgo de ser principales blancos de los regímenes represivos o de la violencia política. Además de la rehabilitación a los sobrevivientes los centros contribuyen a la organización de actividades laborales promoviendo transferencia de capacidades laborales (Quiroga y Jaranson, 2005).

Desde el año 1999 hasta la actualidad, la Red Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Salud contra la Tortura, la Impunidad y otras Violaciones a los Derechos Humanos (Red Salud DH), congrega a 16 organizaciones latinoamericanas de rehabilitación de personas que han visto violados sus derechos humanos, particularmente sobrevivientes de tortura. Entre los objetivos de la Red Salud DH (www.redsalud-ddhh.dm.cl/index.htm) está "contribuir desde el área de salud, a determinar daños, aliviar los sufrimientos y reparar el trauma biopsicosocial derivados de las prácticas de represión política y social" así como un objetivo más amplio que

está dirigido a un cambio macro-social : “contribuir a la creación de una sociedad justa y solidaria a través de la lucha por la erradicación y prevención de la tortura, represión política y social e impunidad en Latinoamérica y el Caribe”. Un común denominador entre las diferentes organizaciones de la Red Salud DH es el enfoque psicosocial, el cual contextualiza el padecimiento de los afectados por violaciones de derechos humanos en el marco socio-político en el cual se desencadenaron los actos de violencia y que mantiene la impunidad de estos actos. En consecuencia, se organiza de manera integral el cuidado de la persona asistida considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales, legales, de seguridad, y se hace incidencia en las políticas públicas para que protejan la integridad de las personas, considerando los factores que requieren ser tomados en cuenta para la recuperación psicosocial de la persona victimizada y para contribuir a garantizar la no repetición de estas violaciones. El Centro de Atención Psicosocial pertenece a esta red a nivel regional y a una red global de centros de rehabilitación de las víctimas de tortura, el International Rehabilitation Council for Victims of Torture (IRCT), con sede en Dinamarca, que apoya a la Red Salud DH desde sus inicios.

En general, en un proceso psicoterapéutico existen factores comunes a las diferentes corrientes clínicas así como factores específicos a una técnica en particular. Las investigaciones (Jiménez, 2007; Lambert, 2010) acerca de los procesos de cambio en psicoterapia indican que los factores comunes más relevantes son:

- a) el establecimiento de un vínculo que asegura privacidad y confidencialidad y en el que la persona asistida confía sus dificultades a otra persona en el rol de agente de cambio o terapeuta;
- b) en el intercambio verbal y no verbal entre paciente y terapeuta hay una co-construcción de nuevos significados de la experiencia de la persona asistida que le dan un nuevo auto-entendimiento cognitivo y emocional acerca de sí, sus relaciones interpersonales y los problemas que lo aquejan;
- c) un encuadre, conjunto de reglas y formas de comunicación fijas en el tratamiento que hacen predecible el encuentro y los roles a cumplir en el tratamiento;
- d) una alianza de trabajo terapéutico en la que el paciente se compromete a asistir y a seguir las reglas del proceso terapéutico con el fin de elaborar sus dificultades y el terapeuta se compromete a ayudarlo a conseguir tales fines.

Jaranson (2005, p.45) propone los siguientes principios en el tratamiento de las personas severamente traumatizadas por violencia política y/o tortura: 1) no hacer daño: tratamientos agresivos pueden exacerbar síntomas, o presionar y promover descargas afectivas en vez de permitir al sobreviviente contar su historia a su paso, de lo contrario pueden ser dañinos; 2) enfocar el tratamiento en las necesidades emocionales del paciente, etc.; 3) tener un solo profesional articulando los diferentes tratamientos y servicios; 4) tratar farmacológicamente

los síntomas más discapacitantes; 5) brindar terapia de apoyo con reuniones acordadas, cálidas, con continuidad de la relación y modelación de emociones; 6) apoyo a las necesidades físicas, sociales y médicas del paciente; 7) no reenfocar en el trauma hasta que los síntomas intrusivos hayan disminuido y el sobreviviente esté listo; 8) no animar o desanimar actividades políticas o activismo público hasta que el sobreviviente tenga la voluntad de hacerlo y capacidad para ello; 9) usar grupos de socialización y actividades de soporte para restablecer un sentido de familia y valores culturales; 10) apoyar sus creencias religiosas, en caso la persona atendida las tenga; 11) dejar abierta la posibilidad de regresar a tratamiento una vez terminado.

No hay una sola forma de trabajo terapéutico con afectados por la violencia política y hay escasos estudios de resultados (Quiroga y Jaranson, 2005). Las terapias pueden ser de distintas corrientes psicológicas, breves, prolongadas, intermitentes, focalizadas, grupales, basadas en metas y necesidades o en el tiempo disponible. Sin embargo, en terapias que requieren elaboración de afectos y aspectos cognitivos, Herman (1992) recomienda más de 20 sesiones. Por lo general, otros miembros de la familia también requieren tratamientos pues están directa o indirectamente afectados.

7. Intervenciones psicosociales del CAPS

El Centro de Atención Psicosocial es una organización de salud mental

y derechos humanos que tiene sus antecedentes en el trabajo desarrollado por el *Equipo de psicoterapeutas de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos* entre 1994 y 2000. El Equipo fue conformado por psicoterapeutas de formación psicoanalítica que provenía de la consulta privada y que asumió el desafío de atender a los afectados por la violencia socio-política tanto de Lima como de las regiones, que llegaban a las oficinas de la Secretaría Ejecutiva de la CNDDHH y apoyar a las organizaciones pertenecientes a este colectivo a denunciar las situaciones de violación de derechos humanos que habían sobrellevado. Eran tiempos más violentos que los actuales, pues los coches-bomba y fuego cruzado de terroristas y fuerzas del orden eran todavía frecuentes. Prontamente el Equipo de psicoterapeutas comprendió que asumir la tarea de la atención a los afectados requería reformular el encuadre y las maneras de intervenir clásicas aprendidas en la formación psicoanalítica (neutralidad, interpretación de la transferencia, atención libre flotante, etc.), utilizadas en la consulta privada con personas de clase media o socio-económicamente acomodada en el Perú.

La población atendida estaba compuesta por víctimas de la tortura y sus familiares, inocentes liberados que fueron injustamente encarcelados a través de procesos sumarios y tribunales con jueces sin rostro, sobrevivientes de matanzas, familiares de asesinados y desaparecidos. Esta población es diferente a la que acude a los consultorios privados, incluso a aquellos que se atienden en programas

sociales para personas de ingresos limitados. La diferencia no reside en la pobreza material o en la fortaleza de los recursos emocionales. La diferencia sustantiva está en que son personas que padecen de algún trastorno emocional o problemas interpersonales debido al impacto de la violencia ocurrido en el contexto de las relaciones sociopolíticas de nuestra sociedad. El conflicto emocional de un afectado por la tortura o la violencia política durante el CAI proviene de las experiencias traumáticas perpetradas por agentes del Estado, por los movimientos terroristas o por otros actores como los Comités de Autodefensa. La violencia provino de la realidad social del sujeto, se introdujo en él como agente perturbador de su psiquismo. Una persona asistida por efectos de la tortura no es solo un paciente con un trastorno con estrés post-traumático, es el testimonio viviente de una sociedad, y en particular un Estado, que violenta personas y grupos para someterlas o eliminarlas “para alcanzar fines superiores”, llámese seguridad del Estado o un nuevo Perú. Consecuentemente, el tratamiento psicoterapéutico debe incorporar un enfoque psicosocial que comprenda, analice e incorpore al tratamiento las condiciones del entorno social, político y/o jurídico buscando activamente reparar el sentido identitario y de vida del afectado en su relación consigo mismo, en sus vínculos interpersonales y su interacción en las relaciones sociales.

El CAPS conserva como parte de su marco de referencia conceptos psicoanalíticos clásicos como inconsciente, conflicto psicodinámico,

mecanismos de defensa, transferencia-contratransferencia, entre otros, pero ha ido modificando sus formas de intervención en consonancia con el pedido de ayuda de los individuos, grupos y comunidades. El factor clave de la relación terapéutica es la confianza que el paciente deposita en el agente terapéutico y el acuerdo de darle nuevos sentidos y significaciones a las experiencias vividas generadoras de dolor y conflicto. A la persona atendida no se la encasilla en el encuadre psicoanalítico, por el contrario, la modalidad de trabajo psicoterapéutico se modifica teniendo en cuenta diferentes enfoques en consonancia con las necesidades emocionales y psicosociales de las personas.

El enfoque psicosocial aporta luz a la dimensión subjetiva e intersubjetiva de las relaciones sociales a la vez que busca comprender el modo en que el entorno sociopolítico, económico y cultural constituyen y condicionan la subjetividad de individuos, grupos y colectivos. Permite entender que un afectado por violencia política, por ejemplo, es un sujeto que padece de síntomas y problemas interpersonales porque, principalmente, la esfera pública encarnada en una institución, un funcionario, militar, policía, médico, etc., abusó del poder violando la integridad y dignidad personal del afectado. Es decir, instituciones públicas que debían proteger y respetar al ciudadano pervierten sus funciones y son instrumentos de abuso y violación de los derechos humanos de los ciudadanos. Este enfoque surge en Latinoamérica como respuesta a los conflictos sociales y tiene sus fuentes en la teología de

la liberación, el psicoanálisis en el Cono Sur Sudamericano, la psicología social, la pedagogía para la liberación, el marxismo, entre otras. Uno de sus representantes, Martín Baró, afirmaba que mientras no se produjeran cambios significativos en las relaciones sociales, estructurales, grupales, interpersonales, el tratamiento particular o grupal de las consecuencias de esas relaciones violentas era insuficiente. (Baró, 1998, 28, p.141).

El enfoque psicosocial cuestiona individualizar la atención y estigmatizar a la persona con diagnósticos clínicos pues hacerlo coloca el problema en la persona o el grupo en particular y no en las estructuras y relaciones sociales así como en sus efectos violentos sobre la población. Implica una práctica de cambio, de modificación de las relaciones de poder generadoras de violencia instaladas en el ámbito sociopolítico e institucional. Esta práctica recoge los saberes y recursos de la población atendida para promover una participación transformadora. Ello se pone en práctica incluso en la relación de ayuda terapéutica individualizada; desde el enfoque psicosocial se identifica que toda relación terapéutica en sí misma es una forma de relación asimétrica, pero en este caso favorable al sujeto en su proceso de recuperación. En el vínculo terapéutico, una persona violentada en su integridad, con una dolencia que se expresa en síntomas emocionales y conflictos interpersonales, le confía la intimidad de su padecimiento a otra persona que tiene un rol socio-cultural de agente terapéutico. Le cuenta las cosas más íntimas a un desconocido porque éste

está investido en el contexto de la consulta por su rol profesional. Es decir, el vínculo asistente-asistido coloca a la figura del terapeuta en un rol con poder, en la posición de asimetría de un saber – sea este psicológico, psicoterapéutico, médico- sobre la persona asistida, saber que le permitirá mejorar la condición emocional del afectado en el marco ético profesional. Pero este poder imaginario y prestado que proviene de un supuesto saber del profesional (Lacan, 1964) es devuelto al afectado al facilitar un re-encuentro consigo mismo, con sus recursos personales, con sus propios saberes y fortalezas. El terapeuta deberá dejarle saber al paciente a través de la experiencia de terapia que el agente de cambio es fundamentalmente la persona misma en su deseo de recuperación y búsqueda de un nuevo sentido a su problemática.

Por otro lado, el enfoque psicosocial permite entender que la dimensión de la recuperación del afectado por violencia sociopolítica no es la única sino que la problemática es multidimensional, requiere ser comprendida de una manera integral, incluyendo dimensiones que exceden al individuo o al grupo como es la modificación de las políticas públicas e institucionalidad en el ámbito macro social. Por ejemplo, este enfoque permite entender el proceso de re-victimización del afectado a cada paso en el que sistema de justicia no cumple con su rol de sancionar el delito, analizando y actuando sobre las fuerzas que mantienen la impunidad y el *statu quo* de una institucionalidad que tiende a no reconocer los derechos humanos de sus ciudadanos.

8. Intervenciones psicosociales con mujeres afectadas por violencia de género

En el Centro de Atención Psicosocial, la modalidad de atención integral a la mujeres afectadas por la violencia de género tiene como uno de sus pilares al modelo transteórico de cambio (Prochaska y Di Clementi, 1983). Estos autores al hacer un estudio de las diferentes modalidades de psicoterapia observaron que todas compartían algunas formas de intervención que promovían cambios en los pacientes. Este modelo, inicialmente dirigido a personas con adicciones a sustancias, establece que el comportamiento adictivo de un sujeto tiene que transitar por una serie de etapas para lograr el cambio buscado. Autores como Brown (1997) y Manjón (2012), entre otros, han llevado el modelo transteórico al terreno de la violencia de pareja contra la mujer. Uno de los principales retos de esta reformulación teórica es pasar de un proceso de cambio individual - dado que la base de los estudios de Prochaska fue en las áreas de dieta, adicciones, violencia delincinencial, entre otros – a un cambio relacional de la mujer y su pareja.

Considerando el marco teórico mencionado la atención integral a mujeres que viven en relaciones violentas, particularmente con sus parejas, tiene las siguientes características:

1. Es una modalidad de atención que tiene dos componentes interrelacionados: la salud mental y la orientación legal.

2. Tiene una perspectiva comunitaria: se atiende en la zona, se establecen redes de referencia y contra referencia, se dota a las acciones de un importante componente de prevención de la violencia contra la mujer y de promoción de su bienestar, se brindan visitas domiciliarias, etc.
3. Los enfoques de género, psicosocial, derecho e intercultural están dirigidos a identificar patrones asimétricos generadores de violencia contra la mujer a nivel interpersonal y social, así como a fortalecer su auto-percepción de ser una persona con derechos plenos.
4. Debido a la complejidad del fenómeno de la violencia contra la mujer, la atención integral cuenta con diferentes herramientas técnicas que puedan presentarle un abanico de alternativas terapéuticas a la mujer asistida: consejería, psicoterapia, intervenciones en crisis, consejerías en visitas domiciliarias, talleres terapéuticos, grupos comunitarios, orientación legal, orientación en la salud sexual y reproductiva.

La mayoría de las mujeres atendidas por el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) están en condición de pobreza, no solo por los escasos recursos económicos con los que cuentan, sino por el limitado desarrollo de sus capacidades y habilidades potenciales debido a que las condiciones económicas, socio-culturales de su entorno y las políticas públicas no favorecen ese desarrollo. Así, la atención integral a mujeres violentadas requiere tener una perspectiva interdisciplinaria basada

en los enfoques de derechos, género, psicosocial e intercultural.

El Modelo Transteórico surge de la revisión de 18 tipos de psicoterapia y teorías de cambio psicológico (Prochaska y Di Clementi, 1982; Brown, 1997; Burman, 2003). Plantea 5 etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. A la vez asume que hay aspectos emocionales y cognitivos que subyacen al cambio y que pueden ser medidos. Identifica 10 de estos procesos y

los divide en dos dimensiones: a) la dimensión cognitiva/afectiva en la que se encuentran: toma de conciencia, incremento emocional, liberación social, compromiso, auto-evaluación y reevaluación del entorno, y b) la dimensión de los procesos de conducta: control del entorno, recompensa, relaciones de soporte y contra condicionamiento.

Las etapas de cambio según Brown (1997) basada en el modelo de Prochaska y Di Clemente, (1982) son:

Etapas de cambio	Características
Pre-contemplación	La mujer no reconoce la violencia como un problema y no está interesada en cambiar. Tienden a estar en negación, estar a la defensiva y ser resistentes a la presión externa. Puede presentar síntomas de estrés post-traumático. Siente que porque ella se equivoca es que él le pega. Requiere encontrar soporte o una experiencia que la cuestione y la ayude a aceptar su situación. Es importante que pueda percibir vínculos que la apoyen y comprendan el proceso de cambio así como que haya servicios de apoyo en la comunidad a su disposición.
Contemplación	La mujer reconoce la situación de violencia en la que vive y tiene una conciencia creciente de los factores a favor o en contra de cambiar, pero aún no se ha comprometido a pasar a la acción. Pueden quedarse atascadas en esta etapa por largo tiempo. La mujer sabe qué quiere o no quiere, pero todavía no se siente preparada para pasar a la acción. Un elemento importante es la convicción de querer resolver el problema y la disminución de la ambivalencia como paso previo a la "Preparación".
Preparación	La mujer reconoce la situación de violencia como problema, intenta el cambio y ha desarrollado un plan. Son las que están preparadas a pasar a la acción en un futuro próximo. Es también llamada etapa de "Toma de decisión". También puede haber acciones preparatorias para la acción, pero todavía está en la relación violenta. Por ejemplo: habla con los familiares de su pareja para que ya no la siga maltratando, busca ayuda en la comisaría para que los policías le pongan límite a la pareja, etc.
Acción	La mujer ha tomado acción para realizar los cambios relacionados a terminar con la situación de abuso. Ha modificado su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar la situación de violencia: ha salido de la casa habiéndose ido a casa de los familiares o amistades, ha hecho una denuncia exigiendo medidas cautelares por la violencia del abusador, ha entrado en una casa de refugio, etc. Esta etapa se define por la ruptura de la relación violenta con la pareja en el que termina la acción violenta contra ella.
Mantenimiento	La conducta violenta contra ella ha terminado y la mujer da pasos para prevenir que el patrón de violencia del que ha salido vuelva a atraparla. Se considera que la mujer ha pasado de la etapa de acción a la de mantenimiento si es que no ha recaído en las situaciones de violencia por 6 meses. La mujer trabaja para evitar recaídas y consolidar los resultados obtenidos en la acción. Debe ser capaz de mantenerse alejada del marido sintiéndolo distante emocionalmente o con un rechazo marcado que hace la idea de regresar con él inaceptable. La estabilización del cambio hacia una nueva forma de vida y evitar la recaída son los principales signos de esta etapa.

La relación existente entre las cinco etapas de cambio y los diez procesos cognitivos y afectivos subyacentes a éstas ha sido bien documentada en diferentes estudios en Estados Unidos (Burkitt, K, 2008; Burke, JG, 2009). En consecuencia, no solo es importante determinar en qué posición o etapa está la persona sino cómo es que estos procesos mentales se vienen desarrollando o consolidando en las etapas. Por ejemplo, en la etapa pre-contemplativa en que las mujeres están menos abiertas a hablar o ser influidas por otros, tienen y procesan menos información, le dedican poco tiempo a reevaluarse a sí mismas y hacen menos intentos para superar sus problemas; las intervenciones deberían estar dirigidas a: i) incrementar la conciencia de la situación de violencia vivida: por qué, cómo, patrones, ciclo de la violencia, inicio de la evaluación de las ventajas y desventajas de estar en una relación violenta, etc.; ii) descarga emocional: espacio de soporte en donde se brinda empatía y comprensión a su situación, en el que constata que el abuso está mal, que es una situación que violenta su dignidad, enfatizándose el auto-cuidado; iii) auto-evaluación: que la situación que vive no es culpa de ella y que es una actitud no aceptable de él. De ser el caso, se le señala el papel de sumisión que puede estar adoptando en la vinculación con otros en su vida diaria. Los contenidos y pautas de las intervenciones terapéuticas se dirigen al cuestionamiento de la aceptación del abuso; a explicitar que la violencia no es aceptable sin que el terapeuta asuma un rol neutral; a la exploración de detalles del patrón violento para aumentar la visibilidad de la situación;

a relacionar situación de abuso con el costo en su salud física y emocional; a explicitar el ciclo de la violencia para fortalecer criterio de realidad cuando describe “los buenos momentos”; a dosificar las intervenciones para no abrumar a la mujer. Las intervenciones deben ser diferenciadas para cada etapa de cambio (CAPS, 2015).

Las etapas de cambio y los procesos cognitivos, afectivos y de conducta que subyacen a ellas implican cambios profundos en la identidad de la mujer. Una mujer que ha tenido relaciones familiares en las que no se viven experiencias de equidad en las relaciones de género, en las que, por el contrario, se privilegia al hombre, una familia que a su vez está insertada en una comunidad con valores y patrones tradicionales del tipo patriarcal, un modelo de figura materna que desempeña roles pasivos ante el abuso de la pareja, la sanción a actitudes asertivas o de autonomía de la mujer, etc., tendrán un efecto sustantivo en el modo en que ella se percibe a sí misma en relación a su pareja y su familia. Cambiar este modo de ver el mundo, sus relaciones interpersonales y a sí misma es un proceso complejo de ir modificando la manera en que se auto-percibe, siente y percibe a su pareja y la forma como se relaciona con las expectativas de su entorno socio-cultural. Las investigaciones (Bowker, 1983) establecen que las mujeres violentadas que intentan romper con sus parejas regresan a la relación violenta varias veces antes de terminar con la relación abusiva de manera definitiva. Señalan también que un factor importante es el estado

emocional en que la mujer ha llegado a la clara determinación de que el abuso debe terminar, pues es un indicador que la mujer está lista para pasar a la acción. Y un tercer hallazgo que brindan las investigaciones con mujeres abusadas por sus parejas es que la utilización de grupos de soporte les brinda la confianza para pasar de una etapa a otra.

9. Referencias bibliográficas

Alarcón, R. (2002). Trastorno por estrés post-traumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina. En *Revista chilena de neuropsiquiatría*. 40, 2

Baró M. (1988). "El impacto psicosocial de la guerra". En *Revista de Psicología de El Salvador*, 28, p.141

Benyacar, M. (2003). Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Bion, W. (1979). Experiencia en grupos. Buenos Aires: Paidós

Bowker, L. (1983). Beating wife-beating. New York: Lexington Books.

Bremner, J. D. (2002). *Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*. New York: W. W. Norton.

Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence: the process of change in battered women. *Violence against women*. 3,1, 5-26.

Burman, S. (2003). Battered women: stages of change and other treatment models that instigate and sustain leaving.

Brief Treatment and Crisis Intervention. 3:1, Spring.

Burke, J.; Denison, J.; O'Campo, P.; Carlson, A.; Mc Donell, K. (2004). Ending intimate partner violence: an application of the transtheoretical model. *American Journal of Health Behavior*. 28(2): 122-133.

Burkitt, K.; Larkin, G.; (2008). The transtheoretical model in intimate partner violence victimization: stage changes over time. *Understanding the change process in perpetrators and victims*. 23, 4, 411-431.

Centro de Atención Psicosocial (2010). La tortura en el Perú a través de sus víctimas. Lima: Editorial Roel.

Centro de Atención Psicosocial (2015). Manual de Bolsillo. Pautas para la atención a mujeres afectadas por la violencia familiar. Huancayo: Imprenta Ríos

Comisión de la Verdad y Reconciliación. (2003). Informe Final. Lima: CVR

Committee against torture (2012). Consideration of reports submitted by States parties under article 19 of the Convention. Sixth periodic report of States parties due in 2009, submitted in reply to the list of issues (CAT/C/PER/Q/6) transmitted to the State party under the optional reporting procedure (A/62/44, paragraphs 23 and 24). Peru

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer Belem do Pará (2005). Serie Marco Normativo. Lima: DEMUS

Cotler, J. (2005). Clase, Estado y Nación en el Perú (3ra edición). Lima: IEP

Gamarra, R. (2006). Derechos humanos, justicia y transición democrática: el balance institucional. En Magarrell, L., y

- Fillipini, L. (Ed.) El legado de la verdad. Lima: ICTJ.
- Gobierno Regional de Junín. (2015). Plan Regional contra la violencia hacia las mujeres de Junín, 2015-2021. Lima: CAPS.
- Gorriti, G. (1990). Sendero: Historia de la guerra milenaria en el Perú. Lima: Apoyo.
- Hensen, M., Michelson, L.; Bellack, A. (Ed.).(1984). Issues in Psychotherapy Research. NY: Plenum Press.
- Hermann, J. (1997). Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence. From domestic abuse to Political Terror. Nueva York: Basic Books.
- Hirigoyen, M.F. (2006). Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). Indicadores de género. Recuperado el 08/05/2016, de www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/
- Instituto Nacional de Salud Mental (2009). Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la selva peruana. En *Anales de Salud Mental*, 25, 1).
- Instituto Nacional de Salud Mental (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental. En *Anales de Salud Mental*, 18, 1,2
- Jibaja, C., Wurst, C., Pérez, Y. (Ed.) Memorias grupales: Mi dolor, nuestra esperanza. Lima: Centro de Atención Psicosocial.
- Jiménez, J. (2007). Can research influence clinical practice? *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 661-669.
- Kernberg, O. (1978). Leadership and organizational functioning: organizational regression. *Internacional Journal of Group Psychotherapy*, 28, 3-25.
- Lambert, M.; Harnett, P.; O'Donovan, A. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Journal of Clinical Psychology, Australian Psychological Society*. 4, 2, 39-44.
- Ley N° 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. *El Peruano*. Recuperado el 10/09/2016, de <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>
- Manjón, J. (2012). Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja: Una propuesta desde el modelo transteórico de cambio. En *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 32 (113), 83-101.
- Ministerio Público-Instituto de Medicina Legal (2011). Guía de valoración de daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional. Lima: Escuela del MP.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2013). Violencia contra la mujer infligida por su pareja. Recuperada el 10/09/2016 de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/
- Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 3, fall.

- Quiroga, J.; Jaranson, J. (2005). Politically-motivated torture and its survivors. *Torture*. 16, 2-3; 1-112
- Raffo, P. (2007). Acompañamiento psicológico y terapia psicológica. En Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio: aportes psicosociales. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Saavedra C., Sarmiento, H., Cuba, E. (2010). Percepción de los afectados por tortura acerca de las secuelas que les dejó el conflicto armado interno en el Perú. Lima: Centro de Atención Psicosocial.
- Saporta, J. y Van Der Kolk, B. (1993). Psychobiological Consequences of Severe Trauma in Torture and its Consequences. Great Britain: Cambridge University Press.
- Stornaiuolo, M y Chauca, R. (2008). Lineamientos básicos para el acompañamiento psicosocial en procesos de investigación antropológica forense. Lima: Centro de Atención Psicosocial.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la mujer.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., De Corral, P., Sauca, D., y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (129-152). Madrid: Editorial Pirámide.

II. Estudios piloto acerca de las intervenciones psicosociales del CAPS

Introducción

La sistematización de las intervenciones psicosociales del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) tiene la finalidad de documentar las características de los procesos terapéuticos que se han llevado a cabo en Lima, Huancayo y Ayacucho desde Septiembre de 2013 hasta Junio de 2016. De manera específica, se han realizado tres estudios exploratorios para obtener evidencias de la eficacia de los tratamientos efectuados utilizando un diseño de pre test – post test en un solo grupo en los que se han mantenido las condiciones “naturales” de los procesos de recuperación psicosocial que se brindan en nuestra institución. Las evaluaciones pre test – post test son parte del procedimiento normal de evaluación de los tratamientos en el CAPS así como las entrevistas de seguimiento. Se presenta un cuarto estudio descriptivo acerca de las características del acompañamiento psicosocial en la judicialización de casos por violaciones a los derechos humanos.

A continuación presentamos el objetivo general de la sistematización de las intervenciones psicosociales del CAPS.

Objetivo General

Estudiar la eficacia de las intervenciones psicosociales del CAPS en Lima, Huancayo y Ayacucho con personas afectadas por el conflicto armado interno (CAI) y violencia basada en género (VBG).

Estudio 1

Estudio de la relación del tratamiento psicosocial individualizado brindado por CAPS (Lima) con la estabilidad emocional, el fortalecimiento del yo y el manejo de la agresión en personas afectadas por la tortura y la violencia política.

Metodología **Participantes** **Pacientes**

20 pacientes adultos atendidos presentan síntomas de ansiedad y depresión así como inestabilidad emocional en sus relaciones interpersonales. Estos pacientes recibieron atención integral en el local del CAPS (Lima). Son casos recibidos entre el 1ro de Septiembre de 2013 hasta Abril de 2016. Las variables sociodemográficas: edad, procedencia, estado civil, instrucción y tipo de afectación se presentan a continuación:

Sexo	Edad	Procedencia	Estado Civil	Instrucción	Tipo de Afectación
Femenino: 15	20-30 = 1 30-40 = 4 40-50 = 4 50-60 = 5 60-70 = 1	Ayacucho=4 Junín=2 Lima=3 Huancavelica=2 Ancash=1 Ica=1 Apurímac=1 Pasco=1	Soltera =5 Casada =2 Conviviente=2 Divorciada =2 S/D =4	Primaria = 4 Secundaria= 4 Técnica S.=4 Universitaria=2 S/D=1	Tortura/ víctima de trato cruel= 5 Fam. de asesinado=5 Fam. de torturado=4 Fam. de desaparecido=1
Masculino: 5	20-30 = 1 30-40 = 1 40-50 = 2 50-60 =1	Ayacucho=3 Junín=1 Huánuco=1	Soltero =2 Casado =2 Conviv.=0 Divorc. =1	Primaria = 1 Secundaria = 1 Técnica Sup.=0 Universitaria=3	Tortura/ víctima de trato cruel= 3 Fam. de asesinado=1 Fam. de torturado=1

Se revisaron un total de 35 casos pero no se incluyó a 15 de ellos porque no contaban con uno o más de los siguientes criterios: edad mínima (a partir de 18 años), no había registro del tipo de afectación; no contaban con las escalas IRPEC de entrada o ésta no había sido completada; no se pudo ubicar al paciente para aplicarle la escala IRPEC de salida; tampoco se incluyó los casos que no dejaron constancia de haber firmado el consentimiento informado.

