

# Trabajo con personas afectadas por violencia política

Salud Mental Comunitaria y Consejería

Editoras: Miryam Rivera Holguín • Tesania Velázquez



ESCUELA DE  
POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
COMUNITARIA



**PUCP**



# Trabajo con personas afectadas por violencia política

## Salud Mental Comunitaria y Consejería

Editoras: Miryam Rivera Holguín • Tesania Velázquez

Cita sugerida:

Rivera, M. y Velázquez, T. (Eds.). (2015). *Trabajo con personas afectadas por violencia política: salud mental comunitaria y consejería*. Lima: Maestría en Psicología Comunitaria PUCP, UARM, UKL.

PSICOLOGÍA / COMUNITARIA / VIOLENCIA POLÍTICA / SALUD MENTAL / PERÚ

DEPÓSITO LEGAL HECHO EN LA BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ N° 2015-05842  
ISBN 978-612-4206-63-4

© Pontificia Universidad Católica del Perú. Maestría en Psicología Comunitaria, 2015  
Av. Universitaria 1801, San Miguel, Lima 32-Perú  
T: (511) 626 2000 anexo 4593  
mpsicologiacomunitaria@pucp.edu.pe  
<http://blog.pucp.edu.pe/mpsicologiacomunitaria>  
<http://posgrado.pucp.edu.pe/maestría/psicología-comunitaria/>

Carátula, Diseño y Diagramación: Tricy Arana  
Fotografías: Liliam Amorin, Karina Barrientos, Noemi Cabana, Ketty Cavalcanti, Eliaflor Cazorla, Karina Chávez, Leonel Coayla, Amanda Del Solar, Zulma Díaz, Guissel Esteves, Sandra Fuentes, Marta Gomez, Celsa Huaman, Rafael Jorge, Sarma La Rosa, María Limaco, Lucinda Muñoz, Beatriz Pacheco, Ena Poma, Ulises Quispe, Marisol Quispe, Nelly Ramirez, Silvia Revilla, Maritza Rodríguez, Ruth Solís, Nancy Ubilluz, Mariza Ventura.

Impresión:  
Gráfica BIBLOS S.A.  
Calle Morococha 152, Surquillo - Lima - Perú  
R.U.C. 20101284981

Primera edición. Impreso en Lima, Mayo 2015.



ESCUELA DE  
POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
COMUNITARIA



**PUCP**

## Profesionales participantes:

Liliam Amorin, Karina Barrientos, Noemi Cabana, Ketty Cavalcanti, Eliaflor Cazorla, Karina Chávez, Leonel Coayla, Amanda Del Solar, Zulma Díaz, Guissel Estebes, Sandra Fuentes, Marta Gomez, Celsa Huaman, Rafael Jorge, Sarma La Rosa, María Limaco, Lucinda Muñoz, Beatriz Pacheco, Ena Poma, Ulises Quispe, Marisol Quispe, Nelly Ramirez, Silvia Revilla, Maritza Rodríguez, Ruth Solís, Nancy Ubilluz, Mariza Ventura.

**Editoras:** Miryam Rivera Holguin y Tesania Velázquez

**Equipo técnico:** Adriana Hildenbrand, Edith del Pino, Andrea Wakeham, Diego Otero y Victoria Cavero

**Docentes PUCP:** Elba Custodio, Miryam Rivera Holguín, Tesania Velázquez, Nora Cárdenas, Paula Escribens

**Docentes UARM:** Juan Monroy, Maria Cecilia Solano, Belen Roma, Luis Elías, Mirtha Villanueva

**Docentes invitados:** Jose Luis Aparcana, Eric Arenas, Nérida Baca, Gorky Cama, Irina Kohan, Manuel Seminario

# Trabajo con personas afectadas por violencia política

---

Salud Mental Comunitaria y Consejería

---

Editoras: Miryam Rivera Holguín • Tesania Velázquez



# Tabla de contenido

PRÓLOGO Jozef Corveleyn	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I FAMILIARIZACIÓN Elba Custodio Espinoza	18
CAPÍTULO II DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Elba Custodio Espinoza, Miryam Rivera Holguín y Edith Del Pino Huamán	30
CAPÍTULO III FORMULACIÓN DE ACCIONES COMUNITARIAS Elba Custodio Espinoza y Tesania Velázquez	44
CAPÍTULO IV ACCIÓN Y MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN Elba Custodio Espinoza y Miryam Rivera Holguín	60
CAPÍTULO V CUIDADO DE LOS EQUIPOS Viviana Valz Gen Rivera	70
CAPÍTULO VI CONSEJERÍA: HERRAMIENTA EFICAZ Juan Bosco Monroy Campero	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	98

