

# GUIA PRÁCTICA

DE ATENCIÓN PARA PERSONAS  
AFECTADAS POR VIOLENCIA  
CONTRA SUS DERECHOS HUMANOS



DIRIGIDO A  
LOS PROFESIONALES  
DE LOS CENTROS DE SALUD  
MENTAL COMUNITARIA

---

*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 de la Unión Europea.*

---

**Centro de Atención Psicosocial (CAPS)**  
Calle Caracas 2380, Jesús María, Lima, Perú  
Teléfonos (51 1) 4621600 / 4621700  
[www.caps.org.pe](http://www.caps.org.pe)

**Revisión de textos y corrección de estilo:** María del Carmen Raffo Lavalle

**Diseño y diagramación:** Andrick Abel Astonitas Villafuerte

**Impresión:**

**Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú** N° 2019-16151

**Tiraje:**

**Fecha:**

# PRESENTACIÓN

La presente GUÍA PRÁCTICA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA CONTRA SUS DERECHOS HUMANOS, tiene el propósito de contribuir a la atención especializada de un grupo amplio de personas que ha sido violentado, de manera intencional, en su integridad física y mental, así como en su dignidad personal, teniendo en cuenta, el contexto del modelo de atención de la salud mental comunitaria.

Un paso decisivo en la reforma del sistema de salud mental, en cuanto a sus servicios públicos a la ciudadanía, ha sido el desarrollo y materialización de políticas públicas en dicho sector, a través de la implementación de un modelo comunitario de atención a la salud mental que ha llevado adelante, la creación de más de un centenar de Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) a nivel nacional. La transición desde un tradicional modelo de atención clínica entre médico y paciente, intramuros, de grandes hospitales psiquiátricos, a un modelo de atención comunitaria, en el que, el profesional de la salud mental es un agente que favorece el desarrollo y recuperación de los recursos personales, familiares, grupales y comunitarios, es un cambio largamente esperado por los beneficios observados y sistematizados en los diversos países en donde se ha incorporado este modelo.

Todo cambio trae desafíos y reajustes, así como menores o mayores resistencias. El riesgo es, que se siga implementando un modelo clínico, de atención tradicional, médico-paciente, en la comunidad; que el mismo, sea sólo un cambio “geográfico”, pero con la misma práctica intra-muros. El desafío es, adecuar el sistema de relaciones y procedimientos administrativos, así como abrir e incorporar en la formación de los profesionales de la salud mental, el nuevo modelo comunitario. Tan importante como contar con presupuestos para seguir implementando nuevos CSMC, y mantener los ya inaugurados, es contar con equipos de profesionales de la salud mental que hayan asimilado el modelo comunitario, que cuenten con un sistema de procedimientos administrativos y de codificación de actividades, y que apoye y visibilice su labor en el trabajo de campo con la comunidad.

La presente GUÍA PRÁCTICA es un aporte en esa dirección. La guía tiene el propósito de ser un instrumento amigable que muestre en detalle, paso a paso, con gráficos y esquemas, cómo construir espacios comunitarios con la activa participación de personas, familias, grupos, asociaciones, articulando con instituciones y autoridades; y que dichos espacios se conviertan en núcleos de prevención, promoción y atención de la salud mental, los que son grupalidades activas de las que surgen iniciativas, y mueven a sus miembros a participar en beneficio de todos, teniendo como base, propuestas organizadas y consistentes, en y con, la comunidad. La presente es una guía, que debe ser entendida como un aporte del CAPS para generar guías similares, que la Dirección de Salud Mental podrá implementar, de acuerdo a su competencia.

El Centro de Atención Psicosocial (CAPS) ha desarrollado intervenciones comunitarias a nivel nacional, desde inicios de la década del 2000. El CAPS como institución de salud mental y derechos humanos, ha compartido sus experiencias comunitarias en diversos foros y audiencias, y se ha enriquecido con las experiencias de otras organizaciones que realizan trabajo comunitario, a nivel nacional, latinoamericano y global. Sin embargo, la fuente privilegiada de aprendizaje a lo largo de todos estos años, y que CAPS reconoce y agradece, ha sido el trabajo con los miembros de las comunidades que confían en nosotros. Ellos nos hicieron reflexionar por ejemplo, acerca de cómo entrar en una comunidad sin imponer un discurso profesional/ académico, cómo alejarnos de actitudes paternalistas hacia los miembros de la comunidad, cómo fortalecer lazos y vínculos con personas que no confiaban en nosotros, porque no nos conocían o creían que representábamos intereses subalternos, cómo entender que uno, como profesional de la salud, puede brindar un encuadre y sostener un proceso terapéutico, en situaciones que no son las del consultorio. Los miembros de las comunidades en las que estuvimos fueron siempre, fuente de aprendizaje para nosotros.

La GUÍA PRÁCTICA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA CONTRA SUS DERECHOS HUMANOS, está dividida en ocho capítulos, los que están referidos a proporcionar las bases teórico- prácticas del trabajo comunitario; a brindar pautas que ayuden a la planificación de las acciones para la salud comunitaria; a especificar modalidades e instrumentos de intervención en un capítulo, que hemos nombrado caja de herramientas; a brindar una guía práctica de cómo intervenir en la atención especializada de dos grupos en condición de vulnerabilidad de sus derechos humanos: las personas afectadas por la violencia basada en género y aquellas afectadas por violaciones a su integridad física y mental, como es el caso de torturados (as), familiares de desaparecidos o asesinados, personas testigos de matanzas o desplazamiento forzado, etc. La guía se completa con capítulos referidos a la formación de agentes comunitarios, el trabajo en redes y el autocuidado del equipo.

Finalmente, queremos agradecer especialmente al Dr. Jean Núñez del Prado Murillo, Médico Jefe del departamento de Promoción de la Salud Mental, del Hospital Hermilio Valdizán, y a la Dra. Liliana Leandra Alva Arrollo, Miembro del equipo de TeleSalud del Hospital Hermilio Valdizán, quienes facilitaron que CAPS pudiera dialogar y recoger los valiosos aportes de los profesionales que se encuentran en los Centros de Salud Mental Comunitario de Santa Anita, David Tejada y La Molina. Así mismo, llevar a cabo el curso semi presencial denominado “CAPACITACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (CSMC – DIRIS LIMA ESTE) QUE ATIENDEN PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y VIOLACIONES A SUS DERECHOS HUMANOS”, el cual se desarrolló durante 14 semanas, teniendo 9 sesiones virtuales, y que nos reunió a través de la plataforma zoom del HHV, 2 visitas de campo y 3 semanas presenciales en el auditorio de PROMSA del HHV. En estas jornadas se pudo obtener, la retroalimentación de la presente GUIA PRACTICA de los equipos de profesionales de salud mental de los CSMC mencionados.

# CONTENIDO



<b>01</b>	<b>BASES TEÓRICO-PRÁCTICAS DEL TRABAJO COMUNITARIO</b>	<b>7</b>
<b>02</b>	<b>PLANIFICANDO NUESTRAS ACCIONES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA</b>	<b>23</b>
<b>03</b>	<b>CAJA DE HERRAMIENTAS</b>	<b>31</b>
<b>04</b>	<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA A AFECTADAS(OS) POR VIOLENCIA BASADA EN GENERO</b>	<b>43</b>
<b>05</b>	<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA A AFECTADAS(OS) POR VIOLENCIA CONTRA LOS DERECHOS HUMANOS</b>	<b>53</b>
<b>06</b>	<b>FORMACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS</b>	<b>65</b>
<b>07</b>	<b>TRABAJO EN REDES</b>	<b>71</b>
<b>08</b>	<b>CUIDANDO DE UNO MISMO</b>	<b>83</b>



**01**

BASES

# TEÓRICO-PRÁCTICAS DEL TRABAJO COMUNITARIO



Las siguientes bases teóricas las obtenemos en gran medida de manuales y guías elaborados por el MINSA.



## Salud Mental

Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2013).

- Está relacionada con el despliegue de las diversas capacidades humanas:
- A la posibilidad de disfrutar de las cosas que hacemos, sean grandes o pequeñas.
- A la capacidad de crear vínculos que nos permitan atender a nuestras necesidades y deseos.
- A ser y sentirse productivo.
- A aceptar nuestras limitaciones.
- A responsabilizarnos por el propio bienestar y el de los demás.
- Implica y supone armonía, de asumir fortalezas y limitaciones, a la vez, que la posibilidad de un proceso de búsqueda de sentido para afrontar conflictos en un determinado entorno sociocultural (GTSM, 2006).

### ¿Cómo le va a la sociedad peruana en su salud mental?



Enfrenta graves problemas psicosociales, tales como:

- |                                  |                                          |                           |
|----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Abuso Sexual</b>              | <b>Violencia hacia la mujer</b>          | <b>Violencia Familiar</b> |
| <b>Tortura</b>                   | <b>Discriminación, racismo, clasismo</b> |                           |
| <b>Desintegración familiar</b>   | <b>Violencia del Estado</b>              |                           |
| <b>Alcoholismo, drogadicción</b> | <b>Transporte público caótico, etc.</b>  |                           |

# Trastornos mentales y problemas psicosociales en la comunidad

**Los trastornos mentales** pertenecen al plano clínico y se refieren a los síndromes clasificados en manuales de diagnóstico como el CIE-10 y el DSM V.

1. Diagnósticos más frecuentes: trastornos depresivos, ansiosos, trastornos de estrés postraumático, trastornos somatoformes, trastornos psicóticos, consumo de sustancias psicotropas, entre otros.
2. Por lo general están relacionados al ámbito individual o del grupo familiar.
3. Tener en cuenta que hay síndromes culturales no especificados en los manuales diagnósticos (ej. el susto).

**Los problemas psicosociales** implican un plano comunitario, un problema que se extiende a grupos, que afecta no solo al individuo o al grupo sino a los miembros de la comunidad que se relacionan con éstos.

- Son problemas psicosociales: la violencia contra la mujer, la violencia infantil, el alcoholismo y/o la drogadicción, la trata de personas, la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes (TCID), etc.
- Están involucrados diversos factores: socioculturales, económicos, de género, tradiciones, etc.

## Dimensión positiva de la salud mental



A diferencia de los enfoques más tradicionales que pensaban a la salud mental como una **ausencia de enfermedad** (definición negativa), la dimensión positiva de la salud mental:

- Se relaciona directamente con el bienestar emocional, la satisfacción por la vida, la capacidad empática, el autocontrol, la autonomía, la capacidad para resolver problemas, el bienestar espiritual, relaciones sociales satisfactorias, la equidad y justicia social, la dignidad personal.

- La salud mental positiva es un factor protector frente al estrés y las dificultades de la vida.
- Se asocia con variables socio-económicas como: la calidad de la gobernanza, la efectividad de las instituciones públicas, los índices mayores de tolerancia a las diferencias, la mayor participación de las mujeres en la esfera pública y social, los bajos niveles de corrupción.

