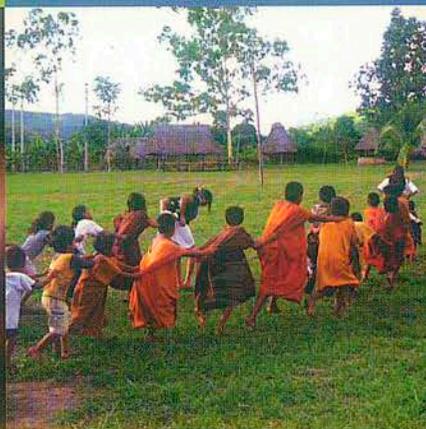
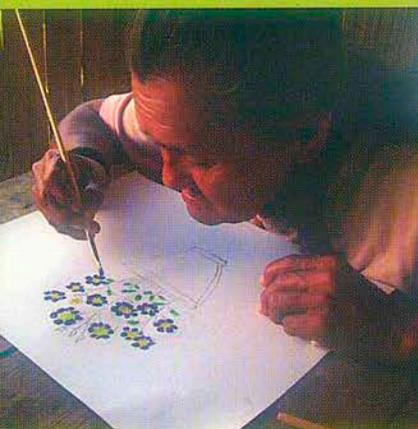


# De la clínica a la salud mental comunitaria



**Apuntes del trabajo comunitario en salud mental  
en seis regiones del país**

Yovana Pérez y Carlos Jibaja  
Editores



# De la clínica a la salud mental comunitaria

Apuntes del trabajo comunitario en salud mental  
en seis regiones del país

Yovana Pérez y Carlos Jibaja

Editores

## De la clínica a la salud mental comunitaria

Apuntes del trabajo comunitario en salud mental  
en seis regiones del país

CAPS

Centro de Atención Psicosocial

Calle Caracas 2380, Jesús María. Lima 11

Teléfonos: (51-1) 462 1600 / 462 1700

Fax: (51-1) 261 0297

e-mail: [psico@caps.org.pe](mailto:psico@caps.org.pe)

[www.caps.org.pe](http://www.caps.org.pe)

© Todos los derechos reservados

Diseño y diagramación: Miriam De la Cruz Ramírez

Corrección de estilo: María del Carmen Raffo

Impresión: Editorial ROEL S.A.C.

Tiraje: 500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-09477

Julio, 2009

Esta publicación se ha realizado gracias a la ayuda del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Todas las opiniones vertidas en este documento reflejan exclusivamente la opinión del Centro de Atención Psicosocial, y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID.

## AGRADECIMIENTOS

*Este libro no hubiese podido escribirse sin la confianza que depositaron en nosotros los hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes de las comunidades, organizaciones y de las localidades en las que el proyecto intervino. Reciban ellos nuestro más caluroso agradecimiento por habernos hecho partícipes de sus historias, su dolor, esperanzas y anhelos.*

*A las instituciones contrapartes ODEH, CODHAH, APORVIDHA, EMAÚS, IDL, COMISEDH, por su apertura a lo interdisciplinario, por la cálida acogida a nuestra propuesta y por la disposición a hacerla propia.*

*Una mención especial merecen los profesionales que trabajaron en el proyecto quienes no escatimaron esfuerzos ni tiempos para hacerle frente a esta tarea. Su compromiso y empeño generaron procesos que excedieron, a veces, nuestras expectativas. Les agradecemos su valiosa contribución y sabemos que donde quiera que estén en el futuro tendrán una voz autorizada y meritoria en los temas de Salud Mental y Derechos Humanos.*

*Agradecemos a todo el personal del CAPS, a los terapeutas supervisores por su pasión y entrega, a los miembros del Área de Monitoreo y Evaluación por sus pertinentes retroalimentaciones, y al resto de los colegas que, aunque no hayan participado directamente en la experiencia, nos enriquecieron y apoyaron con sus comentarios y observaciones.*

*A todos los colaboradores externos: Rosa María Cueto, Leopoldo Caravedo, Mabel Luna y Jenny Tokashiki; gracias por los espacios de asesoría y por las recomendaciones oportunas.*

*Agradecemos finalmente a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Perú) por haber depositado su confianza en nuestra institución.*



# Índice

Prólogo	7
Introducción	11
<b>Capítulo 1</b>	<b>15</b>
“La salud mental comunitaria”	
Generando nuevos espacios subjetivos, grupales y comunitarios	16
Los Núcleos de Salud Mental: Una propuesta de trabajo comunitario	28
<b>Capítulo 2</b>	<b>37</b>
“Las intervenciones de salud mental comunitaria en las regiones”	
2.1. Región Ayacucho	39
Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Ayacucho	40
Construyendo vínculos	54
Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Ayacucho	60
2.2. Región Cuzco	69
Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Cuzco	70
Intervención Comunitaria: Aprendiendo a ayudar	82
Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Cusco	89
2.3. Región Huancavelica	99
Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Huancavelica	100
Interculturalidad en las Acciones de Salud Mental	111
Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Huancavelica.	119

2.4.	Región Huánuco	129
	Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Huánuco	130
	La Biblioteca-Ludoteca en Acomayo: Un espacio diferente en el corazón de los niños	141
	Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Huánuco	147
2.5.	Región Junín	157
	Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Junín	158
	Descubriéndonos: Experiencia de trabajo en Salud Mental durante los años 2006 y 2007 en Hualashuata, Chilca, Huancayo	167
	Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Junín	174
2.6.	Región Puno	187
	Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Puno	188
	Encuentro, caminos y horizonte: Una labor desde Emaús	198
	Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Puno	202
	<b>Capítulo 3</b>	<b>207</b>
	“Monitoreo y Evaluación del Proyecto”	
	Síntesis de los procedimientos del programa de monitoreo y evaluación durante el proyecto	208
	Lecciones Aprendidas durante el proyecto	216
	Anexos	223

## Prólogo

¿El trabajo en salud mental comunitaria es exclusivo de los profesionales de la psicología?

Considero, tal y como se refleja en este libro, que este trabajo no es exclusividad de los profesionales sino que debe incluir a numerosos actores, los cuales aportan sus conocimientos, prácticas y visiones del mundo. En las comunidades rurales latinoamericanas los promotores de salud, curanderos tradicionales, guías espirituales, comadronas... pueden promover la salud mental de las poblaciones.

Sin embargo desde el ámbito de la psicología se requiere, de parte de sus profesionales, un compromiso ético y político si cabe mayor, ya que la psicología ha dedicado mucha atención a los procesos de sumisión, obediencia y conformismo, ha dedicado numerosos trabajos a la psicología del dominador, mientras que en menor medida ha contemplado el proceso desde la perspectiva del dominado. Para superar este enfoque la psicología social en Latinoamérica intenta partir de la realidad política, económica y social de estos países, para así aportar elementos que contribuyan a superar la realidad de exclusión, racismo y violencia presente en la historia de los pueblos de la región.

El trabajo en Salud Mental Comunitaria implica tener una visión que trascienda más allá del binomio salud - enfermedad y más allá de las personas concebidas como entes individuales. Nos refiere a la idea de *“... una dimensión de las relaciones entre personas y grupos, más que un estado individual; aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes).”* Martín Baró plantea que al hablar de Salud Mental, nos referimos a un proceso en constante crecimiento, con sus dinámicas individuales y colectivas, que se da en un momento histórico determinado, en el que se considera a la persona como un todo: su ser biológico, sus vivencias, sus relaciones afectivas y su ser social. Esta situación está profundamente ligada a la realidad histórico-social concreta que viven los pueblos.

La Salud Mental tiene que ver con las relaciones sociales, la interacción entre el individuo y el medio social y político, con la realidad en la que viven las personas y las injusticias a las que son sometidas. Se entiende al individuo en su contexto y al contexto en función de los individuos, como un todo indisoluble y en constante diálogo. En esta idea los acontecimientos en la vida de las personas y sociedades se ven interrelacionados, así como los elementos psicológicos y sociales están conjugados de modo que no existen unos sin la influencia del otro.

El trabajo de Salud Mental con poblaciones que han sufrido violencia política debe conectarse indisolublemente a la vigencia del respeto a los Derechos Humanos, a la libertad, la verdad, la justicia, y la participación ciudadana. Y debe estar presente en nuestro trabajo el vínculo comprometido con las vivencias de las personas. En estas poblaciones las reacciones psicosociales son normales ante situaciones anormales. Es necesario entender las vivencias de las personas en la realidad de la violencia política, lo que ésta tuvo y tiene de ruptura en la historia, cultura y vida de los pueblos. Las situaciones vividas por la violencia política no están desconectadas del contexto histórico-social que ha vivido las poblaciones, ni de aquellas que surgen de otras fuentes de la desestabilización social, como la pobreza endémica.

Es por ello que en contextos latinoamericanos el trabajo en Salud Mental tiene que ver con la idea de una construcción de una sociedad distinta, basada en el respeto de los Derechos Humanos y en la que los elementos de Verdad y Justicia sean partes de la misma. No hay que olvidar que en los pueblos latinoamericanos que han vivido y sufrido la violencia política, la población indígena ha sido uno de los grupos más afectados, tal es el caso de Perú y Guatemala, por ejemplo. Ante este hecho mucho del trabajo en Salud Mental que se realiza es con esta población.

Este hecho ha generado que planteamientos académicos que aprendimos en las universidades choquen con la realidad de las poblaciones indígenas, a la que la ciencia psicológica se ha aproximado tímidamente.

El acercamiento de profesionales de la psicología a contextos culturales y sociopolíticos que en muchos casos nos son ajenos, siempre genera dinámicas que nos hacen reflexionar de nuestro quehacer. En muchos contextos la distancia del contexto urbano capitalino y el contexto rural indígena no se establece en kilómetros, sino en relaciones históricas desiguales y en muchos casos, en la resistencia por nuestra parte de establecer un contacto de iguales.

El respeto a los sistemas culturales locales es uno de los grandes conflictos que se afronta en el trabajo en Salud Mental. Los/as psicólogos/as con formación occidental, partimos desde nuestra propia matriz ética cultural, y nos enfrentamos a una cultura con valores, conocimientos, formas de entender la vida y a los otros, distinta a la nuestra.

El gran reto para el trabajo en Salud Mental Comunitaria con personas indígenas, al igual que en el trabajo en otros contextos, consiste en adecuar nuestra visión y quehacer del trabajo a la realidad de los otros, buscando la pertinencia étnico-cultural de nuestros abordajes. Siempre debemos partir de los significados e interpretaciones que las personas hacen de su realidad, desde su visión del mundo. Y el esfuerzo por encontrar un punto común debe ser en gran medida nuestro, ya que los conceptos psicológicos occidentales han abonado la globalización de la cultura occidental y cada vez se encuentran más presente como conocimiento categórico, en detrimento de otros conocimientos locales.

Las intervenciones deberán tomar en cuenta el contexto global de las poblaciones afectadas, esto significa intervenciones que reconocen que cada situación es única y que los conocimientos locales son cruciales. Desde esta visión hay que hacer todos los esfuerzos para evitar la negación o desconocimiento de los recursos colectivos existentes y que podrían y deberían ser puestos en marcha en el trabajo en Salud Mental Comunitaria.

La modificación en la percepción de control de su vida ha estado y está muy presente en la violencia política ejercida sobre los pueblos. La incertidumbre de lo que puede pasar, los acontecimientos vividos sin que las personas puedan hacer casi nada para evitarlos, la indefensión, la impotencia, etc., son situaciones que las víctimas de las violencias políticas han vivido durante mucho tiempo. Es por ello que el trabajo en Salud Mental Comunitaria debe venir determinado por el marco cultural en que se desarrolla y se debe tener presente los factores de dignidad y fomento del control sobre la propia vida.

*Susana Navarro García*

Guatemala, 9 de junio 2008



## Introducción

El título de este libro: *“De la clínica a la Salud Mental Comunitaria”* intenta sugerir el desarrollo metodológico de las intervenciones de Salud Mental del CAPS que partieron del quehacer clínico con afectados por la tortura y la violencia política, que transitaron por la realización de experiencias clínicas con un enfoque psicosocial en el ámbito urbano-marginal y comunitario, y que culminaron con una propuesta y ejecución de un programa de Salud Mental Comunitaria en varias regiones del país.

Esta publicación refleja las experiencias desarrolladas en el proyecto “Acciones de Prevención y Atención de la Salud Mental y los Derechos Humanos en el Marco del Programa Integral de Reparaciones”, ejecutado por el CAPS (junio 2004 marzo de 2008).

La primera etapa de dicho proyecto estuvo abocada al trabajo clínico psicosocial del CAPS. Se realizó en el local central de la institución, en el Penal de Mujeres de Máxima Seguridad de Chorrillos, en el Cercado de Lima, en San Juan de Lurigancho, en asentamientos humanos de Ate-Vitarte en Lima y en las ciudades de Huánuco y Chimbote. Se atendieron a 600 afectados por violencia política: adultos, niños y adolescentes en diversas modalidades clínicas: psicoterapia individual, consejería, psiquiatría, fisioterapia, jornadas de dinámicas grupales, talleres terapéuticos, entre otros. Asimismo, a través del fortalecimiento de cuatro redes de Salud Mental y Derechos Humanos en las regiones de Ayacucho, Cusco, Huánuco y Junín, se capacitaron 836 profesionales y promotores en estos temas.

La siguiente etapa del proyecto –que es la que específicamente relata este libro– implicó trasladar el foco de la intervención desde la Salud Mental de los afectados por violencia política de áreas de atención urbanas, al trabajo en comunidades y capitales de provincia. En septiembre de 2005 se realizó el taller *“Hacia la construcción de un modelo de intervención clínica con enfoque comunitario para la atención de las secuelas psicosociales de las personas afectadas por violencia política”*, el que contó con la participación de profesionales de la Salud Mental y los Derechos Humanos de las cuatro redes regionales e instituciones con experiencia en el tema. En este contexto se remarcó la importancia de variables como: el contexto cultural y el predominio del idioma quechua de la mayoría de las personas atendidas; lo psicosocial y las estrategias de sensibilización e incidencia en el tema de reparaciones; la adecuación de las modalidades psicológicas de atención al trabajo de las comunidades y la conformación de equipos multidisciplinarios; la profunda desconfianza en las comunidades con relación a los elementos foráneos a ella; la necesidad de contar con un programa

de monitoreo y evaluación y un sistema de reporte administrativo eficiente así como la formación profesional del grupo de supervisores-terapeutas del CAPS comprometidos con la propuesta del proyecto. Variables importantes a tomar en cuenta, entre otras, para el diseño e implementación de este último.

Las acciones de la fase comunitaria—que se inició en enero de 2006 y continuó hasta marzo de 2008— se desarrollaron en seis regiones del país: Huánuco, Junín Ayacucho, Huancavelica, Cusco y Puno, tanto en las ciudades como en diversas comunidades campesinas fuertemente afectadas por la violencia política y con escaso acceso a servicios de Salud Mental. Nuestra apuesta final era que las personas, los pobladores, contaran con capacidades instaladas y recursos que permitieran darle continuidad a las acciones futuras de promoción de la Salud Mental, apuesta que cobró forma en la creación de equipos de promotores comunitarios o de Núcleos de Salud Mental Comunitaria (NUSAMES) en cada una de las localidades.

El proceso de formar y fortalecer grupos de agentes comunales constituyó un reto importante para nosotros y nos demandó un tiempo previo de análisis y de toma de decisiones sobre las estrategias más adecuadas para encaminarlo. La principal disyuntiva que se nos planteó en un inicio fue la siguiente: ¿la labor de promoción de la Salud Mental debería estar a cargo de instituciones locales que estén obligadas a hacer alguna labor afín o más bien debería delegarse en pobladores motivados que, aunque no pertenecieran a ninguna instancia formal en la comunidad, pudieran sostener un trabajo de esta índole?

Optar por una u otra alternativa implicaba diseños y maniobras de intervención diferentes. El primer camino, el institucional, comprendía más que nada conformar y fortalecer redes o mesas de trabajo entre instituciones que tuvieran disposición para realizar acciones comunitarias de Salud Mental. Así, cada una de estas instancias desde su propia especificidad, podría aportar su experiencia e iniciativas en la materia y entre todas acordarían uno o varios programas de trabajo. Esta elección se sustentaba fundamentalmente en la necesidad de involucrar de mayor manera a aquellos actores que ya tenían la responsabilidad previa de velar por la salud de la población y también, en la idea de que impulsar la creación de nuevos equipos o actores encargados de incidir en la Salud Mental, podría fomentar la duplicación de acciones y restarle impacto a la labor de las instituciones que están en la obligación de hacer una labor como ésta.

La segunda alternativa, la de generar equipos de promotores que emerjan de la misma población, implicaba convocar a individuos que previamente se habían sensibilizado en los espacios de atención terapéutica, demostrado sus habilidades de liderazgo y sensibilidad para este tipo de tarea y que contaran con el respaldo y respeto de la comunidad. Los futuros promotores podían pertenecer a instituciones y ser autoridades, pero el criterio fundamental estaba ubicado en su motivación y actitud. Esta vía conllevaba, más que fomentar la articulación de

redes de trabajo, la conformación de un grupo relativamente pequeño que definiera una actividad concreta de promoción a realizar, que consolidara una identidad colectiva con principios, roles, organización interna y programas de acción y que, desde su labor circunscrita, pudiera luego ir abarcando otros espacios y otras metas más amplias de trabajo. A su vez, los equipos debían estar involucrados en los espacios comunales de toma de decisiones, integrar su quehacer en los programas y proyectos comunitarios y articularse a las instituciones existentes para trabajar de manera coordinada.

Este camino, tan válido como el anterior, tenía su asidero en una realidad concreta: en muchas localidades las instituciones no se comprometen a fondo con la problemática de la Salud Mental, el personal de las instituciones públicas o de ONGs rota generando una discontinuidad en las acciones y programas y sobre todo, no siempre cuentan con la confianza y credibilidad de la población. Fue así que decidimos optar por la segunda elección y promover estos pequeños Núcleos de Salud Mental compuestos por personas comprometidas, con la capacidad de aliarse a aquellas entidades que sí pueden responder a un llamado como el que hacíamos y permanecer en sus localidades velando, desde su propia calidad de sujetos o de ciudadanos, por el bienestar emocional de su entorno.

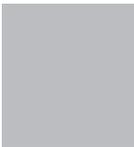
Para ello ya existía un camino recorrido; los equipos profesionales habían identificado previamente a personas que podían calificar para ser promotores, muchas de ellas gobernantes, maestros, personal de salud pero también amas de casa, integrantes de organizaciones de base o miembros de agrupaciones de afectados. Todos igualmente comprometidos y con vocación para la tarea. La convocatoria, formación y consolidación de estos grupos fue un proceso arduo y no exento de dificultades y retrocesos, pero también plagado de satisfacciones y éxitos.

Una amplia descripción de dicho proceso se expone en esta publicación que hoy ofrecemos al público interesado. En ella encontrarán, por cada zona, dos artículos: el primero redactado por los terapeutas supervisores del CAPS quienes acompañaron a los profesionales de las regiones, ya sea en los muchos viajes que hicieron, como de manera virtual a través del chat, mail y teléfono. Estos escritos tienen un formato de memoria institucional y narran la experiencia en base a los distintos ejes que la misma abarcó: clínico, comunitario, supervisión, trabajo con redes etc. El segundo, redactado por los profesionales regionales, tiene un tinte más vivencial y recoge las reflexiones que el trabajo con las personas y comunidades afectadas les ha suscitado. Al final de cada capítulo se incluyen los reportes que el Programa de Monitoreo y Evaluación ha elaborado por cada una de las regiones y que recoge un análisis del trabajo en general en base a entrevistas, encuestas y otros instrumentos de medición realizadas a los beneficiarios, profesionales y actores relevantes de las localidades.

Las experiencias que se han podido recoger y comunicar en este libro son representativas de lo que buscamos lograr en este proyecto: los cambios que han sucedido con las personas y comunidades que fueron parte del proyecto. Es por esta razón que el libro también incluye varias fotografías de las actividades realizadas, pues muchas veces las imágenes pueden comunicar otros matices afectivos y para-verbales que un texto con palabras no puede transmitir. Y también como una forma amable de invitarlos a leer no sólo los diferentes artículos, cuadros y reportes que constituyen el narrativo del libro, sino las expresiones de los protagonistas de estas experiencias que en su deseo de recuperar su Salud Mental alterada por la violencia política y social vividas en nuestro país, abrieron sus vidas e hicieron suya, en mayor o menor proporción, la propuesta.

# **Capítulo 1**

## **La Salud Mental Comunitaria**



## **Generando nuevos espacios subjetivos, grupales y comunitarios**

*Carlos Jibaja*

El Centro de Atención Psicosocial (CAPS) se inició atendiendo a los afectados por violencia política en 1994 a través de diversas modalidades de trabajo clínico con un enfoque psicosocial, como la psicoterapia individual de adultos, niños, niñas y adolescentes, terapia de pareja y familia, así como dinámicas grupales con asociaciones de afectados; intervenciones que hasta la actualidad continuamos realizando. Gradualmente, el trabajo en el consultorio se fue ampliando al trabajo clínico en asentamientos humanos de Lima, el Penal de Mujeres de Chorrillos y a través de los viajes de atención a las ciudades de Huamanga, Huánuco y Chimbote para realizar jornadas de dinámicas grupales con asociaciones de afectados por la violencia política.

Hay dos antecedentes en el trabajo de campo realizado por el CAPS que cabe destacar. Los llamados “viajes de atención” y el acompañamiento psicosocial durante los procesos de exhumación realizados por la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR). La experiencia de los viajes de atención (1999-2005) nos brindó la oportunidad de trabajar terapéuticamente con los afectados en sus localidades. La modalidad consistió en una intensa jornada de varias dinámicas grupales durante dos días, con una frecuencia promedio de 8 viajes al año, y con una duración variable para toda la intervención de uno a cuatro años. Para ello, contamos con el apoyo de organizaciones locales de Derechos Humanos que pudieran realizar las convocatorias y, en general, facilitar que el equipo móvil de terapeutas pudiera brindar las atenciones. El contacto con la institución local, el informarnos y tener una visión panorámica del contexto socio-político del grupo de afectados que atendíamos, los objetivos de fortalecer la cohesión y organización de las asociaciones de afectados en su lucha por el acceso a la justicia y reparación, fueron parte de la intervención; sin embargo, el eje principal de la misma continuaba siendo la labor clínica psicosocial.

Los procesos de acompañamiento durante las exhumaciones de Totos y Lucanamarca en el marco de la CVR, nos introdujeron al trabajo comunitario con los afectados, sus familiares y la población en general en un escenario tan especial como fue la experiencia intersectorial e interdisciplinaria (CVR, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo, organizaciones de Derechos Humanos de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, equipo internacional y nacional de antropólogos forenses, equipo de Salud Mental) durante los procesos exhumatorios. Las fases diferenciadas del antes, durante y después de la intervención psicosocial y las vivencias y aprendizajes extraídos, fueron experiencias valiosas para el equipo de trabajo de campo del CAPS.

Ahora bien, al momento de plantearse el proyecto ¿cuáles eran los avances en el sector Salud para el tema de las reparaciones a las víctimas de la violencia política? El Ministerio de Salud (MINSA) venía ejecutando el Programa de Reparaciones en Salud Mental, atendiendo a través de los equipos itinerantes y paulatinamente conformando equipos permanentes en las regiones afectadas. Sin embargo, los equipos permanentes del MINSA eran –y continúan siendo– escasos; uno o dos equipos de profesionales por región que ofrecían una limitada cobertura de servicios de rehabilitación de la población afectada por violencia política y estaban en plena transición para cambiar el enfoque psiquiátrico-hospitalario de tratamiento a un enfoque de Salud Mental Comunitaria. Por otra parte, el Sistema Integral de Salud (SIS) que es el llamado a atender de manera comprehensiva la salud de los afectados por violencia política, no contaba con un reglamento específico que atendiera a los afectados, ni con el Registro Único de Víctimas, tampoco con un presupuesto realista para la demanda de servicios.

En tal estado de cosas, el encuentro con los afectados en las comunidades ayacuchanas durante y después de las exhumaciones, el contacto directo con su dolor, la indignación ante la negligencia por parte de las instituciones del Estado para atender las necesidades básicas de nuestros conciudadanos, la urgencia de atender las secuelas psicosociales en personas y colectivos, la lentitud de los procesos de reparación, así como el total desafío a las técnicas psicoterapéuticas hasta ese momento utilizadas, fueron varios de los motivos que determinaron que CAPS buscara la oportunidad de trabajar con los afectados en sus propias localidades.

El proyecto **“Acciones de prevención y atención de la Salud Mental y los Derechos Humanos en el marco del Programa Integral de Reparaciones”** respondió de esta manera a la necesidad de atender a personas y comunidades afectadas de zonas rurales en seis regiones del país aceptando el desafío de iniciar procesos de recuperación en poblaciones que no habían recibido una atención consistente a su Salud Mental. El proyecto fue aprobado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID/Perú y ejecutado entre octubre de 2005 y marzo de 2008.

Este proyecto tuvo dos fases, una primera en la que predominaron las intervenciones clínicas comunitarias y una segunda fase donde se ampliaron y profundizaron las estrategias de Salud Mental Comunitaria. Así, para la primera fase, los resultados esperados fueron:

1. La población afectada por la violencia política y social atendida en los programas psicosociales del CAPS, en seis regiones del país, mejora su Salud Mental.
2. El tejido social se fortalece y se potencian los recursos psicosociales individuales y comunitarios, mejorando la calidad de vida y el respeto a los Derechos Humanos de la población.

3. Se previenen las diversas formas de violencia a través del fortalecimiento de las Redes Regionales de Salud Mental y Derechos Humanos y la realización de acciones de sensibilización sobre las causas y los efectos de la violencia política y social.

Y para la segunda fase, los resultados de la primera se subsumieron en dos grandes resultados:

1. Las capacidades de los profesionales de los equipos de Salud Mental en las regiones son fortalecidas para brindar una mayor cobertura y una mejor calidad de servicios, a través de los programas psicosociales para la población.
2. Cinco Núcleos de Salud Mental Comunitaria sostenidos por agentes comunitarios capacitados, articulados a las redes y a los recursos locales, desarrollan acciones de promoción y prevención de Salud Mental.

Para llevar adelante este Proyecto, CAPS, en cuatro de las seis regiones, había impulsado y apoyado desde el proceso de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, la formación y fortalecimiento de Redes de Salud Mental y Derechos Humanos en las regiones donde el proyecto habría de desenvolverse. El posicionamiento de la institución permitió la confianza interinstitucional de los organismos de Derechos Humanos que fueron nuestras contrapartes locales. Sin embargo, las dificultades para iniciar procesos sostenibles de Salud Mental Comunitaria eran diversas, entre ellas:

1. La desconfianza de las comunidades hacia las ONGs en algunas regiones, siendo éstas acusadas de establecer relaciones utilitarias y de beneficio propio.
2. El trabajo con las comunidades requiere consistencia en el vínculo con la población lo que determina que el tiempo de duración de los proyectos sea un factor central a considerar.
3. El trabajo comunitario de los equipos de Salud Mental necesita de un grado de familiaridad con los usos y costumbres, con los lenguajes de aflicción y formas de relación, con las rutinas y ritmos comunitarios, lo que implica estadias prolongadas y separaciones continuas de sus seres queridos.
4. El enfoque de Salud Mental en organismos de Derechos Humanos requiere tolerancia a lo interdisciplinario, al diálogo y al respeto por las diferencias; esta tarea exige un trabajo de sensibilización y asimilación de formas de trabajo y perspectivas no familiares en algunos casos.

Uno de los pilares de la intervención del proyecto consistió en convocar a seis organizaciones de Derechos Humanos para que, a través de la suscripción

de convenios interinstitucionales, pudieran ser las contrapartes locales y se comprometieran a integrar un equipo de Salud Mental en sus organizaciones y a articular determinadas acciones en común con CAPS. Contar con instituciones como COMISEDH en Ayacucho, APORVIDHA en Cusco, IDL en Huancavelica, CODHAH en Huánuco, ODEH en Junín y EMAÚS, en Puno nos permitía entrar en contacto con los afectados e ingresar a las comunidades donde estas instituciones habían desarrollado vínculos de confianza. Así, la conformación de equipos regionales apropiadamente capacitados, motivados y acompañados emocionalmente en el trabajo comunitario; el cuidado de mantener activo el compromiso de las instituciones de Derechos Humanos; de hacer compatibles sus propias actividades con las metas del proyecto y la sostenibilidad de las acciones de Salud Mental en los lugares de intervención una vez concluido el proyecto, fueron definidas como estrategias centrales para el éxito del mismo.

### ***Cambiando el enfoque de lo clínico a lo comunitario***

Desde un inicio, las intervenciones clínicas comunitarias tuvieron muy presente la importancia de establecer un vínculo de confianza con las comunidades atendidas. Las instituciones contrapartes del proyecto conocían de cerca a las comunidades porque habían realizado acciones en ellas a través de otros proyectos de Derechos Humanos y de capacitación a promotores. Esta relación previa facilitó que los equipos de profesionales de la Salud Mental pudieran establecer contacto con las autoridades, organizaciones de base, afectados, escuelas y con la población en general. La conformación de los equipos en su mayoría fue de dos personas, una de psicología, la otra de disciplinas como antropología y enfermería. Esto implicaba, desde el inicio, que si bien la intervención tenía un claro componente clínico, la comprensión de las relaciones comunales y la inserción en ellas era fundamental.

Los talleres de diagnóstico participativo fueron una herramienta valiosa para identificar los padecimientos y problemas de los diferentes grupos objetivo, analizar las expectativas y hacer ese primer *rapport* tan crucial en los procesos de Salud Mental. Cabe destacar que los psicólogos de los equipos locales y los supervisores del CAPS fueron formados para el abordaje clínico de pacientes y las experiencias acumuladas de trabajo comunitario en su gran mayoría no obedecían a una formación sistemática; incluso las psicólogas sociales no tenían experiencias previas comparables, en los diferentes niveles de intervención y complejidad, que la propuesta del proyecto abría.

CAPS, a través de su experiencia terapéutica con los afectados, ha constatado que las iniciativas que buscan una mayor participación ciudadana se sostienen cuando las personas que conforman un grupo o colectivo dejan el

rol de víctimas y se sienten fortalecidas desde sí mismas, desde sus propias capacidades psicológicas y organizativas. Nos quedaba claro que el fracaso de varias iniciativas de desarrollo en poblaciones afectadas por violencia política se debe a un empoderamiento artificial de la población que no tiene en cuenta que las personas tienen que superar las secuelas psicosociales y volver a confiar y apoyarse en el otro; que sus síntomas, padecimientos y conflictos intracomunales, de no ser tomados en consideración, pueden alterar su funcionamiento social y laboral; que el sentido de sus proyectos de vida debe volverse a relanzar hacia el futuro, una vez que el círculo vicioso del impacto de la violencia vivida haya sido suficientemente elaborado. El fortalecimiento de las capacidades psicológicas, interpersonales y organizativas de sujetos y grupos, en consecuencia, era clave en el trabajo comunitario que nos planteábamos y el modo cómo pensábamos realizar este fortalecimiento, dependía fundamentalmente del desarrollo de vínculos de confianza de las comunidades atendidas.

Cinco días de capacitación con los equipos locales y supervisores, previos al inicio de la intervención en la comunidad, sirvieron para sedimentar algunos conceptos y actitudes básicas. Temas como: Salud Mental Comunitaria, sus principios y enfoques (derechos, psicosocial, género e intercultural); Derechos Humanos, experiencias de intervención comunitarias tanto del CAPS como de otras instituciones a nivel nacional, guías metodológicas para la realización de los diagnósticos participativos, análisis del contexto sociopolítico en cada una de las regiones, entrenamiento sobre las herramientas a utilizar en el Programa de Monitoreo y Evaluación, aspectos muy puntuales de la teoría de la técnica psicoanalítica, fueron varios de los puntos tratados.

En los primeros meses, el impulso que dimos desde la Dirección y Coordinación del Proyecto fue remarcar el mensaje de que si bien habían metas con números de consejerías, sesiones psicoterapéuticas, talleres terapéuticos, cumplir con ello no sería posible si es que no estábamos abiertos al encuentro con el otro, a sostener nuestra presencia y servicios al interior de las relaciones comunales de manera continua y a hacer entendible nuestro rol de forma empática, sensible a la cultura local, a la vez que objetivamente pragmático, porque la población se daría cuenta de la utilidad de la propuesta en la medida que los logros fueran haciéndose visibles. En ese sentido, la inserción del equipo local era crucial: la población tenía que familiarizarse con ellos y ellos sentirse como parte activa de la comunidad. Aquí, la lengua quechua jugó un papel determinante para la aceptación de los equipos en las localidades alto-andinas; el hecho de ser escuchados y apoyados en su idioma por los profesionales, fue un acto de respeto valorado y expresado con gratitud. No contar con el idioma y conocimiento de los elementos culturales, aún tratando de suplir esta limitación con traductores, hubiera sido un factor negativo que a la larga pudiera haberse compensado, pero con varios puntos en contra para una intervención sensible a lo cultural y relativamente corta.

Al final del primer año todas las metas de atención se cumplieron muy por encima de lo esperado. No nos cabe la menor duda que experiencias aprendidas como el hecho de no cerrar la puerta del consultorio con el afectado por ser esta práctica de lo privado, en algunos casos, vista con desconfianza y hasta suspicacia; asumir que la plaza o algún lugar abierto podía convertirse en el lugar apropiado para la consulta; participar de sus fiestas y rituales comunales; no tratar de entrar directamente al tema de la afectación en las visitas domiciliarias sino compartir con ellos en sus quehaceres diarios para que poco a poco se estableciera el clima necesario para las confidencias personales; respetar sus propias prácticas medicinales, entre otros aprendizajes, permitieron que los equipos locales pudieran finalmente realizar sus fines: ayudar a la elaboración emocional del impacto de la violencia.

### **Los Núcleos de Salud Mental Comunitaria**

Los Programas de Salud Mental Comunitaria están basados en una estrategia fundamental: la participación activa y voluntaria de promotores comunitarios; a través de esta estrategia se democratiza el saber y el cuidado a los otros, se amplían los espacios de decisión a personas generalmente excluidas y se aumenta la capacidad de las personas de influir en la toma de decisiones en sus comunidades. La meta es que los profesionales de la Salud Mental sean en cierto modo prescindibles en sus funciones de prevención, promoción y en el nivel de atención primaria de orientación y soporte, y que los promotores de Salud Mental puedan asumir progresivamente mayores responsabilidades en tales tareas.

En el proyecto trabajamos el siguiente concepto: los Núcleos de Salud Mental Comunitaria (NUSAME), son espacios comunitarios reconocidos por las autoridades comunitarias y/o locales (municipios), donde se desarrollan actividades de promoción y prevención de Salud Mental con una frecuencia de por lo menos dos veces a la semana. Desarrollan sus actividades en un local cedido y reconocido por la comunidad. Las mismas están sostenidas por promotores voluntarios capacitados y sus acciones están dirigidas a los miembros de sus comunidades teniendo identificado su grupo objetivo. El NUSAME tiene las funciones de un grupo impulsor de procesos de Salud Mental al interior de su localidad. Articulados a las redes sociales compuestas por las organizaciones de base, organismos del Estado, ONGs de su zona, buscan promover una cultura de paz, incidir en cambios concretos para obtener condiciones de vida digna, generar relaciones de género equitativas, a la vez que asegurar que su funcionamiento sea sostenible.

Estos Núcleos tienen como base teórica la noción de que la relación de los miembros de un grupo tiene una doble vertiente: por un lado está el plano racional, organizativo y manifiesto de un grupo de personas que se junta para

realizar una tarea determinada y, por otro lado, el plano emocional, imaginario, que fluctúa en las respuestas afectivas de sus miembros (cooperación, agresividad, dependencia, esperanza, entre otros). Estos dos planos interactúan todo el tiempo y se entiende que cuando un grupo tiene dificultades en ponerse de acuerdo, en organizarse para realizar sus tareas, es porque el plano emocional está interfiriendo de manera significativa. Ahora bien, una buena parte de la posible sostenibilidad del NUSAME como grupo de tarea en la promoción de la Salud Mental de sus comunidades, consistía en el desarrollo de fuertes lazos identificatorios entre sus miembros, una suficiente elaboración de los inevitables conflictos entre ellos y el posicionamiento del grupo en la comunidad como un referente en la identidad personal y comunal del promotor.

Así, en el mediano plazo, no deberían estar sostenidos por profesionales de la Salud Mental, sino lograr una organización autodirigida por los promotores comunitarios recuperados en su Salud Mental, capacitados para desempeñar sus tareas con compromiso y eficacia, con la cohesión grupal suficiente para metabolizar los conflictos propios de todo grupo humano. En lo posible el grupo de promotores tendría que estar conformado por algunos líderes de la comunidad asociados a los centros de salud locales, organizaciones de base y/o escuelas, lo que podría facilitar su articulación con las instituciones y recursos locales. Una característica importante que cabe resaltar es que el NUSAME no trae a priori una modalidad de funcionamiento. En una comunidad, las necesidades, competencias y compromisos tanto de la comunidad como de los promotores son singulares, diferentes a otras comunidades, por lo que no veníamos de antemano con una propuesta de organizar Bibliotecas-Ludotecas, escuelas de padres, grupos de auto-ayuda, casas de la juventud o cualquier otra modalidad comunitaria de Salud Mental. La especificidad del NUSAME tendría que plasmarse en la interacción entre el equipo local, la comunidad y sus promotores, tolerando en un principio la incertidumbre de no contar con la modalidad comunitaria definida, ésta tendría que irse construyendo en los espacios de diálogo y en los terapéuticos.

Es de resaltar que cinco de los seis NUSAMES establecieron que el trabajo de promoción de la Salud Mental con niños y niñas de sus comunidades era la prioridad que querían abordar. La apuesta al futuro del cambio generacional en sus niños y niñas, les generaba motivación para la tarea y esperanzas de cambio para el progreso de sus comunidades, confiando en que la nueva generación pudiera salir de la pasividad y, hasta cierto punto, resignación de los actuales niveles de funcionamiento personal y social de los adultos. Así mismo, fue notorio el entusiasmo que pusieron para organizar diferentes acciones de sensibilización, revalorización de sus tradiciones culturales, actos simbólicos en días de conmemoración y reconocimiento, entre otros.

## ***Sensibilización e incidencia en los temas de Salud Mental y las reparaciones***

Al inicio del proyecto para muchas comunidades hablar de Salud Mental era muy poco relevante ante sus urgentes necesidades básicas y concretas. Uno de los principales logros de los equipos de Salud Mental locales fue que antes de los seis meses de intervención los pobladores pudieron tener una experiencia práctica de lo que es actuar en procura del bienestar emocional. Más que memorizar un concepto o repetir lo que significa tener una conducta saludable, buscamos que las personas pudieran incorporar la Salud Mental en sus relaciones concretas y en su quehacer diario. Los talleres terapéuticos fueron los espacios más utilizados en ese sentido. La sensibilización empezaba en el fuero interno para gradualmente extenderse en las relaciones comunitarias. Talleres terapéuticos en relación a los derechos fundamentales, las relaciones de pareja, la resolución de conflictos de modo no violento, al juego como modo de aprendizaje para los niños y niñas, a la violencia política vivida y sus efectos en las vidas y modos de sentir de los afectados entre otros, abrían un abanico de ideas y sentimientos que hizo reflexionar e incorporar la noción práctica de que la Salud Mental es el deseo de llevarse mejor con uno mismo y con los demás, tener un entorno que permita el desarrollo de las personas en condiciones de respeto a su dignidad, tener en cuenta a los niños y niñas y no pegarles o insultarlos porque no se conducen como “adultos responsables”, valorizar y regocijarse con las tradiciones culturales, organizarse para juntos hacer cambios en la manera como se distribuyen los recursos en la comunidad, etc.

Se buscó transmitir que la permanencia de conflictos psicosociales en personas, organizaciones de afectados, en las relaciones dentro de la comunidad, sin que hayan formas constructivas de canalizarlos, no permite orientar las capacidades y competencias hacia la identificación de oportunidades, lograr acuerdos, e iniciar procesos de cambio que pudieran generar las condiciones para un desarrollo sostenible en sus propias comunidades, en base a la propia iniciativa y al acceso a los recursos locales. De esta manera, el proyecto también debía facilitar la elaboración y manejo de conflictos al interior de las personas y organizaciones para favorecer la articulación de esfuerzos y las coordinaciones de líderes comunales y grupos de afectados, en sus objetivos comunes de ejercer sus derechos a la reparación y al desarrollo humano.

Movilizar la participación comunitaria a través de diversas estrategias de sensibilización puso en relieve que unir esfuerzos, respetar al otro, revalorizar tradiciones, mostrar sentimientos de aprecio y cariño, reconocerse como sujetos con derechos, contribuye a fortalecer los lazos de pertenencia y cohesión en la comunidad, lo que redundará en bienestar personal y compartido. Las estrategias de sensibilización ayudaron a las dirigencias de las comunidades e instituciones de Derechos Humanos en las capitales de región a motivarse, organizarse y trazar

planes para incidir en los gobiernos regionales y locales en el tema de reparaciones. Estos objetivos de incidencia se concretaron en ordenanzas municipales, la participación activa en los Consejos Regionales de Reparación y Reconciliación, convenios con las DIRESAS, compromisos de los gobiernos regionales, acciones a través de las Redes de Salud Mental y Derechos Humanos para generar políticas regionales apropiadas y eficaces en el tema de las reparaciones.

### **Los equipos locales y las supervisiones**

Fortalecer las capacidades de los profesionales de la Salud Mental de los equipos regionales era un objetivo que respondía a la necesidad de contar localmente con profesionales especializados en Salud Mental Comunitaria, técnica y culturalmente apropiados, que pudieran atender con la calidad esperada a la población de afectados por la violencia política. El entrenamiento profesional debía ser sostenido por un programa teórico-práctico de capacitación, supervisión y sostenimiento emocional realizado por el CAPS.

En Salud Mental, la herramienta de trabajo no es el bisturí del cirujano o las máquinas del ingeniero ni necesariamente los libros de un maestro, es principalmente la calidad del vínculo. Como seres humanos y profesionales estamos por lo general dispuestos y capacitados para lograr establecer lazos de empatía, escucha y elaboración con las personas que nos piden ayuda. Pero el deseo de ayudar a los demás necesita a su vez ser cuidado y cultivado. Un profesional que esté muy tomado por sus conflictos emocionales no tendrá la disposición psicológica requerida para ayudar. En el CAPS, luego de más de una década trabajando con afectados por violencia política, entendemos la importancia de contar con un soporte emocional consistente que nos ayude a sobrellevar la carga de tantas historias de violencia y dolor escuchadas. En el proyecto se consideraron no sólo jornadas, talleres y pasantías como modalidades de capacitación, sino que cada equipo contaba con un terapeuta-supervisor que pudiera ayudarlos a comprender sus casos y compartiera su experiencia del manejo técnico; que sirviera de soporte para procesar las cargas emocionales generadas, tanto por la clínica como por la convivencia con el compañero de equipo; y también tener a una persona que fuera la responsable directa de hacerle el seguimiento al trabajo clínico y comunal realizado con la ética profesional requerida. Los seis supervisores viajaron un promedio de 20 veces durante los dos años del proyecto y mantuvieron, a través del teléfono, chats y correos electrónicos, un contacto permanente con sus equipos.

En Psicología, las formas de aproximación teórica y técnica a una persona que solicita ayuda profesional son diversas. Si bien el CAPS tiene un equipo de psicoterapeutas de formación psicoanalítica, sabíamos que para el proyecto debíamos establecer equipos multidisciplinarios, y estar abiertos a que los psicólogos de los equipos locales manejaran otros marcos teóricos y técnicas. No

fue sencillo que equipos locales y supervisores con lenguajes diferentes en sus perspectivas teóricas y técnicas pudieran comprenderse de manera fluida, unos porque su jerga y experiencia les hacía difícil despegarse del libreto psicoanalítico lo suficiente como para escuchar otras formas de aproximación, otros por sentir que el psicoanálisis no tenía mucho que aportarles en su práctica. Sin embargo, ante la complejidad de los casos y la necesidad de ayudar a las personas, los espacios de supervisión clínica fueron convirtiéndose en lo que en realidad son: espacios para reflexionar juntos, supervisor y supervisando, desde perspectivas diferentes, la manera en que la violencia política, social, sexual, familiar, había impactado en la persona asistida. Los psicólogos locales fueron incorporando nociones psicodinámicas básicas como: contenido manifiesto y latente, transferencia y contratransferencia, fases psicosexuales, el conflicto entre impulsos y aspectos racionales, entre otros.

En el camino hubo más de un equipo que se disolvió y que se recompuso con nuevos profesionales, podemos decir que fueron los menos. Sin embargo, nuestra precaución de contar con espacios de soporte a través de supervisiones presenciales y virtuales en algunas oportunidades quedó corta ante la demanda de los equipos de ventilar los conflictos personales con y entre compañeros de trabajo. Hay varias razones que consideramos influyeron en el desarrollo de un alto grado de tensión en los equipos:

1. Exposición a relatos cargados de violencia y dolor, insuficientemente metabolizados en el profesional.
2. Alejamiento, en algunos casos, de su lugar de origen y de sus lazos familiares así como dificultades de adaptación a los nuevos entornos comunitarios.
3. Exigencia en el cumplimiento de metas e informes.
4. Incompatibilidad de caracteres entre los miembros del mismo equipo local y exacerbación de rasgos competitivos, descalificadores, envidiosos, etc.
5. Dificultades con la institución contraparte.
6. Problemas personales y/o inmadurez emocional del profesional.
7. Haber sido ellos mismos afectados por la violencia política.

Consideramos que las supervisiones con terapeutas con amplia experiencia clínica fueron valiosas apoyaturas para la exigencia del trabajo terapéutico y el apuntalamiento a la identidad de profesionales con menor experiencia. A su vez, ha sido importante para los supervisores acompañar la experiencia comunitaria de los equipos locales que en la medida que iban logrando insertarse en las comunidades y lograban ayudar eficazmente, permitían a los supervisores descubrir formas diferentes de trabajo en Salud Mental.

Por último, quisiera mencionar en esta sección, que la exigencia de CAPS de que los equipos mantuvieran sus notas de evolución de los casos e informes al día para procesarlos en la base de datos, responsabilidad del Programa de Monitoreo y Evaluación del CAPS, pero que tenía que ser cumplida en su primera parte por los equipos locales, fue una tarea constante que demandó el aprendizaje de competencias para el manejo del programa electrónico y una disciplinada dedicación por parte de los equipos, varios de ellos poco acostumbrados a una carga administrativa tan ardua.

### **Reflexiones finales**

El Proyecto “Acciones de prevención y atención de la Salud Mental y los Derechos Humanos en el marco del Programa Integral de Reparaciones” demandó a la institución un intenso trabajo de incorporación, asimilación y producción a diferentes niveles. A nivel organizativo implicó coordinar con seis instituciones contrapartes, articular seis equipos de Salud Mental, aprobar y hacerles seguimiento a los presupuestos de cada región, entrenar a los equipos para que rindan sus cuentas en base a los procedimientos administrativos de CAPS, desarrollar nuevos lineamientos administrativos para que la relación con los equipos e instituciones locales no se recargaran burocráticamente. A nivel del equipo clínico del CAPS implicó un desafío a la flexibilidad del profesional: para el cambio de enfoque clínico a uno comunitario, para brindar de manera empática y sostenida los espacios de capacitación y supervisión a profesionales que no necesariamente estaban motivados a darle una lectura psicodinámica a los casos y situaciones con las cuales trabajaban, para estar abiertos a aprender de los otros enfoques, para trasladarse a las regiones varias veces al año, algunas de ellas en condiciones de salud no óptimas.

A nivel interinstitucional el proyecto contribuyó a encontrar muchas coincidencias con los organismos locales de Derechos Humanos y también discrepancias, la mayoría resueltas profundizándose la relación de confianza, las menos, sólo manejadas de manera más operativa. También se desarrollaron procedimientos y nuevos instrumentos del Programa de Monitoreo y Evaluación del CAPS, entre otros.

Se trabajó arduamente en estos casi dos años y medio y hoy con satisfacción podemos dar cuenta tanto de los logros como de las limitaciones de nuestra intervención en la Salud Mental Comunitaria de los afectados por violencia política.

A manera de cierre queremos agradecer de forma especial a los equipos locales de Salud Mental. El compromiso con el que aceptaron participar del proyecto la gran mayoría de los profesionales que los conformaron; habernos permitido compartir con ellos nuestra visión del trabajo comunitario y que lo hayan

asumido con entusiasmo y profesionalismo; haber tenido que estar por semanas alejados de sus seres queridos; haber desarrollado el arraigo de la Salud Mental en la trama de las relaciones comunales; haber fortalecido sus competencias durante estos dos años; haber influenciado de manera constructiva en las vidas y sentimientos de muchas personas afectadas son algunas de las cualidades que reconocemos y valoramos en ellos, estando seguros que en una gran proporción el éxito del proyecto estuvo en el hecho de haber contado con sus esfuerzos.

## **Los Núcleos de Salud Mental: Una propuesta de trabajo comunitario**

*Yovana Pérez Clara*

El proyecto “Acciones de Prevención y Atención de la Salud Mental y los Derechos Humanos en el marco del Programa Integral de Reparaciones”, transitó desde una modalidad que ponía mayor énfasis en lo clínico comunitario hacia un abordaje cabal de salud mental comunitaria. Si en un primer momento el trabajo se centró en la recuperación de grupos o individuos que residen en comunidades, en una segunda etapa se intervino de manera más integral en el tejido social de dichas comunidades a través de lo que hemos llamado “Núcleos de Salud Mental”, término que fue definido anteriormente y será explicitado con detalles más adelante.

Para desarrollar la intervención se seleccionaron seis regiones del país: Cusco, Junín, Huancavelica, Ayacucho, Huánuco y Puno, todas con alto índice de afectación por la violencia política. En cada zona se suscribieron convenios con instituciones locales, la mayoría organismos de Derechos Humanos, que ya venían realizando una labor previa y que gozaban de prestigio y reconocimiento –lo que nos permitió la inserción inicial–, y se convocaron a profesionales que radicaban en su mayoría en dichas regiones, muchos de ellos con amplio dominio del idioma quechua.

### ***Primera Fase. La clínica comunitaria***

El primer paso que dimos fue la realización, en el año 2006, de un Diagnóstico Situacional Participativo (DSP) en cada comunidad con la finalidad de identificar los problemas de Salud Mental más agudos en la población, y la demanda real de este tipo de servicio. Los problemas reportados como más recurrentes y de mayor preocupación fueron: el alto índice de violencia familiar (hacia la mujer y niños), el alcoholismo –en algunos casos con tendencia creciente en la población joven– la desunión familiar y comunal (riñas, envidias, resentimientos, a veces provocados por la convivencia de ex senderistas, ronderos y de víctimas), la desconfianza hacia las autoridades, la existencia de padecimientos emocionales varios (estados depresivos, ansiosos, malestares psicossomáticos), la sensación de abandono y exclusión, las dificultades para elaborar un proyecto de vida, la poca esperanza hacia el futuro.

Se apreció en varias localidades, un rechazo inicial hacia la propuesta, los pobladores manifestaron una abierta desconfianza hacia el trabajo de las ONGs cuyos proyectos muchas veces eran sentidos como divorciados de sus necesidades. Por otro lado, la demanda para ser atendidos en Salud Mental no

era muy sólida, priorizándose pedidos de ayuda material o de satisfacción de necesidades básicas de sobrevivencia.

Ante estas dificultades las estrategias usadas por los equipos locales apuntaron a la generación de vínculos de confianza y de empatía con las personas. Una herramienta fundamental fue el conocimiento del idioma y de la idiosincrasia; algunos profesionales eran de origen rural y no sólo tenían el quechua como lengua materna sino que también conocían los códigos religiosos y culturales de los comuneros.

La constancia y permanencia en los ámbitos de trabajo fue otro factor decisivo. El hecho de convivir durante varios días en las comunidades, de adentrarse en la vida familiar de los pobladores, de generar alianzas con personas e instituciones motivadas y de retornar frecuentemente a las localidades, fue muy bien acogido por los beneficiarios quienes, lentamente, comenzaron a acudir a los espacios de atención.

Los servicios de atención de la Salud Mental fueron básicamente tres: sesiones de consejería psicológica, procesos de psicoterapia y talleres terapéuticos –en estos últimos se abordaban los temas que la población señaló en el DSP como problemáticos o difíciles–. Paralelamente se realizó un trabajo de fortalecimiento de redes comunales articulando los esfuerzos de instituciones comprometidas, organizaciones de base y autoridades. También se ejecutaron actividades encaminadas a fortalecer la identidad cultural y los espacios de recreación, organizadas en coordinación con estas redes y se hizo una labor sostenida de sensibilización sobre los temas de salud mental y violencia política, a través de eventos con ONGs locales, campañas, visitas periódicas a los medios de difusión, etc.

### ***Segunda fase. Los Núcleos de Salud Mental Comunitaria***

En el segundo y último año del proyecto, la intervención se concentró mayormente en la generación de Núcleos de Salud Mental (NUSAMES) en cada zona. Como ya se explicó, llamamos NUSAMES a grupos de promotores voluntarios, capacitados y fortalecidos para brindar un servicio concreto de Salud Mental en su localidad, definido y priorizado por la misma población. La finalidad era que, una vez formados y dinamizados los grupos de agentes comunales, trabajarían articulados a las redes locales previamente fortalecidas, a los proyectos comunales existentes (Municipio Saludable por ejemplo) y contarían con el apoyo de las autoridades y de la población.

Esta vez se realizaron actualizaciones diagnósticas para determinar en cada zona, qué servicio definía la comunidad como prioritario para que fuera sostenido por el NUSAME. Fue interesante apreciar que en cada localidad los pobladores demandaron un espacio para promover la Salud Mental infantil; sentían que apostar por los niños implicaría interrumpir el ciclo de sufrimiento y de traumas

padecidos por los adultos y que el futuro de la comunidad quedaría así garantizado. Además, la ausencia generalizada de espacios recreativos, de socialización, o de estímulo para el aprendizaje, preocupaba a los padres de familia. La demanda de la población se redondeó después con la figura de Bibliotecas-Ludotecas comunitarias, espacios lúdicos de encuentro y socialización infantil sostenidos por promotores capacitados y fortalecidos.

La formación de los promotores, en consonancia con el servicio a instalar, incluyó temas como desarrollo del niño, importancia del juego, problemas de aprendizaje, problemas emocionales infantiles, rol de la familia en la formación de valores, identidad y autoestima, liderazgo, herramientas de gestión etc. Los equipos profesionales facilitaron además, espacios de planificación de actividades, de organización interna y estratégica de cada grupo y, una vez que se iniciaron las atenciones a los niños, los acompañaron durante buen tiempo en las sesiones.

### **La Biblioteca Ludoteca de Acomayo**

En la comunidad de Acomayo, Huánuco, el NUSAME estuvo conformado en un inicio por más de 20 integrantes, buena parte de ellos eran profesores. La presencia de docentes ofrecía la ventaja de contar con profesionales con experiencia en el manejo de grupos infantiles pero esta especificidad no dejó de producir dificultades: en un inicio los profesores tuvieron la iniciativa de emplear la Biblioteca-Ludoteca para desarrollar un proyecto piloto que favorecería solamente a los niños con problemas de aprendizaje dejando sin lugar a la noción de espacio de juego libre. Esto fue desestimado casi espontáneamente pues a la primera sesión acudió todo tipo de niños (no solamente los convocados) con las mejores intenciones de jugar y a su vez, las profesionales responsables del proyecto en la zona supieron encauzar el trabajo hacia líneas más adecuadas para la tarea de promoción de la Salud Mental.

Luego de esto, la Biblioteca-Ludoteca comenzó a funcionar de manera exitosa; la asistencia fue siempre elevada y sostenida y los niños iban tanto a hacer sus quehaceres escolares como a jugar. Pronto se vieron resultados: pequeños antes tímidos y con pocas habilidades sociales fueron ganando confianza en sí mismos y en el grupo, desarrollaron hábitos de higiene, aprendieron a jugar sin agredirse y a desplegar su creatividad.

Paralelamente, el NUSAME comenzó a coordinar actividades de impacto comunitario como eventos socioculturales, concursos de platos típicos, *gymkhana* inter barrios, campañas de sensibilización, presentaciones teatrales y de títeres, charlas y talleres informativos.

Hacia el final del año, la asistencia y participación del grupo de promotores experimentó una merma considerable. La migración de los pobladores para trabajar

en la agricultura, algunas expresiones de inconformidad con la labor voluntaria más el desgaste y decantación natural que sufre todo grupo después de un tiempo, contribuyeron a ello. Ante esto fue necesario que las profesionales trabajaran con los promotores más identificados con el grupo y la tarea para que el equipo se reorganizara: seleccionaron una nueva junta directiva, redefinieron sus horarios de atención y se trabajó el impacto que esta situación tenía en ellos.

Ahora, con ocho promotores comprometidos el trabajo continúa. La Biblioteca-Ludoteca acoge a los niños varias veces por semana y el alcalde de Acomayo ha firmado un convenio mediante el cual se compromete a apoyar el trabajo de los agentes comunales. A su vez, la propuesta está incluida en el presupuesto participativo para el presente año y quedó priorizada en el sexto lugar.

### ***Las promotoras del “Awsay Wasi” (Casita de juego)***

En la comunidad de Hualashuata, Huancayo, se había iniciado, en el año 2006, un trabajo de mucho impacto con los niños y niñas de la localidad, labor que había sentado precedentes importantes pues los adultos de la comunidad, inicialmente reacios y apáticos ante las ofertas de atención, se fueron sensibilizando con el tema de Salud Mental al ver que sus hijos iban modificando su conducta y mejorando su capacidad para vincularse con los otros.

Así, cuando se le propuso a la población formar un equipo de promotores que se dedicaran al trabajo con los pequeños, la respuesta fue entusiasta. El NUSAME de Hualashuata estuvo y está conformado por trece mujeres, madres de familia, con algún grado de afectación directa por la violencia política, con bajo nivel educativo y que nunca habían participado en programas similares.

Con ellas hubo que hacer un esfuerzo sostenido de capacitación teórico-práctica y de sostenimiento emocional, pues al inicio hubo una serie de intentos de boicotear el trabajo y de descalificarlas por su baja instrucción por miembros de su propia comunidad. Además, en algunos talleres, se les transmitieron conocimientos para elaborar alimentos con el propósito terapéutico de que aprendieran a trabajar en grupo y además, para que tuvieran una posible fuente de ingresos en el futuro.

Luego de un tiempo comenzaron a verse algunos cambios en este emprendedor grupo de mujeres: mejoró el trato a sus hijos y parejas, la percepción de sí mismas, aparecieron liderazgos naturales y, luego de unos meses, comenzaron a ser consultadas por las autoridades y familias de la comunidad.

El accionar comunitario de este grupo ha sido muy destacado: organizaron eventos culturales, celebraciones de aniversarios, actividades costumbristas y deportivas, paseos familiares, encuentros interbarriales, canalizaron donaciones, participaron en ferias comunales mostrando sus productos gastronómicos etc. A

mediados del año las promotoras ya funcionaban de manera autónoma y con poca asesoría de los profesionales locales.

Dentro de la estructura comunal han sido consideradas formalmente como organización de base (igual que un Comité de Agua o el Vaso de Leche) y son convocadas a las reuniones de la Junta Comunal para que opinen y participen en la toma de decisiones. Tienen además la invitación del Municipio para que se conviertan en microempresarias y abastezcan de refrigerios a los niños que participan en programas de otras ONGs locales.

Paralelo a este trabajo comunitario las promotoras comenzaron a hacerse cargo del espacio de juego –“Awsay Wasi”–. El servicio se ofrece dos veces por semana y cuentan con el apoyo importante de un equipo de agentes comunales adolescentes que se ha ido capacitando paralelamente al de adultos, y que se hace cargo de apoyar a los niños con sus deberes, y de facilitar juegos bajo la supervisión de alguna persona mayor.

El interés que ha suscitado este trabajo en Hualashuata, Chilca Alta, ha movilizado los esfuerzos de varias entidades locales: el Gobierno Regional, el MINSA, la alcaldía y ONGs que ahí laboran, han firmado un convenio marco de colaboración para generar proyectos que favorezcan a la población en general de Chilca Alta; ya se ha elaborado un primer proyecto de mejoramiento de la salud física y emocional de los niños de la zona.

### ***(Kuska Wiñay) Creciendo juntos***

El NUSAME de Ayacucho, situado en la comunidad de Huancasancos, está compuesto por 12 promotores. Una de sus grandes fortalezas es que ha reunido a personas que ya tenían un rol importante en la comunidad: antiguos líderes, regidores, personas que participan activamente en actividades parroquiales, un considerable número de docentes, miembros de clubes de madres, de asociaciones de afectados y personal de salud del MINSA. A los pocos meses de conformado el equipo ya se había escogido un nombre “Kuska Wiñay” y estructurado su organización interna.

Una de las particularidades del NUSAME ayacuchano es que, al igual que sus homólogas de Huancayo, han iniciado sus funciones realizando eventos de gran impacto comunal, muchos de ellos coordinados con la municipalidad, la UGEL y otras instituciones relevantes. “Kuska Wiñay” ha sido responsable de la organización de maratones infantiles, actividades por el día del niño, organización de charlas, festejo por fiestas patrias, celebraciones costumbristas, campañas de sensibilización, actividades recreativas, y de la conducción de un programa radial de frecuencia periódica.