Psicoterapeutas tratantes

7 psicoterapeutas, mujeres, Psicólogas graduadas con formación en psicoterapia analítica y experiencia de por lo menos 5 años en el CAPS. Sus edades oscilaban al momento de este estudio entre 40 y 65 años.

1 trabajadora social graduada

1 Médico psiquiatra

Tratamiento psicosocial

Psicoterapia individual

Proceso terapéutico de por lo menos 8 sesiones individuales con posibilidad de re-contrato con un número de sesiones acordadas entre terapeuta y paciente (Límite de sesiones: 80). Son sesiones con una frecuencia de una vez por semana, de 50 minutos. El tratamiento psicoterapéutico está dirigido a establecer un vínculo interpersonal y confidencial con el paciente que le permita una mayor comprensión del motivo de consulta, clarificar situaciones, actitudes y emociones que forman parte de experiencias traumáticas ligadas al conflicto socio-político; que le permita realizar una auto-reflexión integradora de relaciones significativas del pasado con el presente; lograr nuevos ángulos de entendimiento de su situación – problema, para que encuentre alternativas de solución y re-organice su proyecto de vida.

Trabajo social

Espacio terapéutico que evalúa al afectado en sus capacidades de autocuidado y auto-sostenimiento, así como en sus relaciones interpersonales, familiares, laborales y sociales tomando acciones concretas para el mejor funcionamiento del afectado. Trabajo social brinda consejería social, orientación social, referencias y visitas domiciliarias y sirve como enlace entre los distintos servicios y profesionales involucrados en el tratamiento.

Psiquiatría

En caso de una sintomatología que altere de manera moderada a grave las áreas de funcionamiento psicosocial, el paciente es derivado a la atención psiquiátrica. Luego de una primera entrevista diagnóstica psiquiátrica, el paciente empieza a tomar psicofármacos los cuales son monitoreados por la psiquiatra del CAPS de manera regular.

Instrumentos

Escala de auto-percepción de secuelas psicosociales por violencia política (Escala IRPEC 2)

La escala IRPEC 2 está compuesta por 35 ítems que se distribuyen en 3 sub-escalas: estabilidad emocional (15 ítems), fortaleza del yo (11 ítems) y manejo de la agresión (9 ítems) y se califica en una escala Lickert del 0 al 2. Se hace preguntas a las personas acerca de la frecuencia o la intensidad en que un participante experimenta una serie de signos y síntomas asociados a las secuelas a la violencia política en el último mes. Las respuestas del participante son registradas en un continuo de tres opciones de respuesta. Por ejemplo, el ítem 1 "En el último mes, ¿ha estado usted nervioso?", las opciones de respuesta para ese ítem son: (a) Nunca/Rara vez = 0; (b) Algunas veces = 1; (c) Siempre/Muy seguido = 2.

<i>N° de sesiones de psicoterapia</i>	<i>N° de atenciones con la trabajadora social</i>	<i>N° de personas atendidas en psiquiatría y N° de consultas</i>
20 pacientes fueron atendidos en psicoterapia: Entre 8 – 11 sesiones = 2pacientes 12 sesiones = 2 Entre 13 - 19 sesiones = 7 Entre 20 - 29 sesiones = 3 Entre 30 – 39 sesiones = 1 Entre 40 – 49 sesiones = 1 Entre 50 - 59 sesiones = 3 Entre 60 - 80 sesiones= 1	20 pacientes fueron atendidos por trabajo social: 1 atención = 3 pacientes Entre 2 - 9 atenciones = 10 Entre 14 – 18 atenciones = 2 Entre 21 -23 atenciones =2 Entre 24 -27 atenciones = 3	8 pacientes fueron atendidas en Psiquiatría 1 paciente tuvo 1 consulta 1 paciente tuvo 3c. 1paciente tuvo 5c. 1 paciente tuvo 7 c. 2 pacientes tuvieron 18 c. 1 paciente tuvo 22 c.

La escala IRPEC ha tenido dos fases. En la primera fase, se desarrolló la escala IRPEC₁ (Saavedra, Antón y Cubas, 2010). La metodología consistió en realizar 90 entrevistas a participantes de 3 poblaciones afectadas por el conflicto armado interno en las que intervenía CAPS: una rural y dos peri-urbanas; en las entrevistas los participantes tenían que enumerar por lo menos tres problemas que ellos observaban en personas afectadas por el conflicto armado interno; se obtuvo una lista de 240 problemas por cada población. Luego de ser categorizadas y unificar las tres listas de problemas se procedió a consultar a un grupo de 8 psicoterapeutas con experiencia en la materia para recoger sus opiniones en relación a las categorías, contenidos e ítems de la escala. La primera versión de la escala IRPEC₁ estaba constituida por 38 ítems y en los estudios de confiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.906. Asimismo, en el análisis factorial se obtuvo tres factores con un alfa de Cronbach por encima del 0.7, un cuarto factor quedó a unas décimas del 0.7. Los factores que superaron el 0.7 en el alfa Cronbach de esta primera versión fueron: a) Inestabilidad emocional (0.822), b) Vulnerabilidad (0.754), c) Autoestima (0.794), d) Control de la agresión (0.692).

CAPS aplicó el IRPEC₁ entre 2010 y la primera mitad del 2014. Al momento de aplicar la escala en las regiones de Junín y Ayacucho e incluso con algunas personas atendidas en Lima, se observaron dos dificultades en su aplicación: a) algunos de los ítems no eran entendidos, y b) los pacientes

tenían dificultades para hacer una clara diferenciación del rango de cinco opciones de respuesta de los ítems de la escala. Ante estas dificultades CAPS decidió realizar un estudio de las propiedades psicométricas de la primera versión de la escala IRPEC con una muestra de 131 participantes. La evidencia de validez mediante el análisis de componentes principales (rotación Promax) mostró que la mejor solución factorial encontrada en el presente estudio fue de tres componentes. La consistencia interna de cada uno de ellos alcanzó valores mayores a 0.70 El Componente 1 (Estabilidad emocional) obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83, el Componente 2 (Fortaleza de yo) de 0.77 y el Componente 3 (Manejo de la agresión) de 0.71.

Esta solución factorial fue la misma cuando se hizo el estudio factorial con las respuestas de los participantes en una escala de cinco opciones de respuesta y cuando se transformó estas opciones de respuesta a tres. Eliminando algunos ítems por no contar con la carga factorial necesaria y reformulando otros para una mejor comprensión, la escala IRPEC 2 quedó compuesta por 35 ítems siendo 3 las sub-escalas: estabilidad emocional, fortaleza del yo y manejo de la agresión.

Entrevistas de seguimiento

Las entrevistas de seguimiento de los pacientes atendidos en el CAPS buscan explorar cómo es que las personas se sienten, se relacionan interpersonalmente y desarrollan sus actividades en las diferentes áreas

psicosociales al cabo de más de seis meses de finalizado el tratamiento. La entrevista semi-estructurada contiene los siguientes ítems: las razones por las que vino a tratarse en el CAPS, características del tratamiento, beneficios obtenidos (sintomatología, relaciones interpersonales, fortalezas del yo, manejo de la agresión), en qué cosas no fue ayudado, la relación terapéutica, aprendizajes y aplicación de estos aprendizajes en sus relaciones interpersonales. Se realizaron 15 entrevistas de seguimiento.

Secuencia del estudio

- Entrevista de admisión en la que se recoge el motivo de consulta y las características principales del caso, se solicita el consentimiento informado al paciente y se aplica la escala IRPEC.
- Tratamiento psicosocial individualizado.
- Aplicación de salida del IRPEC
Luego de la sesión 12.
- Entrevista de seguimiento.

Análisis estadístico

Objetivo

Estimar el impacto y la magnitud del efecto de la intervención psicosocial individualizada del Centro de Atención Psicosocial en casos de afectación por la tortura y el conflicto armado en Lima.

Procedimiento

Para realizar el estudio de los procesos terapéuticos individualizados de personas afectadas por la tortura y el CAI se contó con 19 casos en Lima. De la muestra de 20 casos brindada por el CAPS-Lima fue descartado un caso porque hubo errores en marcar los puntajes de salida en varios ítems. En este análisis participaron 14 mujeres y 5 hombres de edades entre 20 y 65 años.

En CAPS-Lima se les aplicó el IRPEC previo al tratamiento psicológico, se llevó a cabo el tratamiento individualizado integrando, según el caso, la psicoterapia, los servicios de trabajo social y las consultas psiquiátricas, y se realizó una nueva aplicación del IRPEC después del tratamiento. Cabe destacar que el IRPEC se tomó en sus dos versiones: IRPEC1 a 9 casos e IRPEC2 a 10 casos.

Para evaluar el impacto del tratamiento se utilizó el modelo de regresiones de la diferencia entre los puntajes finales e iniciales. Esta diferencia muestra un impacto con signo negativo porque los puntajes finales se esperaba que fueran menores que los iniciales para concluir que había mejoría. Este modelo de regresión cuyo objetivo es ver el impacto del tratamiento (significancia estadística) fue controlado con las diversas variables intervinientes (edad, género, tipo de intervención, grupos y zona) del estudio.

A continuación se utilizó los estadísticos de la *d* de Cohen y el tamaño del efecto (*r*) para ver la efectividad estadística del tratamiento ofrecido a los participantes. Utilizaremos los siguientes valores:

tamaño del efecto "pequeño" = 0.20 a 0.30, tamaño "mediano" = 0.50 o cercano al 0.50 y "grande" = 0.80 más. En el caso del tamaño de efecto (r), su valoración es la siguiente: El valor de $r = 0,10$ se considera como un tamaño del efecto pequeño; $r = 0,30$ se considera como un tamaño del efecto medio, y el valor de $r = 0,50$ se considera como un tamaño del efecto grande.

Resultados

En los pacientes participantes de los tratamientos psicosociales individualizados realizados en Lima, se pudo observar que el impacto de la intervención es de -9,73684 con un nivel de confianza al 90%. En cuanto a la magnitud del efecto muestra una $d = 0,47915$ y una $r = 0,23298$, lo que implica un efecto promedio del tratamiento ofrecido.

de participantes (9) no se encuentran mejorías significativas (-5,667) mientras que sí se observa mejoras significativas en el IRPEC2 (-13,4000 en sus 10 participantes) en sus 3 factores: Estabilidad emocional (-6,100), Fortaleza del yo (-4,6000) y Manejo de la Agresión: (-2,444). Cuando se mide los protocolos de ambas pruebas el impacto es significativo y el efecto promedio.

Discusión

El presente estudio muestra evidencias de la efectividad del tratamiento psicosocial individualizado que las personas afectadas por la tortura y la violencia política llevan en el Centro de Atención Psicosocial en Lima. La psicoterapia psicoanalítica con enfoque psicosocial, la relación

Población CAI tipo de intervención individual				
Zona	N	Impacto		Tamaño del efecto (r)
Lima	19	-9,73684 *		0,23298

*** Significativo al 99%, ** significativo al 95%, * significativo al 90%.

El análisis estadístico ha considerado las dos versiones de IRPEC dado que el proyecto se inició en Septiembre de 2013 cuando todavía se aplicaba la versión IRPEC1 y no se habían realizado los ajustes factoriales y de reformulación de ítems que dieron como resultado el IRPEC2. Por lo tanto, tenemos análisis comparativos de ambas versiones. Cuando se observa los resultados del IRPEC1 en la muestra

de soporte de trabajo social y, en los casos que corresponde, el tratamiento psiquiátrico, se interrelacionan para ayudar al afectado a recuperar su bienestar emocional. Al evaluar el impacto y efecto del tratamiento con las versiones IRPEC1 e IRPEC2, administradas antes y después de la intervención, controlando variables como edad, sexo, lugar de procedencia y tipo de intervención, se observa un

impacto significativo al 90% con un efecto promedio.

Consideramos que el comportamiento de las versiones 1 y 2 de la escala IRPEC se explica por las dificultades que precisamente dieron lugar a la necesidad de reajustar el número y formulación de las preguntas de la versión original así como a consolidar en 3 el número de factores de la prueba. En ese sentido, la versión IRPEC2 arroja coeficientes de mayor confiabilidad que la versión original y muestra puntajes de mayor significación que la primera versión del instrumento. El número pequeño de casos y las deficiencias de la versión del IRPEC1 disminuyen la significación general de los resultados.

Es importante señalar que el número de personas torturadas atendidas entre los participantes de Lima fue del 42%, (el porcentaje restante corresponde a los familiares) lo que puede ser un factor explicativo del efecto promedio de los tratamientos dadas las características de cronicidad y reactivación sintomatológica de las secuelas emocionales y físicas que deja la tortura.

En las entrevistas de seguimiento se observó que en su gran mayoría (13 de 15) reportaron alivio sintomático y mejora en sus relaciones impersonales; un número menor reportó de manera espontánea sentirse "más fuertes", "más seguros" (8 de 15), similar al número que reportó haber mejorado el manejo en su agresión (7 de 15). Lo que las personas recalcaron en las entrevistas de seguimiento fue la experiencia de haber sido escuchadas por la terapeuta, tener un espacio para hablar y no ser

criticadas, poder reflexionar lo que les sucedía manifestando un sincero agradecimiento por la atención recibida y sus efectos. Lo expuesto corrobora lo que varias investigaciones de proceso reportan: la importancia del vínculo con el profesional como factor terapéutico. Así mismo, las personas entrevistadas reportaron episodios, durante o post-tratamiento, en los que volvieron a sentirse inestables emocionalmente, pero que lo aprendido en el tratamiento los ayudaban a restablecerse contrastando el círculo sin salida en que se encontraban previo al tratamiento.

Se encuentra en los participantes una mejora significativa en el alivio de síntomas y en el fortalecimiento de sus recursos y capacidades yoicas (atención y concentración, volición, tolerancia a la frustración, moderación de estados de ánimo, rendimiento, auto-valoración, relaciones interpersonales). La mejora en el manejo de la agresión es significativo pero en menor grado que las dos precedentes. Consideramos que es un factor que podría estar asociado a modificaciones que requieren de mayor tiempo, profundidad de las intervenciones, elaboración de patrones enraizados en el afectado y a que el manejo de la agresión requiere realizar cambios en su entorno interpersonal, social y laboral que implican la interacción con otras personas y que con frecuencia no solo dependen del afectado.

El estudio realizado en las intervenciones psicosociales en Lima tiene varias limitaciones debido a sus propias características exploratorias: es un estudio piloto ex post que analiza en la práctica misma, la forma de intervención

psicosocial de los servicios de atención del CAPS. Considerando lo dicho, el presente estudio tiene un número de participantes pequeño; no se incluye grupo control; no se controló dentro de las variables intervención terapéutica el número y tipo de intervenciones de trabajo social ni el número de sesiones de consulta psiquiátrica; con relación a los pacientes participantes no se controló el diagnóstico clínico ni el tipo de condición de afectación diferenciando personas torturadas de los familiares de afectados por violencia política, así como tampoco si estos familiares lo eran de personas desaparecidas o asesinadas; los instrumentos utilizados para la medición de las variables son restringidos pues se limitan sólo a una escala. Así mismo, no es un estudio que haya tenido mediciones de proceso de los tratamientos psicosociales. Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, es un primer estudio que arroja evidencias iniciales de la efectividad del tratamiento, lo que deberá servir de estímulo para la formulación de una investigación diseñada con estándares metodológicos más ambiciosos.

Hallazgos relevantes

El estudio muestra evidencias de la efectividad del tratamiento psicosocial individualizado que las personas afectadas por la tortura y la violencia política llevan en el Centro de Atención Psicosocial en Lima a un nivel de 90% de significación.

Los factores estabilidad emocional, fortaleza del yo y manejo de la agresión mostraron cambios favorables significativos luego del tratamiento psicosocial del CAPS-Lima.

La versión IRPEC₂ arroja coeficientes de mayor confiabilidad que la versión original y las personas afectadas muestra puntajes de recuperación de mayor significación que la primera versión del instrumento.

En las entrevistas de seguimiento se corroboró que en su gran mayoría las personas reportaron alivio sintomático y mejora en sus relaciones impersonales.

El mejor manejo de la agresión fue observado en las escalas IRPEC y las entrevistas de seguimiento, sin embargo fue el factor que menos significación obtuvo.

Las personas entrevistadas reportaron episodios, durante o post-tratamiento, en los que volvieron a sentirse inestables emocionalmente, pero que lo aprendido en el tratamiento los ayudaban a restablecerse contrastando el círculo sin salida en que se encontraban previo al tratamiento.

Las personas atendidas destacaron la experiencia de haber sido escuchadas por la terapeuta, tener un espacio para hablar y no ser criticadas, poder reflexionar lo que les sucedía, lo que corrobora lo que varias investigaciones de proceso en psicoterapia reportan: la importancia del vínculo con el profesional como factor terapéutico.

Entre la tristeza y la furia: Caso Emilia

Presentación

Emilia es una mujer de 36 años de edad, de baja estatura, contextura mediana y rasgos mestizos. Se acercó al CAPS en septiembre del año 2013 derivada por una trabajadora social de la Municipalidad Distrital de Jesús María. A esa institución acudió para interponer una denuncia por alimentos contra el padre de su hija menor.

El tratamiento duró aproximadamente 1 año y 2 meses, aunque su asistencia no siempre fue constante. Faltaba a sus citas con cierta frecuencia y en varias ocasiones se ausentó por 01 ó 02 meses seguidos. El número de sesiones sostenidas fue 25.

Evento traumático

La paciente fue víctima de una violación sexual perpetrada por un integrante del grupo terrorista Sendero Luminoso. Esto ocurrió en el año 1990 en su provincia natal de Concepción, en Junín. El hecho se produjo un día en el que, en el poblado en que vivía la paciente con su familia, incursionó una columna senderista. Los subversivos secuestraron algunas personas y asesinaron a otras. "Yo me escapé, ellos nos iban a echar gasolina y quemarnos, nos echaron agua hervida, nos golpearon con el arma que tenían, acuchillaron a una señora al costado..." Cuando escapó buscó un escondite pero fue sorprendida por un terrorista.

Le suplicó que no la matase y él le respondió que no lo haría, pero la violó. Emilia tenía 12 años: "yo quería avisar a la policía y salí a la carretera central pero sólo encontré personas muertas, descuartizadas...".

Motivo de consulta

Emilia solicitó tratamiento por dos motivos: maltrataba mucho a sus hijos, perdía el control cuando, por ejemplo, no querían comer, ir al colegio o no les gustaba algo. Se alteraba, gritaba y los golpeaba. Sus dos hijos son producto de dos relaciones de pareja diferentes. Al mayor, de 10 años, lo tuvo con un hombre a quien siempre amó, pero que la abandonó por otra mujer. Años después comenzó a acercarse y a ocuparse de los gastos del hijo. A la hija menor, de 7 años, la tuvo con una pareja a quien nunca quiso y de la que se separó pocos meses después de nacer la niña.

El segundo motivo por el cual solicitó atención era que había reanudado el vínculo sentimental con el padre de su hijo mayor, quien aún sostenía su relación con la otra mujer y no daba signos concretos de querer separarse de ella. Cuando comenzó el tratamiento estaba embarazada de dos meses. No sabía qué hacer con esta situación; sentía que no le podía exigir nada y sospechaba que iba a ser madre soltera otra vez.

La sintomatología, principalmente, era de índole depresiva: minusvalía, tristeza, pocas esperanzas en relación a su futuro sentimental y laboral. El descontrol de impulsos o la agresividad

dirigida hacia sus hijos también ocupaba un lugar importante en su situación emocional.

Historia

Emilia ha aportado pocos datos de su historia infantil, sus respuestas siempre fueron escuetas cuando se indagaba acerca de este tema y giraban en torno a situaciones de postergación y poco afecto.

Es la mayor de 4 hermanos. La relación con sus padres, y en especial con la madre, siempre ha sido distante y poco afectiva. Desde niña ha sentido que no valía nada para su progenitora quien solía delegarle las tareas relacionados con el cuidado y responsabilidad hogareña, pero que nunca veló por sus necesidades. Siente que su lugar en la familia ha sido secundario, la madre ha preferido a los hermanos siempre; incluso cuando fueron adultos y todos tuvieron hijos, la simpatía de la madre se trasladó a los hijos de los hermanos, pero nunca a los de ella. Recuerda que no la apoyó ni emocional ni económicamente durante los dos embarazos o cuando sus niños eran muy pequeños, pese a que Emilia ha apoyado cuando ha podido a la economía familiar.

En su infancia fue abusada sexualmente por su tío materno en dos ocasiones, cuando tenía 9 años. Nunca dijo nada porque pensó que no le harían caso o la culparían por lo sucedido. Tres años más tarde fue violada por un senderista.

Vino a Lima siendo muy joven, en busca de mejoras económicas. Al principio vivió en casa de una tía hasta que conoció

al padre de su hijo mayor e inició una convivencia que duró cerca de tres años. Como ya se mencionó, él abandonó el vínculo cuando conoció a otra mujer. Desconoció sus responsabilidades paternas durante varios años hasta que la paciente inició un juicio por alimentos. Él comenzó a pagar la pensión del hijo y algún tiempo después regresó y le propuso retomar la relación, esta vez de manera clandestina. Mientras duró el tratamiento, él nunca rompió con la otra pareja aunque sí estaba muy presente en la vida de Emilia y le brindaba algún apoyo económico.

En el ínterin, antes de reanudar este vínculo amoroso, Emilia, conoció al padre de su segunda hija. Esta nueva relación duró cerca de un año, ella terminó pronto con él pues le resultaba difícil tolerar sus celos y carácter agresivo, nunca lo amó, en realidad continuaba enamorada del padre de su hijo. Luego de la separación, el padre de la niña comenzó a ocuparse cada vez menos de ésta. Cuando inició el tratamiento apenas la visitaba y casi nunca pagaba la pensión alimenticia, motivo por el cual Emilia decidió hacer una nueva demanda que no prosperó pues el padre de la niña la convencía una y otra vez para que abandonara el trámite legal, le entregaba dinero por unos meses pero luego desaparecía nuevamente y se desentendía de sus responsabilidades. El padre de su primer hijo fue quien asumió, de alguna manera, la manutención de la pequeña.

Emilia refirió que siempre se ha sentido inferior, y que esta sensación de minusvalía ha atravesado toda su vida: su relación con los hombres, sus

inhibiciones para conseguir mejores trabajos, sus anhelos de superación siempre interrumpidos.

Diagnóstico

Trastorno depresivo. Episodio depresivo moderado.

Proceso terapéutico

El proceso se centró inicialmente en sus dos quejas iniciales: la relación con sus hijos y su incierta situación de pareja. Más adelante, cuando la paciente encontró cierto nivel de estabilización emocional, se abordaron otros temas no menos importantes como sus inhibiciones para enfrentar situaciones laborales (conseguir o mantener un empleo), y su proyecto de vida. La atención psicológica se articuló con las intervenciones del área de Trabajo Social, a través de la cual recibió una capacitación sobre temas productivos y orientación sobre la temática de reparaciones en salud y educación.

Lo relacionado con el evento traumático así como su impacto emocional no tuvo mucho protagonismo y fue abordado de manera intermitente y dirigida, es decir, era la terapeuta quien indagaba por el hecho o intentaba introducirlo en el discurso actual, cada vez que consideraba había una conexión entre las dificultades reportadas y el suceso vivido en su adolescencia. Las respuestas de Emilia ante estas intervenciones eran breves, descriptivas y carentes de resonancia emocional. El evento, aparentemente, no había sido

registrado como algo que la marcara emocionalmente y sus consecuencias no fueron vividas como algo devastador como sí, según expresaba en su relato, lo fue el desamor de su madre y la privación afectiva que vivió en su infancia. La conexión más clara que realizó entre la violación que padeció a los 12 años y sus dificultades posteriores fue que, luego de ello, sintió que se había acentuado su sensación de minusvalía y de no ser nada para nadie.

La relación con sus hijos, que le ocasionaba mucha preocupación y pena, abarcó buena parte de los tramos iniciales de la psicoterapia. Con su hijo mayor la relación mejoró rápidamente, en buena medida porque Emilia contaba con el apoyo del padre de éste y porque el hijo varón no le generó nunca altos niveles de hostilidad. Era con la menor con quien la furia y descontrol se manifestaban de manera más intensa.

Hacia esta niña ella manifestaba el mismo rechazo que experimentó por parte de su madre, hecho del cual en algún momento cobró conciencia. Además, el no haber sido una hija deseada ni haber nacido en el seno de un vínculo de amor, dificultaba la posibilidad de que estableciera una mayor empatía con ella. Muchas de las respuestas de su hija, la mayoría negativistas y de índole rebelde, activaban su sensación de minusvalía, sentía que no hacía nada bien y que era descalificada o poco respetada como madre.

De manera paulatina Emilia fue tomando distancia de las antiguas angustias que actualizaba la relación con su hija y comprendiendo a su

vez, las necesidades de afecto que la menor tenía y que expresaba de manera indirecta, a través de su conducta desafiante y opositora. Le sorprendió mucho cuando en algún momento su hija le preguntó abiertamente si ella había deseado tenerla y si en realidad la quería. Los episodios de furia se hicieron más esporádicos aunque con mucha lentitud. En algún momento llevó a la niña a la sede del CAPS para que recibiera tratamiento psicológico.

Con respecto a su relación de pareja, en la que ahora ocupaba el lugar de amante, la inhibición y pasividad se mantuvieron a lo largo de casi todo el tratamiento. El embarazo con el cual llegó a consulta se detuvo espontáneamente a las pocas semanas, estuvo triste aunque a la vez un poco aliviada porque con ello evitó un tercer hijo, tampoco deseado. Su pareja estaba bastante presente, le daba muestras de afecto y le prometía una y otra vez que pronto rompería el vínculo con la otra mujer, pero ella no le creía. A la vez sentía que no tenía derecho a reclamarle nada y sólo esperaba a que fuera él quien decidiera el curso que tomaría el vínculo.

De manera paralela Emilia comenzó a traer el tema de sus inhibiciones sociales y sus dificultades para insertarse laboralmente; los talleres recibidos por el área de trabajo social, si bien le brindaron nociones teórico-prácticas de cómo manejar un pequeño negocio, no eran herramientas suficientes para enfrentar la sensación de poca valía personal que experimentaba cuando iba a pedir trabajo o cuando decidía iniciar alguna actividad laboral independiente. Ahí se quedaba paralizada ante una

posible respuesta negativa del entorno o ante la sensación de que no sabía hacer nada pues no tenía muchos estudios. Le costaba mucho manifestar verbalmente sus deseos de trabajar, o pedir trabajo a personas conocidas. La angustia ante un rechazo imaginado la dejaba inerte. Este tramo del proceso terapéutico resultó muy complejo pues, al ver pocos avances se incomodaba y demandaba soluciones rápidas, situando una vez más en el otro la solución a sus dificultades. Fue en esta época en la que comenzó a faltar a las sesiones de manera reiterada. Su asistencia se volvió más regular cuando se le comunicó que se le atendería un número limitado de veces y que posteriormente se cerraría el tratamiento.

Poco después Emilia fue informada de la posibilidad de obtener una beca de estudios en un centro de educación superior, como parte de las reparaciones a las que tenía derecho en tanto víctima de la VP. La posibilidad de educarse la entusiasmó mucho. Sin embargo, la reacción casi inmediata ante esta novedad fue de un falso empoderamiento. La sensación de haber sido indemnizada o reconocida como poseedora de derechos ante la ley marcó una actitud reclamante y reivindicatoria. Por ejemplo, si iba a buscar empleo lo hacía con su certificado de víctima en la mano y le exigía a la persona con la que se entrevistaba que le diera trabajo pues ella en tanto afectada por la violencia, lo merecía. Hubo que trabajar esta actitud de ella de dos maneras, primero informándole los alcances de las reparaciones (que no incluían la reinserción laboral obligatoria) y luego, señalándole que sus demandas estaban incluidas en la

lógica de la victimización y no en una verdadera valorización de sus recursos personales.

En un principio le costaba mucho entender que las reparaciones eran acotadas a la beca de estudio, no comprendía las indicaciones que recibía por parte de la CMAN o de la trabajadora social, incluso no comprendía los trámites que debía hacer para matricularse en un instituto superior. Esto debido a que su actitud reivindicadora la condujo a una suerte de bloqueo: pedía más de lo que era posible pero lo que sí podía obtener no lograba encaminarlo mediante acciones concretas.

En algún momento la terapeuta coordinó una entrevista entre ella y otro paciente de CAPS que ya había comenzado a estudiar una carrera universitaria, respaldado por la beca REPARED. Este diálogo fue lo único que la ayudó a comprender los alcances de la beca, así como los requisitos y pasos que debía seguir para comenzar los estudios. El escuchar la información por parte de otra víctima que ya había avanzado en su proceso educativo le ayudó a establecer un plan de acción, ayudada por la identificación que estableció con el joven que la orientó.