## La salud mental y los distintos campos en los que concurre

Se conjugan distintos planos en la salud mental:

**El plano subjetivo:** afectos, sentimientos, valores, pensamientos, capacidades, fantasías, sueños, etc.

**El plano interpersonal y grupal:** familia, comunidad, trabajo, demandas de la realidad, roles sociales, responsabilidades, etc.

**El plano macro-social:** socio-cultural, económico, político, institucional, Estado, etc.

## Modelo de Atención de Salud Mental Comunitaria

El Modelo está centrado en las personas, familia y comunidades, actúa con la participación protagónica de éstas, desde la planificación hasta la evaluación de los procesos implementados para la promoción y protección de la salud mental.



## Características relevantes

Centralidad en las personas, a lo largo del curso de vida, busca el ejercicio pleno de sus derechos.

Tiene dos dimensiones, uno, político a nivel del Estado y normativas, el otro, operativo que implica la acción integrada de los establecimientos de salud e instituciones públicas y sociales.

Énfasis en la comprensión de las narrativas de los procesos de salud. Co-construcción del proceso de tratamiento y significado con el usuario(a).

Enfoque territorial: escenario socialmente construido que incluye las relaciones de poder. Los problemas psicosociales son contextualizados en el territorio.

Aborda los determinantes sociales que subyacen a los problemas psicosociales, no solo síntomas.

Busca la participación activa y responsable de la persona, familia y comunidad.

Opera en redes, estableciendo alianzas vinculantes.

Equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios y, en lo posible, transdisciplinarios.



## ¿En qué consiste la salud mental de un colectivo?

- Mejora de las condiciones de vida para el desarrollo humano a través de acciones participativas de las personas y de las instituciones del Estado.
- Recuperación y reparación de vínculos personales, familiares y comunales dañados por la violencia a nivel macro y micro.
- Consolidación de un tejido social que vincule a diferentes actores.
- Prevención y reducción de problemas psicosociales.
- Establecimiento de instituciones sólidas, modelos de referencia, narrativas compartidas, que propicien un sentido colectivo de pertenencia e identidad respetando la diversidad.
- Un Estado de derecho basado en la promoción y defensa de los derechos humanos.

## Desarrollo Humano

- Prima el bienestar humano del individuo y sus colectivos sobre el progreso material
- La persona y los colectivos son el centro del cambio político y económico
- Busca la creación de ambientes favorables para el despliegue de potencialidades de individuos y colectivos



### Amartya Sen y el concepto de pobreza



Sen un economista ganador del premio Nobel (1998) dice que ser pobre no es necesariamente estar privado de bienes y recursos.

Pobre es aquel, que no tiene la capacidad para lograr el acceso a los recursos imprescindibles para alcanzar estándares de bienestar, que otros grupos sociales disfrutan en la misma sociedad.

Piensa en las personas, no en categorías económicas, pregunta por la calidad de vida de las personas: ¿cuál es la expectativa de vida? ¿es analfabeto? ¿qué instrucción tiene? ¿está desnutrido? ¿a qué tipo de servicios públicos tiene acceso? ¿cuáles son sus ingresos? , etc.

Se preguntó: ¿las personas logran vivir las vidas que quieren vivir? Sus respuestas son las bases del concepto de desarrollo humano.

Se piensa que, las personas necesitan de la libertad que brinda una democracia para desarrollar su potencial; los gobiernos autoritarios también pueden brindar condiciones de desarrollo, pero limitan la libertad de sus ciudadanos a ejercer sus derechos.

# ENFOQUES PRINCIPALES EN LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS

## Enfoque de derechos humanos

Recordemos que la Constitución vigente del Perú (1993) en su primer artículo dice: **“La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”.**



- Este primer artículo es la piedra angular de todos los demás derechos y deberes instituidos por la Constitución.
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y las siguientes Convenciones, son un sistema de valores y principios inherentes a la condición humana, acordados por los países firmantes.
- Es una construcción jurídica globalizada que recoge la experiencia de violencia total de la II Guerra Mundial. Establecen un ethos, un “espíritu de los tiempos” que relaciona y adscribe el comportamiento humano, a dichos principios éticos.
- Un Estado firmante se compromete a respetar los derechos inherentes a la persona humana. Los DDHH son los derechos que tiene cualquier individuo frente al Estado.
- El sistema de justicia peruano se debe a los tratados internacionales de DDHH.
- El Estado tiene un doble rol: garante y trasgresor de los derechos. Se requiere de un cuerpo institucionalizado transnacional (NNUU) que vigile el cumplimiento del Estado.
- El artículo 68.1 de la Convención Americana de DDHH establece que las decisiones de la Corte IDH son de obligatorio cumplimiento para los estados de los casos en los que son parte.
- En casos de violaciones de derechos fundamentales se exige al Estado que repare a las víctimas.

# Declaración Universal de los derechos Humanos (1948)

Recordemos algunos de los artículos de esta declaración:

**Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (...), deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. (1)**

**Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad. (11)**

**Toda persona tiene todos los derechos y libertades sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole (...). (2)**

**Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar. (25)**

**Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. (5)**

**Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. (26)**

En total, son 30 artículos los derechos que se aprobaron en Naciones Unidas hace un poco más de 70 años. Quizás en la actualidad, a muchos de nosotros, los derechos humanos nos resulten inherentes, “naturales”; a nuestra condición como seres humanos, pero recordemos que vivimos en una democracia y aunque con sus graves limitaciones, la sociedad peruana vive en un Estado de derecho. Sólo basta pensar por un momento en lo que ocurre en otros países con los derechos de las mujeres, o acerca de la libertad de escoger la religión que uno desee, o las guerras internas que producen miles de migrantes y refugiados en el mundo. Cuántas personas han sido aniquiladas o desaparecidas por razones de raza, idioma, opinión, distintas, a las de aquellas que ostentan poder en un territorio. Los derechos humanos son una aspiración a un mundo que nos reconozca como valiosos, por el solo hecho de ser seres humanos.

# Enfoque psicosocial

- Surge en el contexto de conflictos sociales y políticos en América Latina, en la década de 1970, en la necesidad de atender a los afectados por las dictaduras (Cono sur sudamericano y Centroamérica).
- Contextualiza las dificultades que atraviesan los individuos en el marco de su inmersión e interacción con la estructura social, económica política y cultural.
- Aporta la dimensión subjetiva, a los procesos de cambio sociales y estructurales.
- Considera, que la violencia social y política se genera por la desigualdad en el acceso y manejo del poder de individuos y colectivos.
- Las personas que sufren los efectos de la violencia de Estado o violencia de género, no solo padecen de un problema clínico individualizado (Ej: depresión). Desde el enfoque psicosocial se trataría(n) de reacciones normales, a formas violentas de relación social.
- No se niega el aspecto clínico, pero se contextualiza el padecimiento de las personas afectadas en las circunstancias sociales, culturales, históricas, políticas.

## ¿Qué nos permite visibilizar el Enfoque Psicosocial?

Comprender la interacción entre el mundo interno, las relaciones con los otros y el contexto social

Identificar discursos de dominio - sometimiento

Denunciar las relaciones de poder generadoras de violencia

Llevar a la acción propuestas de cambio participativas

Contribuir a la redistribución de poder

Desarrollo humano pleno

## Enfoque de género

- Permite visualizar las relaciones de poder que existen entre hombres y mujeres; en especial la posición de privilegio de los hombres sobre las mujeres.
- Identifica obstáculos para que las mujeres puedan tener una participación más equitativa en la vida social.
- Pone en evidencia los roles tradicionales y las relaciones asimétricas que condicionan la vida de las mujeres.
- Implica un cuestionamiento a formas “naturalizadas” de discriminación a la mujer, así como fomentar los cambios sociales y culturales que reconozcan la equidad de género.



## Enfoque intercultural

- Implica incorporar el diálogo entre distintas culturas, entre distintos marcos de referencia, desde los que la realidad social es percibida.
- Comprender y respetar las diferencias que el otro – aquel que no pertenece a mi grupo social, cultural, género, étnico, etéreo – sostiene en su interacción.
- Promover una relación de reconocimiento, horizontal, equitativa, de respeto a la diversidad. Equidad.



- Ante situaciones de violencia o violación de derechos humanos culturalmente aceptados, coloca al profesional de salud en una posición dialogante, pero no neutral.
- No acepta prácticas discriminatorias o violentas, **es dialogante** y promueve cuestionamientos a formas tradicionales de relación.

# Estrategias del Plan Nacional de Fortalecimiento de Salud Mental Comunitaria

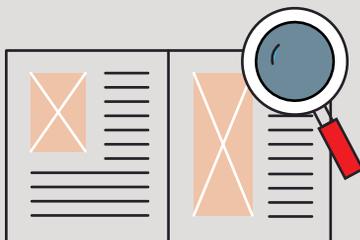
1. Fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención, desarrollando nuevos servicios de salud mental en la comunidad. Requiere formación y desarrollo de capacidades. Solo un grupo pequeño requiere una atención más especializada.
2. Acción intergubernamental articulada.
3. Comunicación en salud mental: “no hay salud sin salud mental”; la relación con el capital social y el desarrollo, el derecho a servicios de Salud Mental (SM), combatir el estigma hacia los trastornos mentales.
4. Investigación: predominio de la investigación biomédica en SM; propuesta complementaria: investigaciones cuanti y cuali de intervenciones preventivas, de rehabilitación, el control del estigma, la salud mental de niños, niñas y adolescentes (NNA), etc.
5. Alianza con la cooperación técnica nacional e internacional.

## Niveles de acción de una intervención comunitaria

Luego del diagnóstico participativo, una intervención comunitaria debería diseñar y contar con un plan de atención y/o de acción a diferentes niveles.

El plan consta de los siguientes niveles de atención:

1. Nivel de atención individual, grupal y familiar.
2. Nivel de atención a las organizaciones de la comunidad.
3. Nivel de fortalecimiento de las redes de los recursos locales.
4. Nivel de incidencia.



## 1. Nivel de atención individual, grupal y familiar

• Los servicios están organizados para brindar atención a nivel individual a los distintos grupos étnicos. Modalidades de tratamiento: consejería, psicoterapia, intervención en crisis.

• Los servicios al grupo familiar y a la pareja. Modalidades: consejería familiar, terapia de pareja y terapia familiar. Visitas domiciliarias.

• Los servicios a grupos compuestos por los miembros de la comunidad por lo general reunidos por un mismo problema psicosocial o clínico, también la variable edad es un criterio de agrupación: grupo de adolescentes, de niños, de adultos mayores, etc. Modalidades de atención: talleres terapéuticos, grupos de ayuda mutua (GAM), dinámicas grupales, laborterapia



## 2. Nivel de atención a asociaciones u organizaciones de la comunidad

• En el diagnóstico participativo, se identifica a las organizaciones de la comunidad relacionadas con el problema enfocado.

• Se establece el contacto a través de los dirigentes, que en el mejor de los casos, dan acceso al diálogo con los miembros de la organización. Rol de los promotores de SM.