# Prólogo

**Este libro es fruto de una colaboración intensa** entre cuidadores psicosociales de Ayacucho y de cuatro universidades: la Universidad San Cristóbal de Huamanga en Ayacucho, la Maestría en Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú, el Diploma en Consejería de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, y el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Lovaina en Bélgica; el cual trabajó intensamente en conjunto con la ONG peruana Padma.

El objetivo de esta colaboración consistió en la implementación de un programa especializado de capacitación para cuidadores psicosociales de diferentes contextos laborales (ONG's e instituciones públicas como el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, la Defensoría del Pueblo, así como docentes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, y voluntarios). En este sentido, es importante mencionar que fue un programa de posgrado que buscó mejorar la atención psicosocial a personas afectadas por la violencia social en contextos post-conflicto armado interno. El programa fue posible gracias al apoyo financiero del Gobierno Belga, vía el Flemish Interuniversity Council (VLIR), quien asignó una subvención a nuestro consorcio colaborativo bajo el título del proyecto: “Cuidando a los que cuidan: reforzamiento de psicólogos comunitarios profesionales y consolidación de un modelo de capacitación para cuidadores locales de las víctimas de la violencia en un distrito marginal de Lima y Ayacucho”.

El programa final estuvo basado en una colaboración importante con los representantes de las comunidades locales (trabajadores y pobladores), quienes de manera participativa reconocieron sus necesidades de capacitación; las cuales son descritas en el segundo, tercer y cuarto capítulo de este manual y forman la base de la construcción final del programa de capacitación. Por consiguiente, el programa incluyó tres componentes principales: información acerca de la psicología comunitaria (importancia del contexto sociopolítico en problemas psicosociales, modelos de intervención, elaboración de proyectos con comunidades pequeñas, etc.), información sobre la relación dialógica entre cuidador, la persona y su comunidad (o familia) en cuestión (habilidades y técnicas de consejería), y un componente de autocuidado con el objetivo de fortalecer al cuidador(a) mismo(a).

Ayudar en contextos difíciles como Ayacucho es una labor bien delicada que implica actividades agotadoras para el cuidador. Por tanto, para evitar el síndrome de agotamiento profesional (o burnout), el cuidador tiene la clara necesidad de autocuidarse y autoayudarse, lo cual se traduce en tener espacio y tiempo para el crecimiento personal, discutiendo de manera confidencial las dificultades y amenazas con sus colegas y supervisores, así como el mejorar sus habilidades de trabajo comunitario y de consejería.

Para aquellos que están familiarizados con el contexto cristiano, uno podría decir que este trabajo y manual de capacitación es un buen ejemplo de la práctica en la llamada Psicología de la Liberación, fundada por Ignacio Martín-Baró durante la década de los '70 y '80 del presente siglo. Esta es una psicología al servicio de las necesidades reales de poblaciones vulnerables, la cual se fundamenta en sus propias contribuciones al conocimiento que se originan de manera personal y en procesos comunitarios de “concientización”. Para recordar: ““la función apropiada de la psicología es ayudar a las personas a entender (y tal vez cambiar) la realidad de su propio contexto social”, y “...no abandonar la psicología; poner el saber psicológico al servicio de la construcción de una sociedad donde el bienestar de unos pocos no se asiente sobre el malestar de los más vulnerables...”

Para aquellos con una aproximación más globalizada y ética, me refiero al “dictum” del Premio Nobel en Economía (1998), el profesor de origen hindú, Amartya Sen, quien afirma que “el valor de una sociedad se muestra a sí mismo por el grado en que asegura la pobreza entre sus miembros”; pobreza aquí representando a lo que serían “los más vulnerables”.