En las sesiones que siguieron ella ventilaba y reflexionaba acerca de cada situación ansiógena que enfrentaba una vez que inició los trámites para concretar la beca y, a la vez, organizaba sus ideas acerca de lo quería estudiar y dónde. Su inminente superación educacional generó mucha inseguridad en su pareja, quien le manifestó varias veces su desacuerdo con el hecho de que

ella estudiara y trataba de disuadirla con argumentos relacionados con la edad, el tiempo que demoraría estudiando, las dificultades que enfrentaría luego para encontrar un empleo, etc. Sin embargo Emilia esta vez no se quedó pasiva y continuó firme con sus planes, entendiendo que estos la ayudarían a verse a sí misma de una manera diferente, y que podría insertarse en otros espacios que no fueran el ámbito doméstico, el rol de madre o la relación de pareja.

El tratamiento finalizó en noviembre del 2014. Emilia ingresó a un instituto que ofrece carreras relacionadas con la administración de negocios. Hemos sabido que, hasta la fecha, ha logrado mantenerse en sus estudios y que su rendimiento académico es satisfactorio.

Reflexiones

El tratamiento favoreció que la paciente -aunque con mucha dificultad y con avances y retrocesos-, lograra una mejor relación con sus hijos, en especial con la pequeña, que controlara sus impulsos hostiles hacia ésta y elaborara algunas de las dificultades presentes en el vínculo que sostenía con ella. La situación con su pareja no se modificó en lo esencial, pero al final del proceso Emilia había logrado articular un proyecto de vida en el que su relación no ocupaba el lugar exclusivo; había logrado sostener otros intereses que iban más allá del vínculo amoroso.

En éste, como en muchos casos de personas afectadas por la violencia política, se puede constatar cómo el

evento traumático se encadena a una historia previa de privaciones afectivas y fallas vinculares a nivel familiar. Emilia había sido abusada en dos ocasiones por un familiar cercano y nunca pudo hablar de lo sucedido porque creía que no iba a recibir el apoyo necesario por parte de sus figuras parentales. La violación que padeció por parte de un miembro de Sendero Luminoso consolidó la sensación de desamparo y minusvalía que ya se había instalado desde muy temprano. Esto último fue una elaboración que, como ya se mencionó, Emilia realizó en el transcurso del tratamiento; sin embargo, para ella su situación infantil fue lo verdaderamente traumático, lo que marcó su posición adulta de dependencia y la percepción de poca valía personal.

Esta posición subjetiva de carencia o insuficiencia fue muy difícil de abordar en el trabajo terapéutico. La minusvalía se transformaba, ya sea en violencia cuando se sentía impotente ante sus hijos, ya sea en una demanda de soluciones inmediatas o en una queja por lo poco que avanzaba, dirigidas a la terapeuta (lo que también puede ser entendido como manifestaciones hostiles). Fue necesario, aparte de los señalamientos y confrontaciones de rigor, apelar a otras estrategias técnicas, como poner una fecha de terminación al tratamiento. Esto favoreció que las resistencias disminuyeran y que Emilia se hiciera cargo de manera más responsable de lo que le estaba sucediendo, sin acusar tanto a los demás. También se apreció, de manera un tanto más enmascarada, cómo la minusvalía se transformó en una posición reivindicatoria una vez

que Emilia supo que tenía derecho a una beca de estudios.

Una vez más, este caso demuestra que la atención a víctimas debe tener un enfoque interdisciplinario. La psicoterapia es un elemento importante pero debe complementarse con la atención a las urgencias de índole social y económica. A su vez la atención social por sí misma no basta si la persona no está en condiciones emocionales de encaminar un proyecto laboral o económico. Emilia fue beneficiaria de un curso de capacitación sobre negocios y de varias acciones de consejería social sin que su situación de vida se modificase sustancialmente. Fue necesario que sus conflictos psicológicos disminuyeran en intensidad y que su actitud de pasividad y temor cediera un tanto para que, al final del trabajo, lograra encarar el nuevo reto y la nueva oportunidad que tenía ante sí con la beca de estudios.

La beca fue un elemento fundamental en el proceso de recuperación de la paciente. Si bien, como ya se ha destacado, generó en ella actitudes iniciales un tanto contraproducentes luego, cuando logró superarlas, se convirtió en un asidero importante para reestructurar su proyecto de vida y para posicionarse de otra manera ante su entorno familiar y su vida amorosa. La beca llegó también en un momento en el que la paciente estaba más preparada emocionalmente para hacer un buen uso del beneficio otorgado. Es muy probable que antes hubiera sucumbido ante la inseguridad y el derrotismo. Desde esta perspectiva, la posibilidad de estudiar tuvo mayor impacto reparador que los cursos previos que había seguido en la institución. No

puede dejar de destacarse el rol que los procesos sociales impulsados por el Estado tienen en la recuperación de las víctimas, pero sólo si estas se encuentran en una adecuada disposición mental para asimilarlos.

A la espera del juicio de los justos: Caso Juana

Presentación

Juana es una mujer que aparenta su edad (47), de estatura menuda, aproximadamente 1,55 ctms., contextura delgada y porte cansino. Su tez es mestiza, de cara ovalada y rasgos definidos, con profundos ojos y cabello negros, éste último sencillamente recogido con una larga cola. Se presenta con un aspecto aseado, con la cara lavada, evitando el maquillaje. Viste con sencillez, usando principalmente prendas amplias y confortables en la gama de grises.

La expresión de sus ojos es de miedo, lo mismo denotan sus movimientos -similares a los de una niña tímida y asustada-, y el tono trémulo de su voz. Su timbre, aunque bajo, es audible, como si le diera vergüenza ser escuchada. Se desplaza despacio, obediente, siguiendo siempre a la terapeuta, esperando sus indicaciones para sentarse o pararse. Parece que le faltasen las fuerzas.

Su discurso es lento, básicamente realista y, en un inicio, llamativamente

desvinculado de lo emocional, aunque sorpresivamente puede mostrar otro estado de ánimo. Son aquellos momentos en los que se muestra visiblemente conectada con el afecto y a la vez muy pendiente de la respuesta de la terapeuta, a la que espera con mover desde la pena o impresionar desde el terror con que transmite algunos aspectos de su relato histórico.

Juana llega derivada al CAPS por un médico alternativo al cual ella recurre por sus problemas físicos. Inicialmente, recibe apoyo psicoterapéutico de parte de un terapeuta de género masculino, pero ella solicita ser atendida por una terapeuta mujer, con la intención de sentirse más confiada a la hora de referir ciertos aspectos de su historia. Una vez producido el cambio de terapeuta, Juana advierte a la nueva terapeuta sobre su miedo generalizado hacia los demás y su mellada confianza en los médicos.

Su adherencia al tratamiento se hace posible cuando menguan la desconfianza y el temor al abandono por parte de Juana. Tras producirse una separación temporal entre paciente y terapeuta, Juana decide desistir de continuar con el proceso terapéutico, al menos temporalmente.

Evento traumático

Refiere que fue en Huancayo, cuando tenía "18 años o algo así" (calculamos, 1984), caminando a pocas cuadras de su trabajo como costurera, cuando varios hombres la secuestraron y la metieron a golpes en un automóvil

para llevarla a un lugar apartado donde la tendrían recluida por seis meses (aproximadamente).

Estos hombres eran miembros de Sendero Luminoso y, así como tenían a la paciente secuestrada, hicieron lo mismo con otras cuatro mujeres jóvenes, de manera que en aquel lugar convivían cinco secuestradas. “Ellos eran como diez, se turnaban... venían a maltratarnos de día y de noche, casi sin darnos cuenta... nos tenían amarradas, nos amenazaban continuamente, nos molían a golpes por las puras, era de locos... les implorábamos. Ellos no tenían piedad... Me arrancaron el cabello... me daban bofetadas mientras les rogaba arrodillada como a Diosito... me pisaban el cuello, me escupían, me orinaron, me manoseaban... hacían con nuestros cuerpos lo que querían... Te obligaban a ver cómo hacían lo mismo con las demás...te amenazaban con cortarte el ojo, la oreja, con colgarte, con ir a por los tuyos... Porque pedíamos que nos mataran. *“La muerte no será fácil”,* nos decían. Nunca escuché hablar así de las personas. *“Mataremos a la perra de tu madre, despanzaremos al perro de tu padre... nosotros somos mil ojos y mil oídos. No puedes huir de nosotros...”* Y se reían y se emborrachaban y olía horrible... nosotras éramos obedientes como muñecas... Un día una chica mató a uno de ellos. Los demás la mataron, despellejada, como buitre, la dejaron para que las demás aprendiéramos la lección. Olía horrible...”

Cuando fue rescatada por la Policía tras una incursión al escondite terrorista, la paciente tuvo que soportar la desconfianza y la sospecha de su familia y de las autoridades en cuanto

a si fue realmente secuestrada o si permaneció con los terroristas en colaboración voluntaria. Por varios años tuvo que trabajar para pagar su defensa y demostrar su inocencia en un juicio tras el cual salió absuelta, al probarse la veracidad de su testimonio.

Motivo de consulta

En la entrevista de admisión en el CAPS, Juana dice: “Yo he caído enferma y no me puedo curar, los doctores me han dicho que se debe a la violencia que he tenido anteriormente con los terroristas, no sé si eso debe afectar a la persona o se debe a otra cosa”.

En la primera entrevista con la terapeuta, luego de guardar un silencio inicial relató que salió de la casa paterna cuando era muy niña, siempre con el deseo de estudiar y “ser mejor”, pero lo que le ha pasado, dice, “la ha condenado”, “los médicos no han sabido atenderla”, refiere que ha intentado suicidarse en dos oportunidades, que le ha pasado mucho en su salud, que los médicos no la han atendido como ella esperaba, que le han sacado el útero sin que ella lo autorizase.

En esa primera ocasión refiere también que tiene severas dificultades de sueño, así como desregulación tiroidea y laberintitis, para lo cual ya se había atendido con distintos médicos sin obtener alivio sintomático.

Historia

A los meses de nacida, sufre lo que ella vive como un abandono por parte de sus padres, quienes la dejan con sus abuelos maternos hasta que el abuelo fallece cuando ella contaba con tres años. Tras esa vivencia de muerte temprana viene nuevamente la de desamparo, pues la abuela la regresa con sus padres y allí vivirá, según su recuerdo: "Sometida a la rabia de mi padre, que se desquitaba no sé por qué siempre conmigo, a la indiferencia de mi madre que no sabía qué hacer conmigo y a la rabia y al desprecio de mis hermanas mayores". Juana evoca cómo a los 6 años la llevan a trabajar a una casa donde limpia, cocina y cuida a los hijos de la familia. Como resulta bien tratada, Juana se afana en hacer bien las cosas y se obsesiona con el trabajo y la limpieza. Cuando está por concluir secundaria, el padre de familia abusa sexualmente de ella, pero Juana calla, confiada en la promesa de la esposa de éste de pagarle la universidad.

Cuando, finalmente, la familia le niega esa ayuda, ella se va de la casa y busca otro trabajo donde cose 14 horas diarias para costearse sus estudios nocturnos. En ese tiempo es que la secuestra Sendero Luminoso.

Cabe señalar que ella se siente doblemente torturada pues, una vez liberada por la Policía, aún tuvo que demostrar su inocencia a lo largo de un extenso juicio cuyas costas ella misma se vio a obligada a pagar, vía un trabajo esclavizante. A su vez, percibe como maltrato el hecho de que sus padres y familiares le hubiesen retirado su confianza y dudasen de su

no filiación al grupo armado, lo que le produjo resentimiento y amargura hacia los suyos y el resto del mundo que permanecen hasta ahora. Del mismo modo, persiste la ansiedad que le genera el acercamiento emocional al otro, proveniente de un apego inseguro desde el cual revive sentimientos de aislamiento, soledad y abandono muy profundos. Sin embargo, -es parte de la marcada ambivalencia con que tramita sus vínculos- Juana colabora con suma generosidad con sus hermanas y se ha colocado en diversas ocasiones, en la posición de "agente aglutinante" de su familia. Cabe señalar que después del secuestro, su vida afectiva y sexual quedó marcada por el miedo y la desconexión del placer.

Al emprender el proceso, Juana lleva varios años trabajando al cuidado de dos niños al interior de una casa de familia. Esos niños han crecido y ella teme ser despedida. No le encuentra el sentido a nada y las cosas le "dan igual".

Diagnóstico

Cuadro clínico congruente con el diagnóstico de Trastorno de estrés post-traumático.

En relación a sus áreas de funcionamiento psicosocial:

Mala percepción de sí misma, del entorno y visión desesperanzada del futuro (triada depresiva de Beck). Autoestima y auto-percepción gravemente dañadas, influenciadas por un sentimiento persistente de suciedad, de ser inapropiada. Odio y agresividad, por un lado, volcados sobre sí misma -a

través de varios intentos de suicidio, en identificación sádica con su agresor-, y por otro, sentidos sobre el resto, aunque más refrenados en el acto.

Presenta una marcada tendencia a la somatización con miedos hipocondríacos concomitantes.

Repudio a todo lo referente al sexo. Rechazo a las personas adultas, lo que repercute en sus relaciones sociales de manera negativa. Puede establecer relaciones de confianza, libres de temor o suspicacia sólo con niños.

Ciertos rasgos obsesivos de su personalidad que, al rigidizarse, limitan su capacidad de adaptación al medio.

Conserva cierta funcionalidad laboral, muy precaria.

Como secuelas físicas de tipo crónico a raíz de la experiencia traumática: dolor en columna y cuello, producto de los golpes recibidos. Multitud de cicatrices en las piernas, además de deformaciones óseas por la pateadura de las botas de los terroristas.

Proceso terapéutico

Juana recibió un tratamiento que consistió en 25 sesiones de psicoterapia psicoanalítica con enfoque psicosocial, atención de Trabajo Social y consultas de Psiquiatría. Fue derivada al CAPS por un médico alternativo al cual ella recurre.

Las primeras sesiones de psicoterapia se realizaron con un terapeuta varón, lo cual generó en la paciente dificultades

para hablar sobre temas para ella especialmente sensibles, por lo que se le sugirió cambiar con una terapeuta mujer.

Juana mostraba una marcada fragilidad (yoica) y una estructura psíquica sumamente inestable. A lo largo del tratamiento pudo ir sintiendo confianza en la terapeuta, lo cual supuso todo un logro, dado su nivel de desconfianza y suspicacia. También pudo poner en palabras emociones y sentimientos (como la rabia, la vergüenza o la culpa), contenidos o expresados a través de síntomas, de enfermedades corporales y mentales, y de pasajes al acto, y también conectar afectivamente con estos.

A raíz de las separaciones pactadas (unas de parte de la paciente, por obligación laboral, otras, de la terapeuta), reaparece en Juana un profundo temor al abandono y actúa su miedo a ser desplazada colocándose en posición abandonica: ella abandona ante su temor de ser abandonada. Se habla también de su temor a quedarse sin casa, (tanto externa como interna, en forma de derrumbe psicológico), se le confronta con sus actuaciones repetitivas, en tanto se habría colocado en medio de situaciones de conflicto ajeno, terminando la mayor de las veces siendo acusada injustamente. Indagamos en este movimiento repetitivo del que ella misma se ha percatado.

En cada avance, bien sea señalado por ella o por la terapeuta, la paciente pide indirectamente ser cuidada, sentirse contenida y se muestra marcadamente infantilizada en sus gestos, posturas y

maneras de hablar. Con la terapeuta, analiza cómo se piensa y cómo busca ser tratada por el lado de la indefensión y de la victimización, se amplía ese campo al empezar a hablar, también, de aspectos sádicos propios, los cuales temía que fueran a asustar a la terapeuta y hacerla retirar su afecto hacia ella. De manera que, hasta el final, contiene cierta carga de cólera y agresividad, frenando la descarga (aunque sí se llega a hablar de esta carga a través de las imágenes que trae de sus sueños).

En distintos momentos, cuando ceden sus defensas más paranoides y se permite confiar en la terapeuta, en el proceso y en sus propias posibilidades, se despliega la ambivalencia de sus afectos y actitudes que, en forma más o menos marcada, ha venido atravesando el proceso, y que merma la continuidad de sus avances. Ella se acerca y se aleja al otro según su baremo de desconfianza.

La dinámica transferencial se “judicializa”: Juana teme y alienta a un tiempo el sentirse juzgada y busca colocar a la terapeuta, según el desarrollo del proceso, en roles fiscalizador, juzgador o defensor. La terapeuta señala esta dinámica y el eje parece trasladarse a una dinámica más confiable, donde se permite dejar a un lado sus miedos a perder el afecto del otro y de sí misma. Un viaje de parte de la terapeuta, una exigencia en el trabajo de Juana que obligan a interrumpir por casi un mes su proceso y la negativa de parte de la terapeuta a recibir un costoso regalo de su parte, activan en distintos tiempos esos miedos, ante ello su respuesta es replegarse a la primera dinámica descrita, así como recurrir a la somatización de su dolor.

La terapeuta se coloca en una posición básicamente maternal, en tanto portadora de cuidados básicos y contenedora de sus angustias, pero también funge un rol ordenador al colocar límites y ayudarle a hacer una distinción más clara entre fantasía y realidad, (distinción sensiblemente dañada por momentos, como cuando la paciente intenta impresionar a la terapeuta con sus predicciones).

Paralelamente, la trabajadora social orientó a la paciente en la búsqueda de empleo buscando reforzar aspectos de su autoestima e imagen personal. En un inicio la trabajadora social registraba notable resistencia por parte de la paciente, actitud defensiva que con el transcurrir del tiempo se fue flexibilizando. En el seguimiento mensual de Trabajo Social se observaron mejorías producto de la toma de la medicación y tratamiento psicoterapéutico. La Psiquiatra ha tratado a Juana con psicofármacos para los síntomas de depresión y ansiedad; la paciente ha continuado con su tratamiento psiquiátrico hasta la actualidad. Cabe destacar que inicialmente a Juana le costó muchísimo aceptar la ayuda de la psiquiatra del CAPS.

Así, en el espacio psicoterapéutico y con el tiempo, Juana logró conectarse con sus estados mentales y afectivos, lo que le era mucho más difícil en un inicio. Durante el último tramo del proceso se incide en la separación entre fantasía y realidad y en la búsqueda de Juana de provocar la admiración en el otro para retenerlo bajo control.

Se lleva adelante una sesión de cierre de la psicoterapia, concluyendo los avances y lo que faltaría por trabajar, poniendo en valor su capacidad de decisión y de seguir adelante y con una advertencia a propósito de sus dificultades para tramitar un vínculo seguro, pues su tendencia es a teñirlo de ambivalencia y de temor. Al final, a Juana le quedaría la duda de si su terapeuta está para “juzgarla o ayudarla”.

Su desconfianza, así como su temor a sentirse dependiente de aquel en quien pueda confiar, habrían puesto en jaque el vínculo. *“Pero a diferencia de otras veces, no me he querido morir y he puesto cuidado sobre mí. Sólo que no quiero depender. Ya sé que no siempre estarás para mí”.*

Reflexiones

Desde un principio, Juana impresiona a la terapeuta por lo delicado de su estado de salud, tanto física como mental, sobre todo al inicio del proceso, cuando refiere deseos de morir y *“acabar con todo”* y puede pensarse que razones no le faltarían. Aunque llega con mínimas expectativas de mejoría, manifiesta que espera *“descargar para sentirse mejor”*, física y mentalmente y sólo pide *“mantener una actitud positiva para conservar el puesto de trabajo”*.

Con el devenir de las sesiones, va cuajando la calidad del vínculo entre terapeuta y paciente y Juana reconsidera su negativa inicial de atenderse en el área de psiquiatría, lo cual llegó a ser condición indispensable para continuar con la terapia. En ese

tiempo va recuperando el sueño y con él, aparecen los sueños que brindan nuevas pistas sobre lo que ocurre en su mundo interno.

Al mes, se plantean los objetivos sobre los que se realiza el abordaje terapéutico y se prevé continuar un proceso abierto, extenso y multidisciplinario, dado el cúmulo de eventos traumáticos vividos desde el nacimiento.

Esta acumulación de traumas habría afectado moderadamente algunas de sus funciones yoicas: perturbaciones en la prueba de realidad y en sus procesos de pensamiento, oscilaciones marcadas en su autoestima (pasando abruptamente de la denigración a la inflación narcisista), relaciones con afectos aplanados y difusión de identidad.

Pero, con el discurrir del tratamiento también se van apreciando los enormes recursos que han permitido a Juana convertirse en una verdadera sobreviviente, alentando su integración interna y favoreciendo su capacidad de adaptación y socialización en un medio que hasta ahora siente ajeno y hostil.

El proceso terapéutico pasó por una primera etapa en la cual la paciente historiza su experiencia y se describe en base a las experiencias traumáticas vividas, identificándose todo el tiempo en una posición unilateral de víctima, como si el proceso, en lugar de terapéutico fuese penal y se tratase de un juicio sumario. Paulatinamente, se comienzan a aliviar aquellos síntomas psicósomáticos de la paciente, los que contienen un correlato mental directamente relacionado, que habrían

devenido por un proceso casi inverso al de la terapia: en colocar en el cuerpo aquello que no se llegó a mentalizar, usando la dimensión corporal como escenario de un teatro que no habría encontrado mejor forma de expresión.

A lo largo del tratamiento van cediendo sus sentimientos de culpa y vergüenza, explícitamente negados por Juana en un principio pero, con el tiempo, reconocibles y, por ende, pasibles de ser modificados. También las defensas obsesivas que la sostienen, pues si bien venían demarcando la delgada línea que la rescata de un peligroso fondo melancólico, al tornarse excesivamente rígidas, la estaban llevando a negar o trastocar la realidad, fue posible a terapeuta y paciente juntamente adentrarse a buscar su sentido y al dotarlas del mismo, se fueron flexibilizando muy lentamente tales defensas así como sus férreos ideales y la severidad de sus juicios sobre ella misma y el resto.

En la terapia se pudo hablar de los aspectos más destructivos de su personalidad, que la distancian del resto del mundo desde una defensa esquizoide: si el aislamiento afectivo pudo ser causal temprana de su padecimiento, también es efecto de su temor al desborde, de manera que en el espacio terapéutico se alienta la reconexión, el “descongelamiento” y la expresión de sus afectos. Esto es posible porque en el camino se propicia una experiencia vincular que la ha llevado de la continua sospecha a una confortable confianza, con una cualidad de hospitalidad desde la cual Juana se permite vivir e imaginar lazos más afectivos y estables.

Para cuando Juana plantea un cierre temporal del proceso, ella ha podido lograr una disminución sensible de su ansiedad y de su queja depresiva, así como de sus miedos y su desconfianza hacia el entorno. La experiencia psicoterapéutica le ha permitido reconectar con sus emociones y sus afectos, dejando de lado el uso del cuerpo como único medio de expresión de sus angustias. Sin embargo, este aparente estado de gracia se ve interrumpido por una exigencia laboral de cambio de horario que no puede ser solucionada por la terapeuta, así como por un viaje de ésta, lo cual vuelve a alertar en Juana sus niveles de ansiedad, su temor al abandono.

Juana decide regresar a su ciudad de origen y dejar a un lado el tratamiento. Ante esto, se lleva a cabo una sesión de cierre, a modo de síntesis y conclusiones conjuntas, con esto se va, sabiendo que puede retornar al CAPS en la medida en que ella lo necesite y solicite.

A la terapeuta le quedan las dudas: ¿podrá sostenerse sola?, y también ¿la habré “juizado” justamente? En ambos casos confía en que sí, suficientemente. Tras un proceso de siete meses, Juana ha dejado la impronta de su afán de justicia divina. Lo real es que ella antes aceptaba un tipo único de ayuda, excluyente de otras, y al final se permitió algo más flexible e integrador.

Sobre Juana sólo queda decir que es una verdadera resiliente, en tanto sobreviviente a eventos que podrían ser considerados como catástrofes para la mente de cualquier mortal. Así que, además de alguna duda suelta, queda también la esperanza de que para

progresar, hay que elaborar despacio, y Juana ha pedido eso: tiempo y espacio concretos para asimilar todo lo vivido a lo largo de este proceso.

Los humanos somos seres gregarios y el recurrente aislamiento al que se vio sometida desde su primera infancia, unido a los brutales eventos posteriores generaron un importante factor de ansiedad en Juana. Éste, a su vez, se vio incrementado durante años por sus propias dudas respecto a su salud mental, -concomitantes a su profunda soledad-, más aún en los momentos en los que ella se ha aferrado a sus principios y a lo que ha sentido como justo, en contra de las percepciones u opiniones de su entorno. Muy a su manera, comprometida con su verdad y valiente, Juana nuevamente busca forjarse su propio juicio y salir de él bien librada.

Un año después, cuando la terapeuta la llama para hacer seguimiento, Juana se reconoce sumamente agradecida por el apoyo recibido, manifestando una marcada mejoría en su capacidad de levantarse cada vez que sobrevienen las caídas.

Atención Individualizada

Sexo	Edad	Procedencia	Estado Civil	Instrucción	Tipo de Afectación
Femenino: 24	20-29 = 4	Ayacucho = 2	Soltera = 3	Primaria = 2	Tortura/ víctima de trato cruel = 5
	30-39 = 7	Huancavelica = 6	Casada = 10	Secundaria = 9	Fam. de asesinado = 5
	40-49 = 7	Junín = 14	Conviviente = 5	Técnica S. = 2	Fam. de torturado = 4
	50-59 = 4	Lima = 1	Divorciada = 1	Universitaria = 8	Fam. de desaparecido = 1
	60-70 = 2	Pasco = 1	S/D = 5	S/D = 3	Poblador de zona siniestrada = 9
Masculino: 5	20-29 = 2	Junín = 1	Soltero = 2	Primaria = 0	Tortura/ víctima de trato cruel = 1
	30-39 = 2	Huancavelica = 3	Casado = 1	Secundaria = 2	Fam. de asesinado = 2
	40-49 = 1	Pasco = 1	Conviv. = 2	Técnica Sup. = 1	Poblador de zona siniestrada = 2
	50-60 = 0			Universitaria = 2	
	60-70 = 0				

Estudio 2

Estudio de la relación del tratamiento psicosocial de CAPS (Huancayo, Junín) con la estabilidad emocional, el fortalecimiento del yo y el manejo de la agresión en afectados por el conflicto armado interno

Metodología

Participantes

Pacientes

88 pacientes adultos afectados por violencia política que presentan síntomas de ansiedad y depresión así como inestabilidad emocional en sus relaciones interpersonales, atendidos por los servicios de atención psicosocial del CAPS en Junín entre Septiembre de 2013 hasta abril del 2016. Las variables sociodemográficas: edad, procedencia, estado civil, instrucción y tipo de afectación se presentan diferenciando la atención individual de la grupal:

Atención grupal (Talleres terapéuticos con laborterapia)

Grupo Las Rosas (LR)

Sexo	Edad	Procedencia	Estado Civil	Instrucción	Tipo de Afectación
Femenino: 17	18 = 1 20-29 = 8 30-39 = 4 40-50 = 4	Junín = 6 Huancavelica = 9 Satipo = 2	Soltera = 3 Casada = 4 Conviviente = 10	Primaria = 6 Secundaria = 8 Técnica S. = 2 Universitaria = 1	Desplazamiento forzado, familiar de torturado y/o desaparecido

Grupo Cochas Grande (CG)

Sexo	Edad	Procedencia	Estado Civil	Instrucción	Tipo de Afectación
Femenino: 16	20-29 = 4 30-39 = 11 40-50 = 1	Junín = 16	Soltera = 3 Casada = 4 Conviviente = 9	Primaria = 3 Secundaria = 10 Técnica S. = 3	Fam. de torturado: 8 Fam. De desaparecido: 8

Grupo La Esperanza (LE)

Sexo	Edad	Procedencia	Estado Civil	Instrucción	Tipo de Afectación
Femenino: 26	17-19 = 3 20-30 = 7 30-40 = 9 40-50 = 4 50-60 = 2 60-70 = 1	Junín = 16	Soltera = 4 Casada = 9 Conviviente = 13	Primaria = 3 Secundaria = 18 Universitaria = 2 S/D = 3	Violencia basada en género. Desplazamiento forzado

Psicoterapeutas tratantes

1 Psicólogo graduado con formación psicoterapéutica en análisis transaccional que ha integrado técnicas gestálticas y psicodinámicas en su comprensión y abordaje terapéutico. Se hizo cargo de las psicoterapias individuales.

1 Psicóloga egresada con experiencia en el trabajo comunitario con personas afectadas por violencia; hizo sus prácticas profesionales en el CAPS-Huancayo donde incorporó la práctica psicosocial de la institución; no tiene formación psicoterapéutica formal. Se hizo cargo de la facilitación grupal con la colaboración de la interna de psicología.

1 interna de psicología.

1 Supervisora clínica (casos individuales), psicóloga con nivel académico de maestría y psicoterapeuta psicoanalítica con más de 10 años de experiencia en el CAPS-Lima, ha supervisado profesionales con formaciones psicoterapéuticas diversas. Las supervisiones clínicas son reuniones en las que los psicoterapeutas participantes discuten sus casos con un supervisor con más experiencia contribuyendo a optimizar el curso del tratamiento. Las supervisiones tuvieron la frecuencia de una vez por semana vía Skype y visitas trimestrales de la supervisora a Huancayo.