• Se realiza un diagnóstico de la organización, y se acuerda con los dirigentes y la asamblea, un plan de trabajo de fortalecimiento.



• Se puede desarrollar espacios de capacitación, acompañamiento y asesoría, encaminados a fortalecer la estructura de la organización.

• Se fortalece sus habilidades para realizar acciones participativas en su comunidad, y obtener acceso a los recursos locales o regionales.

## 2.1. Fortalecimiento organizacional de los recursos individuales

- Puede trabajarse desde la perspectiva del grupo en tarea.
- Empezar por sus miembros y sus necesidades emocionales, en relación a la tarea.
- Conocerse a sí mismos y en su relación con los otros miembros del grupo.
- Los recursos individuales y grupales son fortalecidos, a través de talleres terapéuticos.
- Se presenta temas, en base a las necesidades de sus miembros y su deseo de organizarse mejor.

## 2.2. Las/los agentes de la salud mental comunitaria

Son clave en los procesos de intervención psicosocial comunitaria. Son personas que tienen:

- Deseo de ayuda.
- Capacidad hacia la toma de iniciativas y compromiso.
- Liderazgo.
- Rol activo en la promoción de capacidades y recursos de las otras personas.
- Tiempo para actividades preventivas o promocionales, en sus comunidades.

## 3. Nivel de fortalecimiento de las redes de Salud Mental con los recursos locales

- Con el diagnóstico, se cuenta con un mapa de actores en relación a los temas de Salud Mental de la comunidad.
- El MINSA a través del CSMC, tiene el liderazgo para promover la formación de redes de Salud Mental, y promover la sinergia entre las instituciones que la componen.
- La red tendría que estar compuesta por instituciones públicas involucradas en temas de Salud Mental: MINSA (CSMC) MIMP, MINDES, MINEDU, DEMUNAS, DEFENSORIA, FISCALIA, y por organizaciones locales: ONGs, asociaciones, iglesias, escuelas.
- Relaciones fluidas entre los representantes de las instituciones y organizaciones que promuevan referencias, contra referencias, inter-consultas, fluidez en el acceso al servicio, etc.



- Desarrollo de actividades en conjunto en días conmemorativos.
- Desarrollo de rutas de atención de casos (casos de violencia contra la mujer, casos de violaciones de derechos humanos, casos de violencia contra menores, , entre los diversos actores involucrados).

## 4. Nivel de incidencia en políticas públicas

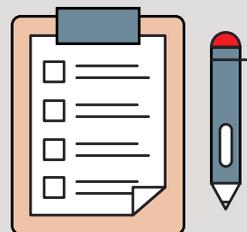
- La incidencia en políticas públicas se realiza a autoridades y/o funcionarios públicos, que ejercen una función en el gobierno.
- El objetivo es, influir sobre personas o instancias que toman decisiones acerca de un problema psicosocial, considerado prioritario.
- Para influir en los decisores se requiere de un conjunto de conocimientos y habilidades.
- Pone en acción capacidades para influenciar en el funcionario público, para conseguir que sus derechos sean reconocidos.
- Es también, hacer seguimiento a que las nuevas normas se cumplan.

### ¿Con qué objetivo?

**La creación o modificación de normas, ordenanzas, edictos municipales y regionales, leyes y reglamentos en relación al problema psicosocial priorizado.**

**Ej: Org. mujeres organizadas en el Consejo Regional de la Mujer impulsan una política pública de lucha contra la violencia hacia la mujer.**

**El equipo del CSMC promueve a que las organizaciones y las diferentes instancias públicas agrupadas en redes se comprometan al cambio en la comunidad.**





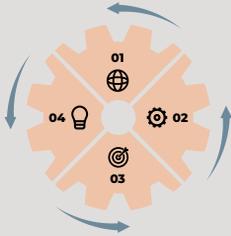


02

# PLANIFICANDO NUESTRAS ACCIONES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA



## Consta de 4 aspectos principales



1. Estudio / Diagnóstico

2. Planificación

3. Ejecución

4. Evaluación

## 1. Diagnóstico participativo

### 1.1. Información del Contexto Comunal

Buscamos conocer la historia, datos socio demográficos, determinantes sociales que influyen en la Salud Mental, estadísticas de la red de salud, etc.



### 1.2. Mapeo de actores

#### ¿Quién, quienes están en la comunidad?

- Servicios públicos y de sociedad civil.
- Organizaciones Sociales de Base (OSB).
- Líderes comunitarios.
- Autoridades.
- Iglesias.
- Programas del Estado Nacional, regional y local (municipalidades).
- Otras instituciones (empresas, fabricas, etc).

Evaluamos los niveles de:

- Compromiso
- Interés
- Influencia
- Poder
- Participación, etc.

### 1.3. Identificación de problemas de Salud Mental

<p><b>Convocar</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actores de la comunidad.</li> <li>• Grupos con los que necesitamos trabajar.</li> </ul>	<p><b>Preguntar</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los problemas de Salud Mental que les preocupa?</li> </ul>	<p><b>Priorizar</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por donde empezamos?</li> <li>• ¿Qué problema es el que más aqueja?</li> <li>• ¿Podemos solucionarlo o reducirlo de alguna manera?</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Herramientas para el diagnóstico comunitario

- Entrevistas, talleres con quienes estarán involucrados en las acciones.
- Usamos diversas herramientas: lluvia de ideas, dibujos, trabajos en grupos, encuestas, etc.
- Organizamos la información.

Ejemplo			
Problema	A quien afecta	Alternativas de solución	Quién lo puede hacer
Embarazo adolescente	Las y los adolescentes  Las familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas de planificación familiar.</li> <li>• Feria de orientación y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de salud</li> <li>• Municipalidad, centro de salud, colegio.</li> </ul>
Violencia familiar	Familias  Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas casa por casa</li> <li>• Campañas de orientación y medios de protección</li> <li>• Brigadas comunitarias de protección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CEM/Promotoras en acción</li> <li>• DEMUNA, ALEGRA/MINJUS, Serenazgo</li> <li>• Líderes comunitarios, Juez de paz, junta vecinal, etc.</li> </ul>

## 2. Planificación

### **Priorizar**

Una vez organizada la información recogida se priorizan los problemas para decidir por cuál de ellos se empieza a trabajar



### **¿Qué haremos?**

Al elegir un problema de salud mental o varios relacionados, nos preguntamos qué haremos para enfrentarlo y contribuir a su reducción. Podemos imaginar y soñar en muchas alternativas



### **¿Cómo lo haremos?**

- Diseñamos las actividades de manera conjunta con los participantes, empezamos a evaluar si es posible o no hacerlo, de qué forma lo haremos, cómo lo queremos.
- Exploramos quien o quienes pueden ser nuestros aliados, los convocamos y socializamos el plan de trabajo



### **¿Qué recursos y aliados tenemos?**

- Este paso nos permite poner los pies sobre la tierra, junto a los participantes y nuestros aliados evaluamos los recursos humanos y materiales con los que contamos como colectivo para sacar adelante nuestro plan.
- Si es necesario tocamos puertas para conseguir los recursos.

**Recordemos que no estamos solos, en la comunidad existe una red de aliados, y necesitamos trabajar en redes.**

## Propuesta de plan de trabajo

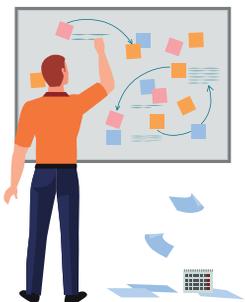
<b>Nombre de la acción</b>						
<b>Objetivos</b>						
<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>	<b>A quién va dirigido</b>	<b>Resp. de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsabilidad</b>	<b>Cronograma</b>
<b>Concurso de afiches</b>	- El Centro de Salud, el Colegio secundario y el CEM promueven un concurso de afiches para sensibilizar a los adolescentes sobre los riesgos del embarazo precoz.	Alumnos y alumnas del colegio secundario	Centro de salud	Profesionales Material de difusión refrigerios	Charlas: Adolescencia, planificación familiar	Mayo y junio
	- El puesto de salud en coordinación con los tutores de aula organizará charlas de orientación y sensibilización.		Colegio	Infraestructura, docentes.	Convocar , difundir la actividad, inscripción de participantes	Mayo a julio
	- Los tutores coordinaran con los profesores de arte y personal social para organizar el concurso, temática y motivar a los estudiantes,		CEM	Materiales de difusión, profesionales del área de promoción	Jurados Premios	Agosto
<b>Charlas preventivo promocionales</b>						
<b>Feria de oportunidades y servicios</b>						

### 3. Ejecución

De acuerdo al cronograma y responsabilidades asumidas por cada integrante de la red de aliados , que se convierte en el equipo ejecutar, se implementan las distintas actividades del plan.



### 4. Evaluación



Periódicamente revisamos el cumplimiento de la ejecución del plan, reflexionamos sobre la forma en que lo estamos haciendo y los resultados que estamos obteniendo, esto nos permitirá realizar cambios, ajustar o modificar actividades de acuerdo a la realidad y los cambios que se puedan ir dando.

**¡La evaluación nos permite mirarnos y mejorar lo que estamos haciendo!**





**03**

CAJA  
DE  
HERRAMIENTAS



Por caja de herramientas nos referimos a los diferentes medios terapéuticos y expresivos que pueden ser implementados en el trabajo individual, familiar y grupal con los usuarios.

## Modalidades de tratamiento

### 1. A nivel individual

- Consejería psicológica.
- Psicoterapia individual para jóvenes, adultos y adultos mayores.
- Psicoterapia de juego para niñas y niños.
- Intervención en crisis.

### 2. A nivel familiar:

- Consejería.
- Psicoterapia.
- Visitas domiciliarias.



### 3. A nivel grupal:

- Dinámicas grupales, GAMs,
- Talleres terapéuticos, talleres de fortalecimiento organizacional.

### 4. Instrumentos expresivos:

- Dinámicas de animación.
- Dramatizaciones.
- Breves charlas dialogadas.
- Videos, películas o cine foros.
- Espacios de escucha e intercambio.
- Materiales plásticos: dibujo, pintura, papelógrafos.
- Laborterapia, movimiento expresivo, música, ejercicios de imaginación, ejercicios de relajación.
- Rituales, ceremonias simbólicas, juegos de mesa, lectura de cuentos o narraciones, etc.

## Consejería psicológica

La consejería es una modalidad de atención terapéutica en la que a través de una relación de apoyo, una psicóloga (o) o profesional de salud mental asiste a una persona al:

- Escuchar su motivo de consulta.
- Contener su desahogo emocional.
- Identificar junto a ella, los nudos y situaciones del conflicto en que se encuentra.
- Ayudarla a reformular sus dificultades desde otra perspectiva.
- Contribuir a encontrar alternativas de solución al problema presentado.



La consejería psicológica es la modalidad de tratamiento más utilizada con las personas afectadas.



Duración: 1 a 3 sesiones.



## Pautas de consejería psicológica

Las entrevistas de Consejería psicológica puede ser organizada en tres fases: fase inicial, intermedia y final.