El trabajo con los niños ha sido el otro eje de la tarea del NUSAME. Al igual que en otras regiones, ésta ha sido la actividad que más ansiedades y dificultades ha

generado en el grupo (ansiedad comprensible dado que la propuesta del espacio de juego difiere en mucho del esquema escolar, y la libertad lúdica que implica suele movilizar a los adultos). En un inicio los promotores entendieron el espacio de juego como una propuesta escolar algo rígida y con esquemas de trabajo más apropiados para los adultos. Poco a poco los profesionales a cargo lograron que los agentes interiorizaran el espíritu de la propuesta y usaran adecuadamente las metodologías de juego.

Luego de un corto tiempo, el local se fue llenando de niños y adolescentes cuya asistencia ha ido en aumento, lo que ha demandado gran esfuerzo de organización y de creatividad para los promotores.

En junio del 2007 un miembro del NUSAME fue elegido integrante del Equipo Técnico del Municipio y la propuesta se incluyó en el presupuesto participativo del 2008. A su vez el alcalde de Huancasancos, al final del proyecto, declaró que estaba en proceso la designación de fondos del PIR para fomentar la Salud Mental Comunitaria e individual en la zona.

### **La Casa del Saber**

La elección de los miembros del NUSAME se realizó, en la comunidad de Anchonga, región de Huancavelica, en una Asamblea Comunal en la que los propios pobladores propusieron a sus promotores.

Desde el principio, se notaron dificultades en los miembros del grupo para generar una propuesta de trabajo concreto o un plan de actividades. Por otro lado, algunas características de este equipo hacían más difícil la tarea: los promotores tenían concepciones muy tradicionales y rígidas sobre la crianza de los niños, sobre las relaciones entre los géneros, no siempre estaban abiertos a revalorar las costumbres o tradiciones comunales y solían mostrarse pasivos y sobre-demandantes, sobre todo de algún incentivo económico.

Todo esto hizo necesario un mayor esfuerzo por parte de los profesionales regionales quienes tuvieron que hacer varias reuniones para ayudar al grupo a definir y planificar sus acciones, para evaluar el compromiso y llegar a acuerdos de trabajo.

Con el transcurso del tiempo se comenzaron a visualizar algunos avances. El grupo, que desde los primeros momentos había definido un nombre para el espacio “La Casa del Saber” y una estructura y roles internos, meses después comenzó a organizar actividades de impacto: animaciones socioculturales, *gymkhanas*, pasacalles, la implementación y limpieza del local y comenzaron a participar en los talleres con niños facilitados inicialmente por los profesionales. Paulatinamente el liderazgo de los talleres de juego fue asumido por varios promotores.

El proceso en Anchonga fue un tanto más lento que en el resto de las comunidades; esto se explica no sólo por la dinámica que se generó en el grupo de agentes sino también por las características de la propia comunidad: tejido social más fragmentado, ausencia de liderazgos confiables, escasa participación de la población en actividades conjuntas, apatía o rechazo ante propuestas novedosas.

En los últimos meses del trabajo se logró establecer convenios con ONGs que laboran en la comunidad para que puedan apoyar el trabajo de los promotores; la DIRESA de Huancavelica por otra parte, también ha manifestado su interés de darle continuidad a la labor de atención y de promoción.

### ***“Llapanchis Wichayman Riccharisun” (Despertemos hacia el futuro)***

El proceso de formación de los promotores de la comunidad Lucmahuaycco siempre estuvo pensado de manera más restringida. La lejanía de la comunidad y las difíciles condiciones de acceso sólo permitían cuatro viajes al año, por lo que era muy difícil instalar y poner en funcionamiento un servicio concreto de Salud Mental Comunitaria.

Nos propusimos entonces consolidar un equipo de trabajo y potenciar sus recursos de liderazgo, para que impulsaran diferentes iniciativas y actividades de prevención y promoción de la Salud Mental que beneficiaran a la comunidad. El NUSAME cusqueño está integrado por personas reconocidas y valoradas por la población en general.

Los promotores participaron de manera muy activa en el proceso de capacitación y recibieron los mismos contenidos que los otros equipos y además, capacitaciones más extensas sobre ejercicio del liderazgo, gestión comunal y oratoria.

En el año este grupo ejecutó actividades de gran relevancia pues todas ellas buscaban revalorizar y actualizar tradiciones culturales que habían sido abandonadas desde la época de la violencia. Entre ellas tenemos la limpieza de la *yarka* o acequia –tradición milenaria que aparte del valor simbólico contiene un fin práctico pues esta limpieza permitirá que en el futuro, la acequia sea una fuente de energía eléctrica–, la actividad recordatoria del retorno a la comunidad, en la que los ancianos narraron los pormenores de este proceso y también realizaron presentaciones artísticas y culturales diversas.

Para este año 2008 los agentes se han propuesto iniciar el trabajo con niños y continuar promoviendo actividades que fortalezcan la Salud Mental de la comunidad. El seguimiento a este trabajo lo hará la institución contraparte (APORVIDHA) que ya tiene incluido en sus estrategias el eje de Salud Mental y que labora en todo el Valle del Incahuasi, donde está ubicada la comunidad de Lucmahuaycco.

## **La Escuela de Chucuito**

La institución contraparte del trabajo en la región de Puno –Emaús– es una entidad dedicada a formar acompañantes espirituales; profesionales de diversas especialidades con vocación para realizar labores de escucha y acompañamiento a quienes lo demanden.

Con el proyecto se favoreció que Emaús replicara sus programas de formación con dirigentes y miembros de asociaciones de afectados por el conflicto armado interno para que estos se conviertan en promotores de salud mental y realizaran una labor de réplica y promoción en sus lugares de residencia (Juliaca, Azángaro, Ayaviri, entre otros).

Se realizó primero una convocatoria en las principales localidades afectadas por violencia política y se conformó un grupo de 22 alumnos o futuros promotores. El plan de estudios que Emaús tenía se adaptó a las particularidades del grupo e incluyó, entre otros, temas, ética y teología, modernidad y post-modernidad, tradiciones andinas, espiritualidades, resiliencia, psicopatología, metodología del acompañamiento, violencia sexual, etapas de maduración, racismo, interculturalidad.

Esta capacitación movilizó recuerdos y vivencias dolorosas por lo que fue necesario ofrecer, desde los primeros momentos, espacios de escucha individual y grupal para que los alumnos elaboren estas situaciones. Las dificultades emocionales de los estudiantes y las constantes expresiones de victimización y minusvalía hicieron que la institución decidiera postergar el inicio de sus labores de atención individual para cuando dominasen mejor algunas herramientas técnicas de la escucha y se encontrasen más fortalecidos emocionalmente. Se determinó que el accionar de este grupo sería básicamente grupal a través de la realización de charlas o talleres.

En el segundo trimestre del 2007 los promotores comenzaron a realizar las primeras facilitaciones en sus zonas de residencia; abordaron temas como violencia familiar, autoestima, comunicación no violenta, depresión, duelo etc. Al inicio contaron con el acompañamiento y asesoría de los profesionales de Emaús y gradualmente, algunos de ellos, comenzaron a trabajar de manera autónoma demostrando notorias habilidades para el manejo de grupos, adecuada interiorización de los contenidos, y teniendo un impacto satisfactorio en el público que los recibió.

Emaús ha establecido abiertamente su compromiso de continuar brindando soporte técnico (capacitaciones, supervisiones) y emocional para que esta tarea se sostenga y perdure.

## **Reflexiones finales**

La conformación de Núcleos de Salud Mental Comunitaria obedeció a una lógica que comprendió la necesidad de transitar desde un esfuerzo puntual y focalizado hacia un accionar amplio y abarcador. La labor de los equipos de promotores estuvo concebida como una suerte de punto de apoyo en un servicio concreto con los niños para desde ahí, influir en otros grupos y actores de las comunidades.

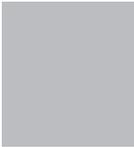
Ciertamente existen otras maneras de intervenir en las comunidades igualmente válidas, pero nuestra estrategia se sustentó en la convicción de que era importante incidir en la subjetividad de algunos grupos pequeños para que luego éstos sean el baluarte de un trabajo ramificado, voluntario, comprometido e identificado con la tarea de promoción de la Salud Mental Comunitaria.

Los resultados nos han demostrado la pertinencia de nuestras premisas. Podemos afirmar con satisfacción que el Proyecto ha permitido generar capacidades y procesos en torno a los ejes de Salud Mental y Derechos Humanos, tanto en la vida privada y familiar de los promotores e individuos, como en las dinámicas comunitarias de las poblaciones atendidas. Hemos, además, sentado bases sólidas que encaminan la sostenibilidad de la experiencia.

Sin embargo, no podemos olvidar que este tipo de esfuerzos tienen limitaciones, tanto en extensión como en tiempo y nunca podrán reemplazar la labor de los organismos del Estado. La conjunción de los esfuerzos de las instituciones, la sociedad civil y la población; el empeño y la perseverancia de los implicados será lo único que podrá garantizar nuestro anhelo: la recuperación de la dignidad de las víctimas del conflicto armado interno, el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos y el acceso a oportunidades reales de desarrollo.

# **Capítulo 2**

## **Las intervenciones de Salud Mental Comunitaria en las Regiones**





SACSAMARCA  
PROMOVRIENDO  
UNA CULTURA  
DE PAZ SOSIENIBLE

...ABILIA...  
DE LA...  
VIAL...

## **2.1. Región Ayacucho**



## **Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Ayacucho**

*Martha Stornaiuolo*

### **Escenarios de la violencia**

Ayacucho fue uno de los departamentos más golpeados por la violencia que azotó el Perú en las dos últimas décadas del siglo pasado. CAPS trabajaba en su capital, Huamanga, antes del inicio de este proyecto dando, tanto atención a familiares de desaparecidos como impulsando la consolidación de una Red de Salud Mental. En virtud del convenio firmado con la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) tuvimos la oportunidad de acompañar las exhumaciones realizadas en el distrito de Lucanamarca, (provincia de Huancasancos) en el año 2002 y realizar una intervención de Salud Mental Comunitaria post-exhumación en el 2003. Conocer la realidad de la zona determinó nuestra decisión de intervenir en la localidad, cosa que hicimos en el proyecto ejecutado durante 2006 - 2007.

En este período se trabajó en los distritos de Lucanamarca, Sacsamarca y Sancos, capital de la provincia de Huancasancos, constituida como tal en 1984. Sancos y Lucanamarca bordean los 3,000 habitantes, Sacsamarca es menos poblado, tiene alrededor de 1,800 personas.

La provincia es altoandina, está sobre los 3,000 m.s.n.m.; sus distritos son básicamente ganaderos (ovinos y vacunos). La población tiene un alto índice de movilidad (por educación, trabajo y comercio) hacia la costa; su lengua materna es el quechua aunque tiene un índice elevado de bilingüismo entre los adultos varones y jóvenes de uno y otro sexo; las mujeres mayores por lo general sólo hablan quechua, el analfabetismo femenino es alto (46%), también el índice de desnutrición infantil (54%).

Pocas casas son de material noble, en su mayoría están hechas de adobe y piedra. Las capitales distritales cuentan con servicios de fluido eléctrico y redes de agua y desagüe poco eficientes, interfieren el servicio malas instalaciones y factores climáticos; ocurre algo similar con el teléfono e internet, unos pocos locales brindan estos servicios que no están disponibles en los domicilios.

Existen Municipios en los distritos y también los sectores Salud y Educación están presentes en ellos (Centro o Posta de Salud, colegios). Hay en las capitales distritales no sólo autoridades gubernamentales, sino también las comunales y de organizaciones populares (por ejemplo: Junta de Regantes, Vaso de Leche, Club de Madres, APAFAs) que tienen importante voz en las decisiones. Interesa señalar que el índice de confianza en las autoridades estatales es en general bajo, esto en parte es atribuible al efecto desarticulador de la violencia sobre el tejido social de las zonas afectadas.

En la zona de Huancasancos la presencia de Sendero Luminoso se remonta a principios de los 70, se estima que la ideología comenzó a infiltrarse desde los colegios. Transmitida por boca de profesores, no llegó a penetrar la totalidad del campesinado pero sí un sector de los pobladores, muchos se entusiasmaron por la promesa de una justicia social largamente esperada y se plegaron a ese movimiento, muchos también se desengañaron luego de ver su actuar. Sendero cosechó antiguos conflictos por el poder y la posesión de terrenos; la población terminó con enfrentamientos internos y con un frente de defensa externo que combatió los abusos. En efecto, se precian de ser los primeros comuneros que hicieron frente al movimiento, pero en realidad son varias las poblaciones que se atribuyen esa oposición. El hecho es que sí ofrecieron resistencia y, además de establecer vigilancias protectoras, luego de ser víctimas de abusos, maltratos y asesinatos, tomaron la justicia en sus manos (CVR 2003).

Ya para entonces Sendero consideraba el lugar como “liberado” y había establecido sus propias autoridades luego de victimar a las ya establecidas, a las tradicionales y a los opositores en general. Al alzarse la población en su contra no sólo murieron en esas acciones los victimarios directos, también sus familiares. La oposición y la matanza de sus partidarios exacerbó la ira de Sendero que dio orden de arrasar con los pobladores quienes, en alguna ocasión, evitaron que esto ocurriera gracias al apoyo de poblaciones vecinas cuyas fuerzas policiales y fuerzas armadas fueron alertadas, pero esto no siempre se logró a tiempo. El apogeo de la violencia ocurrió entre los años 1982 y 1983 cuando fuerzas policiales se instalaron en la zona, bien so pretexto de pesquisa de terroristas, bien por miedo o mero abuso de poder, y perpetraron también atrocidades contra la población: torturas, desapariciones forzadas y violaciones siguieron ocurriendo (CVR 2003).

Al cabo de los años y de la presentación del informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación en cuyas recomendaciones se articula el proyecto de CAPS, la población que encontramos en 2006 acusaba los efectos de la violencia sufrida: marcada desconfianza en los vínculos intracomunales, tormentosas memorias de lo vivido en los sobrevivientes (mal dormir, recuerdos recurrentes, miedo), la violencia familiar incrementada y ligada frecuentemente a alcoholismo; también alcoholismo femenino que antes no se presentaba. Muchos niños quedaron huérfanos en esa época amparados mal que bien, por algún familiar que, afectado también por los hechos y las carencias incrementadas (la producción había sido arrasada), no alcanzaron a cubrir las necesidades materiales y afectivas de esos chicos, adultos ahora, que son los actores de escenas de violencia doméstica y alcoholismo. Los hijos de estas familias sumaban a esa dificultad las secuelas transgeneracionales del trauma, así como la pobreza y la dificultad para trazarse en esas condiciones, un proyecto de vida grato y viable. Muchas familias perdieron miembros que eran o hubieran podido ser sostén de los sobrevivientes que han llegado a edad avanzada en soledad y sin apoyo. La confianza al interior

de la comunidad desapareció cediendo paso al rencor, la sospecha y el temor al chisme si se contaban experiencias o penas entre amigos o parientes.

En paralelo, la preocupación por el futuro de las generaciones jóvenes es notoria, dice uno de los afectados: *“no voy a poder perdonarlos [a quienes mataron a sus padres] pero por lo menos que eso quede en mí y ahí se acabe, que no siga en los chicos, que no lo hereden”*.

En los distritos hay Asociaciones de Afectados por la Violencia Política que, antes de la intervención de CAPS en la zona, focalizaban sus miras en la reparación económica por los daños sufridos. Al cabo de dos años de trabajo psicosocial reconocen la afectación del bienestar emocional comunitario e incluyen la Salud Mental en esas reparaciones.

En Huancasancos el trabajo de Organizaciones No Gubernamentales ha sido escaso, han intervenido allí: el Movimiento Manuela Ramos en el área de paternidad-maternidad responsable; ADRA, brindando asistencia a la relación madre-hijo de zonas rurales, el programa público “Juntos” y la Comisión de Derechos Humanos (COMISEDH), nuestra institución aliada en el proyecto, que continúa trabajando desde el área legal en el rescate y reparación de los derechos vulnerados de los afectados. Además de la alianza con esta última institución y la mutua colaboración en los proyectos de ambas, se ha trabajado con organizaciones de base, gobiernos locales y representantes de los sectores Salud y Educación en la zona.

### ***El trabajo clínico comunitario***

Al inicio de la intervención la resistencia a lo que fuera Salud Mental era muy grande, la población desconocía la extensión del tema y lo interpretaba como algo sólo dirigido a personas “enfermas”, o a “los locos”. Esto se reflejó en la reticencia a acudir a la consulta psicológica, había temor a la estigmatización y ser visto acudiendo a la consulta se pensaba que devendría, ante la mirada de los otros, en “estar mal”. La insistencia en la explicación de que esto no es así, que no se atraviesa individual y comunalmente por las atrocidades vividas sin que ello deje huellas y tenga consecuencias, dio fruto: progresivamente fue sintiéndose más natural ir a hablar con un profesional en búsqueda de apoyo, escucha comprensiva y consejo, también facilitó ese tránsito el que los miembros del equipo no tuvieran reparos en hacer “visitas domiciliarias” cuando eran requeridas, luego de ellas resultaba más fácil acercarse al especialista dondequiera que éste estuviera.

La oferta de atención a las personas de las comunidades afectadas por violencia política estuvo focalizada en Sancos y se sostuvo tanto en el 2006 como en el 2007.

## **Psicoterapia**

Para ser considerado como tal, *un proceso* de psicoterapia se requería un número de cuatro o más sesiones. Pero la población de las comunidades atendidas no tiene usualmente el hábito de seguir un proceso terapéutico, se aproxima para consultas puntuales esperando orientación, consejo o el alivio que reporta haber sido escuchado y comprendido en asuntos que no se comentan públicamente. Así, se han dado por satisfechos con un número menor de consultas de las requeridas para estimar la intervención como *un proceso* de psicoterapia.

## **Consejería**

Como ya se mencionó, la resistencia inicial se venció poco a poco, merced a la actitud cálida de los profesionales del equipo, la garantía de reserva sobre lo escuchado, el dominio del idioma quechua y la ventaja adicional de que la psicóloga no “viene de fuera” es lugareña, se la conoce, conocen a su familia y regularmente ha visitado el lugar antes de la intervención.

Para brindar el servicio, en Sancos, durante el primer año se acondicionó una habitación que facilitó la Municipalidad; la pintamos, limpiamos, se le renovó el piso y se abrió al público. Este lugar estaba en la calle principal de Sancos y a pesar de eso la cifra de consultas fue elevada. En 2007 el lugar de consulta se trasladó a la habitación cedida por la parroquia La Expectación para funcionamiento del Núcleo de Salud Mental.

Con frecuencia los pobladores han usado como “puerta de entrada” los problemas que veían en sus hijos sin asumir que ellos mismos padecían por causa de lo vivido ni que su sufrimiento era algo que muchos vecinos compartían. Las razones de consulta, aún siendo muy variadas, giraron principalmente sobre situaciones familiares, frecuentemente de violencia familiar, de relaciones conyugales o entre padres e hijos.

Muchas madres acudían preocupadas por la conducta de los niños y niñas, mal rendimiento escolar, rebeldía, situaciones que desconcertaban a los progenitores que no encontraban cómo orientarlos y ser escuchados por ellos. Los jóvenes que solicitaron consulta traían habitualmente problemas sentimentales de pareja o quejas de la vida familiar (violencia, pobreza y alcoholismo en un porcentaje elevado).

Hubo varios casos de consejería que anunciaron la razón de su consulta como un sufrimiento producto de los hechos de violencia ocurridos en la comunidad, pero no fueron la mayoría. Lo que se apreciaba más es la huella de la violencia vivida encarnada en la cotidianeidad, en las relaciones de todos los días y en las nuevas generaciones. Los cuadros severos de depresión y/o ansiedad se

han recuperado para estabilizarse en un malestar crónico, un escepticismo que acompaña como “humor de fondo” a los menos favorecidos.

Esto es igualmente así en los distritos de Lucanamarca y Sacsamarca, en éstos no hubo un local designado para la consejería. En Lucanamarca, COMISEDH, la institución contraparte en Ayacucho, utilizaba una habitación facilitada por el municipio para otro proyecto que esa institución desarrollaba en la localidad, es allí donde se realizaron las consultas según la disponibilidad del espacio. Pero, algunas veces éste era requerido por el personal de COMISEDH, y al ser dos los profesionales de Salud Mental, hubo que adecuarse a las circunstancias: las consultas se hicieron en las casas de los solicitantes, en el parque, en el Centro de Salud, en el colegio. Situaciones similares también ocurrieron en Sacsamarca.

### **Los talleres terapéuticos**

A diferencia de las actividades destinadas a dar información, en este tipo de taller lo que se busca es la reflexión, la expresión de sentimientos, el fomento del reconocimiento de lo compartido, de las aflicciones, y generar el soporte solidario que el mismo grupo puede brindar a los participantes en el vivir cotidiano.

La naturaleza de la actividad se hizo más atractiva para el grupo femenino, los varones tenían más inhibiciones para presentarse como dolientes, de tal modo que fueron los Clubes de Madres las instituciones que utilizaron el servicio. Sin embargo, en alguna ocasión acudía algún varón que explicaba su presencia porque la esposa no podía asistir en esa fecha. Esta actividad se realizó principalmente en Sancos, al finalizar la tarde considerando que las asistentes estén ya libres de trabajo y/o tareas domésticas.

La población ya había tenido experiencia con lo que son talleres, es una modalidad de intervención muy utilizada que les es familiar tanto a ellos como a los miembros del equipo. Luego del momento inicial de inscripción y bienvenida se realizaba una dinámica de animación, se presentaba el tema a tratar y se pedía a los asistentes trabajarlo en grupo sobre la base de preguntas motivadoras, el resultado de ese quehacer se compartía entre todos y se daba un espacio para comentarios y relatos de vivencias personales relativas a lo trabajado, luego de lo cual se reflexionaba sobre lo escuchado. El desafío para los miembros del equipo fue incorporar la atención de lo subjetivo al esquema del taller ya conocido, escapando a la tentación de apegarse a lo estrictamente didáctico.

La actividad fue bien aceptada, brindó a los asistentes un espacio privado de intimidad compartida que no se da espontáneamente en espacios públicos ni en encuentros de objetivo distinto al “hablar de lo que nos pasa y lo que sentimos”.

## **Psiquiatría**

En lo que hace a la clínica, dado el tiempo que implica el traslado a y desde Huancasancos, no pudieron estos distritos recibir atención psiquiátrica por parte del proyecto. Los casos detectados que requerían esa intervención fueron derivados al personal de MINSA en la localidad o en Huamanga. La imposibilidad de dar este servicio, que consideramos inicialmente una desventaja, puede haber resultado provechosa en la medida que los consultantes tuvieron que descubrir que el camino de solución a los problemas que traían no pasa necesariamente por la prescripción de medicinas y que, para las heridas del alma, la presencia de un otro, que responda a la necesidad emocional del que narra su historia, es esencial. No siempre basta, es verdad, pero por fortuna los casos “psiquiátricos” que requirieron derivación fueron los menos.

## **El trabajo comunitario: apuntalando el tejido social**

En Huancasancos uno de los efectos de la violencia fue la desarticulación de los mecanismos comunitarios de solidaridad y apoyo mutuo. Las personas se volcaron sobre sus propios intereses; las ocupaciones y costumbres ancestrales de labores compartidas para el bien común disminuyeron su vigencia. Una de las intenciones del trabajo, entonces, fue fomentar la reconstrucción de los vínculos perdidos y la participación en actividades comunales.

Facilitó este quehacer al equipo el hecho de que, tanto la psicóloga como los antropólogos que intervinieron en la zona, procedían de la misma región y eran conocedores de la idiosincrasia e idioma de la población.

Desde el primer momento se vislumbró la necesidad de establecer alianzas con las organizaciones e instituciones del lugar buscando interesarlos en los temas de Derechos Humanos y de Salud Mental, para que primero actuaran como aliados del proyecto y luego, como aliados entre sí en acciones de fomento de estos enfoques.

Un aliado natural fue el personal del Ministerio de Salud que trabajaba en la zona y se firmó un convenio con la institución para brindar a sus trabajadores un curso-taller sobre Salud Mental. Esta actividad se realizó en 2006, en la sede del Centro de Salud de Sancos; participaron en ella, además, algunos invitados de otras instituciones: profesores, trabajadores de la Municipalidad, estudiantes del Instituto Superior. También la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) y el Gobierno Local fueron aliados estratégicos.

La propuesta del curso-taller fue bien acogida por la Microred de Salud. No todo el personal del Centro de Salud asistió pues tenían otras labores paralelas y fue difícil compatibilizar horarios; la asistencia simultánea de personas de

diferentes instituciones fue una siembra que dio frutos. En el año 2007 estaba ya dentro de su perspectiva coordinar labores en conjunto.

Uno de los factores que incidió favorablemente en ese logro fue el enlace entre los temas de Derechos Humanos y Salud Mental, pues en la provincia prácticamente toda la población ha sido afectada por la violencia, directa o indirectamente y estas son épocas en las que el tema de las reparaciones colectivas e individuales por los daños sufridos convoca a todos.

El equipo propulsó la realización de actividades de participación masiva en ocasión de fechas emblemáticas (Ej: Día del Niño, de los Derechos Humanos, de la No Violencia contra la Mujer, de la Salud Mental) y en torno a festividades locales. Se realizaron concursos, pasacalles, desfiles y en ellos participaron las distintas instituciones y la población en general. Fue especialmente exitoso el Festival del Adulto Mayor, en el que se resaltó la importancia del saber de los ancianos y de atender a sus necesidades. Temas y actividades fueron difundidos constantemente por las radios locales.

Muestras del éxito del esfuerzo fueron: la realización de un concurso de pintura para niños cuya convocatoria y realización ha estado a cargo de la UGEL, de los promotores formados por CAPS y del Municipio; la participación fue masiva, el premio lo ofreció el presidente de la Asociación de Afectados de la zona. También la disposición colaboradora de todos los participantes en el concurso de alfombras de flores, aún siendo esas instituciones rivales en el evento.

En Huamanga el equipo participó en entrevistas radiales y televisivas en relación a temas de Derechos Humanos y Salud Mental, se mantuvo en contacto y colaboración con la Dirección Regional de Salud y tuvo participación activa en la Red de Salud Mental y Derechos Humanos con cuyos miembros se organizó una Festifera Informativa por el Día Internacional de los Derechos Humanos y un conversatorio sobre el tema en el que participaron varias ONGs.

Todo ello fomentó la interacción y mutua cooperación entre los agentes del Estado y la sociedad civil, así como entre organizaciones e individuos comprometidos con los Derechos Humanos y la Salud Mental.

### ***El Núcleo de Salud Mental Comunitaria: Kuska Wiñay***

El proyecto se propuso para el 2007 la creación de Núcleos de Salud Mental Comunitaria y la formación de promotores locales de Salud Mental que pudieran dar continuidad a la labor iniciada en la zona luego de finalizada la intervención de CAPS. Atendiendo a la preocupación prioritaria mostrada por la población se decidió orientar el trabajo hacia el grupo infanto-juvenil, ya que los adultos se preocupaban porque observaban entre la población joven, un índice elevado de violencia, consumo de licor, actitudes contrarias a la convivencia saludable y

respetuosa de los valores, desorientación en la construcción del propio futuro, rendimiento escolar insatisfactorio.

Dos requerimientos fueron los primeros a cubrir: seleccionar a las personas que serían los promotores y encontrar un local para el funcionamiento del grupo. Para solucionar el primero se convocó a los interesados, se expusieron las metas y condiciones de la labor que habrían de desarrollar y se evaluó las posibilidades de las personas interesadas para involucrarse y conducir en forma satisfactoria ese quehacer. La mayoría de aquellos que se acercaron con intención de participar cubrían los requisitos deseables; quienes nos parecían un poco menos idóneos o disponían de menos tiempo han sido incorporados como colaboradores de los que formarían el núcleo central. Prácticamente la totalidad de los promotores seleccionados tenían ya contacto cercano previo con las acciones que desde hace un año desarrollaba el equipo, sea por haber participado en el curso-taller de 2006, por haber asistido a talleres terapéuticos o por haber colaborado en algunas otras actividades ya realizadas. El grupo constaba de 15 personas de diferente procedencia: varios docentes, miembros del Club de Madres, trabajadores del Municipio, del Centro de Salud y de la Parroquia. La convocatoria los atrajo espontáneamente pero fue además sumamente conveniente esta composición porque congregaba diferentes sectores de influencia que podían sumar esfuerzos en la consecución del objetivo común.

En lo que se refiere a local, la Parroquia La Expectación, en la persona de su párroco, cedió gentilmente un espacio para el trabajo del grupo. Se firmó un convenio interinstitucional entre CAPS y la parroquia estipulando las responsabilidades y aporte de cada parte en lo que concierne al local y actividades del Núcleo de Salud Mental (NUSAME).

El espacio asignado al NUSAME necesitó acondicionamiento para hacerlo operativo y para ello se contó con la colaboración de la población de Sancos en la ejecución de los trabajos y, por parte, del CAPS con el aporte de materiales y también de trabajo. Se le renovó el piso, las ventanas, se instaló la electricidad, se pintó y compraron armarios, algunos materiales de oficina y juegos para los niños.

Consideramos que las dificultades de la población infanto-juvenil proceden en buena medida de las condiciones de crianza y educación que, atravesadas por las secuelas de la violencia en la comunidad y en los adultos responsables de ellas, no favorecen el desarrollo de las capacidades creativas, la expresión y modulación de los afectos y los vínculos interpersonales saludables. En función de ello se pensaron los temas a desarrollarse en la capacitación de los promotores.

En Abril de 2007, en Lima, se diseñaron algunos talleres sobre temas que nos parecieron pertinentes y necesarios de transmitir a los promotores en formación. Versaban sobre nociones de desarrollo físico y psicológico del niño, dificultades emocionales a lo largo del mismo, la influencia e importancia de la

familia en la constitución de la personalidad; además se trabajó con los equipos locales algunos ejemplos de las actividades lúdicas posibles de realizar con los niños. Más adelante se complementaron tales ejemplos con la guía “Promotoras en Acción” que agrupa y explica cómo hacer distintas actividades en función de las áreas que se desea estimular en los chicos. Se dio inicio después a la capacitación de los promotores de la zona en función de los pedidos que los mismos les iban haciendo a los profesionales.

Para la consolidación del grupo fue importante la elección del nombre que le daba identidad. El seleccionado en Huancasancos fue “Kuska Wiñay”, expresión quechua que significa “Creciendo Juntos”; intencional o no, ese nombre da cuenta tanto del proceso de los promotores como del de la población a la que atienden.

Una dificultad que encontramos en el camino fue que, de inicio, tanto los promotores como el equipo entendieron que la actividad de “Kuska Wiñay” iba a consistir en replicar para los niños los talleres formativos que se desarrollaban, posiblemente tuvo que ver en esto el número de docentes que son parte del grupo. Se corrigió la interpretación errada tanto a partir de la supervisión como de la visita de intercambio que hicieron los equipos a zonas distintas a la propia. Finalmente, se consolidó la idea del trabajo en la modalidad de Ludoteca, y entonces surgió otro problema: quién trabajaría con los más pequeños y de qué forma. En las comunidades atendidas, la crianza de los chicos no suele reconocer la importancia del juego como forjador de capacidades y de vínculo entre las generaciones, y les estábamos pidiendo a los promotores, varios de ellos docentes, “no enseñar”, sólo acompañar, conducir y participar. Los mismos niños se encargaron de apoyarnos en el cambio, los adultos encontraron el gusto a redescubrir su infancia y ahora se trataba de balancear el compartir el juego con el marcar los límites y señalar algunas normas para mantener un orden razonable y no rígido.

El 30 de Mayo de 2007 se inauguró formalmente el local del NUSAME con asistencia de las autoridades de la provincia, “Kuska Wiñay” ha sido incorporado como parte del comité multisectorial de la localidad.

Para atender a la demanda y dar el servicio a los niños en horarios posibles tanto para los promotores como para los primeros, se optó por trabajar de la siguiente manera: dos días a la semana, en dos turnos de trabajo –mañana y tarde– se atendían, en cada turno, a dos grupos diferentes de niños. Cada grupo era recibido y dirigido por un pequeño equipo de dos promotores. Organizar esto no resultó fácil pues los promotores tienen sus propios horarios de labor así como los niños y niñas de asistencia a clases; esto es algo que se tendrá que ir adecuando a las circunstancias una y otra vez.

Tras los primeros ajustes para decidir actividades y actores, lo que ahora enfrenta la ludoteca del NUSAME es una avalancha de criaturas que quieren participar y padres interesados en que lo hagan. Ante el número elevado de

asistentes en ocasiones ha sido necesario dividir el grupo en dos, trasladar a unos al jardín para juegos más dinámicos (con pelota generalmente) y dejar a los otros en la habitación haciendo una actividad menos movida (pintura, juegos de mesa) y luego intercambiar espacios. Los menores gustan del espacio del NUSAME que les permite e invita a jugar, pero también da cabida a otras actividades que puedan interesarles. Ha habido niñas que han preferido tejer y no era raro que llegaran algunos menores llevando su tarea escolar para desarrollarla allí pidiendo apoyo a los promotores pues los adultos de su casa (cuando los había) no tenían tiempo o conocimientos suficientes para hacerlo. Nos preguntamos por la influencia que los ahora nóveles asistentes puedan tener sobre el quehacer de la Ludoteca según vayan creciendo y, confiamos, continúen acudiendo a ese espacio.

Un punto de preocupación es que a fines de 2007 nos llegó la noticia del cambio de párroco, y la decisión del nuevo de destinar a una escuela parroquial el espacio que fuera cedido a “Kuska Wiñay” para sus labores. Al cierre del proyecto no se había podido lograr la firma de un convenio Parroquia “Kuska Wiñay”, análogo al firmado entre la parroquia y CAPS. Aunque la Ludoteca no debe ser la única actividad de “Kuska Wiñay” es importante darle continuidad; esperamos que el compromiso de los promotores con el fomento del bienestar emocional de la población y la incidencia que pueden ejercer en ámbitos distintos, acaben logrando un espacio idóneo para su quehacer.

### ***El fortalecimiento de capacidades de los profesionales en Salud Mental***

Seleccionar los profesionales para el trabajo en Ayacucho fue complicado porque necesitábamos tener un equipo calificado, quechuahablante y que tuviera la predisposición a insertarse en la vida cotidiana de las comunidades. Seleccionamos a dos profesionales, psicólogos de ambos sexos, varón y dama, lo que nos pareció óptimo.

Ambos participaron en la primera jornada de capacitación para las labores del proyecto en Diciembre de 2005. Se trató de cinco días de intensa labor sobre temas relacionados con el futuro quehacer: Salud Mental Comunitaria, Derechos Humanos, secuelas de la violencia política y familiar, metodología del diagnóstico participativo, teoría y técnica psicodinámica de entrevista, etc. Con ellos se trabajó el primer tramo del proyecto, la presentación de éste y el diagnóstico de situación en la zona de intervención. Este equipo estuvo con nosotros 3 meses, en la práctica no pudieron adaptarse al trabajo de 15 días en Huancasancos, luego de los cuales hicimos una nueva convocatoria, optamos por un equipo multidisciplinario, otra psicóloga y un antropólogo fueron seleccionados, ambos ayacuchanos y quechuahablantes.

Como no habían asistido a la capacitación dada previamente, la psicóloga del CAPS que se hizo cargo de la supervisión del trabajo en Ayacucho viajó a Huamanga a replicar el taller hecho en diciembre para ellos. La relación entre los profesionales del equipo se fue tornando tensa pues los estilos de personalidad de ambos no eran afines, nos pareció lo más sano proceder a un cambio para el período 2007; teníamos vacante un lugar en el equipo de Huancavelica y el antropólogo se trasladó a cubrirla. La psicóloga permaneció en la intervención en Huancasancos hasta el fin del proyecto al igual que el antropólogo en Huancavelica.

A inicios de 2007 incorporamos a otro antropólogo, ayacuchano, quechuhablante y se hizo la tercera réplica del taller de 2005 a cargo de la supervisora. Este profesional permaneció en el equipo ayacuchano hasta culminar la intervención.

A lo largo de estos dos años los profesionales de los equipos locales se desplazaron a Lima en cuatro oportunidades para las jornadas de capacitación de los equipos regionales. Además de las reuniones en Lima, la supervisora viajó 8 veces en el 2006 a encontrarse con el equipo y 7 en 2007. En la mayoría de estos viajes se desplazó a Huancasancos para acompañar por algunos días el trabajo de los profesionales locales. En estos encuentros se dedicó un tiempo a supervisar algunos casos que el equipo local consideraba requerían de una visión clínica más experimentada. Una dificultad por remontar de la supervisión clínica fue el diálogo entre la óptica psicodinámica del supervisor y los marcos teóricos de la psicóloga y el antropólogo del equipo. Por ejemplo, una práctica usual en la supervisión clínica de transcribir el reporte de lo ocurrido en una sesión no les era familiar y la actividad era sentida como un cuestionamiento a la labor. A veces lo era. Asimismo, la supervisora insistió a lo largo de los dos años en la importancia de que complementaran lo que trataba de transmitirles con lecturas que les proporcionaba. Lo que se apreció y se reforzó fue el buen criterio que acompañaba la intervención clínica de los profesionales, así como la reiterada impresión de que la población que acudía a consulta se sentía satisfecha de la atención recibida.

Otra de las funciones que se programaron para la supervisora fue llevar a cabo reuniones de sostenimiento emocional al equipo, en el entendido de que el trabajar con personas afectadas por la violencia política podía afectar el bienestar emocional de los profesionales. Ese sostenimiento se brindó en momentos de charla cuando se ha evidenciado esa necesidad, siendo la duración y hora de tales ocasiones sumamente variada, también a través de los chats y e-mails intercambiados cuando la supervisora no estaba presente.

En contra de lo previsto no fue la afectación por los relatos oídos en consulta lo más álgido, sino la tensa relación entre los integrantes del equipo. Es posible que siendo éstos afectados indirectos hayan desarrollado mecanismos para evitar

sentirse impactados por las experiencias de otras personas. La intervención de la supervisora no pudo impedir que la áspera relación que en algún momento se daba estuviera a punto de ocasionar la renuncia de uno o de ambos profesionales; afortunadamente encontramos modo de conservarlos a los dos.

COMISEDH, la institución contraparte de CAPS en Ayacucho, brindó a estos profesionales un espacio en su local, las computadoras para el trabajo, asesoría en la elaboración de los reportes financieros. El equipo de Salud Mental se integró bien a la vida de la oficina sabiendo mantener distancia prudente en relación a los asuntos internos de la institución, con ellos compartieron los sinsabores de las fallas de aparatos eléctricos y electrónicos, los cortes del fluido eléctrico no infrecuentes en Huamanga así como las alegrías del trabajo logrado. El tema del funcionamiento seguro de los aparatos electrónicos fue una urgencia constante, especialmente porque en Huancasancos no se contaba con instalaciones adecuadas para ir avanzando con los reportes que tenían que remitir a Lima y al regresar del trabajo de campo debían hacer en Huamanga el vaciado de las notas tomadas durante su permanencia fuera, elaborar los informes respectivos y alimentar la Base de Datos que en Lima recogía los avances de todas las zonas. Para enseñarles y reforzar aprendizajes en el manejo de este instrumento, personas del Programa de Monitoreo y Evaluación del CAPS viajaron a Huamanga en tres oportunidades. Las dificultades para dominar la Base de Datos fueron reiteradas.

El equipo local de Salud Mental del proyecto colaboró activamente en el proyecto de COMISEDH en Lucanamarca, centrado en la recuperación de la memoria histórica del lugar durante la época de la violencia. Los profesionales participaron y condujeron talleres con los pobladores del lugar y sus anexos. COMISEDH recogió la sugerencia de la supervisora de CAPS para incluir la dimensión de futuro en esa construcción de la historia y encargó al equipo CAPS el soporte emocional de los testimoniantes en la audiencia pública que fue una de las actividades finales de su proyecto. La supervisora participó con el equipo en esa actividad capitalizando para el diseño y ejecución de tal apoyo, la experiencia similar tenida en la CVR.

### ***La sensibilización de la población en los temas de Salud Mental y reparaciones***

La focalización del interés de los pobladores en estos temas se vio favorecida por el hecho de que la atención del bienestar emocional de las poblaciones está incluida como parte de las reparaciones consideradas por el Estado, y también, por la orientación específica de COMISEDH.

En Huancasancos se trabajó con personal de los sectores Salud y Educación, con los municipios distritales y el provincial, con asociaciones de afectados,

clubes de madres, padres de familia y estudiantes de las distintas instituciones educativas de la zona de intervención. Se hizo amplia difusión radial de los temas en Huancasancos, así como actividades de animación comunitaria (maratón infantil, festivales, encuentro de jóvenes, etc.). Se colaboró con APAFAs de unidades educativas de inicial, primaria y secundaria, se brindó soporte emocional a familiares de fallecidos por violencia política durante la exhumación de restos.

En el curso-taller de Salud Mental desarrollado en Sancos una de las ponencias iniciales versó sobre Derechos Humanos, y tanto en Lucanamarca como en Sacsamarca fue éste uno de los temas iniciales de los talleres. En las tres localidades el equipo abordó estos aspectos a través de las emisoras de radio locales, en repetidas ocasiones. Se buscó siempre transmitir a la población la información actualizada disponible sobre los avances y alcances de las reparaciones. Entre los afectados hay gran esperanza, no siempre realista, en el logro de las reparaciones individuales.

Tanto el Huamanga como en Huancasancos se aprovecharon las fechas recordatorias de temas de Derechos Humanos y de Salud Mental (Día de la No Violencia contra la Mujer, Día Internacional contra la Tortura, etc.) para poner en relieve los temas mediante actividades alusivas. Fue el caso del Día del Niño en Sancos donde se festejó con un desfile que partió de la Plaza Mayor en forma de una "Cadena Humana por el Derecho al Buen Trato". Niños y niñas de todos los colegios, escuelas y grados portando pancartas con mensajes alusivos, hicieron un recorrido por las calles de la localidad congregando la mirada de todos los pobladores.

En relación a la difusión de temas de Salud Mental en Huancasancos, cada viaje del equipo incluyó varias entrevistas radiales. Algunos de los talleres realizados en los distritos de la provincia fueron "¿Cómo fortalecer nuestra Salud Mental?", "Resolución de conflictos", "Salud Mental y Salud Mental Comunitaria".

Indicadores de la sensibilización de la población al tema fueron los pedidos de charlas de capacitación que han recibido estos profesionales (que han atendido pese a no estar incluidos en la agenda prevista), la solicitud municipal de hacerse cargo de casos derivados por la DEMUNA y las resoluciones municipales recibidas por CAPS en el evento de presentación de resultados y cierre del proyecto en Huancasancos requiriendo la permanencia de la institución y de los miembros del equipo en el lugar para continuar la labor. Nos parece especialmente significativo que, a diferencia de lo observado en otras oportunidades y lugares, la solicitud no era de bienes materiales o dinero sino la continuación del trabajo en Salud Mental.

En Huamanga, además de la presencia en medios, se realizaron campañas de difusión (Festiferia, Conversatorio, etc.) y otras acciones en coordinación con organismos estatales y privados de Derechos Humanos y Salud Mental (Red de Salud Mental, Dirección Regional de Salud, iglesias, Consejo Regional de Reparación y Reconciliación de Ayacucho, ONGs).

### ***Las acciones de incidencia para la mejora de las condiciones de Salud Mental y las reparaciones***

En Huamanga el equipo participó en las reuniones de planificación del CORA (Consejo Regional de Reparación y Reconciliación), colectivo creado en 2006 formado por diferentes actores sociales, públicos y privados, impulsado por el gobierno regional. El CORA se propone la formulación de políticas, seguimiento, monitoreo y difusión del proceso de implementación del Programa Integral de Reparaciones y de las recomendaciones de la CVR en la región. Sancos cuenta con una ordenanza municipal que posibilita el apoyo a los afectados por la violencia política según sus necesidades.

El impacto de lo hecho se percibe más nítidamente en Huancasancos por ser una circunscripción más pequeña que la capital del departamento. El Municipio y la población han internalizado la importancia y la relación entre ambos temas y son parte de la agenda de la Comisión Multisectorial de la zona; para esto la labor de incidencia que ha efectuado en 2007 “Kuska Wiñay” ha sido especialmente relevante.

### ***Comentarios finales***

Una mirada retrospectiva a la experiencia nos deja sensaciones simultáneas de satisfacción y nostalgia. Es grato haber alcanzado en Huancasancos los logros ya señalados. Consideramos que la preocupación por el bienestar emocional de los residentes ya se ha instalado en las autoridades y en un sector importante de los padres y madres de familia; que los pobladores en número considerable han dejado de ver el sufrimiento en solitario como un estado de cosas natural y han pasado a reconocer que compartirlo al interior de un vínculo de confianza lo alivia, permite ampliar la perspectiva sobre esa vivencia, reflexionar y concebir soluciones para situaciones antes sentidas sin salida.

Es igualmente satisfactorio haber contado con un equipo comprometido y dispuesto a la labor, en el que hemos dejado la inquietud por el enfoque psicodinámico en la concepción de las relaciones interpersonales y los conflictos personales. Nos felicitamos por la eficacia de su trabajo.

No nos es posible cerrar la experiencia sin nostalgia. Hemos construido un lazo afectivo con la zona y sus habitantes, sabemos que lo avanzado es sólo el primer paso en un camino largo de recuperación de los inmensos daños causados por la violencia política. Dejamos en sus manos la continuación de lo iniciado con la esperanza de que lo logrado tenga un efecto multiplicador y nos sentimos confiados en poder verificarlo más adelante.

## Construyendo vínculos

*Alfredo Riveros*

*Blanca Salcedo*

Los integrantes del equipo local de Ayacucho conocíamos de cerca los efectos de la violencia política pues ésta también tocó a nuestras familias. Entendíamos por eso el comportamiento de algunas personas y estábamos familiarizados y sensibilizados con la problemática de la zona de Huancasancos, que es similar a la de otras comunidades de Ayacucho. El conocer de cerca los efectos de la violencia y poder transmitir a los pobladores que podemos comprenderlos, permitió que sientan que ni están solos ni son los únicos que han sufrido, que hay muchos que han sido afectados de diferente manera y que es posible salir adelante a pesar de lo sufrido.

### ***Intervención clínica comunitaria***

Al iniciar la intervención encontramos en las personas una escasa información sobre el tema de Salud Mental y Derechos Humanos, con varios mitos y creencias tales como que la Salud Mental no es una prioridad, que ellos no necesitan una atención especializada, que las atenciones sólo son **“para los locos y nosotros no estamos locos”**. En el proceso de la intervención encontramos personas con muchas secuelas, que se victimizaban por su afectación, que demandaban una reparación económica y no consideraban que la Salud Mental era parte de la recuperación de su bienestar integral.

La oferta de atención personalizada generaba varias resistencias iniciales: las personas no se adecuaban a los horarios ni a los espacios establecidos por el proyecto, sentían vergüenza, temor, desconfianza; consideraban que los síntomas de sus padecimientos eran sólo físicos y no psicológicos. Los pacientes que acudían a consulta generalmente lo hacían por problemas de conducta de sus hijos, encubriendo sus propios problemas emocionales.

Pudimos superar la resistencia en forma paulatina, en principio visitándolos en sus hogares, interesándonos por la salud de cada integrante de su familia, hablando sobre la importancia de que las familias vivan en forma armoniosa porque eso ayuda mucho en el desarrollo de sus hijos. Fueron también de ayuda los diálogos sobre las secuelas de la violencia política y la manera como éstas afectaban su vida cotidiana; las reflexiones sobre los dolores físicos y las diferentes maneras de acercarse a todo lo vivido durante la época de la violencia.

Los talleres terapéuticos también fueron un factor importante para fomentar las atenciones psicológicas. En el taller se dialogaba sobre un tema específico y

al finalizar el mismo, las personas se sentían identificadas con el tema y pedían conversar sobre lo que les ocurría en forma individual. Fue una ayuda que las mismas personas que acudían a las atenciones psicológicas incentivarán a otras a hacerlo, recomendándoles ir porque comprobaban que al hablar de sus sufrimientos se sentían más aliviadas y “sin tomar pastillas”.

Por otro lado, nuestra presencia en medios todos los meses ayudó mucho a la sensibilización pues hablábamos sobre la importancia de tener un bienestar emocional.

Estas son algunas de las expresiones que hemos escuchado como motivos de consulta:

*“...me duele mi cabeza, no puedo dormir ni comer, quiero que me den unas pastillas para sanarme”.*

(Pobladora de 45 años - Sancos - 2006).

*“Mis hijos son malcriados, no obedecen, yo de cualquier cosa me pongo rabiosa y me desespero fácilmente y a veces les golpeo y están mal en su escuela”.*

(Pobladora de 38 años - Lucanamarca).

*“Quiero que me curen de mi mal, mi brazo no me deja trabajar, soy inválido no sirvo para trabajar, mi familia ya se cansó de mí, no puedo ayudar a mis hijos”.*

(Poblador de 48 años - Lucanamarca).

Aprendimos, por otro lado, que las atenciones clínicas y las consejerías no sólo se pueden dar en los espacios de consultorio ya que a algunas personas los espacios cerrados les producían ansiedad y temor y nos decían:

*“¿Para qué cierran la puerta? Por qué te cierras la puerta cuando conversas con los del CAPS?, me dicen”; “La gente va a pensar mal cuando cierran la puerta, no cierren por favor”; “Mi esposo me dice: ¿a qué vas? ¿Qué problemas tienes? ...de repente estarás demasiado loca”.*

Aprendimos a realizar atenciones psicológicas y consejerías en espacios tales como el parque, la chacra, su domicilio, así se sentían más cómodos. Cuando se les preguntaba por qué les gustaba conversar en espacios que no son el consultorio respondían que se sentían libres para expresar sus sentimientos y emociones, que no tenían tiempo para ir al consultorio porque estaban trabajando en las chacras, además, decían: *“la gente nos mira mal”*. Consideramos entonces necesario flexibilizar horarios y espacios y adecuarnos a las posibilidades de los pobladores.

Una vez lograda la confianza, los pacientes acudían en busca de ayuda a nuestros espacios de atención, cuando sentían la necesidad de hablar de sus preocupaciones o dudas, o simplemente cuando querían ser escuchados y compartir algunas emociones o sentimientos.

Fue satisfactorio después escuchar a pobladoras ancianas recomendando a sus vecinas o familiares acudir a las atenciones psicológicas. Ellas lo aconsejaban así:

*“...anda a conversar con la señorita, ella no te va a dar pastillas, pero te va a escuchar y cuando hables te vas a sentir mejor, yo antes iba a pedir pastillas pero ya ahora no las necesito.”*

*Muestras de la comprensión que lograron sobre la importancia de hablar de lo vivido son estas expresiones:*

*“Me siento bien cuando hablo de mis cosas, ya no me los guardo”.*

*“Amigo, la pena que he pasado pensé que nadie lo había pasado, ahora me doy cuenta que muchos habían sufrido como yo”.*

*“Quiero conversar con usted para hablar de lo que siento y no maltratar a mis hijos”.*

*“Entiendo ahora que si no hago algo por mí no podré ayudar a mi familia”.*

*“Cuando estoy preocupada trato de distraerme, me voy al campo, converso con mi comadre o vecina y después me siento mejor”.*

Somos concientes de que los cambios de actitud en toda la población ocurren lentamente, pero aquellas personas que confiaron en nosotros están ahora en busca de su desarrollo personal, familiar y el de su entorno.

Pero no basta trabajar con la persona como individuo, también es necesario insertar el trabajo entre los diferentes actores sociales de la comunidad. El conocimiento de los usos y costumbres, el dominio del idioma quechua y la permanencia en la zona nos permitió un acercamiento con los pobladores en general, establecer vínculos de confianza, respeto, reconocimiento y valoración de su cultura. Los integrantes del equipo participamos en las actividades cotidianas de la población de manera activa, no estuvimos ajenos a los acontecimientos de la comunidad, ya sea festividades religiosas, costumbristas, reuniones multisectoriales campañas de solidaridad, etc.

### **Intervención en el tejido comunitario**

Nuestros primeros contactos con las instituciones existentes en la zona (la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL), Centros y Puestos de Salud, Gobierno Local, Club de Madres), se dieron buscando hacerlos parte de actividades de sensibilización relacionadas con la importancia del bienestar emocional. Estas instituciones están en la obligación de realizar acciones para ayudar a recuperar la Salud Mental por ser –la mayoría– instituciones del Estado, y nunca antes habían realizado eventos orientados hacia la comunidad, por carecer de recursos

económicos, por no estar capacitados en el tema de Salud Mental, y porque muchas de ellas también las conforman afectados.

Buscamos articular, entonces, las acciones de todos ellos, actuando como facilitadores en eventos de promoción y prevención de la Salud Mental. En nuestra participación hemos evitado el protagonismo y más bien buscamos que los protagonistas sean las instituciones co-organizadoras. Fue satisfactorio para nosotros realizar eventos para y con la comunidad, en forma conjunta con instituciones que fueron aliados importantes para el trabajo comunitario.

Durante el segundo año del proyecto y en paralelo al trabajo con las instituciones y organizaciones de base, el proyecto tenía como estrategia formar un Núcleo de Salud Mental con personas voluntarias y con sensibilidad social. Invitamos a líderes de diferentes sectores e identificamos a personas interesadas en el tema que dispusieran de tiempo, voluntad y condiciones para el trabajo. La idea, que surgió de los comuneros, fue la de generar un espacio de promoción de la Salud Mental infantil.

En un principio la comunidad no se mostró muy interesada con nuestra propuesta de que dicho espacio sea básicamente lúdico; decían que era una pérdida de tiempo jugar con los niños y niñas, pero cuando empezamos a capacitar y a difundir la importancia del juego y la forma en que jugar ayuda a desarrollar las capacidades y habilidades de los menores, la población entendió la importancia del trabajo, sabiendo además que ese espacio permitiría el conocimiento temprano y respeto mutuo entre niños y niñas que las instituciones educativas de Sancos no promueven ya que, después del ciclo de educación inicial, la instrucción se imparte en forma separada a varones y niñas.

Luego de identificar a las personas voluntarias comprometidas en el trabajo por la Salud Mental de la comunidad se les dio capacitación; el grupo que conformó el Núcleo de Salud Mental (NUSAME) eligió llamarse “Kuska Wiñay” (“Creciendo Juntos”) y los acompañamos en las primeras actividades de su trabajo. Su labor fue amplia y, aparte del trabajo con los niños en el espacio de juego, realizaron trabajos de sensibilización a través de los medios de comunicación y eventos socioculturales de gran impacto.

El trabajo con los medios de comunicación fue importante. Desde un inicio los usamos para informar lo que realizaríamos en cada visita a la comunidad y para abordar temas específicos dirigidos a los padres e instituciones. En el segundo año del proyecto miembros de “Kuska Wiñay” participaban también en los medios, apuntamos a que el espacio quede en sus manos. Hacia el final se elaboró un programa radial conducido por un integrante de “Kuska Wiñay” en el que participaban jóvenes de la zona.

La coordinación de acciones entre el equipo de CAPS, los miembros de “Kuska Wiñay” y las instituciones de la zona permitió el reconocimiento del NUSAME por

parte de las autoridades locales y la población en general, y la generación de alianzas con algunos representantes de las instituciones, pudiéndose sentar las bases de la sostenibilidad del proyecto ejecutado.

Cuando una ONG lidera las actividades permanentemente no se hace sostenible el trabajo, pero sí lo será cuando se comparten las responsabilidades con instituciones de la zona. Así, cuando se retire la ONG quedará la responsabilidad en manos de los actores locales. Por otro lado, la población se sentirá con más capacidad para exigir que sus autoridades y empleados públicos le den continuidad al trabajo.

### ***Balance de la intervención***

Sabemos de las limitaciones de un proyecto de salud mental comunitaria realizado por las organizaciones de sociedad civil, pero a pesar de tales limitaciones hemos dejado instituciones, organizaciones de base y personas con iniciativas de trabajo que entienden la importancia y la necesidad de continuar el trabajo de Salud Mental Comunitaria.

Consideramos que el modelo de intervención ha sido interesante y nos ha dejado un buen aprendizaje. Pensamos que fue un buen trabajo pues a través del mismo se han generado expectativas y demanda de atenciones psicológicas, que los gobiernos locales y otras instituciones deberán tomar en cuenta en sus planes de trabajo. A su vez, el gobierno local de Sancos ya ha considerado en su plan operativo 2008 realizar acciones de prevención y promoción de Salud Mental y el sector salud enviará un profesional a la provincia para que continúe lo ya realizado.

Estimamos que los promotores de salud de “Kuska Wiñay”, algunos de los cuales son líderes en su comunidad y trabajadores del Municipio, seguirán impulsando el tema y emprenderán acciones en forma conjunta con el gobierno local, apostando por la sostenibilidad. Pese a ello, pueden pensarse como amenazas posibles para la labor del NUSAME: que el gobierno local deje de tomarlos en cuenta y que no consigan un nuevo local para las actividades con los niños (el local que usamos en el Proyecto ha sido dispuesto para otro uso). De ocurrir esto sólo podrían realizar acciones hacia la comunidad y en forma limitada.

El soporte emocional y la facilitación de metodologías al equipo local por parte de la supervisora fue importante y gratificante, porque nos permitió fortalecernos durante el proceso de intervención con el proyecto. La presencia de la supervisora clínica y la antropóloga en la zona de intervención fue esencial porque, además de colaborar y aportar en diferentes actividades cumpliendo funciones como miembros del equipo, visibilizó ante la población el compromiso del equipo CAPS de Lima con la población de la zona de intervención.

La alianza y las buenas relaciones con los representantes de la institución contraparte COMISEDH han facilitado el desarrollo adecuado del trabajo durante nuestra permanencia en la oficina en Huamanga.

Aunque la experiencia ha sido satisfactoria hay que señalar también que en la realización del trabajo hemos encontrado algunas dificultades:

Para trabajar en comunidades donde no hubo intervención previa en el tema de Salud Mental consideramos necesario que el equipo esté integrado mínimo por tres personas. La función que se nos encomendó no sólo fue la de realizar trabajos operativos, incluía además actividades administrativas que significaron carga adicional de trabajo que se vio agravada por no disponer de equipos electrónicos portátiles y facilidades logísticas suficientes.

El trabajo clínico hubiera requerido más tiempo y exclusividad. No se pudo brindar una atención psiquiátrica continua por no contar con un profesional especializado para algunos casos que lo requerían. Adicionalmente, pensamos que se podría incluir actividades de laborterapia en el modelo de intervención.

La retroalimentación acerca del trabajo realizado por parte del área de Monitoreo y Evaluación fue menor a la esperada. Consideramos que el contacto con el equipo de Ayacucho debió ser más fluido y oportuno informando sobre los logros y dificultades que iban encontrando en sus visitas a la zona y sus evaluaciones del proceso.

Es óptimo involucrar a las instituciones y organismos de la comunidad desde el inicio de la intervención de los proyectos contando previamente con convenios entre CAPS y MINSA, UGEL y Gobierno Local. Asimismo, debería contemplarse la transferencia de metodologías y estrategias a las instituciones locales para que puedan continuar con el trabajo.

## **Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Ayacucho**

### **Resultado 1**

*Las capacidades de los profesionales de los Equipos de Salud Mental en las regiones son fortalecidas para brindar una mayor cobertura y una mejor calidad de servicios a través de los programas psicosociales para la población.*

En la primera fase del proyecto el equipo tuvo cambios en su conformación lo que conllevó a problemas de continuidad, planificación y coordinación de las labores que fueron compensados. El equipo que se llegó a consolidar fue interdisciplinario: de una psicóloga y un antropólogo, lo que fue un gran acierto ya que las necesidades del proyecto incluían no sólo un trabajo exclusivo en salud mental a nivel individual sino un desarrollo de los aspectos comunitarios de la salud mental, lo que es un trabajo al que un profesional de ciencias sociales tiende a abocarse. En general, el trabajo en esta zona tuvo claramente un énfasis en lo comunitario incluyendo lo realizado por la psicóloga. El trabajo interdisciplinario puede conllevar ciertos riesgos porque a veces se dificulta la comunicación entre profesionales, como sucedió en este caso, por los distintos enfoques con que se encara el trabajo. A pesar de las dificultades, el equipo mostró que pudo trabajar y desarrollar acciones, cumpliendo con metas y plazos. Las dificultades evidenciaron la importancia de contar en cualquier intervención de salud mental comunitaria con suficientes espacios de dialogo, intercambio virtuales y supervisión.

Ambos profesionales manifestaron haber incrementado su experiencia en el trabajo comunitario. Para el antropólogo adicionalmente se ha incrementado su conocimiento en el tema de Salud Mental (incluyendo conocimientos de psicología clínica). La psicóloga también manifiesta que sus conocimientos de psicología clínica se incrementaron básicamente el último año cuando la supervisora se puso detenidamente a revisar casos con ella. También consideran ambos que la lectura de bibliografía sobre psicología clínica los ha ayudado.

Ellos dan énfasis al crecimiento en el conocimiento de Salud Mental Comunitaria aunque también se destaca en segundo lugar el aprendizaje en aspectos clínicos. También agradecen el trabajo, dedicación y voluntad de la supervisora que los ha acompañado siempre y cotidianamente (con su presencia o a la distancia) en sus labores. Cabe señalar que en un inicio hubo ciertas dificultades para el diálogo interdisciplinario, la supervisora tiene un enfoque psicoanalítico y tuvo que ponerse de acuerdo con un antropólogo y una psicóloga con enfoques más comunitarios y conductuales. Sin embargo, estas dificultades se fueron superando redundando en una mayor consistencia del vínculo, claridad y diferenciación de roles.