En Junio del 2014, se realizó la clausura de este programa de capacitación, la cual simbólicamente fue muy representativa por haberse llevado a cabo en las edificaciones históricas de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. En ésta, 27 participantes obtuvieron un Diploma firmado por todas las universidades que colaboraron en el proceso. Es así que tenemos la esperanza de que los logros, tanto de la comunidad como de sus cuidadores y de las redes de universidades colaboradoras, ¡estén motivadas a continuar este tipo de esfuerzos en conjunto!

Em. Prof. Dr. Jozef Corveleyn  
KU Leuven/ Universidad Católica de Lovaina, Bélgica

# Introducción



**Los espacios de nuestro país** tienen características muy diferentes en el aspecto social, económico, religioso, cultural y político. En el caso del departamento de Ayacucho, sus pobladores se han visto marcados por la violencia política (1980-2000), la cual ha afectado gravemente la salud mental de las personas y de las comunidades; tanto para quienes fueron testigos directos de las muertes, asesinatos extrajudiciales, desapariciones forzadas y torturas de sus familiares, como también para sus descendientes, quienes han vivido y crecido en un clima de duelo, ausencia, desconfianza, incertidumbre y desesperanza.

De acuerdo con el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2003), las víctimas han sido, en su mayoría, parte de la población más vulnerable: habitantes de las zonas altoandinas, zonas rurales y quechuahablantes. Esta circunstancia fue un elemento clave en el desplazamiento masivo hacia las ciudades y sus contornos, que creó un amplio sector de población desplazada, parte de la cual ha logrado organizarse en 26 asociaciones de desplazados/as de Huamanga. En Ayacucho, en el 2003, el Estudio Epidemiológico en Salud Mental encontró que entre el 14.5% y el 41% de las personas experimentaban con frecuencia estados negativos tales como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, preocupación o aburrimiento. Por otro lado, dicho estudio señaló que el porcentaje de confianza era nulo o escaso hacia los líderes de la comunidad o alcaldes (84%), autoridades políticas (93,5%), autoridades policiales y militares (79%) y vecinos (65,5%). Asimismo, el 82% de las personas encuestadas refirieron no sentirse protegidos mientras que el 59% refirió sentirse poco protegidos por el Estado y su comunidad (Kendall, Matos y Cabra, 2006).

Este alto nivel de afectación de la población en salud mental demanda estudios que consideren enfoques transversales de derechos humanos, género e interculturalidad, lo cual permitirá visibilizar las necesidades de estas poblaciones con el fin de que accedan a mayores oportunidades para desarrollar y mantener su salud mental (Theidon, 2004).

En este marco, surge la propuesta de implementar un programa de formación de posgrado que se oriente a fortalecer capacidades de profesionales que viven y trabajan en Ayacucho a fin de ofrecer herramientas prácticas para trabajar con la población afectada por la violencia social. Así, en abril de 2013, se inicia la Diplomatura de especialización en la atención a personas afectadas por la violencia social en contexto posconflicto armado interno, organizada por la

Maestría en Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú y la Diplomatura de Consejería de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, con apoyo técnico y financiero de la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica).

Esta propuesta académica parte de un diagnóstico realizado con instituciones y profesionales de salud mental de Ayacucho, especialmente en la ciudad de Huamanga. En este se evidencia la demanda de programas de formación en temas de salud mental, ya que muchos profesionales no cuentan con las herramientas requeridas para el trabajo con población afectada por violencia social y más aún si consideramos que muchos de ellos son también parte de esa población. Se trata entonces de generar espacios formativos acordes a las necesidades locales y con pretensiones de reparar el tejido social y la salud comunitaria profundamente dañados por la violencia política (Rivera, Velázquez y Morote, 2014).

La propuesta formativa coloca el énfasis en la atención a personas afectadas por la violencia social en contexto posconflicto armado interno. Desde la lectura de Aróstegui (1994), se entiende la violencia social como una categoría que nos permite nombrar las diferentes manifestaciones de violencia que se expresan en una sociedad post conflicto, como es el caso del Perú. Abarca diferentes violencias como la pobreza, la exclusión, el centralismo, la desigualdad, el racismo y cualquier forma de discriminación y se expresa en diferentes formas, como violencia de género, violencia contra niño, niñas y adolescentes, violencia entre jóvenes, violencia en los medios de comunicación, entre otras (Thorne, Corveleyn Pezo, Velázquez y Valdez, 2011).