### Fase inicial

- Diga su nombre, su profesión y rol de profesional de la salud mental,
- Encuadre de la sesión de consejería, explicita la confidencialidad del espacio.

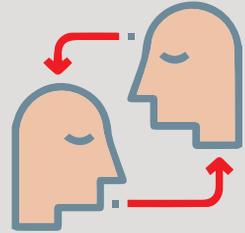
*Ejemplo: "En esta reunión usted puede contar cómo se está sintiendo y lo que la ha afectado, yo la voy a escuchar y tratar de ayudar. Lo que diga va a quedar entre nosotras/os. Al final veremos si es que son necesarias más reuniones para ayudarle con lo que está sintiendo".*

- Se recomienda que la primera reunión sea de una hora. El uso de tiempo para establecer el vínculo con la persona afectada es crucial. Es importante que la persona se sienta escuchada y orientada en esa primera sesión.

- Puede brindar un tiempo adicional en los casos que considere necesario si es que le queda claro que será probablemente la única vez que atienda a la persona. La sesión no deberá exceder la hora y cuarto.
- En las siguiente(s) sesión (es), el tiempo referencial debería ser de 45 minutos.

## Escucha activa

- Inicie el diálogo con una pregunta general (¿Cómo se siente? o ¿Cuál es la razón de su consulta?).
- No interrumpa el relato del afectado durante los primeros 10 minutos a menos que necesite realizar preguntas que le ayuden a comprender el estado emocional de la persona.
- En caso que la persona sea callada empiece con preguntas generales y comentarios empáticos.
- Luego explore desde cuándo se siente así, en los últimos meses qué cambios ha habido en su vida (v.g pérdidas, duelos, cambios de residencia, etc.). Factores precipitantes.
- Facilite el desahogo de los afectos y contenga emocionalmente a la persona afectada.
- La contención se realiza a través de preguntas, comentarios empáticos, señalamientos sobre algún punto que usted le pida extenderse, clarificaciones de lo dicho por la persona, etc.
- La escucha es activa. Al interior del profesional ocurren varios procesos: observación, actitud empática, contención emocional, identificación de sintomatología, darse las primeras impresiones acerca del rol, posición y estado emocional en que se encuentra la persona afectada, (¿cómo me hace sentir esta persona?), entre otros.



- Pregunte de manera general acerca de cómo se lleva con sus familiares o personas más allegadas.
- Recuerde que su actitud, postura corporal y gestos pueden favorecer o entorpecer este primer encuentro.
- La consejera psicológica debe evitar comentarios o actitudes defensivas que inhiban a la persona asistida o que él/ella tenga que reprimir sus emociones. Evite expresiones de desaprobación, horror o disgusto.

## Fase intermedia

### Comprensión del problema

- Pregunte con empatía sobre aquellas cosas que no le han quedado claras o por aquellas que fueron dichas, de manera rápida o tangencial.

- Reformule, aclare, sintetice lo que la persona asistida está diciendo para que ella/él confirme, si lo que usted está entendiendo es, lo que la persona comunica.
- Una vez que la consejera se ha hecho una primera impresión general del problema y del estado mental/emocional de la persona asistida, se sugiere decir algo afín a: “Para entender mejor cómo se está sintiendo, voy a hacerle algunas preguntas acerca de su estado de ánimo”.
- En caso tenga a la mano, la escala SRQ-18 en la historia clínica, haga una revisión rápida de los síntomas y el número de indicadores positivos. Pregunte por algunos de ellos, para que la persona asistida describa el síntoma
- En caso que la persona asistida no tenga la escala del SRQ-18 en su historia clínica, tenga a la mano una copia de la escala SRQ-18 para aplicarle. Lea cada ítem y que la persona asistida responda, de acuerdo a la consigna de la prueba. Observe si la persona ha presentado indicadores por encima de nueve respuestas positivas, lo que indicaría presencia significativa de síntomas ansiosos y depresivos.

### **Intervención sobre el problema presentado**

Hasta este momento:

- La consejera/o tiene una idea general sobre qué ha provocado la reacción emocional o los hechos precipitantes, que la persona afectada ha tenido para decidir buscar ayuda.
- Igualmente, se ha hecho una impresión general del grupo de síntomas que la persona ha manifestado, y si su condición emocional muestra un estado de ansiedad y depresión significativo. De ser necesario (aparece en el ítem # 17 del SRQ-18), realizar una mayor exploración del riesgo suicida.
- Se ha identificado recursos resilientes y capacidades.
- Tiene los criterios diagnósticos más frecuentes en la memoria: depresión, trastornos de ansiedad, estrés post-traumático, trastornos adaptativos, etc.
- Con la información mencionada, la consejera:
  - Pone en relieve las fortalezas encontradas. “Veo que, a pesar de los problemas, usted ha salido adelante por ... (a, b, c)”.



**La pauta clave en esos casos es buscar dónde está el obstáculo o la traba que no le permite resolver el problema.**

### **La intervención es sobre el obstáculo identificado.**

- Ej: una madre no sabe si decirle o no a sus hijos mayores, que fue víctima de violación sexual; una mujer no sabe si denunciar/ dejar o no a su pareja, por abuso físico o psicológico; un padre de familia duda si hospitalizar a su hijo que es fármaco-dependiente; padres de familia que tienen problemas con su hija adolescente, etc.
- La consejera ayuda a reflexionar cuáles son las consecuencias negativas y generadoras de ansiedad que se imagina traería una decisión sobre otra (s).



- De considerar pertinente, teniendo en cuenta la brevedad del tiempo y la delimitación de los objetivos terapéuticos de la consejería, podría utilizar técnicas activas en la segunda o tercera sesión: por ejemplo, “silla vacía”, relajación, diálogo dramatizado, tareas, recomendaciones, que profundicen la comprensión del impase o dilema, en que se encuentra la persona afectada.
- Se refuerza las afirmaciones de la persona afectada “encontradas” durante la sesión.

No es en vano señalar que, el profesional consejero no aconseja qué decisión debe tomar la persona afectada; le ayuda a que pueda encontrar sus propias decisiones.

### **Fase de cierre**

- Se inicia esta fase al recordarle a la persona afectada el límite de tiempo que tienen y que la sesión está terminando (o el número de sesiones acordadas). Ej: faltando 5 minutos antes de finalizar el tiempo de sesión.
- Se resalta las capacidades de la persona afectada y su colaboración durante la sesión.
- Se recapitula los principales aspectos trabajados durante la sesión.
- Se empatiza con la situación de conflicto que experimenta.
- La primera sesión de consejería le ha brindado solo algunas luces iniciales, se sugiere continuar con las sesiones con un comentario afín a:  
*“Me parece que hemos entendido varias cosas hoy, pero como se da cuenta se trata de un problema que viene de tiempo atrás, y que requiere que usted le preste atención para resolverlo. Las personas que vienen una sola vez pueden encontrar esta sesión de alguna ayuda, pero para que las cosas realmente cambien se necesita que usted pueda seguir hablando de estas dificultades”.*
- De existir apertura a continuar con las sesiones, se ponen en agenda la siguientes citas.

Si es el caso, haga referencia que su caso es tratado por varios profesionales en equipo. Si la personas afectadas requieren de servicios psiquiátricos, fisioterapia u otras, asegurarse que la interconsulta haya sido entendida y emocionalmente recibida. Ej: hay personas que se resisten a tomar medicación o personas que no quieren hablar de sus problemas a más personas.

Si se trata de una sola sesión porque la afectada no desea continuar o rechaza la referencia a otro profesional, se le manifiesta una sincera preocupación por su bienestar (no angustiar a la persona/no culpabilizar o descalificar a la persona afectada) y se le ofrece el espacio de consejería en el CSMC cuando ella/él quiera retomarlo.

## Caja de herramientas para espacios grupales

### Metodología del trabajo grupal

Un grupo de personas que tiene la motivación, se reúne con regularidad y tiene reglas de relación entre sus miembros puede desarrollar un proceso terapéutico.

*Pero, ¿cómo hacemos para que se reúnan las mismas personas de manera regular?*

*¿A qué personas convocamos?*

*¿Es mejor un grupo abierto o cerrado?*

*¿Qué reglas se necesitan para que un grupo funcione?*

*¿En qué momento se establecen tales reglas?*

*¿Cuál es el rol que un facilitador o agente terapéutico tiene?*

*¿Qué características psicológicas debería tener el facilitador para ayudar a las personas del grupo?*

*Los procesos grupales ¿tienen fases?*

*¿Qué medios expresivos o herramientas conozco para trabajar con grupos?*

*¿Cómo escoger entre diferentes herramientas las más recomendables?*

*¿Cómo se finaliza un grupo?*

Buscaremos responder estas preguntas...



### Eligiendo el medio expresivo de mi caja de herramientas

Los medios expresivos van desde un extremo netamente verbal que solo requiere la palabra (Ej: una dinámica terapéutica) hasta el otro extremo que es un medio expresivo más estructurado y menos participativo como una charla pedagógica clásica.

- El profesional de SM por lo general conoce mejor unas cuantas herramientas, no todas. La pauta es : utilice aquellas con las que se sienta cómodo y familiarizado y que le han dado buenos resultados. Ya irá ensayando otras herramientas.
- Hay grupos que son muy verbales y solo requiere que el profesional facilite la dinámica grupal
- Otros grupos requieren de una secuencia flexible que organice paso a paso la relación entre las participantes. Por ejemplo: dinámica de animación- lectura de una breve historia, pensamiento o testimonio relacionado con el tema - diálogo.
- El facilitador puede planear pedirles una dramatización, de haber un tema conflicto que se repite. Luego de la dramatización, se reinicia el diálogo.
- Para grupos con mucha ansiedad, no muy verbal, como para mentalizar la tensión, un ejercicio de imaginaria con música relajante, puede ser una alternativa.
- O si el grupo está adormecido, una dinámica de animación, puede ser oportuna.

### Modalidades de intervención: Grupo de Ayuda Mutua (GAM)



Grupo en el que se comparten experiencias en común en referencia al tema que las congrega



Tienen reuniones con una regularidad, se sugieren reuniones semanales o quincenales.



La duración de las sesiones suele ser de una hora y media o dos horas.



El número óptimo de miembros es entre cinco y diez personas.



El grupo no es dirigido por un profesional o por un experto; es un grupo horizontal en el que todos sus miembros comparten sus experiencias como iguales.



Un tiempo mínimo de reuniones es de unas 12 reuniones.

## Grupo de Ayuda Mutua (GAM)

### Pautas básicas en un GAM

Las participantes cuentan de sus propias experiencias y el modo cómo se relacionan, sienten, piensan, actúan o piensan actuar.

- No se juzgan entre ellas, no se aconsejan ni se dicen cómo deben actuar. Después de que una persona ha contado su experiencia, la compañera puede contar lo que a ella le pasó y cómo se sintió y actuó. No habla acerca de la experiencia de la otra persona, sino de su propia experiencia y de lo que ella/él hizo o sintió.