A continuación colocamos una cita de la psicóloga local respecto a la ayuda de la supervisora en la realización de talleres terapéuticos:

*Aprendí de Martha, (...) siempre ha sido muy crítica: “eso no se hace en estos talleres, eso no es necesario. Ahora que me doy cuenta, hemos hecho más trabajo de talleres porque eso es lo que hemos hecho mucho más el año pasado y posiblemente es por eso que Martha más se ha dedicado a enseñarnos, a capacitarnos en esa parte; pero no como tú dices, clínicamente, capacitación en tal cosa, sino todo el proceso, todo estaba ahí, esto es así, esto es asá, en qué les ayudo, qué necesitan, información y todo.*

Ante las preguntas que elaboró la supervisora como evaluación del aprendizaje, ésta manifestó que las respuestas del equipo local se encontraban dentro de lo esperado y que los profesionales mostraron que su formación va por buen camino.

De manera más específica, en relación a las metas alcanzadas en el trabajo clínico comunitario:

- *Consejerías*

En Ayacucho hay 177 personas que han recibido consejería psicológica, haciendo un total de 255 sesiones:

Sancos	Lucanamarca	Sacsamarca	Ayacucho	Nº personas por zona	Nº sesiones
55	43	8	7	113	1
33	9	13	2	57	2
1	-	-	-	1	3
3	2	-	-	5	4
-	1	-	-	1	5
<b>92</b>	<b>55</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>177</b>	<b>255</b>

Sabemos que el equipo local de Ayacucho (que siempre contó con una sola psicóloga) priorizó el trabajo en Salud Mental Comunitaria. El patrón de atenciones indica una cantidad regular de casos atendidos en consejerías de una o dos sesiones. Como equipo de M&E realizamos nueve entrevistas en Sancos con personas que habían sido pacientes de consejerías. En el primer año de la intervención se llegó a entrevistar a un número similar en Lucanamarca. Por lo general, en ambos casos los resultados fueron similares: las personas muestran satisfacción con el servicio. Es decir, la población recurrió a la psicóloga para hablar de un problema específico y la psicóloga, por lo general se mostró empática y directiva en su conducta, orientando a las personas sobre salidas posibles a su problema. Los pacientes refieren haber seguido los consejos de la psicóloga

(por ejemplo cambiando el comportamiento respecto a los hijos o al esposo/a) y haber mejorado su situación.

De otro lado, si bien en Sancos la psicóloga contaba con un local para realizar las consejerías, en muchos de los casos éstas no se dieron allí sino en las casas de las personas. Esto se debe, según la psicóloga, a que en la población existía cierto temor o vergüenza a ser visto entrando en el consultorio, debido a la estigmatización de casos atendidos por un psicólogo. La estrategia de ir a la casa de los pacientes la consideramos un recurso adecuado en este tipo de poblaciones que muestra una adecuación a la cultura y realidad de los pueblos atendidos, lo que es una necesidad en este tipo de proyectos, y podemos considerarla como una importante lección aprendida del proyecto. Cabe destacar además que varias personas mencionan que el hecho de que la psicóloga era de la zona y ya la conocían previamente, ayudó a que sea más fácil el recurrir a ella y a que le tengan confianza.

- *Psicoterapia*

En la región Ayacucho sólo se registró un caso que pueda ser calificado de psicoterapia según la definición operativa manejada en el CAPS, donde se considera psicoterapia cuando hay más de cuatro sesiones como evidencia de un proceso terapéutico. No tuvimos acceso a este único caso en el último viaje. Preferimos abstenernos a evaluar la actividad de psicoterapia en esta región. Más bien, se debe resaltar que si bien no se cumplió con las metas para este tipo de actividad en la zona, las razones de este hecho fueron que la comunidad hizo uso del espacio de consejería como lugar de resolución de problemas específicos y el equipo priorizó sus actividades de acuerdo a sus propias capacidades.

- *Psiquiatría*

No se consideró el servicio de psiquiatría en esta región. Los casos que requirieron el servicio fueron referidos a los servicios de salud pública.

- *Talleres terapéuticos*

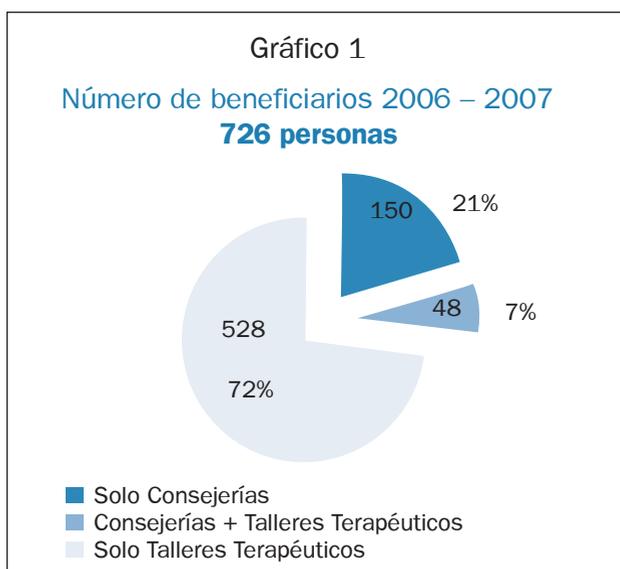
55 talleres terapéuticos fueron efectuados en los últimos dos años, de los cuales 33 se realizaron en el 2006 y 22 en el 2007. De los 55, 23 se efectuaron en Sancos, 17 en Lucanamarca, 14 en Sacsamarca y 1 en Carapo. El promedio de asistencia es de 18 personas por taller.

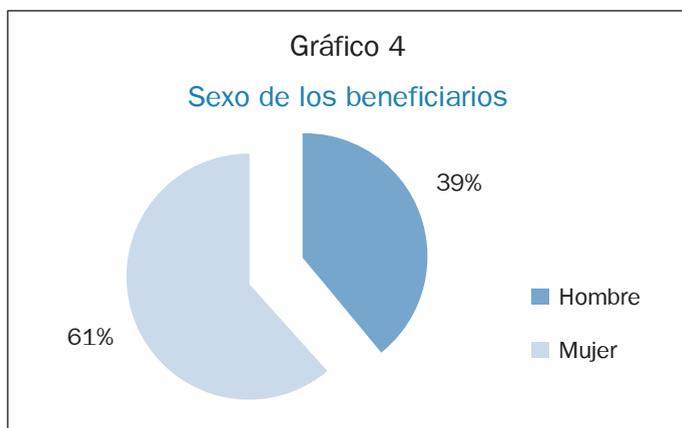
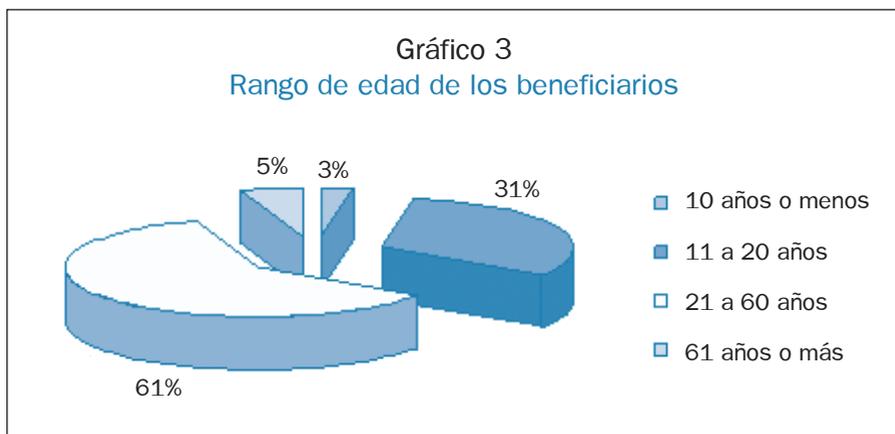
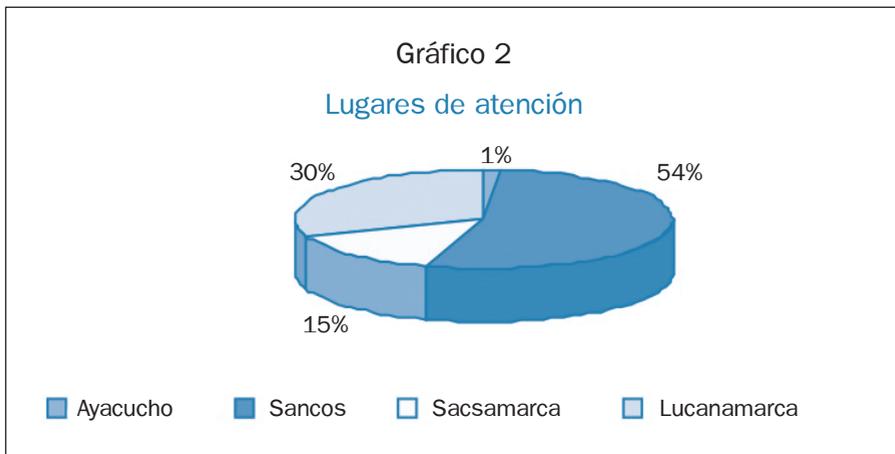
Se observa que los talleres congregaron a un alto número de participantes y que se destinaron a diferentes grupos. La estrategia de este equipo regional fue de abarcar al mayor número de sectores de la población posible: padres de familia de colegios, escolares, estudiantes de Instituto, clubes de madres, principalmente. Esto explica parcialmente que no podamos apreciar una gran frecuencia de asistencia continua a los talleres. En la base de datos tenemos por ejemplo que 396 personas asistieron a un taller, 75 a dos talleres, 51 a tres talleres, 29 a cuatro talleres, 13 a cinco talleres, 7 a seis talleres, 3 a siete talleres, y 1 a nueve talleres.

Los temas de los talleres que se realizaron en Huancasancos (Sancos, Lucanamarca, Sacsamarca y Carapo) con mayor frecuencia fueron “salud mental”, “salud mental comunitaria”, “identidad”, “autoestima” “violencia familiar”, “PIR y secuelas de la violencia”, “historia e identidad”, “resolución de conflictos” “proyecto de vida”, “sexualidad”, entre otros.

La apreciación cualitativa de los talleres se realizó mediante la observación de un taller realizado el año pasado en Sancos y la conversación con los beneficiarios en esa oportunidad y en el último viaje. Las entrevistas a los beneficiarios arrojan una apreciación bastante positiva de los mismos, evidenciándose un gran interés de la población por participar en estas actividades. La utilidad de los mismos es similar a la percibida en otras regiones. Es decir, los talleres han permitido a las personas reflexionar sobre aspectos de sus vidas desde otros enfoques, donde nuevos conceptos aparecen para ver los problemas familiares, comunales o personales. Asimismo, han permitido a las personas actuar de manera distinta en su vida cotidiana, poniendo en práctica lo que aprendieron en los talleres. Hemos recogido varios relatos que hablan de cambios en las actitudes respecto a los hijos, los esposos, incluso en torno a los demás miembros de la comunidad. Finalmente, también es importante el énfasis que la gente da al mayor acercamiento que se produce entre los miembros de los talleres, que han tendido a ser grupos específicos ya existentes (como alumnos de colegios o institutos, asociaciones de padres de familia, asociaciones de afectados u organizaciones sociales). Los talleres han mejorado las relaciones entre estas personas permitiendo a los asistentes conocer más a sus compañeros, humanizándolos, generando nuevas solidaridades al permitirles expresar sus problemas, incluso limando algunas asperezas o conflictos pre-existentes.

A continuación se muestran gráficos de las atenciones clínicas en Ayacucho.





## **Resultado 2**

*Cinco núcleos comunitarios de Salud Mental sostenidos por agentes comunitarios capacitados articulados a las redes y recursos locales desarrollan acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.*

Este Núcleo de Salud Mental se encontraba muy fortalecido al final del proyecto y tenía a su vez proyección. Vamos a tratar de explicar esto, pero antes intentaremos contextualizar el desarrollo de este grupo.

El trabajo con promotores tuvo como antecedente la realización de un curso taller sobre Salud Mental Comunitaria dado a lo largo del año 2006 y destinado a personal de salud, maestros y miembros de instituciones como la Municipalidad u organizaciones como dirigentes de Clubes de Madres, Vasos de Leche o Comedores Populares. Se congregó a un grupo amplio de personas, algunas de las cuales mostraron mayor interés o participación y pasaron a conformar posteriormente el Núcleo de Salud Mental.

Es importante decir que este Núcleo se inscribe en una política o estrategia del equipo local que tuvo un enfoque comunitario desde el inicio. El equipo se preocupó por hacer participar en talleres a todo tipo de actores o sectores dentro de la comunidad como lo hemos mencionado antes. De otro lado, el ingreso a la comunidad el año anterior fue realizado con la preocupación de hacer varias reuniones con todos los dirigentes y autoridades de la provincia. Entonces, ¿qué se logró con esto o qué se intentó lograr? Realmente involucrar a toda la población y a los sectores dirigentes de la misma. Este reconocimiento social a nivel provincial fue factor importante para solidificar al grupo.

Otro punto importante a mencionar que es característica de este Núcleo es que ha sido conformado por personas claves en el área de Salud Mental y con poder de tomar decisiones: regidores, presidentes de APAFA, directores de colegios, personal de salud y algunos líderes de organizaciones. El equipo siempre sostuvo que eran las instituciones y los actores comprometidos de la población a quienes se les tenía que comprometer básicamente, porque eran ellos las que tenían el deber y la motivación para desarrollar las acciones, lo que sería una mayor garantía de sostenibilidad.

Podemos reconocer que las capacidades de las personas (buena parte de ellos profesionales) y el potencial de este grupo (por incluir personas que más allá de su empoderamiento tenían capacidad de decisión) es distinto al conformado en otras regiones.

Pasemos a ver cómo fue el desarrollo de los talleres de capacitación. Las entrevistas nos muestran que los talleres fueron muy bien aprovechados por los miembros del Núcleo y realmente se evidencia un aprendizaje. Pudimos explorar en las preguntas estos aspectos. Pedíamos que nos describan en detalle en

qué consistieron dos talleres que recuerden y lo que aprendieron en los mismos. Ellos pudieron describirlos bastante bien, señalando las diferentes partes y lo que sintieron y aprendieron. Se percibe que hubo un diálogo fluido entre los miembros del Núcleo y entre éstos y el equipo local, pudiendo profundizar temas, exponer diversos puntos de vista, sacar conclusiones, además que se evidencia el aprendizaje de técnicas o pautas específicas (como dinámicas, trabajos manuales, sociodramas, etc.) para el trabajo con niños o jóvenes o con población adulta. Las entrevistas con los miembros del Núcleo fueron fluidas en estos temas y llegamos fácilmente a darnos cuenta de lo que buscábamos.

Antes de hablar sobre la proyección del Núcleo debemos mencionar algunos datos sobre el funcionamiento actual del mismo. Ellos hasta fines de diciembre estuvieron funcionando en la parroquia de Sancos. Al momento de nuestra visita en enero se disponían a mudarse a otro local que no estaba aún asegurado. Es importante señalar que los promotores se reúnen cada quince días para conversar sobre cómo va el trabajo que realizan.

Hasta la actualidad habían tenido un trabajo regular con población infantil (de 6 a 12 años) dos veces por semana a la cual veían dos personas en cada horario. Nos mencionaron que el número de niños asistentes variaba entre 25 y 40. Ellos nos describieron el trabajo diciendo que juegan con los niños, les dan un momento deportivo, realizan actividades manuales o artísticas, leen cuentos, discuten los contenidos y les ayudan a hacer sus tareas. Cabe notar que no todos los promotores se encontraban realizando el trabajo con niños sino algunos de ellos, los que tenían mayor interés o disponibilidad. Paralelamente al menos dos promotores tenían un programa en la radio local en el cual vertían contenidos de Salud Mental.

Es importante notar que el Núcleo de Salud Mental había realizado otras actividades a lo largo de los meses de funcionamiento como por ejemplo, una jornada con ancianos, talleres con mujeres del Club de Madres y Comedores Populares.

Sobre la sostenibilidad del grupo hay muchas cosas que decir. La fuerza de este grupo va más allá del empoderamiento que tienen sus miembros. Existe en ellos a causa de su posición como personas ubicadas en puestos claves de la provincia, una posibilidad de proyectar acciones determinadas y planes específicos con perspectivas reales de concretización y expansión. Por ejemplo, una regidora y la adjunta a la gerencia de proyección de la Municipalidad Provincial (ambas del NUSAME), han pensado que el Núcleo trabaje directamente con la DEMUNA y conjuntamente le ayude a desarrollar sus actividades programadas. Esta posibilidad ellas la ven con muchas perspectivas. De otro lado, el director de promoción de la salud de la red provincial (y futuro miembro del NUSAME) va a proponer al Núcleo participar en el plan de actividades de promoción de la salud, incluso desde su diseño. Otra idea es la realización de un proyecto que pueda

ser presentado en el concurso anual del presupuesto participativo de la provincia. De otro lado, el Gerente de la Municipalidad Provincial nos recalcó que existe un presupuesto para el trabajo en Salud Mental y Salud Mental Comunitaria en la Municipalidad Provincial y en las distritales. Sugirió que se siga conversando con ellos acerca de las maneras de colaboración futuras y la participación del núcleo. Como vemos, existen varias posibilidades del núcleo de sostenibilidad y de financiar sus actividades futuras además de ver la importante voluntad e iniciativa de sus miembros de continuar el trabajo y expandirlo. Cabe mencionar que los promotores del NUSAME nos hablaron además de otros planes, entre los cuales están: establecer una academia deportiva para jóvenes, tener un trabajo con las escuelas de padres de las APAFAS. Además se ha pensado hacer un taller de manualidades con los niños.



## 2.2. Región Cusco



## **Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Cuzco**

*Pilar Raffo*

Según la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) los tres escenarios en los que se desplegó el conflicto armado interno en la región del Cusco fueron: las provincias altas de Chumbivilcas, Espinar y Canchas; las provincias circundantes de Anta, Paruro y Paucartambo, y la provincia de La Convención, lugar donde se encuentra nuestra población objetivo: Lucmahuaycco.

Era central contar con una institución local con sólidos vínculos de confianza con la población afectada. Así, fue que a fines del 2005 contactamos con la Asociación por la Vida y la Dignidad Humana (APORVIDHA), ONG de Derechos Humanos perteneciente a uno de los 63 organismos de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, que ya había realizado un trabajo previo con las víctimas de la zona por haber asumido la defensa de 34 campesinos de Lucmahuaycco, siendo éste el primer caso de judicialización a nivel nacional. También, APORVIDHA había realizado capacitaciones a los comuneros acerca de la CVR y del Programa Integral de Reparaciones, acompañándolos en los procesos de exhumaciones y contando con el servicio de una psicóloga. El convenio suscrito con el CAPS le ofrecía la posibilidad de continuar la integración del trabajo de Salud Mental y de judicialización.

### ***Escenarios de la violencia***

Lucmahuaycco es un caseño ubicado en el valle del Incahuasi, en el distrito de Vilcabamba, provincia de La Convención, ubicado en una quebrada a 4,000 mts sobre el nivel del mar y a más de tres días de camino de la ciudad de Cusco. En el pasado fue una hacienda cuyos trabajadores se rebelaron contra el hacendado y apoyados por la reforma agraria de Velasco, tomaron posesión de las tierras. Según el informe de la CVR, en el año 1984 fue incursionado por miembros de Sendero Luminoso quienes reunieron a la población para hablarles de la lucha armada. Aunque muchos de los pobladores no querían participar en las actividades subversivas, Sendero los forzaba a asistir a sus asambleas y escuchar sus propuestas, llegando a ejecutar a los que se negaban. Estos hechos atemorizaron a la población por lo que gran parte huyó a otras zonas. El evento traumático más significativo se produjo en noviembre de 1984 cuando miembros de la Policía junto con los ronderos de la comunidad irrumpieron en ella para acabar con una supuesta columna de Sendero Luminoso. El ataque se produjo al amanecer, inesperadamente y los pobladores, dentro de los cuales había ancianos, mujeres y niños, no ofrecieron resistencia y fueron baleados

por la policía. La conclusión del magistrado que revisó el caso fue que no hubo un enfrentamiento con los integrantes de Sendero Luminoso, no incautaron ni armas ni explosivos, tal y como lo indicaron los policías, ni tampoco se reportaron heridos entre los miembros de las fuerzas armadas (CVR 2003).

Como producto de este conflicto muchos pobladores se vieron obligados a desplazarse buscando refugio para salvar sus vidas, permaneciendo hasta el día de hoy en Quillabamba, Kepashiato y pueblos aledaños a Lucmahuaycco, por lo que la intervención en Salud Mental también se realizó en estos lugares. Este período de violencia dejó un saldo en la comunidad de más de 100 desaparecidos, violaciones (forzadas), víctimas directas, viudas, niños huérfanos y desplazados lo que trajo como consecuencia secuelas psicosociales de miedo, desconfianza, hipervigilancia en la población que todavía hoy arrastran y que tienen un impacto no sólo a nivel individual, sino también a nivel familiar y comunal.

Según el Octavo Censo Nacional de Población y Vivienda (INEI 1981) Lucmahuaycco contaba antes de la violencia con una población de 347 habitantes, aunque pobladores con los que se conversó al principio del proyecto manejaban una cifra de 511 personas; ya en el Censo del 93 la comunidad no aparecía. Retornaron 80 de los sobrevivientes a Lucmahuaycco a partir del año 2000, con el fin de recuperar sus tierras pese a que la comunidad no contaba con los servicios básicos de agua, desagüe, luz, escuela secundaria, posta médica y medios de comunicación. Para satisfacer las necesidades básicas hacen uso de agua de acequia y silo, campo abierto, mecheros y velas. Sólo recientemente cuentan con agua entubada.

Los pobladores refieren que no existe estadística diferenciada por sexo y edades, que no están censados los niños menores de cuatro años, que no hay registro de los nacidos en la comunidad, de los foráneos y de los que se han retirado a otro sitio, que hay solamente 50 comuneros empadronados -que no incluye mujeres- y que más del 50% emigra permanentemente a otros lugares; en el año que se inició el proyecto (2006) los datos que recibimos eran que la comunidad de Lucmahuaycco estaba conformada por 60 hombres, 38 mujeres, y 58 niños haciendo un total de 156 comuneros cuyo nivel de educación alcanzado era: 70 comuneros terminaron la primaria, 26 terminaron la secundaria, uno con educación superior y 19 analfabetos. Se trata de una población joven, la mayoría de ancianos y adultos se encuentran en Kepashiato.

Si el tema de la educación en el Perú en general es uno de los problemas más álgidos, imaginemos cómo se da esto en una población tan alejada como Lucmahuaycco. Aunque existe una escuela primaria para los niños entre 5 y 11 años no existe escuela secundaria, por lo que los adolescentes de 12 a 17 años no tienen posibilidades de estudio, la escuela más cercana está en Hatumpampa, comunidad más próxima que está a un día de camino. Algunos padres, considerando la importancia de que sus hijos estudien, deben dejarlos

al cuidado de desconocidos o parientes en dicha comunidad siendo estos niños muchas veces objeto de maltratos y humillaciones de parientes y allegados que, al mantenerlos bajo su custodia, los hacen trabajar en tareas domésticas y de la chacra lo que evidentemente perjudica el aprovechamiento escolar del menor e influye negativamente en su socialización. Hasta hace pocos años la comunidad ni siquiera contaba con un profesor nombrado por la UGEL y los niños habían perdido muchos años de enseñanza, retrasándose así su aprendizaje y su desarrollo intelectual y psicológico. Sólo existía una profesora multidocente para toda la comunidad contratada por la municipalidad de Vilcabamba y un programa de educación para adultos.

Actualmente cuentan con un local educativo con tres aulas sólo para primaria que se encuentra alejado de la comunidad. La lengua que se habla es el quechua y castellano; 113 pobladores hablan ambos idiomas, 23 sólo quechua y dos pobladores sólo castellano. La mayoría de los comuneros son evangelistas, unos pocos católicos y sólo uno es adventista.

La principal actividad económica es la agricultura, especialmente el cultivo del café y la ganadería teniendo el apoyo de la municipalidad de Vilcabamba para la dotación del ganado vacuno. Los comuneros son muy trabajadores y se levantan temprano a trabajar sus chacras, las mujeres los acompañan cuando tienen que hacer los **“aynis”** (trabajo comunal recíproco) llevando comida para todos ellos. La carencia de vías de comunicación para transportar sus productos y comercializarlos, hace que los comuneros los vendan a bajos precios. El único medio de comunicación existente es la radiocomunicación.

La comunidad no cuenta con servicios de salud o de atención médica. Aunque antes del conflicto armado sí existía un centro médico, ahora la posta más cercana queda a dos días de camino, en Amaybamba, y es atendida por un sanitario y dos enfermeras que realizan visitas a las comunidades aledañas una vez al mes, para realizar campañas específicas sin atender otras necesidades de la población.

Las viviendas son muy pequeñas y están construidas algunas de (de) carrizo y paja y otras de adobe y calamina. La escuela es una especie de cabaña, las carpetas y asientos son troncos y piedras puntiagudas. Las condiciones de insalubridad generan malestares físicos en los niños y éstos tienen poco apoyo de los padres en la realización de las tareas escolares; muchos de ellos pasan de año sin haber aprendido lo necesario. Las mujeres han expresado preocupación por no tener suficientes profesores ni infraestructura básica en la comunidad, por ser víctimas de violencia física, psicológica y sexual y por no tener educación. Se sienten marginadas y en una posición de inferioridad en relación al varón.

### ***El trabajo comunitario: apuntalando el tejido social***

Al momento de hacer la intervención en el año 2006 nos encontramos en la comunidad con desplazados, inmigrantes, retornantes, afectados directos que habían padecido la violencia y sus familiares. Dichas personas sentían que se habían criado solas, sin casa, sin familia y que habían sido espectadores de una violencia que se les había quedado grabada. Se sentían agresivos, pensando en vengarse de los pobladores que en esa época habían sido ronderos y al mismo tiempo con sentimientos de desvalorización y desesperanza. Existía muchísima desconfianza e hipervigilancia entre ellos y con los foráneos, al ser una comunidad que ha vivido con marcada tensión y resentimiento hacia las otras comunidades al haberlos designado como una población senderista, lo que se traducía en hermetismo y renuencia para hablar. La mayoría tenía duelos inconclusos y no elaborados ya que no sabían lo que había pasado con sus familiares. Entre los miembros de esta comunidad los más ancianos son los que conocen la historia de la comunidad pero no se quieren hacer cargo de ejercer ningún tipo de liderazgo, siendo los jóvenes los que han tenido que tomar la posta. Actualmente existen nuevas relaciones de parentesco al interior de la comunidad.

Mediante el diagnóstico participativo se identificaron dos espacios diferentes de organización: por un lado, la Asamblea Comunal con sus respectivos directivos, autoridades que están sujetas a un reglamento denominado “Estatuto Interno de la Comunidad”, en base a la Ley General de las Comunidades Campesinas. La junta directiva es quien informa de los avances de las exhumaciones y de los procesos judiciales. También se encuentra la APAFA, Núcleos ejecutores de proyectos, organizaciones de mujeres (Vaso de Leche, Frente Femenino) y por otro lado está la Asociación de Afectados por la Violencia Política liderada por dos de sus miembros. Estos últimos tienen distintas agendas e intereses, lo que genera confusión acerca de a quiénes debería beneficiar el proceso de reparaciones y desinformación sobre este proceso. Dichos líderes de la Asociación de Afectados se han convertido en referentes movilizados de la comunidad, su presencia en ella inspira respeto, a pesar de que ninguno vive en la localidad, situación que invisibiliza la dirigencia comunal y genera dependencia frente a la toma de decisiones. Desean que el Estado los repare con un Centro de Salud, una escuela secundaria y la carretera. Exigen justicia más que indemnización. Al momento de hacer la intervención nos encontramos con una comunidad organizada por faenas y comités (de acémilas, de radio, de autodefensa, de ganados, etc.) y muy drástica en sus sanciones cuando los comuneros no cumplen con sus responsabilidades. Por ejemplo, quien abandona su terreno por más de 3 años es sancionado poniendo sus chacras en venta a otras personas. Participan en asambleas generales llevadas a cabo 3 veces por año, en asambleas extraordinarias y en sesión de autoridades.

Al inicio del proyecto, convinimos que dado el difícil acceso a la zona se realizarían 4 viajes al año con 21 días de permanencia en la comunidad.

Adicionalmente, se realizaron 6 viajes a Kepashiato a lo largo de los dos años- 4 durante el primer año y 2 durante el segundo- a fin de realizar talleres y consejerías a desplazados por la violencia política. Kepashiato queda a 7 horas de la ciudad de Quillabamba la cual queda a su vez a 8 horas de la ciudad del Cuzco, y agrupa a 23 afectados por la violencia política en Lucmahuayco.

### **Aspectos clínicos de la intervención**

Durante todo el primer año se incidió especialmente en el trabajo clínico esperando que el mismo ayudara a que la población mejorara su Salud Mental y restableciera (un tanto) sus proyectos de vida. Para ello se les propuso espacios de psicoterapia, consejería y de talleres terapéuticos.

En Lucmahuaycco los comuneros no estaban acostumbrados a una atención psicológica y como en muchos lugares, la Salud Mental estaba asociada a locura y vergüenza. Es así que a pesar de que se instaló un ambiente propicio para las consultas psicológicas, al no acudir a ellas, las psicólogas tuvieron que apelar a su creatividad y comenzaron a realizar visitas domiciliarias, primero con el afán de que las familias y las personas las conocieran, por lo que en un primer momento las psicólogas escuchaban los temas que a ellos más les interesaba, no necesariamente relacionados al quehacer terapéutico o a la salud emocional. Poco a poco los comuneros comenzaron a confiar en ellas y a contarles sus problemas; cuando querían una intervención a solas, la pedían, pero siempre con el deseo de que el resto no los vieran.

Como principal herramienta para la inserción de la comunidad, las psicólogas realizaron una observación participante tratando de acompañar la vida cotidiana de los campesinos con la finalidad de acercarse a la comprensión de sus creencias, su idiosincrasia, sus estilos de vida y la manera que tenían de relacionarse. El manejo del idioma quechua de una de ellas fue fundamental pues los pobladores la sentían “como ellos”. Era frecuente que las ONG’s que se acercaban a la población fueran vistas como extranjeros que querían extraer algo para su provecho y a los comuneros les era muy difícil depositar algún tipo de confianza en sus propuestas de trabajo.

Cuando finalmente las psicólogas obtuvieron la confianza de la población, recién pudieron abordar(se) temas de índole emocional y las preocupaciones íntimas que los pobladores tenían con respecto a sí mismos, a sus familias y a la comunidad. El enfoque técnico empleado por las profesionales para las intervenciones clínicas y comunitarias fue de corte psicodinámico aunque también se incorporaron algunas estrategias de orientación más antropológica y comunitaria. Si bien las psicólogas no habían tenido formación psicoanalítica, a través de las supervisiones y las constantes capacitaciones y lecturas se les fue formando especialmente en los fundamentos del trabajo psicoterapéutico con los afectados por la violencia política.

La oferta de psicoterapia no tuvo tanta acogida en la comunidad como en la ciudad de Cusco, local de APORVIDHA, y en el penal de mujeres de Quenqoro. En estos dos lugares se atendían los días en los que las psicólogas permanecían en la ciudad. Hubo 13 pacientes en psicoterapia a lo largo del proyecto; de ellos, las que más han permanecido en los procesos han sido las internas del penal teniendo como (motivación) motivo principal los trastornos depresivos junto a la imposibilidad de ver a sus hijos. El resto de personas han sido atendidas en Lucmahuaycco y sus principales motivos de consulta oscilaron en torno a la recuperación de la confianza en sí mismos, la preocupación por la familia y las secuelas de los traumas vividos durante la violencia política.

Las consejerías psicológicas, intervenciones individuales que duraban entre 1 a 4 sesiones, fueron realizadas mayormente en la comunidad. Se brindaron a solicitud de los beneficiarios y en ellas se promovía la descarga afectiva, el esclarecimiento de preocupaciones y conflictos, la identificación de los principales obstáculos que no permitían a la persona resolver el problema puntual por el cual consultaban, el reforzamiento de las capacidades y el acompañamiento en el proceso de búsqueda de alternativas.

Se realizaron 181 consejerías a lo largo de los dos años. Esta ha sido la modalidad terapéutica individual más utilizada a lo largo del proyecto, la mayoría consistió en una sola sesión. En general los motivos de consulta fueron: dolores psicósomáticos: de cabeza, de cuerpo, de cintura, de corazón, *“me duele la cabeza como si estuviera loca”*; recuerdos de la violencia vivida, *“me siento mal hasta ahora por todo lo que he visto, nunca olvidaré todo lo que viví en aquel tiempo”*, preocupaciones por los hijos que se encontraban estudiando en otras comunidades, problemas de pareja, con los hijos, orientación legal y psicológica, problemas de violencia familiar.

En los talleres terapéuticos- tercera modalidad de intervención terapéutica- se abordaron temas identificados participativamente en los diagnósticos participativos situacionales. Al principio dicha modalidad fue de difícil incorporación tanto para las psicólogas como para el resto del equipo de APORVIDHA y también para los comuneros. Para las psicólogas, que no tenían la experiencia en la realización de guías metodológicas, aprender la metodología constituyó un esfuerzo bastante grande hasta que finalmente, alrededor del tercer viaje del primer año, ya manejaban las guías de una mejor manera, adaptándolas de forma creativa a lo que ya (ellas) sabían que iba a ser bien recibido por los comuneros. Para el resto del equipo de APORVIDHA que alguna vez acompañaron a las psicólogas, no veían cómo esta modalidad podía ayudarlos a entender y procesar los temas. Concebían los talleres terapéuticos como algo que debería ser más estructurado y con mayor contenido teórico. Los comuneros, al principio, no se sentían muy cómodos con los talleres a pesar de que la mayor parte de los mismos se realizó en el idioma quechua y los contenidos eran bastante comprensibles. Mostraban su disgusto con las dinámicas de animación ya que jugar entre adultos no era algo

usual entre ellos y les parecía que era una pérdida de tiempo. Poco a poco las psicólogas fueron mostrándoles las bondades del juego para el aprendizaje, así como la capacidad elaborativa, creativa y terapéutica del mismo. Sólo vivenciando de manera continua esta experiencia a través de las dinámicas de animación, dramatizaciones y actividades plásticas, siendo espectadores de los juegos de sus hijos en los talleres, y el efecto que éste tenía sobre su conducta y el aprendizaje, fue que pudieron asimilarlo.

Se realizaron algunos talleres con grupos mixtos, otros sólo con la participación de mujeres y también con grupos de niños. Al principio las psicólogas se percataron que, en los grupos mixtos, las mujeres no participaban de los talleres. Los hombres parecían no sentirse muy cómodos con su presencia y decían que si ellas acudían no los dejarían hablar o hablarían “de más”, con el adicional de que los niños impedirían una buena dinámica. Fue a partir de esta situación que se vio la necesidad de formar exclusivamente grupos de mujeres; en un inicio costó muchísimo su participación, se quedaban calladas, pero en el transcurso de los dos años ellas comenzaron a participar y a hacerse escuchar.

Los temas acordados y trabajados con los comuneros fueron: identidad y autoestima, salud mental, desplazamiento por violencia política, los niños y las niñas jugamos, las cosas agradables y desagradables de mi escuela, mi imagen, actitudes de las madres para con sus hijos, liderazgo, género y resiliencia entre otros. El número de participantes por taller osciló entre 9 y 18 personas.

Durante el segundo año los talleres terapéuticos disminuyeron al quedar sólo una psicóloga en el equipo que iba a la comunidad y al darse un mayor énfasis al trabajo con los promotores de Salud Mental. A pesar de ello, se logró realizar talleres sobre: normas y reglas de convivencia, conociendo nuestra comunidad y nuestros problemas, el rol que cumplen las mujeres en la comunidad, violencia familiar, agresividad, derechos y deberes de los niños en la escuela, formas de relacionarnos con las niñas y los niños, relaciones interpersonales dentro de la comunidad, etc. En los dos años que duró el proyecto se realizaron 42 talleres terapéuticos.

Acerca del resultado de las intervenciones terapéuticas dejemos hablar a los mismos comuneros:

*“Estoy cada vez mejor y con ganas de seguir trabajando, ahora tengo más ánimos, me siento más tranquilo, me ha hecho bien conversar con Ud. Antes vivíamos en una oscuridad sin rumbo, sin brújula. Recién hemos empezado a comprender lo que nos ha pasado. Me siento contento, con ganas de salir adelante y progresar. La venida de ustedes ha sido una esperanza, una luz que nos ha ayudado a sobresalir y a seguir adelante.”*

*“Me siento bien con sus consejos, estoy pensando en poner un negocio aquí, he estado pensando todo cómo lo voy a hacer. Me ha servido mucho*

*conversar con Ud, siento como si me hubiera sacado algo que tapaba mis ojos y que ahora estoy viendo bien todo, qué pena que ya se van a ir, ojalá regresen pronto”.*

*“Cuando mi esposo se emborrachaba me pegaba con un tronco, me golpeaba con un palo, desde que ustedes han venido él tiene un poco de miedo”.*

### **El núcleo de promotores de Salud Mental: “Llpanchis Wichayman Riccharisun” (Despertemos hacia el futuro)**

En el segundo año, si bien se mantuvieron las actividades de atención, el énfasis del proyecto se localizó en establecer un Núcleo Comunitario de Salud Mental (NUSAME) al interior de la comunidad. Para ello era necesario identificar un grupo de promotores voluntarios, tarea que se realizó desde el primer año, cuya función sería impulsar procesos de Salud Mental articulados a las redes sociales compuestas por las organizaciones de base, buscando promover una cultura de paz, incidir en cambios concretos por obtener condiciones de vida digna, generar relaciones de género equitativas y asegurar que su funcionamiento sea sostenible.

Desde el primer viaje del 2007 en cada uno de los encuentros con los pobladores, particularmente en la asamblea comunal, se les fue consultando sobre la posibilidad de establecer este núcleo. Luego de algunas resistencias iniciales, la población concluyó que sería importante contar con un espacio para trabajar con los niños –una de las preocupaciones más recurrentes que aparecieron en el diagnóstico– a fin de que se trabajen temas de aprestamiento temprano, reforzamiento del aprendizaje y sea un espacio de orientación en temas de Salud Mental.

Durante el segundo viaje del año se tuvo que rediseñar la intervención en Lucmahuaycco con miras a que los promotores completen su proceso de capacitación en temas de desarrollo infantil, estilos saludables de crianza y en temas de fortalecimiento del liderazgo comunal. Ya no se pretendía –por el tiempo que teníamos y la lejanía– prepararlos para que ofrezcan un servicio continuo como la implementación de espacios de juego, sino formarlos para que puedan orientar posteriormente a padres de familia y ejercer un liderazgo más informado y eficaz en la comunidad.

Se hicieron en los siguientes tres viajes, 12 talleres de capacitación a 11 promotores voluntarios y líderes de la comunidad de los cuáles, 8 eran hombres y 3 mujeres cuyas edades oscilaban entre los 28 y los 40 años. Los temas en que se les capacitó fueron: salud mental, derechos humanos, la importancia del juego, el rol de los promotores, liderazgo, salud mental comunitaria, elaboración de guías metodológicas, herramientas de gestión, importancia de la oratoria.

Además se planificaron una serie de actividades a fin de que los promotores asumieran un rol protagónico y la psicóloga apoyaría, acompañaría y fomentaría iniciativas de gestión diversas.

Para fines del año se construyó el local de la ludoteca, se eligió la junta directiva del NUSAME y se les entregó una constancia que acreditaba su estatus de promotores de Salud Mental. Los promotores seleccionaron el nombre que llevaría el espacio y se hicieron cargo del acondicionamiento del mismo.

Si bien ha faltado tiempo para que este NUSAME esté mejor afianzado en la comunidad se logró constituirlo e incluso pautar su funcionamiento; se elaboró un rol de atenciones para el espacio de trabajo con los niños y se acordó tener reuniones para definir los temas de los futuros talleres de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

### ***Fortalecimiento de capacidades de los profesionales de la Salud Mental***

El proceso de supervisión se enfocó, durante todo el primer año, a apoyar el trabajo clínico de las psicólogas, la elaboración de las guías metodológicas y a acompañarlas en la labor de incidencia que realizaban dentro de la Red de Salud Mental que ya existía en la ciudad del Cuzco. Paralelamente, se desarrollaron espacios de sostenimiento emocional para fortalecer el trabajo de los profesionales.

El equipo regional estuvo compuesto durante el primer año del proyecto, por dos psicólogas: una de ellas nunca había viajado a una comunidad tan lejana y no dominaba el idioma quechua. La otra, en cambio, tenía el idioma quechua como lengua materna y la ventaja de haber viajado a la comunidad anteriormente por el proceso de exhumación, por lo que no sufría de tanto choque cultural, lo que le facilitaba una muy buena relación con los comuneros. Poseía recursos más afines a los de los comuneros quienes la invitaban a ceremonias de ritual.

Al poco tiempo nos comunicaron que la gran mayoría de los comuneros querían ser atendidos por ella, recargando así su trabajo y dejando de lado a la otra profesional. Esto también se comenzó a ver reflejado en la dinámica entre las dos, lo cual no favorecía la intervención en la comunidad.

En los espacios de sostenimiento emocional se intervenía tratando de fortalecer las alianzas entre ambas. Sin embargo, el problema no sólo estaba en las diferencias personales –lo que podía más bien ser enriquecedor por las posibilidades de complementación– sino, en realidad, en la dinámica entre las instituciones contrapartes. Las psicólogas sentían en todo momento una incertidumbre respecto de a qué institución pertenecían. APORVIDHA percibía que el CAPS no integraba el eje judicial y que las psicólogas sentían mayor afinidad

profesional ante la propuesta del CAPS que la de ellos. Ante esto, se tuvo varias iniciativas para fortalecer y esclarecer el vínculo interinstitucional, se fomentaron varios espacios de discusiones para llegar a acuerdos y tender puentes de articulación, lo que permitió sostener el trabajo en Cusco por los dos años del proyecto.

En el año 2007, el equipo se redujo a una sola psicóloga pues un miembro se retiró del proyecto. A la psicóloga del proyecto el sostenimiento emocional la ayudó en muchos momentos a manejar la frustración, cólera y malestar producido por el trabajo y la presión institucional habiéndose también apoyado los aspectos más fortalecidos de ella.

Una manera de supervisar y de sostener emocionalmente de manera continua el trabajo de la psicóloga, fue a través de la comunicación virtual que se ha dado casi a diario por intermedio del mail, del chat y, en situaciones de urgencia, por la vía telefónica. Por este medio se abordaron, generalmente, lo relativo a la entrega de informes, dudas sobre las actividades, las supervisiones clínicas, guías de talleres terapéuticos y de capacitación y se dedicaron varias sesiones de chateo para conversar sobre las angustias y malestares de la profesional.

Una de las tareas de la supervisión fue transmitir algunos códigos y conceptos de la técnica psicoanalítica para abordar el trabajo clínico, lo que se realizó mediante la revisión de material bibliográfico. Otra, fue favorecer el entendimiento de las sesiones individuales contemplando los afectos que las mismas despertaban en las psicólogas y captando los puntos ciegos que tenían, así como sus dificultades para conectarse con el dolor.

### ***Sensibilización e incidencia en los temas de Salud Mental y reparaciones***

En el Cusco, el impulso para el trabajo en los temas de Salud Mental y Derechos Humanos proviene, en su mayoría, de instituciones de la sociedad civil. La institución contraparte tiene sólidas relaciones con ONGs locales y está incluida en varios espacios de concertación: La Comisión Regional de Salud Mental, el Colectivo Impulsor por la Descentralización y la Coordinadora Interinstitucional Post CVR- Cusco, lugares desde los cuales se realiza un esfuerzo sostenido de incidencia y de diálogo con las autoridades.

Durante el primer año del proyecto la sensibilización estuvo a cargo de las psicólogas regionales quienes junto con las organizaciones de la Comisión Regional de Salud Mental impulsaron campañas, charlas y seminarios. Sin embargo, en la ciudad del Cusco las personas parecían tener, en un inicio, poco interés en el fenómeno de la violencia política; su preocupación principal circulaba por el lado de la Salud Mental en relación a los niños, al alcoholismo o al suicidio, incluso al interior de las ONGs de Salud Mental. APORVIDHA era la

única institución en la red que abordaba este tema y, para ponerlo en la agenda pública, realizó diversas actividades de sensibilización: A fines del 2006 impulsó una campaña por el día internacional de la Salud Mental que incluía pasacalles, seminarios, charlas; además, se brindaron sesiones de consejerías a 25 personas y se incidió puntualmente en el tema de la violencia política. Por otro lado, se participó en acciones de incidencia como para el tercer aniversario de la entrega del informe de la CVR en la campaña “La herida sigue abierta” cuyo objetivo principal era construir una agenda para el desarrollo regional a partir del trabajo de las comisiones temáticas (descentralización, políticas de equidad, etc.) con el fin de presentarla a la CONADES. Todos estos trabajos fueron traducidos al idioma quechua. La presencia constante en los medios de comunicación locales favoreció este trabajo de sensibilización e incidencia.

Como ya se mencionó, en el segundo año, el trabajo clínico y comunitario estuvo a cargo de una sola psicóloga por lo que el tema de incidencia y sensibilización en el tema de Salud Mental y reparaciones se trasladó íntegramente a la dirección de APORVIDHA a fin de no recargar el trabajo de la profesional. En general, durante el 2007 se realizaron reuniones de trabajo con diferentes instituciones para abordar de manera integral las acciones de incidencia en las políticas públicas sobre el proceso de reparaciones, apreciándose una mayor conciencia y disposición para hacer actividades conjuntas.

Se realizaron dos eventos bajo la modalidad de desayuno de trabajo. Uno de ellos tuvo como principal objetivo sensibilizar a los asistentes acerca de la importancia de establecer puntos de coordinación interinstitucional para abordar el tema de las reparaciones. Los participantes comprendieron que las víctimas requieren acceder a los servicios que le brinda el Estado sin que los problemas internos de las instituciones o los trámites burocráticos los afecten, ya que son personas que han sufrido de una sistemática exclusión. Finalmente, los representantes de la Asociación Regional de Afectados por la Violencia Política pudieron expresar directamente sus inquietudes y dudas ante las instituciones, así como señalar las expectativas que se tienen sobre las reparaciones acordando mantener posteriores reuniones de trabajo interinstitucionales para seguir apoyando el proceso. El segundo desayuno se realizó en Diciembre del 2007 con el objetivo de establecer una coordinación directa entre los afectados y las autoridades para lo cual se invitó a miembros de distintas organizaciones estatales y de la asociación de afectados de la región. Al final de los dos desayunos se realizaron conferencias de prensa con el fin de informar a los medios sobre las conclusiones a las que se llegaron.

La Coordinadora Post CVR estuvo elaborando en el año 2006 dos propuestas de convenio que fueron presentadas a las universidades de la ciudad; la primera propuesta es un Convenio con la Facultad de Psicología de la Universidad Andina del Cusco para brindar atención en Salud Mental a los afectados y sus familiares,

y la segunda, un Convenio con la Universidad Nacional San Antonio Abad para el otorgamiento de becas de estudio. Por otro lado, el Área Legal de APORVIDHA ha estado asesorando a la Junta Directiva de la Asociación Regional de Víctimas por la Violencia Política y a otras asociaciones en proceso de formación, tanto en lo relativo a su constitución legal, como en su participación en la elaboración de los Presupuestos Participativos y en otros espacios de importancia. En general, la labor de incidencia que realiza APORVIDHA para velar por el cumplimiento de las recomendaciones de la CVR abarcó diversas acciones.

A nivel comunal el trabajo de incidencia y participación de la comunidad tuvo algunos avances favorables. Existió siempre y una coordinación periódica entre APORVIDHA y La Municipalidad Distrital de Vilcabamba con el fin de articular propuestas que aborden las necesidades básicas de la población objetivo (centro de salud, escuela, proyectos de desarrollo agrícola con miras a la exportación). APORVIDHA ha apoyado a la población de Lucmahuaycco al encaminarlos en el proyecto comunal de implementar una minicentral de luz eléctrica –servicio que perdieron durante la época de la violencia– con los fondos otorgados a las comunidades violentadas como parte de las reparaciones que el Ejecutivo está entregando a dichas comunidades en el marco del PIR. Así mismo, durante el tercer trimestre del 2007 el Ministerio de Educación designó para la comunidad de Lucmahuaycco dos nuevos docentes en la zona a fin de dar una mayor cobertura a la enseñanza primaria; se piensa contar pronto con un PRONOEI y un alfabetizador. También se cuenta ya con un nuevo técnico de salud en la posta médica y FONCODES se está encargando de censar a los afectados en el registro de víctimas.

### **Comentarios finales**

Lucmahuaycco simboliza en buena medida a lo excluido de nuestro país con sus enormes dificultades para acceder a la educación y a la salud. Los proyectos de muchas ONGs están condenados a la falta de continuidad debido a que los fondos no son ni permanentes ni perpetuos. A pesar de ello, esta intervención comunitaria trató de erigirse en una propuesta integral para atender los problemas esenciales e impostergables de la comunidad, siempre desde la comprensión psicosocial de sus problemas concretos, necesidades y recursos. En ese sentido Salomón Lerner nos recuerda algo importante: que el arte de hacer política no debe ser entendida como voluntad de dominio –y esto se visibiliza cuando creemos que lo nuestro, lo que nosotros creemos o pensamos– es lo que necesitan los demás sin meditarlo ni escucharlos, y que la política pública tiene el deber de hacer posible aquello que es indispensable para humanizar una sociedad. Con nuestro proyecto esperamos haber aportado con un grano de arena a este fin.

## Intervención Comunitaria: Aprendiendo a ayudar

Anabel Meza

Este artículo describe una intervención clínica comunitaria en Salud Mental con un enfoque psicosocial y cultural que tuvo una duración de dos años y se desarrolló en la comunidad de Lucmahuaycco, Cusco.

La primera etapa de dicha intervención estuvo orientada principalmente a lograr la inserción en la comunidad realizando acciones de promoción y de atención individual y grupal; la segunda buscaba consolidar los esfuerzos previos mediante la formación y fortalecimiento de un grupo de promotores comunales que desarrollarían acciones a favor de la Salud Mental de la comunidad.

En un inicio, al tomar contacto con la población para explicarles el proyecto a ejecutar, nos percatamos que dentro de sus intereses prioritarios, el tema de la Salud Mental no era muy considerado. A los pobladores les interesaba más una intervención de carácter legal o recibir información sobre los beneficios del programa integral de reparaciones. Esto se observó especialmente en las personas mayores de la comunidad: esperaban la ayuda económica concreta para recuperar sus pertenencias y materiales que habían perdido en la época de la violencia. *“Ójala siquiera nos devuelvan nuestras herramientas para trabajar, ahí recién por lo menos estaremos contentos”*. Dijo en un primer encuentro un comunero.

Por otro lado, los jóvenes y adultos relacionaban la Salud Mental con estar “mal de la cabeza” o “estar locos”; lo que se vio claramente al momento de iniciar el servicio de consejería y psicoterapia al que, los que acudían, preferían hacerlo fuera del local, muy confidencialmente y sin que nadie los viera. Para la mayoría de los pobladores, más importante era la presencia de un sanitario o médico que les recetara unas pastillas para sus dolores psicosomáticos que eran siempre sentidos como síntomas netamente físicos sin relacionarlos con lo psicológico.

La pregunta que me hice al inicio fue: ¿Cómo despertar el interés de la Salud Mental en la comunidad y hacer consciente en los pobladores la importancia de poseerla y desarrollarla como parte de la salud integral?; fue un gran reto para mí ya que la mayoría de los profesionales de psicología estamos acostumbrados a tratar en nuestro consultorio a las personas que nos buscan y, en contraste, realizar intervenciones en Salud Mental Comunitaria implica buscar estrategias creativas y singulares.

Meses antes de iniciarse el proyecto, en noviembre del 2005, participamos desde APORVIDHA en varias diligencias de exhumación. La intervención psicológica se orientó a realizar reuniones con los familiares para explicarles en qué consistirían las diligencias, brindarles espacios de escucha y contención y

acompañarlos durante todo el proceso. Experiencia que fue fundamental, ya que, me permitió realizar el primer contacto con la comunidad y establecer puentes de empatía con algunos pobladores.

A lo largo de los dos años de intervención se realizaron ocho viajes a la zona, cuatro viajes por año, con un período de permanencia prolongado en la misma, a veces de hasta 21 días. Vale la pena mencionar que el acceso a la comunidad era peligroso y distante: tardábamos cuatro días para llegar a ella, tres de ellos a pie o en mula. La precariedad de las condiciones de vida y la ausencia de servicios básicos de salud generó ansiedad con el agregado de la presencia de animales peligrosos como tarántulas y víboras.

### ***Interviniendo en la comunidad***

Es importante referir que el primer viaje fue fundamental ya que en él realizamos el levantamiento de problemas de Salud Mental y de las necesidades de atención. Los problemas emocionales detectados en el diagnóstico participativo fueron: la presencia de intensos sentimientos de temor, miedo, desconfianza, rencor, duelos inconclusos, así como actitudes como hermetismo, estigmatización, marginación, excesiva timidez y retraimiento de los niños, jóvenes y mujeres y un machismo muy marcado, especialmente en las personas mayores. Se podía apreciar en general poco contacto afectivo en la mayoría de la población, frustración en los proyectos de vida, poca o casi nula expresión de sus tradiciones culturales y una mala relación entre comuneros y comunidades aledañas.

Con relación al grupo familiar, las secuelas más evidentes eran la violencia y desintegración familiar, redes de familiares rotas por el desplazamiento. Cabe resaltar la poca participación de las mujeres en todos los aspectos de la vida pública de la comunidad y la escasa importancia puesta en los niños. No nos sorprendía en consecuencia encontrarnos con niños retraídos, tímidos, impulsivos, agresivos y poco afectuosos, así como una falta de liderazgo, especialmente en los jóvenes. La violencia política impactó en la vida de varios niños, hoy adultos, que sufrieron la muerte, desaparición de sus padres o la detención arbitraria, por lo que tuvieron que ser entregados a personas extrañas siendo muchos de ellos, (fueron) maltratados.

Considerando lo expuesto, era fácil comprender que al principio de la intervención persistieran en los pobladores el miedo y la desconfianza. Se mostraban herméticos para hablar sobre lo sucedido durante la época de la violencia, pues temían ser señalados como senderistas y a su vez, sentían que nosotras las psicólogas íbamos a recabar información para perjudicarlos posteriormente. Hubo más de una prohibición familiar para que algún miembro de una familia acuda a las reuniones.

Para desterrar esta profunda desconfianza de la población tuvimos que poner en marcha algunas estrategias y recursos que nos permitieron generar la confianza de los comuneros. Las principales fueron:

El dominio del idioma local (quechua) facilitó la comprensión y el contacto; compartir la misma lengua implicó para ellos la posibilidad de ser escuchados y de recibir la información de manera clara y sencilla. Por ejemplo, una señora netamente quechuahablante manifestó: *“qué bueno que alguien habla lo mismo que nosotros así podemos comprendernos y poder contar todo lo que nos sucede sabiendo que alguien nos entiende y nos puede responder a lo que preguntamos...”*

Por otro lado, nuestra permanencia prolongada en la comunidad permitió respetar y acomodarnos a los tiempos de los pobladores. Los horarios para los talleres y las sesiones individuales se establecieron según las posibilidades de los grupos y personas, en función de la disponibilidad que tenían y velando porque las actividades no interfirieran con las labores agrícolas. Al mismo tiempo realizamos de manera continua visitas domiciliarias, espacios que permitieron originar el diálogo acerca de temas de interés para ellos; por ejemplo con los varones conversábamos sobre la chacra, el recojo de café o herramientas de trabajo y con las mujeres sobre sus hijos, sus animales, etc.

Otro punto clave que nos permitió la inserción fue asistir a las reuniones y asambleas a las que la comunidad convocaba. Nuestra participación permitió observar la dinámica comunal y exponer algunas ideas que apuntaban a facilitar el diálogo, la tolerancia y la cooperación.

Trabajar de manera conjunta y concertada con toda la comunidad facilitó las alianzas con los pobladores y que ellos asuman el protagonismo en sus procesos de recuperación. Se les propuso trabajar varios talleres en diferentes grupos: de adultos, de mujeres, de jóvenes y de niños, lo que permitió que las reuniones se hicieran más productivas ya que se fomentaron espacios para grupos con intereses afines. Por ejemplo, las mujeres preferían hablar del cuidado de sus hijos, los varones de diversos temas de la comunidad, los jóvenes de sus proyectos profesionales y laborales, etc.

Con los niños también tuvimos que usar maneras creativas de acercamiento. Cuando visitamos la escuela por primera vez y, al notar nuestra presencia, inmediatamente se ocultaron debajo de sus precarias mesas pudiendo ocultar apenas su cara y su cabeza; observamos también en esa ocasión que los pequeños se comunicaban de una manera inadecuada, mediante golpes y empujones. Realizamos varias visitas a la escuela en la que hicimos shows de títeres, cuentos, cantos, adaptándolos a su realidad cultural. Esto ayudó a que los niños se desinhibieran y de esta manera abrimos el camino para realizar los talleres terapéuticos con ellos, espacios donde progresivamente se les ayudó a superar las diferentes dificultades que presentaban.

El trabajo con jóvenes, quienes también se mostraban poco afectuosos y parcos al inicio, se inició con nuestra presencia en las tardes deportivas que realizaban los domingos en la tarde y en las reuniones de entretenimiento en las que jugaban damas, ajedrez y socializaban sobre situaciones que les pasaba en el día. Así fuimos logrando su confianza y luego les propusimos los espacios de consejería y psicoterapia que al inicio aceptaron con cierto recelo, pero que poco a poco los comenzaron a demandar de manera espontánea.

Las mujeres de la comunidad no tenían una participación importante en la toma de decisiones ni en las funciones de liderazgo. No asistían a las asambleas pues la comunidad les había negado ese derecho. Las razones para ello fueron: muchas veces las mujeres iban a las reuniones y hablaban de temas que no estaban incluidos en la agenda, en varias ocasiones se suscitaban discusiones entre ellas que llegaron a la violencia verbal y física. Por otro lado, como varias de ellas asistían con los niños, estos comenzaban a hacer ruidos y a descontrolarse sin que las madres pudieran manejar la situación. Los hombres consideraron finalmente que era mejor que las mujeres se quedaran en las casas cocinando y cuidando a los hijos y que no fueran a las asambleas.

La intervención estuvo también dirigida a lograr una mayor confianza de las mujeres en sí mismas. En los talleres terapéuticos se les validó su derecho a participar y se trabajaron las reglas a seguir en las asambleas para que ellas puedan incluirse con un respeto recíproco. Para el final del proyecto las mujeres ya participaban en los espacios y se habían integrado en dos comisiones de trabajo, en la comisión del proyecto FONCODES y en el comité de gestión del PIR.

### **Aspectos interculturales de la intervención**

El trabajo con la comunidad transitó por el respeto a su cultura e idiosincrasia y fomentó además la recuperación de expresiones culturales que no se ponían en práctica desde la época de la violencia. Así, el proyecto impulsó la celebración de los carnavales tradicionales y la limpieza de la *yarka* (acequia); actividades que incidieron en la recuperación de la identidad cultural y que reforzaron la participación activa y conjunta de los pobladores, generando momentos de bienestar, regocijo y recreación.

El hecho de participar en sus rituales y respetar sus creencias fue un modo de comunicación intercultural que facilitó la comprensión de su espiritualidad. Desde el primer viaje apostamos por esta vía de inserción; en esa ocasión había muerto un comunero ahogado en el río cuyo cuerpo no fue encontrado. Nosotras participamos en el ritual funerario que consistió en velar las ropas del difunto con cuatro velas en cada esquina y en hacer algunas oraciones con la finalidad de que sean redimidas sus faltas.

Para acercarnos a las familias utilizamos otros medios indirectos que no necesariamente eran clínicos como por ejemplo nuestros conocimientos de primeros auxilios y medicina tradicional. En una ocasión ayudamos a la curación de un joven que tenía una herida en la pierna y esto ayudó a generar la confianza de los familiares, vínculo que más adelante favoreció las intervenciones psicológicas. En otro momento una pareja me propuso ser la madrina de corte de pelo de su niña, ritual que consiste en cortar un mechón de cabello de la niña y donar una cierta cantidad de dinero para que sucesivamente los invitados procedan a hacer la misma acción. Una vez concluido el corte se quema el cabello y el dinero recaudado se entrega a la familia para que lo emplee en las necesidades de la menor. La creencia de este ritual es que la niña adquiera el carácter de la madrina. El aceptar y ser parte de esta tradición permitió la aceptación completa del equipo en la comunidad.

Durante el período de intervención nos incluimos en otros muchos rituales: pasar la ruda, oraciones etc., lo que nos abrió el camino para iniciar las atenciones individuales y grupales gozando de la confianza de todos.

Estos servicios de atención fueron ofrecidos como un espacio de expresión de emociones y dolencias con la garantía de la confidencialidad. Los talleres, al igual que las consejerías y psicoterapia, al principio no eran bien aceptados por los pobladores ya que a la mayoría no les gustaba compartir sus ideas en grupo y sentían vergüenza de realizar sociodramas o dinámicas de animación pues consideraban que jugar era una pérdida de tiempo y que “los juegos son para los niños y nosotros ya no estamos para jugar”. Ante esto nosotras las psicólogas comenzamos actuando en los sociodramas e incluyéndonos en las actividades lúdicas hasta que los pobladores comenzaron a aceptarlas gustosamente. Tiempo después se percataron de los beneficios que los talleres traían en relación a la cohesión grupal y al disfrute de momentos conjuntos.