La propuesta se inició mediante una convocatoria a profesionales quechuahablantes de diversas disciplinas que tenían trabajo directo con víctimas de violencia social en Ayacucho. En total, postularon 120 personas, de las cuales 39 fueron admitidas: 34 profesionales del sector Salud, Educación, de la Defensoría del Pueblo, de las ONGs y 5 docentes de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

Esta Diplomatura se organizó en tres semestres académicos: el primero incluía una revisión teórico-práctica de los principales conceptos del trabajo comunitario; el segundo, un trabajo de diagnóstico participativo y formulación de planes de acción comunitarios; y el tercer semestre,



la implementación del plan de acción y de evaluación comunitaria. Adicionalmente, a estos tres semestres de trabajo intenso, se organizó una propuesta de cuidado de los equipos. De esta manera, la experiencia teórica se vio plasmada en la intervención, la cual fue un proceso de enseñanza-aprendizaje para todos los involucrados, que dejó huellas tanto en la población como en los estudiantes y docentes de las universidades organizadoras.

Esta Diplomatura plantea entender la salud mental como un concepto que va más allá de los procesos de la persona individualizada, supone asociarla a la noción de un yo colectivo, que interactúa en un contexto específico con experiencias, creencias e ideas propias y lo hace como parte de un colectivo en directa relación con el desarrollo humano. Esta conceptualización involucra la expansión de capacidades y oportunidades, orientadas a satisfacer necesidades fundamentales presentes en todas las culturas, tales como la subsistencia, protección, entendimiento, afecto, participación, ocio, creación, identidad, libertad, entre otras (Rivera, 2007, GTSM, 2006).

Se trata de una propuesta en el marco de la psicología comunitaria (Montero, 2004) con énfasis en la participación, el fortalecimiento de capacidades y el reconocimiento de conocimientos previos en la construcción del saber y en los procesos de enseñanza- aprendizaje. En consecuencia, se rescata la dimensión ética y política de la psicología comunitaria para diseñar un programa de formación y un encuentro rico y complejo con el otro (Velázquez, 2007a).

La propuesta de fortalecimiento de capacidades incluye la oportunidad de generar conocimiento con otro sujeto, es decir, propiciar espacios de aprendizaje situados en un contexto específico que aporte a un conocimiento global (Velázquez, 2007b). En ese sentido, a lo largo de la Diplomatura se propició la producción de conocimientos desde las mismas poblaciones o grupos con quienes se trabajó. Por ejemplo, se encontró que hay diferentes concepciones de salud mental para la población, de allí la importancia de generar espacios para la discusión del propio grupo sobre cuáles son las conceptualizaciones y las tradiciones culturales de salud mental que manejan.

La metodología planteada en la Diplomatura permitió acoger distintas miradas planteadas por los profesionales participantes, desde lo individual hasta lo social, incorporando nuevas formas de aprender y sobre todo de desaprender algunos constructos que ellos mismos reconocieron no eran aplicables a su contexto de trabajo. Una participante lo expresó meridianamente:

*¡Cuánto tenemos que aprender y desaprender, los años se nos van rápido y todavía no aprendemos. Nuestros aprendizajes eran más cognitivos, y aquí también nos dan el aprendizaje emocional. Hemos vuelto a repensar, para cambiar y trabajar, porque todos trabajamos con gente, para la gente y por la gente!* (Participante, obstetra, Organismo No Gubernamental, 2013).

La Diplomatura permitió aportar en la mejora de la calidad de la atención, mediante la formación y fortalecimiento de los profesionales con metodologías participativas, que consideraban también su propia salud. De este modo, se brindó espacios de acompañamiento y cuidado que permitieron establecer encuentros y desencuentros consigo mismos y les permitieron poder entender a los demás y entenderse como grupo, reconociendo que «*el cuidado de uno mismo, permite cuidar y respetar a los demás*» (Participante, psicóloga, Centro de Emergencia Mujer, 2013). Y estos espacios a su vez propiciaron que los profesionales se dieran cuenta de sus propias estrategias y herramientas para el trabajo con la población.