1 Supervisora clínica (intervenciones grupales), psicóloga con nivel académico de maestría y psicoterapeuta psicoanalítica con más de 10 años de experiencia en el CAPS-Lima, ha supervisado profesionales con formaciones psicoterapéuticas diversas. Las supervisiones de intervenciones grupales se enfocan en el desarrollo de la dinámica entre los miembros del grupo y contribuyeron a optimizar las intervenciones de la psicóloga

facilitadora del grupo. Las reuniones de supervisión fueron vía Skype; periódicamente más continuas (semanalmente) de acuerdo al inicio y duración de las intervenciones grupales.

Tratamiento psicossocial

Atención terapéutica individualizada.

Son procesos terapéuticos compuestos por sesiones de psicoterapia de 50 minutos una vez por semana que, en algunos casos, se complementa con tratamiento psiquiátrico. El tratamiento psicoterapéutico está dirigido a establecer un vínculo interpersonal y confidencial con el paciente que le permita una mayor comprensión de su motivo de consulta, contextualizar sus problemas actuales dentro de su historia personal y las experiencias traumáticas vividas, descargar afectos y emociones dolorosos, profundizar su auto-reflexión acerca de la situación – problema, encontrar alternativas de solución y re-organizar un proyecto de vida.

La duración de las psicoterapias individuales de los participantes fue variada:

Sexo	N° de sesiones (ss) Psicoterapéuticas	Atención psiquiátrica
Femenino	N° 24 5 pacientes tuvieron 3 sesiones. 5 pacientes tuvieron 4 ss. 6 pacientes tuvieron entre 5 y 9 ss. 5 pacientes tuvieron entre 10 y 15 2 pacientes tuvieron 16 ss.	De 24 pacientes mujeres, 6 fueron referidas a Psiquiatría. Promedio de consultas = 4.5
Masculino	N° 5 2 pacientes tuvieron 3 sesiones. 1 paciente tuvo 4 ss. 1 paciente tuvo 9 ss. 1 paciente tuvo 11 ss.	De 5 pacientes varones, 2 fueron referidos a Psiquiatría Promedio de consultas = 12

Talleres terapéuticos con laborterapia

Los talleres terapéuticos son espacios grupales que tienen un formato semi-estructurado y pedagógico, donde se combinan diferentes técnicas: exposiciones, dramatizaciones, dibujos, dinámicas, etc., con un énfasis en los aspectos expresivos, auto-reflexivos y dinámicos. El formato semi-estructurado del taller permite que las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad a las que van dirigidos puedan tolerar la ansiedad que genera un espacio grupal en el que se ventilan aspectos conflictivos, disminuyendo el grado de resistencias. Los talleres terapéuticos por lo general siguen la siguiente secuencia: presentación, expectativas sobre el taller, dinámica de animación, actividad expositiva, actividad plástica y/o dramatizaciones, reflexión grupal sobre lo presentado, plenaria de síntesis y devolución, cierre. Estas fases están desarrolladas en guías metodológicas y por lo general requieren de uno o dos facilitadores. Una variante que se ha implementado con los grupos de mujeres, en el presente proyecto, son los talleres terapéuticos con laborterapia. La primera parte sigue la misma secuencia de los talleres terapéuticos. En la segunda parte del taller, el grupo aprende a realizar manualidades con una profesora a la par que la facilitadora de la primera parte de taller mantiene el clima de diálogo y de compartir la actividad.

La incorporación del componente de capacitación en manualidades tiene un doble objetivo: por una parte, el aprendizaje de habilidades manuales elementales, que permiten a la participante la experiencia práctica de

la obtención de un logro concreto (manualidades que luego puede regalar a sus familiares o guardar para sí misma) y, por otro lado, apuntalar una disposición grupal al diálogo y la reflexión compartiendo una actividad concreta.

La programación de los talleres terapéuticos con laborterapia es de 16 sesiones, a razón de uno por semana.

Instrumento

Escala de auto-percepción de secuelas psicosociales por violencia política (Escala IRPEC 2). (Ver estudio 1)

Entrevistas de seguimiento

Entrevistas semi-estructuradas con personas que tuvieron tratamiento con alguno de los psicoterapeutas de CAPS-Huancayo. Las áreas de evaluación son: motivo de consulta, estabilidad emocional, fortalecimiento del yo y manejo de la agresión. La entrevista se concentra en explorar cómo se sentía antes del tratamiento y luego en el período post- tratamiento en relación a las tres sub-escalas que mide la escala IRPEC. Se realizaron 8 entrevistas de seguimiento.

Secuencia del estudio

- Entrevista de admisión en el que se recoge el motivo de consulta y las características principales del caso, se solicita el consentimiento informado al paciente y se aplica la escala IRPEC.

- Entrevista de salida y aplicación de IRPEC.
- Tratamientos psicosociales individualizados / grupales.
- Entrevistas de seguimiento.

Análisis estadístico

Objetivo

Estimar el impacto y la magnitud del efecto de las intervenciones psicosociales individuales y grupales del Centro de Atención Psicosocial en participantes afectados por la tortura y el conflicto armado en Huancayo.

Para la realización de los estudios de los procesos terapéuticos de personas afectadas por el conflicto armado interno (CAI) en Huancayo se contó con 88 pacientes en Huancayo, 82 mujeres y 6 hombres de edades entre 18 y 65 años; 29 tuvieron tratamientos individualizados y 59 tuvieron tratamientos grupales.

Para evaluar el impacto del tratamiento se utilizó el modelo de regresiones para medir la diferencia entre los puntajes finales e iniciales. Esta diferencia muestra un impacto con signo negativo porque los puntajes finales se esperaba que fueran menores que los iniciales para concluir que había mejoría. El modelo de regresión tiene como objetivo ver el impacto del tratamiento (significancia estadística) y fue controlado con las diversas variables intervinientes (edad, género, tipo de intervención, grupos, zona) del estudio.

Para ver la efectividad estadística del tratamiento ofrecido a los participantes, al igual que el primer estudio hecho con participantes en Lima, se utilizó los estadísticos *d* de Cohen, para medir las diferencias entre medias estandarizadas, y el tamaño del efecto. Utilizaremos los siguientes valores: tamaño del efecto "pequeño" cuando la *d* = 0.2 o 0.3, "mediano" *d* = 0.5 o aproximadamente a 0.5 y "grande" *d* = 0.8 o más. En el caso del tamaño de efecto (*r*), su valoración es la siguiente: El valor de *r* = 0,10 se considera como un tamaño del efecto pequeño; *r* = 0,30 se considera como un tamaño del efecto medio, y el valor de *r* = 0,50 se considera como un tamaño del efecto grande.

Frecuencia de pacientes participantes CAI, de Huancayo según el tipo de intervención y la prueba aplicada

INTERVEN	IRPEC1	IRPEC2	Total
Individual	9	20	29
Grupal	17	42	59
Total	26	62	88

Resultados

Al realizar el análisis estadístico de los pacientes participantes de Huancayo se observa que la intervención individual con personas afectadas por el CAI tiene un impacto significativo de $-17,03448$ con un nivel de confianza al 99%. Así mismo muestra un efecto alto con una $d = 1,53542$ y una $r = 0,60895$.

En el caso de la intervención grupal, se observa un impacto de $-8,94915$ al 99% de confianza. También muestra una $d = 0,86435$ y una $r = 0,39671$, que también implica un efecto alto del tratamiento ofrecido.

Con relación al análisis de los tres grupos solo dos muestran significancia estadística, el grupo Las Rosas (LR) y el grupo La Esperanza (LE). En el grupo Cochabamba Grande (CG) la diferencia entre puntajes no muestra significancia estadística.

En el caso de LE se encuentra el impacto con una diferencia de -8 , al 99% de confianza. A nivel del efecto muestra puntajes altos con una $d = 0,92202$ y una $r = 0,41866$.

En el caso del grupo LR, se observa el impacto con una diferencia de $-15,70588$ al 99% de confianza. De la misma manera que en el primer grupo se evidencia un efecto alto del tratamiento. Sin embargo su impacto es mejor que en el primer caso, con una $d = 1,72373$ y una $r = 0,65285$.

Significancia estadística y tamaño del efecto del tratamiento ofrecido según el modelo de regresión en población afectada por el conflicto armado interno (CAI) de la zona de Huancayo, comparando tipo de intervención

Población CAI de Huancayo					
Intervención	N	Impacto		d de Cohen	Tamaño del efecto
Individual	29	$-17,03448$	***	1,53542	0,60895
Grupal	59	$-8,94915$	***	0,86435	0,39671

*** Significativo al 99%, ** significativo al 95%, * significativo al 90%.

Significancia estadística y tamaño del efecto del tratamiento ofrecido a los grupos de Huancayo en población afectada por el conflicto armado interno (CAI)

Población CAI de Huancayo grupal					
Intervención	N	Impacto		d de Cohen	Tamaño del efecto
La Esperanza	26	-8,00000	***	0,92202	0,41866
Las Cochas Grandes	16	-3,31250			
Las Rosas	17	-15,70588	***	1,72373	0,65285

*** Significativo al 99%, ** significativo al 95%, * significativo al 90%.

Discusión

El presente estudio muestra evidencias de la efectividad del tratamiento psicosocial tanto a nivel individualizado como grupal en personas afectadas por la violencia política atendidas en el Centro de Atención Psicosocial en Huancayo. La psicoterapia con enfoque psicosocial y, en los casos que corresponde, el tratamiento psiquiátrico complementario así como los talleres terapéuticos con laborterapia ayudan al afectado a recuperar su estabilidad emocional, la fortaleza del yo y mejora el manejo de la agresión.

En el grupo de participantes de Huancayo se observa el impacto del tratamiento individualizado con una diferencia de -17,03448 al 99% de confianza. Además muestra una $d = 1,53542$ y una $r = 0,60895$, lo que

implica un efecto alto del tratamiento ofrecido. Hay que señalar que en Lima la diferencia fue de -9,73684 con un nivel de confianza al 90%. En cuanto la magnitud del efecto los tratamientos en Lima mostraron una $d = 0,47915$ y una $r = 0,23298$, lo que implica un efecto promedio del tratamiento ofrecido.

Cabe resaltar que, a diferencia del Estudio 1 en Lima, en el que participaron 7 psicoterapeutas mujeres de orientación psicoanalítica, el proveedor en Huancayo fue un solo psicoterapeuta, varón, el que atendió a los 29 participantes en una modalidad de psicoterapia con base en el análisis transaccional e integración de técnicas gestálticas y psicodinámicas siendo supervisado semanalmente por una psicoterapeuta psicoanalítica vía Skype.

Significancia estadística y tamaño del efecto del tratamiento ofrecido según el modelo de regresión en población afectada por el conflicto armado interno (CAI) con tipo de intervención individual comparando la zona

Población CAI tipo de intervención individual					
Zona	N	Impacto		d de Cohen	Tamaño del efecto (r)
Lima	19	-9,73684	*	0,47915	0,23298
Huancayo	29	-17,03448	***	1,53542	0,60895

*** Significativo al 99%, ** significativo al 95%, * significativo al 90%.

Se destaca que los grupos de participantes de Lima y Huancayo no son comparables porque las variables no han sido controladas de manera homogénea. Por ejemplo, no ha sido controlada la variable "tipo de afectación del participante", encontrándose los casos de tortura en los participantes en Lima en una proporción del 42.1% de la muestra en contraste con el 20.6% de personas torturadas en la muestra individualizada de Huancayo. Igualmente, no se ha tenido control sobre el tipo de afectación del familiar, es decir si es familiar de torturado, de asesinado o desaparecido ni la proporción de estos en las muestras. El tipo de intervenciones complementarias tampoco son similares: las consultas psiquiátricas en Lima son claramente más numerosas que las utilizadas en Huancayo, y la atención en Huancayo no contó con el soporte de trabajo social.

Lo importante a recalcar es que el tratamiento psicosocial individualizado brindado en Huancayo al grupo de afectados del CAI tuvo un efecto alto de efectividad en un número promedio a las 8 sesiones de tratamiento. En las entrevistas de seguimiento se observó que en su mayoría (7 de 8) reportaron

alivio sintomático y mejora en sus relaciones impersonales; un número también destacable reportó de manera espontánea sentirse "más fuertes", "más seguros" (6 de 8), y la mitad de los entrevistados reportó un mejor manejo de su agresión (4 de 8). De manera semejante a las entrevistas de seguimiento en Lima, los entrevistados recalcaron la importancia de haber sido escuchados por el terapeuta, tener una institución de salud que las tratara con respeto y calidez, poder reflexionar lo que les sucedía (destacando la técnica de juego de roles), comunicando su sincero agradecimiento por la atención recibida. El vínculo terapéutico y la calidad de los servicios de una institución de salud que reconoce al paciente como un ser valioso fueron claramente destacados.

En relación a las intervenciones grupales en Huancayo, en el análisis estadístico de las 59 participantes mujeres de los talleres terapéuticos con laborterapia se observó el impacto del tratamiento en -8,94915 al 99% de confianza con una $d = 0,86435$ y una $r = 0,39671$, es decir con un efecto alto. Sin embargo las diferencias significativas se encontraron en los grupos Las

Rosas (LR) y La Esperanza (LE), mas no en el grupo Cochab Grande (CG). De acuerdo a los informes de la terapeuta, la experiencia con el grupo LR tuvo logros limitados a nivel grupal, es decir de percibir al grupo como un soporte para la obtención de los objetivos, en contraste con el grupo de LE. El informe cualitativo de este último mostraba avances en sus objetivos de compartir experiencias de su vida cotidiana, identificar sus propias necesidades de salud mental, buscar alternativas frente a condiciones de vida generadoras de malestar, salir del rol de victimización, mejorar su auto-cuidado. Sin embargo los puntajes analizados indican que el impacto y efecto en Las Rosas, a nivel individual, fue más amplio que en La Esperanza.

El Grupo de Las Rosas (LR) era un grupo en el que sus miembros desconfiaban entre sí y el nivel de conflictividad era alto; era un grupo de mujeres compuesto principalmente por familiares de personas torturadas y desaparecidas. En contraste, en el grupo de La Esperanza, la afectación más frecuente era el desplazamiento forzado y su motivo de consulta fue claramente formulado en términos de sus problemas en relación a la violencia basada en género. Una posible línea explicativa de las diferencias entre los grupos es lo reportado en Frank, Nash & Imber (1961) (Hensen, Michelson y Bellack, 1984), que el efecto de las intervenciones terapéuticas en poblaciones altamente conflictivas suele ser mejor detectada por los instrumentos de medición que en aquellas en que el grado de conflictividad es menor; es decir, los cambios

producidos por una intervención se notan de una manera más visible en los primeros. Sin embargo, en el estudio también se encontró que el grupo de Cochab Grande (CG), cuya composición era similar al de LR, no mostró cambios significativos a pesar que la terapeuta reporta que el clima grupal de soporte y confianza fue mayor que en el grupo LR. Estos datos brindan indicios de la autonomía entre las variables clima y relaciones grupales y los cambios obtenidos a nivel individual. Se requiere seguir estudiando los factores terapéuticos que explican las diferencias en los resultados grupales de los talleres.

Ahorabien, se realizó la medición general del impacto de las intervenciones psicosociales con población afectada por violencia política tanto individuales como grupales, en Lima y Huancayo, en una muestra de 107 pacientes participantes. En dicha muestra se observa que el comportamiento estadístico de la variable de IRPEC_T (IRPEC 1 y 2) aplicados (IRPEC 1 y 2) obtiene una diferencia de -9,7368 que es significativa a un nivel de confianza del 99%.

La totalidad de los IRPEC_T muestran una *d* Cohen de 0,7677, lo que significa que los tratamientos psicosociales brindados a la población CAI han tenido un efecto grande ($r = 0,3583$). Sin embargo, se observa que la *d* de Cohen no llega al 0,8; lo que señala que hay que tener en cuenta que este modelo contiene dos controles importantes (tipo de intervención y lugar en que se dio el tratamiento) que aportan a la diferencia.

Se procedió al análisis del IREPC₁ y sus respectivos factores. El IRPEC₁ logró un coeficiente de diferencia del -14,1923, al 99% de confianza. A este mismo nivel de confianza se comportan los factores 1 “Inestabilidad emocional”, 2 “Vulnerabilidad” y 5 “Autoeficacia”. Y al 95% de confianza los factores 4 “Control de la agresión”, 6 “Apatía” y 7 “Hostilidad hacia los demás”. Los factores 3 “Autoestima” y 8 “Adicciones” no fueron significativos estadísticamente. En este análisis no se controló el efecto con ninguna variable ya que no aportaban al modelo de regresión dado que no pasaban la prueba F. El análisis también arroja que el tratamiento psicosocial brindado a la población CAI en Lima y Huancayo a quienes se les aplicó la prueba IRPEC₁ ha tenido un efecto grande ($d = 1,2501 / r = 0,53$). Además se evaluó el IREPC₂ en su totalidad y factor por factor. Se evidencia una $d = 1,0504$ y una $r = 0,4650$, lo que significa un efecto grande en la aplicación del tratamiento brindado. Este mismo tamaño del efecto se evidencia en cada factor del IRPEC₂.

Análisis de la d Cohen y el tamaño del efecto en la población CAI

POBLACIÓN CAI			
	N	d de Cohen	Tamaño del efecto
IRPEC	107	0,7677	0,3583
IRPEC1	26	1,2501	0,5300
Fac1	26	1,4710	0,5925
Fac2	26	1,1530	0,4994
Fac4	26	1,1499	0,4985
Fac5	26	1,2238	0,5219
Fac6	26	0,7793	0,3631
Fac7	26	0,7524	0,3521
IRPEC2	72	1,0504	0,4650
Fac1	72	1,0038	0,4486
Fac2	72	0,8189	0,3789
Fac3	72	0,8368	0,3860

El estudio realizado en las intervenciones psicosociales en Huancayo tiene las limitaciones señaladas para el Estudio 1: es un estudio exploratorio ex post., no incluye grupo control, el control de variables e instrumentos utilizados son limitados, entre otros. Sin embargo, al igual que el Estudio 1 y, a pesar de las limitaciones mencionadas, se trata de un primer estudio elaborado con un número considerable de participantes en Huancayo que arroja evidencias iniciales de la efectividad del tratamiento con enfoque psicosocial del CAPS, tanto a nivel individual como grupal.

Hallazgos relevantes

El estudio muestra evidencias de la efectividad del tratamiento psicosocial individualizado y de los talleres terapéuticos con laborterapia en personas afectadas por la violencia política atendidas por el Centro de Atención Psicosocial en Huancayo a un nivel de 99% de significación.

Los factores estabilidad emocional, fortaleza del yo y manejo de la agresión mostraron cambios favorables significativos luego de las intervenciones psicosociales del CAPS.

El estudio contó con un número destacado de participantes: 88 pacientes; 29 de ellos tuvieron tratamientos individualizados y 59 tuvieron tratamientos grupales.

El psicoterapeuta varón, que atendió individualmente a los 29 participantes, tenía una formación en psicoterapia con base en el análisis transaccional e integración de técnicas gestálticas y psicodinámicas; fue supervisado semanalmente por una psicoterapeuta psicoanalítica vía Skype.

El tratamiento psicosocial individualizado brindado en Huancayo a los afectados del CAI tuvo un efecto alto de efectividad en un número promedio de 8 sesiones de tratamiento.

La complementación metodológica entre talleres terapéuticos y la borterapia requiere seguir siendo estudiada: dos de tres grupos reportaron cambios significativos.

Se obtuvo claros indicios de la autonomía entre las variables relaciones grupales y cambios obtenidos a nivel individual.

La psicóloga facilitadora de los espacios grupales, que no tenía formación psicoterapéutica formal, tuvo supervisión clínica. Los espacios de supervisión clínica y discusión de casos son instrumentos de soporte y capacitación continua para los facilitadores grupales.

La versión IRPEC2 arroja coeficientes de mayor confiabilidad que la versión original para sus tres factores.

En las entrevistas de seguimiento se corroboró que en su gran mayoría las personas reportaron alivio sintomático y mejora en sus relaciones impersonales. Se destacó la importancia de la calidad del vínculo con el profesional como factor terapéutico.

Atención individual: Caso Pedro

Presentación

Pedro es un varón de 40 años de edad, natural de una región del sur andino, de contextura media, tez trigueña, viste con pantalón de tela, camisa y casaca sport. Su lenguaje es lento y tono de voz moderado. Tiene una hija adolescente de su primera relación de pareja, con la que Pedro lleva varios años separado. Actualmente él tiene una segunda relación de pareja.

Evento traumático

Cuando era adolescente, por motivos económicos, él y sus hermanos viajaban a la selva para trabajar como peones. A mediados de los años ochenta, las fuerzas terroristas incursionaron en el lugar donde estaban trabajando: en esa primera ocasión él logró huir, pero a su hermano mayor lo desaparecieron sin que se sepa nada de él hasta la actualidad. El poblado en el que trabajaban sufría de incursiones por las fuerzas terroristas y militares, circunstancias en que eran golpeados y amenazados. Él sentía gran malestar por esos hechos, pero regresaba a trabajar al poblado y se quedaba por varias semanas.

En otra incursión, unos meses después de la desaparición del hermano, fue llevado por las fuerzas subversivas con las que permaneció casi un año. Pedro, todavía adolescente, fue obligado a realizar acciones subversivas contra los pobladores del lugar. Antes de cumplir el año, Pedro fue arrestado por las fuerzas militares y torturado en la base militar durante aproximadamente un mes. Debido a su edad y disposición a colaborar, permaneció apoyando a las fuerzas militares y luego de un tiempo fue liberado.

Desde ese momento no volvió a la zona en que sufrió el secuestro por parte de las fuerzas terroristas y también de las fuerzas armadas; siente mucho temor al solo mencionar esa zona.

Motivo de consulta

Pedro vino a consulta porque tenía problemas con su carácter, no podía controlar su cólera y esto le traía problemas con la pareja. Asimismo, tenía problemas para consolidar su relación actual, ya que tenía miedo de que le suceda lo mismo que con la madre de su hija, ahora su ex-pareja quien manifestaba gran agresividad verbal y que lo llegó a amenazar con quitarse la vida con un cuchillo. También manifestaba pensamientos intrusivos y pesadillas con relación a los eventos traumáticos.

Historia personal y familiar

Pedro proviene de una familia en la que el padre ejercía violencia contra la madre mostrándose estricto y distante emocionalmente con los hijos. A pesar que la madre era cariñosa no recuerda con felicidad su niñez. Son varios hermanos que por necesidad económica solían ir a la selva a trabajar de peones en las chacras, cosechando café. Es en esa época que sufre violencia y tortura por parte de Sendero y del ejército.

Luego de estas experiencias, él decide no volver a la selva central y olvidar todo lo vivido, aunque se le presentan pesadillas y las situaciones que implican algún grado de violencia, le reviven la experiencia traumática.

Con la madre de su hija se lleva mal, ella siempre le reclama y le increpa que no es un buen padre, que debe pasar más tiempo con su hija; sin embargo, cuando va a visitarla, no le permite verla o no está en casa. Le trata mal e

intenta agredirlo, arañándolo o dándole cachetadas. Le pide constantemente dinero para su hija y le ofende si él no tiene o no le da.

Su hija está en la adolescencia temprana, Pedro salió de la casa cuando su hija tenía 4 años de edad. Ella le trata con cariño, le dice que lo quiere mucho y que lo extraña, que su madre es mala con ella, que la castiga e insulta. El siente que no puede hacer nada ya que cuando quiere denunciar el maltrato de la madre a la hija le piden que traiga pruebas.

Actualmente convive con una nueva pareja, la relación está pasando por dificultades, Pedro siente que no lo comprenden; ella le reprocha que él es muy distante. Ambos no controlan la cólera y la expresan de forma abierta, generando resentimiento y muy frecuentes discusiones. Pedro no desea repetir lo ocurrido con su primer compromiso, que termine separándose por las constantes discusiones.

Sus padres viven cerca del domicilio de Pedro; su relación con ellos es distante, especialmente con el padre, que sigue siendo una persona fría emocionalmente.

Diagnóstico

Pedro presenta síntomas de un trastorno por estrés post-traumático.

El control de impulsos agresivos y la tolerancia a la frustración son precarios. Pedro intenta reprimir los recuerdos traumáticos de su niñez, que vivió en un entorno familiar violento y de desprotección, a los que se suman los

hechos de secuestro y tortura vividos en la adolescencia.

Se observan sentimientos de culpa y ansiedad.

En sus relaciones de pareja revive posiciones de víctima y de estar sometido.

Inconscientemente se expone a situaciones de riesgo aceptando empleos en zonas convulsionadas por el narcoterrorismo.

Proceso terapéutico

En la primera sesión, Pedro se muestra serio, da la impresión de estar enojado, es cortante y casi no habla. Se le hace notar esta característica y se le pregunta si está enojado, él responde que justamente quiere cambiar su carácter porque su pareja le recrimina que no sabe controlar su cólera y siempre se muestra molesto y distante; debido a este rasgo en su carácter, ella ha hablado de separación, se siente fuera de lugar cuando ella grita o se enoja, y esto hace que lo compare con su antigua relación de pareja. La relación con su ex pareja y madre de su hija terminó de mala manera, ella no le permite ver a su hija, lo trata mal. En esta sesión se le hace percibir qué emociones están presentes en él, aunque le cuesta reconocerlo, manifiesta sentir cólera y un poco de miedo.

Este reconocimiento sirve para ver en qué momentos más estuvo presente esta sensación, él busca recordar momentos de su niñez. Rememora la violencia que vivió en casa, cuando

su padre agredía a su madre y a ellos, emergiendo así la figura de un agresor y la situación de impotencia en la que Pedro se sentía como una víctima. Se busca elaborar este patrón internalizado y, para que pueda cerrar este hecho, se le plantea un juego de roles en el que Pedro se imagina enfrentando a la figura paterna: le manifiesta la cólera, el miedo y la tristeza que siente por la violencia que éste ejercía, por el hecho de hacerle sentir menos y su falta de cariño y protección.

El miedo se manifiesta en las siguientes sesiones, miedo a perder a su pareja actual, miedo de perder a su hija del primer compromiso, miedo por el tipo de trabajo que realiza. Él capacita pobladores de la zona rural, que pertenecen a la zona del VRAEM, lugares que lo hacen revivir las experiencias de secuestro y participación con Sendero; tiene miedo de que lo vuelvan a secuestrar y lo lleven para matar. Ya ha tenido encuentros con los subversivos de la zona y lo han amenazado, quiso renunciar a su trabajo, pero sus jefes "no le permitieron": nuevamente aparece la figura de autoridad y Pedro se somete en posición de víctima. Continúa en su labor de capacitación hasta que ocurre "la escena temida": narco-terroristas tratan de detener la camioneta, el chofer hace una maniobra para evitarlos intentando huir pero pierde el control de la camioneta y choca; Pedro logra fugar tirándose al barranco y luego viajando por los matorrales, dejando atrás a su amigo y chofer. Ya en una zona segura, comienza a sentirse culpable de haber huido y dejado a su amigo, aunque trata de exculparse diciéndose que tenía que salvar su vida. En esta sesión se explora si esta sensación la había

sentido anteriormente, y es cuando revive el día que Sendero incursionó en el campamento donde estaba y él huyó dejando a sus hermanos, ese fue el día en que el hermano mayor desaparece. Pedro expresa cólera contra sí mismo, no quiere sentir miedo porque es la emoción que le hace huir dejando a sus hermanos, a sus seres queridos. En un juego de roles buscando cerrar esta vivencia, en sesión, se perdona así mismo, pide disculpas a sus hermanos, comprende que la culpa no fue de él, que fueron las circunstancias que vivieron en el contexto del conflicto armado interno.

En una siguiente sesión, Pedro manifiesta que se encuentra bien consigo mismo, que ahora que renunció a su trabajo tiene más tiempo para estar con su hija y compartir con su pareja actual. Aunque le preocupa la parte económica, se muestra activo, ha dejado su currículo en varios empleos. Así mismo, Pedro cuenta que habló con su padre, quien está delicado de salud, y lo que pudo notar es que no era ese padre agresivo e indiferente de su infancia, más bien lo percibió débil y sumiso. En esa situación, el paciente expresó lo que sentía por él cuando era niño y lo que deseaba de su padre, protección, afecto, que le dijera que lo quería y se sintiera orgulloso de él, finalizando el encuentro emocional con muestras de afecto por ambas partes. En la sesión se le felicita por haber enfrentado sus temores y tener el valor de expresar sus emociones y perdonar a su padre.

Paralelamente, Pedro refiere que logró conseguir un trabajo para encuestar personas en la zona de la selva central, esto le ha generado pesadillas: lo persiguen, lo quieren atrapar. Cuando se le pregunta qué es lo que siente, manifiesta que tiene miedo de ir a la selva, pero necesita el trabajo (otra vez se siente fijado en la posición de indefensión y sometimiento). Expresa su miedo a ser reconocido por los pobladores o las fuerzas armadas, que lo atrapen y torturen. Se le pide que narre más acerca de los hechos vividos en la adolescencia. Pedro, llorando, conectado con sentimientos de tristeza y cólera, relata los momentos de dolor y sufrimiento que vivió, el sometimiento que tuvo que aceptar para salvar su vida. Elaborando y cerrando la sesión con la expresión de estos sentimientos, el terapeuta lo acompañó en la expresión de su dolor, anotando con empatía lo extremas que fueron tales vivencias y normalizando los sentimientos de cólera, miedo y tristeza; se le señaló que ahora él podía elegir si aceptaba el trabajo, que ahora nadie lo podía obligar a hacer algo que él no quisiera; que ahora él estaba en capacidad de elegir y que el pasado estaba atrás.