### ***Formación de promotores de Salud Mental***

La segunda etapa del proyecto, orientada a la conformación del NUSAME en la comunidad, fue un período crucial en la intervención. A pesar de contar con una sola psicóloga en el equipo y con tan sólo cuatro viajes, se logró conformar un grupo de promotores de Salud Mental quienes se comprometieron a trabajar desinteresadamente por los niños y por toda la comunidad. A dicho grupo se les capacitó en temas de “Derechos Humanos”, “Salud Mental”, “problemas emocionales en los niños”, “liderazgo”, “la Importancia del juego”, “elaboración de guías metodológicas”, “oratoria”, “herramientas de gestión”, etc.

A lo largo del año los promotores se hicieron cargo de algunas actividades como por ejemplo, las animaciones socioculturales, la construcción y ambientación de un local que funcionará como Ludoteca, etc. Esto último es parte de los

compromisos que han asumido como equipo. Desde la Ludoteca “**Llanchis Wichayman Riccharisun**” (**Despertemos hacia el futuro**) se fomentará el juego y se le brindará apoyo a los niños para su aprendizaje.

Los promotores han manifestado que se sienten valiosos y que están contentos de trabajar con los niños y que más adelante lo harán con el grupo de mujeres y de jóvenes, haciéndose cargo de las actividades de promoción relacionadas con la Salud Mental.

### **Logros**

Durante estos dos años y pese a todas las dificultades que enfrentamos, se lograron aspectos importantes en la recuperación de la Salud Mental de la población tales como:

1. Mejora de los vínculos interpersonales.
2. Incremento del interés de los pobladores en la importancia del bienestar emocional de los niños y niñas.
3. Mejora en la participación de las mujeres.
4. Reflexiones de los jóvenes sobre sus proyectos de vida. Actualmente los jóvenes son los que están asumiendo el liderazgo en la comunidad con mayor confianza.
5. Los niños y jóvenes se muestran más afectuosos y comunicativos y menos agresivos.
6. La conformación de un equipo de 11 promotores de Salud Mental motivados por trabajar la Salud Mental Comunitaria.
7. Disminución de la violencia en las relaciones comunales y familiares. Empezaron a expresar, compartir y a controlar mejor sus emociones y sentimientos.
8. Aumento de la confianza en ellos mismos, de la valoración de sus logros y la de los demás.
9. Empoderamiento de mujeres y adolescentes para denunciar hechos que vulneran sus derechos.
10. Recuperación de tradiciones culturales que habían sido abandonadas desde la época de la violencia.

## **Reflexiones**

Este trabajo ha sido una experiencia muy valiosa en la que he aprendido mucho más de lo que he enseñado. Como psicóloga he podido responder a las necesidades de las personas en la comunidad y agradezco la confianza que la misma depositó en mí. Espero no haberles defraudado.

Considero que el trabajo *in situ* fue muy importante porque me permitió conocer el contexto y la idiosincrasia de los pobladores y además haber establecido vínculos, no solo profesionales sino también, afectivos con ellos. Considero además un logro destacable que los pobladores han aprendido a tener en cuenta y a valorar la salud mental, a utilizar sus recursos de mejor manera, a limitar la violencia, tanto la interna como la externa, con su familia y con su comunidad, a hacer negociaciones para resolver los conflictos y por ende, generar un mayor bienestar integral y la sensación interna de ser sujetos de derecho con voz y voto.

## **Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Cusco**

### **Resultado 1**

*Las capacidades de los profesionales de los equipos de Salud Mental en las regiones son fortalecidas para brindar una mayor cobertura y una mejor calidad de servicios a través de los programas psicosociales para la población.*

La percepción de la psicóloga que permaneció en el proyecto fue la de haber aprendido mucho durante el trabajo con el CAPS. Subraya el hecho de aprender sobre la realidad de los afectados por la violencia política y el trabajo con otras culturas (el respeto, tolerancia y comunicación con ellas). Sin embargo, también subraya haber aprendido de la supervisora sobre cómo mejorar las consejerías. Señala que siempre le presentaba algún caso que estaba atendiendo y ella le ayuda a interpretarlo y le daba ideas de cómo proceder.

Vimos necesario que la psicóloga nos contara cómo sucedió en una situación particular para tener idea de la participación de la supervisora. Creemos interesante poder graficar esta historia como un ejemplo en este informe.

El caso es de una adolescente que tuvo una hija producto de una violación por su cuñado. La madre permaneció viviendo con sus padres y su bebé. Sin embargo, nunca se preocupó de la crianza de la niña, la que fue encargada a la abuela que tampoco le prestaba atención. La psicóloga señala que la adolescente sufrió un trauma a consecuencia de la violación y nunca se hizo cargo de la niña, la que se encontraba desnutrida y enferma cuando la vio la psicóloga. Se menciona que la madre veía a la niña sólo como un juguete sin estar consciente de sus necesidades básicas. El pedido de atención vino de los abuelos al preocuparse por el descuido de la madre. La psicóloga habló con los abuelos diciéndoles que pueden hablar con ella todo lo que les preocupa, que el psicólogo ayuda a curar las heridas que se tienen por dentro. No les menciona la palabra consejería o psicoterapia.

La psicóloga señaló que se coordinó con el área legal de APORVIDHA para que la niña pudiera ir a una institución y que ello le permitiría a la madre poder estudiar. Cuando la psicóloga habló con la supervisora ésta le dijo que lo que se debía hacer primero era hacer que la abuela sea empática con la hija adolescente porque había mucha desconfianza y temor. Cuando en el siguiente viaje se les propuso la solución, los abuelos se opusieron, pero la madre sí quería, pero quería ir a vivir no a la institución sino a la casa de Anabel, la psicóloga. Cuando Anabel habló con la supervisora, ésta le dijo que no aceptara, que no confundiera la amistad con la terapia. Al no aceptar, la mujer no quiso ir a la institución.

La supervisora entonces le dijo que interviniera directamente con la chica en el cuidado de la niña, que le enseñara con el ejemplo. Entonces, comenzó a interactuar con la niña delante de la madre, por ejemplo, enseñándole canciones, a jugar con la muñeca, a decirle cómo comportarse, todo de manera indirecta, sin necesidad de decirle a la madre directamente cosas. Así fue a la casa cuatro veces tratando de mostrar cosas a la madre. Ahora dice la psicóloga, la madre está criando mucho mejor a la hija.

La supervisora si bien reconoce las cualidades de la psicóloga para realizar consejerías y sus progresos en ese campo, así como el aprendizaje en el trabajo comunitario, considera que pudo haber aprovechado mejor los aportes teóricos que le intentó brindar pero mostraba poco interés en las lecturas que le ofreció discutir. En general, la impresión que tiene de la psicóloga es que prefiere el trabajo comunitario a la formación teórica básica teniendo una aproximación más espontánea en sus relaciones con los afectados.

De manera más específica, en relación a las metas alcanzadas en el trabajo clínico comunitario:

- *Consejerías*

Si sumamos las personas de consejerías y psicoterapias en la región Cusco se registran 110 personas con un total de 280 sesiones.

Lugares de atención	Total de personas	Nº de sesiones
Lucmahuayco	49	115
Kapashiato	18	27
Cusco	13	21
Quillabamba	13	13
Penal de Quenqoro	4	5
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>181</b>

Llegamos a entrevistar en Lucmahuayco alrededor diez personas que recibieron consejería. Los pacientes de Lucmahuayco en general nos expresaron mucha satisfacción con la atención a pesar que el promedio de sesiones es muy bajo como se verá y discutirá más adelante. Hemos encontrado que la psicóloga no tenía en la comunidad un lugar específico para atender al cual acudía la gente, más bien acostumbraba hacer visitas domiciliarias y ahí conversar con las personas. Hemos sido testigos de esta estrategia y además esto apareció en las entrevistas. La psicóloga afirmó que cuando visitaba las casas, al conversar con la gente veía que algunas personas necesitaban más ayuda, entonces se quedaba más tiempo y esta visita la consideraba como una sesión de consejería tomándose alrededor de 45 minutos.

Hemos encontrado que la gente recurre a ella para contarle de problemas o situaciones que están pasando en esos momentos, cosas muy puntuales (el hijo está mal en el colegio o que no obedece a los padres, el esposo se irrita rápido, etc.), ellos buscan una respuesta, un consejo inmediato para hacer frente a la situación. Hemos percibido que la psicóloga es bien directa y ofrece sus opiniones sobre qué hacer con la situación. Las personas entrevistadas nos expresaron que siguieron los consejos de la psicóloga y que generalmente mejoró la situación/problema. Pasada esa crisis por lo general ya no vuelven a recurrir a ella, al menos que atraviesen por otro período de problemas.

- *Psicoterapia*

En la región Cusco se tienen registradas 13 personas en psicoterapia. De las cuales 9 pertenecen a Lucmahuayco, con un total de 53 sesiones. Los otros cuatro casos son dos del Cusco y dos del Penal de Quenqoro. En total todos los casos de psicoterapia de la región del Cusco hacen 105 sesiones.

Sobre los casos de psicoterapia vistos en el penal y en el Cusco no podemos expresar opinión porque no se entrevistó a los pacientes. Sobre los casos de psicoterapia de Lucmahuayco es que adquieren este calificativo por tener más de cuatro sesiones de consejería, lo que es definido como evidencia de un proceso terapéutico. El comportamiento en el caso de Lucmahuayco, sin embargo, es idéntico al visto en los casos de consejería salvo que han asistido a más sesiones. No se ha percibido que ellos hayan tenido la noción de continuidad del tratamiento. Siempre acudían por situaciones precisas. En todo caso, son muy pocos los casos que entran dentro de ese calificativo en el pueblo de Lucmahuayco. De las 58 personas que han sido registradas en los servicios de psicología, sólo nueve tienen al menos 5 sesiones (15.5% del total).

Cabe destacar respecto al número de sesiones en Lucmahuayco que si ponemos en el mismo grupo las consejerías con las psicoterapias, tenemos un promedio de 2.62 sesiones por persona. Es interesante que el 43% de los pacientes no haya pasado de la primera sesión y que el 58.6% tiene dos sesiones o menos.

Esta situación se puede explicar por la modalidad de permanencia de la psicóloga (la naturaleza del trabajo de ella la obligaba a permanecer en el pueblo sólo por unas semanas y luego se ausentaba de la zona por un mes y medio o más) y porque las atenciones se centraron en problemas puntuales que requerían de una situación inmediata, pasado el problema o habiéndose calmado las aguas no se veía la necesidad de continuar. Esto ha sido el caso en varias regiones y no fue la excepción en Cusco.

- *Psiquiatría*

El proyecto no consideró el servicio de psiquiatría en Lucmahuayco. Los pocos casos en Cusco a los que se recomendó este servicio fueron derivados al MINSA.

- *Talleres terapéuticos*

Hemos encontrado que en el año 2007 se han realizado 17 talleres terapéuticos (16 en Lucmahuayco y 1 en Kepashiato), cifra menor a la del año anterior que fue 27 (19 en Lucmahuayco, 4 en Kepashiato y 4 en el Cusco). Para los 38 talleres en que tenemos asistencias a lo largo del 2006 y 2007 el promedio de asistencias fue de 22 personas por taller. Los participantes registrados en la base de datos para talleres terapéuticos de toda la región Cusco son 172. (Aunque deben faltar varios participantes, por ejemplo de los talleres efectuados en la ciudad de Cusco no existe ningún participante registrado, los demás que se registran son 137 de Lucmahuayco y 35 de Kepashiato).

A pesar de que la frecuencia de asistencias de cada persona no es muy alta, el promedio es muy superior a la de Ayacucho, donde por ejemplo, se priorizó la realización de mayor número de talleres para más grupos poblacionales con poca continuidad por grupo. Para esto obviamente ayudó el volumen tan pequeño de las poblaciones con las que trabajaron en Lucmahuayco y Kepashiato donde prácticamente abarcaron a la gran mayoría de la población. Las frecuencias de asistencias son las siguientes:

Total de personas	Nº de asistencias
34	1
26	2
23	3
14	4
18	5
12	6
10	7
11	8
14	9
3	10
2	11
3	12
2	15
<b>172</b>	

Los temas de los talleres que aparecen frecuentemente son: identidad, desplazamiento, Salud Mental, Derechos Humanos, mis actitudes, el juego, violencia familiar, autoestima, liderazgo y relaciones interpersonales dentro de la comunidad, entre otros.

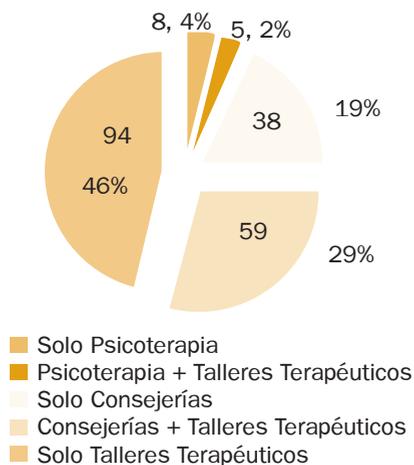
La apreciación cualitativa de los talleres se realizó mediante preguntas incluidas en las entrevistas en profundidad con pobladores beneficiarios del proyecto. Las personas manifestaron no sólo satisfacción con la realización de los talleres, sino que subrayaron que éstos les sirvieron personalmente para entender muchas situaciones personales, familiares y comunales, ayudándoles a su convivencia diaria. Se subrayó además que los talleres servían a la gente para soltarse, expresar cosas que tenían dentro y que nunca podían sacar; hablar con los demás sobre esto les ayudó a entenderlas mejor y tuvo el efecto de unir a los participantes. Se afirma que personas que tenían una relación distante o de desconfianza poco a poco mejoraron su relación al haberse podido sincerar en público, lo que hizo que los demás los vieran de manera más humana. Los participantes señalan que los talleres han ayudado a unir a los miembros de la comunidad. Así se dijo, de manera contundente y general, lo que resulta algo impresionante. Si vemos que en los talleres han participado 137 personas de Lucmahuayco, queda claro que ahí ha participado la mayoría de la población. La cifra total de la población que se nos dio fue alrededor de 150. Sin embargo, la mayoría no se reúne en un momento preciso ya que viajan constantemente a trabajar en otras chacras, en otras zonas propias, de parientes o simplemente como jornaleros. Por lo tanto, el número de 137 asistentes es bastante grande y nos permite visualizar un efecto a nivel comunal.

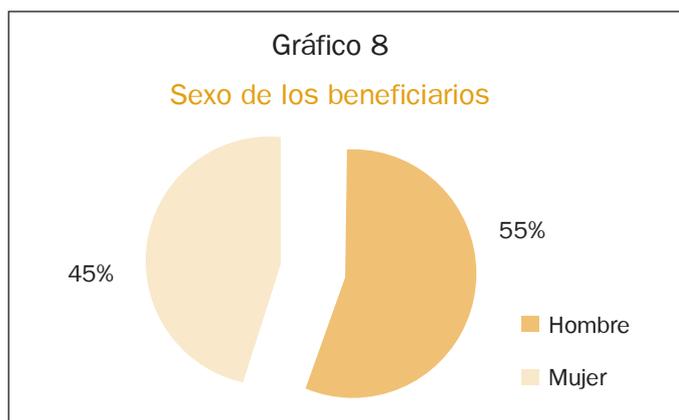
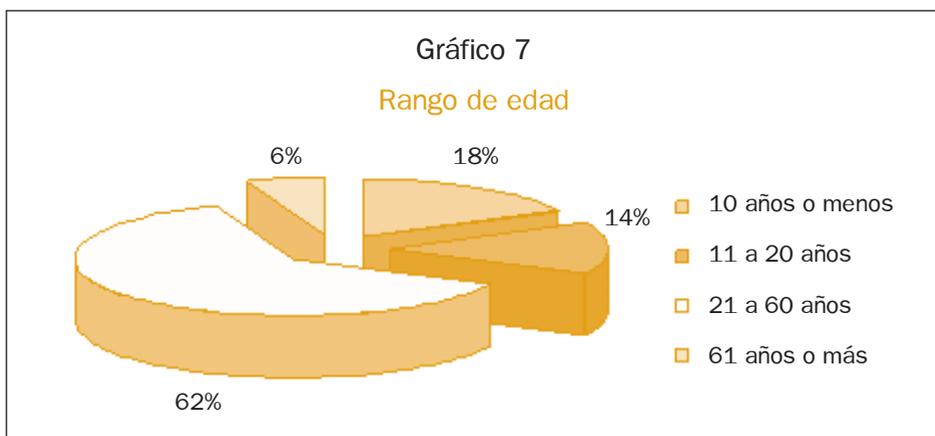
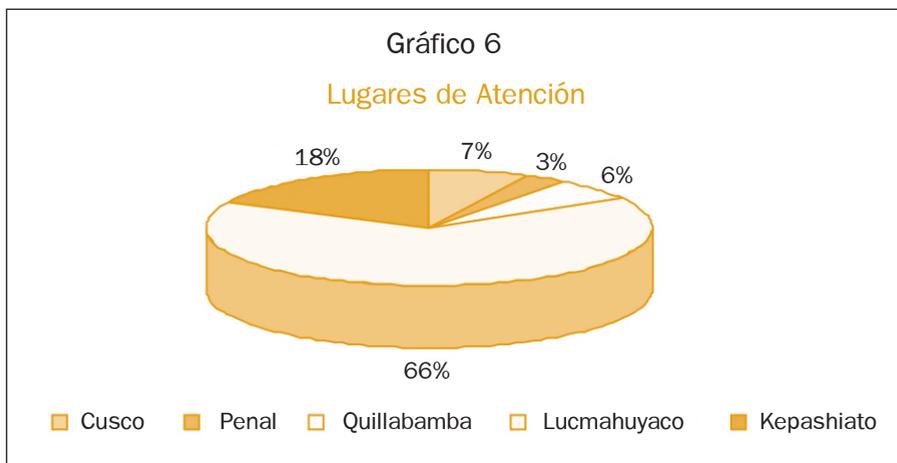
A continuación se muestran gráficos de las atenciones clínicas en Cusco.

Gráfico 5

Número de beneficiarios 2006 – 2007

**204 personas**





## **Resultado 2**

*Cinco Núcleos Comunitarios de Salud Mental sostenidos por agentes comunitarios capacitados, articulados a las redes y recursos locales, desarrollan acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.*

Para analizar este resultado se realizaron entrevistas con los promotores comunitarios, la observación de un taller de capacitación, un grupo focal, una observación parcial de un taller efectuado por los promotores y una encuesta sobre satisfacción del servicio.

En las entrevistas pudimos notar un alto nivel de satisfacción con el desenvolvimiento del grupo. Los promotores son personas comprometidas y/o interesadas en el trabajo en Salud Mental. Ellos, en su mayor parte, fueron asistentes regulares o frecuentes a los talleres terapéuticos el año anterior, por lo que el interés de ellos fue espontáneo. Sin embargo, algunos fueron sugeridos a inicios del grupo por las psicólogas del proyecto debido a su posición de líderes dentro de la comunidad. Posteriormente a mediados de año, algunos pocos fueron invitados a retirarse por la poca asistencia a las reuniones.

La motivación en torno a la Salud Mental de la mayoría de los promotores fue adquirida en los talleres terapéuticos donde ellos encontraron un espacio de expresión y de comunión con los demás. Ellos consideran además que los talleres de capacitación de este año les enseñaron mucho. En las entrevistas se puede entrever que les ayudaron a tener una actitud distinta ante problemas de la vida cotidiana. Además, la mención a las dinámicas grupales en gran parte de las entrevistas y en la encuesta de satisfacción hecha en el último taller, demuestra que el aprendizaje debe haber sido más vivencial que teórico.

Se pudo apreciar en el taller de capacitación que asistimos que faltó una mayor discusión y profundización de los contenidos que debían desarrollarse. Básicamente el taller consistía en una lectura de papelógrafos sobre “herramientas de gestión” y no había mayor intervención de los asistentes salvo cuando se realizó la dinámica de animación. Asimismo, debemos señalar que asistimos a un taller efectuado por los promotores. El taller fue con un grupo de madres de la comunidad. Lo que pudimos apreciar y ver en un video tomado por la psicóloga posteriormente, fue la imagen de un grupo entretenido y participativo. Básicamente vimos la realización de un sociodrama y discusión de lo que aparecía en el mismo. Las asistentes estaban compenetradas y animadas y los facilitadores se mostraban, en su mayor parte, seguros y motivados.

Mediante el instrumento de encuesta de satisfacción de los talleres de capacitación no se puede tener una información muy consistente ya que las personas tienden a responder muy positivamente en todas las preguntas. Todos los aspectos del taller son respondidos con la respuesta muy bueno o bueno. Se puede decir además que la parte que les ha interesado más a la mayoría de

los participantes fueron las dinámicas y que ellos consideran que los talleres les serán útiles para su labor como promotores. De otro lado, se puede decir que lo que ellos consideran que podrían cambiar del taller es sobre todo, la parte de la organización aunque no especificaron en qué o en dónde encontraron problemas.

En general, podemos afirmar que el grupo se encuentra consolidado, que existen muchas ganas de continuar el trabajo, que todavía no queda muy clara la planificación para el tiempo que viene, pero se tiene la intención de organizarse mejor. Se puede decir que el NUSAME está posicionado dentro de la población y que incluso han realizado faenas comunales para ayudar con la construcción del local y la implementación del mismo. Sin embargo, sería interesante poder hacer un seguimiento a lo que ellos realicen a lo largo del año posteriormente.





## **2.3. Región Huancavelica**



## **Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Huancavelica**

### **ANCHONGA, UNA NUEVA MIRADA**

*Karen Meza*

Anchonga es la capital del distrito que lleva el mismo nombre y está ubicada en la provincia de Angaraes, Región Huancavelica. Tiene una población aproximada de 6000 habitantes, de los cuales alrededor de 500 viven en el área urbana. Las mujeres tienen una ligera mayoría en el número de habitantes. El nivel educativo oscila entre primaria y secundaria, siendo más bajo en la población femenina. Hay un considerable índice de migración, sobre todo de los jóvenes, que se dirigen a las ciudades en busca de opciones laborales y de estudio.

Como en toda zona rural, las fuentes productivas principales son la agricultura y la ganadería. Básicamente se siembra papa y maíz, además de criar ovinos y vacunos. Anchonga cuenta con una institución educativa (I.E.) de nivel inicial a cargo de una docente que lleva laborando 17 años; y una I.E. Primaria con modalidad polidocente multigrado que concentra a 60 alumnos con 3 profesores contratados. En cuanto a la situación de la salud, los servicios médicos han mejorado un tanto pues en el año 2007 se inauguró un nuevo local más amplio y se asignó un personal médico adicional al técnico de enfermería que venía laborando por unos cuatro años. Los servicios básicos con los que cuenta la comunidad son: agua entubada, luz y desagüe en algunas viviendas, además de un teléfono comunitario satelital.

Anchonga fue fundada por dos familias, “los Ibáñez y los Escobar” y fue reconocida como distrito con la ley de creación N° 10160 el 5 de enero de 1945. Durante la etapa de la violencia política, los terroristas no lograron incorporar a los comuneros en sus huestes, pues estos se organizaron para evitar que extraños rondaran su poblado. A pesar de eso, una persona fue asesinada, hubo dos torturados y aproximadamente 20 familias desplazadas, la mayoría no ha vuelto al poblado.

En la década de los 80, la población vivía en zozobra pues los subversivos ingresaban frecuentemente a saquear e incendiar las casas, los establecimientos estatales, colegios y comercios. Similar actuación tuvieron las fuerzas armadas. Hasta la fecha se nota mucha reticencia de la población para abordar este tema, prefieren callar e intentar olvidar lo sucedido sintiendo que no hay mayor razón para hablar abiertamente de esta parte de la historia comunal (Diagnóstico Participativo: CAPS 2006; CVR 2003).

Cuentan con una estructura de gobierno compuesta por: autoridades políticas (alcalde, regidores, gobernador -quien aún coordina con los Varayoc-; y el juez de paz), y autoridades comunales que incluyen al presidente y su directiva. También existen organizaciones sociales como los dos clubes de madres (Santa Rosa y Luz Salgado, las mismas son parte de vaso de leche), la asociación de productores, la APAFA y la defensoría comunitaria.

Las organizaciones más representativas son la Comunidad Campesina y los Clubes de Madres. La participación en estos espacios es democrática puesto que los representantes son elegidos en asamblea a mano alzada, además de reunirse ordinaria y extraordinariamente. Se resalta que los varones se involucran más en la organización comunal mientras que las mujeres lo hacen en los clubes.

La población percibe a las autoridades comunales como cercanas pues siente que éstas se interesan por el desarrollo de la localidad y son elegidas de acuerdo a su liderazgo, honestidad y laboriosidad.

Cuando se inició la intervención, los pobladores demandaban la realización de proyectos productivos que sirvieran para contrarrestar sus carencias económicas. La Salud Mental no era un tema prioritario para ellos pues lo relacionaban con temas que no querían abordar como la experiencia de sufrimiento, preocupación, traumas y locura.

Se detectó en ese primer momento que los problemas de Salud Mental más resaltantes eran, a nivel comunal: la desconfianza hacia las autoridades e instituciones públicas y privadas, el temor o miedo y sobre todo, la marcada desarticulación del tejido social. A nivel familiar, el incremento de la violencia en los hogares y entre los vecinos, en buena medida a causa de lo vivido en la época de violencia política. A nivel individual aparecían síntomas depresivos, baja autoestima, falta de motivación, trastornos del sueño y descontrol de impulsos.

### ***Clínica comunitaria: Generando espacios de reconocimiento y cambio***

La modalidad de trabajo que permitió el acercamiento inicial y la progresiva aceptación de la propuesta fue la de los talleres terapéuticos. Al inicio, los silencios de los participantes eran marcados y esperaban recibir orientación de las psicólogas del equipo. Posteriormente, comenzaron a sentirse atraídos por el trabajo colectivo y la inclusión de elementos lúdicos, que es afín a la visión andina. Comenzaron a disfrutar y a participar activamente en las dinámicas de animación y en los espacios de dramatización en los que empleaban con soltura y sin inhibiciones el idioma quechua para hablar de sus problemáticas.

Este espacio favoreció que los participantes se distrajeran de sus preocupaciones cotidianas y que reflexionaran continuamente sobre los temas tratados:

*“Cuando estoy en el trabajo, pienso en lo que hablamos, que mi señora y mis hijos tienen sus derechos y en los malos tratos que les he dado..., he reflexionado sobre mi familia”.*

*“Cuando estoy en mi casa señorita, me acuerdo de las cosas que hacemos y me río y con más ganas hago mis cosas”. “Voy a los talleres a alegrarme un poco”.*

Los talleres terapéuticos llegaron a convertirse en espacios de acompañamiento emocional, de expresión de preocupaciones sobre la familia, los vecinos y la comunidad, y de orientación sobre temas concretos.

En cambio, las atenciones individuales tuvieron una escasa demanda. El equipo, en los talleres terapéuticos, identificó a un buen número de personas que requerían de atención personalizada y les ofreció el servicio pero la respuesta nunca fue muy consistente; las personas solían buscar una solución inmediata a sus problemas de manera ocasional. A veces, el pedido de atención no venía de parte de los directamente involucrados sino de los vecinos o autoridades. Por ejemplo, en una ocasión el Gobernador solicitó a las profesionales que atendieran a una familia que vivía en situación de bigamia y en la que imperaba la violencia. Tanto dicha autoridad como la población esperaba que el equipo pusiera fin a este mal ejemplo. Algunos miembros de esta familia fueron atendidos por un tiempo abordándose, en un inicio, problemas no relacionados con la demanda de la comunidad (pues los involucrados no sufrían aparentemente por su situación) sino otros indirectos y relacionados con la crianza de los niños.

Algo a destacar es la flexibilidad de la que tuvo que hacer uso el equipo de Salud Mental, pues hubo que abandonar el esquema de consultorio, promocionar el servicio durante los saludos o en la calle e implementar las atenciones en las casas o lugares de trabajo de los pobladores.

Las atenciones individuales realizadas eran llamadas “conversaciones” por los pobladores y sirvieron como espacios de escucha, de contención emocional, de orientación y algunas veces, de elaboración de las vivencias o problemas.

*“Me han ayudado las recomendaciones que me han dado, me han hecho comprender bien cómo criar a nuestros hijos para no pegarles, y después nos ha visitado para saber como estábamos”.*

*“A partir de haber conversado con ellas (se refiera a las psicólogas), me he integrado en las actividades de la comunidad, como es el Club de Madres, las reuniones, así. Antes estaba pendiente de las cosas que me decía la gente, ahora ya no me importa lo que digan los demás”.*

Creemos que la poca continuidad en los espacios individuales se debe en buena medida a que las personas esperaban recibir pautas concretas de comportamiento ante sus problemas, consejos y orientaciones directas que, en

una o pocas sesiones, ayudaran a aliviar el malestar o a modificar conductas. La población, al igual que en otras regiones, no estaba habituada o dispuesta a transitar por un proceso continuo. Si bien el enfoque usado en la mayor parte de las intervenciones individuales era de corte focal o de psicoterapia breve, que apunta a obtener resultados efectivos en poco tiempo, no siempre podían abordarse problemas complejos y de larga data bajo este modelo. Así, la expectativa de inmediatez que tenían los pobladores no podía ser siempre satisfecha, muchos de los casos atendidos ameritaban un tratamiento largo y sostenido y los pacientes, por lo general, abandonaban la consulta luego de haber experimentado un alivio mínimo o al ver que no recibían una solución directa a sus problemas.

La atención psiquiátrica fue puntual y se brindó esencialmente en el marco de dos campañas de Salud Mental realizadas en la ciudad de Huancavelica. El objetivo de estas intervenciones era complementar el trabajo de la DIRESA, las campañas buscaban sensibilizar a la población en temas de Salud Mental para que, posteriormente, continuara acudiendo a los servicios del MINSA, institución con la que se mantuvieron alianzas importantes de trabajo.

### ***El trabajo comunitario: apuntalando el tejido social***

Más allá de los espacios de atención comunitaria se buscó desarrollar una acción comunitaria integradora que permitiera movilizar los recursos de los pobladores en la consecución de metas y beneficios relacionados con la Salud Mental colectiva. Anchonga es una población que sueña con el progreso de su tierra y que ha recibido la ayuda de varias instituciones que llegan allí por ser capital de distrito. Sin embargo, como ya se mencionó, el tejido social aún es muy débil, grande la desconfianza hacia las autoridades y visitantes y marcada la desorganización y apatía de muchos pobladores. Por otro lado, la situación de pobreza lleva a que la población se interese sólo en proyectos productivos, desvalorizando otros.

Vincularse con esta comunidad fue difícil al inicio para el equipo. La confianza de la población se ganó con la ejecución de actividades de interés y fundamentalmente con las visitas continuas. La constancia de los profesionales demostró a la población que el CAPS quería trabajar con ellos y esta permanencia permitió al equipo conocer los quehaceres cotidianos de los pobladores o compartir varios espacios y momentos importantes como sus fiestas. Así, los lugareños se acostumbraron a ellos y los hicieron parte del paisaje de Anchonga. Del mismo modo, el hablar quechua y conocer la peculiaridad de las zonas rurales facilitó progresivamente una relación más cercana con los pobladores.

*“Señorita por qué no se quedan unos días más, quédense unos días más para estar en la fiesta, comer el mote, bailar...siempre los echamos de menos”.*

En un primer momento, fueron los Clubes de Madres quienes respondieron a nuestra invitación para participar en los espacios del proyecto. Estas señoras venían acompañadas de sus hijos y a veces, alguna traía a su esposo. Así se fue formando un grupo más motivado.

Los niños y jóvenes se fueron acercando en un segundo momento; entusiastas, puntuales, constantes formaron después un nuevo grupo de trabajo que abordó temáticas propias. Precisamente, esta situación unida a otros factores llevó a que el equipo y el CAPS promovieran la creación de la Casa del Saber, una Biblioteca-Ludoteca (aspecto que será desarrollado más adelante).

Las diversas actividades realizadas buscaron sensibilizar a la población sobre temas de Derechos Humanos y Salud Mental. Se promovió que las personas reconocieran sus posibilidades, sus capacidades, se valoricen y tenga una visión más optimista del futuro, es decir, que se vean como gestores del cambio de su situación individual, familiar y comunal.

Consideramos que la intervención condujo a muchas señoras a repensar sobre la familia y la crianza de los hijos y a que los pobladores entendieran a la Salud Mental como el bienestar emocional de las personas, pero lo más satisfactorio fue que los niños y jóvenes contaron con un espacio propio que no tenía que ver con la educación formal, al inicio bajo la modalidad de los talleres y luego en el espacio de la Casa del Saber.

Para fomentar la articulación de la tarea con la labor de los actores de la zona, el equipo local contactó, a lo largo de estos dos años, con instituciones que fueron sus aliados en las diversas actividades que emprendieron, tanto en la comunidad de Anchonga como en la ciudad de Huancavelica.

En la comunidad de Anchonga nos aliamos a los Clubes de Madres y a la directiva de la comunidad campesina, quienes apoyaron siempre en la difusión de las actividades y en la organización de los eventos de sensibilización. La dirigencia comunal siempre apoyó las actividades con los recursos de los que disponía: la radio comunal y espacios para realizar las reuniones y talleres. En el año 2007 se contactó a un nuevo aliado que trabaja en la comunidad, la ONG Tierra de Niños. Con esta institución desarrollamos talleres dirigidos a adolescentes y se coordinaron pasacalles y animaciones socioculturales.

En la ciudad de Huancavelica se trabajó constantemente con la oficina de Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz de la DIRESA, Cáritas Diocesana Huancavelica, y la Red Social Musuq Punchaw (Nuevo Amanecer), colectivo que busca erradicar la violencia familiar. Con estas instituciones se desarrollaron campañas de salud y acciones de sensibilización sobre temas de Salud Mental. La oficina del Poder Judicial nos facilitó ambientes para brindar atenciones psicológicas a la población de afectados por la violencia política y las emisoras radiales locales nos dieron acceso a sus emisiones. Finalmente, el último semestre

del año 2007 se promovió la formación de un grupo impulsor en políticas de Salud Mental para incidir en la problemática de la violencia familiar, especialmente la violencia contra la mujer.

### ***El Núcleo de Salud Mental Comunitaria: “La Casa del Saber”***

La propuesta de generar un NUSAME en Anchonga se fue concretando progresivamente en el espacio de “La Casa del Saber” o biblioteca-ludoteca, que buscó atender una de las preocupaciones más acuciantes de la comunidad: el futuro de los niños, y usar los recursos comunales para que los pobladores se convirtieran en agentes de cambio.

La definición del servicio de la Casa del Saber se realizó a partir de observaciones de la dinámica comunal y de las demandas recogidas entre la población: si bien existía serias diferencias y conflictos entre los pobladores y un débil tejido social, se consideraba de manera general que los niños eran el futuro de su comunidad y que necesitaban mejor atención; de este modo la temática infantil era un punto de coincidencia e integración.

Para poner en marcha la idea de un espacio de juego y estimulación para los niños, el primer paso dado fue ubicar a personas de la localidad con vocación de servicio, interés en el tema y que contaran con la confianza de la comunidad. Así, en una asamblea comunal la misma población escogió a los futuros promotores de la Casa del Saber; previamente, el equipo había realizado reuniones informativas dirigidas a los pobladores y las autoridades sobre la propuesta del trabajo de promoción.

El grupo de promotores inicialmente estuvo compuesto por 10 personas, de ellos permanecieron 7 comprometidos hasta el final. La particularidad de este equipo es que estaba compuesto mayormente por hombres (6), que son o han sido autoridades locales, y la única mujer miembro es quechua hablante y sin instrucción educativa.

Una de las dificultades que hubo que trabajar con este grupo fue que durante un buen tiempo no pudieron acordar de qué manera iban a beneficiar a los menores de la comunidad: si lo harían a través de charlas para los padres, orientaciones concretas a las familias, etc.; en cuanto a la posibilidad de instaurar un espacio lúdico había cierta ambigüedad pues no lograban concebir un espacio diferente al educativo o escolar, como tampoco podían darle cabida a concepciones de crianza que no se basaran en modelos tradicionales y autoritarios. Surgió la demanda entre los promotores de recibir una remuneración por su trabajo, por lo que hubo que hacer varias reuniones y reflexiones sobre el rol de promoción y el voluntariado en un trabajo como en el que se estaba iniciando.

La superación de las dificultades anteriores se dio progresiva y lentamente. Los espacios de capacitación ayudaron mucho a que el grupo incorporara nuevas concepciones sobre la infancia y nuevos modos de relación con los menores. Se desarrollaron 12 de temas relacionados con la Salud Mental, los Derechos Humanos, la familia, metodología de trabajo con niños, etapas del desarrollo, problemas de aprendizaje, la importancia del juego, herramientas de gestión etc. Las enseñanzas fueron bien asimiladas comprendidas porque se trabajó con dinámicas de animación, presentaciones audiovisuales, análisis de casos y materiales de lectura complementarios.

Por otro lado, fue necesario realizar varias sesiones de planificación para llegar a acuerdos sobre la especificidad del trabajo, los roles, cronogramas, etc. La presencia de varios miembros del equipo CAPS-Lima en la zona también fue necesaria. El entonces Director Ejecutivo, la coordinadora del proyecto y un terapeuta experto en trabajo con niños visitaron sucesivamente la comunidad para fortalecer la labor del equipo local, para tener reuniones de capacitación más específicas con los promotores y para abordar las problemáticas suscitadas en relación a los pagos demandados, definición de la tarea y metodologías de trabajo.

Aparte de formar a los promotores fue necesario implementar un local para el trabajo; la directiva comunal cedió uno de sus salones al que hubo que hacerle una serie de modificaciones y arreglos (pintado, conexiones eléctricas, dotación logística).

El uso del espacio no se hizo esperar, desde el mismo día de la inauguración la presencia de los niños llegaba sin invitación y demandaba la puesta de límites. Así, se establecieron horarios de atención y el cumplimiento de normas mínimas de higiene e interacción (cara y manos limpias, cuidar, compartir y ordenar los juguetes, respetar a los otros niños etc.) Las primeras sesiones de juego fueron facilitadas por los profesionales contando siempre con una concurrencia entusiasta.

Brindar la atención no les resultó fácil a los promotores, la “rigidez” de su desenvolvimiento en la atención a los niños y el incumplimiento de los horarios de atención fueron las principales trabas. Frente a ello, hubo que reforzar el compromiso de los agentes a invitarlos como observadores a las sesiones prácticas.

Fueron otras actividades las que convocaron más el compromiso inicial de los promotores; las de índole más pública como la inauguración de la Casa del Saber y la ejecución de la Gymkhana (animación sociocultural). Acciones como repartir invitaciones, hacer seguimiento de las instituciones invitadas, preparar el local y los refrigerios, eran ejecutadas sin mayores dificultades. Para ello el grupo contaba con el apoyo de los clubes de madres, de la organización de jóvenes y de la directiva comunal.

Hacia el final de la experiencia los promotores comenzaron a asistir con mayor consistencia a las sesiones de juego y a facilitar algunas de ellas, siempre en compañía del equipo local. Pero esta propuesta no se terminó de engarzar totalmente, pues no se logró la acción autónoma del grupo. Se logró no obstante, contactarlos con dos instituciones aliadas, la ONG Tierra de Niños y la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, con la finalidad de que los apoyen en algunas de sus iniciativas futuras y le den solidez al trabajo con niños. También se les sugirió que introdujeran la propuesta en el presupuesto participativo para así contar con recursos económicos a mediano plazo.

Cabe destacar que, a pesar de todas las eventualidades descritas, se logró comprometer a un grupo de promotores varones en un proyecto como este, siempre más proclive a captar la atención de mujeres dado que se trata de temas de familia e infancia.

### ***El fortalecimiento de capacidades de los profesionales de Salud Mental***

El equipo de Huancavelica tuvo algunas características particulares que, en ocasiones, afectaron la marcha del trabajo. En esta región hay una alta rotación de profesionales y, los que ahí residían que se presentaron a nuestra convocatoria, tenían poca experiencia en el trabajo comunitario. Por ello ninguno de los especialistas que participaron en el proyecto radicaban o eran oriundos de la región, lo que implicó un gran esfuerzo inicial de los integrantes del equipo para adaptarse a la zona y conocer la idiosincrasia de los pobladores.

La supervisora viajaba con regularidad a la zona y durante sus visitas el equipo recibió capacitaciones y compartió lecturas sobre el desarrollo del niño, el juego, metodologías de trabajo con niños, trabajo con grupos de terapia, técnicas de intervención, cuestiones de incidencia y redes. El equipo incorporó estos conocimientos de acuerdo a la necesidad que tenían en la ejecución de las actividades aunque también se presentaron algunas tensiones debido a los distintos marcos teóricos de los profesionales.

Alcanzar una buena relación entre equipo y supervisora tuvo su paréntesis previo, debido a que la segunda era psicóloga social (no era psicoterapeuta) y relativamente más joven que las otras supervisoras, peculiaridades que el equipo miraba con recelo. Sin embargo, después de intercambiar pareceres, ser constante en el seguimiento y demostrar facilidad de interacción con la población, el recelo fue disminuyendo hasta consolidarse una relación de compañerismo.

Un espacio que contribuyó a la integración del equipo fue el sostenimiento emocional. El acompañamiento abordó temas personales, familiares y laborales y favoreció que en muchas ocasiones los profesionales contaran con un espacio de

diálogo que les permitiera adaptarse a las condiciones nuevas de vida y trabajo, reflexionar sobre los aspectos personales que dificultaban la tarea y ventilar algunos aspectos familiares y privados. Sin embargo, en los inicios del proyecto, el sostenimiento emocional del equipo no fue suficiente para limar las tensiones entre las profesionales, determinando la salida de una de ellas. El equipo que terminó la experiencia se benefició más de este espacio, sobre todo la psicóloga que era el miembro más joven, con menos experiencia y con más dificultades para enfrentar la tarea.

Otro tema importante a mencionar es la relación mantenida con la institución contraparte, el Instituto de Defensa Legal (IDL). Esta entidad contribuye a la transición democrática de nuestro país y busca cumplir con las recomendaciones de la CVR. En Huancavelica ejecutó el proyecto “Seguimiento a las recomendaciones de la CVR en Huancavelica” que incluía cuatro componentes: identidad y memoria, participación ciudadana, fortalecimiento del Gobierno Regional e incidencia en el Gobierno Nacional. Intervino en veinte comunidades rurales de la región.

Con el IDL se suscribió un convenio de colaboración fundado en principios institucionales similares y con el objetivo de articular las actividades de ambos proyectos. En base a las zonas de intervención de la institución aliada escogimos las nuestras y se esbozó un plan de trabajo que incluía las mismas poblaciones objetivos, eventos comunes, fechas, etc. Esta colaboración lamentablemente no pudo integrarse por un buen tiempo de la manera en que se planeó por las dificultades mencionadas que tuvo el primer equipo. Posteriormente, con los cambios de personal, se logró ir restituyendo las coordinaciones de las actividades generales y el nivel de compañerismo con los trabajadores del IDL. En el último año del proyecto hubo una mayor integración: el CAPS participó varias veces del espacio radial del IDL, se organizaron eventos conjuntos en la ciudad y en las comunidades la institución contraparte favoreció el contacto con algunas autoridades.

### ***La sensibilización de la población en los temas de Salud Mental y reparaciones***

Las actividades de sensibilización que más impactaron en los pobladores (tanto en la comunidad como en la ciudad) fueron las animaciones socioculturales y las campañas de sensibilización como los pasacalles, las campañas de salud y las conmemoraciones a las víctimas de la violencia política. Estas contribuyeron a que las personas distinguieran a la Salud Mental, del estado de “locura” y generó además momentos de entretenimiento, colaboración y movilización de las percepciones. También fueron un medio para difundir los servicios que brindaba el CAPS en las zonas de intervención.

Las animaciones socioculturales fomentaron la interacción grupal valiéndose de lo lúdico, las expresiones culturales y los recursos plásticos, como medio para

tomar consciencia de algunas vivencias, sentimientos, preocupaciones y anhelos. Los pasacalles despertaron en los participantes una nueva mirada hacia la Salud Mental entendida como la posibilidad de bienestar emocional en los distintos aspectos de la vida. Las campañas de salud pretendieron mostrar a la población el beneficio de las atenciones psicológicas y psiquiátricas y llegar a las personas que usualmente no acceden a ellas. Finalmente, las conmemoraciones a las víctimas de la violencia política estuvieron compuestas por una serie de acciones como marchas por la paz, veladas, misas, ceremonias, entre otras. Eran actos simbólicos realizados por el CAPS y otras instituciones que tenían como objetivo demostrarle a esta población que la sociedad no era indiferente a sus vivencias.

### ***Las acciones de incidencia para la mejora de las condiciones de Salud Mental y las reparaciones***

Desde el inicio del proyecto, tanto el CAPS como el IDL detectaron que la Región Huancavelica tenía grandes vacíos en la formulación de políticas en Salud Mental y Derechos Humanos, a pesar de ser éstos aspectos prioritarios para darle continuidad a las recomendaciones de la CVR. Fue así que se tuvo la iniciativa de conformar un grupo impulsor para promover este tipo de iniciativas. Coincidentemente, las instituciones interesadas en la propuesta eran las aliadas del CAPS que habían compartido espacios de organización y debate en varias oportunidades: la oficina de Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, Caritas Diocesana y la Red Social Musuq Punchaw.

Con estas entidades se acordó, luego de varias reuniones de discusión, trabajar lineamientos específicos relacionados con un tema prioritario de Salud Mental e incidir después en el Gobierno Regional y el Gobierno Local. El tema seleccionado para hacer la incidencia fue el de la violencia familiar. La meta propuesta fue formulada de esta manera: “revertir la violencia familiar y especialmente la violencia contra la mujer en Huancavelica”. Las líneas de trabajo a las que se convino poner énfasis fueron: promoción y prevención, institucionalización de una Red de Atención de Violencia familiar, fortalecimiento de capacidades de operadores de justicia, terapia psicosocial para agresores y víctimas, generación de un sistema de información y documentación.

En cuanto a las estrategias puntuales de abordaje se formuló la necesidad de convocar a otros actores importantes como MIMDES, INABIF, Municipalidades, Poder Judicial, MINSA, MINEDU, Organizaciones privadas: ONGs, Organizaciones de base, Organizaciones Juveniles. Por otro lado, el trabajo en sí estaría enmarcado en el fortalecimiento o implementación del programa: “Provincias saludables libres de violencia familiar, sexual y maltrato infantil” y las actividades claves para implementar dicha estrategia serían: organizar campañas de sensibilización en todas las provincias sobre la problemática de la violencia familiar, promover

la formación del grupo impulsor de la red en cada provincia, promover que las municipalidades otorguen ordenanzas de reconocimiento a dichas redes, promover el fortalecimiento de capacidades de los miembros de las mismas a nivel provincial. A través de esta gestión, el CAPS contribuyó a poner en la agenda pública regional de manera más relevante, temas de Salud Mental y Derechos Humanos.

### **Reflexiones finales**

Consideramos que esta experiencia constituyó una propuesta diferente a pesar de los inconvenientes ya descritos. No dejó de sorprendernos gratamente la masiva concurrencia que hubo en los eventos de cierre del proyecto, tanto en la comunidad como en la ciudad, donde usualmente la participación es apática y tardía. En Anchonga estuvieron el Alcalde y Gobernador con sus varayocs, las autoridades comunales, las señoras de los clubes de madres, los jóvenes, nuestros promotores y población en general. La expresión colectiva era de gratitud y de solicitar nuestra permanencia: *“que siga el proyecto”, “sigan trabajando, así pues no somos olvidados” “queremos seguir aprendiendo”, “nos han enseñado mucho sobre la Salud Mental”*. Tales expresiones de afecto y gratitud nos dejan una valoración final de que el proyecto ha sembrado una semilla en la población que los hará repensar y resignificar sus vivencias hasta interiorizar una nueva mirada sobre la Salud Mental, la convivencia comunal, las relaciones humanas.

## **Interculturalidad en las Acciones de Salud Mental**

*Walter Venero Romero*

*Evelyn Cristina Vilchez Valenzuela*

### **Información del contexto**

En Anchonga, como en muchas poblaciones andinas, la lógica de desarrollo está centrada más en la mejora de su producción agropecuaria y en la implementación de nuevas formas de generación de ingresos, antes que preocuparse por la mejora de su salud o de su calidad de vida. En la comunidad, su vínculo con la naturaleza hace que su vida sea lo más sencilla y natural posible; tiene cierto éxito el lenguaje de lo “natural”, que es considerado incluso como una expresión de identidad. En este sentido la incorporación de lo foráneo será vista como un elemento invasor o simplemente no será utilizado.

### **La interculturalidad como enfoque de trabajo**

El Ministerio de Salud y las iniciativas privadas desarrolladas a través de las ONGs, implementan un conjunto de estrategias para mejorar la salud y calidad de vida de la población, además de promover cambios de comportamientos y actitudes.

La ejecución de estas acciones está centrada en promover el acceso a los servicios de salud de toda la población peruana. Sin embargo, aun persisten las brechas sanitarias, sobre todo en las poblaciones andinas y amazónicas, que obstaculiza el acceso de las mencionadas poblaciones a mejores y adecuados servicios de salud. Se hace sumamente necesario que en las intervenciones sanitarias se incluya el enfoque intercultural que, entre otros, incorpora las prácticas sanitarias de las poblaciones beneficiarias y promueven el diálogo horizontal y la participación de los actores locales.

En este marco, la implementación del Proyecto “Acciones de Prevención y Atención de la Salud Mental y los Derechos Humanos en el Marco del Programa Integral de Reparaciones” ha significado un reto, el de incorporar el enfoque de interculturalidad tanto en las atenciones clínicas como en las de promoción y prevención.

En la implementación del proyecto, compartimos el concepto de interculturalidad señalado por Juan Ansión: *“La interculturalidad podría entonces entenderse como la situación vivida por las personas que están en contacto permanente e intenso con ámbitos de influencia cultural muy distintos, situación que genera en su mundo interno un proceso complejo de acomodo, incorporación,*

*integración, etc., de las formas de pensar, de sentir, de actuar, que provienen de estos horizontes diversos“.*

En las intervenciones clínicas comunitarias realizadas a través de atenciones individuales y talleres terapéuticos, se han registrado prácticas sanitarias andinas con las cuales se ha interactuado. Entre las más importantes se encuentran el susto, la *pacha*, el *chacho*, las producidas por el aire, el *puquio* (ojo de agua), entre otros (ver prácticas sanitarias en las comunidades).

A nivel metodológico, tanto las atenciones clínicas como las acciones de prevención en Salud Mental con un enfoque intercultural, necesitaron tomar en consideración las siguientes dimensiones básicas:

### **La afirmación de la identidad**

El fortalecimiento de la identidad es un factor fundamental para crear relaciones de igualdad. En comunidades excluidas por razones geográficas, económicas, sociales o culturales, es importante que los pobladores se reconozcan a sí mismos como valiosos, es decir, que valoren lo propio, aquello que los hace sentirse parte de un grupo, con una cultura e historia particular, diferente a la de otros pueblos, pero considerando que las identidades no son perennes sino que se reproducen y se reconstruyen en la relación con los demás. Para ello fue necesario:

1. Identificar y reconocer los saberes previos de los participantes.
2. Valorar las soluciones propuestas por ellos y ellas a los problemas identificados a nivel personal y comunal.
3. Comunicarse respetuosamente con el otro, en una actitud de escucha.
4. Promover la expresión de sus ideas y dudas con confianza.
5. Fundamentar y argumentar nuestras ideas y propuestas.
6. Generar diferentes espacios de acogida y de afecto.

En un taller de capacitación a promotores de Salud Mental en Anchonga, para identificar los saberes previos se les pidió que expresaran mediante un dibujo lo que pensaban era la Salud Mental a nivel individual y familiar y estos fueron los resultados:

- *Salud Mental a nivel Individual*

**Persona con buena Salud Mental:** dibujaron a un político como persona alegre proponiendo un programa social. En la exposición resaltaron las cualidades de las personas positivas y propositivas, características de las personas con Salud Mental.

**Persona con deficiente Salud Mental:** Dibujaron a una persona “demente, harapiento, desaliñado, que sólo se cubre sus partes íntimas”.

- *Salud Mental a nivel familiar*

**Familia con Salud Mental:** Dibujaron una familia unida, compartiendo el desayuno en una mesa, todos expresan alegría, jolgorio.

**Familia sin Salud Mental:** Dibujaron a un padre borracho que está maltratando de manera física a los miembros de su familia.

### ***Equidad en las relaciones***

En las actividades grupales se han identificado inequidades, ya sea por las diferencias en el dominio del castellano o por manejo de información y subordinación a los otros, especialmente en las mujeres. Estos patrones no son siempre visibles, pero es importante abordarlos para fomentar la resolución de conflictos, la concertación y la construcción de visiones comunes. En las actividades desarrolladas por el proyecto se promovió el desarrollo de capacidades para:

1. Valorar la opinión de todos.
2. Reconocer puntos de vista en común.
3. Identificar y expresar las exclusiones.
4. Afirmar los derechos y obligaciones.

Para valorar las opiniones de todos, especialmente de las mujeres que son quechua-hablantes, las exposiciones se hicieron en quechua y sus intervenciones y opiniones se transcribieron en papelógrafos y fueron expuestas a la mirada de todos. Luego se analizaron las ideas más importantes y se discutieron las consideradas como negativas poniéndose a consideración de todos. Los temas más discutidos fueron los relacionados a los estilos de crianza de los hijos, el respeto de los derechos de los niños y adolescentes, la violencia familiar, entre otros.

### ***Promover la participación***

La participación es importante en el desarrollo de acciones de prevención y promoción, sobre todo con la finalidad de promover el empoderamiento de los participantes y la búsqueda conjunta de soluciones a sus problemas. En nuestra intervención se tuvo presente:

1. La toma de decisiones en base a la voluntad colectiva.
2. Actividades co-organizadas con las organizaciones de base.
3. La resolución de problemas con base en el establecimiento de compromisos personales y grupales.

Cuando se propuso trabajar con promotores de Salud Mental, con personas de la comunidad, se siguió un proceso al ritmo de la comunidad: primero explicando las razones que parten de la necesidad de abordar la Salud Mental con corresponsabilidad, ante el cual la comunidad tenía que discernir y aceptar o rechazar la propuesta; una vez que aceptaron la propuesta en una asamblea ellos eligieron a las personas que serían los promotores.

Del mismo modo se hizo el discernimiento de las acciones a realizar por lo promotores que sería relacionado a la Biblioteca-ludoteca, al cual ellos denominaron “La Casa del Saber de Anchonga”. Los talleres terapéuticos se co-organizaron con los Clubes de Madres “Luz Salgado” y “Santa Rosa” de la comunidad de Anchonga, quedando en el compromiso que ellas realizarían la convocatoria y la gestión del ambiente donde se realizaría el taller, además de preocuparse de la elaboración de los refrigerios. De nuestra parte cumplimos con el desarrollo del taller. Las fechas y el horario fueron fijadas por ellas de acuerdo a la disponibilidad de sus tiempos. Con esta coordinación se logró que además participaran los esposos y los hijos de las participantes. En vista que la convocatoria para los talleres terapéuticos fue masiva se decidió hacer talleres con los padres, con los niños y con los adolescentes por separado y en días y horarios distintos. Del mismo modo las actividades socioculturales y las campañas de sensibilización fueron co-organizadas con los promotores de la Salud Mental.

**PRÁCTICAS SANITARIAS EN LA COMUNIDAD DE ANCHONGA**  
 Provincia de Angaraes - Huancavelica

ENFERMEDAD	CAUSAS, SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
Susto	Se asustan con cualquier cosa, caídas, cuando ven un alma por la noche.	Medicina natural, con diferentes flores y hierbas (guinda, rosas, aliso, ruda, eucalipto, etc.) que se hace remojar, y se envuelve al enfermo en un manto. A través del pago al cerro realizado por los curanderos. Hacen retrato con la ropa del paciente y lo queman en la noche para que regrese el espíritu. Chupando la cabeza con agua de sal a la medianoche, le chupan a la altura del cerebro.
Chacho	Lo producen los puquiales denominados ojos de agua. Cuando entra al puquial y se asusta con cualquier cosa, le da el chacho. Los síntomas pueden ser dolor de cabeza, dolor de estómago, aparecen granos en la piel, hinchazones, dolor de diente, en los ojos, etc. Puede ser en cualquier parte del cuerpo.	Pagapu al puquio: con coca, pepa de coca, "llampu", etc. Según requiera el curandero.
Qapipa, puquio	Susto en puquio, laguna, en el cerro El cuerpo se hincha, "en algunos enflaquecen". En otros se tuercen partes del cuerpo".	Con pagapu al puquial: maíz molido mezclado con agua, llampu (roca suave), coca, cigarro, vino, uva, maní, pasas. En puquios casi similar y otros reciben toda clase de excrementos
Mal de aire, "Camaca" o costado (cólico)	Salió sudando al medio ambiente. Los síntomas son dolor de estómago.	Sahumerio con pelos y los cascos de las patas del caballo, cachos de las cabras, además de algunas hierbas. Además pueden usar incienso. El paciente tiene que oler el humo. También se realizan frotaciones con hierbas como el marco, con timolina.

ENFERMEDAD	CAUSAS, SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
Cólico	Han comido algo frío o les ha pasado el frío.	Cuando ocurre eso se le da marco, anís o caña con alcanfor.
“Iccuyay” (Niños muy desnutridos, con enfermedades y diarrea crónica.)	Falta de higiene, malos hábitos alimentarios, niños desnutridos y con lombrices en el estómago.	Las hierbas como hierbabuena, perejil, santa maría, se muelen y se hace tomar el jugo por las mañanas antes de los alimentos durante 15 días continuos.
Mala posición del bebé en el embarazo	Los niños están en mala posición en el vientre porque la madre tuvo alguna caída o hizo un esfuerzo mayor.	Le amarran con faja y lo sacuden para reacomodarlo.
Qaqyacha (labio leporino)	La madre gestante es expuesta a relámpagos y rayos, cuando se va a pastear al campo, por ejemplo. También lo atribuyen al uso de anticonceptivos.	No se puede curar sino a través de operaciones de los médicos. Se puede prevenir evitando que las mujeres vayan al campo en tiempo de relámpagos.
Dolor de oído “Rinri nanay”	Le da aire al oído, cuando se expone la cabeza caliente o sudando al aire.	Se envuelve el papel periódico tipo tubo o embudo, luego se coloca la punta delgada al oído con la cabeza inclinada; se incinera el periódico para producir humo que debe de ingresar al oído. Emplasto machacadas y calientes con hierbas como marco, maichi (remilla).
Wayra, viento al ojo	El ojo se expuso al viento y se vuelve color rojo.	Se recoge la remilla (maichi) por la mañana, se soasa en el fuego y se le pone como emplasto al ojo afectado. Otros le ponen emplasto de alcohol. Otros le fuman al ojo con cigarro, el humo lo soplan al ojo.
Misa huayra, puquio huayra	Persona que sale de improvisado del agua al estar bañándose, observar fetos o cadáveres humanos. Sus síntomas son granitos en la cara.	Se soban los granitos con ajos.

ENFERMEDAD	CAUSAS, SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
Ñati, sumikurun	Por sobre esfuerzo, volantines, es cuando el estómago se voltea.	Lo amarran con faja y sacuden al paciente con una manta hasta que se normalice
Dolor de muelas	Consumo excesivo de dulces.	Con resina de molle, limón, alcohol.
Recalco o sillky	Por sobre esfuerzo, dormir en mala posición.	Masajes en zona afectada con ortiga. Levantado por otra persona con los brazos cruzados hacia atrás.
Weqaw Nanay (riñones)	Dolor de riñones.	Infusiones de llantén, berbena, mancapaki.
Descensos	Le da a las mujeres.	Mate de corteza de Qenua, tullma y debe de tomar al día de 3 a 4 veces.
Gripe, resfrío	Por mojarse en la lluvia, andar con la ropa mojada	Se soba la muñe en las manos y se pone a las fosas nasales. Soasando hierbas como el molle, nogal se envuelve al paciente en mantas.
Nervios	Cuando los nervios se encogen y resaltan las venas	Con ortiga en pleno sol, cuando hay mucho sol. Con la coca, se debe chacchar y poner emplasto en la parte afectada. Masajes en la vena.
Recalco	Sale sangre de la nariz por hacer fuerza o coger peso que excede la capacidad de la persona. "La cabeza se vuelve dura como tronco".	Sobado de la cabeza con la mano hasta que la cabeza "consienta", es decir, mejore. El jugo de la ortiga se echa a la nariz.
Sobre parto	Cuando la mujer fue expuesta al aire después del parto.	Se le da yawarsocco y el choquetuyo, estas plantas se remojan, se hierven y se les da de tomar para que baje toda la sangre, luego el tratamiento se hace también con llantén para que se desinflame.

Fuente: entrevista a promotores de la Salud Mental (Orlando Vargas, Gerardo Choque, Eusebio Contreras), enero del 2008.

## **Comentarios finales**

Nuestra disyuntiva inicial, en el marco de la interculturalidad fue la siguiente ¿es posible incorporar nuevos conceptos como *Salud Mental* sin provocar confusiones, poca asimilación o rechazo por parte de las personas de comunidades andinas? Esta preocupación al final de nuestra intervención fue despejada en vista de que las personas participantes de los talleres incorporaron en su conocimiento y práctica la Salud Mental, reordenando o modificando sus conocimientos iniciales. Para ello no fue necesario buscar términos “más cercanos a ellos”. Precisamente la interculturalidad como una actitud de mirar el mundo desde diversos puntos de vista, implica una situación que provoca en el mundo interno de las personas un proceso de acomodación, incorporación e integración de las formas de pensar, sentir, actuar.

Las acciones de prevención y promoción de la Salud Mental necesitan tener en cuenta pautas para incorporar el enfoque de interculturalidad y para que no se quede en un enunciado teórico, desde nuestra intervención validamos las siguientes: la identidad, la equidad y la participación. Así mismo, consideramos que como prestadores de servicios de salud, queda también desarrollar un acomodación, incorporación e integración a las prácticas sanitarias de Salud Mental de las comunidades andinas.