- **El factor terapéutico de los GAM está en el compartir experiencias semejantes en un espacio de soporte, respeto y libre de críticas.**

- Se respeta los turnos de tomar la palabra permitiendo que todas puedan expresarse de manera equitativa.

Al igual que en cualquier experiencia terapéutica, la confidencialidad es crucial. Las cosas que se dicen en el grupo quedan dentro del grupo.



### Reglas para el funcionamiento de un GAM

Puede haber dos formas de iniciarse:

- a)** Contar con un profesional, que establece el encuadre y que va modelando las reglas y pautas de su funcionamiento por algunas reuniones (ej. las primeras tres o cuatro reuniones), pero con la propuesta de ir espaciando su participación, en la medida que las participantes interiorizan, el modo de funcionamiento del grupo.

- b)** El grupo se inicia con participantes con experiencias de grupos GAM previos, que establecen el encuadre, explican y modelan el funcionamiento del GAM. Al igual que todas, también éstas comparten sus experiencias en relación a la violencia vivida.

Puede ser un grupo abierto, cerrado o mixto.

**Abierto:** el grupo inicial recibe nuevos miembros mientras dure la experiencia.

**Cerrado:** el grupo empieza con un número mínimo de cinco o seis hasta diez personas, y continúa mientras dure la experiencia, sin abrirse a nuevos integrantes.

**Mixto:** el grupo empieza siendo abierto, hasta que llega a consolidarse con un número de miembros, una vez cohesionado se cierra, hasta que finalice la experiencia.

## Talleres terapéuticos

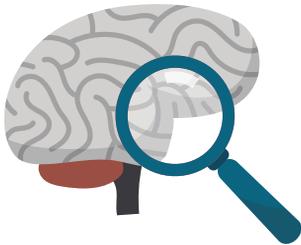
Son intervenciones grupales que tienen una combinación de componentes terapéuticos y pedagógicos. Es una modalidad grupal semi-estructurada que sigue una secuencia de reuniones. Se le da un énfasis especial a la dinámica grupal a la vez que se utilizan otros medios expresivos como exposiciones dialogadas, dramatizaciones, dibujos, etc.



Si el número de participantes excede las 12 personas, se sugiere la participación de dos agentes terapéuticos. El grupo será sub-dividido en dos, a la hora de la dinámica grupal.

Ante determinado eje temático, éstos se planifican en una secuencia de talleres – promedio de 10 a 12 talleres – uno cada quince días. Empezar con temas que estimulen la auto-reflexión, que las personas puedan mirarse a sí mismas, para poco a poco ir trayendo temas de violencia en sus vínculos u otros conflictos. Los talleres pueden durar un promedio de dos horas y media a tres horas.

Considerar las expectativas (realistas) de las participantes, las cuales serán incluidas en la secuencia de temas de los talleres terapéuticos. En el taller terapéutico la dinámica de intercambio grupal está enmarcada en el tema del taller, y la mentalización que se fomenta está relacionada con los medios expresivos, que han sido presentados previamente. El horario del equipo facilitador debe ser flexible, a las posibilidades de las personas asistidas.



**La función de identificación de las trabas y conflictos, así como de los recursos individuales y grupales por parte del agente terapéutico o facilitador es crucial.**

## Partes del taller terapéutico

**1. Presentación** del tema del taller y el modo en que está planificado

**2. Recojo de las expectativas del taller:** se colocan en un papelógrafo y se especifica si son expectativas que serán respondidas en el taller o son temas que no corresponden

**3. Dinámica de animación:** además de servir como un “rompe hielo”, la dinámica de animación debe tener relación con el tema del taller.

**4. Actividad cognitiva y plástica:** el taller puede continuar con una charla corta sobre el tema ( no más de 15 minutos) dando tiempo a las preguntas y comentarios. Para luego dar paso a una actividad de la caja de herramientas grupales: dibujo, pintura, o dramatizaciones que profundicen en el tema de la charla.

**5. Dinámica grupal:** Una consigna tipo podría ser: “estamos aquí juntos para poder decir lo que sentimos y pensamos sobre lo que hemos conversado y hecho hoy a lo largo del taller en relación con... (tema del taller). Se espera que en este espacio las usuarias puedan tomar turnos en el uso de la palabra, hablar de sus experiencias, de sus sentimientos en relación a la charla, dramatizaciones o dibujos.

**6. Plenaria de síntesis y devolución**

### Facilitación del Agente Terapéutico

- Éste focaliza las intervenciones de los participantes, alrededor del tema del taller.
- Promueve el uso de la palabra de los miembros del grupo, no solo de unos cuantos.
- Empatiza con las expresiones afectivas.
- Pone límites a actuaciones emocionales no constructivas del diálogo (lenguaje violento, irónico, descalificador).
- Refuerza las áreas de fortaleza yoica de los miembros, y del grupo.
- Tiene la función de análisis y síntesis de los diferentes mensajes dichos en el grupo para una mayor comprensión acerca del tema.



04

ATENCIÓN ESPECIALIZADA  
A AFECTADAS(OS) POR  
VIOLENCIA  
BASADA EN GÉNERO



## Situaciones que generan sufrimiento en las personas

### Violencia Basada en Género

- Son intencionales
- Podrían evitarse
- Muchas veces están naturalizadas

### Violación a los Derechos Humanos de las personas

### Desastres naturales

- No las ocasiona el ser humano
- No se pueden evitar

## Las violencias impactan en:

### Persona

- Cuerpo
- Emociones
- Autoestima
- Funcionamiento global de la persona

### Familia

- Relaciones violentas
- Confianza y seguridad resquebrajada
- Clima emocional

### Comunidad

- Alcoholismo, embarazo adolescente, relaciones sociales violentas
- Dificultad para construir y preservar el bien común

## Violencia basada en género

Violencia física o psicológica ejercida contra una persona o un grupo de personas, sobre la base de su orientación o identidad sexual, sexo o género.

## Violencia fundada en las relaciones de poder

- Orden hegemónico basado en la primacía del varón/masculino
- Relaciones de poder desiguales
- Uso del poder para someter y controlar al otro
- Percepción del otro como escaso de recursos y capacidades

## Atención integral a mujeres que viven violencia

- Legal: Protección / justicia
- Trabajo social: Redes de apoyo
- Psicológica: Reflexionar, reconstruirse

### Ciclo de la violencia de género



## Modelo transteórico de cambio (Prochaska y Clemente, 1984)

- Se originó a principios de los 80s con relación a cuadros de adicción.
- Proceso de 5 etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.
- Se fundamenta en las teorías del cambio psicológico.
- El modelo plantea un proceso con avances y retrocesos entre las etapas, antes de lograr consolidar la etapa de mantenimiento.

• El modelo transteórico ha sido reformulado por autores como Brown en Estados Unidos o Manjón en España considerando la situación de violencia de pareja contra la mujer.



## Supuestos subyacentes al modelo

- Proceso lento y gradual.
- Fallar o recaer es un paso positivo.
- Respeta el tiempo interno de la mujer.
- Complejidad del proceso de cambio, implica redefinición de aspectos profundos de la identidad, y percepción de sí misma y de los demás.

## Etapas de cambio en la mujer

### 1. Precontemplación

- No reconoce a la violencia como un problema
- No le interesa cambiar
- Niega el conflicto
- Se defiende ante la presión externa
- Se culpa de lo ocurrido

### 2. Contemplación

- Reconoce la situación de violencia
- Evalúa los elementos a favor y en contra del cambio
- Todavía no ha podido pasar a la acción.
- Puede quedarse en esta etapa por un largo tiempo.



### 3. Preparación para la acción ➤

Etapa de toma de decisión.

- Intenta el cambio y desarrolla un plan,
- Está más preparada para pasar a la acción en un futuro próximo.
- Aún se mantiene en la relación violenta.
- Conductas preparatorias para la decisión final: habla, busca ayuda



### 4. Acción ➤

Ha tomado acciones encaminadas a terminar con la situación de violencia:

- Ha salido de la casa o a sacado al agresor de la casa,
- Ha denunciado la violencia y exigido medidas de protección.
- Ruptura de la relación; en ella concluye la violencia.



### 5. Mantenimiento ➤

- La conducta violenta ha terminado
- Previene que se repita el patrón de maltrato
- No ha habido recaídas o reconciliaciones durante 6 meses.
- Se percibe distante emocionalmente o rechaza a la pareja
- Inicia un nuevo estilo de vida
- Se siente capaz de mantenerse alejada del agresor

## Pautas para la intervención

### Necesitamos saber

Etapa de cambio en la que se encuentra

Síntomas que alteran su nivel de funcionamiento

Nivel de riesgo en que se encuentra

Obstáculos que impiden percibir el problema de otra manera

## Etapa precontemplativa ➤

Las mujeres que no tienen una clara motivación de cambio, acuden a la consejería, porque fueron enviadas por otras personas, piensan que son sus hijos u otros familiares los que tienen problemas, esperan que el consejero hable con la pareja, le llame la atención para que cambie. Ellas no cuestionan la situación de violencia en la que viven.

Sienten que la violencia que viven es “normal”, (en su familia de origen sucedía lo mismo, creen ser culpables porque no hacen lo suficiente, hay esperanza que la pareja y la situación cambien).

Patrones comunes: dependencia emocional, temor a que la pareja se moleste, tome represalias frente a una actitud más autónoma (le quite a los hijos o la casa), el dinero se usa como medio de presión.

### **Pautas de intervención:**

- **Cuestionamiento de la normalidad del abuso, explicar que la violencia es indigna, es una falta a los derechos, en muchos casos es un delito.**
- **Explorar empáticamente detalles del patrón violento para que ella se escuche a sí misma relatando la violencia que vive.**
- **Importante escuchar y tratar de identificar, qué podría motivar a la mujer a realizar cambios (que las hijas no repitan la misma historia). Reforzar la motivación por más tenue que sea.**
- **Relacionar el costo de la violencia en su salud.**
- **Explicar el ciclo de la violencia para incentivar el criterio de realidad cuando describe “los buenos momentos”.**
- **Enfatizar que la violencia que vive no es su culpa, poner énfasis en el autocuidado.**
- **Dosificar las intervenciones para no abrumar a la mujer, dar ideas fuerza progresivamente, observando su reacción.**



## Etapa contemplativa ➤

En esta etapa, la secuencia de cambio de la mujer se puede describir así:

- Él va a cambiar, yo puedo cambiarlo.
- Él no va a cambiar, yo no puedo cambiarlo.
- Sólo va a cambiar aquello en lo que yo cambie.
- Yo quiero cambiar, pero no puedo.
- Yo voy a cambiar.