El cierre de este proceso se realizó semanas más tarde cuando él mantiene la decisión de viajar a la selva central, aceptando el trabajo. Durante el viaje sentía mucho miedo, pero lo manejaba con la idea de que fue una decisión y no una obligación. Cuando llegó a la selva revivió escenas de su vida como subversivo y, al llegar cerca al cuartel, revivió la tortura a la que fue sometido. Temió que la gente de estos poblados lo reconociera y fuera denunciado,

que el ejército lo atrape y lo lleven de nuevo al cuartel. En la terapia, se enfocaron estos recuerdos y fantasías, reconoció sentimientos de cólera contra sí mismo por haber realizado actos violentos como subversivo, reconociendo que en parte fue justo haber terminado en el cuartel. Cuando él avanza en el proceso de perdonarse y perdonar a sus agresores es que cierra esta etapa. En sesiones subsiguientes llega a contrastar sus recuerdos con la actual realidad de estar en un lugar diferente y con gente distinta: la gente lo trató con amabilidad, las casas son más modernas, se siente un ambiente de tranquilidad y seguridad. Así, contrastando con la realidad, se reforzó la idea que el pasado quedó atrás y que ahora es otro momento.

Con el trascurso del tiempo, Pedro ha logrado tener más confianza en sí mismo, confiar en la gente sin someterse a hacer cosas que no desea. Habló con la madre de su hija haciéndole notar su incomodidad por las quejas de su hija en relación a la agresividad de la madre. Ella reconoció que está irritable, aunque en gran medida lo culpa a él porque, según su ex – pareja, él está descuidando a su hija. Pedro relata que, aunque no pudo llegar a un acuerdo con la madre de su hija, no tuvo miedo cuando ella le gritaba ni tampoco sentía ganas de atacarla, por lo cual quedaron las cosas resueltas para él. Se siente emocionalmente estable y con ganas de seguir adelante, platica más con su hija y la relación con su pareja actual ha mejorado, inclusive están esperando un bebe.

Reflexiones

Pedro estaba exponiéndose al desamparo que originaba la reviviscencia de los traumas de su niñez y adolescencia, experimentaba sentimientos de culpa, miedo y cólera por las torturas que sufrió y por las acciones que él hizo como senderista. En el espacio terapéutico, pudo expresar sus emociones relacionadas con la desaparición del hermano y, de manera relevante, la falta de cariño y protección del padre: él tenía dentro de sí, mucha cólera contra el padre porque éste no lo protegió, sentía emocionalmente que el padre había dejado que Pedro pasara por todos los hechos de tortura, secuestro y desamparo vividos. En su terapia la paulatina elaboración emocional de estas experiencias y afectos ayudó a su actual bienestar.

Experiencia terapéutica grupal

“Las Rosas”

Talleres terapéuticos con laborterapia para mujeres afectadas por violencia política

Antecedentes

Se tuvo una experiencia previa positiva con el Comité “Programa del Vaso de Leche de Las Rosas”, en el marco del proyecto: *“Promoviendo la salud mental de las mujeres, un requisito indispensable para la equidad de género”*, ejecutado entre los años 2011 al 2013. En ese

periodo se realizaron talleres reflexivos cuyo impacto fue muy satisfactorio: la población beneficiaria logró intercambiar experiencias dolorosas, adquirir nuevos conocimientos acerca de salud mental, factores de riesgo y factores protectores de ésta y se evidenciaron cambios en la conducta de las participantes (cuidaban más su aspecto personal, algunas de ellas implicaron a sus parejas en los roles domésticos, etc.).

Al finalizar los talleres en 2013 el grupo solicitó su continuidad en algún momento futuro, por lo que en el proyecto actual (2014 – 2016) se retomó el contacto con el grupo a través de la Vice Presidenta de la organización quien, además, había participado en el trabajo anterior. Pero la composición de la agrupación había cambiado; algunas de las beneficiarias anteriores no participaban del Programa Vaso de Leche, pues ya no cumplían los requisitos para su pertenencia.

Metodología

Población atendida

Grupo de 17 mujeres pertenecientes al Programa del Vaso de Leche de “Las Rosas”, barrio urbano-marginal de la ciudad de Huancayo en el que se asentaron pobladores desplazados a causa del conflicto armado interno. En la zona existen altos índices de violencia familiar. La edad de las mujeres oscilaba entre 18 y 45 años; todas eran desplazadas o familiares de desplazados, eran madres de niños(as) entre 0 y 7 años y tienen la condición de pobreza

o pobreza extrema. El Programa del Vaso de Leche pertenece al Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, y es ejecutado por las municipalidades distritales.

Agentes terapéuticos

Psicóloga egresada con experiencia en el trabajo comunitario con personas afectadas por violencia; hizo sus prácticas profesionales en el CAPS-Huancayo donde incorporó la práctica psicosocial de la institución; no tiene formación psicoterapéutica formal.

Interna de Psicología en el rol de apoyo a la psicóloga facilitadora.

Supervisión clínica (intervención grupal).

Intervención psicosocial

Talleres terapéuticos con laborterapia

El objetivo de los talleres terapéuticos es que las mujeres puedan compartir experiencias de su vida cotidiana, identificar sus propias necesidades de salud mental, buscar alternativas frente a condiciones de vida generadoras de malestar, salir del rol de victimización, reflexionar sobre la importancia del autocuidado así como sobre las distintas formas de abordar y enfrentar los conflictos.

Los talleres terapéuticos son una modalidad de intervención psicosocial realizada en las comunidades donde residen los beneficiarios. Estos espacios no se conciben como intervenciones

puntuales sino secuenciales e interconectadas entre sí. Los temas se van profundizando de manera progresiva y consistente, permitiendo que los/las participantes cuenten con espacios duraderos de reflexión, elaboración y cambio. Para favorecer estos procesos, los talleres integran diversas estrategias metodológicas que favorecen el abordaje del tema central de manera amable y con elementos lúdicos.

En esta intervención, desde el propio diseño de la actividad, el espacio de laborterapia fue concebido como una estrategia que formaría parte de la estructura del taller. En varias experiencias anteriores ejecutadas por el CAPS, las mujeres que participaron en espacios grupales destinados a la reflexión y el crecimiento personal demandaban que se les enseñase alguna actividad que pudiera resultar productiva para ellas a nivel económico en un futuro, o que, sencillamente, las hiciera sentir más útiles. En la presente experiencia se incorporó la enseñanza de manualidades, no tanto como una capacitación que les permitiera generar ingresos, sino como una forma de apuntalar la autoestima de las mujeres y la integración grupal. En el transcurrir de los talleres, la hora de laborterapia generaba un clima de mayor intimidad y confianza para intercambiar experiencias y opiniones. Asimismo, el generar un producto concreto les otorgaba gran satisfacción personal; por ejemplo, muchos de los productos elaborados (gorros, peluches adornos, chalinas etc.), luego eran usados por ellas, regalados a sus hijos o formaban parte del ornato hogareño.

La secuencia del diseño metodológico de los talleres para el Comité consistió en:

- a) Una dinámica de animación inicial cuya finalidad era motivar e introducir al grupo en el tema central a tratar; el tiempo de duración de esta dinámica es por lo general entre 5 y 10 minutos.
- b) El recojo de saberes previos sobre el tema central del taller en sub-grupos.
- c) Breve exposición de la facilitadora sobre el tema del taller.
- d) La plenaria, que duraba entre 40 y 50 minutos. Durante la plenaria se solicitaba a las participantes que escriban en tarjetas o verbalicen una síntesis (la facilitadora anotaba las ideas en papelotes) de lo que aprendieron del taller y lo que les sería útil.
- e) La devolución. Una de las facilitadoras organizaba y transmitía las ideas fundamentales, haciendo así la devolución de lo que el grupo había generado. Se comentaba después el desenvolvimiento del grupo.
- f) La laborterapia. Luego de terminar con la parte más directamente reflexiva del taller se iniciaba el espacio de laborterapia, que estaba dirigido por una profesora que les enseñaba a hacer manualidades. Durante esta actividad, la facilitadora se acercaba a cada uno de los sub grupos e invitaba a las participantes a continuar dialogando sobre el tema tratado.

Proceso

En el primer taller con el Comité "Las Rosas" se informó acerca del encuadre del trabajo grupal: las reuniones se realizarían una vez a la semana durante dos horas a lo largo de 4 meses, en un total de 16 sesiones. En esa primera reunión también se les administró la escala IRPEC. Una semana después de haber concluido los talleres, se volvió a tomar la escala IRPEC como medida de evaluación de los resultados de los talleres terapéuticos con laborterapia.

De manera general, la forma de relación entre los miembros y la actitud del grupo no favoreció al trabajo terapéutico pues se mostraron resistentes ante los temas propuestos. Era un grupo tomado por la rivalidad, la envidia y los celos, con una baja cohesión entre sus integrantes lo que no permitió profundizar en el espacio de reflexión. El grupo operaba bajo el supuesto básico de ataque y fuga, entendido por Bion (1979) como aquella fantasía grupal compartida que se sustenta en la idea de que existe un enemigo del grupo del cual es necesario huir o atacar, y que moviliza ansiedades relacionadas con la pérdida o el ataque.

El espacio de laborterapia fue a lo que mejor respondieron, formaban sub-grupos por afinidad, y aunque la dinámica continuaba siendo la misma (se atacaban, se criticaban, hablaban mal las unas de las otras), había al menos un sub-grupo cuyos miembros compartían estilos de crianza y alternativas de resolución de conflictos.

Este modo de funcionamiento en el taller era una réplica del vínculo que ya existía

previamente entre las integrantes del grupo. Varias de ellas estaban emparentadas entre sí y ya existían las pautas vinculares de desconfianza y hostilidad; se toleraban solamente porque pertenecían al Programa. Es decir, las envidias barriales y familiares se trasladaron al grupo. Estos celos y hostilidades previas muchas veces, se asociaban al hecho de que algunas de las integrantes del grupo habían adquirido bienes materiales (carro, moto) mediante préstamos, y aquellas que tenían menos recursos afirmaban que dichas adquisiciones se produjeron como resultados de negocios turbios. Se puede presumir que la envidia tenía como argumento el bienestar que supuestamente la otra persona del grupo había alcanzado dejando a quien envidiaba en una posición de minusvalía. Ejemplo de ello eran las frases recurrentes del tipo: “de qué te quejas si a ti nada te falta, no debes tener problemas”.

Las intervenciones terapéuticas iniciales estuvieron orientadas a fomentar la participación de las mujeres y disminuir la hostilidad entre ellas pero, como ya se mencionó, la respuesta del grupo no era favorable. Por ejemplo, en una de las sesiones la facilitadora les dijo: *“hoy vamos realizar la dinámica el oso y el árbol, busquemos una pareja”*, algunas de las respuestas fueron: *“ohhh señorita yo no quiero trabajar con esta señora”* *“no señorita con estas señoras no se puede trabajar”*. Fue necesario que una de las lideresas informales del grupo dijera: *“ya señoras, compórtense como adultas, parecen chiquitas, están que no quieren, con esta sí, con esta no”*, para que el ambiente se calmara.

La facilitadora, como parte de sus intervenciones, realizaba preguntas generales que buscaban una participación reflexiva del grupo y luego intentaba orientar los señalamientos a los conflictos internos del mismo. En esta viñeta de la tercera sesión se aprecia este proceder. La facilitadora inició la reunión preguntando: *¿Qué podemos hacer para tener una vida saludable?* Las participantes respondieron:

“...cuidarnos, comer los que nos gusta, hacer lo que nos gusta, comprensión con la pareja, apoyarnos en todo, llevarnos bien con las vecinas...” La facilitadora entonces comentó: *“Recogiendo lo dicho por ustedes, los estilos de vida saludables implican llevarse bien con las vecinas, detengámonos en este punto y pensemos cómo es nuestra relación con los vecinos y vecinas”*. Las participantes se quedaron calladas y no respondieron.

Al inicio del espacio de laborterapia, la facilitadora se acercaba de forma personal a algunas de las participantes y fomentaba el diálogo sobre la relación inter-vecinal. Algunas participantes, en ese momento, lograban concluir que su actitud de rivalidad no era la más adecuada para acceder a un estilo de vida o a vínculos interpersonales más satisfactorios. Preguntaban entonces cómo hacer para evitar estos conflictos, la facilitadora respondía que lo más adecuado era usar el diálogo y la palabra para aclarar las situaciones, y que esto no se lograba en el actual espacio, podía hacerse después, fuera del mismo, en la comunidad. Las participantes manifestaban que intentarían seguir esta indicación.

Otro ejemplo fue lo ocurrido en la sexta sesión, en la que se trabajó las relaciones intrafamiliares: la facilitadora les solicitó que dibujaran cómo fue su infancia, cómo las trataban sus padres, o cómo fue la relación que tuvieron con ellos. Las resistencias grupales aparecían en los siguientes comentarios: "... *no sé dibujar, yo dibujo feo, ohhh señorita cómo me vas a hacer dibujar...*" Ante la renuencia generalizada la facilitadora les manifestó "Bueno, dibujen sólo aquellas que deseen hacerlo". A la mitad de la sesión muchas participantes comentaron que les daba mucha cólera cuando ellas les pedían a sus hijos que hicieran algo y éstos no lo hacían, buscando cualquier excusa para ello. La facilitadora en ese momento las confrontó con la actitud que ellas mismas mostraron cuando se les solicitó que dibujaran, estableciendo una analogía entre el negativismo de los hijos y el de ellas mismas.

Las intervenciones buscaban, por un lado, la participación grupal mediante consignas empáticas y lúdicas, y cuando aparecían las negativas, se les confrontaba, a veces al grupo entero, pero muchas otras, de forma individual en los espacios de laborterapia o de manualidades.

Los temas tratados se formularon en base a los objetivos del proyecto. Estos fueron:

- Sesión 1 "Nos conocemos"
- Sesión 2 "¿Cómo me encuentro?"
- Sesión 3 "Salud mental"
- Sesión 4 "Para sentirme bien"
- Sesión 5 "No sé por qué estoy triste"
- Sesión 6 "Identificando nuestros muros"
- Sesión 7 "Identificando nuestros muros"
- Sesión 8 "La herencia distorsionada de la infancia"
- Sesión 9 "Estilos de crianza adecuados"
- Sesión 10 "Aprendiendo juntos"
- Sesión 11 "Tipos de violencia"
- Sesión 12 "Qué hacer ante situaciones de violencia (orientación legal)"
- Sesión 13 "Construyendo una vida saludable"
- Sesión 14 "Me siento bien"
- Sesión 15 "Construyendo nuestros propios proyectos"

Ante la renuencia sostenida del grupo a participar, se evaluó concluir la intervención en la doceava sesión. La puesta de límites y el llamado al criterio de realidad por lo general genera reacciones en los grupos. La intervención se formuló de la siguiente manera: *"Durante las sesiones se ha observado que existe desinterés por parte de ustedes, lo que está dificultando el desarrollo de las sesiones, quizás los temas tratados no sean de su interés, y de repente ustedes tienen otras necesidades, otras cosas de qué hablar, parece que este no es el mejor momento para tratar los temas que estamos proponiendo, por todo ello estamos pensando cerrar aquí los talleres"*. Ante esta intervención las participantes respondieron: *"no señorita, no se vayan, vamos a trabajar bien"* *"no señorita, ya ves mamás por culpa de ustedes se quieren ir las señoritas"* *"señorita disculpe por toda la incomodidad que le hemos causado, pero por favor le pediríamos que terminemos los talleres"*. Cabe mencionar que luego de anunciar el cierre en las sesiones, el grupo modificó un tanto su conducta. Las participantes comenzaron a tolerarse más entre ellas, realizaban las dinámicas de animación sin quejarse, aceptaban trabajar entre todas, ya no se burlaban de sus compañeras. Y esta actitud se mantuvo hasta finalizar los talleres.

Consideramos que este ligero cambio se debió ante todo a una reacción de vergüenza o culpa por parte de los miembros del grupo; la propuesta de interrumpir las sesiones las confrontó con la incapacidad que tenían en tanto grupo para sostener una dinámica que saliera del ataque y agresiones entre

ellas, pudiera comprometerlas con las tareas y se reforzaran los lazos de confianza. Sin embargo, la incipiente cohesión grupal que se logró no evolucionó en una toma real de conciencia y reflexión sobre las dificultades grupales ni en un deseo consistente de cambio.

Ejemplo de ello es que en las dinámicas de reflexión o plenarias no se logró mayor fluidez, reaparecían ahí la desconfianza, la rivalidad y las críticas. Ante la gran dificultad de que trabajaran de forma conjunta en estos espacios, la facilitadora las instaba a que pensaran posteriormente, de manera individual, acerca de lo que estaba aconteciendo. *"... Piensen en lo que hablamos el día de hoy, cómo nos estamos sintiendo, qué es lo que pasa dentro de cada uno de nuestros hogares, qué cosa no me permite expresar lo que siento y pienso en el grupo..."*

Fue así que al establecerse vínculos positivos a nivel más personal que grupal, se lograron algunos cambios de conducta en varias participantes, mas no en la dinámica general del grupo.

Resultados

Los resultados a nivel grupal no fueron positivos ya que no logró desarrollarse una cohesión significativa, las participantes no hicieron suya la propuesta de los talleres terapéuticos porque estaban inmersas en problemas interpersonales y de organización.

Los objetivos de los talleres terapéuticos fueron que las mujeres pudieran:

- *Compartir experiencias de su vida cotidiana.* Este objetivo

no se cumplió dado el clima de desconfianza y rivalidad que nunca se atenuó de manera significativa. Sin embargo, cuando se realizaban actividades en pequeños sub grupos, algunas mujeres lograban intercambiar experiencias cotidianas, agradables o desagradables, a veces de manera espontánea y a veces porque la facilitadora lo sugería. Estas mujeres que lograron algún tipo de intercambio no estaban tomadas, entre ellas, por afectos hostiles. Aquellas que ya llegaron al grupo con dificultades para la interacción, nunca lograron empatizar o intercambiar experiencias.

- *Identificar sus propias necesidades de salud mental.* Este objetivo fue cumplido de manera general pues las integrantes tomaron más conciencia de sus dificultades para sostener vínculos maritales, familiares y vecinales más saludables. Antes no consideraban como una prioridad el cuidado a su salud física, el cuidado a sus hijos, tener espacios de disfrute personal.
- *Buscar alternativas frente a condiciones de vida generadoras de malestar.* Este objetivo fue cumplido de manera parcial. La experiencia grupal no favoreció la mejora de los vínculos interpersonales y vecinales de las participantes. Pero sí se apreciaron mejoras individuales en, por ejemplo, un mayor cuidado de su aseo e imagen personal, mayor conciencia de la necesidad de atender su salud física sexual y reproductiva (realización

del *Papanicolau*, uso de servicios de planificación familiar etc.). En la mayoría de los casos, la violencia hacia los hijos disminuyó y lograron dar muestras de una mayor empatía hacia las necesidades emocionales de los menores.

- *Salir del rol de victimización.* La percepción que tenía la mayoría de las participantes de ser víctimas de la maldad de sus vecinos no fue atenuada por esta experiencia grupal. Sin embargo, muchas de ellas a nivel individual comenzaron a percibirse como sujetos que pueden decidir sobre su cuerpo y sobre cómo tratar a los hijos sin necesidad de acatar las imposiciones que sus parejas les hacían al respecto (que no debían usar métodos anticonceptivos, que ellas eran las únicas responsables del cuidado de los hijos, que debían permanecer en la casa etc.).
- *Reflexionar sobre lo importante que es cuidarse, así como sobre las distintas formas de abordar y enfrentar los conflictos.* La necesidad de tener un mayor autocuidado, como ya se ha mencionado, fue interiorizada y puesta en práctica de manera individual por la mayoría de las participantes. Nunca lograron articular una manera de disminuir la inmensa conflictividad que había entre ellas, aunque, a nivel familiar, reportaron que los conflictos con las parejas se habían atenuado (ya no se dejaban controlar tanto por sus parejas, lograron convencer a sus esposos y convivientes que la responsabilidad del cuidado y educación de los hijos debía ser compartida por ambos etc.).

El grupo se quedó en la posición de crítica, enfrentamiento, envidia y rivalidad, lo que fue un obstáculo para sostener los espacios reflexivos. Si bien a nivel grupal las miembros del grupo no lograron elaborar aspectos primarios se apreció que a nivel individual hubo cambios importantes. Al realizar la comparación entre las escalas IRPEC de inicio y las de salida, las mujeres participantes lograron mejores puntajes en los indicadores de manejo de la agresión, estabilidad emocional y fortalecimiento del yo. Los puntajes obtenidos evidencian que las intervenciones y actividades implementadas impactaron de manera más satisfactoria en las subjetividades individuales que en la colectiva. Estos puntajes favorables se corroboraron con dos entrevistas de seguimiento a sendas participantes, las cuales describieron detalles de cómo había influenciado lo aprendido en el grupo en sus relaciones con la pareja e hijos. Lo último mencionado constituye un hallazgo interesante pues muestra cómo, una acción cuyos resultados pueden considerarse insuficientes en lo referido al grupo, pudo tener efectos positivos en los individuos que lo componían y movilizar ciertos cambios en sus comportamientos.

Reflexiones

Es importante, antes de iniciar un proceso terapéutico, realizar o actualizar el diagnóstico situacional que evalúe las necesidades y lo que concretamente demanda el grupo. En este caso, no se realizó un diagnóstico situacional, pues se contaba con

una línea de base previa (que no fue actualizada) y las beneficiarias cumplían con el perfil solicitado en el proyecto. Sin embargo, la composición del grupo con la que se hizo la línea base había cambiado sustantivamente. Por lo observado durante el proceso, hubiera sido importante comenzar la intervención abordando las dificultades organizativas y de interacción que tenía el grupo, temas que no fueron enfocados directamente pero que hubieran podido ayudar a una mejora de la dinámica grupal, y quizás hubieran preparado el terreno para que el grupo reflexionase, más adelante, sobre las temáticas de salud mental y violencia de género.

Se considera que una de las limitaciones metodológicas de esta experiencia es que los temas a tratar ya estaban predeterminados, orientados a la violencia basada en género y a la mejora en la salud mental. Como se sabía que en esta población había altos índices de violencia familiar, el diseño de los talleres se enfocó en este tema y no consideró que el grupo pudiese tener otras necesidades preliminares. En ese sentido, las guías metodológicas deben contar con cierta estructuración previa, pero se deben flexibilizar y modificar de acuerdo a las expectativas y demandas del grupo.

El acercamiento y la actitud de la facilitadora hacia cada una de las participantes permitió el establecimiento de un vínculo saludable que facilitó la movilización de procesos internos que permitieron ciertas modificaciones individuales en favor de su salud mental.

Estudio 3

Análisis de la relación entre el tratamiento psicosocial individualizado brindado en el CAPS - Huancayo (Junín) y la estabilidad emocional, fortaleza del yo y manejo de la agresión en mujeres afectadas por la violencia de género

Metodología

Participantes

Pacientes

50 mujeres adultas afectadas por la violencia basada en género atendidas por los servicios de atención psicosocial del CAPS en Huancayo, Junín. Las variables sociodemográficas de edad, procedencia, estado civil, instrucción y tipo de afectación se presentan en el siguiente cuadro:

Atención individualizada

Sexo	Edad	Procedencia	Estado Civil	Instrucción	Tipo de Afectación
Femenino: 50	20-30 = 8 30-40 = 18 40-50 = 11 50-60 = 11 60-70 = 1	Junín = 42 Huancavelica = 3 Lima = 3 Piura = 1 Huánuco = 1	Soltera = 12 Casada = 18 Conviviente = 15 Divorciadas = 4 S/D: 1	Primaria = 3 Secundaria = 16 Técnica S. = 15 Universitaria = 15	Violencia basada en género: 50. Además: Desplazamiento forzado Familiares de víctimas por el CAI

Tratamiento psicosocial

Psicoterapia individual

Sesiones de psicoterapia con enfoque psicosocial, en las cuales se considera el modelo transteórico de las etapas de cambio de las mujeres que viven relaciones violentas con sus parejas. Se busca establecer un vínculo interpersonal y confidencial con la paciente que le permita una mayor comprensión de la situación de violencia que vive con su pareja, impulsar una auto-reflexión buscando que la persona pueda integrar relaciones significativas del pasado con el presente, tener nuevos ángulos de entendimiento de su situación – problema, que encuentre alternativas de solución y reorganice su proyecto de vida. Los tratamientos pueden incluir servicios complementarios de orientación legal, psiquiatría y seguimiento a referencias a los servicios públicos.

N° de sesiones de psicoterapia	N°	%	Atenciones psiquiátricas	N°
De 3 a 7 sesiones	35	70%	Promedio de 4 consultas	13
De 8 a 10 sesiones	9	18%		
De 13 a 19 sesiones	6	12%		
	50	100%		

Orientación legal

Luego de la primera entrevista individual con el psicoterapeuta se refiere a la paciente a la orientación legal con la abogada del equipo CAPS- Huancayo. Las pacientes que participan de los grupos son referidas a orientación legal a través de la facilitadora del taller. En la(s) sesión(es) de orientación legal se brinda a la paciente información pertinente a su caso, se aclaran dudas en relación a sus derechos como parte de la sociedad conyugal o de convivencia, se la refiere a los servicios públicos, se realiza un seguimiento a los casos en el sistema judicial de familia.

Talleres terapéuticos con laborterapia

El grupo La Esperanza (LE) estuvo conformado por 26 mujeres afectadas por la violencia política (principalmente afectadas por desplazamiento forzado), pero el motivo de consulta que las llevó a solicitar los talleres fue formulado principalmente por razones de violencia basada en género. En ese sentido incluiremos en la discusión lo observado en este grupo, así como el narrativo de la experiencia grupal de LE. No se incluirá el análisis estadístico realizado para este grupo, el cual fue incluido en el estudio 2.

Instrumentos

Escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ-18)

El cuestionario SRQ original es un instrumento compuesto por 20 ítems, que fue desarrollado por Harding (1980) para la Organización Mundial de la Salud (1994). Se trata de una escala de tamizaje orientada a los servicios de atención primaria para detectar a las personas que pudieran necesitar cuidados en su salud mental. Los ítems de la escala son calificados con puntajes de 1 y 0 de acuerdo a la presencia o ausencia del síntoma. La versión original de 25 ítems contenía preguntas que exploraban síntomas neuróticos (20), síntomas psicóticos (4) y una pregunta en relación a convulsiones. En la versión en español hecha por Climenti y De Arango (1983) se agregaron a la versión original del SRQ, 5 ítems para explorar el consumo de alcohol.

La mayor parte de estudios de validez y confiabilidad han sido hechos para la versión del SRQ-20, lográndose evidencias con altos niveles en sus coeficientes (OMS, 1994). Araya et al. (1992), Mari y Williams (1985) y El Rufaie y Absood (1994) reportan en sus respectivos estudios de validez de criterio la adecuada correlación entre el SRQ-20 y el Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R). Asimismo en los estudios de validez convergente entre

el SRQ y el General Health Questionnaire (GHQ-30) se encontró que ambos instrumentos muestran resultados similares (Chan Chan, 1983; Arraya et al., 1992). En el estudio de Iacoponi y Mari (1989), el SRQ obtiene una consistencia interna de 0.81.

En Perú el SRQ-18, derivado del SRQ-20 se utiliza como un instrumento de tamizaje de síntomas de depresión y ansiedad por el Ministerio de Salud en varios manuales de atención primaria (MINSa, 2006, 2008). Su validación data de los estudios epidemiológicos realizados para la población de Lima en el 2002 (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009) y Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de la salud mental de Lima y de la Selva Peruana. (En Anales de Salud Mental, 2009, 25, 1)

Escala de auto-percepción de secuelas psicosociales por violencia política (Escala IRPEC). (Ver estudio 1)

La escala IRPEC₂ fue también aplicada para evaluar la correlación que guardaba con la escala SRQ, particularmente con el factor 1 "Estabilidad emocional" del IRPEC.

Secuencia del estudio

- Aplicación de la escala IRPEC y el SRQ a afectadas por violencia basada en género en la primera entrevista.
- Realización de los tratamientos individuales, orientaciones legales y referencias del caso.

- Aplicación de las escalas IRPEC y SRQ a afectadas por la violencia basada en género al terminar el tratamiento.
- Entrevistas de seguimiento.

Análisis estadístico

Objetivo

Estimar el impacto y la magnitud del efecto de la intervención psicosocial individualizada realizada por el Centro de Atención Psicosocial en mujeres afectadas por la violencia basada en género en Huancayo.

Para realizar el estudio de los tratamientos individualizados de mujeres afectadas por la violencia basada en género (VBG) en Huancayo se contó con 50 participantes.