## **Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Huancavelica**

Durante esta segunda fase del proyecto, las actividades de la región Huancavelica se focalizaron en el distrito de Anchonga, dado que en la actualización del diagnóstico participativo se identificaron en sus organizaciones sociales mejores condiciones para poder desarrollar los resultados y metas del proyecto. En esta etapa, la formación de promotores comunitarios de Salud Mental y el establecimiento del Núcleo de Salud Mental, constituyeron el foco alrededor del cual se concentraron los esfuerzos, sin que se dejaran otras actividades relacionadas con la atención directa a los beneficiarios como fueron las consejerías.

### **Resultado 1**

*Las capacidades de los profesionales de los equipos de Salud Mental en las regiones son fortalecidas para brindar una mayor cobertura y una mejor calidad de servicios a través de los programas psicosociales para la población.*

### **En relación a la conformación del equipo**

Como ya está descrito al inicio del capítulo, el equipo de Huancavelica fue el que tuvo mayores cambios en relación a los otros equipos locales. Fueron diversas las circunstancias que produjeron dificultades en las conformación y consolidación del equipo. Una de las dificultades fue la no compatibilidad de caracteres entre profesionales que hizo muy difícil el trabajo en equipo. Otra dificultad fue que una de las psicólogas del equipo al momento mismo del trabajo de campo no contaba con suficientes competencias para el trabajo comunitario en una zona de difícil acceso y carente de servicios básicos. Un tercer factor fue que el compromiso de tiempo que exigía el trabajo comunitario muchas veces no era compatible con las exigencias familiares de las profesionales.

El equipo que se consolidó en el segundo año fue interdisciplinario compuesto por un antropólogo y una psicóloga. El antropólogo que contaba con los recursos y experiencia en intervenciones comunitarias, se constituyó en líder del equipo.

El antropólogo expresó que la relación al interior del equipo local fue buena, hubo complementación en el desarrollo de actividades. Las dificultades se presentaron en relación a desacuerdos en realizar algunas actividades, en el cumplimiento de las metas, especialmente en las atenciones. Estas dificultades

se resolvieron en parte porque se coordinó y decidió la reducción de las metas de atenciones en la región y tanto la distribución de actividades entre los profesionales como la preparación de los talleres o reuniones mejoró. Fue particularmente sentido que la psicóloga del equipo de Huancavelica que estuvo desde la primera fase y que había logrado una buena inserción en la comunidad y de manera especial había desarrollado relaciones de confianza con varias mujeres de la comunidad, tuviera que dejar el proyecto a la mitad de la segunda fase por razones familiares. Se observó que la salida del equipo de la mencionada psicóloga y el gradual distanciamiento de la supervisora fueron factores que no se lograron compensar del todo a pesar de los esfuerzos del antropólogo, la nueva psicóloga y la interna de psicología que se sumó al equipo.

Respecto al rol de la psicóloga supervisora, podemos decir que durante el 2007 su participación en el proyecto se redujo gradualmente a partir del segundo semestre por razones laborales, situación que fue sentida especialmente por la psicóloga egresada, quien contó parcialmente con la necesaria supervisión a su trabajo especializado. La percepción del antropólogo acerca de la relación del equipo local con la supervisora, es que ésta fue fluida y que sólo en el último tramo es que se notó su ausencia. El acompañamiento fue importante para resolver dudas en cuanto a las actividades a desarrollar, sostenimiento emocional del equipo y desarrollo de actividades, etc.

### ***En relación al fortalecimiento de capacidades técnicas***

La evaluación en relación al fortalecimiento de capacidades técnicas se le realizó al antropólogo quien contó con todo el programa de capacitación y acompañamiento que estaba diseñado en el proyecto; esto no fue así para las dos psicólogas que participaron en el 2007 y que acompañaron la acción en los últimos siete meses. Se evaluaron los contenidos temáticos a través de una encuesta donde se incluyeron los temas tratados desde el inicio de su trabajo en Ayacucho, la que fue enviada por correo. No fue posible una entrevista a profundidad como estaba prevista, que permitiera recoger otros aspectos personales, pues el viaje tuvo limitaciones de tiempo y no se cumplieron con los horarios previstos para la aplicación de esta herramienta.

Respecto a los temas en los cuales el antropólogo consideró que se incrementaron sus conocimientos fueron principalmente los relacionados a los talleres de capacitación del NUSAME; se puede mencionar: la importancia del juego, metodología del trabajo con niños, derechos humanos, biblioteca – ludoteca, entre otros. La preparación de los talleres ameritó ampliar los conocimientos sobre los contenidos de los talleres.

Lo que se puede observar de la evaluación del antropólogo es su incorporación de conceptos relacionados a Salud Mental y técnicas que pudiera aplicar un profesional que realiza acciones de promoción y prevención. Las capacidades de este profesional se desplegaron especialmente en el trabajo comunitario, el

vínculo que pudo establecer con la comunidad, el lograr un reconocimiento de los comuneros y haber logrado convocar a diferentes actores sociales a nivel provincial para constituir el Grupo Impulsor de Lineamientos de Políticas de Salud Mental Regional conformado por DEMUS, EDUCA, CARITAS y el Instituto de Defensa Legal (IDL) incorporándose posteriormente la ONG Tierra de Niños, con quienes se realizaron actividades conjuntas.

Si bien encontramos un fortalecimiento de capacidades en el tema de Salud Mental, puesto que se trata de un profesional con experiencia en el trabajo comunitario, vemos que relacionándola con el resultado 2, no se alcanzó lo esperado en esta comunidad, no se previnieron acciones de sostenibilidad de manera más consistente con instancias que permanecerían en la comunidad. Este punto lo retomaremos en el resultado 2.

La evaluación del equipo de trabajo de parte del antropólogo entrevistado para estos efectos, fue que tuvo un desempeño aceptable. Considera que *“El fortalecimiento de equipos, se da cuando se potencian las capacidades de cada miembro de tal modo que se articulan y complementan para el logro de metas y fines del proyecto. No significa que todos tengan las mismas capacidades, sino que estén dispuestos a concertar estilos y modos de trabajo, aceptar al otro. Promover espacios de diálogo, sostenimiento emocional y comunicación.”* En el caso del equipo considera que se han fortalecido por *“las visitas permanentes de los supervisores, la comunicación fluida a través del teléfono, los correos, chat, de manera periódica, los espacios de conversación (equipo local y supervisor), la empatía entre los miembros del equipo local..., la neutralidad del supervisor ante los miembros del equipo local, la horizontalidad en el trato, tanto al interior del equipo como con los demás miembros del equipo”*.

El antropólogo evaluó las dificultades de las actividades y de su propio desempeño de la siguiente manera: *“Se sintió el trabajo dividido en dos ámbitos: Huancavelica y Anchonga; por lo que no participábamos en los espacios de concertación de manera continua, nuestra participación era limitada; este hecho me hizo sentir frustración, del mismo modo el hecho de que las personas no respondían como habíamos previsto sobre todo en el trabajo con el Núcleo. Eso afectaba mi desempeño...”*.

Cabe destacar que una vez concluido el proyecto, el antropólogo logró ubicarse laboralmente en otro programa en la región Huancavelica, inferimos que contribuyó su experiencia en el trabajo comunitario en la región y al fortalecimiento de su capacidad profesional en los temas de Salud Mental y Derechos Humanos.

### **Con relación a la percepción de los beneficiarios**

De las entrevistas a los beneficiarios tanto de las consejerías como de los talleres terapéuticos, éstas recuerdan especialmente a una de las psicólogas que continuó hasta el segundo trimestre del 2007. Expresan haber tenido cambios

en sus familias, en la relación con su pareja y la crianza de sus hijos; una señora de 34 años que tiene una pequeña tienda y vende menús relata: *“nunca me perdía los talleres, también conversaba sola con la señorita, los talleres eran en la noche, nos íbamos con mi esposo, antes él no me acompañaba, pero con la señorita hemos comprendido que no nos deben maltratar, ahora él (refiriéndose a su esposo) me ayuda, mire señorita, ahorita está recogiendo agua, antes yo lo hacía sola”*.

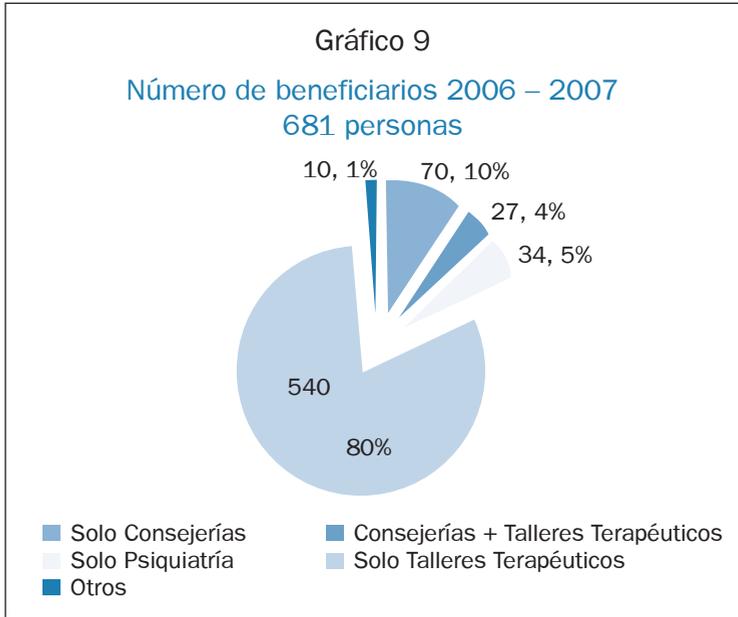
Sobre los cambios que han percibido de su asistencia a los talleres encontramos que lo relevante está en relación a la conciencia de sus derechos, teniendo en cuenta que en el diagnóstico situacional participativo se detectaron problemas de violencia de género: *“nosotras no conocíamos de nuestros derechos, los hombres estaban muy machistas decían que las mujeres debían estar solo en la casa con los niños y los animales, no participar en las asambleas y no decir nada, entonces con los talleres hemos aprendido, ahora participamos más”* Es importante resaltar que las beneficiarias reconocen también la presencia de otras ONGs que las han capacitado: *“Antes no conocíamos nada de (otra ONG), pero con ellas los hombres también han ido y han cambiado, algunos no tanto, no quieren tener mentalidad”* Preguntando acerca de temas de Salud Mental brindados en los talleres, señalaron: *“nuestra forma de pensar ha cambiado, ya sabemos cómo somos, y cómo éramos antes, hablamos que nuestra Salud Mental debemos cuidar, que es estar mejor con tu familia, cómo tenemos que hacer para ser mejor familia”*.

Respecto a la psicoterapia, durante el año 2007 no se desarrollaron procesos con esta metodología, por no contar con psicólogas de mayor experiencia y con el dominio de la técnica. Por ello no se han utilizado las fichas de recuperación, que están consideradas para atenciones en psicoterapia.

Respecto a las consejerías, estas fueron complementarias a los talleres terapéuticos que se priorizaron en esta etapa. Las competencias del equipo para el trabajo comunitario, hizo que se priorizara el trabajo grupal frente al individual, al cual la población respondió positivamente.

En relación al trabajo del equipo para la formación del Núcleo de Salud Mental, las actividades del mismo se han realizado durante el desarrollo del proyecto. De las entrevistas con niños y niñas, se identificó que los profesionales del equipo son recordados y reconocidos por los talleres, juegos, actividades socioculturales y campañas. Durante la visita de la evaluadora, se observó que la psicóloga conocía el nombre de los niños y sus padres y hermanos, así como su vivienda. En todo momento se le acercaban con afecto y familiaridad, solicitándole la apertura del NUSAME, por haberse constituido en un espacio reconocido y necesario en la comunidad.

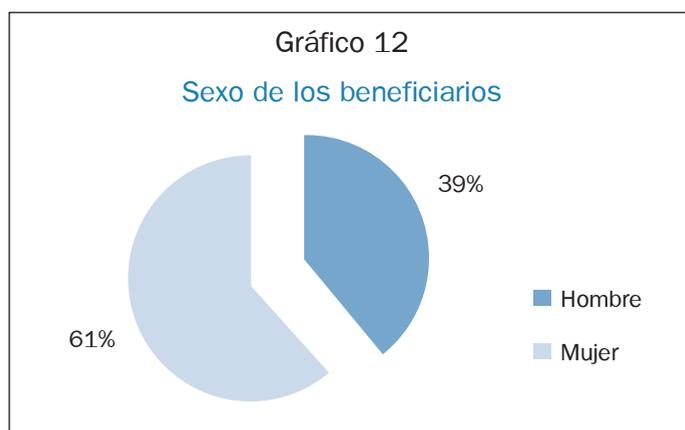
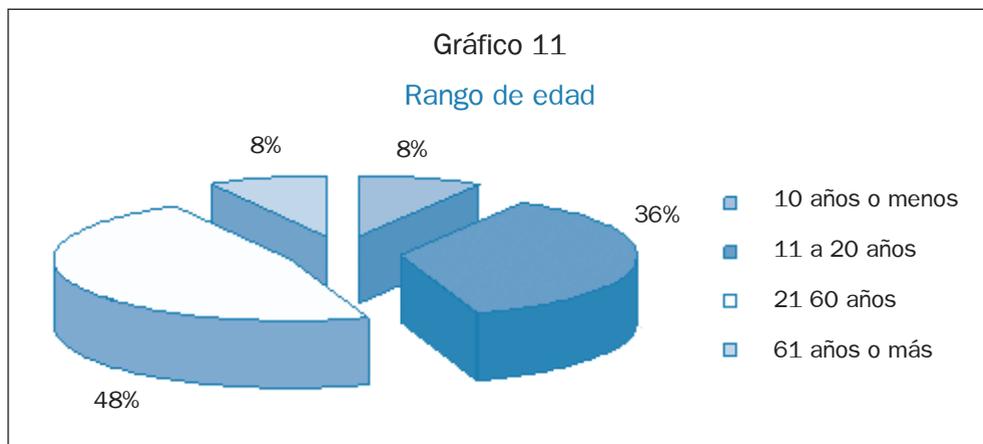
A continuación se muestran gráficos del tipo de atención ofrecidas en Huancavelica.



Otros: Psicoterapia + Talleres Terapéuticos, Consejerías + Psiquiatría + Talleres Terapéuticos y Psiquiatría + Talleres Terapéuticos.

En el cuadro anterior vemos que las personas se acercaron con mayor facilidad a los talleres terapéuticos, comprobándose la manera en que se usan los espacios terapéuticos, observados en otras comunidades: la atención individual se restringió a sesiones de consejería con objetivos y tiempo muy limitados.





## Resultado 2

*Cinco núcleos comunitarios de Salud Mental, sostenidos por agentes comunitarios capacitados articulados a las redes y recursos locales, desarrollan acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.*

## Formación del NUSAME

La formación del Núcleo de Salud Mental en Anchonga se propuso en la Asamblea comunitaria (primer trimestre 2007), la que aprobó esta propuesta y nombró a 8 promotores, quienes tendrían la responsabilidad de sostener el NUSAME y participar en el proceso de capacitación planteado por el proyecto.

Al grupo de promotores comunitarios, de género masculino, se aunaron otros promotores voluntarios. Se realizaron los talleres de capacitación, a los que inicialmente acudieron los 8 promotores, disminuyendo la asistencia a los siguientes, al final del proceso de capacitación y planificación acudió el 50% del grupo inicial. Desde el inicio el equipo local con el apoyo de la supervisora, rediseñaron la estrategia, ya que se tuvo que empezar a sensibilizar a los promotores sobre los temas de Salud Mental y el trabajo con los niños y niñas, que no debería ser una continuidad del espacio escolar. Para ello fueron reforzados con la participación de un terapeuta del CAPS con larga experiencia en trabajo con niños. Para los promotores, la educación de los niños representaba la posibilidad de desarrollo, por ello el nombre del NUSAME: “La Casa del Saber”, se constituía un nombre simbólico de sus motivaciones.

El acondicionamiento del local y los talleres que se realizaron durante la presencia del equipo local en la comunidad se desarrollaron dentro de lo previsto.

### **Funcionamiento del NUSAME**

La propuesta del proyecto de generar un núcleo de promotores de salud mental que fuera un referente en el tema en la población de Anchonga y que pudieran brindar un servicio continuo a su comunidad a través del espacio de biblioteca-ludoteca “La Casita del Saber” no fue lograda. A nivel de actividades del proyecto, la capacitación a los promotores fue cumplida, sin embargo no se ha podido constatar de manera más sólida la real incorporación de los contenidos. Ello se trasluce con el siguiente comentario de uno de los promotores que cumplió con asistir a los talleres: *“no hemos abierto porque no tenemos tiempo en estos meses hay muchas actividades muchas fiestas y tenemos que hacer, también es mejor que los niños no vayan por ahora pues así le toman mas importancia a los juegos, los ven novedosos, hemos visto que jugar fútbol es igual que estuvieran en la cancha y que no es necesario abrir la Casa del Saber sólo para que jueguen”*. Solicitó que para este trabajo necesitarían un DVD para ponerles películas a los niños así podrían aprender otras cosas, pues ellos no saben jugar. *“Al ponerles una buena película los niños van a imitar, así como también lo hacen con los cantantes que vienen, ellos quieren ser cantantes, cantan igualito”*.

Un factor gravitante que surgió en el segundo semestre del último año fue la demanda de recibir incentivos por el trabajo voluntario del NUSAME que desde un principio fue claramente estipulado. Se observó la frustración del equipo del proyecto que a pesar de los esfuerzos y medidas adicionales (reuniones, dinámicas, talleres adicionales) para elaborar los obstáculos planteados por los promotores y consolidar los logros, no obtuvo resultados. Años de olvido, resentimiento y no

reconocimiento a diferentes niveles (familiar, comunal, educativo, del Estado) a las necesidades emocionales de los pobladores de Anchonga contribuyeron a que la propuesta del proyecto no enraizara en ellos. Por los reportes de los talleres, sabemos que ha habido algunos cambios en las actitudes en los promotores, aunque nos queda claro que cambiar de manera sustantiva las asperezas internas de estos hombres hubiera requerido procesos más profundos y prolongados.

En la entrevista con la psicóloga local durante el viaje de evaluación, manifestó que los promotores habían expresado su negativa de continuar con la atención del NUSAME, pues solicitaban una compensación económica por esta labor, la cual no está considerada en la propuesta al tratarse de una actividad voluntaria, que se basa en el compromiso con la comunidad. Ante la pregunta si pudo haberse elegido otros promotores, como las señoras del Club de Madres, manifestó que ellas habían expresado que tenían muchas actividades comunitarias y no habían aceptado, esto se corroboró con las entrevistas a miembros de la directiva que expresaron: *“nosotras tenemos que atender a nuestra familia, nuestro negocio, también tenemos cabritas que son del Club de Madres que tenemos que llevar a pastorear; no nos da tiempo, por eso una dirigente solo puede estar un año, más no puede...”*.

Se entrevistó a dos promotores de La Casa del Saber, en los que se reiteró la demanda de los incentivos condicionando su participación. En la ceremonia de presentación de resultados y cierre del proyecto, se pudo observar que los promotores asistieron, tomando la palabra el Juez de Paz quien reiteró su compromiso con La Casa del Saber. En esta ceremonia se hicieron presentes el Gobernador, el Alcalde y el representante de la DIRESA Huancavelica, quien manifestó su compromiso de continuar con el trabajo de Salud Mental en la población. Sin embargo, los compromisos verbales que asumieron tanto el representante de la DIRESA Huancavelica, como el gobernador en la ceremonia de presentación de resultados, no se han formalizado.

### **Sostenibilidad de Proyecto**

En la comunidad de Anchonga, el NUSAME La Casa del Saber es un espacio valorado y solicitado por los niños y las madres, esto constituye el resultado del trabajo del equipo local, quien ha podido sensibilizar a la población acerca de la Salud Mental, utilizando estos mismos términos, los que han sido entendidos y reconocidos por la población como un derecho. Las madres entrevistadas solicitaron que sus niños fueran atendidos, pues a partir de los talleres, notaban que sus hijos podían estar más tranquilos y aprendiendo otras cosas buenas que les pueden ser útiles para su desarrollo.

La sostenibilidad del proyecto está basada en la sensibilización sobre la salud mental que la población ha interiorizado al reconocer cambios en ellos

mismos y sus familias y al tener mayor conciencia de la necesidad de contar con programas de Salud Mental y de asimilar estilos de vida saludable.

Hasta el momento de la evaluación, vemos que no se ha consolidado el espacio comunitario de Salud Mental. Se requiere que otras instancias del Estado como el Centro de Salud y el Gobierno Local, retomem esta propuesta y evalúen si los promotores podrán continuar con este compromiso, si no cuentan con un incentivo económico. De manera potencial, la propuesta de contar con un grupo de promotores que sostenga procesos de Salud Mental podría ser retomada y fortalecida con nuevos esfuerzos. La ONG “Niños en acción” con quien se tuvo un vínculo de colaboración está interesada en continuar con el trabajo de bibliotecas-ludotecas, asimilándola a su propia propuesta institucional. Sin embargo, un factor a considerar es la “resistencia pasiva” de los promotores elegidos por la comunidad. Nuestra lectura es que la demanda por incentivos para ejercer su rol de promoción es una manifestación de que la propuesta del proyecto no fue lo suficientemente incorporada y asumida en sus compromisos personales y grupales.

# ALIDAD DISTRICTAL DE CA



## 2.4. Región Huánuco



## **Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Huánuco**

*Juana Luisa Lloret*

La región de Huánuco ocupa el segundo lugar después de Huancavelica en el rango nacional de niveles de pobreza, extrema pobreza y bajos índices de desarrollo humano.

En dicha región, en el año 2006, se decidió desarrollar el proyecto con dos equipos de psicólogos: el primero, perteneciente a la ONG Comisión de Derechos Humanos del Alto Huallaga (CODHAH), intervino en las zonas de Tingo María, Aucayacu y con un grupo de afectados de la ciudad de Huanuco; el segundo, perteneciente a la ONG local Asociación Jurídica Pro Dignidad Humana (AJUPRODH), trabajó en dos comunidades rurales: Santa María del Valle y Acomayo.

### **Contexto de los grupos y comunidades participantes**

La provincia de Leoncio Prado, donde se ubica Aucayacu se encontraba en el año 2006, bajo el estado de emergencia por el rebrote de la violencia narco-subversiva. En esta fecha de inicio del proyecto se habían cometido una serie de asesinatos a policías y pobladores que reactivaron temores del pasado. Parte del desafío del equipo local fue trabajar el tema de Salud Mental en medio del clima de tensión que se vivía en la zona. Se intervino allí con la Asociación de Familias y Viudas por la Violencia Política del Alto Huallaga (AFIVIPA).

En el diagnóstico participativo inicial se detectó que en AFIVIPA las preocupaciones de sus miembros estaban más centradas en la falta de recursos económicos, el sustento familiar y la salud física; se trataba de mujeres de edad mediana y avanzada con problemas de hipertensión, diabetes, entre otros. La falta de acceso a servicios médicos agudizaba el malestar subjetivo que se traducía básicamente en síntomas depresivos y ansiosos.

En la ciudad de Huánuco se trabajó con la Organización de Huérfanos de la Violencia Política (HUVIPO). Eran jóvenes a los que les costaba poder organizarse y se encontró una gran preocupación por el tema educativo. En su mayoría no tienen acceso a los estudios superiores por falta de recursos y de capacitación previa. Reportaron muchos problemas de concentración y memoria, así como dolencias de salud física.

Los jóvenes manifestaban un nivel de hostilidad y resentimiento muy marcados, manifestaban abiertos deseos de venganza hacia los perpetradores y habían dado muestras de conductas violentas con los hermanos menores. Varios

de ellos habían sido víctimas de la violencia familiar y el ciclo de repetición de la misma era más patente en esta organización. Como necesidad de atención plantearon trabajar el tema del perdón.

Muchos de estos jóvenes habían comenzado a formar parejas y a salir de los hogares para huir de los conflictos familiares. Existe un alto riesgo de embarazos tempranos que se hizo necesario atender. Sin embargo, a pesar de la demanda y la expresión de necesidades de atención, se apreciaba una cierta apatía ante las convocatorias para las actividades del proyecto.

Acomayo es sede del Gobierno Municipal y Capital del Distrito de Chinchao, pero a su vez tiene status de comunidad campesina. Los pobladores se dedican por lo general a la agricultura y complementariamente a la ganadería. Al ser un punto cercano y de entrada a la selva, hay presencia del narcotráfico.

Encontramos diferentes organizaciones de base como Juntas Vecinales, Comité de Regantes, Comité de Vaso de Leche, Comedor Infantil y una organización de afectados por la violencia política. A partir de 1983 – 1984 comenzaron las incursiones de Sendero Luminoso en la comunidad, dejando a la población en estado de zozobra y desconfianza por lo que la Salud Mental de estos afectados se encuentra deteriorada, no habiendo sido tratados previamente por un programa de Salud Mental sostenido. Hasta la fecha, persisten una serie de secuelas psicosociales a nivel individual, familiar y comunal.

La localidad de Santa María del Valle también sufrió la presencia sostenida de Sendero Luminoso. Los subversivos presionaban a los pobladores para que colaboren con información y para que asistan a las reuniones de adoctrinamiento. Esto incluía a niños, jóvenes, adultos. La comunidad fue víctima de crímenes, asaltos y saqueos (Diagnóstico Participativo: CAPS, 2006; CVR 2003). Las necesidades actuales de Salud Mental y física son evidentes pero éstas no son temas prioritarios para las instituciones.

En ambas comunidades se apreciaba un alto índice de conflictos al interior de los hogares: las relaciones afectivas, interpersonales y familiares se encontraban resquebrajadas y reportaban un elevado grado de violencia en las parejas y hacia los hijos. Existía mucho temor a que se repitan las experiencias traumáticas de todo lo vivido o a que resurjan los hechos violentos. La desconfianza hacia el entorno se expresaba en los prejuicios ante las personas nuevas y en el silenciamiento de lo que les ocurrió en el período de violencia por temor a la estigmatización y a las amenazas. El sentimiento de desamparo había generado resentimiento, impotencia y la percepción de encontrarse desprotegidos. Existía apatía y poca esperanza en el futuro y se sentían incapaces de organizar y realizar proyectos de vida. Se apreciaba además, una alta recurrencia de sintomatología depresiva y psicosomática y había un gran número de duelos inconclusos en los familiares de desaparecidos.

Las estructuras organizativas comunales estaban debilitadas, la ausencia de instituciones del Estado y las crisis de liderazgo eran notorias. El debilitamiento del aparato productivo – económico ha incidido en la situación de pobreza extrema y la tasa de analfabetismo era alta en ambas localidades.

Las particularidades que diferenciaban a cada población eran en general, las siguientes: en Santa María del Valle las personas se mostraban más huidizas y retraídas y se había perdido buena parte de las costumbres tradicionales. Como fortaleza se apreciaba que, a pesar de los conflictos internos, la organización de afectados se estaba cohesionando y ya formaban parte de COFADES – HUÁNUCO. En esta zona se había comprendido mejor la importancia de la Salud Mental y había disposición para participar en las actividades del proyecto. Existían además grupos de apoyo y solidaridad, y las autoridades estaban dispuestas a colaborar con la intervención.

En Acomayo se mantenían algunas fiestas y costumbres tradicionales como factores resilientes y eran más expresivos tanto verbal como gestualmente. Sin embargo, la organización de afectados tenía poco tiempo de constituido y su nivel operativo era más débil. Había disposición para trabajar en las actividades del proyecto, pero no siempre respondían a las convocatorias y eran más impuntuales. El compromiso de las autoridades también era menor en un inicio.

A nivel individual y familiar, el conflicto armado dejó severas secuelas emocionales y sociales en todos los grupos mencionados. En los talleres iniciales la gran parte de los asistentes reportaron afectos depresivos, trastornos del sueño, malestares físicos, temor generalizado, violencia familiar - tanto física como psicológica- ejercida contra las mujeres y los niños, desunión familiar, pobreza, dificultades para articularse como grupos. A su vez, demandaban por lo general que el proyecto les garantizara atención psicológica, el trabajo y reflexión en pos del perdón, la generación de espacios de diálogo en las familias, la capacitación en temas de gestión de proyectos y organización estratégica.

## ***Generando espacios de reconocimiento y cambio.***

### ***La psicoterapia***

Con esta modalidad de atención se benefició a un buen número de personas. A diferencia de otras zonas, en Huánuco existía una gran demanda del servicio y disposición a participar de él. La mayoría de los pacientes sufría de padecimientos depresivos ocasionados por hechos que habían interrumpido sus vidas de una manera violenta. Algunos desarrollaron cuadros de estrés post-traumático de aguda intensidad, por lo que fue necesario atenderlos con servicios de psiquiatría. Las atenciones se brindaban, tanto en la ciudad de Huánuco como en las localidades ya mencionadas.

El gran desafío del equipo de Salud Mental de Huánuco era poder articular sus conocimientos previos sobre temas clínicos con los de la supervisora, para poder así ayudar y sostener mejor a las personas que participaban de los procesos terapéuticos. Para ello se realizaron reuniones frecuentes de discusión sobre los casos más severos y sobre aspectos generales de la teoría y de la técnica psicoanalítica así como de otras maneras de intervenir. De manera general, las profesionales orientaron su trabajo psicoterapéutico a partir del enfoque cognitivo-conductual; en varias ocasiones fue necesario incorporar una mirada más dinámica que incluía la exploración de la dinámica inconsciente y el juego de las identificaciones infantiles.

A lo largo de todo el proyecto se presentaron casos de gran complejidad que demandaron un esfuerzo de comprensión y de adaptación metodológica significativos por parte de los profesionales. Casos de personas que habían sufrido eventos dolorosos en la infancia y que luego, en la adultez, habían tenido que lidiar con el trauma por la desaparición de varios hijos, esposo o hermanos. Casos de mujeres torturadas, violadas sexualmente, con hijos productos de la misma. Casos de sintomatología severa con ideación suicida o con intentos efectivos en el pasado. Ante ello, los psicólogos no escatimaron esfuerzos en realizar visitas domiciliarias, en coordinar con otras instituciones cuando era necesario derivar y en destinar buena parte de su tiempo a la lectura y discusión grupal de estrategias de abordaje.

### ***La consejería psicológica***

Para la consejería psicológica se utilizó una metodología más estructurada y siempre enfocada a los motivos de consulta. Esta modalidad se empleó con aquellas personas que no podían asistir de manera continua a un proceso de largo aliento o que vivían en zonas muy alejadas que eran visitadas sólo una vez al mes. No pocas veces se presentaron casos complejos ante los cuales los espacios de consejería resultaban insuficientes y a los que se les recomendó continuar procesos más prolongados de psicoterapia. De manera general, las personas atendidas reportaron sentirse mejor, sentir mucha confianza en el equipo y haber experimentado notables mejoras emocionales.

Una especificidad que adquirió la consejería en esta zona, fue su empleo para acompañar a algunos pacientes en los procesos de exhumaciones de los restos de sus familiares desaparecidos. Las psicólogas coordinaron en todo momento con las instituciones judiciales encargadas de las pericias y sostuvieron reuniones de soporte emocional con los pacientes antes, durante y después del proceso de exhumación.

En ellas les iban explicando los pormenores legales de los casos, qué personas estarían presentes, qué expectativas iban a poder ser cubiertas y

cuáles no. A su vez, iban realizando dinámicas de soporte emocional individuales y grupales y atendiendo las especificidades de cada caso. Así, en una ocasión, uno de los familiares manifestó su deseo de no desenterrar los restos de los suyos pues él ya sabía que estaban ahí y los visitaba desde hacía tiempo. Las profesionales comunicaron la importancia de respetar su decisión y se le brindó después una sesión de apoyo terapéutico. Este tipo de intervención permitió que los procesos de exhumación se realizaran de manera menos traumática; que los familiares pudieran verbalizar sus emociones desde un inicio y que se sintieran respetados en sus tiempos y decisiones.

### **Los talleres terapéuticos**

Con estos espacios grupales se abordaron temas que habían sido señalados como prioritarios por la población en los momentos iniciales del diagnóstico, tales como: el duelo, la autoestima y las relaciones interpersonales, el fortalecimiento de las organizaciones, la reconciliación, el perdón, etc.

En relación a esta actividad se apreció una evolución muy significativa de los equipos locales pues, en un inicio, la formación de los profesionales imponía pautas de trabajo grupal muy estructuradas y con poca flexibilidad para emplear consignas abiertas que fomentasen la expresión de angustias y problemas. Con el transcurso del tiempo y ayudados por los espacios de supervisión, se pudieron incorporar métodos más dinámicos y vivenciales con un alto nivel de creatividad.

Sus propuestas tuvieron una acogida favorable, las personas se retiraban aliviadas pues habían compartido situaciones o preocupaciones que nunca habían socializado, ayudando de esa manera a la mejora de su estado emocional.

### **Psiquiatría**

La atención psiquiátrica se ofreció inicialmente a los casos que recibían atención psicológica por parte de los equipos locales. Los diagnósticos más frecuentes encontrados entre las personas atendidas fueron: episodios depresivos recurrentes con síntomas de ansiedad, cuadros de distimia, depresiones en remisión, trastornos de adaptación y de ansiedad, cuadros de alcoholismo crónico, cuadros psicóticos y de trastornos limítrofes de personalidad.

Resalta el hecho de que estos pacientes, a pesar de haber sido vistos por otros psiquiatras, no habían tomado la medicación de manera sostenida pues no habían sido suficientemente informados sobre la importancia de la misma. Más que una atención continua con ellos se buscó sensibilizarlos en los viajes de atención psiquiátrica sobre la relevancia de la medicación para que no descontinuaran el tratamiento que podían recibir de su centro de atención local.

### ***El trabajo comunitario: apuntalando el tejido social***

Los equipos a cargo del desarrollo del proyecto eran conocidos en la zona puesto que trabajaban en organismos de Derechos Humanos y habían apoyado las actividades de la Comisión de Verdad y Reconciliación. Por lo tanto, conocían la problemática de las zonas y eran parte activa de la Red de Salud Mental y Derechos Humanos y de otras redes locales.

Por estas razones no les fue difícil insertarse en las comunidades, establecer vínculos de confianza con la población y convocar una alta participación de la misma. La inserción en las poblaciones rurales comenzó con la presentación formal de los profesionales ante las autoridades y líderes locales, lo que facilitó las coordinaciones futuras y los primeros nexos comunitarios que se necesitaban para garantizar la aplicación del proyecto.

El trabajo en la localidad de Aucayacu presentó algunas dificultades por ser un lugar aún convulsionado por la violencia política y social (las huelgas de los cocaleros, por ejemplo). Además, en las épocas de lluvias no era fácil el acceso puesto que había que sortear varias dificultades como las caídas de huaycos y las irregularidades del terreno. Sin embargo, se realizó una labor satisfactoria con los afectados y también con la Red de Concertación para la Paz y el Desarrollo de Aucayacu, conformada por promotoras de Salud Mental previamente formadas por el MIMDES y a las que se les capacitó en temas de participación ciudadana, Salud Mental, herramientas metodológicas para el trabajo psicológico, metodologías para la intervención clínica-comunitaria, etc.

En el caso de Acomayo, comunidad en la que se realizó la intervención de Salud Mental comunitaria propiamente dicha en el año 2007, las profesionales de CODHAH, establecieron contactos iniciales con las autoridades, organizaciones de base e instituciones estatales, específicamente la DEMUNA. Recibieron una grata acogida por parte de todos los actores mencionados y en poco tiempo, el equipo participaba de las reuniones del Equipo Técnico Local de Municipios Saludables que organiza la Municipalidad de Acomayo. La presencia en dicho espacio ayudó a consolidar el trabajo en redes y desde ahí se organizaron varios eventos culturales y de sensibilización de gran impacto. Esta articulación permitió establecer una serie de relaciones con otras organizaciones e instituciones de la localidad y fue, además, el eje que sentó las bases de la sostenibilidad de la propuesta comunitaria.

### ***El Núcleo de Salud Mental Comunitaria***

El Núcleo de Salud Mental en la región de Huánuco se instaló en la comunidad de Acomayo pues fue en esta localidad donde las intervenciones tuvieron finalmente mayor acogida e impacto. Allí, al igual que en el resto de las regiones,

existía una preocupación de los adultos y/o padres con respecto a la formación y progreso de los niños. La comunidad era percibida como estática y carente de progreso por sus propios pobladores y se creía que los niños y jóvenes tenían que estar fortalecidos para que en el futuro pudieran jugar un rol protagónico en el desarrollo comunal. Por otro lado, se apreció que los menores no contaban con espacios educativos y lúdicos adecuados para su proceso de socialización; más aún, en sus hogares muchos de ellos eran víctimas de violencia y maltrato psicológico, lo cual difícilmente contribuiría a lograr el ansiado desarrollo comunal al que aspiraban los padres.

El Núcleo de Salud Mental buscó abordar estos problemas a través de la creación de una Biblioteca-Ludoteca con el fin de que los “chicos” y “chicas” de la comunidad contaran con un espacio adecuado para el aprendizaje y para su desarrollo emocional. El proceso de selección de los promotores que conducirían este espacio se inició con la convocatoria y entrevistas a líderes comunales y personas comprometidas que gozaran de aceptación en la comunidad y con facilidad para el trabajo con menores. Después de varias entrevistas, quedó un grupo de 20 promotores que, como peculiaridad fundamental, tenía la alta presencia de docentes y de personas con buen nivel académico.

El espacio de trabajo fue un local asignado por la Municipalidad donde había funcionado una sub-sede descentralizada de la Universidad Nacional de Huánuco. El local tenía cuatro espacios desocupados construidos con material noble y en buen estado, y después las autoridades implementaron los servicios higiénicos.

Se inició, después, el proceso de capacitación que incluyó temas de Derechos Humanos, Salud Mental, la Comisión de la Verdad y Reconciliación, liderazgo, instrumentos de gestión, manejo de la agresión infantil, trastornos emocionales, desarrollo infantil, la importancia del juego, problemas de aprendizaje, el rol de la familia como formadora del psiquismo. Paralelamente se realizaron talleres de planificación y organización interna en los que se tomaron acuerdos generales sobre el trabajo futuro, se definieron las reglas de convivencia, se conformó la Junta Directiva del Grupo de Promotores, se realizó un Plan Operativo de Actividades y, en algunas reuniones, se realizaron dinámicas grupales de sostenimiento emocional.

A mediados del año 2007, la Biblioteca-Ludoteca comenzó a funcionar y desde los primeros momentos contó con una concurrida y entusiasta asistencia de los niños de la zona. Sin embargo, en los momentos previos a su apertura hubo que sortear un obstáculo: algunos promotores, los de formación docente, habían decidido usar el espacio para desarrollar un proyecto piloto destinado a fortalecer el aprendizaje de los niños con problemas escolares. Esta propuesta, que podía devenir en estigmatizante y excluyente, no prosperó básicamente porque los niños acudieron masivamente al local sin hacer caso de la convocatoria restringida a los casos de fracaso escolar, y porque las psicólogas lograron transmitir el espíritu

de la propuesta de trabajo: generar un espacio libre de expresión lúdica en el que los niños desarrollaran sus habilidades sociales y emocionales.

El trabajo del Núcleo de Salud Mental fue fluido y constante; los promotores, inicialmente ansiosos ante la enorme concurrencia infantil, fueron interiorizando pautas y metodologías de juego, aprendiendo a lidiar con los casos difíciles y consolidando sus capacidades de promoción. Las sesiones de juego inicialmente eran facilitadas por las profesionales y los promotores, en los primeros momentos observadores, fueron asumiendo el liderazgo de las mismas progresivamente.

Las actividades con los niños incluyeron, de manera general: apoyo en los deberes escolares, lectura comentada de cuentos, juego libre con materiales o juguetes o juegos al aire libre (partidos de fútbol o voley). A veces se trabajaban ejes temáticos más concretos como los valores, la convivencia de los géneros, la importancia de prevenir el abuso sexual, mediante cuentos comentados, teatros de títeres y actividades lúdicas que buscaban la colaboración, el intercambio, la solidaridad u otros objetivos relacionados con el tema central.

A su vez, la propuesta fue introduciéndose en los espacios de gobierno comunal pues las psicólogas participaban periódicamente de las reuniones del Equipo Técnico Local de la Municipalidad de Acomayo. Desde ahí se coordinaron actividades importantes relacionadas con la vida cultural y costumbrista de la comunidad y se fue sensibilizando a las autoridades sobre la importancia de sostener el trabajo de los promotores. A finales de año, el Alcalde se comprometió a apoyar dicha labor incluso con un aporte económico para los agentes comunales. Los padres o adultos de la comunidad han dado muestras de estar de acuerdo con el Núcleo de Salud Mental y tienen expectativas de que el mismo contribuirá al desarrollo no sólo de los niños sino también de las familias.

### ***Fortalecimiento de capacidades de los profesionales de Salud Mental***

El equipo de trabajo de CODHAH siempre mantuvo un alto nivel de eficiencia y compromiso a la largo de todo el proyecto. Lamentablemente, con la otra institución local (AJUPRODH), el CAPS rescindió el convenio de trabajo en el tercer trimestre del año 2006. Esta institución había estado atravesando una seria crisis institucional y ante esto, el equipo de Salud Mental comenzó a disminuir su rendimiento y compromiso. Pese a que durante un tiempo a estos profesionales se les brindaron facilidades y apoyo, no se apreció una respuesta consistente.

Así, el equipo de CODHAH asumió la responsabilidad de liderar las dos propuestas en la zona (trabajo en Huánuco, Aucayacu y en comunidades), ocasionándose por un lapso de tiempo vivencias de estrés al interior del equipo, dado el nuevo nivel de exigencia que se presentó. Ante esto se le dio énfasis a los espacios de sostenimiento emocional vía dinámicas grupales que ayudaron

mucho a contener las ansiedades y a elaborar los conflictos grupales que pudieran surgir. Las profesionales hicieron un buen uso de este apoyo a nivel grupal, individual e institucional.

Las capacitaciones a los equipos se ofrecieron de manera continua en los viajes de la supervisora aunque también los profesionales, básicamente las de CODHAH, implementaron espacios semanales de lectura de manera autónoma. Fue necesario, en un inicio, afianzar algunos conceptos y nociones técnicas para abordar el trabajo clínico individual y grupal; se transmitieron y discutieron entonces algunos conceptos claves como el de trauma, inconsciente, pulsión, transferencia y contratransferencia a fin de que los casos pudieran ser entendidos y abordados con mayor profundidad.

El proceso de auto-capacitación de las profesionales e internas de psicología incluyó temas como: el estrés post-traumático; la cura de la fobia según la Programación Neurolingüística; terapia centrada en la Hipnoterapia Ericksoniana para trabajar con víctimas de abuso sexual; apoyo y perdón en la violencia intrafamiliar y Terapia Familiar Estratégica.

Estos conocimientos ayudaron a mejorar la atención a los afectados y a incrementar el bienestar en el equipo, puesto que se sentían muy satisfechas con lo que habían aprendido. En las supervisiones clínicas se utilizaban los casos para afianzar los conocimientos y para aclarar los conceptos psicodinámicos.

La relación mantenida con la institución contraparte fue algo distante, CODHAH como institución estuvo alejada del desenvolvimiento cotidiano del proyecto. Los directivos estuvieron abocados a otros aspectos de derechos humanos y no contaban con recursos para hacer un seguimiento al equipo de Salud Mental, al que en todo caso, le tenían depositada su absoluta confianza.

### ***Sensibilización de la población en los temas de Salud Mental y reparaciones***

Una manera de visualizar la importancia de la Salud Mental en las zonas atendidas fue a través de la realización de campañas de sensibilización y de una sostenida presencia en medios, en especial en la radio. A través de esta última se habló en repetidas ocasiones sobre el rol del psicólogo, sobre temas relacionados con la violencia política y los Derechos Humanos, la crianza de los niños, hábitos de estudio, problemática del adolescente, prevención del abuso sexual, información acerca del rol que cumplían las instituciones pertenecientes a la Red de Salud Mental y Derechos Humanos de Huánuco.

En estos dos años, en fechas claves como el Día de Psicólogo, de la Salud Mental, de los Derechos Humanos y del aniversario de la entrega del Informe de la CVR se realizaron actividades de impacto masivo en la ciudad de Huánuco y

en Acomayo en coordinación con otras instituciones locales que conforman la Red de Salud Mental, además de invitarse a instituciones públicas y privadas como colegios, DIRESA, Mesa de Concertación, Foro Salud, agrupaciones de afectados.

Muchas de estas actividades tuvieron la forma de campañas de sensibilización e incluyeron desfiles, perifoneos, pasacalles, presentaciones teatrales, campañas de atención gratuitas, conferencias de prensa. Por lo general, los eventos centrales estaban precedidos por ciclos de charlas en colegios e institutos en las que se abordaban los temas centrales de la conmemoración. Cabe destacar que todos ellos se realizaron siempre en coordinación con instituciones importantes de la localidad, básicamente con la Red de Salud Mental y Derechos Humanos que también se fortaleció considerablemente a lo largo de este período.

### ***Acciones de incidencia para la mejora de las condiciones de Salud Mental y las reparaciones***

Como ya se mencionó, a nivel regional el equipo CODHAH trabajó estrechamente con la Red de Salud Mental y Derechos Humanos, además de hacerlo con el Colectivo Impulsor de las Recomendaciones de la CVR, con las ONGs Paz y Esperanza, CARITAS, IREPAZ, JATARISHUN, lo que facilitó un trabajo sostenido de incidencia y sensibilización.

Este trabajo articulado, además de la labor de otras instituciones regionales, ha permitido que en la región de Huánuco se obtengan logros importantes en materia normativa y en la implementación de acciones de reparación simbólica para los afectados por la violencia política. Algunos de estos logros normativos son: la aprobación de los lineamientos de intervención y de conformación de la Comisión Multisectorial Consultiva y de Monitoreo del tratamiento de las secuelas de violencia política; la aprobación de la ordenanza que institucionaliza el 28 de Agosto como el “Día de la Verdad, Justicia y Reconciliación”; la ordenanza que aprueba el Plan Integral de Reparaciones y crea el Consejo Regional de Reparaciones; la que incluye los contenidos, conclusiones y recomendaciones del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación en la Educación Regional para prevenir la Violencia y el Terror, y la que define los objetivos y representatividad del Consejo Regional de Reparaciones.

En varios distritos y municipios se han formalizado actos simbólicos de reconocimiento y homenaje a las víctimas del conflicto armado interno (izamientos de bandera, romerías, ofrendas florales, marchas por la paz, ceremonias conmemorativas de la entrega del informe final de la CVR) y se ha declarado la necesidad de interés público de brindar atención prioritaria a los afectados por la violencia política. En el distrito de Acomayo, el Gobierno ha entregado un

presupuesto de 10.000 nuevos soles destinados a la generación de propuestas de reparación colectiva para las víctimas de la violencia política.

### ***Reflexiones finales***

La experiencia en Huánuco ha sido, para todos los implicados, difícil de cerrar. Sabemos que el tiempo para estos procesos tan complejos es siempre escaso y, a pesar de los logros, nos queda la preocupación por los jóvenes y los niños que aún ven a sus padres, y/o familiares, sumamente afectados, y estando así, expuestos a los riesgos de la transmisión transgeneracional. No obstante, confiamos en que no sólo gracias a nuestros esfuerzos, sino también, a sus probados recursos resilientes, podrán encontrar formas de enfrentar las dificultades.

Este intenso trabajo no hubiera sido posible sin la actitud y compromiso asumidos por el equipo local, que ha estado en todo momento a la altura de lo exigido: desde la planificación y ejecución de las actividades, la inserción en las redes comunales, la labor administrativa –que no ha sido poca– hasta la capacidad para asumir retos mayores a los programados, algunos en zonas convulsas. Quisiera trasmitirle mi agradecimiento a cada una de las psicólogas que siempre tuvieron una sonrisa y una salida inteligente y profesional ante las dificultades.

## **La Biblioteca-Ludoteca en Acomayo: Un espacio diferente en el corazón de los niños**

*Sandy Martel*

*Patricia Condezo*

En el año 2006 nuestra labor en el marco del proyecto se concentró en cuatro áreas geográficas: dos comunidades campesinas de Aucayacu, en el distrito de Juan Crespo y Castillo, en Acomayo en el distrito de Chinchao y en la misma ciudad de Huánuco. En el año 2007, la segunda parte de la intervención buscaba la formación e impulso de un grupo de promotores que brindara servicios de Salud Mental en una localidad bien demarcada. Ante esto nos hicimos varias interrogantes: ¿Qué zona priorizar? ¿Qué temática de Salud Mental abordaría el equipo de agentes? ¿Qué impacto tendría esto en la comunidad seleccionada?

El lugar que se eligió para la formación del grupo de promotores fue San Pedro de Acomayo, en Chinchao, Huánuco que está ubicado a 45 minutos de la ciudad, considerada por el Censo por la Paz como altamente afectada por la violencia política. Tiene una población aproximada de 26,046 habitantes, su principal actividad económica es la agricultura.

En el año 2006, ya se había intervenido en esta zona con actividades dirigidas a los integrantes de la organización de afectados por la violencia política, a través de talleres terapéuticos grupales y atenciones individualizadas, siendo un antecedente favorable para nuestra futura intervención comunitaria.

Una primera impresión del equipo fue la necesidad de que los niños y niñas contaran con un espacio saludable dada la presencia de secuelas transgeneracionales en esta población. Dicha percepción fue corroborada en el taller de diagnóstico participativo realizado en marzo del 2007 con presencia de líderes y autoridades de la zona quienes manifestaron que los principales problemas son la violencia familiar y el maltrato infantil.

Esta fase de diagnóstico fue importante porque permitió conocer cómo percibían sus propios líderes la problemática de la zona, y cómo ellos priorizaban el trabajo con los niños, pensando así en implementar un ambiente de Biblioteca-Ludoteca. Este espacio tenía que ser diferente a la escuela, debía permitir el desarrollo comunitario, ser un espacio de socialización que impulse el desarrollo de competencias y habilidades en los niños a través del juego, los deportes, las artes, la relación con la naturaleza y el entorno cultural, así como un lugar en donde realizar sus tareas guiados por los promotores.

Al iniciar este reto pensamos que era necesario elaborar un perfil del promotor siendo uno de los requisitos que tengan cierto grado de instrucción, incluso en

un inicio, se pensó en una evaluación psicológica clínica rigurosa. Empezamos a indagar quiénes eran los líderes de la zona, o personas que se identificaban con su comunidad, contando con una relación de 40 a quienes se les entrevistó personalmente a través de visitas domiciliarias, explicándoles los objetivos del trabajo; muchos de ellos manifestaron no disponer de tiempo mientras que 25 de ellos aceptaron, firmando un compromiso.

El siguiente paso fue definir en qué lugar funcionaría la Biblioteca-Ludoteca. En esta etapa el involucramiento inicial y activo de la DEMUNA de Acomayo y el compromiso del Alcalde para con los niños permitió que la Municipalidad cediera un local propicio para implementarla. La participación activa de los padres de familia, de los niños y de los promotores permitió que la ambientación ocurra en un menor tiempo.

Otra de las actividades realizadas fueron los talleres de planificación, siendo un espacio para organizar el trabajo y funcionamiento del NUSAME, estableciendo los días de atención (lunes, martes, jueves y viernes) con la participación de 4 promotores por día, por espacio de dos horas. Así mismo, se formó la Junta Directiva del NUSAME quienes establecieron sus funciones.

### **Formación y proceso de los promotores en el NUSAME**

En la primera reunión muchos de los promotores se reencontraron y otros recién se conocieron. Se observó desde la primera reunión la formación de subgrupos internos. Las características heterogéneas de los promotores tales como su ocupación (docentes, autoridades de la comunidad, amas de casa, dirigentes de organizaciones), edades que fluctuaban entre los 25 a 45 años, y sexo, siendo en su mayoría mujeres, conllevó a la formación de estos subgrupos.

En el proceso se dio el “auto-filtro grupal”, algunos de ellos tomaron conciencia de su dificultad para interrelacionarse con los niños, mostrando posturas rígidas, poca apertura al juego, así como sus propios temores. En otros casos las posibilidades de trabajo que se presentaron en el camino hicieron que algunos de ellos dejaran de asistir a los talleres de capacitación, así como a las atenciones durante los días de la semana.

Los talleres de capacitación fueron espacios importantes para el NUSAME, los temas priorizados fueron 16, despertando mucho interés en los promotores, como señaló una de las promotoras: *“Me ayudó a saber cómo educar mejor a mis hijos y a cómo ayudar a los niños en la Biblioteca- Ludoteca, en su comportamiento... enseñarles a través del juego, cuando llegaron los niños habían problemas de agresividad y egoísmo, agarraban los juguetes y no querían compartirlos, pero al pasar el tiempo aprendieron a compartir entre ellos, uno jugaba un rato y después le prestaba al otro”* (E. N. ).

Dentro del proceso se observó el afán de imponerse de un grupo de docentes sobre los demás promotores, logrando que algunas veces los otros se sintieran excluidos, situación que fue mejorando sesión a sesión. En estos talleres lograron redescubrir sus habilidades y carismas para el trabajo con los niños; el temor de salir de sus esquemas de comportamiento como adulto los asustaba, pero al escuchar la parte teórica los estimulaba a liberarse de ciertos prejuicios de adultos, como por ejemplo: *“qué dirán los demás si salto sogas, si canto, si me pinto el rostro para hacer de mimos, y si me equivoco, qué vergüenza”*. Las técnicas de biodanza, así como los sociodramas, las dinámicas infantiles permitieron que los promotores puedan sentirse libres de jugar con los niños. *“Logré muchos objetivos, aprendí a mejorar mi autoestima, superar mis miedos de trabajar con los niños, traté de superarlo y sobresalí”* (M. M. promotor de la Biblioteca-Ludoteca).

Las reuniones de acompañamiento, fueron espacios de soporte emocional que les permitió expresar sus malestares, sus logros, sus dificultades, tanto con los niños como con el grupo.

### **Los niños y niñas en los espacios de la Biblioteca-Ludoteca**

Los días previos a la apertura de la Biblioteca-Ludoteca había mucha expectativa de los niños por saber y conocer el espacio que se había preparado para ellos, preguntaban cuándo abríamos, el horario y quiénes podrían asistir. Los rostros nuevos, entusiastas y con curiosidad por el descubrimiento de los niños y niñas, en la inauguración y en los primeros días de atención en la Biblioteca Ludoteca, fue una señal de que ésta sería un espacio importante en la vida de ellos. Llegaron a asistir alrededor de 100 niños y niñas.

En las primeras semanas los promotores se sintieron “abrumados”, “nerviosos”, frente a tantos niños. Debemos de reconocer que la fortaleza en esta primera etapa fue la experiencia de los promotores docentes, lo que generó cierta confianza en aquellos que por primera vez interactuaban con un número grande de niños.

Los espacios de atención se organizaron de la siguiente manera: en la primera hora (3.00 pm a 4.00 pm) se ingresaba al ambiente de la Biblioteca donde los niños realizaban sus tareas y actividades de dibujo, pintura, lectura, títeres, actividades manuales, etc. Y en la segunda hora (4.00 pm a 5.00 pm) al espacio designado para la Ludoteca, donde encontraban los juguetes, sogas, pelotas, ligas, etc. También se usaba el patio para juegos grupales e individuales. Los niños mostraron mucho interés desde el inicio en la Biblioteca-Ludoteca y muchas veces llegaban hasta treinta minutos antes de la hora de apertura.

El cambio observado en muchos de los niños fue sorprendente, al inicio habían muchos niños tímidos, con pocas habilidades sociales, pero al interactuar

y participar de las actividades con los otros fueron ganando confianza en si mismos y en el grupo; asimismo se desarrollaron hábitos de higiene: la norma de lavarse las manos y el rostro antes de ingresar permitieron la interiorización de nuevos patrones de conducta. El desarrollo de su creatividad, imaginación permitieron espacios de integración y soporte emocional en el grupo.

Presentamos a continuación la versión de algunos niños que asistieron a la Biblioteca-Ludoteca: *“La Biblioteca-Ludoteca ha sido muy bonito, hemos aprendido muchas cosas”* (Kevin, 11 años). *“Lo que más nos gusta es jugar y leer los libros de cuentos y nos llevamos bien con los demás ahora”* (Javier 10 años). *“Me gusta pintar y dibujar”* (Luchito, 6 años). *“A mi me gusta pintar, jugar y ayudar a bajar y levantar las sillas”* (Abel, 6 años). *“Es bonito porque aprendemos a cantar, a jugar, nos divertimos mucho, también compartimos las sogas, las pelotas”* (Milagros 11 años).

La Biblioteca-Ludoteca se convirtió en un espacio para la re-construcción de identidad personal y cultural, en los cuales el encuentro y valoración de las diferencias individuales de los niños y niñas, la toma de conciencia de ellos sobre la importancia del respeto, la solidaridad, obediencia, responsabilidad pueden contribuir a la posibilidad de una convivencia pacífica en la zona.

### **El trabajo con la comunidad en general**

Más allá del trabajo focalizado con los promotores, se diseñó una estrategia de fortalecimiento de la Salud Mental comunitaria dirigida a la población en general que tenía, entre otros, el objetivo de fortalecer la labor de los agentes comunitarios. Esta labor se llevó a cabo mediante actividades integradoras sin dejar de lado los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad, tomados en cuenta durante todo el proceso.

El equipo profesional interactuó continuamente con los afectados por violencia política, autoridades, trabajadores del Estado, alumnos(as), promotores(as), comunitarios(as) y la población comprometida compartiendo un mismo aprendizaje: el de reconocer las secuelas psicosociales y asumir el compromiso de revertirlas trabajando por la reestructuración del tejido social.

De esta experiencia quedan en el recuerdo muchos momentos, sobre todo aquellos en los que se logró gran impacto en el trabajo comunitario. Dentro de ellos están las actividades socioculturales, realizadas para promover la participación y la dinamización social y que permitieron mejorar los vínculos interpersonales.

Así, el concurso de platos típicos contó con la participación de muchas mujeres representantes de los diversos caseríos del distrito, quienes, enorgullecidas por su arte culinario autóctono, compartieron sus secretos alimenticios con la población, guardando como experiencia el reconocimiento público y el compromiso por la promoción de sus costumbres.

Otra de las actividades socioculturales fue la Gymkhana interbarrios. En ella participaron los barrios Dos de Enero, Barrios Altos, San Pedro, Inca Pata, Huallaga y Vaticano. Esta fue la primera actividad sociocultural en la cual todos los barrios de Acomayo participaron en forma organizada, representados por sus juntas vecinales, significando un considerable avance para una comunidad que por muchos años permaneció desvinculada. Cabe resaltar que las juntas vecinales fueron recientemente formadas gracias a la iniciativa del personal de salud y del Municipio, obedeciendo a un proceso concertado, democrático y participativo. La participación de las juntas vecinales tuvo una connotación especial, sobre todo considerando que precisamente este tipo de organizaciones sociales fueron utilizadas por Sendero Luminoso (si no existían, las creaban, a través de estrategias organizadas) para insertarse violentamente en la población (Diagnóstico Participativo, 2006).

En esta oportunidad se estaban formando juntas vecinales, pero con fines totalmente distintos, buscando promover la participación, mejorar la cobertura en salud y educación, incluyendo a todos y todas en los programas sociales del Estado “Juntos” y “Crecer” que se vienen ejecutando en la zona.

Durante la Gymkhana se manejaron implícitamente los criterios de inclusión, género y Derechos Humanos. En consecuencia, por cada barrio participaron niños desde los 6 años, adolescentes, jóvenes y adultos de ambos sexos. En la comunidad existen pocos, sino nulos, espacios donde niños y adultos interactúen en el juego o la sociabilización, lo que nos grafica el desconocimiento que existe de la importancia del bienestar emocional. Otro de los temas tocados en esta actividad fue la problemática de la violencia familiar y el abuso sexual. Para ello se contó con la participación de un elenco teatral colaborador de eventos socioculturales, conformado por alumnos de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”, quienes vestidos de *clowns*, transmitieron diversos mensajes de prevención y cambio.

Aparte de las animaciones, se emplearon otras estrategias de promoción y prevención tales como las Campañas de Sensibilización, los spots radiales con mensajes sobre temas de Salud Mental y la presencia continua en diversos medios de comunicación de la región.

Entre estas, la actividad de mayor impacto fue la campaña “Abrazos Gratis”, realizada como parte de la celebración del Día de la Salud Mental. El lema fundamental de la campaña era “*La Salud Mental Empieza con el Primer Abrazo*”, y la misma consistió en la promoción de abrazos gratis entre todos los transeúntes, propiciado por los miembros del equipo de trabajo. Para complementar se llevó a cabo un desfile de mascotas y pancartas organizado por los promotores de Salud Mental y en el que participaron los niños y niñas que asistían a la Biblioteca Ludoteca.

Durante la experiencia previa al evento, se podía observar el entusiasmo de los menores al pintar sus rostros, otros se preocupaban de vestir a sus mascotas y un tercer grupo daba los últimos toques a las pancartas que habían trabajado a lo largo de la semana. En el evento, mimos y *clowns* con sus pitos y narices rojas inauguraron el desfile ofreciendo abrazos gratis a la población y acompañados por la banda de músicos de la Institución Educativa “Nuestra Señora de Lourdes”. A continuación, ovejas, perros, gatos, cuyes, pollos, gallinas y loros, fueron lucidos por niños y niñas del pueblo durante el desfile de mascotas. Aquí resaltamos la revaloración de la autonomía y autoestima de los concursantes infantiles que con su inocencia y sus ocurrencias nos brindaban un espacio de regocijo al dirigir a sus mascotas, compartiendo un espacio diferente de socialización y provocando emociones entre la concurrencia, que les otorgaba el reforzamiento social con sus aplausos y reconocimiento. Como señala una de las promotoras *“fue muy bonito, la gente se preguntaba el por qué de los abrazos gratis. En muchos de ellos quedó grabado que la Salud Mental implicaba demostrar afecto por los demás, yo creo que de eso no se olvidarán”*. (F.P. promotora).