### **Pautas de intervención:**

- **Profundizar la toma de conciencia del abuso en el que vive, facilitar la descarga emocional, mejorar su autoevaluación u evaluación del entorno familiar, amical y social.**

- **Referir a la mujer a grupos de soporte/ayuda mutua, talleres terapéuticos y consolidar el vínculo de confianza con el consejero.**

- **Apoyar progresivamente la búsqueda de conductas alternativas y de desarrollo de actitudes asertivas.**

- **El consejero será consciente de la ambivalencia de la mujer en esta etapa, ella quiere y no quiere dejar a la pareja. No confrontarla, ni criticar, favorecer la superación de la misma.**



- **Ayudar a que haga una evaluación de ventajas y desventajas de dejar la relación abusiva.**

- **Reforzar ventajas del cambio. Analizar los obstáculos para el mismo.**

- **Evaluar las consecuencias de la decisión de dejar la relación violenta.**

- **Contrastar sus expectativas de futuro con su entorno actual.**

- **No exigir a la mujer que tome decisiones y acciones para las que aún no está preparada.**

## Etapas más avanzadas de cambio

Dirigir las intervenciones a:

- Valorar los avances y esfuerzos que la mujer está haciendo para vivir una vida libre de violencia.
- Indicarle que no se aíse y que busque apoyo en las personas de confianza.
- Evitar criticarla o culparla de recaídas. Recordarle, que aunque se encuentre en una etapa avanzada, aún está inmersa en un proceso de cambio y que seguramente necesita convencerse de que “ya lo intentó todo”.

### Recordar siempre



**Cuando se interviene en un caso de violencia familiar, recordar que se forma parte de un conjunto de instituciones que abordan la misma situación, que no se trabaja solo o sola y que existen otros recursos con los que se deberá estar en contacto**





05

ATENCIÓN ESPECIALIZADA  
A AFECTADAS(OS) POR  
VIOLENCIA CONTRA  
LOS DERECHOS HUMANOS



## Afectados por la violencia sociopolítica entre 1980-2000

**Personas afectadas** por tortura y sus familiares, familiares de desaparecidos y/o asesinados, desplazados; afectados durante su función policial o militar y sus familiares.

Una misma persona puede ser objeto de varios tipos de violencia intencional. Personas que fueron (“sólo”) testigos de matanzas, arrasamiento de comunidades, muerte de un familiar o vecino, intervenciones violentas en casa, también muestran afectación.

Familiares: pareja, hijos, hijas , nietos, padres y madres del afectado directo son considerados afectados. El sistema familiar está afectado.

El desplazamiento forzado y el ajuste al nuevo entorno pueden ser en sí mismas experiencias traumáticas.



Foto: Comisión de la Verdad y Reconciliación

Es frecuente la cronicidad de los síndromes clínicos con períodos de reactivación.

Diagnósticos más frecuentes: Tr. Depresivos, Tr. De ansiedad, síndromes psicosomáticos, estrés postraumático , duelos especiales. Reactivación de síndromes ansioso- depresivo.

### **Víctimas de tortura (alegada) por funcionarios públicos en la actualidad (2000 - )**

• La prohibición de la tortura fue incorporada al Código Penal peruano en el año 1998. Se entiende como “sujeto activo” **de tal práctica al funcionario o servidor público o**

### **un tercero que actúe con su consentimiento.**

• Se entiende como “tortura”, el infligir dolores o sufrimientos graves físicos o mentales, o aplicar métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o aflicción psíquica, con la finalidad de obtener información, castigar a la víctima, coaccionar o intimidar.

## **Familiares de desaparecidos**

- El familiar de desaparecido sobrelleva un duelo especial que afecta su nivel de funcionamiento psicosocial de manera crónica.
- A pesar de los años, no acepta emocionalmente la muerte del desaparecido. Hacerlo significa “matarlo” para varios de sus familiares.
- Al no haber un ritual funerario o cuerpo para enterrar, el juicio de realidad del familiar no acepta que la persona amada ya no existe; paso indispensable para iniciar un duelo.
- Queda en una especie de limbo afectivo, en el que la esperanza del retorno se convierte en un penar, en un dolor inacabable que empobrece su vida y la de sus vínculos.
- La madre o el padre le piden directa o indirectamente a los hijos sobrevivientes, que sigan buscando al hijo desaparecido. Se crea una gran disfuncionalidad en el grupo familiar.
- La madre, padre o hermanos del desaparecido han pasado por experiencias traumáticas, al haber buscado los restos del deudo entre cadáveres, botaderos, morgues; haber preguntado en cuarteles y soportado la burla o amenazas de los efectivos policiales.
- Para muchos, la búsqueda del desaparecido se convierte en la única razón de su existencia, no teniendo a sus hijos sobrevivientes en cuenta, sino en la medida que contribuyen a la búsqueda.



## Las secuelas biopsicosociales de personas afectadas por VDDHH

Poca paciencia	Ha descuidado su apariencia	Se ha mostrado verbalmente agresivo con otras personas	Tiene deseos de venganza
Le es difícil concentrarse	Evita hablar de la época de la violencia	Le duele el cuerpo por las preocupaciones	Tiene o ha tenido deseos de morirse
Le cuesta recordar cosas o retener ideas	Se ha distanciado de sus familiares	Siente que no vale mucho	Tiene desconfianza de que su situación va a mejorar
Siente miedo de salir de su casa	Tiene recuerdos repentinos de imágenes horribles que ha vivido	Ha perdido el interés por las cosas que hace	Se siente perdido respecto a su futuro
Su sueño es inquieto o no reparador	Siente que ha perdido el cariño por sus familiares	Le cuesta poner de su parte para salir adelante	Ha disminuido su participación en reuniones sociales o de la comunidad
Tiene pesadillas	Tiene desconfianza de las personas que le rodean	Se le dificulta terminar las cosas que empieza	Tiene problemas con el consumo de alcohol
Se siente traumatado	Se ha apartado de sus amigos y vecinos	Puede sentirse violento y tender a agredir físicamente	Se siente irritable

## Indicadores de secuelas psicosociales\*

### Depresivos

Insomnio, ánimo depresivo, apatía, ideas de suicidio, descuido del arreglo personal, resentimiento, llanto, cansancio, disminución en el rendimiento académico, laboral o doméstico, entre otros.

### Ansiedad

Pesadillas recurrentes, dificultades en la atención y concentración, ansiedad, temor a estar solo/a, irritabilidad, poca tolerancia a la frustración, se sobresalta o alarma con facilidad.

\* Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional (MP,2011)

## Disociativos

Amnesia selectiva, amnesia disociativa, reexperimentación del evento violento, desapego emocional, despersonalización.

## Alteración en el pensamiento y la percepción

Evitación de pensamientos, sentimientos o situaciones asociadas al evento violento, o de lo contrario, intrusión de estos produciéndole malestar, alucinaciones, delirios.

## Alteraciones en el control de impulsos que se manifiestan en la conducta

Inhibición del deseo sexual, conducta antisocial, conductas adictivas secundarias, exposición a situaciones de riesgo, atracones, restricción alimentaria, provocación del vómito, conductas hetero agresivas, entre otros.

## Alteraciones en la calidad del vínculo interpersonal

Desadaptación familiar, sumisión, pérdida de confianza hacia personas cercanas, temor, desagrado y/o rechazo al contacto físico, aislamiento, dificultades para establecer vínculos de pareja o con pares.

## Alteraciones en la autovaloración y el propósito de vida

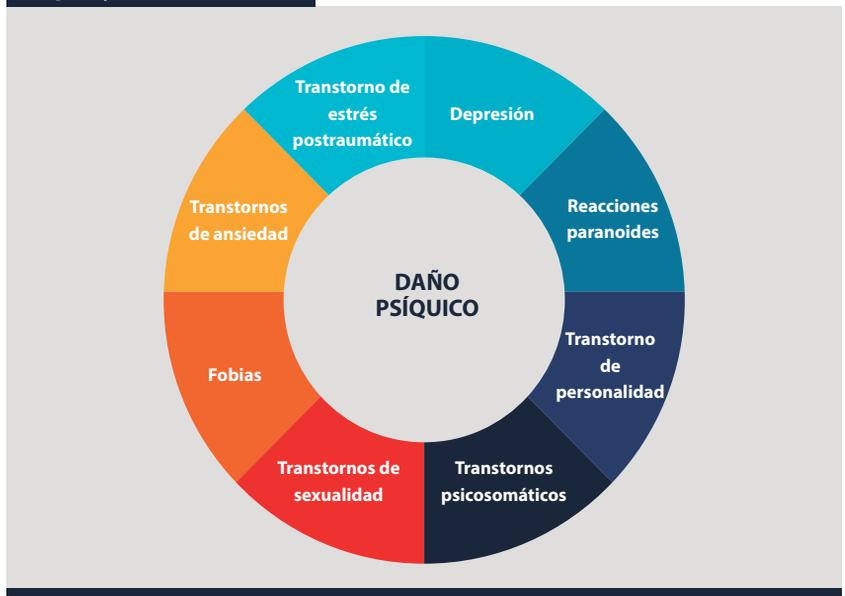
Desesperanza frente al futuro, dificultad en el logro de metas, pérdida del sentido de vida, disminución de la auto eficacia, desvalorización de sí mismo, sentimientos de culpa



# Daño psíquico en personas violentadas intencionalmente

- Afectación y/o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, que puede presentarse de dos maneras:
  - a. como un cuadro psicopatológico codificable
  - b. como un síndrome difuso.
- Condición nueva en el sujeto o incrementa una discapacidad anterior
- Causa una limitación o disminución del funcionamiento biopsicosocial
- Existencia de un nexo causal con un evento violento que es experimentado como traumático
- Puede ser reversible y temporal o crónico y permanente
- Menoscaba el funcionamiento integral previo al evento violento
- Puede ocasionar una alteración del proyecto de vida

## Tipos y consecuencias



# La perspectiva holística o integral del tratamiento de afectados en su integridad física y/o mental

Los enfoques de derecho, psicosocial, género y de interculturalidad son claves en el abordaje de estos casos. El tratamiento a una persona afectada por violaciones a sus DDHH (VDDHH), es integral, y dependiendo de sus necesidades físicas y emocionales, requiere de un equipo de profesionales.

**Una persona que ha recibido tortura requiere uno o varios de los siguientes servicios:**

- Tratamiento médico: evaluación sistémica de síntomas y/o secuelas físicas, derivación por especialidades (ej: otorrino, traumatología, urología, oftalmología, etc.).
- Tratamiento médico - psiquiátrico
- Fisioterapia
- Tratamiento psicoterapéutico (individual, familiar, grupal).
- Acompañamiento de trabajo social.



En caso que no haya secuelas físicas, el tratamiento se focaliza en el trabajo terapéutico y el acompañamiento de trabajo social.

## Pautas en la psicoterapia con personas afectadas por VDDHH

### Pautas básicas

Las investigaciones ( Jiménez, 2007; Lambert 2010) acerca de los procesos de cambio en psicoterapia indican que los factores comunes a todas las diferentes escuelas de psicoterapia son:

1. Establecimiento de un vínculo que asegure privacidad y confidencialidad al afectado/a.

**2.** 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 (lugar, horarios, roles, duración, etc.)

**3.** Una alianza de trabajo terapéutico: el paciente se compromete a asistir y seguir las reglas acordadas y percibe que la terapeuta se ha comprometido en ayudarlo a elaborar sus dificultades

**4.** La co-construcción de nuevos significados acerca de la experiencia traumática vivida, que le den un nuevo auto-entendimiento de sí, de sus relaciones interpersonales y del entorno social.