Con el objetivo de medir el impacto del tratamiento – al igual que en el Estudio 1 y el Estudio 2 - se siguió el modelo de regresiones de la diferencia entre los puntajes finales e iniciales controlando las diversas variables intervinientes (edad, género, tipo de intervención, grupos, zona) de la muestra.

Con el objetivo de medir la efectividad del tratamiento ofrecido a los participantes se utilizaron los estadísticos d de Cohen y el tamaño del efecto (r). Se consideró los siguientes valores: efecto pequeño $d = 0.2$ o 0.3 ; mediano $d = 0.5$ o alrededor de 0.5 y grande $d = 0.8$ o más. En el caso del tamaño de efecto (r), su valoración es la siguiente: efecto pequeño $r = 0,10$; mediano $r = 0,30$ y grande $r = 0,50$.

Resultados

La muestra de mujeres participantes afectadas por violencia basada en género (VBG) fue de 50 personas. A todas ellas se les aplicó la escala IRPEC (IRPEC₁ = 23 e IRPEC₂ = 27) y a 36 de ellas también se les aplicó el SRQ-18 tanto de entrada como de salida. Se observó que en el comportamiento estadístico de la variable IRPEC_T, que no diferencia el IRPEC₁ del IRPEC₂ y que se aborda como si fuera una única prueba, se obtiene una diferencia de -11,4 (el término independiente en el análisis de regresión, equivalente a una prueba t-student) siendo significativa a un nivel de confianza de 99%.

Al evaluar el comportamiento de cada prueba se observan diferencias importantes entre ellas. El comportamiento del IRPEC₁ (con 23 casos) muestra una diferencia de -8,478 que es significativa a un nivel de confianza de 95% sin que ninguna variable aporte al modelo de regresión. Al hacer el análisis por factor o componente, observamos que muestran un impacto positivo significativo del tratamiento psicológico al 95% de confianza solo los siguientes factores: El Factor₁ "Inestabilidad emocional", el Factor₂ "Vulnerabilidad" y el Factor₅ "Autoeficacia", mientras que al 90% de confianza se observa al Factor₆ "Apatía". Los restantes factores no muestran variaciones significativas entre la evaluación inicial y final: Factor₃ "Autoestima", Factor₄ "Control de la agresión", Factor₇ "Hostilidad hacia los demás" y Factor₈ "Adicciones".

En el caso del comportamiento de la evaluación del IRPEC₂ para la población

VBG (27 casos), se observa que como IRPEC₂ total (sumados los tres factores) el efecto del tratamiento es significativo al 99% con una diferencia de -13,8889. Los tres factores (Estabilidad emocional, Fortaleza del yo y Manejo de la agresión) del IRPEC₂ muestran el mismo comportamiento estadístico, es decir al 99% de confianza.

En el caso del SRQ-18 para la población VBG, se observa una diferencia de -8,833 que es significativa al 99% de confianza. Ninguna de las variables intervinientes (edad, género, intervención, grupo y zona), implicaron un aporte al modelo de regresión.

Significancia estadística del tratamiento y controles aplicados al modelo de regresión en la población afectada por Violencia basada en género (VBG)

Población VBG				
TEST	N	Impacto		Controles
IRPEC_T	50	-11,4000	***	
IRPEC1	23	-8,4782	**	No aportan
Fac1	23	-2,9130	**	No aportan
Fac2	23	-2,6957	**	No aportan
Fac3	23	0,3043		No aportan
Fac4	23	-0,6957		No aportan
Fac5	23	-1,6522	**	No aportan
Fac6	23	-0,4783	*	No aportan
Fac7	23	-0,3043		No aportan
Fac8	23	-0,0435		No aportan
IRPEC2	27	-13,8889	***	No aportan
Fac1	27	-7,5185	***	No aportan
Fac2	27	-2,8148	***	No aportan
Fac3	27	-3,5556	***	No aportan
SRQ	36	-8,8333	***	No aportan

*** Significativo al 99%, ** significativo al 95%, * significativo al 90%.

En relación a la medición del efecto, la totalidad de los IRPEC aplicados (IRPEC_T), muestran una d Cohen de 1,334, lo que significa que el tratamiento psicosocial brindado a la población VBG ha tenido un efecto grande ($d= 1,1334 / r= 0,4930$). Se decidió realizar el análisis prueba por prueba, pero no tomando el IRPEC₁ ya que no todos sus factores cumplían con el criterio de ser significativos estadísticamente, razón por la cual se procedió al análisis sólo de la prueba IRPEC₂. Es así que podemos observar que el tratamiento psicosocial brindado a la población VBG, ha tenido un efecto grande ($d= 1,5825/ r= 0,6205$), siendo este comportamiento característico de cada factor o componente de la prueba IRPEC₂.

En cuanto a la prueba SRQ-18, que sí mostraba significancia estadística, muestra a su vez una magnitud del efecto grande con una d Cohen = 2,7883 y una $r=0,8126$.

Análisis de la d Cohen y el tamaño del efecto en la población VBG

Población VBG			
	N	d de Cohen	Tamaño del efecto
IRPEC_T	50	1,1334	0,4930
IRPEC2	27	1,5825	0,6205
Fac1	27	1,8120	0,6714
Fac2	27	0,8076	0,3744
Fac3	27	1,3183	0,5503
SRQ	36	2,7883	0,8126

Cabe destacar que al evaluar la correlación entre la escala SRQ-18 y el Factor₁ de la escala IRPEC₂ se observó un nivel de correlación significativa del 60% ($R\text{-squared} = 0.3884$).

Discusión

El presente estudio muestra evidencias de la efectividad del tratamiento psicosocial individualizado para mujeres afectadas por la violencia basada en género que fueron atendidas en el Centro de Atención Psicosocial en Huancayo. La psicoterapia con enfoque psicosocial y lineamientos del modelo transteórico, aunada a la orientación legal con una abogada en el equipo multidisciplinario del CAPS y, en los casos que corresponde, el tratamiento psiquiátrico complementario, ayuda a la afectada de VBG a recuperar su estabilidad emocional, a incrementar las fortalezas de su yo y a tener un mejor manejo de su agresividad.

Al medir el tratamiento individualizado con la escala IRPEC -T (IRPEC₁ e IRPEC₂), antes y después de la intervención, se observa que el impacto del mismo, controlando las variables edad, sexo, lugar de procedencia y tipo de intervención, muestra un impacto significativo al 99% con un efecto alto ($d= 1,1334 / r= 0,4930$). Se encuentran diferencias entre las aplicaciones de las escalas IRPEC₁ e IRPEC₂. Mientras que en el IRPEC₁ se observa que los factores "Inestabilidad emocional", "Vulnerabilidad" y "Autoeficacia" muestran un impacto significativo del tratamiento psicológico al 95% de confianza, en el IRPEC₂ los tres factores

que constituyen la escala muestran un impacto significativo y un efecto alto al 99%. Consideramos que la mayor confiabilidad de la escala IRPEC2 explica la variación entre una versión y otra.

La escala SRQ-18 también muestra tanto un impacto significativo como un efecto grande del tratamiento brindado a las afectadas por VBG. Ambas pruebas muestran una fuerte relación: el Factor 1 "Estabilidad Emocional" de la escala IRPEC2 y la prueba SRQ-18 correlacionan significativamente.

Cabe resaltar que al igual que el Estudio 2, el psicoterapeuta en Huancayo fue un solo profesional, varón, el que atendió a las 50 participantes mujeres en una modalidad de psicoterapia con base en el análisis transaccional e integración de técnicas gestálticas y psicodinámicas; a lo que se le añade la base teórica de las etapas de cambio (Prochaska y DiClementi, 1982) y las supervisiones semanales con una psicoterapeuta psicoanalítica vía Skype. El hallazgo en el estudio de encontrar que un terapeuta varón haya establecido vínculos terapéuticos sólidos con pacientes mujeres contrasta con la recomendación general de que terapeutas mujeres podrían ser más indicadas para atender casos de mujeres violentadas. Ello no descarta el hecho que para ciertos casos es necesario que la paciente cuente con la posibilidad de ser atendida por una terapeuta, especialmente en casos de abuso sexual, sea por pedido explícito de la paciente de trabajar con una mujer, sea porque el terapeuta varón se da cuenta de las inhibiciones que produce a la paciente hablar explícitamente acerca de la situación de violencia vivida.

En las entrevistas de seguimiento se observó que todas las entrevistadas (4 de 4) reportaron alivio sintomático y mejora en sus relaciones impersonales; 3 de 4 entrevistadas dijeron sentirse "más fuerte", "con mayor seguridad", y también 3 de 4 entrevistadas reportaron un mejor manejo de su agresividad. Aparentemente el que el terapeuta haya sido de sexo masculino y las pacientes hayan sido mujeres con historia de abuso por parte de sus parejas y/o familiares no tuvo mayor influencia; las entrevistadas pusieron el acento en haber sido tratadas por un profesional que "las escuchaba y sabía orientarlas".

Finalmente, las limitaciones encontradas en el presente estudio están en relación al diseño descriptivo del mismo, a la falta de un grupo control con el cual comparar los resultados, a una mayor exigencia en los criterios de selección y exclusión de las participantes, a una más completa batería de instrumentos, entre otros aspectos relevantes.

Hallazgos relevantes

El estudio muestra evidencias de la efectividad del tratamiento psicosocial individualizado para mujeres afectadas por la violencia basada en género (VBG) que fueron atendidas en el Centro de Atención Psicosocial en Huancayo a un nivel de 99% de significación.

La psicoterapia con enfoque psicosocial y lineamientos del modelo transteórico de cambio, aunada a la orientación legal con una abogada en el equipo multidisciplinario del CAPS y, en los

casos que corresponde, el tratamiento psiquiátrico complementario, ayuda a la afectada de VBG a recuperar su estabilidad emocional, a incrementar las fortalezas de su yo y a tener un mejor manejo de su agresividad.

El estudio contó con un número destacado de 50 mujeres participantes.

La escala IRPEC₂ presenta mejores puntajes en los coeficientes de confiabilidad que la versión original del instrumento.

La escala SRQ -18 también muestra un impacto significativo con un efecto grande del tratamiento psicosocial brindado a las afectadas por VBG.

IRPEC₂ y SRQ-18 muestran una fuerte relación: el Factor 1 “Estabilidad Emocional” de la escala IRPEC₂ y la prueba SRQ-18 correlacionan significativamente.

Que el terapeuta haya sido de sexo masculino y las pacientes hayan sido mujeres con historia de abuso por parte de sus parejas y/o familiares no tuvo mayor influencia en los resultados positivos del tratamiento; en las entrevistas de seguimiento se puso el acento en haber sido tratadas por un profesional que “las escuchaba y sabía orientarlas”.

Importancia de la supervisión clínica continua para el soporte emocional y técnico del profesional de la salud mental.

Atención individual: Caso Lorena

Presentación

Lorena es una mujer de 40 años, natural de Lima, de contextura media, de tez blanca, lenguaje fluido y tono de voz baja; es casada, tiene tres hijos, dos mayores de edad y uno menor, quienes se encuentran en Lima con el padre. Ella reside en Huancayo por más de 3 años, actualmente estudia una carrera universitaria.

Eventos traumáticos

Lorena mantuvo una relación de pareja con violencia psicológica y física por más de 15 años. La pareja la minusvaloraba, insultaba, fomentaba en sus hijos que la discriminen, en varias ocasiones él salía con sus tres hijos y a ella la dejaba encerrada en casa, sin comida y diciéndole que era una ociosa, “hay que ver que comerá la inútil”, le decía. Ella refiere que en casa no había ni para cocinar ya que su pareja no hacía las compras. Él se mostraba celoso y no le permitía trabajar, aunque después abusaba verbalmente diciéndole que era ociosa, que no valía nada, que era una mantenida, que nunca lograría nada, que era una fracasada.

A Lorena, le desaparecieron el padre y asesinaron a la madre y a cuatro hermanos durante el conflicto armado interno. Ella era adolescente cuando ocurrieron estos hechos y vivía en casa de una tía en Huancayo. (Ver historia personal y familiar y proceso terapéutico).

Motivo de consulta

El motivo de consulta se circunscribió a la violencia de pareja. Ella acudió a terapia, referida por el tutor de la universidad, ante el estado emocional que presentaba: ansiedad y preocupación en relación a los estudios, así como disminución de su rendimiento académico. El factor desencadenante se dio en una exposición que tenía que realizar, sentía una gran ansiedad al punto que llegó a bloquearse por completo, no pudiendo expresar sus ideas, ni recordar lo preparado para dicha exposición. Su exposición trajo como consecuencia que el docente le ponga una nota baja: ella comenzó a sentir temor a desaprobado y perder la beca de estudios; su concentración también se redujo. Se reprochaba ser inferior, no lograr entender lo que estudiaba, consideraba que no debía estar estudiando en la universidad y menos la carrera de ciencias que le ofrecieron.

Historia personal y familiar

Lorena y su familia -constituida por la madre, el padre y sus hermanos y hermanas- vivieron en Lima hasta que ella tuvo 11 años, teniendo ella esa edad regresa con su familia al pueblo de origen de los padres. Lorena, todavía púber, se fue a vivir a Huancayo para continuar sus estudios bajo el cuidado de una tía, quien posteriormente asumirá su crianza. El padre cumplía la función de gobernador en su pueblo por lo que fue amenazado y finalmente desaparecido por los senderistas. Al poco tiempo de la desaparición del padre, cuando Lorena

tenía 15 años, la madre y sus cinco de seis hermanos fueron llevados por los ronderos del pueblo a un lugar cercano y fueron asesinados. Al quedarse sola con una hermana menor y dependiendo del soporte material de su tía, la relación con ésta, que ya tenía asperezas, se volvió más agresiva y violenta. Lorena pasó a realizar servicios domésticos para las tías, quienes eran muy estrictas con ella, la trataban mal y criticaban, haciéndola sentir una inútil. Cabe señalar que a pesar que la criticaban y desvalorizaban, Lorena sentía cariño por la tía que había asumido su cuidado porque fue la persona que la acogió al quedarse completamente desamparada, Lorena no podía reconocer sus propios sentimientos de cólera por los maltratos recibidos.

Desde muy pronto, tuvo que valerse por sí misma, siempre estaba trabajando, buscando salir de la casa de la tía, fue así que encontró al padre de sus hijos, quien la impresionó por ser un varón "seguro, correcto, amable". Ya establecidos como convivientes en Lima, él cambió y se convirtió en un hombre violento, celoso, indiferente y cruel con ella. En varias oportunidades la forzó a tener relaciones sexuales; hasta que un día ella no aguantó el abuso psicológico, físico y sexual y se escapó de casa dejando a sus tres hijos. Ella no tenía donde irse, ni mucho dinero, así que huyó con culpa de estar dejando a sus hijos y con temor de que él la encuentre.

Con el apoyo del Centro Emergencia Mujer pudo quedarse un tiempo en la casa refugio y luego viajar a Huancayo y conseguir trabajo. Consiguió trabajos eventuales, el que más recuerda es en

un centro minero, su trabajo consistía en lavar los platos del restaurante, el agua era fría y el horario era más de 8 horas.

Posteriormente ella y su hermana, víctimas de la violencia política y beneficiarias del Programa de Reparación, postularon a las becas REPARED. Lorena obtuvo una beca para estudiar la carrera de ingeniería industrial, siendo la opción más segura, aunque no de su gusto.

Mantuvo contacto telefónico con sus hijos, los mayores la trataban mal y eran cortantes con ella. El menor de sus hijos en cambio era más emocional, le pedía que vuelva, que la extrañaba y necesitaba. Esto le hacía sentir culpa por lo que en cuatro oportunidades fue a visitarlos a Lima. El padre de sus hijos la recibió fríamente, pero permitió la visita; en la cuarta visita, él la golpeó y abusó de ella sexual y psicológicamente diciéndole que era una mala madre, una cualquiera, que se había escapado con su amante y que vivía con hombres.

Desde este episodio no volvió a visitar a sus hijos, solo se comunicaba con ellos por teléfono, incrementándose su sentimiento de culpa por haberlos dejado y sintiéndose una inútil (ahora como madre).

Diagnóstico

Ella presenta signos y síntomas congruentes con un Trastorno de estrés post traumático, con síntomas de depresión y ansiedad, se siente ansiosa, culpable y sin deseos de seguir adelante. Revive escenas traumáticas de su

pasado, especialmente de la violencia infligida por su pareja que luego las relaciona con lo experimentado viviendo con su tía.

Aunque Lorena no tenía mayor consciencia del impacto emocional de las pérdidas de sus padres y hermana durante el conflicto armado interno, su auto-concepto está alterado por las pérdidas tempranas de miembros de su familia nuclear y la convivencia con tías que la desvalorizaban: el temor de no ser alguien digno así como los sentimientos de desamparo y baja autoestima fueron enraizándose.

Proceso terapéutico

Al inicio del tratamiento se enfocó el tema de la ansiedad y su manifestación en el bajo rendimiento en los exámenes y exposiciones. Ella pudo relacionar este hecho con las expresiones anteriores de menosprecio y crítica que recibía de la tía. La ansiedad estaba relacionada con la convicción de que en el fondo ella era una inútil, que iba a fallar porque no tenía la capacidad para estudiar ingeniería y así perdería la oportunidad de sacar adelante una carrera. Ella identificó una parte de sí, muy crítica, que se identificaba con el mensaje descalificador “eres una inútil”; en las sesiones ella pudo revertir este mensaje automático y persistente para luego darse mensajes positivos.

Cuando comenzó a superar su auto-crítica descalificadora, afloró la culpa. Se culpaba de haber abandonado a sus hijos, se sentía una madre mala, que “solo pensaba en ella”, se culpaba de no poder apoyarlos económicamente

dado que el dinero recibido por la beca lo invertía en sus estudios, en los gastos de habitación, pasajes, material educativo. Vía telefónica, sus hijos le pedían (demandaban) cosas materiales como *tablets*, pasajes, ropa o algo que necesitaban para sus estudios y diversión, lo que profundizaba sus sentimientos de culpa sintiendo que no velaba por ellos por estar centrada en sus propias necesidades y metas.

Al emerger el sentimiento de culpa, en la terapia se buscó analizar este sentimiento desdoblándolo en dos emociones, cólera y tristeza. Lorena fue reconociendo la cólera que sentía por el persistente abuso que vivió por parte de su pareja, dado que nunca pudo defenderse y toleró las humillaciones y agresiones físicas por varios años. También fue reconociendo la cólera dirigida hacia sus hijos mayores porque ellos tienen rasgos del padre: indiferentes, individualistas, solo piensan en sí mismos; sentía que la llamaban solo cuando necesitaban algo material, no se acordaban del día de la madre o de su cumpleaños, mientras ella siempre estaba enviándoles algo de dinero o cosas que su padre no les daba. Recordaba con cólera que cuando todavía estaban juntos en Lima, el padre de sus hijos los llevaba a comer y a ella la dejaban encerrada en casa, sin nada de alimentos; ellos regresaban sin preocuparse de ella, ni le traían algo de comer, ni aún lo que pudiera haber sobrado de la comida, dice. Fue un paso adelante en su proceso terapéutico manifestar e integrar sus sentimientos ambivalentes para con sus hijos.

Por otro lado, en la terapia también se pudo enfocar la tristeza por todo

lo que considera haber perdido: sus padres, su familia y oportunidades. Logra reconocer que no pudo intervenir para rescatar a sus familiares que fueron circunstancias que ella no podía controlar. Se buscó facilitar que Lorena pudiera destrabar las emociones relacionadas con las pérdidas, aceptando que sus seres queridos no están más en su vida, despidiéndolos y llorándolos. Y, en contraste, rescatando que no perdió a sus hijos, que ellos están con ella a su manera, lejos físicamente pero presentes en sus sentimientos. Lorena pudo vivenciar esto positivamente cuando sus hijos fueron a visitarla a Huancayo: convivieron por dos semanas y se acercaron emocionalmente; ellos le expresaron su amor y pidieron perdón por no haber hecho nada ante la violencia ejercida por el padre cuando vivían juntos en Lima, así como por dejarse llevar por los comentarios de éste acusándola de haberse escapado con un amante; asimismo, los hijos pudieron verbalizar la cólera contra ella por haberlos abandonado.

En la etapa de cierre de la terapia, Lorena pudo hablar de la muerte de su madre y hermanos, de la desaparición de su padre, de la desesperación que sintió ante la soledad y desprotección al no contar con su familia de origen, de la experiencia de estar sola con su hermana menor sin que nadie las proteja. Lorena no se encontraba con sus familiares cuando ocurrieron los hechos violentos, la hermana menor (tercera en el orden de nacimiento) fue quien le contó lo ocurrido. Los sentimientos producto de la situación de pérdidas súbitas marcaron el hecho

de sentirse desamparada, de recibir poco y no reclamar nada, dejándole la creencia de que ella debería estar agradecida, así fuera maltratada, por el solo hecho que alguien la cuidara. Fue importante comprender que el dolor de la separación, no se circunscribió a la pérdida de sus padres y hermanos, sino también a la separación del único miembro de su familia que le quedaba, su hermana menor, quien se fue a vivir con la abuela. En esta etapa, Lorena logró relacionar los síntomas iniciales de ansiedad en las exposiciones, su preocupación por perder la beca de estudios y la pérdida de atención y concentración con su severa crítica interna y desestima de sí misma producto de la relación violenta con la tía. Así mismo, el hecho de haber dejado a sus hijos con el padre en Lima la hacía sentir temor de perder nuevamente a su familia: sin darse cuenta estaba reviviendo la separación de sus padres y hermanos. Las sesiones la ayudaron a que pudiera perdonarse a sí misma por la decisión de huir de casa dejando a sus hijos; a perdonar a la tía pudiendo expresarle la cólera que sentía por los maltratos y a que aminorara la severidad de su auto-crítica.

Actualmente, la paciente se desenvuelve mejor en la universidad, tolera mejor la ansiedad que le generan estudios, exámenes, exposiciones y ha dejado de auto-criticarse severamente.

Reflexiones

Lorena quedó marcada con las vivencias tempranas de desamparo, crítica y menosprecio que hicieron que se

considere una persona inútil. Su auto-concepto presentaba esa herida desde su niñez y adolescencia; su abusiva pareja profundizó esa vulnerabilidad al utilizar los mismos mensajes que sus tías para mantenerla en una relación de sumisión. La pareja la desvalorizaba y menospreciaba continuamente en presencia de otros, incluso de sus hijos, con ácidas expresiones tanto hacia su persona como en su desenvolvimiento en los roles de pareja y madre. Lorena aceptó la violencia de su pareja así como había aceptado el trato cruel de sus familiares en la niñez. Estos hechos se asentaron sobre las pérdidas ocasionadas por y durante el conflicto armado interno. Las pérdidas de su madre, padre y hermanos dejaron en ella profundos sentimientos de desamparo, cólera, tristeza y miedo. Estas pérdidas tempranas repercutieron en su personalidad generando rasgos de dependencia, minusvalía y dificultad para separarse incluso de vínculos maltratadores. Inconscientemente, Lorena, al igual que muchas mujeres que mantienen relaciones violentas con sus parejas abusivas, estaba condicionada a hacer todo lo que estuviera a su alcance para mantenerse adherida a una relación de pareja que le hacía daño; hasta que un día no pudo más y, encontrando una reserva interna de salud mental, dio los primeros pasos para cambiar y trazarse una nueva oportunidad en la vida.

Experiencia grupal “La Esperanza”

Talleres terapéuticos con laborterapia para mujeres afectadas por violencia basada en género

Antecedentes

Se firmó un convenio con la Municipalidad distrital de El Tambo el 18 de febrero del 2015, con el objetivo de implementar acciones que mejoras en la salud mental en dicho distrito. En el marco de este convenio de cooperación, la Sub Gerencia de Desarrollo Local seleccionó a un comité del Programa de Vaso de Leche para que participase en la experiencia grupal. En el grupo existían altos índices de violencia familiar.

Metodología

Población atendida

Grupo de 26 mujeres pertenecientes al programa del vaso de leche de “La Esperanza Alta”, barrio urbano-marginal de la Municipalidad de El Tambo. En la zona existen altos índices de violencia familiar según registros de la mencionada Municipalidad. La edad de las mujeres oscilaba entre 18 y 60 años; varias de sus integrantes son desplazadas o pertenecen a familias desplazadas del CAI.

Gracias al convenio firmado se solicitó a la promotora del Programa del Vaso de Leche que ayudase a identificar un grupo con las siguientes características:

que tuviese deseos de participar, responsabilidad, interés por el tema, motivación y compromiso.

Se estableció el primer contacto con la población, se hizo la presentación del proyecto y de la actividad y se invitó a las señoras a participar del taller de manera voluntaria.

Agentes de cambio

Psicóloga egresada con experiencia en el trabajo comunitario con personas afectadas por violencia; hizo sus prácticas profesionales en el CAPS-Huancayo donde incorporó la práctica psicosocial de la institución; no tiene formación psicoterapéutica formal.

Interna de psicología de último ciclo.

Intervención psicosocial

Los objetivos y la estructura de los talleres fue similar a la experiencia grupal descrita para mujeres afectadas por violencia política: dinámica de animación inicial, recojo de saberes previos sobre el tema central del taller, exposición, dinámica reflexiva, devolución y laborterapia.

Proceso psicoterapéutico

Se tuvo un primer acercamiento con la comunidad dos semanas antes de iniciar las sesiones; la facilitadora y la interna de psicología fueron presentadas por la promotora de la zona. El objetivo de este primer acercamiento, además del mutuo conocimiento, era recoger las

expectativas e interés de las usuarias, realizándose una indagación diagnóstica participativa inicial que recogiera las necesidades del grupo con miras a que éstas pudieran ser respondidas por los talleres propuestos.

Las participantes querían abordar los siguientes temas: “cómo llevarme mejor con mi pareja”, “cómo hacer para que mis hijos me hagan caso”, “qué hacer si nuestra pareja nos agrede”. Estas problemáticas coincidían con los objetivos previstos por el proyecto.

En la primera sesión de trabajo, luego de concluir con la fase exploratoria, se informó al grupo acerca del encuadre: nos reuniríamos una vez a la semana durante dos horas a lo largo de 4 meses, en un total de 16 sesiones. La metodología a trabajar sería de 60 minutos de trabajo terapéutico y 60 minutos de laborterapia; los temas fueron orientados hacia la mejora de la salud mental y prevención de la violencia familiar.

La evaluación con la escala IRPEC se realizó en la primera sesión y una semana después de haber concluido los talleres, con la finalidad de medir el impacto de los talleres en las participantes.

Durante las sesiones las participantes se comportaban de forma dinámica, participativa, compartían sus experiencias con fluidez. Por ejemplo, en la sesión que llevaba por título “Mujeres con Bienestar”, la facilitadora propuso a las participantes, divididas en sub grupos, que definieran las características que tendría una mujer que se siente bien. Los grupos, de manera dinámica y participativa,

señalaron características como: “... tienen metas, están bien consigo mismas, hablan y no pegan ni gritan, hay buena comunicación con el esposo...” En la sesión “Malestares y quejas” cada subgrupo debía elaborar una dramatización acerca de los malestares emocionales más frecuentes. Las mujeres se organizaron con rapidez y presentaron escenas de su cotidianidad que les generaban dificultades personales y familiares: situaciones relacionadas con el cuidado de los hijos, problemas con el esposo, la falta de dinero, etc. Comentaron luego que el malestar emocional se vinculaba con “... no hay apoyo de la pareja, nos sentimos solas, renegamos, nos ponemos de mal humor, lloramos de cólera...” Y que dichos malestares se expresaban de la siguiente manera: “...a veces nos duele la cabeza, renegamos mucho, pegamos a nuestros hijos, nos aburre estar en la casa, a veces no queremos salir, nos ponemos triste...”. Sobre la base de lo trabajado en esta sesión se identificaron los factores de riesgo, que fueron a nivel individual: desconocer sus derechos, estar expuestas o vivir situaciones de violencia, tener problemas de salud, asumir la crianza de los hijos, depender económicamente de la pareja, asumir todas las tareas del hogar; y a nivel familiar – sociocultural: falta de oportunidades económicas, asumir o vivir la violencia como algo natural, falta de redes de apoyo, inseguridad ciudadana.

Al espacio de laborterapia respondieron con actitud positiva y proactiva, tenían mucha iniciativa en la elaboración de las manualidades y fueron creativas con el acabado de los productos elaborados.

El espacio les permitió interactuar unas con otras y ayudarse en la elaboración de los productos. Durante el espacio de laborterapia las participantes continúan conversando del tema, contaban sus casos, experiencias, acontecimientos de su vida cotidiana en grupo lograban reflexionar, escuchar las soluciones que planteaban las otras señoras.

A partir de la octava sesión, que giró en torno a los estilos de crianza de los hijos, se comenzaron a evidenciar cambios importantes en las verbalizaciones y comportamientos de las integrantes del grupo. Ejemplo de ello fueron las respuestas a algunas intervenciones de la facilitadora en la mencionada sesión, que estuvieron orientadas a que las participantes pudieran reflexionar e interiorizar nuevas conductas:

Dice la facilitadora: "...Ahora que hemos logrado reconocer nuestras emociones y sabemos que los estilos de crianza por los que estamos optando no están dando los resultados que deseamos, ¿qué podríamos hacer para cambiar esto...?"