Finalmente, en el mes de diciembre, se realizó el Foro: “Experiencias de Trabajo en Red”, como parte de la campaña del “Buen Trato”, contando con la participación de representantes de la zona. En este foro, los participantes conocieron y valoraron las experiencias e incidencias del trabajo de voluntariado en coordinación con las distintas instituciones comprometidas.

Sabemos que estas actividades y las que se realizarán a través de otras instituciones no son suficientes, pero también estamos seguras que nuestro aporte fue significativo al demostrar a la población que trabajando juntos en redes podemos lograr, entre otros, el objetivo común de promover la Salud Mental en la comunidad.

## **Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Huánuco**

### **Resultado 1**

*Las capacidades de los profesionales de los equipos de Salud Mental en las regiones son fortalecidas para brindar una mayor cobertura y una mejor calidad de servicios a través de los programas psicosociales para la población.*

En un inicio el proyecto en Huánuco fue ejecutado por dos equipos de salud mental que pertenecían a sus respectivas instituciones contrapartes: Asociación Jurídica Pro Dignidad Humana (AJUPRODH) y Comisión de Derechos Humanos del Alto Huallaga (CODHAH). Luego de problemas institucionales ajenos al proyecto, pero que repercutieron en la alianza de trabajo con AJUPRODH, se optó por trabajar solamente con CODHAH quienes estaban en la capacidad de asumir la totalidad de las metas previstas en Huánuco. Así, el equipo de CODHAH realizó tareas en la ciudad de Huánuco, Acomayo, Santa María del Valle y Aucayacu.

El equipo, conformado por dos psicólogas, fue reforzado con la participación de 3 practicantes que hacían labores muy importantes bajo supervisión de las psicólogas y fueron ocupando un lugar relevante en el equipo conforme iban introduciéndose. Para la segunda fase, además de las 3 practicantes que pasaron a ser colaboradoras del proyecto denominándolas “promotoras”, contaron con la colaboración de una nueva practicante, la cual estuvo apoyando en actividades puntuales durante algunos meses.

En relación al trabajo clínico realizado por el equipo hemos registrado lo siguiente:

- *Atención individual*

Los beneficiarios manifestaron percibir cambios en su estado de ánimo, sentirse mejor en su vida cotidiana. Los dolores de cabeza han disminuido, han logrado superar sus tristezas, hay una percepción de una mayor autoestima lo que ha sido uno de los pilares en su tratamiento; reportan haber logrado establecer vínculos de confianza lo cual les ha permitido expresar aquello que les causaba angustia. Sus relaciones familiares y sociales se han visto mejoradas, han logrado establecer una adecuada comunicación dentro de su familia, lo que les produce una gran satisfacción y se han fortalecido los vínculos con los grupos de personas con los que interactúa. Han logrado iniciar actividades que le generan satisfacciones personales y grupales lo cual los motiva a seguir superándose.

Al revisar las fichas de recuperación brindadas por las psicólogas, ponen énfasis en que la recuperación más notoria se ha dado a nivel de una mejor integración familiar y social y establecimiento de proyectos de vida. Esto podría deberse a que, si bien la sintomatología con la que ingresó buen número de pacientes disminuyó durante el proceso y surgieron otras nuevas, que quizás para los beneficiarios son manejables o no muy significativas.

*“Me ha ayudado mucho con mi familia, tenía problemas con mi marido y mis hijos, ahora puedo comunicarme mejor con ellos y siento que me apoyan en todo lo que quiero hacer”. (Persona atendida por psicóloga en Huánuco).*

*“Señorita ya no paro llorando como antes, ahora pienso y me doy fuerzas para seguir adelante, trato de hacer cosas que me hacen sentir mejor, eso me enseñó Patty”.*

Si bien una de las premisas de la institución fue llevar a cabo un tratamiento integral de los pacientes con problemas de salud mental, una limitación fue no contar con los servicios de psiquiatría de manera continua entre los recursos locales y del Estado. Las zonas en donde se atendían, normalmente, alejadas de la ciudad, la dificultad para encontrar movilidad, entre otras, complicaban la continuidad de las atenciones. Esta dificultad fue compensada logrando que la Psiquiatra de CAPS hiciera visitas en la zona, pudiendo atender por una y hasta dos veces a los pacientes que más lo necesitaban. Si bien dichas atenciones -por lo espaciadas y no continuas en el tiempo- no pueden relacionarse directamente con los cambios que reportan los pacientes, se pudo observar que muchos de ellos se sentían muy aliviados de haber recibido atención de este tipo en algún momento. En ese sentido recomendamos que cuando se trate de brindar atenciones psiquiátricas a zonas rurales alejadas, se debería considerar las variables de continuidad y logística para que la población tenga acceso al servicio. Asimismo, se recomienda que la atención psiquiátrica de las personas que así lo requieran tenga el sustento farmacológico necesitado y que los mecanismos de información y derivación al MINSA se formalicen, dándole de esta manera sostenibilidad al tratamiento psiquiátrico, a través de los programas de salud del Estado.

- *Talleres terapéuticos*

En Huánuco se atendieron a 2 organizaciones de afectados: HUVIPO conformado por jóvenes y AFIVIPA compuesto principalmente por viudas ambos víctimas de violencia política.

Con la organización de huérfanos por la violencia política (HUVIPO) se pudo apreciar mayores niveles de bienestar emocional pues han logrado compartir sus vivencias, han fortalecido su identidad y autoestima, y mejorado sus relaciones tanto familiares como con sus pares, están motivados a salir adelante incluso iniciando carreras profesionales. Es importante señalar que muchos llevan un tratamiento individual de manera paralela, lo cual ha significado alcanzar una mayor recuperación de manera individual.

*“Acá nos hemos dado cuenta que no eres la única, porque compartimos nuestros casos trágicos y no estás sola y también te inspira porque hay muchos que han sobresalido, ya muchos tienen una carrera y eso te motiva”.*

*“Te levanta la autoestima, aprendes a valorarte y valorar a los demás”.*

AFIVIPA, organización compuesta en su mayoría por mujeres mayores, viudas, las cuales presentan problemas más profundos, manifestaron disminución de sus dolencias físicas, alivio de síntomas depresivos, y el compartir sus vivencias les está permitiendo fortalecerse como personas y sentirse más unidos con el grupo. Señalan que los trabajos manuales que les han enseñado a elaborar les han permitido sentirse útiles y esto eleva su autoestima. La interrupción de la actividad por los acontecimientos sociales y políticos en el área de intervención no ha permitido alcanzar logros aún más significativos en esta organización como la elaboración de las secuelas dejadas por la violencia vivida, tal como estaba planteado en los objetivos de la intervención.

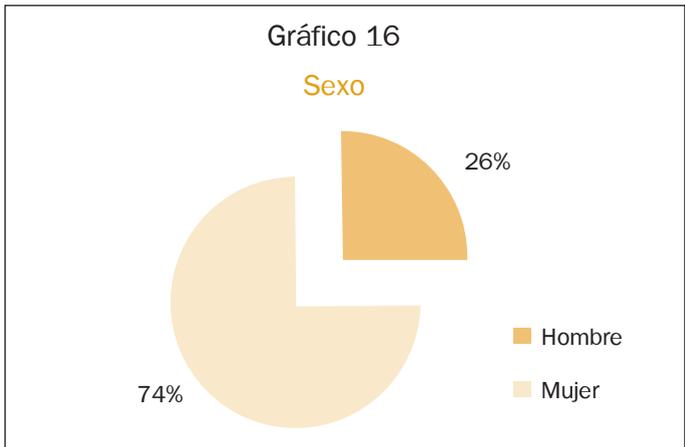
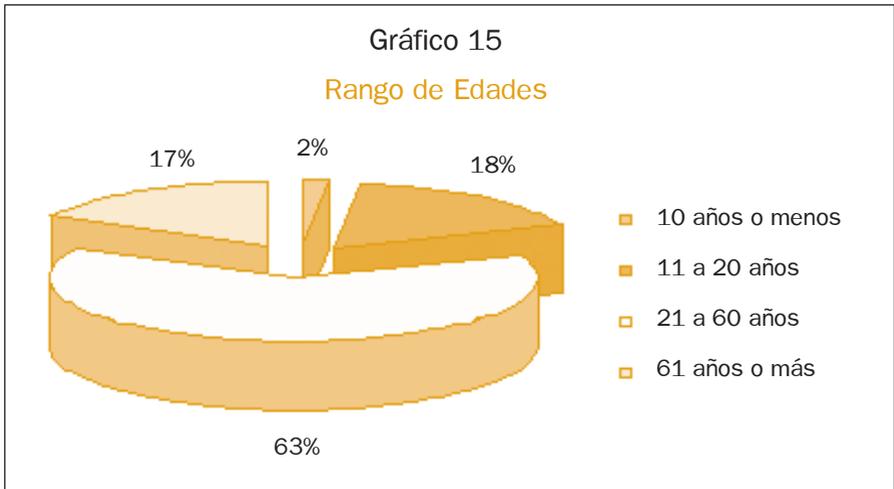
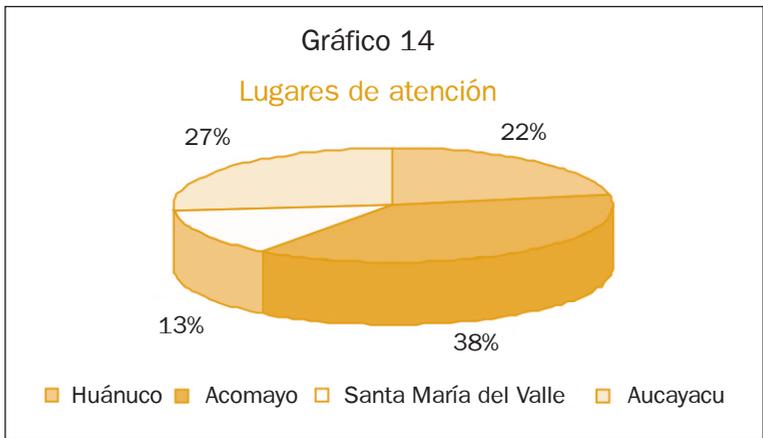
*“Antes más enfermos parábamos, me dolía mucho la cabeza ahora ya no... ahora tengo problemas con mi hijo pero ya no me duele la cabeza y puedo hablar mejor con él”.*

*“Jean Paul (adolescente huérfano de padres) ha cambiado bastante, estaba medio perdido ahora ya no, ahora ayuda mucho a su abuelita”.*

A continuación se muestran gráficos de las atenciones clínicas en Huánuco.



Otros: Solo Psicoterapia, Psicoterapia + Psiquiatría, Consejería + Psiquiatría, Consejería + Psiquiatría + Talleres Terapéuticos y Talleres Terapéuticos + Psiquiatría



Ahora bien, el equipo de Huánuco siempre se destacó por ser muy organizado y exigente en sus labores, sorteaban con empeño y entusiasmo cada nueva tarea y tuvieron desde sus inicios una organización muy minuciosa en la división del trabajo. Sin embargo, su misma sobre-exigencia marcó un agotamiento en las etapas posteriores del proyecto.

Como es comprensible, los miembros del equipo se encontraban exhaustos del arduo trabajo y esto llevó a ciertas confrontaciones internas, propias del síndrome de agotamiento profesional, sobre todo aquellas relacionadas con la delimitación del poder en el grupo entre las psicólogas. Dichas confrontaciones fueron trabajadas por la supervisora clínica del equipo local y por los coordinadores del proyecto en los espacios de supervisión y sostenimiento emocional.

Durante este período se debe resaltar la importancia de la transición realizada por el equipo local, de ser profesionales básicamente orientados a la acción clínica a profesionales con un buen grado de competencia para realizar labores a nivel comunal. El equipo pudo sortear con éxito la nueva y final etapa del proyecto en la que había un énfasis mucho más explícito en labores comunales.

Al estar compuesto íntegramente por profesionales de Psicología y acostumbradas a una intervención de corte más clínico, el equipo tuvo ciertos problemas para interiorizar la nueva propuesta del proyecto, con un enfoque básicamente comunitario. Para ello, al inicio de esta fase, el equipo local contó con un supervisor social-comunitario, el cual tuvo como tarea inicial darles pautas para que pudieran profundizar el enfoque comunitario en la mirada de las psicólogas. Poco después, las psicólogas comenzaron a interesarse más por el contexto de las personas con las que ya habían trabajado y realizaron trabajo de campo con una metodología recién incorporada para elegir un tema de interés de la población. Así, visitaron familias, preguntaron a pacientes atendidos en el marco del proyecto, encuestaron autoridades y personas comunes, entre otros. Realizaron una actualización diagnóstica del problema que venían trabajando con una mirada más fresca y completa de la situación de los pacientes. De este modo pudieron conocer o reconfirmar los problemas de Salud Mental de Acomayo.

En esta última fase del proyecto fue notoria la importancia de la realización de una supervisión social constante y rigurosa, sobretodo si el equipo de trabajo no está conformado por profesionales de ciencias sociales.

Un aspecto importante, durante el año 2007, para el fortalecimiento de las capacidades del equipo, fue la reconstrucción y la institucionalización de la Red de Salud Mental y Derechos Humanos de Huánuco, Red que fue impulsada por CAPS en el contexto post-CVR. Hasta el 2006, la Red había estado funcionando, de una manera poco formal, reuniéndose con algunas instituciones y organizaciones que trabajaban temas de Salud Mental, sin mayor impacto en sus acciones. Durante el año pasado que CODHAH tuvo la presidencia de la Red, se trabajó de manera más formal desde la creación de los estatutos hasta campañas de atención

y acciones de promoción conjuntas. Hoy en día, pertenecen a la Red ONGs, instituciones estatales, la Universidad de Huánuco (Facultad de Psicología), el Colegio de Psicólogos, MINSA, entre otros. A pesar de ello, los representantes de la Red que fueron entrevistados, creen que todavía falta que el Ministerio de Salud los apoye más, sobre todo en la sensibilización de la población.

A lo largo de todo el proyecto, el equipo se refirió de buenas maneras acerca de la supervisión clínica con la que contaron. Dijeron haber aprendido mucho, sobre todo a ver los problemas desde un enfoque dinámico, lo cual les era útil en algunos momentos de las terapias y consejerías individuales. Sin embargo, el trabajo psicológico no complementado con otras intervenciones más concretas, era a veces limitante para las psicólogas que enfatizaban que las condiciones de pobreza de la mayoría de los pacientes, y el escaso acceso a educación formal y, por ende, a ascenso social, por ejemplo, tenían mucho que ver en el grado de su recuperación. Las psicólogas señalaron que la recuperación de las personas sería inclusive más efectiva si se tomase en cuenta estos factores y se les diera terapias alternas en las que la recuperación mental de las personas estuviese asociada con algún aspecto que les diera posibilidades de sentirse productivas a nivel económico.

Como se observa, la constancia de la supervisión clínica, su cercanía y su continuo aporte de ideas hizo que se convirtiera en un referente de las integrantes del equipo local en cuanto a adquisición de conocimientos. Queda como lección aprendida la importancia de contar con una supervisión social continua, dado que gran parte de este trabajo estuvo realizado con una óptica comunitaria. Así, podemos afirmar que las profesionales del equipo de salud mental han aprendido nuevas y considerables capacidades a nivel clínico y comunitario.

## **Resultado 2**

*Cinco núcleos comunitarios de Salud Mental, sostenidos por agentes comunitarios capacitados, articulados a las redes y recursos locales, desarrollan acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.*

Respecto a la formación del NUSAME en Acomayo, se había elegido llevar a cabo una Biblioteca-Ludoteca para fortalecer psicológicamente a la niñez de Acomayo y darles experiencias de promoción de la Salud Mental. Si bien el equipo local tenía una definición y perfil de lo que era una Biblioteca Ludoteca, en la práctica fue complicado que los promotores adaptaran sus propios esquemas y juicios acerca del trabajo con niños y púberes a esta modalidad. Así, cuando terminaron las capacitaciones a los miembros del NUSAME, el grupo de promotores que estaba liderado por un par de maestros escolares estaban reproduciendo el sistema escolar tradicional en el NUSAME con todos los prejuicios y carencias que ello

conlleva. La tendencia de los promotores de reproducir modelos escolarizados exigía una continua supervisión para darle un giro más inestructurado y lúdico al NUSAME. La oportuna retroalimentación al equipo local y al grupo de promotores de parte del equipo de Monitoreo y Evaluación, las supervisiones y coordinaciones contribuyó a dar el giro esperado.

Durante el viaje de Evaluación se entrevistó a 7 promotoras y a 1 promotor capacitado del Núcleo de Salud Mental. Ellos manifestaron haber asistido a los talleres con entusiasmo y ganas de aprender. Fueron 12 los talleres que se planificaron realizar para la capacitación, sin embargo se realizaron 16. Sobre ello se les preguntó a los participantes acerca de los conocimientos adquiridos en las capacitaciones. En su mayoría, contestaron específicamente acerca de temas como la crianza de los hijos, la importancia del juego y la salud mental.

*“...he aprendido que es importante hablar con los hijos, no jalarlos, no hay que pegarles, ellos pueden entender. También que tienen que jugar, pero bonito sin golpearse, que eso es bueno para ellos”.*

(Promotora del NUSAME, Acomayo- Huánuco).

De las 25 personas que participaron alguna vez en las capacitaciones, 12 asistieron a más del 50% de las mismas. Este es un dato interesante pues si bien parece que no refleja una cifra tan positiva, debemos tomar en cuenta que el entusiasmo inicial reflejado en 25 personas interesadas en ser promotor se redujo por auto-selección a un número más realista. En realidad para los grupos de promotores de los NUSAME se esperaba un promedio de 10 personas. Finalmente fueron entre 10 y 12 promotores los que se comprometieron hasta el final de manera muy firme con las labores que implicaba la formación del NUSAME, y sobre todo, con el trabajo que se estaba realizando en la Biblioteca-Ludoteca.

Empezando la última etapa de formación de los NUSAME, Monitoreo y Evaluación observó que los promotores capacitados, y que estaban comenzando a planificar las atenciones a los niños, mostraban una clara tendencia hacia las actitudes y tareas escolares con los niños. En ese momento el Núcleo estaba liderado por los promotores cuya formación académica era de maestros escolares. Esto hizo que la percepción de los promotores del NUSAME se convirtiera en un complemento a la escuela, se reforzó la parte estructurada y se olvidó que la propuesta del proyecto estaba dirigida a crear un espacio alternativo como una Ludoteca. En estos momentos se notó la ausencia de orientaciones prácticas y concretas tanto en el equipo local como en los promotores. Una promotora manifestó lo siguiente al respecto: *“Aquí los niños deben de venir bien limpiitos, saludar al entrar y saber comportarse. A ver, sigamos escribiendo las reglas de convivencia.”* Además se estaba reproduciendo patrones discriminatorios entre los mismos promotores, pues los promotores maestros querían trabajar juntos, en los mismos turnos en la Biblioteca-Ludoteca y no participar con los promotores

no docentes. Esta situación fue complicada pues el equipo local tampoco sabía cómo manejarla, se encontraban desorientadas respecto al quehacer práctico con los niños y niñas del NUSAME.

La dificultad mencionada no sólo ocurría en Huánuco, sino también en las otras Bibliotecas-Ludotecas: había que pasar de la teoría a la práctica de la interrelación lúdica con los niños. En consecuencia, la Coordinación del proyecto implementó: a) pasantías para todos los equipos locales de las Bibliotecas-Ludotecas que ya estaban funcionando en otras regiones para que tuviesen referentes más prácticos del trabajo que se necesitaba realizar en esta etapa y b) la visita de terapeutas del CAPS con experiencia en el trabajo con niños y niñas de las Bibliotecas-Ludotecas para que contribuyeran a la interiorización de la propuesta a los equipos y promotoras.

Otro momento crucial en el desarrollo del NUSAME fue cuando el equipo local tuvo que dejar que los promotores comiencen a trabajar solos, tomando sus propias decisiones. Los líderes que aparecieron no mostraron las habilidades necesarias, incluso una promotora generó desconfianza en los promotores poniendo en tela de juicio el trabajo del equipo local. Sin embargo, este incidente pudo ser elaborado a tiempo por las psicólogas.

En la segunda visita se pudo constatar el trabajo que realizaban las promotoras con los niños y niñas. Para ese entonces el número de promotoras asistentes y de niños había disminuido, las entrevistas nos hicieron constatar que el grupo estaba en pleno proceso de reformulación. Habían elegido a un nuevo líder vinculado a grupos religiosos católicos, que si bien le dio un tinte religioso al NUSAME, mantuvo un grado de moderación y flexibilidad con respecto al fomento de los valores católicos.

En las entrevistas, fue interesante constatar el empeño, la organización y la voluntad de trabajo de las mujeres promotoras respecto a la sostenibilidad del NUSAME. Poco antes de la ceremonia de cierre del proyecto, las mujeres promotoras ya se estaban organizando para sacar adelante la Biblioteca-Ludoteca; esto contrastaba con la actitud de algunos varones que solicitaban incentivos para trabajar de promotor o que las psicólogas del CODHAH siguiesen trabajando conjuntamente con ellos. Las promotoras mujeres, por ejemplo, viendo que ya escaseaban en la Biblioteca los materiales necesarios habían pensado que una manera de recolectar dinero era realizar una "loncheada" en la que prepararían alimentos y los venderían. Aquí se observa cómo las mujeres se constituyen en recursos confiables para el fortalecimiento del tejido comunitario social, recurriendo a maneras creativas y prácticas para realizar actividades con la finalidad de recolectar fondos que los ayuden a lograr sus objetivos. Este aspecto nos parece muy importante ya que se notó que existía mucha motivación y voluntad para continuar con el Núcleo.

A pesar de los logros obtenidos por el grupo de promotores de Acomayo se notó incertidumbre respecto a su planificación:

*“No, ¿nosotros? No, todavía no hemos hecho un plan...nos falta eso, pero recién que comiencen las clases y la gente vuelva vamos a poder. Ojalá sea así, nosotros queremos seguir con esto, hemos aprendido cosas interesantes aquí...”*

(Promotora del NUSAME Acomayo, Huánuco).

Un personaje importante en el proceso de formación del NUSAME fue la presencia y el apoyo de la psicóloga a cargo de la DEMUNA en Acomayo. Ella, que también estuvo recibiendo las capacitaciones, conocía muy bien la situación y el contexto previo, durante y posterior a la violencia política. Además su formación profesional la ayudaban a ser una persona sensible en el reconocimiento de los problemas de Salud Mental. Se debe anotar que ella parecía la persona idónea para asegurar la continuidad de la Biblioteca-Ludoteca, sin embargo cuestiones políticas y económicas de la localidad no permitieron asegurar su permanencia en el cargo.

Uno de los fenómenos estacionarios que tuvo que enfrentar el NUSAME fue la disminución de la participación de los niños durante las vacaciones de verano. El contexto socio-económico de Acomayo plantea que muchas de las personas que viven ahí, acostumbran a tener trabajos temporales en la selva durante el verano y otros meses del año. Las migraciones temporales hacen que muchos padres aprovechen las vacaciones escolares para viajar con sus niños a otros departamentos. Otro punto fue que en este período, el NUSAME competía, hasta cierto punto, con las vacaciones escolares en donde se dictaban cursos alternos y complementarios a los escolares. Por ello, alrededor de marzo la asistencia, de ser masiva e incluso faltar espacio para recibirlos, se volvió mediana y algo desorganizada por la ausencia de algunos de los promotores.

Respecto a la sostenibilidad, un aspecto muy positivo fue que el equipo local siempre mantuvo una relación cordial con el Municipio del distrito de Acomayo. Además, según nos comentaron en algunas entrevistas, el municipio está sensibilizado con la estrategia del MINSA “Municipios saludables” que cuenta con un presupuesto destinado a lograr este reconocimiento. En reunión con el Alcalde, él mostró su afecto y reconocimiento por el proyecto y por el trabajo realizado por las psicólogas del equipo local e incluso nombró un encargado de velar por el sostenimiento del Núcleo apoyando con los materiales y con la logística que se necesitara para lograrlo. Todo ello nos demuestra que el trabajo de incidencia realizado por el equipo local estuvo bien establecido y fortificado para lograr una relación fructuosa.



## **2.5. Región Junín**



## **Aportes sobre la recuperación del bienestar emocional en Huancayo**

### **APUNTES DEL PROYECTO DE SALUD MENTAL EN CHILCA ALTA, HUANCAYO**

*Ruth Kristal*

Trabajar en Huancayo ha sido una experiencia intensa, en la que se pusieron en juego todos los afectos de mi repertorio emocional, y sospecho que también del equipo con el que me tocó la suerte supervisar.

Fue desde un inicio un reto grande. Se trataba de trabajar en la ciudad más importante de la sierra centro del Perú, con códigos, estilos, mentalidad, idiosincrasia propia, que la hacen única y especial. Huancayo está ubicado a 3260 m.s.n.m, en el departamento de Junín. Su población total fue calculada en 453,000 personas en el censo del 2002 (INEI, 2003). Sus condiciones geográficas, sociales, económicas y políticas permite la comunicación de la costa con la sierra sur y con la selva central y norte, su función como plaza comercial y su cercanía a algunos de los grupos mineros más importantes del país, facilitó que muchos desplazados del conflicto armado interno la escojan para radicar en ella entre 1980 y el 2000 (Manrique 1999: 199).

### **Escenarios de la violencia**

Huancayo fue elegida por el Comité Regional Centro del Partido Comunista del Perú – Sendero Luminoso - PCP-SL para sus actividades, atacando la economía y la política de la región. Sus intervenciones político militares se centraron en la Universidad Nacional del Centro del Perú (UNCP), en los institutos superiores y colegios secundarios, así como en los principales asentamientos humanos que rodean la ciudad. En el campo, puso énfasis en las comunidades campesinas de los valles y alturas, especialmente en la zona de Canipaco, Cunas, Pariahuanca. También el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru – MRTA, en la década de los 80, inició sus actividades en el distrito de Chilca, Huancayo, con la toma de parte de sus militantes de Radio Andina con el fin de propalar un mensaje convocando a la población a la lucha armada<sup>1</sup> (CVR, 2003).

---

1 Las ejecuciones Extrajudiciales en el distrito de Los Molinos. En el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Tomo VII.

En esta lucha interna, se dieron confrontaciones entre las fuerzas del orden y los grupos terroristas, en donde estudiantes, alcaldes, campesinos, figuras preponderantes, fueron víctimas de los grupos en pugna. Sólo en la provincia de Huancayo, hubo 374 víctimas entre muertos y desaparecidos (datos reportados por la CVR).

### ***El trabajo comunitario: apuntalando el tejido social***

Cuando ODEH - CAPS decidió trabajar en Huancayo, pensamos en convocar a las distintas asociaciones de afectados dispersas por la misma ciudad, trabajar con una asociación de huérfanos de Chilca y con la **Comunidad Campesina Vista Alegre – Hualashuata**, ubicada en la zona sureste del distrito de Chilca, en lo que después se denominaría “Chilca Alta”.

El distrito de Chilca, creado por Ley N° 12829 del 2 de mayo de 1957, es uno de los 28 distritos que conforman la provincia de Huancayo. La zona urbana marginal de Chilca cuenta con una población aproximada de 75.000 habitantes. La mayor parte de su extensión está ocupada por chacras y campos destinados a la agricultura. Las actividades comerciales se caracterizan por negocios minoristas y la celebración de ferias agrícolas y ganaderas (INEI, 2003). La pobreza extrema, la falta de oportunidades de trabajo, el alto índice de alcoholismo, violencia culturalmente aceptada y estimulada en canciones, bailes y otras manifestaciones, hace del distrito de Chilca uno de los más altos en índices de pandillaje, consumo de drogas, asesinatos y suicidios.

La población en el Distrito de Chilca Alta está conformada en casi un 80% por personas afectadas por el conflicto armado interno: desplazados, viudas, huérfanos y sus familias. Chilca Alta es un cerro de roca de laja, que recibió por lo menos tres oleadas migratorias entre 1980 y 2000. Cada una de éstas fue estableciéndose en barrios, con sus reglas de juego, criterios de aceptación de pobladores, rechazo, intercambio o conflicto con los demás barrios, lo que dio como resultado un conjunto de más de 13 barrios con diferentes nombres e identidades, poca interacción e integración global y casi la ausencia de proyectos conjuntos o cooperación productiva para beneficio de la zona. La manifestación de la falta de una identidad más homogénea es un hecho que se manifiesta en que los distintos pobladores conocen el lugar con diversos nombres, por lo que tentativa y provisionalmente se sugirió unificar su designación como **“Chilca Alta”** que incorpora e incluye a todos los diferentes barrios.

Su propia geografía agudiza las dificultades para construir servicios de urbanización. Agua, desagüe, electrificación, caminos de acceso son escasos, propiciando condiciones de vida de pobreza extrema, falta de salubridad e higiene. Tampoco hay acceso fácil a los centros de salud y educación, por lo que niños y adultos tienen que caminar largas distancias para acceder a ellos.

Estas son las condiciones generales en las que vive la comunidad campesina de **Vista Alegre - Hualashuata**, uno de los barrios que conforman Chilca Alta. Tiene una población aproximada de 1250 habitantes agrupados en 250 familias. La principal actividad económica de las mujeres es el lavado y pelado de ajos que luego venden en el mercado, la venta ambulatória de diversos productos, las actividades domésticas por contrato ocasional, como el lavado de ropa y el trabajo en pequeñas bodegas, mientras que los varones trabajan mayormente como choferes de taxis que alquilan diariamente, lo que significa que generan pocos ingresos que no cubren adecuadamente los requisitos de alimentación, salud, vestido y educación de sus familias. Los niños se quedan al cuidado de sus hermanos y algunas veces salen a ayudar en la venta de dulces. Al dedicarse al trabajo informal, la economía de esta población es pobre e inestable.

Uno de los significados que pudimos recoger del nombre **Hualashuata**, es en castellano **“persona atada”**<sup>2</sup>, que podría reflejar muy bien las actitudes de los pobladores hacia su comunidad; cuando la visitamos por primera vez en enero del 2006, parecía haberse quedado inmóvilizada en el tiempo, sin mayores indicadores de evolución, cambio o desarrollo en los más de 20 años que viven allí.

En un principio decidimos trabajar con una asociación de huérfanos que solía reunirse en una casa privada en Chilca y además, en la Comunidad Campesina Vista Alegre - Hualashuata, con los niños, niñas y adolescentes que asistían al *Awsay Wasy* (“Casita de juegos”), y con los miembros adultos de la misma. Tanto la organización de niños y niñas de Chilca como el *Awsay Wasy* eran producto de la intervención que uno de los miembros del equipo ODEH tuvo en años anteriores en el Programa de Apoyo al Repoblamiento (PAR) de Huancayo, utilizando técnicas de resiliencia.

Constatamos que la directiva de la Comunidad Campesina Vista Alegre - Hualashuata, no era visible, el reconocimiento de la problemática en Salud Mental o secuelas por el impacto de la violencia política era casi nula, al igual que la disposición a trabajar con nosotros, sobre todo por la desconfianza hacia las ONGs, de las que decían que venían para sus propios beneficios, se iban sin dejarles nada, comerciaban con sus dolores y penas, entre otras acusaciones.

Esta desconfianza se entremezclaba con la desesperanza generada por las condiciones de vida antes descritas. Salvo lo simbólico del otro nombre de la comunidad: **“Vista Alegre”**, que daba cuenta por un lado, del aprecio por el paisaje inmejorable de la ciudad de Huancayo que se aprecia desde el cerro y por otro, del querer conjurar la inexorable atadura a la que se sentían condenados, parecían no poder reconocer que tenían otras cosas buenas.

---

2 Cuéntame... narraciones de historias de niños y niñas afectadas por violencia política 2003.

Como arar en campo de roca y laja, tal y como era el cerro donde vivían, el esfuerzo por lograr la confianza de la comunidad fue arduo y requirió de constancia, paciencia, persistencia, aprender los códigos y usanzas del lugar y representar la esperanza que los pobladores no se podían permitir. Y no fue a través de los adultos que logramos *“horadar la roca”*, sino a través del trabajo con los niños, las niñas y los adolescentes.

Más fácil es reconocer la problemática en los hijos, proyectar las propias sobre ellos, que aceptar el propio dolor y nivel de afectación. A la vez, resultaban llamativos los cambios que gradualmente se iban logrando en niños, niñas y jóvenes, observables por los padres, sobre todo por las madres, quienes aceptaban de tanto en tanto asistir a reuniones para organizar, programar, discutir las actividades de los hijos e incluso, pedir orientación para también ellas poder mejorar y ayudarlos. Paralelamente ocurrió que los hijos comenzaron a hacerles señalamientos a los padres, a no permitir los maltratos físicos, tan comunes, frecuentes y aceptados por las familias, lo que también motivó a los pobladores a solicitar hablar con el equipo de ODEH - CAPS.

Aceptaron que se les organice algunos talleres que ellos mismos solicitaban, pero en las fechas acordadas, y como dejándose llevar por mecanismos de negación o evitación, dejaban *“colgado”* al equipo de Salud Mental yéndose a realizar otras actividades. Resultó que como equipo, estábamos *“desesperados”* por penetrar en su mundo interno y comunal, ganar su confianza y poder ayudarlos ofreciéndoles herramientas para mejorar su bienestar emocional, para resolver los conflictos afectivos, interpersonales, familiares y comunales, reflejados en la violencia familiar, interbarrial y en otros ámbitos de sus vidas. Pero estas personas a quienes *“queríamos salvar”* no se veían interesadas en que lo hiciéramos, salvo unas cuantas mujeres que se mostraron muy interesadas en la evolución de sus hijos e hijas y en estar a la altura de ellos para poder ayudarlos.

### ***El Núcleo de Salud Mental Comunitaria: Awsay Wasi***

En estos intentos nuestros de ganarnos la confianza de los pobladores, se dieron algunas *“vueltas de tuerca”* que marcaron nuestra relación con esta comunidad.

Ante las sospechas expresadas de que seríamos otra ONG que se beneficiaría de su dolor y sufrimiento, fuimos muy explícitos en señalarles que, a pesar de lo difícil de comprender, lo que nosotros teníamos para ofrecerles iba por la vía de lo simbólico y no tenía nada que ver con cosas concretas, materiales o tangibles. Sólo podíamos brindarles nuestra disposición a escuchar, a fomentar la capacidad de dialogar, de comprender, de expresar sus sentimientos, pensamientos y acciones que escapaban a su entendimiento; mostrarles que estábamos dispuestos a sostener, apoyar y acompañarlos en los procesos de elaborar las experiencias traumáticas vividas.

En medio del proceso comunitario, se hicieron evidentes rencillas antiguas de los pobladores; por ,los pleitos de los adultos, un barrio no permitía que chicos del otro participen y se beneficien de las actividades que se realizaban en el Awsay Wasy. Los barrios estaban divididos por la quebrada del cerro, que simbolizaba la “*frontera*” infranqueable que se mantenía entre ellos. Sólo unos precarios troncos permitía el acceso de un lado al otro. Cuando organizamos un paseo al aire libre para fortalecer las actividades realizadas en los talleres del Awsay Wasy, los padres de los hijos a los que ellos mismos no les permitían participar, protestaron porque sus niños no irían al paseo y que no les estábamos dando las mismas oportunidades que a los otros, olvidando que fueron las pugnas entre ellos lo que no permitía dicha participación. El dilema que sintió el equipo fue si debía abrir las puertas a niños y niñas que no eran partícipes de los talleres, abrir el camino para trabajar en conjunto con esos padres o mantenernos cerrados a la idea original. Felizmente optamos por lo primero, empezándose así una etapa fructífera de colaboración conjunta. Algo semejante ocurrió cuando se planificaron los festivales culturales, en donde todos los padres querían que sus hijos participaran. Eso motivó a que se organizaran, eligieran una Junta Directiva, decidieran hacer mejoras en el barrio, en el Awsay Wasy y, concreta y simbólicamente, arreglaran el puente facilitando el paso de “*frontera*” entre los barrios.

Ante reiteradas ocasiones en que los adultos, habiendo acordado reunirse con el equipo a determinada hora, lugar y día y no cumplir con el compromiso, el equipo decidió concentrarse en el grupo de mujeres que siempre se mostraron interesadas y asistían a todas las convocatorias, cambiando nuestro eje de intervención y enfocándonos en capacitarlas y estimularlas a que tomen el control sobre sus propias vidas.

El segundo año de la intervención comunitaria que impulsó la creación de Núcleos de Salud Mental Comunitarios (NUSAMES), encontró a un grupo de adolescentes y mujeres comprometidos en desarrollar competencias en la promoción de la Salud Mental de su localidad gracias al trabajo realizado durante el primer año. Se formalizó nuestra colaboración en torno al trabajo del Awsay Wasi y la comunidad oficializó la creación del grupo de promotoras como parte del crecimiento y desarrollo de la misma. A partir de allí, las acciones colectivas fueron conversadas, organizadas en conjunto con la directiva comunal. Se empezó a trabajar en contacto directo con la Alcaldía de Chilca, los pobladores se inscribieron en los núcleos ejecutores de obras y empezaron a ***desatarse de los lazos que los tenían paralizados*** por más de 20 años.

Lo anterior se realizó mediante las intervenciones en los talleres, en los procesos de consejería y terapéuticos, y el discutir los señalamientos, confrontaciones y herramientas de trabajo: los aspectos dinámicos entrelazados

con los métodos de la resiliencia que se aplicaban en el trabajo semana a semana y mes a mes en el local central para elaborar las secuelas de la violencia, al igual que en los talleres con los niños y niñas del Awsay Wasy.

### **Fortalecimiento de las capacidades clínicas de los profesionales de Salud Mental**

En el quehacer con los niños, niñas y adolescentes, pronto entraron en conflicto los diferentes enfoques de trabajo de los miembros del equipo profesional. Sus experiencias previas variaban: habían trabajado en el PAR, en zonas de conflicto en diferentes provincias de Junín con la perspectiva de la resiliencia, en el MINSA y, ese año, se incorporó la presencia de la supervisora - psicoterapeuta de orientación dinámica que venía de Lima, recién a conocer la realidad huancaína, la realidad de la comunidad, la realidad del equipo. La manera de pensar la intervención, los marcos teóricos de referencia, la lectura de los fenómenos observables en los talleres, estaban teñidos de las diferencias antes señaladas. En algún punto muy temprano del trabajo con este grupo de niños, niñas y adolescentes, la falta de límites, la expresiones de violencia descontrolada como medio de comunicación entre ellos, obligó al equipo a buscar y encontrar un lenguaje común en el que confluyeran las perspectivas, la de resaltar los aspectos positivos de la población así como las manifestaciones inconscientes de los conflictos desde una lectura dinámica.

Un área específica de la intervención eran las supervisiones y discusiones de cada caso de los procesos individuales de consejería y psicoterapéuticos. En estos espacios se trató de entender los conflictos que el afectado traía al proceso, así como los puntos ciegos que el terapeuta tratante o la supervisora tuvieran; se buscó sentir en la propia piel lo que el otro sentía y no podía poner en palabras, de ayudar al terapeuta tratante a que lo haga, que distinga lo que el afectado le hace sentir y pensar (*“la contratransferencia”, en lenguaje psicodinámico*); de ayudarlo a conectarse con esa comunicación inconsciente que el afectado está tratando de transmitir, y que despierta lo más primitivo de nuestro mundo interno, por la intensidad de los contenidos y el tipo de vivencia por la que estas personas han atravesado. Las vivencias de dolor y violencia que se comunican verbal y no verbalmente tienen la cualidad de paralizar tanto a los afectados, como a los terapeutas, a la supervisora, inclusive a la sociedad en su conjunto, que no quiere saber que en nuestro país ocurrieron cosas casi inenarrables.

Las supervisiones ayudaron a ampliar la comprensión de la dinámica del equipo local, de la dinámica interna de la población atendida y de las organizaciones con las que establecimos alianzas terapéuticas; nos permitieron entender las cosas de manera más profunda, más amplia, a diferentes niveles y con otras perspectivas. Gradualmente, el equipo fue adquiriendo experiencia

prestándole atención tanto a lo que se comunica como a lo que se deja de comunicar, constatando la importancia de darle una lectura a lo aparentemente casual o no dicho en los comportamientos individuales, grupales, institucionales, gubernamentales. Es así como en las intervenciones clínicas se combinaron técnicas de resiliencia, de Análisis Transaccional, de Gestalt y toda herramienta psicoterapéutica capaz de beneficiar a los individuos y a los grupos, tanto en los talleres como en los procesos de consejería y psicoterapia. La experiencia personal y profesional del equipo de Salud Mental fue puesta en práctica para la utilización de diversas técnicas de trabajo, las que se complementaron con la perspectiva psicodinámica propuesta por la supervisora y el CAPS, generándose en el equipo una actitud flexible y creativa para la intervención.

Tener la tolerancia para aceptar, adaptar, incluir distintas perspectivas al trabajo y distintas miradas teóricas fue una tarea difícil de lograr y una característica que nos propusimos nos distinguiera: crear un lenguaje común que permita una intervención y una comprensión de los fenómenos en los que actuábamos con una perspectiva multidisciplinaria, con sensibilidad, empatía, amplitud y profundidad.

### ***El dolor de crecer***

El proceso de crecimiento fue de todos, tanto de los profesionales que participábamos del mismo, como de los beneficiarios, de los promotores, de los dirigentes comunales, del intercambio con las autoridades locales y regionales, pues todos aprendíamos unos de otros y nos desarrollamos en el camino.

Por supuesto que crecer también genera una serie de fenómenos grupales no exentos de conflicto a diferentes niveles e intensidades: dentro del equipo, de los grupos de asociaciones de afectados, de las instituciones con las que trabajamos, con las promotoras adultas y los promotores adolescentes, dentro de los líderes comunales y entre los niños y niñas. Mientras por un lado se daban reacciones de solidaridad, respeto, apoyo de unos a otros, sentimientos de euforia y alegría por lo que se iba logrando, por otro lado, surgían otro tipo de afectos: rabia que había quedado contenida podía emerger de diversas maneras, competencia de unos con otros, envidia desde la más destructiva e intolerante hasta la más benigna e inofensiva. Surgieron boicots y auto-boicots, luchas de poder, de reconocimiento, de figuración que horadaban las buenas intenciones, los logros visibles, la alegría de lo compartido. Como si los cambios que se estaban obteniendo fueran a la vez grandes logros por un lado y una forma de amenaza por otra, como si lo que se mantuvo quieto por más de 20 años debería continuar de la misma manera; ¿Miedo a lo nuevo? ¿Intolerancia a los cambios? ¿Temores de otra índole que pueden resultar difíciles de comprender?

Estas interferencias afectivas que suelen surgir en todo grupo humano y que afectan el buen funcionamiento cuando se está enfocado en el cumplimiento de las

tareas, llegan a entorpecer cuando no destruyeron a sus integrantes o al grupo mismo. Razón por la cual es requisito indispensable detectarlas lo más tempranamente posible, en cuanto están surgiendo, interpretarlas, explicitarlas, ponerlas a discusión, buscar su elaboración y evitar que cumplan con su propósito negativo.

En los dos años que duró el proyecto, el crecimiento de las personas involucradas en él fue notorio, los cambios en la comunidad son visibles, remarcable la solidez de las y los promotores en pleno crecimiento, con posicionamiento y empoderamiento en las decisiones de su entorno personal, familiar, comunitario, de barrios y de distrito.

### ***Sensibilización e incidencia en los temas de Salud Mental y las reparaciones***

Desde que se inició el trabajo en Huancayo, se mantuvo contacto estrecho y coordinado con la Red de Salud Mental y Derechos Humanos que se había creado en la zona en el 2003 con el apoyo del CAPS. Esta Red está conformada por representantes del MIMDES, MINSA, Gobierno Regional, Gobierno Local, Mesas de Trabajo, ONGs afines, y proporcionó apoyo al trabajo que se estaba realizando. Por ejemplo, por convenio con la coordinación de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud, se les brindó medicamento psiquiátrico a los pacientes del proyecto que fueron atendidos por el psiquiatra de ODEH.

La Red de Salud Mental tuvo la fuerza y el empuje de sacar adelante, junto con la DIRESA, la DISA, el Gobierno Regional, el Gobierno Local de la Alcaldía de Chilca, el primer convenio marco en temas de reparaciones a afectados por la violencia política, firmado a nivel nacional involucrando a todos los interesados, incluidos los dirigentes de la Junta Directiva, otras ONGs afines, teniendo como testigo honorífico al Director de USAID/Perú.

El impacto en la sensibilización e incidencia respecto al tema de Derechos Humanos y Salud Mental ha sido significativo. Gracias al trabajo conjunto con la Red y los gobiernos regionales y locales, se logró establecer un día de conmemoración para los afectados del conflicto armado, con actos públicos alusivos al tema, conmemoraciones del Día Internacional de la Salud Mental, la participación de ODEH como equipo técnico del Consejo de Reparaciones en Junín, entre otros.

### ***Comentarios finales***

A modo de cierre quisiera expresar el anhelo de que el trabajo de estos dos años contribuya a que promotores y promotoras junto con los dirigentes vecinales de los diferentes barrios unidos por el bien común, logren gerenciar en un mediano plazo un hermoso mirador que permita contemplar esa ***“Vista***

**Alegre**” de todo Huancayo; que los jóvenes promotores se capaciten en dirigir los distintos ejes turísticos; que el trabajo conjunto logre poner en valor a ese cerro de roca y de laja convirtiéndolo en un gran núcleo de desarrollo; que promotores y promotoras poniendo a la venta los productos que aprendieron a producir durante su capacitación (mermeladas, yogures, tejidos), atiendan las necesidades de los muchos turistas que visiten la zona.

Claro que para llegar a ello, las gestiones del núcleo ejecutor de obras, en conjunto con la Alcaldía de Chilca y el Gobierno Regional debería haber avanzado en la instalación de las necesidades sanitarias mínimas: redes de agua, desagüe, alcantarillado, recojo de aguas en las alturas del cerro, caminos de acceso, mejoras en la salubridad, traslado del colegio primario a Chilca Alta para que los niños y niñas no tengan que exponerse caminando horas para recibir educación, mejorando los sistemas y niveles de nutrición, para mejorar su calidad de vida, su crecimiento físico, afectivo e intelectual. ¿Por qué no? ¿Por qué no podría cumplirse el sueño de estos pobladores de aprovechar de su **“Vista Alegre”** y con ello transformar la economía, tanto de ellos, como del distrito de Chilca y que tendría un impacto sobre la economía y actividad turística de todo Huancayo?

Tan sólo se requiere seguir uniendo voluntades, priorizando los aspectos creativos, positivos, esperanzadores que contrarresten la siempre presente y silenciosa fuerza de la violencia inconsciente que busca que no sólo los pobladores de Hualashuata permanezcan **“atados”**, sino todos nosotros, los equipos, las redes, los gobiernos locales y regionales...

Nosotros apostamos por la vida y sabemos, por todo lo que se vio y logró durante estos dos años, que la vida y la esperanza fueron y son las principales actrices y promotoras de nuestro proyecto.

Brindemos entonces **¡¡por las esperanzas y la vida!!**

## **Descubriéndonos: Experiencia de trabajo en Salud Mental durante los años 2006 y 2007 en Hualashuata, Chilca, Huancayo**

*Beatriz Astete Nuñez*

*Aristóteles Huamani Janampa*

*Jorge Rojas Smith*

*Yudy Salazar Altamirano*

Cuando echamos una mirada hacia el pasado, empezamos a reconstruir hechos que marcaron nuestras vidas, nuestros actos y nuestra perspectiva de trabajo. El tránsito en estos dos años por el proyecto, nos ha aleccionado sobre algunos puntos y comportamientos que queremos analizar, discutir y expresar.

El inicio del proyecto en la región de Junín se contextualizaba en la ausencia de políticas específicas de atención y cuidado de la salud mental de la población afectada por el conflicto armado interno. La carencia de programas públicos consistentes favoreció la extrema precariedad de las condiciones de vida de esta población en riesgo así como el poco rescate y utilización de sus capacidades y recursos. Nos daba la impresión que se había dado una “lógica común” que parecería decir que estos problemas posteriores a la violencia política “ya no merecían ser abordados” dado el largo tiempo transcurrido.

Nos preguntábamos: ¿podremos contribuir a superar los efectos en las personas afectadas por la violencia política considerando las limitaciones de una propuesta de salud mental? ¿Cómo ayudar en la salud mental de la población atendida considerando condiciones de vida tan adversas: magros presupuestos, desidia del Estado y de las personas en la realización de programas de desarrollo de capacidades, programas de infraestructura, salubridad, educación, etc.?

Algunas de las varias preguntas que nos hicimos como equipo fueron respondidas a lo largo del desarrollo del proyecto de salud mental comunitaria.

### ***Intervención en la Salud Mental Comunitaria de Chilca Alta***

Partiendo de este registro inicial, quisiéramos compartir nuestra experiencia de trabajo con 13 mujeres de una comunidad rural-urbana, con las que transitamos este período, guiados por una perspectiva llena de esperanza y de optimismo y cuyos resultados satisfactorios ayudaron a un mayor crecimiento personal, familiar y comunitario. Estas 13 mujeres, Leoncia, Lidia, Nérida, Virginia, Yovana, Amanda, Edilberta, Lida, Gladis, Judith, Adriana, Julia y Eugenia son madres de

familia y esposas que viven en los barrios de Hualashuata, San Cristóbal Centro, San Cristóbal Alto de lo que se denominó “Chilca Alta”<sup>3</sup> pertenecientes al distrito de Chilca, provincia de Huancayo.

Ellas mostraban diferentes niveles de afectación por la violencia política, y progresivamente se fueron interesando en las labores de promoción de la Salud Mental, a partir de observar las modificaciones en los comportamientos y actitudes de los niños y niñas que llevaban participando 10 meses en el trabajo psicoterapéutico y de fomento de la resiliencia en un espacio lúdico, el Awsay Wasy que existía en la comunidad.

En un principio, si bien interesadas, se mostraron desconfiadas y suspicaces, actitudes que nos parecieron naturales dado que eran personas que habían permanecido indiferentes hacia sí mismas y hacia su familia por muchos años, que vivían en permanente conflicto a nivel personal, intrafamiliar e interbarrial aunado a que muchas de ellas nunca habían participado en programas similares. Durante los primeros meses de trabajo con ellas fuimos aclarando sus inquietudes y reforzando su interés de participar, invitándolas a conformar un equipo de promotoras comunitarias de Salud Mental. Tratamos siempre de facilitar un ambiente de comunicación acogedor y empático, de fomentar el acercamiento cálido que permitiese la exteriorización de los miedos, temores y desconfianza.

Cuando las promotoras iniciaron sus actividades aparecieron algunos intentos de sabotear su tarea, algunos provenientes del interior del grupo y otros de miembros de la propia comunidad, quienes cuestionaron sus capacidades y señalaron que el nivel educativo no las hacía aptas para esta labor de promoción. El grupo atravesó un momento de mucha ambivalencia; por momentos algunas se desanimaban, otras sintieron deseos de desertar y muchas se molestaron por las agresiones recibidas del entorno. A esto se sumaba el natural miedo que sentían frente a algunos logros y avances que ya venían experimentando. El equipo ODEH - CAPS empezó a identificar oportunamente estas manifestaciones y apoyó el empoderamiento de las mujeres brindándoles, progresivamente, soporte emocional.

Fue particularmente difícil para el equipo de Salud Mental lidiar con todas estas variables que iban apareciendo y seguir impulsando la continuidad del trabajo, mantenerse alertas a la dinámica del grupo de promotoras, a la emergencia de los sentimientos contradictorios y conflictivos, actuando inmediatamente para ayudar al fortalecimiento individual y grupal, gratificándolas por su desempeño y tratando de hacerlas conscientes de sus capacidades.

---

3 Nombre temporal de la zona, adoptado por las autoridades regionales, locales y comunitarias para dar una identidad común y de unificación a 13 barrios ubicados allí, cada uno con diferente nombre.

El primer cambio interno importante que el grupo experimentó fue la mejora del trato a sus hijos y a sus parejas, la forma de relacionarse consigo mismas y con el grupo así como la percepción de dicho cambio a los ojos de sus hijos e hijas. En momentos posteriores, se apreciaron cambios más particulares. El progreso de cada una de ellas fue notorio, aparecieron liderazgos naturales, fomentaron espacios de reflexión conjunta en los que comentaban, con visible alegría, sus logros y emociones que, muchas de ellas, por primera vez experimentaban.

Las capacitaciones, los temas y la metodología tanto teórica como práctica fue otro de los aspectos claves en el trabajo con las promotoras. Tratándose de cosas poco concretas, pertenecientes más a lo simbólico e intangible, con creatividad, logramos darles un correlato práctico, que permitía el reforzamiento de lo incorporado después de las capacitaciones teóricas.

Empezaron a reconocerse como personas valiosas; a promover una comunicación empática y solidaria entre ellas, sus familias y la comunidad; a hablar de sus derechos y a reconocer “su derecho a vivir en un entorno saludable” y por lo tanto, a trabajar en mejorar el mismo. A medida que pasaba el tiempo se notaba que el liderazgo de las promotoras había crecido, logrando que “ahora” fueran consideradas y consultadas por las autoridades para la toma de decisiones en la comunidad, a la vez que las autoridades fueron involucrándose en los cambios a través de sus hijos y esposas, algunas de ellas promotoras.

A medida que el trabajo psicosocial fue avanzando empezamos a vincular los temas de capacitación en Salud Mental y Derechos Humanos con el trabajo en equipo de aspectos “laborales” como la elaboración de yogurt, mermeladas, bordados, confección de polos, etc., para fortalecer habilidades manuales de las promotoras, a la par que se seguía fortaleciendo los temas de liderazgo, el trabajo en equipo, la distribución de roles, la solidaridad en estas prácticas e indirectamente, se les ofrecía herramientas de trabajo para generar ingresos. Esta modalidad de capacitación permitió vivenciar los procesos de desarrollo emocional y social, comprender los temas mientras iban practicando y adquirir mayor seguridad para emprender propuestas laborales, familiares y grupales.

Durante el proceso, las promotoras empezaron a expresar con mayor confianza sus problemas personales en las dinámicas grupales como parte de la metodología de capacitación que les ofrecíamos. Fue importante introducir este giro terapéutico, a pesar que cuando comenzamos el trabajo comunitario, era lo último que querían escuchar los adultos. Una vez establecido el clima de confianza entre el equipo y las promotoras, estas últimas fueron haciendo suyo el espacio de encuentro como un espacio de escucha activa y soporte.

Las promotoras, cada vez más fortalecidas, empezaron a integrarse en el trabajo con los niños y niñas del Awsay Wasi guiando algunas actividades en el espacio lúdico y realizando juegos y dinámicas de animación con los participantes, lo que les permitió, indirectamente, experimentar la importancia del juego y a la vez,

permitirse disfrutar y recrearse a través del mismo. Así, empezaron a reconocer la importancia del juego para los niños, empezaron a apreciar el compartir esos juegos con sus hijos, al grado de valorar la importancia de integrar a sus esposos y demás hijos en estas actividades, buscando ampliar los beneficios de lo que se estaba logrando hasta esos momentos a un mayor número de personas.

El equipo de Salud Mental ODEH-CAPS decidió realizar diversos paseos y encuentros familiares para fortalecer este nivel de participación autónoma de las promotoras y la integración del resto de la familia. Ellas empezaron a liderar y promover las actividades de encuentro familiar y las actividades lúdicas.

En todo este proceso fue clave la participación de los adolescentes, quienes paralelamente también se formaban como promotores, cumpliendo un rol importante de soporte del trabajo de las promotoras adultas y de apoyo al sostenimiento de la Biblioteca-Ludoteca. Los y las adolescentes empezaron a comprender el modo en que se habían dado las relaciones al interior de sus familias, a las que empezaron a cuestionar, mostrando su malestar por las problemáticas que lograban distinguir y verbalizar. Al principio, este reclamo no fue comprendido por sus padres quienes creían que sus hijos habían adoptado una actitud de rebeldía y “malcriadez”. Poco a poco, este sentimiento fue diluyéndose en la medida que los padres empezaron a participar más de las actividades de sus hijos, aspecto que les permitió comprender que los señalamientos de los hijos tenían sentido y que las actitudes agresivas hacia ellos estaban provocando daños duraderos.

Los adultos participantes se permitieron un mayor diálogo con apoyo de sus propios hijos y estos últimos también comprendieron que sus padres estaban cambiando y que era necesario un proceso más prolongado para lograr mayor integración y modificar sus actitudes en conjunto.

Al momento de escribir este artículo, el proyecto había culminado sus actividades. A pesar de tener la sensación (tanto en el equipo profesional como en las promotoras), de que hubiera sido necesario seguir trabajando el fortalecimiento de los procesos emprendidos por cada uno de los grupos involucrados y por el desarrollo comunitario en su totalidad, nos queda la satisfacción de saber que están quedando personas con capacidades para impulsar creativamente nuevos retos y/o desafíos que esperamos concreten sus anhelos de una mejor calidad de vida, con dignidad, derechos y justicia.

### ***Intervención psicoterapéutica individual y grupal***

Las atenciones individuales se enmarcaron dentro del marco teórico psicodinámico, enriquecido con diversas técnicas de otras corrientes psicoterapéuticas y con la supervisión de cada uno de los casos, lo que nos permitió ampliar la perspectiva y la comprensión de éstos sin dejar de lado

sus particularidades y unicidad. El resultado fue un enfoque integrador de la intervención psicoterapéutica.

*“La estrategia de este tipo de integración consiste en seleccionar la técnica que se cree que funcionará mejor con un cliente o paciente concreto. La cuestión clave es saber cuáles son los criterios con los que decidir cuál es la técnica oportuna con un cliente determinado.... la decisión de qué técnica emplear radica en la atracción subjetiva, la vivencia o la creatividad del terapeuta”.*

(Lazarus y Messer, 1991).

Desde nuestro punto de vista, esta peculiar forma de intervención fue dando cabida a la creatividad, a la empatía, con la flexibilidad para escoger la manera más adecuada para cada caso. El hecho de haber tenido una supervisora-psicoterapeuta de orientación psicodinámica, abierta a la incorporación de técnicas que podrían favorecer a los beneficiarios, permitió hacer uso de las diferentes herramientas hermenéuticas que se han ido incorporando a través de las experiencias personales y profesionales, a la vez que permitió tomar conciencia de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se daban en cada proceso, a veces actuando como puntos ciegos, a veces como resistencias.

Asimismo, esta forma de trabajar permitió pensar y sentir lo que en otros momentos resultaba impensable: lo que vivieron las personas que padecieron los horrores de la guerra interna (torturas, desapariciones forzadas, destierro, asesinatos, etc.) fueron experiencias traídas a la consulta, que por su crudeza resultaban difíciles de tolerar, tanto para el terapeuta como para el afectado o afectada. A estas dificultades habría que agregar las diferentes condiciones socioculturales, religiosas, idiosincráticas, entre terapeuta y asistidos, lo que significó un reto mayor para poder ayudarlos a aliviar sus síntomas, a recuperar sus recursos internos y que se beneficien de los servicios de consejería y psicoterapia respetando las diferencias antes mencionadas.

En esta experiencia de trabajo, el apoyo personal de la supervisora de CAPS fue de vital importancia para poder identificar la magnitud del impacto que las secuelas de las personas atendidas tuvieron sobre nosotros, impacto que se manifestaba, principalmente, de manera inconsciente.

Todo ello obligó a reflexionar sobre lo que vivió nuestro país en esa época de terror, donde personas con falta de creatividad constructiva para lograr cambios positivos de nuestra sociedad privilegiaron sus impulsos destructivos, escogiendo la peor de las alternativas; ese nivel de destructividad dejó a miles de personas sumidas en el sufrimiento, a miles de niños huérfanos, a los familiares de desaparecidos sin consuelo, a viudas desamparadas. Estas heridas sociales todavía hoy no se terminan de sanar. Las personas que vivieron estas experiencias no logran olvidarse de los victimarios y de los efectos devastadores que sus acciones tuvieron sobre sus vidas. Es difícil imaginar a cuántas generaciones se les

transmitirá vía inconsciente y transgeneracional los traumas vividos, durante cuánto tiempo permanecerán como hechos presentes si no se elaboran adecuadamente, si no se discute abiertamente acerca de lo sucedido, si la sociedad no legitima el sufrimiento de los afectados y de la sociedad en general, si el país no se preocupa por brindar justicia y reparación oponiéndose a la impunidad.

Parte de nuestra labor fue facilitar espacios especialmente diseñados para hablar de ellos y narrar lo ocurrido; escucharlos empáticamente y acompañarlos poco a poco a armar el rompecabezas de sus historias, ayudarlos a que encuentren el significado de sus recurrentes pesadillas y somatizaciones, de empoderarlos para que vuelvan a asumir que sus vidas y su futuro depende de ellos, facilitado por procesos psicoterapéuticos, pero sobre todo, por la voluntad de cada uno de ellos y de nosotros, para salir adelante.

### **Intervención psicoterapéutica grupal**

A nivel grupal se ofrecieron talleres terapéuticos que tuvieron buena acogida. Se llegó a convocar un promedio de treinta personas en cada uno de ellos. Transferencialmente sentíamos que al principio, las personas que asistían se retiraban con sentimientos de frustración, pues sus expectativas sobrepasaban lo que se les podía brindar. Sus demandas estaban vinculadas a cosas concretas o materiales y lo que se brindaba era del orden de lo simbólico, de lo vincular, de lo afectivo y emocional.