## Principios terapéuticos



Jaranson (2005) propone los siguientes principios en las personas severamente traumatizadas por VDDHH:

**1.** No hacer daño: tratamientos agresivos pueden exacerbar síntomas o promover descargas afectivas en vez de permitir a la persona contar su historia a su ritmo.

**2.** Enfocar el tratamiento en las necesidades emocionales del paciente.

**3.** Tener un solo profesional en el rol de articulación de los diferentes tratamientos y servicios (ej: trabajador social).

**4.** Tratar farmacológicamente los síntomas más discapacitantes

**5.** Tener en cuenta y brindar servicios a las necesidades físicas, sociales y médicas del paciente.

**6.** No enfocarse en el trauma hasta que los síntomas intrusivos disminuyan y el paciente esté listo.

**7.** Ofrecer terapias de apoyo, cálidas, con continuidad y modelación de emociones.

8. No animar o desanimar el activismo social o político hasta que tenga voluntad y capacidad de hacerlo.
9. Usar grupos de socialización o de soporte (ej: GAM) para establecer el sentido de pertenencia.
10. De tenerlas, apoyar sus creencias religiosas. De no tenerlas, no insistir en el tema.
11. Dejar abierta la posibilidad de regresar al tratamiento cuando le sea necesario.

## Psicoterapia individual con personas afectadas por VDDHH en CAPS

Dirigido a establecer un vínculo interpersonal y confidencial:

- Que le permita una mayor comprensión de su motivo de consulta encontrando nuevos ángulos de entendimiento a su situación-problema, para que encuentre alternativas de solución.
- Que pueda clarificar situaciones, actitudes y emociones, que forman parte de experiencias traumáticas ligadas al conflicto armado o a la situación de violencia intencional vivida (tortura, desaparición, etc.).
- Que le permita realizar una auto-reflexión integradora de relaciones significativas del pasado con el presente.
- Y pueda reorganizar su proyecto de vida

Se le propone 12 sesiones ( 1 vez por semana).  
En la sesión 9 o 10 se evalúa junto al paciente si es que finalizan en la sesión pactada o continúan.

Se puede volver a pactar un número de sesiones estableciendo nuevos objetivos o profundizando en aquellos que fueron los temas en el primer período.

Una vez acordada la terminación, el paciente puede regresar a tomar un número de sesiones en caso de haberse reactivado los síntomas por algún hecho coyuntural.



## Trabajo social

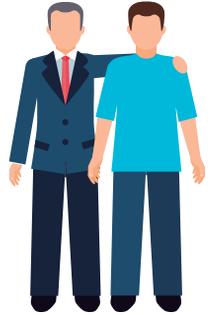
Brinda consejería, orientación social, promueve y facilita las referencias, hace vistas domiciliarias.

Es el profesional de enlace entre los distintos servicios y profesionales involucrados en el tratamiento.

Evalúa las capacidades de auto-cuidado y auto-sostenimiento del afectado así como su red de soporte interpersonal y sus destrezas laborales.

Toma acciones concretas para elevar el nivel de funcionamiento psicosocial de la persona afectada. Ej: facilita acceso a beneficios del SIS, informa acerca de instituciones públicas para el desarrollo de destrezas laborales, ayuda a elaborar un CV, etc.

Funciona con el rol de yo auxiliar, del afectado.







06

FORMACIÓN  
DE AGENTES  
COMUNITARIOS



## Punto de partida

Reconocer que somos agentes externos a la comunidad, poseedores de conocimientos pero conscientes de que nadie conoce mejor la realidad que quien la vive.



La población posee recursos y es protagonista de los cambios y las salidas a la problemática de salud mental y desarrollo en general.



Es necesario establecer puentes culturales, sociales e institucionales entre el CSMC y la comunidad.



## Los agentes de salud mental y DDHH comunitarios

- Tienen la función de establecer puentes culturales, sociales, institucionales.
- Pertenecen a la comunidad, son reconocidos como líderes, gozan de confianza (docentes, estudiantes, personal de salud, autoridades, policías, etc.)



- Poseen valores de respeto al otro y solidaridad, tienen el deseo de ayudar, están atentos a su entorno, quieren mejorarlo y tienen algún tipo de influencia con quienes se relacionan.
- Agencia: capacidad hacia la toma de iniciativas y el compromiso para buscar el bienestar de otras personas y de su comunidad.
- Reconocen y estimulan las capacidades y recursos de las otras personas.
- Cuentan con tiempo para actividades preventivas o promocionales en sus comunidades.

## Sus recursos

### Agentes naturales de salud mental

- Saber escuchar
- Empatía, asequibles, saben llegar a las personas
- Conocen a la población, respetan sus costumbres y reglas internas

### Experiencia y conocimientos propios que la formación potencia y afina

- Ser discreto, reflexivo sensible a las necesidades de los demás
- Respetuoso de las diferencias, democrático y autoreflexivo

### Promotores de cambio y prevención

- Mediadores, conciliadores ante conflictos, estrategias para la solución de problemas
- Sensibiliza, previene problemas
- Trabaja en redes, propone iniciativas de salud mental

## Metodología para la formación de los agentes comunitarios

- Incentivar el uso de la propia experiencia, la palabra de cada quien, su memoria e iniciativas.
- Promover compromisos y acuerdos (de convivencia) propuestos por los participantes.
- Reforzar que los actores principales de toda intervención son los miembros de la comunidad.
- Los facilitadores transfieren información y animan a incorporar la perspectiva de salud mental comunitaria.
- Integrar tres elementos en la formación.
  1. *Adquisición de nuevos conocimientos*
  2. *Reflexión de la práctica como promotores (cómo se relaciona con la población, qué herramientas usa)*
  3. *Un espacio para entender sus propias experiencias.*
- Valorar y respetar sus propios contenidos culturales , promover el diálogo intercultural entre la cultura de los participantes y la del equipo facilitador.

## Secuencia de contenidos formativos

Los talleres pueden estar organizados en 3 series de talleres:

### 1. Relacionados al autoconocimiento

Reconocer los problemas que más les afectan responde al cómo estamos, cómo nos sentimos, qué nos preocupa. Mirar al interior de uno mismo, de la familia, la comunidad,

### 2. Relacionados con el tema de la violencia predominante a la que están sujetos

Ej.: violencia de pareja: "Violencia: factores de riesgo, factores protectores"; "Las etapas de cambio".

### 3. Recursos para intervenir y referir casos al CSMC y otras instituciones locales

Ej.: Saber escuchar, no criticar, conocer las instituciones locales a las que se pueden referir casos.







**07**

TRABAJO  
EN  
REDES



## ¿Qué son las Redes?

Estrategia de vinculación, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociarse para complementar esfuerzos, compartir experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Asimismo, es vista como un agente articulador de sinergias y lenguajes entre los sectores de la sociedad civil, empresarial y gubernamental, que busca generar entendimientos y procesos de desarrollo, para la sostenibilidad de la sociedad.

## ¿Qué son redes sociales?



Es el vínculo de organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas en función de un objetivo común y sobre la base de normas y valores compartidos.

También puede ser un conjunto de personas que representan a organizaciones e instituciones que establecen relaciones.



Las redes sociales permiten generar relaciones de colaboración, poner en común recursos, desarrollar actividades en beneficio de los participantes, ampliar y estrechar vínculos, crear sentido de pertenencia, socializar conocimientos, experiencias y saberes, reconstituir la confianza social y establecer relaciones de intercambio y reciprocidad.

## Objetivo del trabajo en redes en la comunidad

Contribuir en el desarrollo de una organización comunitaria, más interconectada y más sensible a los cambios de su entorno y de sus condiciones de vulnerabilidad social y ambiental, y con un mayor compromiso con alternativas de cambio y de desarrollo que le permitan reducir su nivel de pobreza y alcanzar una mejor calidad de vida.

## ¿Para qué sirven las redes?

Para sostener un proceso de integración comunitaria mayor en torno a problemas comunes. Para propiciar diálogos problematizadores y de integración comunitaria.

Cuando se habla de integración de todos los actores de la comunidad se piensa en todos los componentes, ya sean institucionales, jurídicos o físicos.

**Para intervenir sobre la red de la comunidad es necesario reconocer a los actores claves que existen en ella.**

## ¿Qué es un actor clave?

Los actores claves son el conjunto de organizaciones, instituciones y personas (con nombre y apellido) que intervienen en algún momento específico en la toma de decisiones, o ejercen influencia sobre asuntos públicos y de interés general en el espacio de intervención en el que nos desenvolvemos.

## Los Actores Sociales

1. Son individuos o grupos sociales que expresan un conjunto de necesidades, intereses y expectativas, lo que les brinda una identidad por la que se autoreconocen.
2. Tienen una institucionalidad y permanencia en el tiempo.
3. Poseen capacidad de propuesta.
4. Establecen relaciones con otros, con su medio y desarrollan acciones que transforman su entorno y su propia vida.



## Los actores sociales en las intervenciones comunitarias

Son personas, grupos o instituciones importantes y que influyen directa e indirectamente en la vida comunitaria.

También son llamados **decisores** y se les define como aquellos que pueden influir significativamente, o son importantes en el paraqué de la gestión de una intervención.

Son las organizaciones o personas que son afectadas por las intervenciones comunitarias y que tienen algún grado de influencia sobre ella manifestando algún interés en el éxito o fracaso de su gestión.

### ¿Quiénes son los actores sociales?

En el reconocimiento de los actores sociales se debe establecer



## Por su tipo de influencia en la toma de decisiones

### Actores políticos

Son todas aquellas personas que ocupan un cargo público o que tienen funciones y obligaciones emanados del Estado con atribuciones legales para tomar decisiones.

### Actores sociales

Son todas aquellas personas o los diferentes miembros que conforman una agrupación social en un contexto comunitario también son conocidas como organizaciones de la sociedad civil que en algún grado tienen influencia en las decisiones que toman los actores políticos.

## Actores económicos

Son todas aquellas personas o agentes productivos grandes, medianos o micro.



## Por el tipo de acción que realizan

### Actores del sector público

- Actores de Entes Gubernamentales.
- Actores de Instituciones y organizaciones de Salud, Educación, Población Vulnerable, Justicia, Producción, etc. (Empleados o instituciones públicas en general)
- Actores de organizaciones sociales comunitarias.
- Líderes sociales y de opinión.
- Ubicados en las instituciones y organismos locales públicos.

### Actores del sector privado

- Actores del Sector Empresarial.
- Actores de Organizaciones e instituciones Privadas.
- Actores de la Sociedad Civil.
- Actores de medios de comunicación.
- Personas y grupos comprometidos con el desarrollo local y que asumen un grado de responsabilidad y compromiso.