-“Tratar como dice en los papelotes de las vecinas, que les hablemos a los hijos, les pongamos reglas claras y cumplamos con los castigos que les damos, que no les peguemos...”

Dice la facilitadora: “¿Cómo estos cambios contribuirán a nuestro bienestar como mujeres y como madres?”

-“Nos sentiremos felices, compartiríamos la crianza de nuestros hijos con nuestra pareja, ya nos controlaríamos y no pegaríamos”.

Al inicio de la novena sesión la facilitadora, como parte de la bienvenida y saludos, preguntó al inicio: ¿Y cómo les va? Ante la pregunta las mujeres sonrieron y comentaron "...mejor señorita, ahora trato de controlarme la cólera, me arreglo más, trato que mi esposo me ayude con las cosas de la casa, cuando estoy con cólera y estoy por pegarles a mis hijos, me salgo de la casa hasta que se me pase..." , " yo converso más con mi esposo le cuento de cómo les va a mis hijos en la escuela", "yo cuando me siento cansada me salgo a pasear o conversar con mis vecinas", "yo los domingos me voy a jugar vóley y, como mi esposo descansa, con él los dejo a mis hijos...".

Durante el proceso hubo sesiones que fueron más sensibles para algunas participantes y generaban la necesidad de una atención individual. Por lo general, cuando ocurría esto, una de las facilitadoras se acercaba y realizaba alguna intervención orientada a la contención emocional, y luego invitaba a la participante a acudir a sesiones individuales. Por ejemplo, en la sesión "La herencia de nuestros padres" se le pidió al grupo que dibujara la escena que más le recordara la infancia; ante el pedido una mujer se acercó a una de las facilitadoras y de forma muy discreta comentó que ella prefería no dibujar pues no tenía buenos recuerdos de cuando era niña, y que la consigna le había hecho recordar malos momentos. La facilitadora percibió su angustia la invitó a salir fuera del grupo para poder conversar y luego de brindarle contención emocional, le ofreció el servicio de atención individual.

Resultados

Las intervenciones y actividades implementadas impactaron tanto en las subjetividades individuales como en los vínculos grupales. El grupo logró cohesionarse, confiar unas en otras, según los comentarios de ellas mismas, el grupo las ayudó a no sentirse solas, a saber que pueden contar con alguien y que por ello continuarían reuniéndose.

A nivel individual, al realizar la comparación entre el IRPEC de inicio y el de salida, se observó que la mayoría de las 26 mujeres que participaron en los talleres lograron alcanzar mayor estabilidad emocional, fortalecer sus recursos personales y autoestima así como mejorar en el manejo de la agresión disminuyendo su hostilidad hacia el entorno y hacia sí misma.

Los objetivos de los talleres terapéuticos fueron que las mujeres:

- *Compartieran experiencias de su vida cotidiana.* Este objetivo se logró dado el clima de confianza y el grado de cohesión, lo que permitió que las mujeres comentaran historias de su vida personal y sintieran la comprensión y apoyo del grupo.
- *Identificaran sus propias necesidades de salud mental.* Este objetivo fue cumplido de manera general pues las integrantes tomaron más conciencia de sus propias necesidades y la de sus hijos, así como formas de involucrar a sus parejas en el cuidado de los menores y en los quehaceres de la casa, qué hacer ante un hecho violento, como cesar la violencia dentro de sus hogares.

- *Buscaran alternativas frente a condiciones de vida generadoras de malestar.* Este objetivo se cumplió, la actitud del grupo permitió afianzar los lazos de confianza, mejoraron en la relación con sus parejas, aprendieron a reconocer sus emociones y formas de canalizarlas. Asimismo, muchas de ellas a nivel individual comenzaron a percibirse como sujetos que pueden decidir sobre su cuerpo y sobre cómo tratar a los hijos sin necesidad de acatar las imposiciones que sus parejas les hacían al respecto (que no debían usar métodos anticonceptivos, que ellas eran las únicas responsables del cuidado de los hijos, que debían permanecer en la casa etc.).
- *Reflexionar sobre lo importante que es cuidar de sí mismas.* La necesidad de tener un mayor autocuidado, como ya se ha mencionado, fue interiorizada y puesta en práctica de manera individual por la mayoría de las participantes. A nivel familiar, reportaron que los conflictos con las parejas se habían atenuado, ya no se dejaban controlar tanto por sus parejas, lograron convencer a sus esposos y convivientes que la responsabilidad del cuidado y educación de los hijos debía ser compartida por ambos, etc.

Reflexiones

Es importante, antes de iniciar un proceso terapéutico, realizar un diagnóstico situacional que evalúe las necesidades y lo que concretamente demanda el grupo. La experiencia con

el grupo La Esperanza fue exitosa, entre otros factores, porque se realizó un acercamiento inicial con fines diagnósticos, lo que permitió recoger las necesidades y expectativas de las mujeres, dar a conocer nuestros objetivos, constatar si los intereses de las participantes coinciden o no con las líneas del proyecto, y si se deben realizar modificaciones temáticas o metodológicas.

La laborterapia en este caso logró trascender los objetivos iniciales más relacionados con el apuntalamiento de la Salud Mental, la autoestima y la confianza grupal, se convirtió en una actividad productiva que les permitió generar sus propios ingresos y satisfacer algunas necesidades económicas. Consideramos que esto fue posible por el nivel de motivación y compromiso del grupo con la tarea así como por la fluidez y la confianza que había a nivel interpersonal.

Estudio 4

Estudio descriptivo que busca especificar lineamientos y buenas prácticas en los procesos de acompañamiento psicosocial que realizan las personas e instituciones que acompañan a las víctimas directas e indirectas de la violencia política y que denuncian y/o siguen sus casos en nuestro sistema judicial

Acompañamiento psicosocial de personas que denuncian y/o judicializan sus casos de violaciones a los derechos humanos en Ayacucho

Introducción

La sociedad peruana se encuentra en un período de post-conflicto, etapa en la que se requiere de instrumentos prácticos que permitan a los agentes terapéuticos seguir ayudando a elaborar las experiencias de violencia y dolor, y que les permitan acompañar al afectado en su largo proceso de reparación y judicialización protegiéndose a su vez de la toxicidad emocional de la violencia escuchada. Se trata de reconocer, al lado del afectado, el horror vivido canalizando el impacto de la violencia hacia los dominios de la ley y el sistema judicial así como ayudando a la víctima a afrontar la frustración e indignación ante la lentitud del sistema y, no pocas veces, de la impunidad. Es una tarea muy difícil y desgastante emocionalmente la que el agente terapéutico realiza.

El acompañamiento psicosocial en los casos de judicialización³ es una modalidad de asistencia psicosocial que está basada en la generación de espacios de soporte a personas o grupos que están judicializando sus casos por violaciones a sus derechos humanos, tales como tortura, ejecuciones extrajudiciales o desapariciones forzadas. Puede darse en la forma de una escucha empática, consejería psicológica individual y/o grupal, de talleres psicoterapéuticos o de intervención en crisis en el marco de una relación de apoyo terapéutico con reuniones periódicas en torno al desarrollo de sus procesos legales o en los procesos de investigación forense (exhumaciones, reconocimiento y entrega de restos, etc.)

El acompañamiento psicosocial a los afectados en su largo y penoso proceso de reparación y justicia implica, en última instancia, contribuir a través de los casos específicos a que los desequilibrios del poder del Estado - que se traducen en violencia contra el ciudadano al mantenerse impune la violación a sus derechos fundamentales - que debieran ser rectificadas a través de la obtención de justicia y a la garantía de no repetición. Cabe destacar que el Estado es -o debería ser- para sus ciudadanos un garante y protector de derechos. El incumplimiento de este rol atenta contra el "contrato social", que

subyace y regula las relaciones sociales entre los miembros de una comunidad o sociedad, lo que atenta contra la seguridad jurídica, física y psicológica del ciudadano. El contrato social tiene por un lado, una dimensión simbólica, dado que el Estado se constituye en una instancia que ocupa el rol del "tercero" de apelación es decir que regula como una interlocución válida externa a las partes de conflicto; y, por otro lado, el contrato social tiene una dimensión formal que se constituye en el marco jurídico del Estado de derecho, siendo el sistema judicial el instrumento que pone en acción ese marco jurídico. Los afectados por la violencia del Estado, y las instituciones que los acompañan buscan, entre otras cosas, re-establecer ese rol del Estado como garante externo que es una apoyatura fundamental para el sostenimiento de las identidades de los miembros de una sociedad. La víctima de un perpetrador, funcionario y representante del Estado, busca en ese sentido una reparación simbólica y formal.

El presente estudio descriptivo busca sistematizar lineamientos y buenas prácticas en los procesos de acompañamiento psicosocial que realizan las personas e instituciones que acompañan a las víctimas directas e indirectas de la violencia política y que siguen sus casos en nuestro sistema judicial.

3 El acompañamiento en judicializaciones es uno de los últimos pasos de un camino que se inicia con la denuncia de una desaparición y da lugar a la investigación forense para la identificación y entrega de restos, y la inhumación de los mismos. Cada una de estas etapas es motivo de acompañamiento psicosocial; son los familiares denunciadores quienes deciden si judicializar o no.

Objetivos del acompañamiento psicosocial

El acompañamiento es "estar al lado de" una persona que está experimentando el

impacto del proceso de judicialización o denuncia, ofreciéndole una presencia implicada y comprometida. En tales situaciones el afectado siente la necesidad emocional y psicosocial de que otra persona reconozca, admita, valide y contenga las emociones que experimenta. El afectado directo y sus familiares tienen la necesidad de comprender cómo funciona el mecanismo judicial (¿Cómo?); de anticipar el espacio en que se desarrolla la acción (¿Dónde?); comprender los roles de los actores incluido el propio rol del testificante (¿Quién hace qué? ¿Qué hago yo? ¿Para qué?); inclusive, anticipar los resultados posibles de la judicialización (Raffo, 2007; Stornaiuolo, 2008):

Así, los principales objetivos de un acompañamiento psicosocial son:

- a) Establecer un vínculo reconfortante y a disposición.
- b) Apoyar a la persona que atraviesa la re-experimentación de vivencias traumáticas o muy dolorosas por la pérdida del algún familiar, las que se movilizan al enfrentar situaciones propias del proceso judicial (exhumaciones, audiencias judiciales, procesos de solución amistosa, etc.
- c) Contener los miedos y ansiedades; sentimientos de culpa.
- d) Contribuir a que la persona conserve la capacidad de pensar y comprender la experiencia de tal manera que su participación en la diligencia sea eficaz.
- e) Asumir algunas funciones del yo del acompañado que, al encontrarse éste en una condición de vulnerabilidad, podrían estar temporalmente perturbadas.
- f) Establecer puentes comunicantes entre la persona acompañada y sus familiares, abogados, instituciones, autoridades, comunidad.
- g) Ayudar a la recuperación de su imagen como sujetos de derecho.
- h) Impulsar la transmisión generacional a su círculo familiar y social de modelos de acción posible y valoración acertada de situaciones.

Casos acompañados en Ayacucho, y otras regiones, por el equipo CAPS-COMISEDH

	Caso	N° de personas	Hombres	Mujeres	Condición del afectado	Lugar del acomp.
1	Pucayacu	24	11	13	Familiar de torturado/ desaparecido	Corte Superior de Ayacucho
2	Huamanquiua	46	7	39	Familiar de asesinado	Cementerio General de Huamanquiua
3	Comunidades de Río oso/Río venado	14	7	7	Familiar de asesinado	Satipo, Junín
4	Huayao	43	21	22	Familiar de asesinado	Centro poblado de Huayao-La Mar
5	Kimbiri	8	6	2	Familiar de asesinado	Fiscalía de Ayacucho
6	Choqñopampa Yusita	27	8	19	Familiar de desaparecido	Víctor Fajardo
7	Huarapite	22	8	14	Familiar de desaparecido	Centro poblado Niño Jesús de Huarapite
8	Soras	21	8	13	Familiar de asesinado	Distrito de Soras
9	Río Blanco	23	6	17	Familiar de asesinado	Centro poblado San Francisco de Pujas
10	Bustíos	2	1	1	Familiar de asesinado	Huanta
11	Javier Tineo de la Cruz	27	8	19	Familiar de asesinado/ desaparecido	Poder Judicial de Ayacucho
12	Raccaya	15	7	8	Familiar de torturado	San Juan de Lurigancho -Lima
	Total	272	98	174		

El equipo CAPS-COMISEDH

El equipo de acompañamiento psicosocial está constituido por profesionales de psicología, trabajo social y abogados.

La psicóloga cumple el rol de brindar espacios de sostenimiento emocional a las personas afectadas, de manera individual, familiar y grupal, realiza talleres de fortalecimiento de capacidades para el personal de salud

del Ministerio de Salud (MINSA) y de otras instituciones en temas de acompañamiento psicosocial. Asiste a los familiares en las diferentes etapas del proceso de investigación antropológico forense. Participa de las reuniones de la Red de Acompañamiento Psicosocial de Ayacucho (1), coordinando, planificando y ejecutando acciones de manera conjunta con instituciones de la sociedad civil y del Estado.

La trabajadora social cumple el rol, al igual que la psicóloga, de realizar los acompañamientos psicosociales a los familiares de las víctimas de la violencia política en las diferentes etapas del proceso antropológico forense. De manera específica en su rol profesional, brinda orientación, consejería, apoyo en gestiones de referencias a otras instituciones, realiza visitas domiciliarias y el seguimiento de casos.

La abogada realiza la coordinación legal, la defensa del caso y el seguimiento de las diligencias que la Comisión de Derechos Humanos (COMISEDH) patrocina.

Tanto la psicóloga como la trabajadora social cumplen roles de apoyo del accionar de otros equipos con similares funciones y responsabilidad en otras localidades (v.g. Huancayo), sea interviniendo directamente o realizando talleres de capacitación para sus miembros.

En la experiencia del equipo multidisciplinario CAPS – COMISEDH hubo una primera etapa, no libre de tensión, en la que los roles profesionales se fueron clarificando a la vez que la participación de sus miembros se fue cohesionando como equipo. A los pocos meses el trato ya reconocía las diferencias sin necesidad de establecer jerarquías, la relación se hizo más horizontal, reconociendo lo que cada profesional aportaba al equipo y encontrándose una mejor manera de comunicación para las actividades que realizarían como equipo de acompañamiento.

Con relación a la organización y coordinación al interior del equipo, cada vez que se aproxima alguna diligencia de un caso patrocinado por COMISEDH, se realizan reuniones entre los miembros del equipo CAPS – COMISEDH para familiarizarse con los casos, determinar los objetivos de la intervención, contextualizar el lugar o la situación a intervenir, las características y organización de la comunidad, distribución de los roles, conocer los tiempos, y considerar los requerimientos que el equipo necesite para las intervenciones. La coordinación, articulación y planificación de actividades es conjunta, es importante conocer en qué etapa de la investigación fiscal se encuentra, cuántos y quiénes son los familiares, qué van a requerir (traslado, alimentación, hospedaje), qué información requieren (en reparaciones, en salud, etc.). Después de evaluar estas acciones se involucra a otras instituciones en estos procesos, ya sean instituciones del Estado o privadas, lo cual se hace a través de las reuniones con la Red de Acompañamiento Psicosocial de Ayacucho.

En el caso que sea la Fiscalía y/o una institución de derechos humanos quien convoque a un proceso de investigación antropológica forense, se planifica cómo realizar el acompañamiento psicosocial. Por lo general, conlleva:

- Reuniones previas con el equipo legal y psicosocial involucrado. En estas reuniones se considera el tema logístico, con quién coordinar para el tema de su traslado, alimentación y hospedaje.

- Reuniones con los peritos forenses y la Fiscalía para organizar las acciones del acompañamiento psicosocial.
- De ser posible reuniones previas con los familiares para explicarles el proceso y para el recojo de expectativas, dudas, o información que requieren saber.
- La falta de presupuesto para realizar algunas actividades de preparación en las comunidades -como parte del acompañamiento psicosocial en cualquiera de las etapas de la investigación antropológica forense y la judicialización- limita que las intervenciones sean más sostenidas. Generalmente se coordina las acciones con la Red de Acompañamiento Psicosocial, espacio que reúne a varias instituciones públicas y privadas afin de organizarlos aspectos logísticos para el bienestar del familiar.

Modo de intervención

Creando el vínculo con el acompañado

Los afectados por el conflicto armado interno y las personas que están en proceso de judicializar sus casos son referidos por lo general por instituciones como la Comisión de Alto Nivel (CMAN), el Registro único de Víctimas (RUV), el Ministerio de Salud (MINSA) y diferentes ONGs de derechos humanos. Para las derivaciones, las mencionadas instituciones se comunican por teléfono y a través de la persona contacto se le da una cita al afectado. Se da el caso

que las personas referidas vienen a la oficina sin previo aviso. Se les atiende de ser posible, de lo contrario se conversa brevemente con el afectado, se documenta la razón por la que vino y qué institución lo refirió, se le explica las razones de por qué la entrevista es tan corta y se acuerda una nueva cita.

Silvia Revilla, psicóloga del equipo de Ayacucho, describe este primer contacto:

“Se le da la bienvenida, preguntamos cómo llegó a nuestra institución, nos presentamos y vamos creando un ambiente de confianza con los usuarios, escuchamos brevemente su motivo de consulta y mientras esto sucede vamos llenando la Ficha de Admisión. Generalmente en este primer contacto se le da mayor énfasis al motivo de consulta, algunas veces no presto tanta atención a la ficha pues necesito tener un contacto más cercano con la o el usuario, (después que se retira el afectado trato de llenar la ficha y si me ha faltado algo preguntar, lo realizo después). Después de llenar la Ficha de admisión, se le pide que firme el formato de Consentimiento Informado, dándoles las explicaciones del caso.”

Si en la primera entrevista el afectado necesita de otros servicios es derivado a la trabajadora social o, si el caso lo requiere, a los servicios de Psiquiatría del MINSA o a la Comisión de Salud Mental de Ayacucho (COSMA). En caso que la persona llegara en crisis, se le brinda el sostenimiento emocional. De requerir una atención médica inmediata se realiza las gestiones junto con la trabajadora social para poder atenderla en el establecimiento

de salud más cercano o, si fuera necesario, en otras instituciones como la Policía, etc. Si el caso no se enmarca en nuestros objetivos institucionales, se le refiere a otras organizaciones que trabajen el tema consultado; siempre son acompañados por la trabajadora social al servicio referido habiendo un seguimiento del caso, buscando involucrar a la familia desde el inicio, de ser pertinente al caso.

Al final de la primera entrevista se le habla acerca del encuadre, es decir, se le da pautas acerca del tiempo que durará el acompañamiento, la frecuencia y el lugar de reuniones, la confidencialidad, el lugar en que se van a dar los encuentros o reuniones. El encuadre es importante para establecer pautas y límites del modo en que se va a dar el proceso de acompañamiento con el afectado y ayuda a que el profesional pueda organizarse en términos de su propia disposición emocional así como del tiempo asignado y dedicado al afectado. También el encuadre protege al profesional de una excesiva identificación emocional con el afectado. Es relevante documentar las diferentes acciones que se realizan con el afectado; sin embargo es una buena práctica que las fichas y formatos deban pedir información útil eliminando cualquier exceso burocrático.

Cuando se trata de sesiones individuales por lo general éstas duran entre 40 a 45 minutos. En casos que se anticipen futuras dificultades en relación a la asistencia a una próxima cita, se amplían el tiempo y los contenidos de la sesión. En promedio las personas afectadas vienen una o dos veces a la consulta utilizando el servicio a la manera de una

consulta médica en la que se le brinda una receta o consejo, con frecuencia es el caso de los afectados que viven en zonas alejadas a quienes por razones de tiempo y economía, se les dificulta tener una continuidad en las sesiones. También ocurre que al haber descargado lo que tenían por mucho tiempo en su interior y haberse sentido escuchadas, las personas se sienten aliviadas y no regresan sino cuando vuelven a sentirse con malestar. Finalizando la entrevista se aplica la escala de auto-percepción de las secuelas psicosociales (Escala IRPEC); la mencionada escala es un instrumento que permite tener una medida de la situación emocional en la que se encuentra el afectado.

Intervenciones del acompañante durante las entrevistas

En un inicio, el profesional se presenta y le da la bienvenida al afectado; se oye el motivo de consulta a través de una escucha activa y abierta. El acompañante requiere contar con una actitud mental y emocional dispuesta a compartir el sufrimiento y horror vivido por el afectado. La escucha activa es un factor terapéutico fundamental en el encuentro emocional con el afectado. Escuchar sin interrumpir, sin juzgar, sin saltar a conclusiones o sugerencias apresuradas, sin reaccionar con angustia, diciendo algunas palabras que manifiesten nuestro interés por lo que la persona entrevistada está atravesando, a la vez que observando y registrando la información para-verbal dada por el afectado (tono de

voz, postura, mirada, actitud, tensión muscular), procesándola de manera empática, es una manera de permitirle al afectado que abra su mundo interno en el contexto de la relación de ayuda terapéutica. Silvia Revilla afirma: "a veces observamos que la persona necesita de un contacto físico y se lo brindamos, puede ser una mano sobre el hombro, un abrazo, agarrar sus manos, escuchando atentamente su testimonio".

Durante la sesión se sostiene emocionalmente al afectado a través de comentarios empáticos que le indiquen que está siendo escuchado con respeto por sus sentimientos, preguntando aspectos relevantes que no han quedado del todo claros, re-fraseando algún aspecto de lo dicho por el afectado durante la sesión. Las intervenciones verbales y actitudinales del agente terapéutico son claves para que el afectado se sienta sostenido: el contacto visual, la empatía por lo que experimenta el afectado, el respeto a los posibles silencios, en general, una invitación sincera a establecer un vínculo confiable. Así, sobre la base de ese vínculo humano, una de las funciones terapéuticas centrales es la búsqueda activa de darle sentido a lo expresado por el afectado: mentalizar la carga emocional dejada por la experiencia traumática que es sentida pero no procesada por la mente, darle nombre a sensaciones confusas y referirlas a un marco de referencia comprensible para el lenguaje y cultura del afectado.

En el acompañamiento a una señora que sufrió de violencia sexual en reiteradas ocasiones por varios militares, ella menciona que "no sirve para nada",

"que es como una flor que se marchita y que nadie cuida". La acompañante buscó, en lo dicho por la persona asistida, identificar y reforzar las cualidades que esta señora tiene: es la primera lideresa en una comunidad en que los hombres siempre han tenido los cargos de autoridad y tiene una fuerza interior que la ha ayudado a seguir adelante; utilizando la forma expresiva de la señora la acompañante le dice "a pesar de lo vivido sigue floreciendo y cuidando de otros y de usted misma".

Al entender, reformular, clarificar, resumir de manera organizada lo dicho por el afectado se crean "puentes" - no solo del acompañante al acompañado, sino al interior de la mente, con frecuencia, "fracturada" (disociada) del afectado - con la finalidad de ayudarlo a tener una nueva perspectiva de las experiencias traumáticas vividas y de la situación actual de su caso. La puesta en palabras de lo sentido y pensado va de la mano con la práctica de resaltar los recursos de las personas.

El silencio del afectado puede expresar diferentes estados emocionales: inhibición, depresión, hostilidad, escepticismo, temor a re-experimentar afectos intensos, deseo de ser comprendido sin palabras, etc. El acompañante requiere tolerar el silencio del afectado sin abrumarse por la ansiedad, el no saber o querer "llenar" el vacío. Posteriormente, durante el transcurso de la sesión se buscará en lo posible entender con el acompañado su necesidad de tener silencios.

Identificar y poner en relieve los recursos personales o capacidades resilientes del afectado es una manera de sostenerlo.

Se presta atención al modo constructivo en que ha ido enfrentando los dilemas de su vida; cómo ha sobrellevado las secuelas de la experiencia traumática; qué estrategias, habilidades sociales, recursos de afrontamiento ha usado; cómo re-organizó sus prioridades de vida; cómo ha re-constituido su red de apoyo. Es relevante que el afectado escuche de un tercero – el agente terapéutico - el reconocimiento sincero de sus logros y fortalezas.

En muchos casos el proyecto de vida de las personas asistidas está muy afectado, ellas no encuentran el sentido para seguir buscando su bienestar en la vida. Es como si una parte de ellos estuviera muerta o abandonada sin energía. Se ha observado la utilidad de encontrar relaciones presentes o del pasado sobre las cuales el afectado pudiera apoyarse anímicamente para re-impulsarse en la vida: hijos, padres, pareja.

Las intervenciones verbales logran tener un efecto terapéutico si primero se ha establecido el vínculo de confianza en el que el afectado puede abrirse y expresar su padecimiento. Más que un solo mensaje “mágico”, el efecto terapéutico proviene de la articulación de distintos factores: el vínculo empático, el respeto al dolor del afectado, el entendimiento del marco de referencia del afectado, es decir, su experiencia de vida e imaginario emocional y cultural; también la formulación y el tono en que las intervenciones verbales son dirigidas al afectado y lo ayudan a facilitar la expresión de sus sentimientos, el entendimiento de la experiencia dolorosa, así como el reconocimiento de sus propios recursos personales.

Las verbalizaciones del acompañante pueden estar dirigidas, entre otras áreas:

- Al afecto:
 - “A veces sientes que no hay respuesta a tus dudas e incertidumbres”.
- A las defensas que no le permiten tener una perspectiva distinta de la situación que vive:
 - “...entiendo que no quiera hablar de estas cosas, pero por más que intenta olvidar y seguir para adelante con su vida, usted misma se da cuenta que los recuerdos y el dolor que esto le producen, están muy presentes”.
 - “(...) debe ser doloroso estar recordando constantemente lo ocurrido, si existiese una forma de poder olvidar, de seguro que se lo diría, pero sabemos que no existe, lo único que podemos aceptar es que esos recuerdos van a estar siempre, pero lo que podemos hacer es comprenderlos y aprender a vivir con ellos, que esta carga no sea tan pesada”.
- A conectar el afecto doloroso y el síntoma
 - “Comprendo que al haber pasado por estas situaciones de horror y de sufrimiento han impactado en tu vida y en la de tus hijos, quizás se expresan en tu malestar con estos dolores en el cuerpo que tienes”.
- A los recursos personales y resilientes del afectado:

- “A pesar de lo vivido usted ha podido continuar con su vida apoyando a los suyos”.
- A la escucha con empatía y reconocimiento de lo ocurrido:
 - “Me imagino que debe de haber sido muy duro y difícil por lo que ha pasado”.
- A apoyarse en sus relaciones del pasado:
 - “Sabemos que esta pérdida es irreparable, pero a tu esposo no le hubiera gustado verte así, él siempre te apoyó para que sigas buscando a tu hijo, organizando a las otras mujeres...”
- A re-valorizar relaciones actuales.
 - “Me imagino que es doloroso para usted recordar a los familiares que han perecido en los años de la violencia política, sin embargo pudo continuar y fortalecer la vida de quienes ahora la acompañan, su nueva familia y qué bien que sean parte de este proceso (restitución) porque es parte de ti y sus historias”.

Pautas y recomendaciones antes, durante y después de la diligencia judicial

Pautas generales:

- Realizar una acción coordinada y conjunta entre las organizaciones legales y las que se hacen cargo del acompañamiento psicosocial de los afectados. En estas reuniones

brindar algunas pautas en relación al impacto emocional que el recordar y dar testimonio provoca en la víctima, especialmente al confrontarse con los hechos y con el perpetrador en Sala.

- Conocer con precisión tanto a los familiares como a las organizaciones de la sociedad civil involucradas en el acompañamiento, así como el día, hora y lugar donde se realizará la diligencia; de ser posible, también un estimado de la duración de la misma.
- Brindar información precisa del caso a judicializar tanto a los demandantes como a las organizaciones que brindan acompañamiento psicosocial.
- Prever y coordinar con antelación la llegada de los familiares. Es necesario anticipar el lugar y tiempo de su estadía en la localidad, el lugar de alojamiento, la alimentación. Coordinar y llegar a acuerdos de qué organizaciones se harán cargo de los gastos que se generen por tales conceptos.
- Coordinar la presencia de personal de salud de primer nivel, en la eventualidad de que sean necesarios sus servicios.

Antes de la diligencia

- a) Conviene realizar una sesión grupal de acompañamiento a los familiares para brindar la información precisa de la diligencia a realizarse (caso, día, lugar, hora, duración).

- b) En dicha sesión se hará conocer el procedimiento que sigue la audiencia a la que acuden, quiénes estarán presentes, la secuencia de las intervenciones, la composición del lugar (de ser posible hacérselo conocer antes de la audiencia), dónde estarán ubicados quienes intervienen en la acción.
- c) La sesión grupal con los familiares permitirá detectar quiénes de ellos, por dar muestra de fragilidad emocional, requieren atención individualizada; brindársela.
- d) Reforzar a todos los familiares (en sesión grupal y/o individual) en su intención de presentar su testimonio, ayudarlos a precisar el mismo.
- e) Hacer saber a los testificantes que puede ocurrir que luego de la audiencia recuerden algún dato que encuentren relevante, que es normal que esto ocurra, pero que seguramente ese dato ha sido aportado por otro testificante.
- f) Es necesario identificar previamente establecimientos cercanos al lugar cuyas instalaciones pueden ser requeridas por los afectados o equipos presentes.