En este documento se da cuenta de tres semestres de trabajo y acompañamiento a profesionales de Ayacucho. Se busca compartir las estrategias metodológicas utilizadas en el campo de la salud mental comunitaria, así como también compartir la experiencia de los cinco grupos de trabajo formados por las/os participantes de la Diplomatura, quienes implementaron planes de acción comunitarios realizados con organizaciones sociales de mujeres y varones, como por ejemplo, clubes de madres, asociaciones de vasos de leche, asociación de población desplazada o de adultos mayores. Estos grupos de trabajo demostraron ser el eje del aprendizaje comunitario, pues mostraron capacidad para el trabajo en equipo, alternativas de solución a partir de los recursos de la comunidad, así como apertura y disposición para ser generadores de cambio y transformación social. Adicionalmente, se incorpora información recogida a través de dos entrevistas grupales y cinco entrevistas individuales a los participantes, que permitieron profundizar en las estrategias que funcionaron y en los aprendizajes obtenidos en la Diplomatura.

Estamos convencidos de que este documento se convertirá en una herramienta que facilite los procesos de fortalecimiento de capacidades de estudiantes y profesionales interesados en el abordaje comunitario de la salud mental con poblaciones vulnerables.

# Capítulo I

## Familiarización

› Elba Custodio Espinoza



**La familiarización es un elemento fundamental en el trabajo comunitario;** permite conocerse y establecer vínculos sobre los cuales se construirán la confianza, el reconocimiento y el respeto mutuo. La familiarización según Montero:

Es un proceso de carácter sociocognitivo en el cual los agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo captando y aprendiendo aspectos de la cultura de cada grupo a la vez que se encuentran puntos comunes de referencia, se evalúan los intereses de cada uno y desarrollan formas de comunicación, descubren peculiaridades lingüísticas y se desarrolla un proyecto compartido (Montero, 2006, p.78).

El primer paso, para iniciar las acciones comunitarias, implica un acercamiento social entre facilitadores y pobladores. Se comienza a dar una interacción constante con «el otro» para conocerse, no solo de los facilitadores hacia la comunidad, sino también desde la comunidad hacia los agentes externos que llegan a trabajar con ellos. Este conocimiento mutuo permite ir construyendo el presente: el aquí y ahora de la experiencia común.

“Pensaba que solo llevando un nuevo conocimiento podría colaborar, veo necesario el conocer lo que la población sabe. Solo así nos podemos orientar para saber qué hacer” (Participante, docente, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, 2013)

A través de este contacto se establecen lazos que permite la identificación de capacidades locales, reconociendo los aspectos de la cultura de cada población, que ayuden a entender la historia y su estilo de resolución de conflictos. Este punto es el elemento clave para que las acciones comunitarias tengan sostenibilidad en el tiempo.

El análisis de la problemática, desde la misma comunidad y desde diferentes ángulos, permite conocer y reconocer que la historia no empieza con nosotros, sino que han existido otras instituciones que abordaron esa u otras dificultades. Por ello, es importante conocer las acciones realizadas con anterioridad en la comunidad y rescatar sus aprendizajes, logros y dificultades; incluso saber dónde se reunían, a qué hora, qué actividades realizaban. Todo ello es significativo porque permite focalizar el plan de acción e identificar características del grupo con el que se trabajará.

Desde el marco de la psicología comunitaria, se plantea que el trabajo con la comunidad descubre que la heterogeneidad del grupo es fundamental porque desde allí se gestan concepciones e ideas; así como procesos que requieren ser cuestionados y analizados (Flores, 2008).

En este sentido, se comienza a preguntar: ¿cómo nos conocemos? El equipo facilitador puede suponer que todos en el grupo de la comunidad se conocen, idea que posiblemente no se corrobore en la realidad. Además, se suele creer que con una sola dinámica de presentación (como por ejemplo la de decir cuál es su nombre y su hobby) es suficiente para que se conozcan. La familiarización permite conocer más, implica analizar las relaciones de poder al interior de la comunidad, identificar los grupos vulnerables y los silenciados, permite estar al tanto de quiénes son los líderes de la comunidad que no necesariamente son los que representan la voz de todos y que sin haber sido elegidos para ocupar un cargo público son los que van emergiendo en las asambleas y que tienen un amplio poder de convocatoria (Montero, 2003). Es decir, es un proceso mayor de conocimiento y profundización de las características externas e internas del grupo.