## Posición de los actores

Cada actor social puede asumir alguna de las siguientes posiciones:

### Colaborador

Cuando evidencia una actitud de apoyo con la gestión del proyecto, participando de las actividades que se realizan.



### Neutro

Cuando muestra desinterés, evitando manifestar opinión respecto a la labor del proyecto.



### Opositor

Cuando evidencia actitud contraria al proyecto estableciéndose en ocasiones relaciones conflictivas.

## Una manera de clasificar a los actores

Las partes interesadas directas o de mayor influencia (miembros de la institución, beneficiarios, otros)

Las partes interesadas indirectas, vale decir, aquellas organizaciones e individuos dentro de la esfera de influencias del contexto (población, ONG's, Comunidades, otras instituciones)

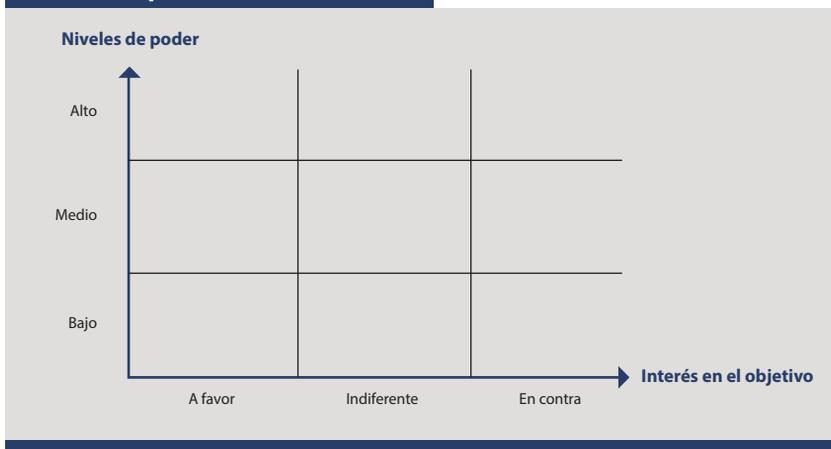
### Principales aliados estratégicos



## Posición de los actores (Comunidad Cruz de Mayo)

Institución Organización	Actor estratégico	Tipo	Posición	
			Calificación	Intensidad
Junta directiva	Presidente			
	Tesorero			
	Vocal			
Instituciones	Parroquia Cristo Liberador			
	Comisaría			
	Centro de salud Cruz de Mayo			
	Colegio nacional 0801			
OSB's	Comité Vaso de leche			
	Asociación Juventus			
	Comedor popular Mayinas			

## Matriz de posición de los actores



# Pasos para determinar una red social

Una vez identificado los actores claves en la comunidad se debe observar:

## 1. Los nodos

Puntos o lugares de la red (personas, grupos, instituciones) en los cuales confluyen de manera estable los lazos o hilos de la red (recursos, relaciones e interacciones).

## 2. Los vínculos

Los constituyen todos los tipos de relaciones existentes entre los nodos de una red social. Se caracterizan por ser:

**Persistentes:** Duraderos en el tiempo.

**Recíprocos:** En ambos sentidos entre los nodos conectados.

**Prevalentes:** Es decir, más significativos que otros que se estén dando al mismo tiempo en la misma red. Figura de redes, nodos y vínculos.

# Clasificación de las redes sociales

## Redes Sociales Primarias

“...Las redes primarias componen la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad...” (Sluski 1996).

Por lo tanto las redes primarias están conformadas por:

- Familia
- Familia Ampliada
- Amigos
- Colegas
- Vecinos



En las redes primarias encontramos tres grupos:

**Un círculo interior de relaciones íntimas**, tales como(;), miembros de una familia nuclear o ampliada.

**Un círculo intermedio de relaciones personales** integrado por amigos y familiares intermedios.

**Un círculo externo de relaciones ocasionales**, caracterizado por un menor grado de compromisos, sin intimidad, formado por relaciones laborales, vecinos, etc.

## Redes Sociales Secundarias

En estas redes se distinguen dos grupos:

**En primer lugar**, uno más próximo a las redes primarias, pero cuyas relaciones se establecen con características más periféricas respecto a la relación. En ellas encontramos:

- Grupos recreativos.
- Relaciones comunitarias y religiosas.
- Relaciones laborales o de estudio.

**En segundo lugar**, están las “redes institucionales”, que se encuentran en el sistema externo. Estas redes están conformadas por personas que pertenecen a las instituciones y que brindan servicios (educación, de salud, bienestar social, etc.)



Las redes institucionales se definen como organizaciones gestadas y constituidas para cumplir con objetivos específicos que satisfagan necesidades particulares del sistema usuario; necesidades que son puntuales y deben ser canalizadas dentro de organismos creados para tales fines.

# Tres Modelos de Intervención en redes

## 1. Partiendo del caso; el modelo egocéntrico

Centrado en la labor clínica o egocentrado (en un sujeto). Orientado al mejoramiento de la red social de una persona afectada por un estresor social.



## 2. Red de redes; la comunidad

Centrado en el funcionamiento de la comunidad y más específicamente de los servicios. Favorece la mayor responsabilización de la comunidad local a favor de las personas. Se enfoca en los propios recursos de la comunidad.

Promueve capacidad y desarrollo de potencialidad de una comunidad en el enfrentamiento de un problema existente, favoreciendo el nacimiento y desarrollo de lo comunitario.

Su base es la participación y el empoderamiento. El trabajo extramuros se enfoca en esta perspectiva.

## 3. La red secundaria; el servicio y la organización

Referido a la coordinación entre operadores sociales. Desarrollo de estrategias que favorecen la conexión y la organización entre un grupo de organizaciones de manera formal e informal.



## Valores de las redes sociales



El trabajo en red no se limita a verificar cuáles son los recursos de la comunidad, tanto primarios como secundarios e institucionales, que están presentes en cada caso, por el contrario, estimula mecanismos que crean vías de contacto entre cada uno de los miembros de la red, facilitando la interconexión.

### **Nos permiten:**

- Una forma de maximizar nuestro trabajo.
- Una estrategia de intervención social.
- Una manera de multiplicar nuestros esfuerzos.
- Un espacio de trabajo donde se potencia el intercambio y se reciclan experiencias.

### **Con la finalidad de:**

- Incrementar el intercambio de información.
- Potenciar la capacidad asociativa para producir resultados.
- Fortalecer los recursos de cada unidad que la integra.
- Actuar sinérgicamente como un todo aprovechando y completando los recursos de cada uno.





**08**

CUIDANDO  
DE UNO  
MISMO



## Impacto del acompañamiento en los cuidadores

- La exposición indirecta a eventos traumáticos, puede generar en los cuidadores el mismo o similar impacto como si estuvieran expuestos a la situación real.
- Se puede experimentar dificultades para manejar las emociones, sensación de angustia, desesperación, miedo, etc.
- Problemas en las relaciones interpersonales.
- Presentar problemas físicos, como dolores en distintas partes del cuerpo.
- Dificultades para tomar decisiones.
- Negligencia para cuidar de sí mismo (no dormir, comer, no descansar, etc.)



### Contaminación emocional

- Hay exceso de implicación personal del profesional, respecto a la persona que atiende.
- No puede separar los vínculos laborales y profesionales, de los amicales.

### Sobreidentificación

- El profesional se identifica con la persona que ha sufrido. Busca solucionar sus problemas y no frustrarlo en sus demandas.
- Hay tendencia a resarcir los daños vividos.

### Sensación de fracaso

- Sentimientos de frustración cuando no se concretan acuerdos que llevan al fracaso de las acciones propuestas, no se logran resultados esperados.
- Hay desgano, apatía, escepticismo, evitación. Esto resta efectividad a las acciones que se realizan.

### Imposibilidad de decir no puedo / Rol de héroe

- Dificultad para poner límites, que lleva a la sobrecarga emocional y/o de tareas.
- Subjetividad heroica, el profesional es "objeto de servicio", necesita de la víctima para continuar en su rol heroico.

## Traumatización secundaria

- Se desarrollan los mismos síntomas que las personas a las que se ayuda
- Hiperactividad, evitación, distanciamiento, pesadillas

## Fatiga por compasión / Desgaste por empatía

- Afecta a quienes están muy expuestos pero no trabajan de manera exclusiva con el trauma.
- Agotamiento excesivo, la persona se siente extenuada, desmotivada, desmoralizada, aburrida, desesperada.



### No olvides que

No puedes  
hacerlo todo

No eres  
responsable de  
todo lo que  
sucede

Puedes pensar  
con otros,  
compartir la  
tarea

## ¿Qué podemos hacer para cuidarnos?

**Cuidado físico:** ejercicios, relajación, meditación, mantener una nutrición saludable, evitar el consumo de alcohol, tabaco etc.

**Cuidado emocional:** buscar espacios para la expresión de los sentimientos (terapia personal, actividades artísticas, creativas etc.). Mantener y fomentar los espacios y vínculos sociales, que brinden soporte emocional.



**Cuidado familiar:** propiciar espacios familiares de comunicación, y esparcimiento.

**Cuidado laboral:** Reconocer los límites personales, y poder comunicar estos a sus superiores y compañeros; tener compañeras/os en quienes apoyarse en el logro de tareas; tomar vacaciones y días de descanso.

## Espacios estructurados

- Sesiones de autocuidado
- Supervisión de casos
- Grupos de ayuda mutua de cuidadores
- Capacitación



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro de Atención Psicosocial (2004). Herramientas para la atención de salud mental comunitaria. Material de capacitación.

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

Centro de Atención Psicosocial (2016). Estudio piloto sobre las intervenciones psicosociales con personas afectadas por tortura, violencia política y violencia basada en género. Lima: Laymar.

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

Grupo de Trabajo de Salud Mental de la CNDDHH (2006). Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Lima: Proyecto Amares .

Jiménez, J. (2007). Can research influence clinical practice? *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 661-669.

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.

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 de Salud (2011). Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud (2012). Lineamientos para el acompañamiento psicosocial a familiares de personas desaparecidas. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud (2018). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud (2016). Lineamientos para la salud mental a personas afectadas por la violencia durante el período 1980-2000. Lima: MINSA.

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). La salud mental: un estado de bienestar. Recuperada de [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).

Quiroga, J.; Jaranson, J. (2005). Politically motivated torture and its survivors. *Torture*. 16, 2-3; 1- 112.

Yovana, P.; Jibaja, C. (Ed) (2009). De la clínica a la salud mental comunitaria. Apuntes del trabajo comunitario en salud mental en seis regiones del país. Lima: Editorial ROEL.

 **(51)(1) 462 1600 – 462 1700**

 **psico@caps.org.pe**

 **caps.org.pe**

Esta publicación fue realizada por



Proyecto

“Fortalecimiento de la prevención, judicialización y rehabilitación  
en casos de tortura y violación sexual en el Perú”

Socio del Proyecto



Financiado por



Unión Europea