Un ejemplo de ello fue cuando un dirigente que asistió a un taller expresaba su necesidad de ser reparado económicamente o con un trabajo para atender las necesidades de sus hijos, pero al finalizar el taller, logró darse cuenta de que lo que ofrecíamos no era lo que él estaba esperando. Este dirigente manifestó que no se había puesto a pensar antes de *“cuán importante era abrazarnos y jugar con nuestros compañeros y eso es algo que no hago con mis hijos. Yo sólo me preocupaba por la comida y su ropa”*.

Otra persona expresó: *“No sé si inconscientemente o no, al hacer [en este taller] mi escultura, estaba sintiéndome vieja y acabada... no me gustaba [...] tal vez así era como me estaba percibiendo...”*. La arcilla le permitió darse cuenta de su transformación: de ser muy retraída y renegando de la vida, se volvió una persona con una nueva mirada de su realidad y del futuro, que le permitía verse joven y alegre.

Para otra participante, trabajar con sus manos le permitió valorarlas: *“Pues con ellas he sobrevivido, tejiendo... y con mis manos he hecho cosas buenas como acariciar a mi hijo desaparecido y algunas malas también... y doy gracias a Dios por haberme dado esas manos maravillosas”*. Manos que, al parecer, ahora labrarán un futuro más esperanzador y menos enraizado en el sufrido pasado.

Durante el proceso aparecieron sentimientos grupales: indiferencia, soledad, vergüenza, temor a la crítica, a que el grupo desaparezca y que deje de funcionar como espacio de contención de las emociones vertidas en él. El grupo se constituyó en su propio soporte.

Los talleres que de acuerdo a la situaciones y temas tratados permitían hacer señalamientos e interpretaciones, alternadas con técnicas dramáticas (soliloquios, inversión de roles, etc.), actividades lúdicas (corporales, verbales) ejercicios de ensueño (dirigidos), y metodologías expresivas (plásticas), favorecieron el despliegue de las fantasías individuales y la resonancia grupal, con la construcción de vínculos intersubjetivos primarios e interpersonales, que facilitaron la desestructuración de las identificaciones imaginarias y persecutorias, la sustitución de éstas por identificaciones benignas estabilizadoras, y por identificaciones simbólicas renovadoras, en segunda instancia, para la recuperación del equilibrio perdido. De esta manera, los talleres fueron ayudando a personas que de otra manera no lograban ver dentro de sí lo que les ocurría en sus vidas.

Consideramos que valdría la pena diferenciar las distintas áreas de intervención por las que transitamos tanto como equipo como con la población beneficiaria, ya que en cada uno de estos espacios fuimos DESCUBRIÉNDONOS y a pesar de las dificultades que implicaban, nos permitimos mirarnos internamente. Fue a través de “nuestras nuevas miradas” que pudimos comprender y abordar con mayor cuidado y profundidad la problemática de la población. Todo el proceso se dio paralelamente, casi simultáneamente y “en capas” o “por planos”, es decir, lo que aprendíamos del trabajo terapéutico individual, lo volcábamos al trabajo colectivo, comunal o con las entidades con las que intercambiábamos actividades o experiencias; lo que lográbamos ver en nuestro interior o dentro del equipo, lo volcábamos a dichos espacios, ampliando la comprensión y el nivel de intervención de la misma, convirtiéndose esta dinámica en la mayor riqueza de nuestro aprendizaje.

Esta “nueva mirada” también se reflejó en las actitudes de la población con la que compartimos anhelos y deseos de un futuro mejor. “**Todos aprendimos de todos**” y esa es la gran satisfacción que nos llevamos de esta importante experiencia que movilizó muchas de nuestras emociones y que, seguramente, las tendremos guardadas en el fondo de nuestros corazones.

Finalmente queremos reconocer y agradecer el apoyo de USAID, del Gobierno Regional de Junín, de la DIRESA Junín, de la Defensoría del Pueblo, de la Municipalidad de Chilca, de las Autoridades Comunales de Hualashuata y Chilca Alta, de las promotoras de Salud Mental adultas y adolescentes del Awsay Wasi y de los niños y niñas que participaron en este proyecto. Sin la presencia de todos ellos no habría sido posible la ejecución de este proyecto.

## **Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Junín**

### **Resultado 1**

*Las capacidades de los profesionales de los equipos de Salud Mental en las regiones son fortalecidas para brindar una mayor cobertura y una mejor calidad de servicios a través de los programas psicosociales para la población.*

El equipo ODEH-CAPS se encuentra fortalecido en sus capacidades técnicas habiendo logrado consolidar los conocimientos adquiridos en Salud Mental, Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos, en el trabajo con afectados por la violencia política. Esto ha podido evidenciarse en las actividades y atenciones de calidad brindadas durante el año.

Cada miembro del equipo dirigió su potencial a la realización de tareas específicas, por ejemplo el psicólogo con preferencia hacia el trabajo individual, se encargó de brindar la atención psicológica personal, la psicóloga con afinidad al trabajo comunitario estuvo más ligada al trabajo con las promotoras de los Núcleos de Salud Mental y la enfermera con formación comunitaria y experiencia en gestión, a realizar coordinaciones con instituciones, dirigir reuniones, facilitar los talleres. El trabajo estuvo organizado como si existieran 3 áreas que cada uno lideraba, participando todos ellos de manera activa en todas las actividades propuestas en el proyecto. El equipo también contaba con un médico psiquiatra, quien sólo realizaba las atenciones de su especialidad.

El fortalecimiento del equipo ha permitido a cada uno de sus miembros alcanzar también metas personales y continuar con su formación: el psicoterapeuta empezó una formación en análisis transaccional, un miembro ha logrado formar un grupo de investigación, otro se encuentra realizando una consultoría para un organismo del Estado.

Las supervisiones clínicas fueron destacadas por el equipo quien expresó el gran apoyo brindado por la supervisora clínica tanto en el trabajo de campo como a nivel personal, lo que les permitió alcanzar los objetivos trazados. La sintieron muy comprometida en la tarea, brindando retroalimentación en las actividades a realizar así como el soporte emocional en el momento necesario.

Un elemento a destacar es la tensión y desgaste emocional que se puede generar en los equipos, aun en los más exitosos. El equipo ODEH-CAPS justamente por haber sido uno de los más cohesionados y haber obtenido logros importantes hizo notorio cierto grado de descoordinación en las actividades

de cierre del proyecto. Las metas se cumplieron ampliamente, pero se pudo observar el desgaste emocional en los profesionales ante una experiencia que había exigido compromisos personales muy intensos.

Las actividades que realizaron fueron:

- *Consejerías*

Nº de personas	Nº de sesiones por persona
59	1
16	2
7	3
10	4
<b>92</b>	<b>152</b>

Durante los 2 años se han atendido a 92 personas en consejería, siendo la ciudad de Huancayo el lugar donde se realizaron la mayoría de estas atenciones. En la comunidad de Vista Alegre, 4 personas fueron atendidas en consejería a finales del proyecto. Al inicio del proyecto, los miembros de la comunidad, rechazaban este tipo de atención individual, solo aceptaron las atenciones grupales primero con los niños y luego predominantemente las mujeres, con lo cual se pudo abrir estos espacios en la comunidad. Sólo en la etapa final, percibiendo los avances y cambios en los participantes, empezaron a solicitar este espacio individual. Asimismo, de las 59 personas que asistieron una sola vez a consejería, el 36% (21 personas) recibieron atenciones en psiquiatría, participaron de talleres terapéuticos o de la combinación de ambos servicios.

Los motivos de consulta giraban en torno a problemas actuales, dificultades con la pareja, relaciones inadecuadas entre padres e hijos, sentimiento de soledad.

Al final del proyecto se realizaron entrevistas en profundidad a una muestra de personas atendidas, las cuales manifestaron el beneficio alcanzado, se pudo apreciar mejoras en el bienestar emocional de los beneficiarios como sensación de bienestar, tranquilidad, calidad en las relaciones interpersonales, disminución de los síntomas depresivos. Para sentirse bien, muchos de ellos sólo necesitaron de un momento de escucha y recomendaciones prácticas que brindó el psicólogo.

*“Solo tuve que ir unas pocas veces con el psicólogo porque me hizo pensar en lo que hacía o mejor dicho, no hacía, en mi casa con mis hermanos y eso me ayudó mucho. Luego regresé sólo para darle las gracias”.*

(Beneficiario, joven de 22 años).

*“El doctor me escuchó y me dio mucha paz interior. Yo vine con mucha tristeza, ahora veo las cosas de otro color”.*

(Beneficiaria, señora de 51 años).

- *Psicoterapia*

Nº de personas	Nº de sesiones por persona
1	44
1	39
3	17
3	13
1	11
3	10
3	8
3	6
5	5
<b>23</b>	

En relación al proceso psicoterapéutico, 23 personas fueron atendidas durante los 2 años. El 52% (12 personas) recibieron tratamiento por un período de 2 meses y medio hasta los 11 meses, pues los motivos de consulta eran problemas más profundos, los cuales requerían de un mayor tiempo para procesarlos. Del total de personas que recibieron atención en psicoterapia, 7 llevaron conjuntamente tratamiento psiquiátrico y 5 personas además de psiquiatría, participaron en los talleres terapéuticos. Una persona en tratamiento psicoterapéutico participó sólo de los talleres terapéuticos.

Al final del tratamiento, los beneficiarios alcanzaron grados de recuperación psicológica que van desde alivio de síntomas hasta una mayor integración personal, mejor calidad de vida y concretización de proyectos de vida. El 48% (11

personas) lograron una mayor integración personal, mejoras en su calidad de vida y concretización de sus proyectos de vida, así como el alivio de sus síntomas (indicadores de recuperación 1, 2, 3). Es significativo mencionar que 7 de ellas, complementaron el proceso psicoterapéutico con los servicios de psiquiatría y su involucramiento en los talleres terapéuticos.

El 43% (10 personas) mostraron mejoras de sus relaciones interpersonales, familiares, laborales y establecimiento de sus proyectos de vida así como la disminución de síntomas (indicador de recuperación 1, 2) y el 9 % (2 personas) presentó disminución y alivio de los síntomas por los cuales acudió a consulta (indicador de recuperación 1).

Los beneficiarios han manifestado en las entrevistas en profundidad mejorías tales como la disminución de síntomas depresivos, capacidad para iniciar nuevas y mejores relaciones interpersonales, superación profesional y/o laboral, incremento de autoestima.

De esta manera podríamos concluir que se ha logrado lo que se esperaba con el tratamiento.

*“Yo había caído en una depresión muy fuerte, mi padre fue asesinado, y había ido a varios psicólogos, pero ninguno me entendió hasta que me enviaron acá y encontré a Jorge, él me ha entendido. Me ayudó a retroceder en el tiempo, me apoyó con el psiquiatra... ahora tengo ganas de vivir, he hecho planes nuevamente con mis estudios, estoy muy contenta. De mi parte también tuve que tener confianza, pues sin eso él no me hubiera podido ayudar”.*

(Beneficiario).

- *Talleres terapéuticos*

En relación a los talleres terapéuticos, estos se impartieron en 2 grandes grupos, de niños y adolescentes y el de adultos, en ambos se formaron subgrupos diferenciados por lugar de atención y público objetivo.

- *Talleres con adultos*

En total 169 personas adultas participaron de esta actividad, participaron 2 grupos de afectados los cuales recibieron una serie de talleres terapéuticos cuyos contenidos fueron secuenciales y hubo un grupo de afectados por la violencia política identificados por la DIRESA Junín que participaron de un sólo taller a pedido de esta institución.

Un grupo estuvo integrado por afectados por la violencia política convocados por el equipo a nivel departamental, éste se caracterizó por ser un grupo abierto, los participantes provenían de diferentes organizaciones de afectados. En total se brindaron 20 talleres terapéuticos durante los 2 años y se realizaron en el

local de ODEH, en la ciudad de Huancayo. Las actividades se iniciaron con una buena cantidad de participantes, pero poco a poco estos fueron reduciendo su asistencia, generalmente los que provenían de fuera de la ciudad.

Otro grupo estuvo conformado por los miembros de la “Asociación de Desplazados y Afectados Hijos de Sivia Ayacucho” (ADEAHSA), quienes radican en la comunidad de Vista Alegre Hualashuata. Estas personas no asistieron a los talleres brindados en la ciudad de Huancayo, por lo que paralelamente a éstas (en el 2006) se les brindaron 4 talleres terapéuticos con temas solicitados por ellos y fueron realizados en su propia comunidad.

El logro percibido durante las entrevistas estuvo reflejado en un conocimiento práctico de lo que es Salud Mental, Derechos Humanos, autoestima, trabajo en equipo, lo que generaba una reflexión profunda de los temas y una mejor relación entre los miembros de la familia y participantes.

*“A mí me ayudó mucho, nos ha hecho pensar en como nos estábamos llevando con mi familia. Ahora en tu presencia recién le digo a mi papá que ha cambiado, ya no es el de antes, ahora nos escucha y no ordena, nos pregunta primero”.*

*“Sí, es cierto lo que mi hermana dice, él siempre obligaba y no quería que habláramos, ahora nos pregunta, nos sugiere las cosas y he empezado a contarle a él también lo que me pasa con mis amigos”.*

*“Sí señorita, mi esposo no era cariñoso, pero cuando fuimos al taller nos ayudó mucho, ahora puede ver que paramos juntos y conversamos mucho, una de ellas nomás (por una de sus hijas) que aún le cuesta que le hagamos cariño”.*

(Beneficiarios, grupo familiar).

- *Talleres con niños/adolescentes*

Los talleres terapéuticos realizados con los niños, niñas y adolescentes fueron denominados por el equipo ODEH-CAPS como “Dinámicas Grupales con Niños”, pues tenían además un componente de resiliencia. Se atendieron un total de 92 niños cuyas edades fluctuaban entre los 5 y los 14 años. De la misma manera que con los adultos, también se trabajó con 2 grupos diferentes de manera paralela.

Un grupo lo conformaron los niños, niñas y adolescentes del grupo “Niños sin Fronteras por la Paz” de Chilca, se les brindó 5 talleres en el 2006 y la asistencia se mantuvo desde el inicio con 17 niños hasta el final. Esta actividad se realizó en un local en Chilca.

Otro grupo, estuvo integrado por los niños, las niñas y los adolescentes de la comunidad de Vista Alegre Hualashuata, hijos de desplazados quienes asistían al

local Awsay Wasi. Fueron 11 talleres brindados durante los 2 años; se iniciaron en Junio del 2006 y terminaron en Setiembre del 2007, con una asistencia masiva de niños, el número generalmente no era menos de 30.

Los últimos meses del 2007, se propuso trabajar 4 talleres sólo con los adolescentes sobre temas específicos de esta etapa de desarrollo, la cual tuvo mucha acogida.

En la actividad de cierre del proyecto se pudo apreciar que los niños y adolescentes ponían en práctica los temas trabajados en los talleres como fueron el conocimiento de sus derechos y deberes, desarrollo de su autoestima, incremento de su creatividad. Muchos de ellos crearon poesías y canciones alusivas a los temas aprendidos y se presentaron de manera desenvuelta frente al público, realizaron un sociodrama sobre lo que era Salud Mental con situaciones de su vida cotidiana. Manifestaron públicamente lo bien que se sienten y lo mucho que les ayudó lo aprendido en los talleres.

*“Estoy muy contenta, he aprendido mucho con Jorge, Yudy, Betty, yo no sabía lo que era Salud Mental... Ahora soy una promotora adolescente y puedo ayudar a los demás, principalmente a los mas chiquitos”.*

(Promotora adolescente).

Los temas de los talleres fueron: autoestima, control de la ira, como aprendemos a querernos y respetarnos, violencia familiar, acercándonos con caricias afectivas, creatividad en los niños, niños con roles de adultos, nuestra actitud hacia la vida, etc. Estos, se replicaron en los diferentes grupos.

- *Psiquiatría*

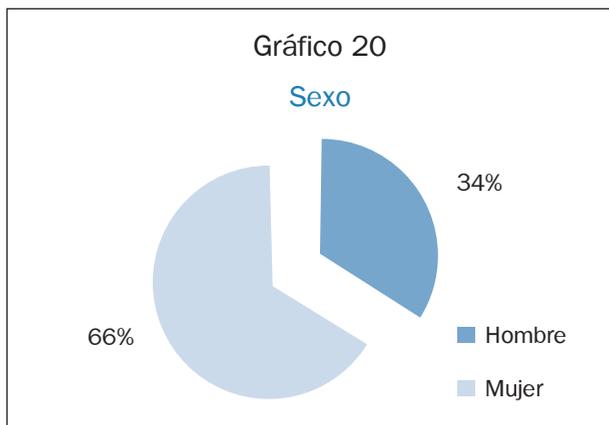
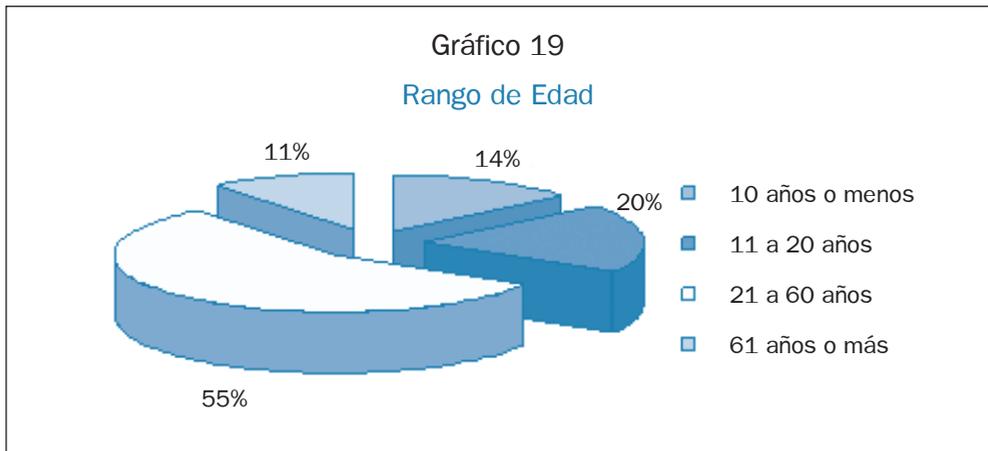
Nº de personas	Nº de sesiones por persona
2	18 a 21
4	8 a 11
5	4 a 7
10	3
13	2
54	1
<b>88</b>	

En el servicio de psiquiatría fueron atendidas 88 personas durante los 2 años, muchos de ellos (56%) llevaron tratamiento psiquiátrico acompañando a la atención psicológica (consejería, psicoterapia, talleres terapéuticos), lo que permitió generar un efecto de alivio mayor. El 44 % (38 personas) llevaron sólo tratamiento psiquiátrico pues eran personas que al momento de la admisión requerían este servicio.

A continuación se muestran gráficos de las atenciones clínicas en Junín.



Otros: Psicoterapia + Talleres Terapéuticos, Psicoterapia + Psiquiatría + Talleres Terapéuticos, solo Consejerías, Consejerías + Psiquiatría + Talleres Terapéuticos, solo Psiquiatría y Psiquiatría + Talleres Terapéuticos.



## **Resultado 2**

*Cinco Núcleos comunitarios de Salud Mental, sostenidos por agentes comunitarios, capacitados articulados a las redes y recursos locales, desarrollan acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.*

El equipo ODEH-CAPS ha logrado capacitar a un grupo de 14 mujeres que pertenecen a programas sociales (Vaso de Leche, Comedores Populares) identificadas en el trabajo realizado el año pasado en la comunidad de Vista Alegre Hualashuata. De igual manera, se capacitó a un grupo de adolescentes, identificados en el trabajo realizado a nivel grupal durante el año pasado, con la finalidad de brindar apoyo en el trabajo a realizar por las promotoras.

En el diagnóstico inicial, se vio como necesidad el contar con un espacio para niños y adolescentes donde puedan jugar y realizar sus tareas escolares y prevenir de esta manera la continuidad de la violencia, por lo que se decidió que el Núcleo de Salud Mental compuesto por las promotoras brindara servicios a su comunidad a través de la Biblioteca-Ludoteca llamada Awsay Wasi. El local fue brindado por la Asociación de Propietarios de la comunidad quienes ya reconocían y aceptaban el trabajo con los niños realizado por el equipo local.

Durante todo el año se les brindó 12 talleres de capacitación, el equipo propuso una metodología diferente a la de los demás equipos locales: un taller de capacitación teórica y la semana siguiente se ponía en práctica el tema aprendido, reforzando con actividades prácticas todos los conocimientos adquiridos. La concurrencia a las capacitaciones ha sido significativa, logrando que el 86% de participantes tenga alrededor del 60% de asistencias durante todo el período. De igual manera, los temas de los talleres fueron replicados a los adolescentes con la participación de las promotoras del Núcleo de Salud Mental.

Los temas brindados fueron: salud mental, salud mental comunitaria, derechos humanos y derechos humanos vulnerados, liderazgo, trabajo en equipo, metodología de intervención con niños, nutrición, elaboración de materiales didácticos. Las encuestas de satisfacción han demostrado que los temas brindados han sido importantes para la labor a realizar en la Biblioteca-Ludoteca y para su vida cotidiana, resaltan la adquisición de nuevos conocimientos teóricos y prácticos.

Las promotoras han manifestado que los talleres les han ayudado mucho a nivel personal, familiar, y dieron mucho valor a lo que han aprendido a hacer de manera productiva, refiriéndose específicamente a la fabricación de productos como yogurt, mermeladas de diferentes sabores, costura y al trabajo en equipo.

Durante la actividad de cierre se pudo apreciar la capacidad de algunas promotoras en la organización, preparación de la actividad y como facilitadoras

del mismo, resaltando un gran cambio en relación a evaluaciones anteriores donde esperaban siempre las indicaciones del equipo local.

*“Me siento muy contenta por ser promotora, ahora sé que puedo ayudar a los niños y ellos van a estar mejor. Mi esposo está muy contento, está orgulloso, cuando se presenta dice: soy el esposo de la presidenta del Awsay Wasi”.*

(Presidenta del Awsay Wasi).

*“Las capacitaciones me han ayudado mucho, ahora ya no maltrato mucho a mis hijos, ya puedo hablar con ellos. He aprendido mucho, sé hacer mermelada y yogurt”.*

(Promotora).

Los adolescentes manifestaron lo mucho que les ha servido las capacitaciones para tener conductas de solidaridad, mejor relación con los padres y hermanos, conocimiento de sus derechos y deberes y sentirse mejor. También han aprendido a preparar mermeladas y crear materiales didácticos.

Esto se pudo comprobar en la actividad de cierre donde manifestaron públicamente todo lo aprendido, realizaron dramatizaciones de temas que les fueron brindados; se mostraron desenvueltas y auténticas.

Las promotoras, paralelamente al proceso de capacitación, han estado trabajando durante todo este año con los niños y adolescentes en la Biblioteca-Ludoteca bajo la supervisión continua del equipo local. Establecieron desde su formación la junta directiva de la organización y han ejecutado las actividades con la aceptación y apoyo de la junta directiva de la comunidad, con quienes se ha mantenido en constante contacto. Asimismo, han ido perfeccionándose en la preparación de alimentos, participando en ferias comunales y ofreciéndolas en las actividades comunales. Vale recordar que la propuesta del NUSAME implica el desarrollo paulatino de la identidad del grupo de promotoras así como la proyección que quieran darle a su rol de promoción de la salud mental en la comunidad. En ese sentido, sus esfuerzos e identidad a través de la Biblioteca-Ludoteca se abrió a otras iniciativas que el equipo ODEH-CAPS decidió seguir incentivando: el desarrollo conjunto de actividades productivas.

En los últimos meses de finalización del proyecto, el equipo local empezó a reducir su participación directa en las actividades de la Biblioteca-Ludoteca con la finalidad de que las promotoras tomaran más iniciativa y autonomía. Para la actividad de cierre, el núcleo comunitario de promotoras se organizó y trabajó en equipo: planificaron la actividad con actuaciones de los niños y palabras de agradecimiento y elaboraron alimentos que se brindaron a todo el público (yogurt y galletas con mermelada).

Al realizar las entrevistas a profundidad con las promotoras y preguntárseles como habían planificado el trabajo de este año con los niños, manifestaban que aún no se habían puesto de acuerdo, que tenían una reunión pendiente para organizarse. Esto nos permite presumir que el núcleo comunitario de las promotoras adultas se estaría inclinando a dirigir sus mayores esfuerzos en el trabajo productivo, lo que favorece el desarrollo de sus capacidades resilientes y autónomas, aunque podría disminuir la motivación y tiempo para la labor promocional. Es necesario resaltar que en la actividad de cierre, recibieron dos propuestas con respecto a los productos que estaban fabricando: la elaboración de refrigerios para la ONG Niños del Futuro y la invitación a la Oficina de Negocios del Municipio de Chilca para que puedan gestionar un microproyecto.

El trabajo con los niños en la Biblioteca- Ludoteca donde se brinda hasta el momento un doble servicio (hora de juego y apoyo en tareas escolares), ha generado un grado de inseguridad en las promotoras en contraste con sus iniciativas productivas porque, aunque han aprendido a jugar con ellos les resulta difícil apoyarlos en sus tareas escolares, ya que en su mayoría son analfabetas o tienen sólo los primeros años de primaria. Parte del trabajo del equipo ODEH-CAPS fue impulsar la capacitación de las promotoras adolescentes para complementar el desenvolvimiento de las adultas; así, el apoyo en las tareas escolares de los niños es actualmente realizado por ellas. Por su parte, el grupo de promotoras viene interactuando con los niños a través del juego, fortaleciéndose mutuamente en ese espacio de interrelación comunitaria.

En relación a la sostenibilidad del Núcleo de Salud Mental Comunitaria, las promotoras del Awsay Wasy iniciaron su labor firmando un convenio de cooperación con la Junta directiva de la Asociación de Propietarios de Vista Alegre Hualashuata y el equipo ODEH-CAPS donde se estableció un compromiso formal de trabajo conjunto con las promotoras y la comunidad, brindándoseles un reconocimiento especial. Asimismo, en los primeros meses del año 2007 se firmó un convenio entre la Alcaldía de Chilca, Gerencia de Desarrollo Social del gobierno Regional, DIRESA- Junín, organizaciones no gubernamentales que trabajan en la zona y la Junta Directiva de los comuneros, con el cual se declaró a Chilca Alta como “Centro piloto de intervención multidisciplinaria y concertada” y a los barrios que conforman Chilca Alta como “barrios saludables”, siendo efectivas hasta la actualidad las pasantías de operadores de salud de la DIRESA y los programas de alfabetización que se realizan en el Awsay Wasi. Muchas de las promotoras ya están asistiendo al programa de alfabetización.

Posterior a la actividad de cierre y en presencia del equipo local, las promotoras del Awsay Wasi firmaron un convenio con la Junta Directiva de la comunidad comprometiéndose ambas partes a continuar el trabajo con los niños y adolescentes en el Awsay Wasi. Las promotoras expusieron su plan de trabajo y los miembros del equipo local se han comprometido en hacer un seguimiento a sus actividades de manera presencial, una vez al mes.





## 2.6. Región Puno



## **Apuntes sobre la recuperación del bienestar emocional en Puno**

*Yovana Pérez*

En la región de Puno el proyecto adquirió un matiz diferente. La alianza establecida con una importante institución de la zona –El Centro de Espiritualidades Emaús– condujo la labor hacia los ejes de capacitación y supervisión del trabajo que los miembros de dicha institución desarrollan. En ese sentido no se realizaron intervenciones comunitarias ni muchas de las actividades que en otras zonas tuvieron lugar. La finalidad mayor era fortalecer las capacidades institucionales y brindar soporte técnico para que la tarea se enriquezca y se expanda.

### ***Sobre el Centro de Espiritualidades Emaús***

En el inicio del 2006 hasta marzo del 2008, CAPS suscribió un convenio interinstitucional con el “Centro de Espiritualidades Emaús” de la ciudad de Puno, entidad dedicada a realizar una labor de promoción y de atención de las problemáticas de Salud Mental de la zona.

La especificidad de Emaús consiste en que cuenta con una Escuela de Formación para el Acompañamiento Espiritual, proyecto que busca capacitar personas –profesionales de diversas especialidades– para que brinden servicios voluntarios de escucha y de sostenimiento emocional a cualquiera que lo demande. La formación académica incluye temas de teología, ética, psicopatología, procesos sociales y culturales, metodología de escucha entre otros. Los acompañantes espirituales que culminan su adiestramiento cumplen el rol de agentes comunitarios de salud mental y son una referencia importante y sostenida en una zona de aguda problemática social, donde la oferta de servicios de atención es escasa.

La modalidad del trabajo de los acompañantes es básicamente individual, aunque también han trabajado fortaleciendo organizaciones. La metodología de intervención consiste en brindar un espacio de escucha no directivo durante un número acotado de sesiones en los que se favorece la catarsis y el entendimiento de algunas problemáticas emocionales; se evitan los consejos y orientaciones directivas y los casos más complejos son derivados a la consulta especializada de un psicólogo y/o psiquiatra.

Las atenciones son ofrecidas, tanto en el local institucional como en las zonas de residencia de las personas que solicitan ayuda; los acompañantes se trasladan a diversas provincias de la región (Ayaviri, Azángaro, Juliaca, San Antón)

con cierta periodicidad para trabajar en ambientes que los mismos usuarios gestionan. Todos los acompañantes cuentan con espacios de supervisión y de sostenimiento emocional sostenido, proporcionados por la misma institución.

## **Año 2006**

Para la fecha de inicio del proyecto existía en Emaús un equipo de cinco acompañantes espirituales que habían comenzado un trabajo de atención a afectados por la violencia política. La alianza entre ambas instituciones tuvo, en el primer año de trabajo, la finalidad de fortalecer la labor de dichos acompañantes mediante actividades de capacitación, supervisión clínica, facilitación de talleres grupales con una asociación de afectados: la Coordinadora Regional de Afectados por el Conflicto Armado Interno (CORACAI) y el apoyo para fortalecer el trabajo de una red local dedicada a la labor de incidencia pública; la Mesa Temática Post CVR Puno. Se acordó entonces que un profesional del CAPS viajaría mensualmente a la zona en calidad de supervisor para impulsar estos espacios.

### ***Fortaleciendo las capacidades del equipo***

La demanda de capacitación de los miembros de la institución local estaba orientada a recibir información sobre el fenómeno de la violencia política e incorporar en su práctica de acompañantes, herramientas técnicas para el trabajo psicoterapéutico y sobre metodologías que les permitieran facilitar dinámicas grupales. Fue así que las primeras reuniones giraron en torno a la presentación y discusión de las secuelas de la violencia política, a la transmisión de algunos principios técnicos y teóricos de varias modalidades de atención (consejería, acompañamiento, psicoterapia, peritajes), a la presentación de algunas nociones de mediación y resolución de conflictos, útiles para el trabajo de fortalecimiento a grupos de afectados.

En un primer momento la relación de trabajo entre el equipo local y la supervisora del CAPS fue fluida, pero finalizando el primer trimestre, el estilo académico de la supervisora hacía sentir al equipo que los temas tratados estaban alejados de su práctica concreta. Ante esto, fue necesario que la Dirección Ejecutiva y el equipo de Monitoreo y Evaluación conversaran con la supervisora y realizaran visitas para evaluar el panorama y entrevistar al equipo de acompañantes de Emaús. Los profesionales locales reconocieron que para su trabajo de acompañamiento a los afectados, el convenio con CAPS era una gran fortaleza pues le permitía la ampliación de la cobertura de atenciones a los afectados por violencia política y posicionar el tema de Salud Mental y Derechos Humanos en la agenda de las instituciones interesadas, pero a la vez expresaban la necesidad de un abordaje más directo y empírico en las capacitaciones.

Fue ésta una oportunidad para que el equipo de Emaús reflexionara sobre sus propios mecanismos grupales para enfrentar los conflictos o asuntos que generan malestar. Las reuniones realizadas les permitieron ventilar directamente sus ideas y posiciones, ser auto-críticos, hacer un balance del proyecto y proponer claramente su alternativa de solución: el cambio de supervisor del CAPS.

Poco tiempo después se realizó la sustitución requerida. La nueva representante del CAPS encargada de realizar el trabajo de supervisión en la región Puno sostuvo algunas reuniones iniciales con los profesionales del equipo en las que se pudo conversar de manera más prolongada sobre la situación ya descrita y razonar sobre las dificultades que tuvo el grupo para enfrentarla.

Las capacitaciones siguientes continuaron respondiendo a la demanda que el equipo puneño demarcó desde el inicio. Esta vez las exposiciones fueron cuidadosas en mantener una tónica más didáctica, en incluir viñetas tomadas de sesiones institucionales y en manejarse con un lenguaje más coloquial y cotidiano. También se incluyeron algunos espacios en los que se habló de metodologías de trabajo grupal con niños.

### ***La supervisión clínica***

El trabajo de supervisión clínica fue interesante debido a que en este espacio se generó un intercambio y diálogo sobre metodologías de intervención y maneras de comprender los casos. Los acompañantes trabajaban con personas que habían sufrido de manera muy cruda el embate de la violencia: familiares de desaparecidos, de asesinados, testigos de masacres, sobrevivientes de las mismas con agudas secuelas, etc. Estas personas, en su mayoría, no habían tenido acceso nunca a servicios de atención y se podía apreciar cómo luego de tantos años los síntomas permanecían de manera intacta al igual que los recuerdos dolorosos. A su vez, y como es común, los afectados presentaba una dinámica de vida actual teñida por la violencia familiar y conflictos vinculares determinados por inhibiciones, descontrol de impulsos y una situación social de pobreza extrema.

Los acompañantes enfrentaban estos casos con bastante solvencia y sentido común, sin embargo a veces empleaban ciertas modalidades técnicas que podrían redundar en la acentuación de los aspectos victimizados del acompañado. No pocas veces se le pedía a las personas que relataran de manera pormenorizada los eventos relacionados con la violencia, incluso antes de que el escuchado pudiera formular una demanda de atención. La verbalización de los aspectos dolorosos era entendida como una fuente importante de cura vía la catarsis pero esto, en ocasiones, lo que hacía era actualizar un dolor que no siempre era pertinente traer al presente, pues podía tener como consecuencia reafirmar la victimización o el reiterar la expresión no elaborativa del estado sufriente. Así

mismo, a veces los afectados no sentían pertinente ventilar las experiencias traumáticas, pues tenían otras temáticas más actuales o urgentes que querían abordar. En algunas ocasiones aparecían exhortaciones de los acompañantes a que los pacientes perdonaran a sus victimarios, aun cuando la situación de los pacientes demandaba otra intervención; en otras supervisiones se hizo evidente cierta dificultad del grupo para incluir en el trabajo la problemática sexual de los casos, sobre todo de los adolescentes.

A pesar de lo anterior, se apreció que muchos de los acompañantes tenían un manejo adecuado de la técnica de escucha y realizaban intervenciones muy creativas y productivas. Las dificultades técnicas fueron discutidas y analizadas con los acompañantes y se les dieron muchas recomendaciones directas para intervenir. Con el tiempo se apreció una mejor interiorización de otros aspectos clínicos importantes y una flexibilización de la práctica de escucha que, no obstante, debe seguir puliéndose.

### ***El fortalecimiento grupal a la asociación de afectados***

El trabajo grupal con la CORACAI fue más limitado; se facilitaron dos talleres de diagnóstico participativo con la finalidad de explorar las necesidades de Salud Mental que este grupo tenía para ser abordadas en talleres posteriores. En ese sentido, los problemas más acuciantes que reportaron los afectados estaban relacionados con la presencia de jóvenes con severos trastornos emocionales: impulsividad, alcoholismo. Reportaron, además, que los adultos también necesitaban apoyo pues se sentían tristes, estaban retraídos, con problemas de autoestima y que los niños presentaban varias dificultades de aprendizaje. Finalmente, se refirieron a los conflictos que los afectados atraviesan como institución: divisiones, rencillas y celos y, en algún momento, hicieron alusión a la situación de pobreza y de poco acceso a los servicios básicos, aunque se les aclaró que estos últimos temas excedían las posibilidades de intervención del proyecto.

Los miembros de la CORACAI propusieron algunas alternativas de solución a sus problemas, tales como recibir atención individual psicológica y psiquiátrica en las zonas donde residen, y acceder a espacios de capacitación y de fortalecimiento para lograr una mejor cohesión y fluidez en la organización grupal. Pedidos que fueron incluidos en una oferta de servicios, que incluía la realización de talleres terapéuticos y de sesiones individuales de escucha.

Sin embargo, cuando se inició el trabajo con esta asociación se presentaron dificultades que lo obstaculizaban: los miembros de la misma, no estaban dispuestos a compartir espacios grupales, pues las intensas pugnas entre ellos lo hacían imposible; por ejemplo: los huérfanos sentían una intensa hostilidad hacia los inocentes liberados a quienes acusaban de perpetradores. Situaciones

como ésta hicieron que el equipo local determinara no trabajar de manera conjunta con todos los integrantes de la CORACAI, sino hacer talleres por separado. En dichos talleres posteriores se abordaron temas como: miedos, traumas, perdón, reconciliación y se realizaron además actividades de animación sociocultural para favorecer la integración de los integrantes de la organización.

En el trabajo grupal, los acompañantes dieron muestras de mucho manejo e iniciativa para fomentar dinámicas. El empleo de técnicas expresivas, plásticas, psicodramáticas fue muy pertinente y estos espacios lograron suavizar un tanto la tensión interna que imperaba en el grupo, aunque sin disolverla del todo pues entre otras cosas, el tiempo no era suficiente para alcanzar objetivos tan ambiciosos.

### ***La Mesa Temática Post CVR Puno***

La Mesa Temática Post CVR es un colectivo interinstitucional regional cuya finalidad es velar por el cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación en lo relativo al tema de las reparaciones para los afectados por la violencia política y en la realización de acciones de incidencia pública y de sensibilización a las autoridades y a la ciudadanía sobre estos aspectos.

En el año 2006, el trabajo con la Mesa se centró en torno al análisis y reflexión sobre determinados aspectos organizativos, estratégicos y de funcionamiento que aparecían como problemáticos para dicho colectivo. Emaús, miembro de esta red, había reportado que existían desde hace algún tiempo, ciertas dificultades internas que debilitaban el trabajo de incidencia y que estaban relacionadas con el poco compromiso de algunos de los integrantes, la falta de definición de objetivos, visión y misión y la persistencia de un clima tenso y conflictivo que afectaba la toma de decisiones y el accionar del grupo de trabajo.

Se llevaron a cabo cuatro reuniones-talleres con los miembros de la Mesa donde se trabajaron diversos aspectos tales como: conocerse y fortalecer las relaciones de confianza entre instituciones afines a la temática; conceptos básicos de Psicología Social aplicados a la Gestión de Conflictos y Conciliación; la identificación de los problemas y necesidades más urgentes que presentaba este colectivo de trabajo así como a identificar las posibles soluciones a los mismos; la elaboración del plan estratégico y de un plan de trabajo que incluía tareas a realizar a mediano plazo.

Las urgencias reportadas por la Mesa estaban relacionadas con la falta de compromiso y motivación que algunas instituciones miembros mostraban, con la marcada dificultad para impulsar un plan de reparaciones en la zona y para darle un acompañamiento más consistente a los afectados por la violencia política.

Las soluciones ofrecidas apuntaban a la búsqueda de mecanismos permanentes de motivación, sensibilización y de convocatoria para las acciones de la Mesa, al manejo de metodologías de fortalecimiento de grupos y de técnicas de mediación de conflictos para trabajar con los afectados, así como a la necesidad de hacer ajustes en la organización interna de la Mesa.

A lo largo de este proceso se logró progresar en la consolidación de las bases de funcionamiento de la Mesa, aunque no acudieron todos los miembros del colectivo a estos encuentros, los asistentes reportaron que habían logrado clarificar mejor sus metas y ser más conscientes de los alcances de su labor. Este breve trabajo de fortalecimiento impulsó en buena medida la expansión de la labor de la red local que, en el año 2007, mostró mayor consistencia organizativa y empleó fructíferas y creativas estrategias de incidencia que serán comentadas más adelante.

## **Año 2007**

En el año 2007, última etapa del proyecto, la finalidad era lograr que en cada zona de intervención se establecieran Núcleos de Salud Mental Comunitaria que garantizaran la sostenibilidad de la tarea de promoción de la Salud Mental. Para lograrlo nos propusimos conformar y dinamizar equipos de agentes comunitarios que serían los destinados a darle continuidad al trabajo mediante servicios concretos de Salud Mental que brindarían en sus lugares de residencia.

En el caso de Puno esta estrategia de sostenibilidad se plasmó en el compromiso de Emaús y CAPS de formar a promotores provenientes de diferentes asociaciones de afectados y residentes en varias provincias de la región para que estuvieran luego en capacidad de atender algunas problemáticas de sus colectivos o barrios mediante charlas, eventos de sensibilización y acciones de acompañamiento espiritual a nivel individual. Lo central de esta fase del convenio fue que Emaús tuvo la posibilidad de aplicar su programa de formación, ya no con profesionales, sino con personas directamente afectadas que favorecerían la extensión del servicio a zonas a las que el equipo de acompañantes no tenía un acceso sostenido.

Si bien el proceso de formación de promotores era el eje fundamental del convenio durante el 2007, se mantuvieron componentes del anterior: en particular los espacios de capacitación y de supervisión clínica. En relación a la capacitación, el grupo de la región solicitó se les transmitieran herramientas de trabajo para abordar casos de violencia sexual pues ésta es una problemática muy frecuente en la zona, y profundizar algunas nociones de diagnóstico clínico y de técnica de los procesos terapéuticos, tanto para niños como para adultos.

Así, los contenidos que se trabajaron a lo largo del año abarcaron aspectos generales del diagnóstico clínico de las grandes entidades o estructuras (psicosis, neurosis y perversiones), sobre las diferentes secuelas emocionales de la violencia, articulando estas nociones con algunos fenómenos sociales ocurridos en la década pasada. Lo relativo a la técnica y manejo de sesiones clínicas fue trabajado a través de la supervisión de casos concretos.

### **Los promotores de Salud Mental**

Para conformar el grupo de promotores, el equipo de Emaús responsable del proyecto en su zona, viajó a diferentes localidades para convocar a los interesados y explicarles la naturaleza del programa de capacitación, aclarando también el carácter voluntario de su futura labor. Al finalizar esta etapa, contaban con 22 personas provenientes de las provincias de Azángaro, Juliaca, Ayaviri, Ilave y del mismo Puno, interesadas en la formación, con manifiestos rasgos de liderazgo y motivación probada para ejercer la tarea de promoción de la Salud Mental.

Los cursos se iniciaron en el mes de marzo y se dictaron durante nueve meses consecutivos. El programa de formación tuvo que adaptarse a las características de los alumnos, particularmente a su nivel académico e incluyó cursos tales como: Filosofía de Emaús, Contextos de la Modernidad y la Postmodernidad, Tradiciones Andinas, Resiliencia, Psicopatología, Comunicación no violenta, Etapas de Maduración, Metodología del acompañamiento, Escucha y autoescucha, Moral, Racismo, Interculturalidad, Derechos Humanos, La Victimización y la Víctima, Historia de la Violencia en el Perú, entre otros. Para facilitar el proceso de aprendizaje los docentes usaron con frecuencia recursos audiovisuales de apoyo y dinámicas vivenciales dentro de las clases.

Muy pronto, la formación comenzó a movilizar afectos y recuerdos dolorosos, así como la necesidad de elaborarlos, por lo que los profesionales de Emaús iniciaron ciclos de talleres terapéuticos para abordar algunas problemáticas importantes para los alumnos (autoestima, secuelas de la violencia política, violencia familiar, comunicación, etc.) y comenzaron a atenderlos de manera individual para que pudieran elaborar sus conflictos de manera más consistente.

Los talleres terapéuticos, a lo largo de este año, han tenido una progresión notoria en su calidad técnica y metodológica; inicialmente más cercanos a una modalidad de testimonio, y en medio de un ambiente de dolor y de rememoración de lo traumático, evolucionaron hasta convertirse en verdaderos espacios de encuentro, de valoración de habilidades y de rescate de una subjetividad más constructiva y menos victimizada, aspectos que hablan muy bien del desempeño de los profesionales de Emaús como facilitadores.

Las escuchas individuales fueron un puntal muy importante del trabajo, pues favoreció que los alumnos, todos ellos afectados por la violencia política

directamente y protagonistas de situaciones familiares dolorosas, pudieran ir recuperando lentamente estados de bienestar emocional, posicionándose de manera más saludable frente a sus problemáticas. Sin embargo, las marcas de dolor y fragilidad eran tan contundentes que hubo que prolongar los espacios de escucha y acompañamiento más allá de lo que se había programado en un inicio y, por otro lado, determinar que los promotores durante el año 2007, no iban a realizar labores de atención individual pues su estado emocional y la persistencia de actitudes victimizadas o de minusvalía no lo permitían.

Se optó entonces por darles a los futuros promotores el tiempo necesario para que maduren sus capacidades de escucha y limen algunas problemáticas personales, y por fortalecer sus habilidades para la realización de charlas y actividades grupales no tan complejas de ejecutar.

A partir de entonces a las clases y talleres se le sumaron espacios de planificación, actividades en las cuales los alumnos, acompañados por los miembros de la institución contraparte, comenzaron a diseñar charlas y talleres dirigidos a las organizaciones a las que pertenecían o a personas que residían cerca de sus hogares. El formato de estas actividades grupales incluía tanto dinámicas de animación como contenidos de capacitación y facilitación de debates, siendo un esquema similar al de un taller terapéutico y que replicaba muchos de los aspectos que ellos iban aprendiendo en los cursos.

Los alumnos tiempo después comenzaron después los alumnos a impartir estas charlas y talleres. En un inicio se apreciaron ciertas dificultades metodológicas y también prejuicios a la hora de abordar algunos contenidos. Ejemplo de ello, fue un taller ejecutado en septiembre en la ciudad de Juliaca por cinco alumnos en el que abordaron el tema de violencia familiar. En él se escucharon mensajes tales como: *“hay que ser más cariñosas con los esposos (que maltratan)”*, o *“no es bueno separarse porque la separación de la pareja afecta mucho a los niños”*. Fue gracias al acompañamiento sostenido de los profesionales de Emaús, al trabajo de elaboración de guías, discusión de contenidos, evaluación del trabajo, y a las sugerencias de la supervisora, que estas facilitaciones devinieron en momentos verdaderamente dinámicos que lograban convocar el interés y la participación de los oyentes y en los cuales los contenidos llegaron a ser manejados con solvencia y fluidez.

Para la última etapa del año, se multiplicaron las charlas y las acciones grupales del grupo de promotores quienes trabajaron en sus organizaciones el tema de la autoestima, el duelo y la depresión, la comunicación no violenta apreciándose un adecuado uso de diferentes técnicas vivenciales: dramatizaciones, ejercicios de animación, una buena capacidad para seleccionar materiales de estímulo: documentales, láminas, fragmentos de lecturas y un significativo nivel de manejo conceptual.

Este grupo de promotores, si bien es un Núcleo de Salud Mental Comunitario con diferentes características a los de las otras regiones, tiene la fortaleza y la

singularidad de que pueden abarcar varias zonas de trabajo, algunas escasamente visitadas por muchas instituciones. El entusiasmo y motivación demostrada de manera sostenida por los alumnos de la Escuela de Emaús ha sido otro de los rasgos que los ha distinguido; el grupo se ha mantenido en su mayoría dentro del proyecto, pocas han sido las deserciones en este proceso y las que ocurrieron, estuvieron determinadas por motivos de fuerza mayor de índole familiar o laboral. Entre ellos se han tejido lazos de verdadera amistad y camaradería y los espacios académicos se convirtieron además, y desde los primeros momentos, en espacios de intercambio de experiencias, de apoyo emocional espontáneo y de convivencia fraterna.

Emaús, por su parte, se ha comprometido abiertamente a darle seguimiento a la capacitación de los agentes y a acompañarlos en sus funciones de promoción y atención. Para ello, como sabemos, la institución cuenta con un equipo profesional ya formado que puede continuar contribuyendo en la supervisión de las tareas, en el acompañamiento emocional de los agentes y en la adquisición de nuevas destrezas y conocimientos. Por otro lado, al ser una entidad sólida y de prestigio, tiene la ventaja de poder gestionar fondos para los esfuerzos futuros.

### ***Sobre el trabajo de incidencia en políticas públicas***

La labor de incidencia pública que realizó la Mesa Temática Post CVR fue, durante el 2007, sumamente fecunda y notoria. En este período la estrategia de trabajo consistió en realizar visitas descentralizadas a las comunidades y localidades en las que viven los afectados para, desde allí, realizar acciones informativas y de coordinación con autoridades, lo que permitió que la tarea estuviera directamente engarzada a la problemática de los afectados y que la misma tuviera una cobertura mucho más amplia. Cabe destacar que durante el año la Mesa trabajó en estrecha coordinación con la CORACAI.

Entre los temas que se abordaron en dichas visitas estuvo, de manera relevante, lo relacionado a las reparaciones, la necesidad de incluirlas en el presupuesto participativo, en las políticas de gobierno y la necesidad de que la población afectada esté debidamente informada sobre los mecanismos y trámites que les permiten acceder a las mismas. No pocas veces los miembros de la Mesa recibieron solicitudes de capacitación por parte de autoridades que no tenían mayor información al respecto aunque también se toparon con alcaldes evasivos y poco interesados en esta situación.

Por otro lado, en este periodo, la Mesa Temática presentó al Gobierno Regional un proyecto de ordenanza donde se desarrollaban las bases legales para la implementación del PIR, la realización del Registro Regional de Afectados y la puesta en práctica de las Recomendaciones del Informe Final de la CVR. La propuesta generó mucho interés en los funcionarios y fue, finalmente, aprobada

en el mes de octubre de 2007. Esto constituye una importante dinamización del trabajo de incidencia regional, sobre todo porque en esta región el tema de las reparaciones a las víctimas del conflicto armado interno no había sido tratado prioritariamente.

Posteriormente las instituciones miembros realizaron diversas visitas para difundir los alcances de esta ordenanza y para dar detalles sobre el Registro Único de Víctimas y sobre la judicialización de casos en la Corte Interamericana de DDHH.

Muchos de los afectados visitados demandaron además la implementación de espacios que ayuden a construir la memoria colectiva y a la reflexión sobre las causas del conflicto, así como el reconocimiento de la calidad de víctimas para algunos miembros de las fuerzas del orden. La necesidad de compartir sus experiencias y los sucesos acaecidos durante el período de la violencia era imperiosa, por lo que este colectivo tiene aún una ardua tarea por delante y la necesidad de seguir potenciando los esfuerzos interinstitucionales que le permitan alcanzar nuevos y mayores logros.

### **Comentarios finales**

El proyecto nos dio la valiosa oportunidad, entre otras, de trabajar con diversas instituciones del país que realizan una encomiable labor vinculada a la temática de Derechos Humanos y Salud Mental. Uno de los grandes retos que se nos planteó fue la necesidad de establecer puentes de comunicación y buscar puntos de entendimiento sobre aspectos teóricos y técnicos que, muchas veces, eran diferentes.

En el caso de Emaús podemos afirmar que se logró establecer una compenetración significativa y una fluidez considerable en los vínculos. Aprendimos mutuamente unos de otros y el respeto a las diferencias fue tan importante como la valoración de las similitudes.

Por otro lado, el trabajo nos dio la posibilidad de contribuir en alguna medida a impulsar procesos de sensibilización, de incidencia, de recuperación y de promoción en una zona que, a pesar de la difícil situación social y del gran nivel de afectación que ha tenido por la violencia política, había tenido muy pocos avances en temas de reparaciones y de atención a la problemática emocional de los afectados. La labor de los promotores, sobre todo la que podrán desplegar en el futuro, nos llena de entusiasmo y optimismo; más allá del impacto inmediato que el proyecto pudo haber tenido en sus vidas, en sus familias y en sus organizaciones, creemos que están sentadas las bases para que sean ellos, los dolientes de antaño, los que tomen las riendas de su recuperación y contribuyan, junto a las instituciones comprometidas, al bienestar y a la mejora de la Salud Mental de muchas personas de su entorno y de la región.

## **Encuentro, caminos y horizonte: Una labor desde Emaús**

*Eva Cossío,*

*Percy Málaga*

El Centro de Espiritualidades Emaús está integrado por un equipo de hombres y mujeres de diferentes culturas, carismas, edades y profesiones que estamos unidos para poner en marcha y recrear, en nosotros, con cada persona que viene en nuestra búsqueda, y en nuestra misma escuela, el Camino de Emaús. Hablar de Emaús, es entonces hablar de una búsqueda común, de itinerancia, diversidad, fragilidad, amistad, danza del espíritu.

En un inicio, nuestra propuesta de acompañamiento individual a los afectados por la violencia política, resultaba para ellos extraña y poco confiable. Sus experiencias traumatizantes y el hecho de nunca haber sido escuchados o por lo menos tomados en cuenta, nos emplazó a “descalzarnos”, dejar de lado nuestras expectativas y sólo mostrarles con hechos nuestra solidaridad y respeto. Y así, poco a poco, fuimos ganando un espacio entre ellos, mostrando un camino nuevo por recorrer. Los afectados manifestaron varias veces en esos momentos que no querían recordar los momentos tristes y dolorosos que les tocó vivir y muchos rechazaron a la institución desconfiando de sus intenciones.

En una reunión de la Asociación de Desplazados en Juliaca realizada en el mes de febrero del 2007, un directivo de manera exaltada manifestó que no querían el servicio de escucha pues éste les hacía mucho daño. Luego de explicar el alcance y los objetivos de nuestro trabajo, muchas fueron las personas que se acercaron a solicitar el servicio al finalizar la asamblea. En el mes de mayo, ese directivo que hizo del uso de la palabra solicitó que se le escuche y acompañe.

Con el convenio suscrito en los años 2006 - 2007 entre CAPS y Emaús de Puno, tuvimos la oportunidad de sostener actividades de atención y promoción de la Salud Mental en algunas de las provincias más afectadas por la violencia en nuestra región: Melgar, Azángaro, Lampa, ciudad de Puno, Ilave, y Juliaca (provincia ésta en la que se reúne la mayoría de Asociaciones de Afectados y Desplazados por la violencia política). Nuestro público objetivo fueron dichas organizaciones: de viudas, juveniles, parroquiales, organizaciones de barrio y organizaciones de mujeres.

En el año 2006 comenzamos asistiendo a las reuniones de la Coordinadora Regional de Afectados por el Conflicto Armado Interno (CORACAI), que en aquel entonces tenía grandes problemas organizativos: los miembros asistían poco a las asambleas, no llegaban a acuerdos casi nunca, atacaban la gestión de los directivos bajo la sospecha de manejos egoístas o de buscar utilidad personal

y no lograban organizarse para conseguir la personería jurídica. La primera oferta de realizar talleres con los directivos de las diferentes organizaciones que conformaban la CORACAI fue improductiva por los agudos conflictos que había entre ellos; por ejemplo, los dirigentes de la asociación de huérfanos no podían compartir con los inocentes liberados pues los acusaban de ser los asesinos de sus padres.

Se realizaron los talleres con las bases de los grupos de afectados, quienes progresivamente se fueron interesando en estos espacios y a los que posteriormente se les invitó a las sesiones de escucha, las que tuvieron igualmente mucha acogida. Hubo personas que no aceptaron las sesiones de escucha, pero sí se beneficiaron de los talleres, sobre todo las viudas. Más de una vez manifestaron lo bien que estas reuniones les hacían y cómo iban cambiando la manera de relacionarse con sus hijos, vecinos y familiares.

En el año 2006 se realizaron además, actividades de incidencia a partir de nuestra inclusión en una red de soporte comunitario desde la que participamos en exhumaciones, romerías y talleres de capacitación. La Mesa Temática Post CVR, conformada por la representante de la Oficina de Defensoría del Pueblo en Puno, de las Vicarías de Solidaridad de las Prelaturas de Juli, Ayaviri, la Mesa de Concertación (MCLCP), Cáritas Juli, Pastoral Universitaria, UNEC, INTERQUORUM, FEDERH, CEDEH, FONCODES-Oficina de Promoción por la Paz y Desarrollo Humano, EMAÚS-CAPS, se dedicó, de acuerdo a la especialidad de los miembros, a atender a los afectados en los diferentes distritos y comunidades.

A partir de este trabajo se logró que varias asociaciones obtuvieran su personería jurídica, indispensable para conformar legalmente la CORACAI. En este primer año, la red facilitó que los afectados elaboraran una petición al Gobierno Regional para que éste reconociera a Puno como región afectada por el conflicto armado interno. EMAÚS-CAPS jugó un papel muy importante a partir de la realización de talleres, consejerías (escuchas), romerías y, de manera muy especial, con su presencia en el acto de exhumación de tres cuerpos en la comunidad de Sillota, distrito de Progreso de la provincia de Azángaro.

En el 2007, se extendió el trabajo de la Mesa Temática Post CVR; los miembros de la misma adoptaron como estrategia acompañar a las organizaciones de afectados en reuniones realizadas en sus propios lugares de residencia. Se visitaron mensualmente a los diferentes distritos afectados por la violencia, para realizar reuniones de coordinación descentralizadas, y así sensibilizar y comprometer a las autoridades locales. En la mayoría de casos se encontró respuesta positiva de las autoridades para trabajar los temas de reparación y recomendaciones de la CVR.

En ese año, la Mesa incidió para la elaboración de la Ordenanza Regional 008-2007, mediante la cual se creó el “Consejo de Reparaciones y seguimiento a las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación”, erigiéndose

así como una instancia consultiva para el diseño de políticas regionales en reparaciones. La ordenanza se aprobó el 26 de abril del 2007 y se publicó en el diario El Peruano el 21 de octubre del 2007.

En el año 2007, el convenio interinstitucional adquirió un matiz diferente; el trabajo se centró en la implementación del Núcleo de Salud Mental Comunitario en la región Puno. Se convocó a las asociaciones de afectados y organizaciones de base, siendo la sede el distrito de Chuchito. El Núcleo tuvo la finalidad de formar agentes comunales de Salud Mental que, al ser miembros y líderes de diferentes organizaciones de afectados, estarían en la capacidad de -una vez terminado el proyecto- realizar acciones de promoción, prevención y atención en sus zonas de residencia y con sus bases.

Emaús orientó su propuesta académica según los siguientes contenidos: un primer módulo de **Procesos sociales que** incluía los temas “Contexto Moderno”, “Cambio de Época”, “Cultura Andina”, “Medios de Comunicación”. El segundo módulo **Teología y Moral** abarcó temas de: “Acompañamiento” y “Moral y Ética”. El tercero: **Psicología y Psicopatología** ofreció varias clases sobre “Escucha y Autoescucha”, “Comunicación no Verbal”, “Psicopatología”, “Transferencia y “Contratransferencia”, “Comunicación no Violenta”, “Resiliencia”; el cuarto Módulo denominado **Espiritualidad y Acompañamiento** contenía aspectos relacionados con la “Filosofía y Espiritualidad del Acompañamiento”. A nivel metodológico, las exposiciones o ponencias se combinaban con dinámicas, juegos, cantos, presentaciones teatrales, proyección de películas con contenido referente al tema que se abordaba.

El grupo de promotores comunales seleccionado respondió de manera entusiasta desde el momento de la convocatoria. Creemos que la motivación ya estaba creada por el trabajo de acompañamientos y talleres realizado en el año 2006. Sin embargo, los promotores –que a la vez eran afectados por la violencia política– en los talleres iniciales que invitaban a recordar las experiencias vividas, mostraban resistencias y desconfianza. Hubo varios pedidos de ayuda material y expresiones constantes de victimización y minusvalía. Muchos sentían que la reparación de las heridas dejadas por la pérdida de propiedades y seres queridos se aliviaría solamente a partir de resarcimientos materiales.

Pero al avanzar los meses, al trabajar los diversos temas de capacitación y recibir las sesiones de acompañamiento, fueron entendiendo la importancia de ocuparse de la vida espiritual, psicológica o emocional y el compromiso espontáneo de ayudar a otros se consolidó.

Algo importante fue sucediendo al interior del grupo de promotores: al exponer sus vivencias ante el resto, al conocer los dolores de los demás se establecieron lazos sólidos de solidaridad, compasión y amistad. El grupo terminó con una especial confianza en sus aprendizajes, sentían que algo podían responder y hacer por las personas que a veces les contaban sus problemas. Esto fue

ampliamente demostrado en los talleres de réplica que realizaron sobre varios temas: autoestima, duelo, violencia familiar, comunicación no violenta etc., en los que se observó una marcada solvencia y seguridad en las facilitaciones. A medida que se acercaba el día de la clausura el dolor era otro, el de no volverse a ver, al menos en las condiciones que lo habían hecho durante el año.

Con el NUSAME, reuniéndonos cada fin de semana con los participantes, hemos caminado durante nueve meses, hemos buscado responder a las expectativas que traían, hemos compartido momentos muy emotivos y dulces también. A lo largo del curso nos fuimos respetando y aceptando como somos, creando unidad dentro de la diversidad racial, cultural y de credos. Nos unió el dolor, las ganas de cambiar y de atesorar conocimientos más en el corazón que en la cabeza.

Los promotores desean continuar este proceso de crecimiento integral, seguir construyendo buenas relaciones de amistad y solidaridad desde sus casas, con sus vecinos, en sus organizaciones y darle continuidad a sus acciones de promoción.