Durante la diligencia

- a) No suele permitirse el ingreso a la sala del equipo de acompañamiento psicosocial. Éste acudirá al lugar (fuera de la sala de audiencias) provisto de los elementos que pueden requerirse para atender a las necesidades del momento de los

testificantes (sed, necesidades fisiológicas, hambre, etc.)

- b) El equipo permanecerá acompañando y reforzando a los familiares en el exterior de la sala de audiencias durante todo el proceso.

Luego de la diligencia

- a) El equipo recibe al testificante, importa acogerlo, reconocer su entereza para enfrentar la situación pues después de brindar su testimonio el familiar requiere ser confortado ya que suele salir de la sala de audiencias conmocionado por los recuerdos y preocupado por su desempeño.
- b) Realizar una sesión grupal con los familiares que acudieron a la diligencia. Esta sesión servirá para agradecer su presencia, reconocer su esfuerzo y fortaleza, recoger sus impresiones sobre lo vivido, mediar recriminaciones o reproches y normalizar el hecho de no haber estado verbalmente articulado o haber omitido algún asunto durante el testimonio, anunciar los plazos previsibles de demora de los resultados de la audiencia, ofrecer el espacio de acompañamiento individual a los afectados; dado el caso facilitar referencias a servicios públicos o recursos locales.
- c) Con cierta frecuencia, los acompañamientos psicosociales requieren entrevistas de seguimiento del caso, por ejemplo, a través de visitas domiciliarias. "Cuando vemos que no viene y vive en un lugar a donde podemos

acercarnos, les hacemos el seguimiento para saber cómo se encuentra, además de conocer por qué no ha ido a las consultas". Las visitas domiciliarias son una modalidad de intervención en la que psicóloga y trabajadora social van a las casas previo acuerdo de fecha y hora con la afectada(o). Las entrevistas en el domicilio pueden ser con la persona directamente afectada y sus familiares, por lo general también involucrados en el caso, se escucha activamente la situación emocional en la que se encuentran los afectados y se va interviniendo brindando el sostenimiento emocional.

Pautas y recomendaciones para antes, durante y después de la entrega de restos en los procesos forenses

En las restituciones de restos a sus familiares

Es clave coordinar con la persona responsable de la Estrategia de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA) con la finalidad de realizar uno o más talleres acerca del tema de acompañamiento psicosocial con el personal de salud señalando los lugares donde se realizarían las entregas, los entierros, las exhibiciones de prendas, y las exhumaciones con la intención de que el personal de salud pueda realizar el acompañamiento psicosocial y el seguimiento de los familiares. Son las instancias públicas las principales responsables de asumir estas acciones.

El equipo CAPS – COMISEDH ha participado en los procesos de restituciones masivas que las tres Fiscalías Supra Provinciales de Ayacucho han organizado en los últimos años. El lugar donde se realizan los pasos previos es el laboratorio del Instituto de Medicina Legal. Por la cantidad de personas que son restituidas se acondicionan tres espacios para poder realizar el armado y colocación de los restos en los osarios en presencia de los familiares, los peritos, los fiscales y las personas que realizan el acompañamiento psicosocial.

En las restituciones masivas el primer contacto con los familiares suele ser el mismo día de armado y colocación de los restos de las personas que serán devueltas a sus familiares. En tales casos los miembros del equipo se presentan y brindan información a los familiares acerca del proceso y se trata de resolver las dudas que los familiares tengan y compartan.

El grupo de personas que realiza el acompañamiento se organiza para poder cubrir todos los espacios y así poder acompañar a los familiares: un grupo se encarga de recibirlos y brindarles información, otro grupo los prepara emocionalmente para lo que van a ver, se los acompaña en el espacio mismo en el cual se realizará el armado y colocación de los restos.

En el caso de familiares con alguna discapacidad o si se tratara de una persona muy anciana se dificultaba el acceso al laboratorio (tercer piso del local del IML); se optó por cargar al familiar para que pueda estar presente en el armado y colocación de los restos

de su familiar en el osario. (Esta situación se planteó en una de las reuniones de la Red de Acompañamiento con la finalidad de que se comparta con los peritos del IML y de igual manera con los fiscales de las Tres Fiscalías Supra Provinciales para que esta diligencia se realice en el primer piso). Todavía no se ha podido resolver esta dificultad.

Se le sugiere al perito y al fiscal que le permita al familiar dirigir algunas palabras ante los osarios, o rezar junto con ellos, o brindarles un tiempo para despedirse.

Se les pregunta cómo están o cómo se sienten, preguntas de inicio que dan lugar a que conversemos y si no lo quieren hacer, se respeta su silencio.

El equipo de acompañamiento en todo momento coordina con los peritos, con los responsables de la CMAN (Comisión Multisectorial de Alto Nivel), con la CICR o con otros responsables, con la finalidad de estar pendientes del bienestar de los familiares que llegan cansados desde lugares lejanos.

Se les pregunta cómo quisieran que sea la ceremonia de entrega de los restos, si desean tomar la palabra o si, por ejemplo, pertenecen a credos evangélicos o católicos para poder considerar sus rituales al momento en que se realiza la ceremonia de entrega.

Después de la ceremonia, los familiares retornan a sus respectivas comunidades para poder dar el entierro digno a su ser querido que vuelve después de mucho tiempo. El equipo de acompañamiento psicosocial muchas veces acompaña hasta la comunidad y es parte de este

proceso, compartiendo el momento con los familiares y coordinando con el personal de salud del Puesto o Centro de Salud para que puedan hacer el respectivo seguimiento a los familiares después del entierro de sus seres queridos.

Durante los últimos meses del 2015 se realizaron dos restituciones en sus respectivas comunidades. El presidente de una de las comunidades agradeció que se quisiera ayudarlos a organizar la entrega de restos, pero subrayó que se les dejara coordinar entre ellos porque no solo era el recibimiento que los familiares tenían que hacerle a sus seres queridos, sino toda la comunidad; que ellos se iban a organizar y que luego comunicarían sus acuerdos a la Fiscal encargada de este proceso. Esta situación permitió que tanto los familiares como los comuneros se involucraran, es decir, se organizaron de tal manera que recibieron a sus seres queridos -junto con los peritos, la CMAN, la Fiscal y las autoridades- con flores, acompañándoles desde la entrada del pueblo hasta el lugar donde se realizaría la entrega de restos a los familiares. Se realizaron coordinaciones con la CMAN, el presidente de la Asociación de Afectados, con la Junta Directiva de ambas comunidades, con los directores de las instituciones educativas, con el personal de salud de ambas jurisdicciones, con las autoridades municipales de la provincia y del centro poblado. Esta buena práctica de restitución en la misma comunidad permite que el acompañamiento se pueda realizar de manera más integral, sostenida y en un trabajo conjunto con toda la comunidad.

En las Exhumaciones

Las exhumaciones se realizan por lo general en las comunidades o lugares aledaños; es importante considerar que los familiares llegan con muchos deseos de encontrar los restos de sus familiares, pero también se despiertan los temores de no lograrlo. Se explica a los familiares que quien planifica la acción es la Fiscalía, que el tiempo de identificación y entrega de restos suele demorar más de lo esperado, ya que los peritos tienen que realizar muchos exámenes para lograr identificar a las personas que están siendo exhumadas, para después de estos exámenes proceder a planificar la restitución.

A través de las coordinaciones con la Red de Acompañamiento Psicosocial se trata de velar por los temas de traslado y alojamiento (que casi siempre han sido cubiertos por la Cruz Roja Peruana), el de los alimentos (que a veces lo ha cubierto el Gobierno Regional y la CMAN), y el cuidado de los menores, actividad cubierta por algunas de las personas que realizan el acompañamiento psicosocial, en las que se incluyen actividades lúdicas.

Luego de la presentación de los miembros del equipo se les invita a que puedan expresar cómo se sienten. La empatía es central en el encuentro con el otro, comprender su dolor y permitir que lo manifieste a través de las palabras, del llanto o también de los silencios. Se debe explorar sus expectativas y sus miedos en torno al proceso exhumatorio.

Se realizan las coordinaciones con los peritos, con el/la Fiscal que está

encargado/a de este proceso, con la finalidad de que los familiares se sientan escuchados, considerados y sobre todo se vaya construyendo un vínculo de confianza y respeto entre la comunidad y el Estado a través de sus representantes. Se explora con los familiares la manera en que quisieran que sea la ceremonia de entrega de los restos.

Se les dice a los familiares que durante el proceso de exhumaciones también trabajo de los forenses proteger el espacio donde se realizan las excavaciones y que, si ellos desean realizar algún rito antes, se puede coordinar con el o la Fiscal y los peritos para que permitan este proceso.

Se da la situación que en el momento del velatorio muchos de los familiares se muestran incómodos, molestos por no poder velar en sus casas a sus familiares, ya que de acuerdo a lo que el protocolo de la Fiscalía estipula, no se puede velar al familiar restituido mientras no se realice la entrega oficial, mientras tanto aún están en custodia de la Fiscalía. De acuerdo a sus costumbres y prácticas culturales esta situación es frustrante y no ayuda a la elaboración del duelo. (Los Fiscales y peritos del IML no han cedido ante el Protocolo. Se espera ir incidiendo en este punto, pues es importante cumplir con los ritos y costumbres que cada comunidad tiene). Es necesario explorar con el grupo acompañado qué trato desean dar a los restos no identificados.

Es relevante expresar que no siempre es posible identificar los restos, pese a los esfuerzos que el equipo forense realice; dado el caso, los familiares

son acompañados para contener la frustración de no haber dado con el paradero del familiar. En casos de no identificación se busca impulsar el despido/entierro simbólico de la persona desaparecida para favorecer la solución del duelo de los familiares.

Se explora con el grupo acompañado qué trato desean dar a los restos no identificados. Algunos familiares expresan que desean brindarles un entierro digno en lo que será el Santuario de la Memoria en la Hoyada (Huamanga); en varias ocasiones las personas desean un lugar en donde los familiares que aún no encuentran a sus seres queridos puedan llorarles o rezar por sus almas.

El soporte para los acompañantes

Es una tarea imprescindible considerar espacios de cuidado o soporte a todas las personas o instituciones que han participado del acompañamiento psicosocial en los procesos de investigación antropológico forense y judicialización. Cuidar de aquellos que cuidan a otros.

En el CAPS los espacios de soporte y auto-cuidado para los miembros del equipo de acompañantes son: la supervisión clínica, los espacios de auto-cuidado, las reuniones de equipo, los espacios psicoterapéuticos personales.

Los espacios de supervisión con el equipo de Ayacucho son realizados vía *skype*, correo electrónico o por teléfono. La psicóloga y trabajadora social tienen reuniones virtuales de

supervisión con una terapeuta senior del CAPS-Lima. El objetivo de estas supervisiones es el de reflexionar acerca del quehacer terapéutico con los casos y mejorar la calidad de las atenciones e intervenciones, pero otro objetivo que se cumple con creces es el de soporte del profesional. Contribuir a aminorar y elaborar el impacto del proceso en la ya complicada estabilidad emocional de afectado determina un desgaste emocional en el acompañante: la violencia del proceso - especialmente en casos de judicialización - que re-victimiza al afectado tiene impacto emocional en el profesional acompañante. En ese sentido, la supervisión ayuda a que el agente terapéutico pueda expresar lo sentido durante la diligencia del caso, compartir las frustraciones del sistema judicial, pensar el caso y la forma de continuar ayudando a la persona asistida; escuchar del supervisor pautas para profundizar en la intervenciones y también, en algunos casos, poner límites al involucramiento emocional del acompañante, ayuda a que este último pueda sentirse contenido y orientado en la difícil labor de ayudar a sobrellevar tan pesada carga.

Los espacios de auto-cuidado son muy necesarios y el profesional redobla sus esfuerzos para que sean parte de su estilo de vida: conversar con los familiares y amistades, pasear, leer otras cosas que no sea psicología o violencia política, bailar, tocar algún instrumento musical, ver películas, tomar vacaciones y viajar, hacer yoga o meditación.

Los espacios terapéuticos personales son alternativas accesibles para los

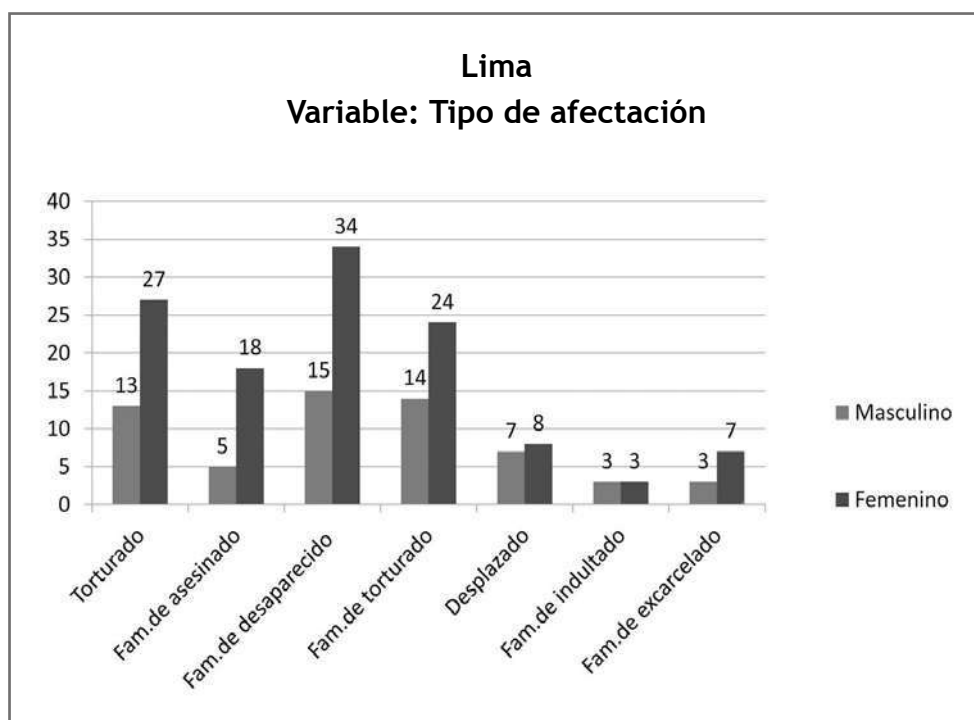
acompañantes en el equipo senior del CAPS.

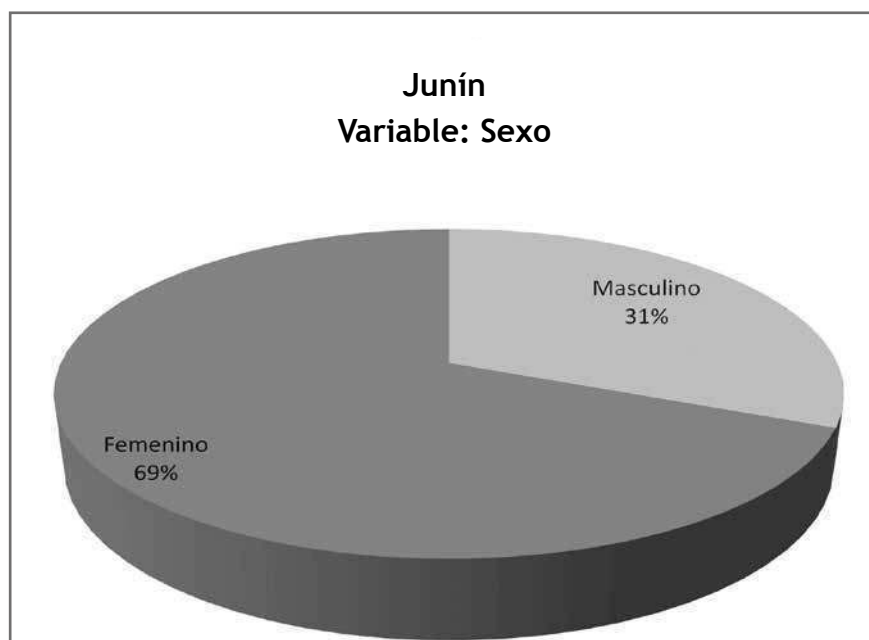
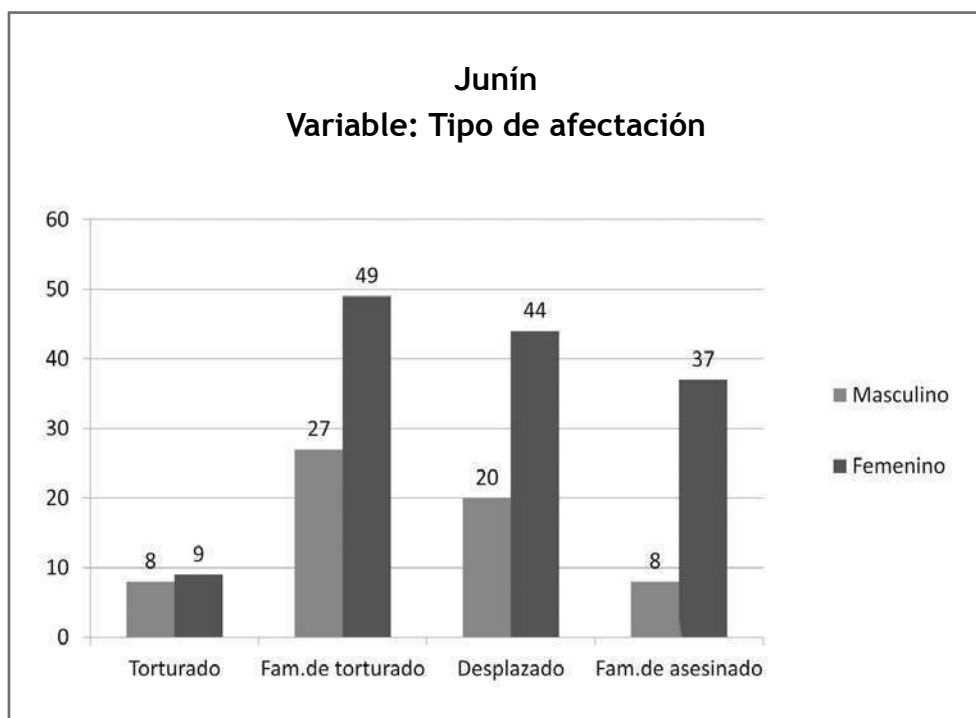
Las reuniones del equipo que participó de algún acompañamiento psicosocial son formas de soporte utilizadas. Después de cada diligencia el equipo se reúne a evaluar las acciones y así retroalimentar el trabajo considerando los aciertos y desaciertos en el acompañamiento psicosocial. Esta evaluación incluye preguntas y expresiones acerca de lo vivido subjetivamente: “nos preguntamos cómo nos hemos sentido para ayudarnos a descargar las emociones intensas que hemos tenido y así conocer cómo ha sido el impacto en cada uno de nosotros”.

De igual forma se busca tener reuniones post-acompañamiento con las institu-

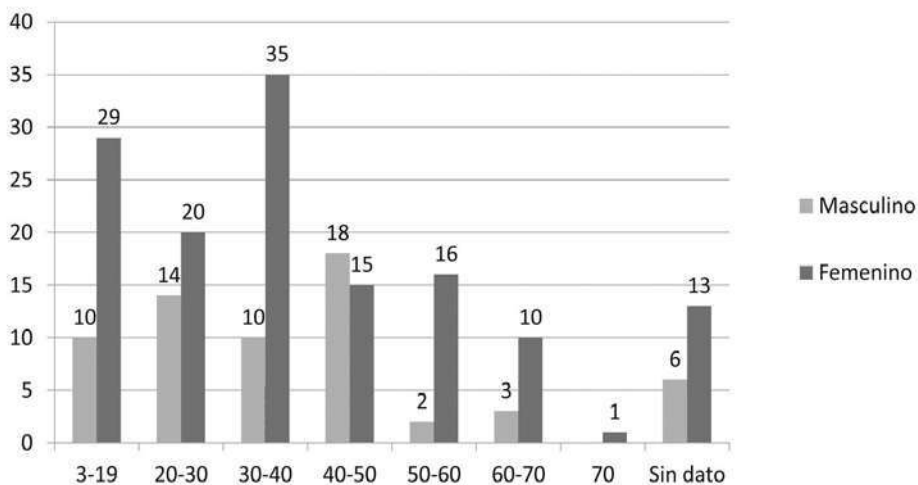
ciones de la Red de Acompañamiento Psicosocial. Estas reuniones incluyen a actores como peritos y fiscales, “... también estas reuniones nos sirven para poder sugerir a los peritos del Instituto de Medicina Legal y a los Fiscales de las tres Fiscalías supra provinciales que ven los temas de derechos humanos, qué acciones tienen que considerar para que las diferentes etapas de la investigación antropológica forense sean en sí reparadoras y dignificantes para los familiares y las comunidades. Asimismo, se ha tenido la experiencia con CAPS de brindar espacios de cuidado con técnicas reflexivas, expresión corporal y yoga a los miembros de la Red de Acompañamiento Psicosocial. CICR ha hecho posible que se den estos espacios de cuidado.”

Cuadros descriptivos de la población total atendida en Lima, Huancayo y Ayacucho

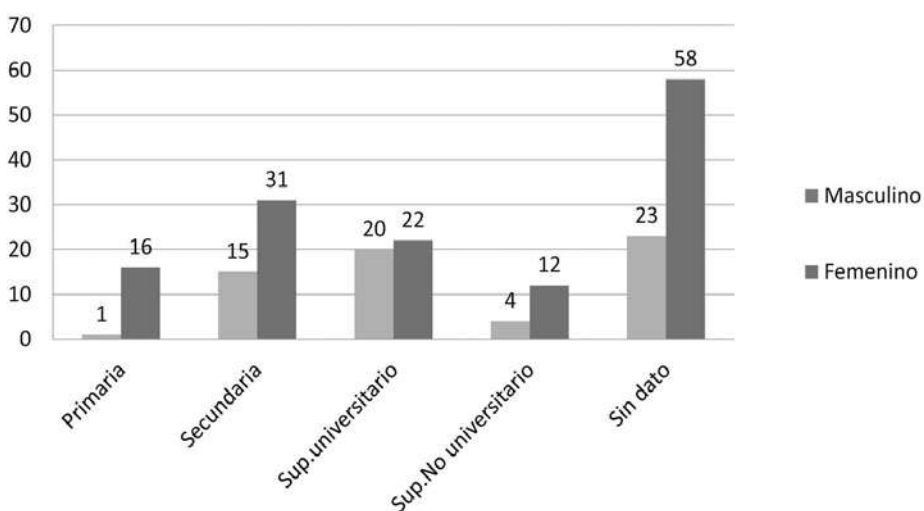




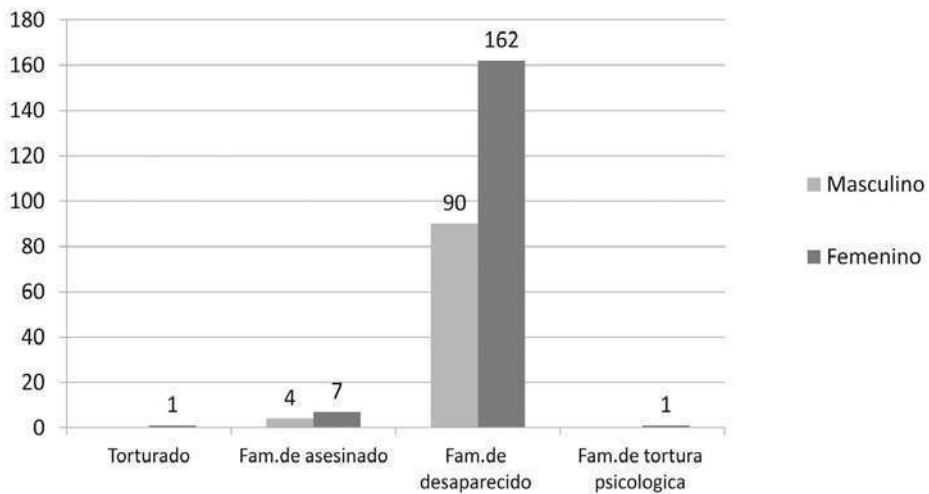
Junín Variable: Edad



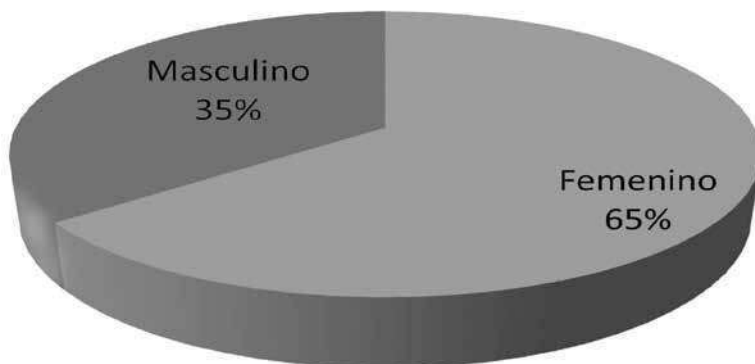
Junín Variable: Instrucción



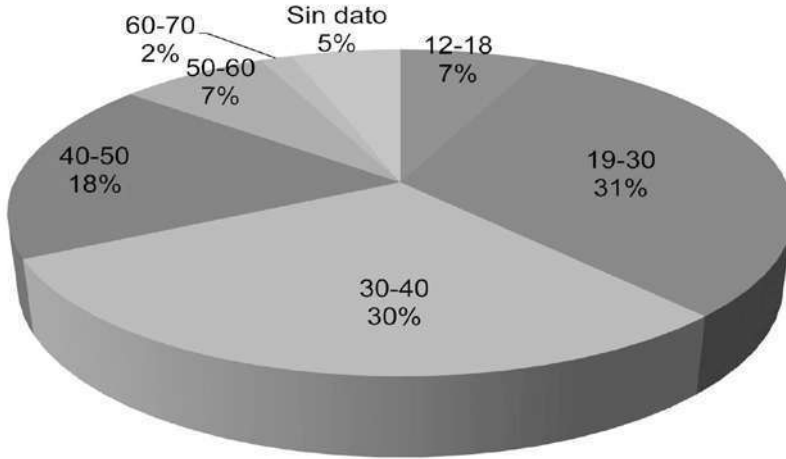
Ayacucho Variable: Tipo de afectación



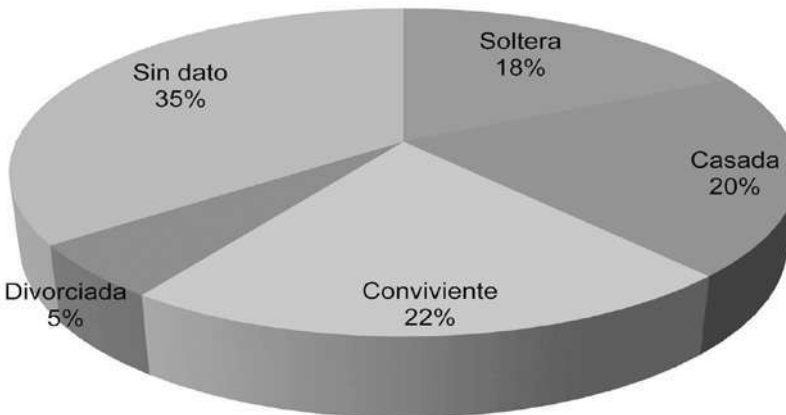
Ayacucho Variable: Sexo



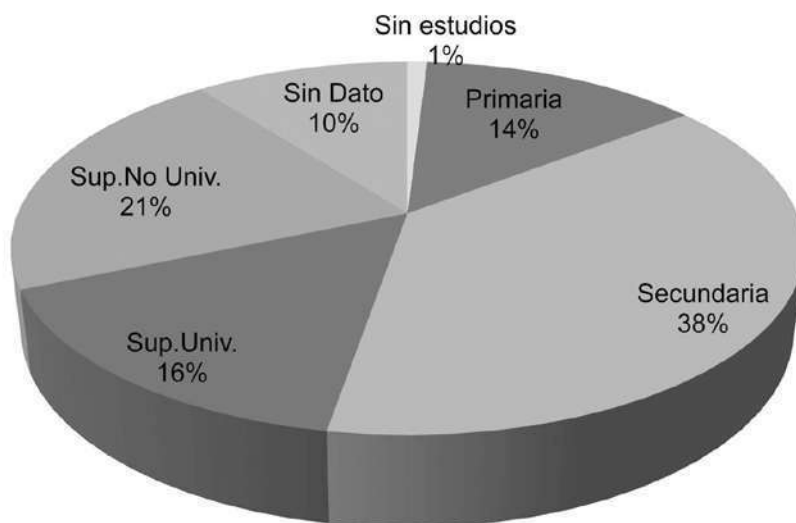
Junín
Mujeres afectadas por VBG (N° 315)
Variable: Edad



Junín
Mujeres afectadas por VBG (N° 315)
Variable: Estado Civil



Junín
Mujeres afectadas por VBG (N° 315)
Variable: Instrucción





CAPS

Centro de Atención Psicosocial

Calle Caracas 2380, Jesús María - Lima 11
Teléfono: (01) 4621600 Fax:(01) 2610297
E-mail: psico@caps.org.pe



Financiado por:



Unión Europea