Desde Emaús podemos decir que a través de todo este proceso se ha recuperado la voz de muchos de los llamados pobres y sencillos, el aprendizaje logró movilizar afectos y experiencias que al principio no querían ver ni sentir, los ayudó organizarse de mejor manera. En ese sentido, fue esperanzador que al realizar la Actividad Socio-cultural en el mes de diciembre, afloraron extraordinarias aptitudes artísticas para el baile, canto, música y poesía. La banda de música había fallado y ellos espontáneamente salieron por las calles con nuestras banderolas y con nuestras voces nos hicimos presentes en un desfile que convocó a la prensa por sí sola y movilizó a los transeúntes. Sentimos que desde esta movilización básica se construyó una presencia.

No ha sido fácil llegar a este resultado a lo largo de estos dos años, pero tenemos claro el carácter acertado de nuestra formulación y, a su vez, el compromiso de darle continuidad.

Como Monseñor Romero decía en una de sus homilias: *“Hay un criterio para saber si Dios está cerca de nosotros o está lejos; todo aquel que se preocupa del hambriento, del desnudo, del pobre, del desaparecido, del torturado, del prisionero, de toda carne que sufre, tiene cerca a Dios”*.

## Reporte del programa de monitoreo y evaluación de los resultados finales del proyecto en la región Puno

### **Resultado 1**

*Las capacidades de los profesionales de los equipos de Salud Mental en las regiones son fortalecidas para brindar una mayor cobertura y una mejor calidad de servicios a través de los programas psicosociales para la población.*

El equipo EMAUS-CAPS ha logrado el fortalecimiento de sus capacidades profesionales incorporando a su experiencia previa los temas de Derechos Humanos y Salud Mental, y abriendo su campo de atención a personas afectadas por la violencia política, donde trabajaron directamente con organizaciones de afectados.

En el 2007, el equipo coordinador sólo brindó atención grupal en talleres terapéuticos y de capacitación. El equipo de Emaús, brindó las consejerías<sup>4</sup> a los afectados por violencia política que ingresaron a la Escuela de Emaús para ser formados como promotores de Salud Mental. Así, los participantes de la Escuela han recibido durante el presente año de 4 a más atenciones y se ha podido evidenciar el incremento de bienestar emocional según sus propias manifestaciones. Estas apuntan a una mejora en las relaciones interpersonales, a una actitud positiva frente a los problemas, a la disminución de sentimientos de tristeza, retomando sus estudios y/o labores. Inclusive, las dificultades entre organizaciones se han minimizado.

*“Me siento muy bien ahora, hay mucha diferencia de cómo vine la primera vez; ahora me estoy aprendiendo a reconocer, aunque seguro me falta un poco... pero ya puedo entender mejor a mis hijos”.*

(Participante de la escuela de Emaús).

En entrevistas a los miembros de Emaús se pudo comprobar lo declarado por los beneficiarios en relación a una recuperación emocional, donde manifestaron los cambios positivos percibidos en las últimas sesiones. Hicieron hincapié en que aún habían algunas personas que necesitaban continuar con las consejerías, pues todavía las sentían frágiles.

---

4 Emaús tiene experiencia en técnicas de escucha y acompañamiento espiritual, este último, en este proyecto, se ha denominado consejería.

*“Estamos en procesos muy satisfactorios con las personas que atendemos, muchos han manifestado todos sus problemas y han ido reconociendo sus errores”.*

(Miembro de Equipo Emaús).

*“Los participantes de la escuela han mejorado mucho, pero aún hay algunos a los cuales seguiremos atendiendo pues no han logrado superar el dolor que traen consigo”.*

(Miembro de Equipo Emaús).

Uno de sus mayores aportes, donde se pudo apreciar el grado de involucramiento en el tema, fue incorporar el tema de Salud Mental y Derechos Humanos en las instituciones y organizaciones de afectados que conforman la Mesa Temática Post CVR, sensibilizando y contribuyendo al seguimiento de las mismas.

Las instituciones del estado y ONGs que forman parte de la Mesa Temática Post CVR han manifestado la importancia de la Salud Mental en el proceso de trabajo con los afectados por la violencia política.

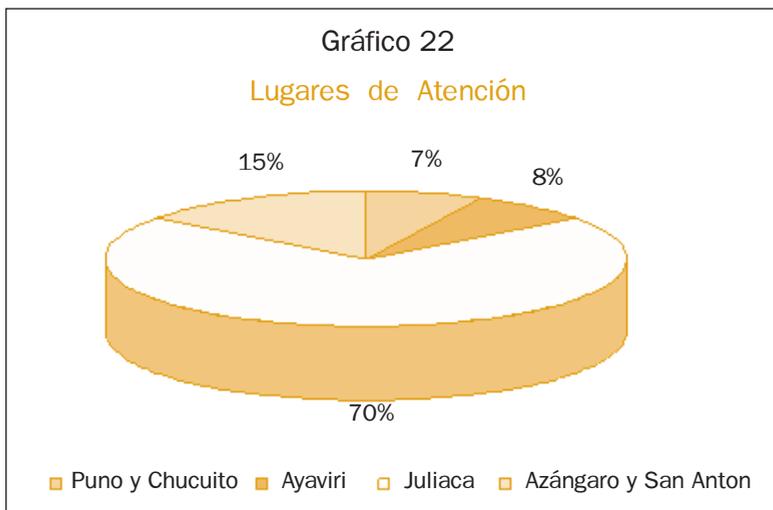
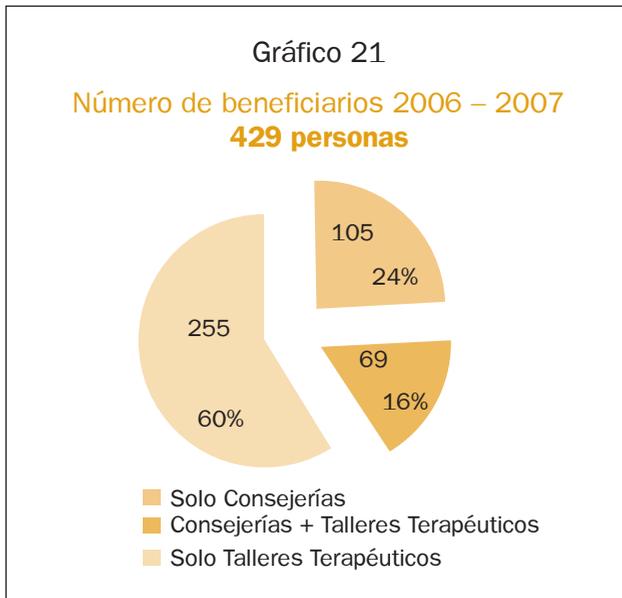
Algunos de los dirigentes de las organizaciones de afectados que antes se negaban a ser atendidos por el equipo de Emaús han sido sensibilizados e ingresaron a la Escuela de Emaús para formarse como promotores de Salud Mental.

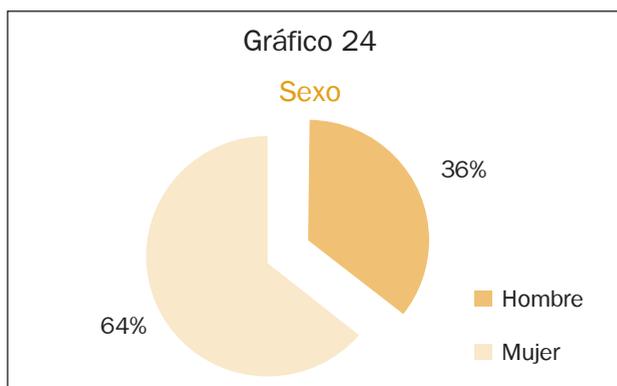
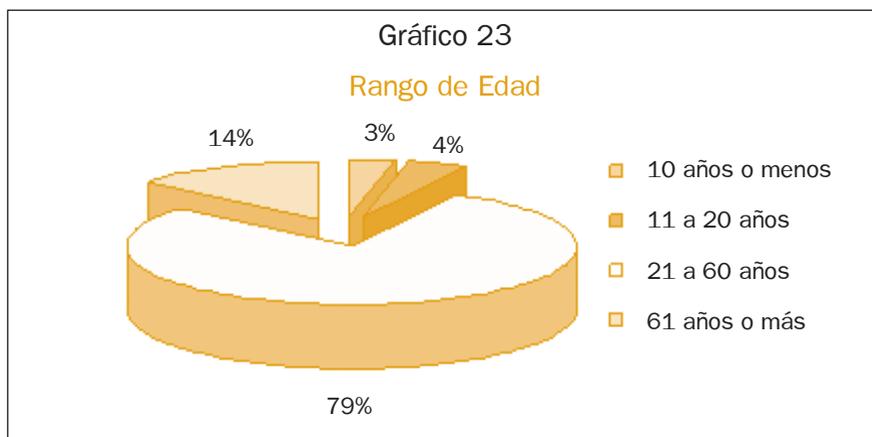
*“Yo trabajo en CEDEH (Centro de Desarrollo Humano) y ayudo a los afectados a realizar trámites, de ahí me doy tiempo un ratito para hablar de Salud Mental con ellos”.*

(Miembro de la Mesa Temática Post CVR).

Una de las dificultades que el equipo mantuvo durante el proyecto fue la marcada dificultad para realizar las labores administrativas, como elaboración de informes, seguimiento del plan de actividades, rendición oportuna de cuentas, manejo de la base de datos; asuntos en los cuales la supervisora y el equipo de Monitoreo y Evaluación tuvieron que invertir mucho tiempo. Siendo su desempeño adecuado en el trabajo directo con afectados y en los procesos de incidencia, se buscó la manera de facilitar este trabajo y optimizarlo, por lo que se mantuvo una constante supervisión y se adaptaron algunas herramientas para evitar los retrasos significativos que dificultaban el monitoreo. El equipo coordinador de Emaús ha sido conciente del apoyo brindado por parte de la supervisora y otros integrantes de la institución CAPS para resolver esta dificultad. Han sentido el apoyo constante y se sienten agradecidos por la dedicación brindada.

A continuación se muestran gráficos de las atenciones clínicas en Puno.





## Resultado 2

*Cinco Núcleos Comunitarios de Salud Mental, sostenidos por agentes comunitarios capacitados articulados a las redes y recursos locales, desarrollan acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.*

La propuesta de los Núcleos de Salud Mental Comunitaria en Puno se flexibilizó pasando, de un formato delimitado a generar procesos de promoción de la Salud Mental dentro de una comunidad, a un formato en el que afectados por violencia política de diversos lugares convergían en una escuela donde eran formados como promotores para luego desenvolverse como tales en sus lugares de residencia y asociaciones.

Al finalizar el proceso de formación como acompañantes (promotores) se logró conformar un grupo sensibilizado de líderes en temas de Salud Mental y Derechos Humanos y por la propia experiencia personal de haber tenido procesos de acompañamiento individual, en capacidad para realizar acciones de prevención y promoción de la salud mental.

En las encuestas de satisfacción de los talleres han manifestado su aprobación general a los temas brindados, y lo positivo y útil que han sido a nivel personal, familiar y dentro de sus propias organizaciones. El aspecto más destacado de los talleres es que se brindaron temas nuevos para los participantes (resiliencia, salud mental, etc.) ya que a muchos de ellos, por ser dirigentes de asociaciones de afectados, habían sido capacitados en temas sociales (sobre organizaciones, liderazgo, trabajo en grupo, etc.).

*“Estoy muy agradecida a ustedes., hemos aprendido mucho, ahora voy a compartir todo con mi organización de mujeres”.*

(Dirigente de CEADMUN -Centro de Apoyo al Desarrollo de la Mujer y el Niño de Puno).

*“Ahora estamos comprometidos a brindar atención a nuestros hermanos haciendo estos talleres, para hacer a la gente reflexionar”.*

(Dirigente de Asociación de Afectados de Azángaro).

*“Con los talleres he aprendido a escuchar y acompañarme a mi misma, ahora puedo ayudar a los que más lo necesiten”.*

(Dirigente de Asociación de afectados Juliaca).

Los agentes de escucha, promotores de Salud Mental, en el último trimestre del año iniciaron acciones de promoción y prevención de Salud Mental en cada una de sus organizaciones realizando réplicas de los talleres terapéuticos y de capacitación recibidos durante su formación. Se ha podido observar que en las réplicas están logrando sensibilizar en temas de Salud Mental y Derechos Humanos, promoviendo la reflexión grupal e individual.

Los promotores se muestran motivados en la labor iniciada, realizan sus réplicas con dinámicas, material audio-visual, promoviendo la reflexión y participación del grupo, obteniendo al finalizar ideas fuerzas del tema brindado. Sin embargo, la mayoría aún no ha podido iniciar las atenciones de escucha en sus organizaciones y comunidades como estaba planificado en un inicio, pues todavía no se encuentran en condición de atender y acompañar los problemas de otros, por ello continúan recibiendo sesiones de escucha personal con el equipo Emaús (manifestado en el resultado 1). El equipo Emaús será quien determine el momento de iniciar estas atenciones al finalizar el proceso de recuperación individual de los agentes.

En relación a la sostenibilidad, se cuenta con el respaldo formal de Emaús, una institución con muchos años de permanencia en Puno y sensibilizada en la actualidad con el tema de violencia política y salud mental. Esta institución se ha comprometido a continuar con la labor de supervisión y formación de los agentes comunitarios, brindando soporte emocional y espiritual.

# **Capítulo 3**

## **Monitoreo y Evaluación del Proyecto**



## **Síntesis de los procedimientos del programa de monitoreo y evaluación durante el proyecto**

*Equipo de M Y E CAPS*

*Carmen Wurst*

*Carlos Saavedra*

*Haydee Antón*

*Erika Cuba*

### **Presentación**

Desde el año 2001, el CAPS realizó evaluaciones anuales con consultores externos, fueran o no éstas solicitadas por las agencias de cooperación. Fue una sana política que permitió contar con espacios de análisis y reflexión sobre el quehacer institucional, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de los proyectos en curso, de tal manera que el equipo podía tomar decisiones para la mejora de la gestión.

Algunas organizaciones consideran que los evaluadores son aquellas personas que realizan un trabajo de “investigación”, por encargo de las agencias de cooperación, para indagar acerca de los resultados de los proyectos que apoyan. Sabemos quienes hemos pasado por estos procesos, que si bien es en parte así, sus informes nos permite mejorar nuestra gestión, encontrar los puntos débiles y también constatar el impacto que ha tenido en los beneficiarios.

El área de Monitoreo y Evaluación del CAPS, se desarrolla a partir del proyecto apoyado por USAID en el año 2004; antes de la formación de esta área especializada, se habían ido construyendo herramientas tanto para el seguimiento de las diferentes actividades de los proyectos ejecutados como para la evaluación; es así que tomando como base lo avanzado, se da un mayor impulso con recursos del proyecto.

Un sistema de monitoreo y evaluación se sustenta en la comprensión y el compromiso de quienes en mayor o menor medida son responsables de llevar adelante el cumplimiento eficaz y eficiente de los proyectos, para poder responder a las necesidades de las personas a las cuales se orientan los esfuerzos de las intervenciones.

Así, un primer paso fue contar con una consultoría<sup>5</sup>, que con un enfoque participativo, involucró en el proceso a todos los miembros del CAPS. Y es a partir

---

5 Marcia Bernaum con el auspicio de USAID, fue la consultora que brindó las primeras bases para el sistema de Monitoreo y Evaluación del CAPS.

del 2004 que se formó el primer equipo, con una coordinación, un Especialista en investigación y dos asistentes (una de ellas a medio tiempo).

Implementar un sistema al interior del CAPS, fue una tarea compleja, en primer lugar se presentaron algunos dilemas e interrogantes: ¿Si somos de la institución, cómo podemos evaluarnos a nosotros mismos? ¿El equipo de M y E debiera tomar cierta distancia, limitarse a medir y evaluar los resultados? ¿El equipo del proyecto vería a M y E como el “cuco”? Estas inquietudes aunado al presupuesto para la implementación del sistema, así como la incorporación de otras especialidades, generaron al inicio incertidumbre y tensiones, que finalmente se fueron aclarando en el camino. El espíritu del equipo de M y E fue el de generar una dinámica participativa, involucrando a los miembros de la institución en diferentes momentos. No ha sido tarea fácil encontrar lenguajes comunes y visiones compartidas, en profesionales de diferentes especialidades; creemos que ésta es una tarea de largo aliento, que no se logra con un solo proyecto.

Las tareas conjuntas se dieron desde el inicio del proyecto: la construcción de las herramientas, la participación en cursos de capacitación en estadística y sistemas de procesamiento de datos, en el uso de la base de datos, informes periódicos de avance de metas, reuniones continuas con el equipo del proyecto, jornadas para analizar resultados, tomar decisiones y finalmente mejorar la gestión.

Fueron muchos esfuerzos desplegados, que nos dan como lección aprendida que “menos es más”, que mientras más simple sea la medición cuantitativa, tendremos mejores datos, y que nada es más valioso que escuchar de las personas, los cambios que experimentaron en sus vidas: las entrevistas cualitativas nos permitieron escuchar sus voces y comprobar que esta retroalimentación hace humano el sistema de M y E.

Creemos que el programa de M y E es el resultado de un esfuerzo y aprendizaje conjunto, que superó las esperables resistencias, tanto del equipo del proyecto en Lima como de los equipos locales del proyecto, que finalmente ha sido valorado y reconocido, y permitió que el resultado del trabajo en equipo pueda ser transmitido con precisión a los diferentes actores involucrados.

Agradecemos al equipo del CAPS, a los profesionales de los equipos locales y a todas las personas que nos dieron facilidades para realizar este informe.

## **1. Diseño del Plan de Monitoreo y Evaluación**

El Plan de Monitoreo y Evaluación ha sido construido siguiendo los lineamientos del Marco Lógico de Intervención. Por ello, cada proceso que se lleva a cabo en el Área de Monitoreo y Evaluación del CAPS está basado en el seguimiento de

las actividades que han sido programadas para lograr los resultados propuestos. En dicho plan se propone aplicar los medios de verificación (diferentes tipos de herramientas); algunos de ellos ya han sido utilizados en proyectos anteriores y otros se han construido en trabajo conjunto con el equipo técnico del proyecto.

Todas las actividades y atenciones que recibieron los beneficiarios han sido ingresadas en las bases de datos en cada región y enviadas mensualmente como archivos para alimentar la base de datos CAPS.

Para evaluar el efecto de la intervención se realizaron mediciones de antes (líneas de base) y después (evaluación).

Para el resultado 2, se realizaron entrevistas con informantes clave en las comunidades, con participantes de los Núcleos de Salud Mental, y se tomaron pruebas de conocimientos a los promotores comunales al final del proyecto.

## **2. Conceptos básicos utilizados**

### **2.1 Monitoreo**

Es una herramienta que está dirigida a verificar la ejecución de las actividades y el uso de los recursos que se plantearon en el momento del diseño del plan operativo del proyecto.

### **2.2 Evaluación**

Es el proceso que busca determinar los efectos y los impactos del proyecto en relación con las metas definidas a nivel de Objetivos Generales y Específico y resultados, tomando en consideración los supuestos señalados en el marco lógico.

### **2.3 Metas**

Mide el número de actividades realizadas y el número de beneficiarios atendidos en el proyecto.

### **2.4 Línea de Base**

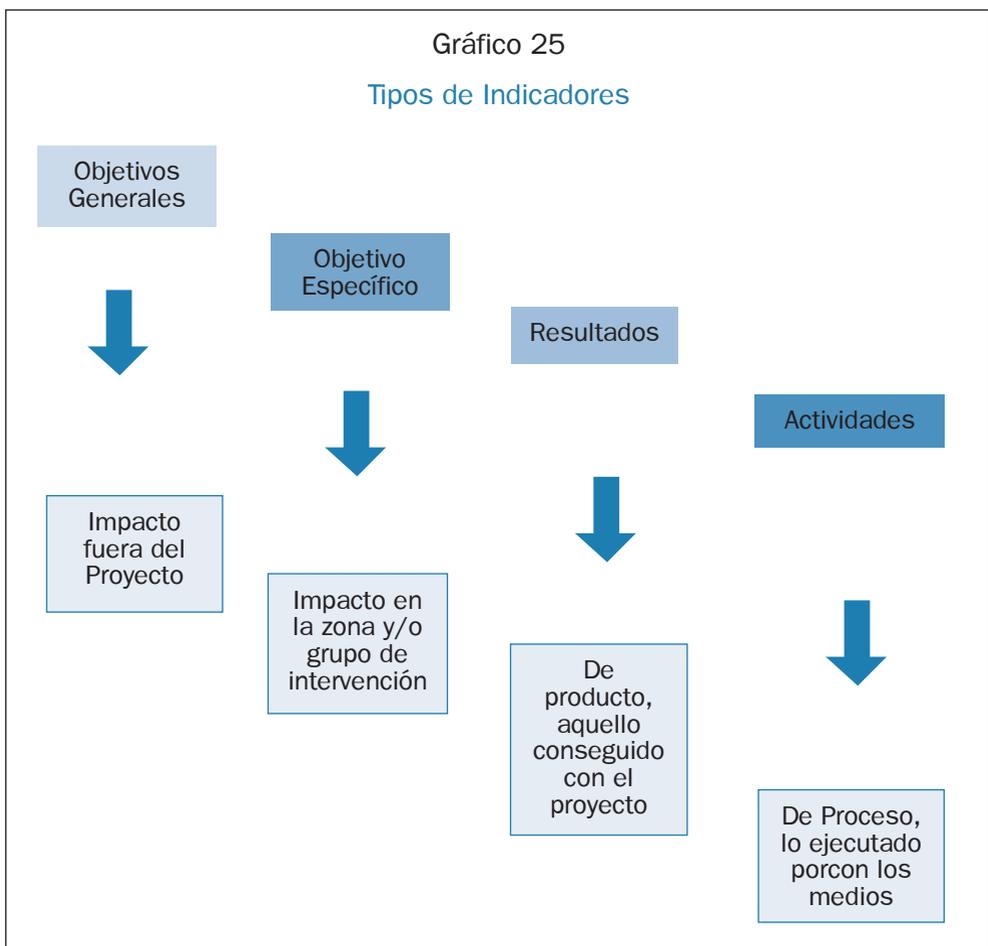
Determina la situación en la que se encuentra la población destinataria con relación a las dimensiones o problemas que se desean afrontar con la implementación del proyecto.

### **2.5 Beneficiarios directos e indirectos**

Los beneficiarios directos son aquellos que participan directamente en las actividades del proyecto. Los indirectos son los que se beneficiarán a partir de la intervención con los beneficiarios directos.

### 3. Indicadores Objetivamente Verificables / Fuentes de Verificación

En el caso de los indicadores de resultados, para el resultado 1 se consideró que el fortalecimiento de capacidades de los equipos locales se podía medir parcialmente por los resultados del trabajo efectuado por ellos durante el proyecto. Por lo tanto, en este rubro se incluyen la evaluación de diversas actividades desarrolladas a excepción de la capacitación de promotores (que se incluye en el resultado 2. Además, se hicieron evaluaciones particulares a los profesionales locales, relativas a la incorporación de nuevos conocimientos.



## **Fuentes de Información**

Diseño de Herramientas (Anexo 1 de herramientas) y procesamiento de datos (Manual de la Base de Datos).

El equipo de M&E entregó a los equipos operativos al inicio del proyecto, una guía con las herramientas a utilizar, las codificaciones de cada herramienta, los formatos, las indicaciones de cómo llenarlos y la forma de envío.

*Herramientas usadas en atención individual.* Cada paciente debe ser reportado con:

- Ficha de paciente: (**FAdmPT**)
- Ficha de evolución de la atención psicológica (**SFPT**)
- Fichas de psiquiatría (**FPQ**) y (**EPQ**)
- Escala de bienestar emocional (**Bien**)
- Ficha de recuperación (**FREC**)

*Herramientas usadas en actividades:*

- Formato de informe para actividades grupales (**Infactiv**)
- Registros fotográficos (**Regfoto**)
- Documentos de agenda de salud mental de entidades locales (**AgInst – sin formato**)
- Cassettes con entrevistas grabadas (**GrabE - sin formato**)
- Reportes breves de las entrevistas grabadas (**Repentrgrab**).
- Cronograma de reuniones de trabajo u otros productos de la red de soporte (comunitaria o externa) (**Croequ - sin formato**)
- Notas de prensa sobre actividades del proyecto (**Notprens – sin formato**)
- Programa de la campaña de sensibilización (**ProAct - sin formato**)

*Herramientas usadas en el área de Monitoreo y Evaluación:*

- Guía de Entrevistas en profundidad a:
  - ▼ Beneficiarios
  - ▼ Equipo local

- ▼ Supervisores
- ▼ Informantes claves
  
- Base de datos

La Institución posee una base de datos donde están ingresados los beneficiarios de todos los proyectos, las actividades realizadas, los documentos respectivos (informes de actividades, registros fotográficos, fichas de atención en psicoterapia, consejería, etc.).

Para este proyecto, se adaptó el software creando minibases para cada zona, llamadas “Capsubsedes” y se les entregó un manual práctico para su uso.

El equipo de M&E realizó jornadas de capacitación en base de datos y uso de herramientas, lo que permitió efectuar de manera adecuada el ingreso de datos, realizar el seguimiento de actividades y hacer uso apropiado de las diversas herramientas a usar.

En lo que concierne a la evaluación de la atención en psicoterapia y consejería se contó con una Ficha de Recuperación, donde se integraron las diferentes fuentes de verificación y se obtuvo un indicador de recuperación para cada paciente. Del mismo modo, para medir las actividades grupales como talleres terapéuticos se hicieron entrevistas a muestras de beneficiarios.

Además, para medir este mismo resultado se tomaron pruebas de conocimiento de entrada y salida a los miembros de los equipos locales. Del mismo modo se les hicieron entrevistas en profundidad tanto a ellos como a los supervisores de estos equipos.

En el caso de los Indicadores a nivel de proceso (actividades), las sesiones brindadas a los beneficiarios tanto de psicoterapia, consejería, psiquiatría y talleres psicoterapéuticos se midieron a través del registro en la base de datos de cada región (CAPS Subsede). El cumplimiento de estas atenciones fueron registradas en un formato virtual (fuente de verificación) elaborado para tal efecto, la cual fue llenada por quienes realizaron la atención y/o dirigieron los talleres.

En relación a las actividades, cada equipo regional ingresó la actividad realizada a su respectiva base de datos y llenó el formato virtual respectivo para evidenciar el cumplimiento de la misma.

Las fuentes de verificación de las atenciones y las actividades han sido enviados de manera virtual a la responsable de la base de datos del CAPS, quien ha ingresado los documentos de las atenciones al file virtual de cada beneficiario,

de tal manera que se tiene la historia clínica de cada uno de los usuarios del proyecto. Los documentos de las actividades, fotos y/o audios han sido anexados en la base de datos en su respectivo rubro. (Ver anexo, base de datos).

En el caso del resultado 2, para medir el resultado se hicieron diversas entrevistas a los promotores que participaron en el proceso y se realizaron encuestas sobre la apreciación de los talleres de capacitación. Adicionalmente se realizaron algunas entrevistas a informantes claves de las comunidades para tener la percepción de terceros del funcionamiento del núcleo en la comunidad.

En el caso de este resultado, para medir procesos, las hojas de registro de los participantes de las capacitaciones se ingresaron a la BD y sus asistencias a las sesiones de capacitación. Por ello se puede tener un record de la asistencia a las capacitaciones de cada uno de los participantes. De igual manera, fueron ingresadas todas las actividades y sus respectivos documentos.

#### **4. Criterios de selección de la Muestra**

Antes de cada salida al campo, se elegía una muestra con los criterios identificados, sin embargo ésta, en algunas, ocasiones se debía adaptar a las condiciones de cada zona y a la disposición de las personas que se eligieron que no siempre fueron las seleccionadas previamente al trabajo de campo.

##### Resultado 1

1. Psicoterapia: Se seleccionó una muestra de los beneficiarios que habían asistido de 5 a más sesiones desde el inicio del proyecto hasta su culminación.
2. Consejería Psicológica: La muestra comprendió a los beneficiarios que habían asistido de 2 a 4 sesiones.
3. Talleres terapéuticos: Se seleccionó a una muestra de los participantes que habían asistido a más de 3 talleres.

##### Resultado 2

- 1 Talleres de Capacitación: La muestra estuvo compuesta por los promotores que tuvieron un 75% de asistencia a los talleres.

## **5. Análisis sobre las herramientas usadas en el proceso de evaluación**

En lo que concierne la evaluación de casos de atención individual, la propuesta de usar la escala de bienestar emocional, que en un principio se pensó como herramienta útil para medir la recuperación de los pacientes, no era comprendida del todo por muchos pacientes según lo que relataron los profesionales de los equipos locales a pesar de haber sido traducida al quechua. Por ello se usó para la psicoterapia, la Ficha de Sintomatología, herramienta de mejor medición, para evaluar los indicadores de recuperación, la cual ya había sido utilizada en anteriores proyectos. La Ficha de Sintomatología fue aplicada al inicio y al final de los procesos terapéuticos y las entrevistas en profundidad individuales. De otro lado, en la práctica nos resultó muy difícil poner un índice de recuperación a pacientes de consejería que sólo acudieron a una o dos sesiones por el escaso conocimiento del proceso de recuperación y finalmente se desistió de hacerlo.

La evaluación de los conocimientos adquiridos por los equipos locales fue complementada con encuestas y entrevistas a los terapeutas supervisores. Los cambios en la conformación de los equipos no permitieron contar con las pruebas de entrada o de salida originalmente diseñadas.

## **Lecciones aprendidas durante el proyecto**

La experiencia del presente proyecto en la Atención de la Salud Mental Comunitaria de la población afectada por el conflicto armado interno fue provechosa tanto para el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) como para las instituciones contrapartes, las que en su mayoría no contaban con equipos de salud mental especializados. La experiencia de la formación de los Equipos Regionales durante la marcha del proyecto generó retos que hubo que afrontar a distintos niveles, tanto en las acciones mismas, como en las relaciones que se desplegaron al interior del proyecto-equipo de CAPS, equipos locales, instituciones contrapartes, beneficiarios, comunidades y actores aliados. Así mismo, la formación de los Núcleos de Salud Mental (NUSAMES) como apuntalamiento de los recursos de salud mental en la comunidad, fue una propuesta que implicó el despliegue de un gran esfuerzo y compromiso de los equipos y grupos de promotores. El presente texto da cuenta de estos procesos y de aquellos logros y dificultades que finalmente permitieron obtener lecciones aprendidas para futuras intervenciones.

### ***Logros Generales del Proyecto en la Población***

1. La sensibilización de la población al tema de Salud Mental es un logro considerable. La población con la que se trabajó reconoció esta necesidad, entendiendo que la Salud Mental constituye un proceso dinámico de bienestar consigo mismo producto de la interacción con un entorno que favorezca el cuidado y desarrollo de las capacidades de las personas, y que no está relacionado necesariamente con enfermedad mental. Más que la incorporación de un concepto abstracto de Salud Mental, incorporó sus propiedades de una manera vivencial.
2. La formación de grupos (núcleos) de promotores comunitarios con conocimientos sobre salud mental y derechos humanos. El núcleo de promotores se constituye como un recurso organizativo para la prevención y promoción de la Salud Mental al interior de la comunidad. Varios de los promotores capacitados son líderes y ocupan cargos a nivel del municipio o de organizaciones de base.
3. Los diferentes actores de la comunidad (municipalidad, centros educativos, centros de salud, organizaciones de base, Demunas, Iglesias, otras ONGs, etc.) se involucraron y se comprometieron realizando acciones conjuntas de salud mental, lo que redundó en la sostenibilidad de las propuestas del proyecto.
4. Los miembros de las comunidades encontraron otras maneras de interactuar, de manejar los conflictos y en algunos casos, llevaron a cabo

proyectos comunes que no estaban del todo previstos en el proyecto; el cual, al facilitar espacios de diálogo y contención emocional levantó obstáculos en la interrelación comunal, lo que condujo a los grupos a tomar nuevas iniciativas complementarias a las ya planificadas en el proyecto.

5. Las personas participantes del proyecto lograron identificar e interiorizar cuáles son las secuelas de la violencia política en su salud mental y como éstas afectaban su vida cotidiana. Ello ha contribuido a que se perciban como actores de su propia recuperación.
6. El desarrollo de vínculos de confianza y respeto mutuo entre supervisor y equipo local a lo largo del proyecto es un factor a resaltar en relación al soporte emocional y capacitación de los profesionales de los equipos, así como al cumplimiento de las metas. En casos donde hubo necesidad de intervenir en aspectos personales más profundos fue importante que el supervisor reconociera sus limitaciones y derivara las dificultades a otro profesional del equipo psicoterapéutico del CAPS.

### ***Interés de los participantes por la propuesta del proyecto***

Al principio no hubo un interés específico por la Salud Mental principalmente por desconocimiento y por la asociación con la enfermedad mental. Las expectativas estaban puestas de manera general a una propuesta que podría traer beneficios a nivel individual y comunal. El interés e involucramiento de la población en el proyecto fue progresivo, se fue dando mientras la población reconocía, poco a poco la consistencia del vínculo y compromiso del equipo de Salud Mental, y la manera en que la Salud Mental se reflejaba directamente en aspectos de su vida cotidiana como las relaciones familiares, las respuestas de los niños y niñas, en las relaciones de pareja, el desarrollo personal y comunal, el reforzamiento de valores, etc.

### ***Estrategias de inserción y sensibilización de los equipos de salud mental***

Las estrategias más consistentes fueron:

1. El proyecto involucró a instituciones locales como contrapartes con experiencias previas en las poblaciones seleccionadas. Esta relación previa de la población con la organización local posibilitó la creación de alianzas y compromisos más sólidos en menor tiempo.
2. La comunicación en el lenguaje materno de la población es un factor indispensable en una intervención de Salud Mental Comunitaria. Por lo

menos un integrante del equipo de Salud Mental hablaba el idioma local (quechua y/o aymara). Es notorio el cambio en la disposición al diálogo, la fluidez de la comunicación, así como la profundización en la expresión de sus emociones en el idioma materno en contraste al desenvolvimiento de las personas en el idioma castellano.

3. Los profesionales de la Salud Mental tuvieron tiempos de permanencia prolongados en la zona –o contacto frecuente en caso de poblaciones cercanas– y establecieron relaciones con los pobladores en las que se cuidó el cumplimiento de acuerdos y compromisos, la consistencia del cronograma de actividades, el mantener expectativas realistas y la comunicación abierta, simétrica, respetuosa, empática, lo que permitió el desarrollo de vínculos de confianza entre los equipos de salud mental y la comunidad.
4. El desarrollo de alianzas con los principales actores –formales e informales– de la comunidad y la generación de compromisos –varios por escrito, algunos sólo orales– para el logro de las metas del proyecto.
5. La participación espontánea, en el marco de la ética profesional, en actividades cotidianas y en espacios tradicionales de la misma comunidad (asambleas, por ejemplo), haciendo uso del calendario de eventos comunales, regionales y nacionales, y empatizando con las costumbres de la población, fue un elemento sustantivo para la aceptación del equipo de Salud Mental.

### ***Formación de los equipos de salud mental comunitaria***

La formación de los equipos se llevó a cabo, principalmente a través de jornadas de capacitación, la discusión de las intervenciones psicosociales a nivel individual, grupal y comunitario, así como la participación de los supervisores en las actividades. Los supervisores llevaron material para la lectura que sirviera para la supervisión de los casos, aunque en algunos de los equipos se presentó resistencia a estos. Las supervisiones fueron bastante valoradas y solicitadas por los equipos. Las resistencias fueron manejadas respetando los marcos conceptuales de cada profesional. Fue una especial preocupación la de los supervisores transmitir una lectura y comprensión psicoanalítica, especialmente conceptos como transferencia y contratransferencia, y que ésta fuese visiblemente incorporada en la práctica.

Se estima recomendable que una intervención de salud mental comunitaria, que involucre diferentes disciplinas y escuelas de Psicología, cuente con un marco conceptual comprensivo que establezca definiciones operacionales. Este marco teórico-técnico favorecería un lenguaje común entre los profesionales de la Salud Mental del proyecto.

### ***Acerca de la conformación multidisciplinaria del equipo***

Las actividades tuvieron un mayor énfasis en la Salud Mental Comunitaria por ello se vio la necesidad de que los equipos estuvieran conformados por psicólogos y profesionales de las ciencias sociales. Fue un acierto que permitió enriquecer el dialogo interdisciplinario y fortalecer particularmente el enfoque intercultural. Se reflejó en una mejor lectura social de los problemas de la Salud Mental en la población.

### ***Apertura de los terapeutas -supervisores a otros marcos teóricos en psicología***

El desarrollo del proyecto de salud mental comunitaria requirió de un proceso de aprendizaje mutuo entre los profesionales del CAPS con experiencia en roles de supervisión clínica de tipo psicodinámico y profesionales con múltiples marcos teóricos y estrategias de trabajo, que aportaban valiosas cuotas de experiencia en diferentes aspectos de la intervención. La mayoría de los terapeutas supervisores reconocieron la necesidad de salir del rol del *supuesto saber*, abrirse a otras formas de trabajo no habituales para ellos y estar dispuestos a un aprendizaje mutuo, como elementos básicos para la consolidación de un vínculo con sus equipos que favorecieran el aprendizaje y sostenimiento de los mismos.

### ***Acerca del sostenimiento emocional y la utilización del Internet en las supervisiones virtuales***

La inclusión de espacios de sostenimiento emocional fue una estrategia del proyecto para el cuidado de los equipos, fundamentado en experiencias previas de la institución y sustentada en la mayoría de proyectos de salud mental en la actualidad. Como elemento de prevención del agotamiento profesional y manejo de situaciones de conflicto en los equipos, su efectividad fue bien recibida por los equipos.

El uso de medios virtuales fue muy utilizado, sobrepasando las metas que se habían considerado, lo que dio cuenta de la necesidad de comunicación permanente. Permitted mantener el contacto entre el equipo local, el supervisor y los responsables del proyecto. Fue una herramienta para el seguimiento del proyecto dada las distancias y la frecuencia de los viajes. Sin embargo, al constituirse en una actividad medible en metas cuantitativas (por ejemplo contacto semanal vía internet por dos horas), en algunas oportunidades se convirtió en un elemento rígido, en el que se debía cumplir la actividad y las metas pre-establecidas. Una dificultad a tener en cuenta es el acceso limitado a Internet en las regiones y comunidades.

## ***Acerca de las intervenciones clínicas***

1. Las consejerías psicológicas fueron los espacios clínicos individualizados más utilizados. Algunas personas expresaron la inhibición de acercarse al profesional por temor a que los demás hicieran comentarios o chismes. La alternativa de las visitas domiciliarias para realizar las consejerías significó una adaptación del proyecto a la cultura y entorno social en el que el equipo tenía que interactuar. El hecho de que las consejerías se realizaran en los domicilios compartiendo o acompañando las labores cotidianas del asistido, permitió estar en contacto con el resto de la familia, lo que contribuyó a una recuperación más sistémica. Esta manera de acercamiento a la población no estuvo planificada, aunque desde un principio se propuso tenerla en cuenta. Fue un recurso muy útil para acercarse a la población, conocerlos en la intimidad de sus casas y que el equipo se diera a conocer de una manera más natural.
2. A nivel grupal, los talleres terapéuticos tuvieron en general muy buena acogida en las comunidades, particularmente en las mujeres y niños. Las técnicas de dramatización fueron muy útiles tanto para la incorporación de conceptos más abstractos como para la disposición al diálogo y la interacción. El mayor impacto de los talleres fue en comunidades donde se relacionó los contenidos a interiorizar de la Salud Mental con aspectos cotidianos y concretos en la vida de las personas.
3. Algunas personas que participaron en procesos clínicos, desarrollaron actividades que fueron la puerta de entrada de proyectos productivos y de desarrollo, como la elaboración de yogurt y mermeladas o el tejido de bolsos que les permitieron obtener recursos económicos. Esta disposición a fortalecer sus capacidades productivas fue reconocida como muy valiosa por los participantes, quienes al incrementar sus sentimientos de bienestar personal y social, estuvieron mejor dispuestos a desplegar sus ideas y pensar en alternativas que les ayudaran a recuperar su capacidad económica, sentirse mejor consigo mismos y útiles en su familia y comunidad.
4. La psicoterapia como espacio terapéutico no fue muy utilizada. Destacamos tres posibles razones: a) la utilización del espacio terapéutico para la resolución de conflictos delimitados y específicos. La población acudía a resolver un problema y esperaba que el profesional hiciera sus recomendaciones sin una noción cultural de proceso o de cambios paulatinos; b) si bien las estadías de los profesionales podían ser en promedio de diez días o más, la intermitencia de las estadías tanto de los profesionales como de la población (debido a sus quehaceres productivos) no favoreció el establecimiento de la continuidad necesaria; y c) la no especialización en psicoterapia de la mayoría de los profesionales de la Salud Mental que conformaron los equipos.

5. Es recomendable no considerar las atenciones psicoterapéuticas dentro de las intervenciones en salud mental comunitaria como una meta rígida a cumplir sino como una opción abierta a los beneficiarios que la requieran.
6. Existió una parcial complementariedad entre las actividades clínicas. En las regiones donde se daban paralelamente consejerías psicológicas y atenciones psiquiátricas existió diálogo y coordinación en los tratamientos. También cuando se realizaban talleres terapéuticos participaban muchos de los pacientes atendidos de manera individual. En las entrevistas con los beneficiarios se pudo apreciar que aquellos que participaban en los talleres y consejerías, veían en la segunda actividad un reforzamiento de su propio proceso de recuperación.

### ***Acerca de los Núcleos de Salud Mental Comunitaria (NUSAMES)***

Con relación a la conformación del grupo de promotores, se dieron diferentes modalidades de convocatorias en cada región dependiendo de los tipos de actores sociales existentes en la comunidad, así como de la dimensión política y geográfica de cada zona de intervención (provincias, distritos, centros poblados, barrios). Lo importante fue identificar a los actores con una percepción favorable al proyecto; varios de ellos participaron en las actividades de salud mental pudiéndose observar su motivación y deseo de comprometerse en el tema. Una adecuada estrategia es convocar a miembros con los que se ha tenido una relación previa habiéndolos sensibilizado y a actores de las organizaciones comunales e instancias públicas como Club de Madres, organizaciones de afectados, ONGs, el Centro de Salud, la Ugel o el centro educativo, entre otros.

- *Reconocimiento comunitario de su acción*

La incidencia del tema de Salud Mental y Derechos Humanos en las comunidades fue un factor importante para que los agentes comunitarios del NUSAME sean reconocidos. La participación conjunta en actividades con autoridades, organizaciones de la comunidad así como instituciones que trabajaban en la zona facilitó el establecimiento de los núcleos lográndose con éxito el reconocimiento del trabajo de los promotores en la zona. Se pudo constatar la respuesta y acogida de los pobladores de las comunidades del proyecto en cada una de las actividades programadas por el núcleo de promotores comunitarios y el equipo de salud mental.

- *Servicio a la comunidad escogido*

En las poblaciones previamente sensibilizadas en el tema de Salud Mental y con disposición a desarrollar actividades para la Salud Mental Comunitaria, se escogió el formato de Biblioteca–Ludoteca. Ellas mismas consideraron prioritario

desplegar sus esfuerzos en mejorar el nivel de vida de las generaciones futuras; las poblaciones y promotoras desearon invertir en los niños y niñas de su comunidad, quienes son vistos como la esperanza a un futuro mejor y quienes podrían alcanzar el desarrollo que ven difícil lograr para ellos mismos.

- *Supervisiones sociales*

Para los equipos de profesionales locales fue importante contar con la supervisión social, pues les permitió no perder el sentido comunitario del proyecto y contextualizar sus intervenciones en el tejido de las relaciones comunitarias que les permitiera tener una visión más amplia de los problemas que la aquejaban.

- *Sostenibilidad*

Se logró establecer alianzas con los principales actores de la comunidad y firmar compromisos de colaboración e incluso de gestión del proyecto, en el caso de ciertos municipios. El proyecto llegó a establecer cinco núcleos de salud mental en sus dos vertientes: como grupo cohesionado de promotores de salud mental y como espacio físico brindando un servicio a la comunidad. Ahora bien, la escasa o debilitada presencia de instancias del Estado, las diversas prioridades de los municipios y de las personas comprometidas y la muy limitada presencia de instituciones privadas y ONGs no nos permiten asegurar que los espacios formales de los núcleos (por ejemplo, el servicio en el local de Bibliotecas-Ludotecas) se vayan a mantener a lo largo del tiempo. Sin embargo, las capacidades en la prevención y promoción de la Salud Mental incorporadas en los núcleos (grupos activos) de promotores comunitarios de cada localidad intervenida, es un recurso comunitario que consideramos sostenible y que se ve reflejado, en combinación con otras variables sociales, en el desarrollo personal y comunitario. Una evaluación del impacto del proyecto es en ese sentido muy recomendable.

### ***Acerca de la labor de Monitoreo y Evaluación durante el proyecto***

Contar con un programa de Monitoreo y Evaluación para el proyecto demandó un esfuerzo organizativo y un proceso de aprendizaje institucional. Ser percibido como el equipo que observaría las dificultades y fallas en el desenvolvimiento del proyecto, generó resistencias al inicio, puesto que se entendió como un trabajo engorroso y adicional al proyecto. Fueron necesarias muchas reuniones para transmitir la lógica del proceso y cómo éste podía ser utilizado para el seguimiento y efectividad de las acciones. Finalmente, la labor realizada por el equipo ha sido valorada y transmitida como experiencia a otros ejecutores de proyectos de salud mental.

**Anexos**



## **Anexo 1**

### **Herramientas**

#### **FICHA DE PACIENTE**

*(Primera hoja común para todos los beneficiarios. Esta deberá ser ingresada inmediatamente en la base de datos).*

1. Ficha administrativa de Admisión N°..... (A llenar por responsable de intervención).
2. Fecha ...../...../.....
3. Lugar .....
4. Entrevistador .....

#### **I. DATOS GENERALES**

**(Si se trata de un menor de edad en atención individual llenar también la ficha adjunta para menores).**

5. Apellidos .....
6. Nombres .....
7. Lugar de Origen    a) rural    b) urbano
8. Fecha de nacimiento...../...../.....
9. Edad.....
10. Sexo .....
11. Lengua de origen .....
12. Instrucción .....
13. Estado civil .....
14. Ocupación\* .....
15. Dirección actual .....
16. Teléfono(s) .....
17. Cómo se enteró de los servicios:
  - a) Institución .....
  - b) Persona .....
18. Su condición frente al problema (marcar con un "X" donde y cada vez que, sea necesario) es:

Tipo de afectación	Directa	Indirecta (es familiar de...)
Condición		
i) Absuelto		
ii) Asesinado		
iii) Condena cumplida		
iv) Denunciante de VF		
v) Denunciado de VF		
vi) Desaparecido		
vii) Desplazado		
viii) Encarcelado		
ix) Excarcelado		
x) Indultado		
xi) Refugiado		
xii) Requisitoriado		
xiii) Torturado		
xiv) Otros * .....		

\*Si se trata de personal de FF.AA especificar si es:

- a) Dado de baja                      b) con invalidez permanente                      c) en actividad

*(A partir de esta hoja sólo llenar para casos de atención individual. Se transcribe inmediatamente en un archivo Word de computadora).*

*PROCURAR QUE LO QUE SE REGISTRA A CONTINUACIÓN SEA LITERALMENTE LO QUE DICE EL ENTREVISTADO: (en lo posible)*

19. ¿Qué lo trae por acá?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

20. ¿Qué tipo de ayuda(s) solicita **el paciente**? (Escribir **su** pedido textualmente y en el orden en el que lo dice. En caso sean varias ayudas pedirle luego que priorice y numerarlas al costado luego de que así lo haga)

a.

.....  
.....

b.

.....  
.....

c.

.....  
.....

d.

.....  
.....

e.

.....  
.....

f.

.....  
 .....

g.

.....  
 .....

21. Según lo escuchado, el **entrevistador** considera que la(s) queja(s) o pedido(s) se inscribe(n) en la(s) siguiente(s) área(s):

- i) Psicoafectiva ( )
- ii) Rendimiento intelectual ( )
- iii) Somática ( )
- iv) Laboral ( )
- v) Económica ( )
- vi) Legal ( )
- vii) Otra ( ) .....
- viii) En ninguna ( )

Y por lo tanto el entrevistador considera que es un caso que

- a) SI                      B) NO                      puede atender.

22. El entrevistador remite a la persona a:

- a. Psicoterapia (Psic .....
- b. Consejería psicológica (Psic .....
- c. Acompañamiento (.....) *(solo PUNO)*
- d. Psiquiatría (Dr. ....)
- e. Evaluación Psicológica ( .....
- f. Otras instituciones ( .....
- ( .....

**(Llenar los siguientes datos sólo en el caso de paciente torturado)**

Tipo de Tortura (describirla)

.....  
.....

Información sobre lugar e institución involucrada:

.....  
.....

**Secuelas:**

Físicas:

.....  
.....

Psicológicas:

.....  
.....

Sociales:

.....  
.....

**II. ANÁLISIS DEL ENCUADRE DEL PACIENTE ( )**

**Las preguntas siguientes están referidas al paciente, se le plantean a éste si es mayor de 12 años, o al informante, si se trata de un niño menor a esa edad o de una persona mentalmente incapacitada. Si el paciente es una criatura, entrevistarla primero según el formato que luego de éste se muestra.**

23. ¿Desde cuando le ocurre eso?

.....  
.....

24. ¿Qué tal está durmiendo? (información sobre pesadillas, insomnio, hipersomnía)

.....  
.....

25. ¿Cómo está su apetito?

.....  
.....

26. ¿Hay tramos de su vida que no recuerda? ¿Horas, días?

.....  
.....

27. ¿Cómo anda su memoria? (Indagar memoria mediata, inmediata)

.....  
.....

28. ¿Qué hace para tranquilizarse cuando se siente mal? (buscar información si presenta algún tipo de adicción)

.....  
.....

29. ¿Ha variado su interés en el sexo? ¿Diría que le interesa igual, mas o menos que otras personas?

.....  
.....

30. ¿Tiene algún tipo de temor que no pueda controlar? ¿A qué?

.....  
.....

31. ¿Cómo afecta su vida actual y sus relaciones con las personas? (explorar áreas familiar, laboral, escolar, otras personas)

.....  
.....

32. ¿Cuál es, para Ud., la causa de lo que le pasa? ¿El modo como se siente? ¿Algo que ha ocurrido? ¿Qué?

.....  
.....

33. No es necesario que me diga en este momento detalles, si no desea hacerlo, pero ¿ha sido maltratado físicamente? ¿Querría contarme en que circunstancias?

.....  
.....

34. ¿Ha consultado a alguien por este problema? ¿Has buscado otro tipo de ayuda? ¿Cuál?

.....  
.....

35. Además de la ayuda que te podemos brindar ¿Qué cosa piensa Ud que podría hacer para estar mejor?

.....  
.....

**Menores de edad (i-xi)**

*(Para llenar sólo si el paciente es menor de edad o mentalmente incapacitado)*

i) Persona responsable .....

.....

ii) Relación con el paciente .....

.....

*(Llenar los siguientes datos sólo si no coinciden con los del paciente)*

iii) Dirección .....

.....

iv) Teléfono .....

.....

**Preguntas para dialogar con él (niño o incapacitado) y anotar.**

v) ¿Tú sabes qué es un psicólogo? ¿Qué te imaginas que hace un psicólogo?

.....  
.....

*(Si la respuesta a esta pregunta fuera poco clara o errada, explicar, y luego proceder a lo que sigue)*

vi) ¿Quién es la persona que te acompaña? ¿Por qué razón crees que vienes?

.....  
.....

vii) ¿Antes has hablado con algún psicólogo? ¿Qué te estaba pasando entonces?

.....  
.....

viii) Y ahora ¿cómo te estás sintiendo? ¿Puedes jugar, dormir, estudiar bien? ¿Te provoca tener amigos? Cuéntame

.....  
.....

ix) ¿Qué es lo que mejor sabes hacer?

.....  
.....

x) ¿Cuál crees tú que es tu problema más grande?

.....  
.....

*(Según respuesta anterior, ver si es pertinente la siguiente pregunta)*

xi) ¿Te parece que hay algo que tú puedas hacer para cambiar o mejorar eso que no te gusta?

.....  
.....



38. **Sintomatología:** (Para marcar luego de haber hecho la primera entrevista (AL INICIO) y luego de la última sesión programada o en casos de interrupción, luego de la última sesión a la que asistió el paciente (AL FINAL)).

	AL INICIO		AL FINAL	
	TIENE	NO TIENE	TIENE	NO TIENE
<b>A. Conducta:</b>				
-Impulsividad				
-Conducta Violenta/Hostilidad				
-Impulsividad				
-Conducta disruptiva (niños)				
- Abuso de Sustancias				
<b>B. Humor y Afecto:</b>				
- Ansiedad Generalizada				
- Ataques de Pánico				
- Temores / Fobias				
<i>Especificar:</i>				
- Tristeza				
- Autoestima Disminuida				
- Afecto Aplanado				
- Euforia				
- Insomnio				
- Pesadillas (Traumáticas)				
- Hipersomnia				
- Apetito disminuido				
- Apetito excesivo				
- Libido disminuida				
- Libido aumentada				
- Afecto incongruente				
- Sentimiento de vacío				

	AL INICIO		AL FINAL	
	TIENE	NO TIENE	TIENE	NO TIENE
<b>C. Pensamiento y Percepción:</b>				
- Susplicacia:				
- Hipervigilancia				
- Desconfianza				
- Delusiones paranoides				
- Delusiones depresivas				
- Síntomas Disociativos				
- Episodios Amnésicos				
- Flashbacks				
- Despersonalización				
- Obsesiones compulsiones				
<b>D. Síntomas Somáticos:</b>				
<i>Especificar:</i>				
<b>E. Funciones Cognitivas</b>				
- Probl. de memoria: Inmediata/ Mediata				
- Problemas de atención				
- Problemas de orientación				
- Falta de conciencia de enfermedad				
- Alteración del Criterio de Realidad				

## **Anexo 2**

### **INFORME DE ACTIVIDADES**

#### **TIPO DE ACTIVIDAD**

(Taller terapéutico, taller diagnóstico, jornada, reunión de coordinación, ayuda memoria)

**“(TITULO)”**

**PONER EL TITULO SEGÚN PROYECTO**

**USAR LETRA ARIAL 12**

FECHA:

LUGAR:

NUMERO DE PARTICIPANTES:

INSTITUCIONES ORGANIZADORAS: (solo si se coordinó con otras instituciones)

PSICOLOGOS LOCALES PARTICIPANTES: (solo en números)

AUTOR(ES) DEL REPORTE: (nombres)

#### **PRESENTACIÓN / ANTECEDENTES: (Máximo 10 líneas).**

Actividades previas que han facilitado la realización de ésta. Indicar si se ha coordinado con otras instituciones y cómo ha sido esta coordinación.

En caso la actividad forme parte de una secuencia de actividades señalar esto brevemente.

#### **OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD**

1. ....

2. ....

3. ....

**METODOLOGIA:**

Información esquemática de la metodología:

- Actividades del taller (dinámica de animación, expectativas, exposición, dinámica grupal, cierre, etc.).
- Instrumentos (trabajo grupal, psicodrama, role playing, tarjetas, dibujos, etc.).
- Tiempo utilizado por actividad y duración del taller.
- Materiales utilizados.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** *(Máximo 1 cara)*

- Explicación de la metodología empleada.
- Comentarios generales acerca de los temas que se generaron en el grupo, las reacciones que suscitaron y las respuestas de los facilitadores. (El detalle va en los anexos).

**EVALUACIÓN DEL TALLER:** *(Máximo 10 líneas).*

Breve comentario sobre los resultados del taller en base a los objetivos fijados al inicio y las encuestas de satisfacción.

### Anexo 3

(Van al final del documento y cada uno debe ser grabado con su código de herramienta según el formato indicado para codificar – ver Herramientas y códigos equipos locales)

- Programa (Proact).
- Directorio de participantes: **(NO SE ANEXA, SE REGISTRA EN LA BASE DE DATOS CUANDO SE TRATE DE UN TALLER PSICOTERAPEUTICO O UNA DINAMICA GRUPAL).**
- Encuesta de satisfacción de usuarios (por taller) (Encsat).
- Transcripción de los papelógrafos de los trabajos grupales.
- Descripción de los temas que se generaron en el grupo y las reacciones que suscitaron (Dinámica de Grupos) (máximo 1 cara) (DinG).
- Resumen exposiciones (si hubiera) (Resexpo).

## **GUÍA DE ENTREVISTA CUALITATIVA PARA TALLERES TERAPÉUTICOS**

*El psicólogo supervisor es el encargado de realizarlo.*

Objetivo de la herramienta: contar con información cualitativa susceptible de ser cuantificada sobre la evaluación que hacen las participantes del desarrollo de los talleres terapéuticos y de cómo están funcionando todos sus elementos (responsables, la dinámica, la infraestructura, las expectativas, los participantes, etc).

Lineamientos de la entrevista: tener un panorama más profundo de la problemática psicosocial de los participantes en los talleres para poder comprender en qué medida éstos logran tener alguna trascendencia en sus vidas colaborando con su recuperación y su salud mental. La entrevista se realizará al final de la secuencia de talleres y el psicólogo supervisor estará a cargo de hacerla. Utilizará para ello una guía de preguntas en la que un cuestionario agrupado en 2 secciones. Esto ha sido diseñado con el objetivo de que las herramientas permitan medir los indicadores de la actividad. Luego de la entrevista y lo antes posible para no perder la información, el psicólogo supervisor llenará la Tabla de entrevistas de Talleres Psicoterapéuticos que servirá al CAPS para poder recoger la evaluación hecha por los beneficiarios acerca de la actividad de talleres. Esta deberá ser pasada a la tabla electrónica que se le ha provisto al psicólogo y enviada al CAPS.

Manejo de la información: La información que se maneje será de uso **exclusivamente confidencial**, esto es, podrá ser compartida solamente entre el psicólogo y el personal responsable del CAPS, para los fines específicos de la evaluación.

Cualidades que debe tener el entrevistador: Deberá ser intuitivo para reconocer las preguntas y el momento de hacerlas que son más convenientes según el tipo de entrevistad. Deberá tratar de dirigir la entrevista lo menos posible, de modo que la persona pueda sentirse en confianza. Pero también deberá saber cuando redirigir la conversación para evitar que ésta se extienda y se vaya por las ramas.

Tiempo de duración aproximado de la aplicación de la herramienta: Entre 20 a 30 minutos.

Materiales que se necesitan: un lugar cerrado lo más silencioso posible, dos sillas, una mesa, grabadora, cuaderno de apuntes, lapicero.

## **GUIA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA FINAL**

### **1. Sobre la experiencia de la persona en los talleres terapéuticos**

- 1.1 ¿Hace cuánto tiempo que asiste a los talleres? ¿Ha asistido de manera continua o con interrupciones?
- 1.2 ¿Piensa que su motivación para asistir ha sido la misma que al inicio? Ha cambiado?
- 1.3 ¿Qué es lo que ha aprendido en estos talleres?
- 1.4 ¿Para qué le han sido y le son útiles?
- 1.5 ¿Qué es lo que más le ha gustado y lo que menos le ha gustado? ¿Por qué?
- 1.6 ¿Qué problemas se ha presentado? ¿Cómo se han solucionado?

### **2. Los indicadores de la actividad**

¿Cómo cree que le han ayudado los talleres? ¿Se siente distinta a cómo estaba al comenzarlos? ¿En qué? Retomar la pregunta que se le hizo al inicio para averiguar el tipo de cambio que ha habido y si lo ha habido, en relación a los cuatro temas:

- 2.1 La parte afectiva, emocional de la persona.
- 2.2 Signos en su cuerpo que evidencien sufrimiento o enfermedad (sintomatología).
- 2.3 Las relaciones de la familia, y de la persona con la familia.
- 2.4 La capacidad de la persona para tomar decisiones, para enfrentar problemas, para utilizar los recursos que tiene.

### **3. En relación a la organización de afectados a la que pertenece (para el objetivo de fortalecimiento de las organizaciones)**

- 3.1 ¿Cómo se siente como miembro de la organización a la que pertenece? (ver si ha habido un cambio en relación con cómo se sentía antes de comenzar los talleres?)
- 3.2 ¿Qué cosas positivas están consiguiendo?
- 3.3 ¿Cuáles son los principales problemas tienen?
- 3.3 ¿Cuáles son las principales limitaciones que tienen? (qué cosas son las que persiguen pero no consiguen).
- 3.4 ¿Qué es lo que piensa que más les haría falta: a los que pertenecen a la organización y a la misma organización.

## **GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD PARA EQUIPOS LOCALES Y SUPERVISORES**

(realizar por separado)

1. ¿Cómo ve que se ha llevado la relación al interior del equipo local?
2. ¿Cómo ve que se ha llevado la relación entre el equipo con lo la psicóloga supervisora?
3. ¿Cuáles son los principales conflictos que ha habido?
4. ¿Se han resuelto? ¿De qué manera?
5. ¿Cómo evalúa su propio desempeño en el trabajo y con el equipo?
6. ¿Y su actitud frente a los dos? ¿Cuáles han sido sus principales temores, miedos, desconfianzas, etc? ¿Cómo las ha manejado?
7. ¿Han influido en el trabajo? ¿En su relación con los miembros del equipo?
8. ¿Cómo evalúa el desempeño del resto del equipo?
9. ¿Qué entiende por fortalecimiento de equipos?
10. ¿Podría decir que en el lapso de tiempo transcurrido se ha fortalecido el equipo (locales y supervisores)? ¿De qué manera y gracias a qué cosas?
11. ¿Ha sido la supervisión útil para este fortalecimiento? ¿De qué manera lo ha sido?

# De la clínica a la salud mental comunitaria

Apuntes del trabajo comunitario en salud mental  
en seis regiones del país



**USAID** | **PERU**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**CAPS**  
Centro de Atención Psicosocial