En este sentido la familiarización busca conocer y entender, mas no solucionar. Es aquel momento en el que se genera el encuentro entre subjetividades: la de la comunidad con la de los facilitadores. Es posible que en este análisis se realice la comparación desde la población entre necesidad sentida y necesidad institucional, las cuales no se conectan necesariamente, pero que permiten el diálogo entre las expectativas de los diferentes actores para llegar a un consenso en el plan de acción; de tal manera que no se generen expectativas mayores a las que se pueden trabajar desde el equipo facilitador.



Es importante tener en cuenta que los términos con que nos dirigimos a la comunidad no deben ser los del lenguaje científico; por el contrario, deben ser fáciles de entender. Hay que descubrir los códigos lingüísticos y no lingüísticos con los que se expresa la comunidad, las formas y canales de comunicación que producen sentido social entre ellos. Asimismo, es importante buscar un ambiente que permita realizar las acciones comunitarias a través de una comunicación fluida, empática y directa para que los miembros de la comunidad se sientan seguros y protegidos y de este modo comenzar a realizar un proceso de cambio (ej.: el salón comunal, el parque, la casa de alguien, etc.). Así, se posibilita que la comunidad plantee modos de acción que considere útiles y funcionales, como por ejemplo, los juegos, el tejido, los cantos, las adivinanzas. Es en estos espacios donde se producen prácticas sociales significativas, que no siempre pasan por el uso de la palabra.

“Pensaba que los talleres solo eran dirigidos a las mujeres, pero la opción de participación de hijos y padres en los talleres fortalece los vínculos entre ellos y con nosotros, abrimos un abanico de posibilidades en los cuales nos juntamos con las señoras para realizar un tejido, un tejido humano en el cual la confianza, la apertura y el respeto nos lleva a construir juntos”  
(Participante, enfermero, Ministerio de Salud, 2013)

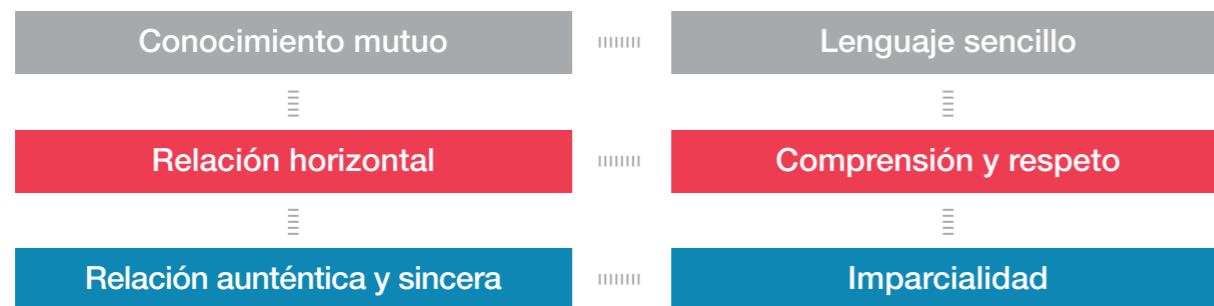
Este diálogo e intercambio permite encontrar y fomentar la relación de confianza, la cual permite generar un vínculo que precede al trabajo comunitario que posteriormente se realizará de manera conjunta. Mientras más tiempo transcurre en el contacto genuino con la población, los lazos de confianza y seguridad se estrechan, lo cual permite construir una mirada compartida que une a todos los actores y que permite realizar una acción conjunta futura.

Una de las estrategias propuestas en los proyectos de intervención es contar con una bitácora en la que se registren las primeras impresiones del recorrido en las comunidades, desde su aspecto físico, sus redes sociales, estilos de comunicación (identificar informantes, discursos, relaciones e interacciones en la comunidad). Asimismo, se registrarán:

- Las diferentes historias sobre la creación de la comunidad, principales actores e instituciones que participaron;
- ¿Cómo se vive el día a día? Actividades y rutinas;
- ¿Quiénes interactúan con la población de manera visible e invisible?;
- La configuración de vínculos interpersonales, intergrupales, interinstitucionales;
- La percepción y la relación con las organizaciones;
- El sentido de pertenencia que tiene la comunidad;
- La organización, liderazgos y movimientos que se vienen dando en la población.
- Identificación de las necesidades y recursos;
- Los desajustes entre expectativas y condiciones de vida.

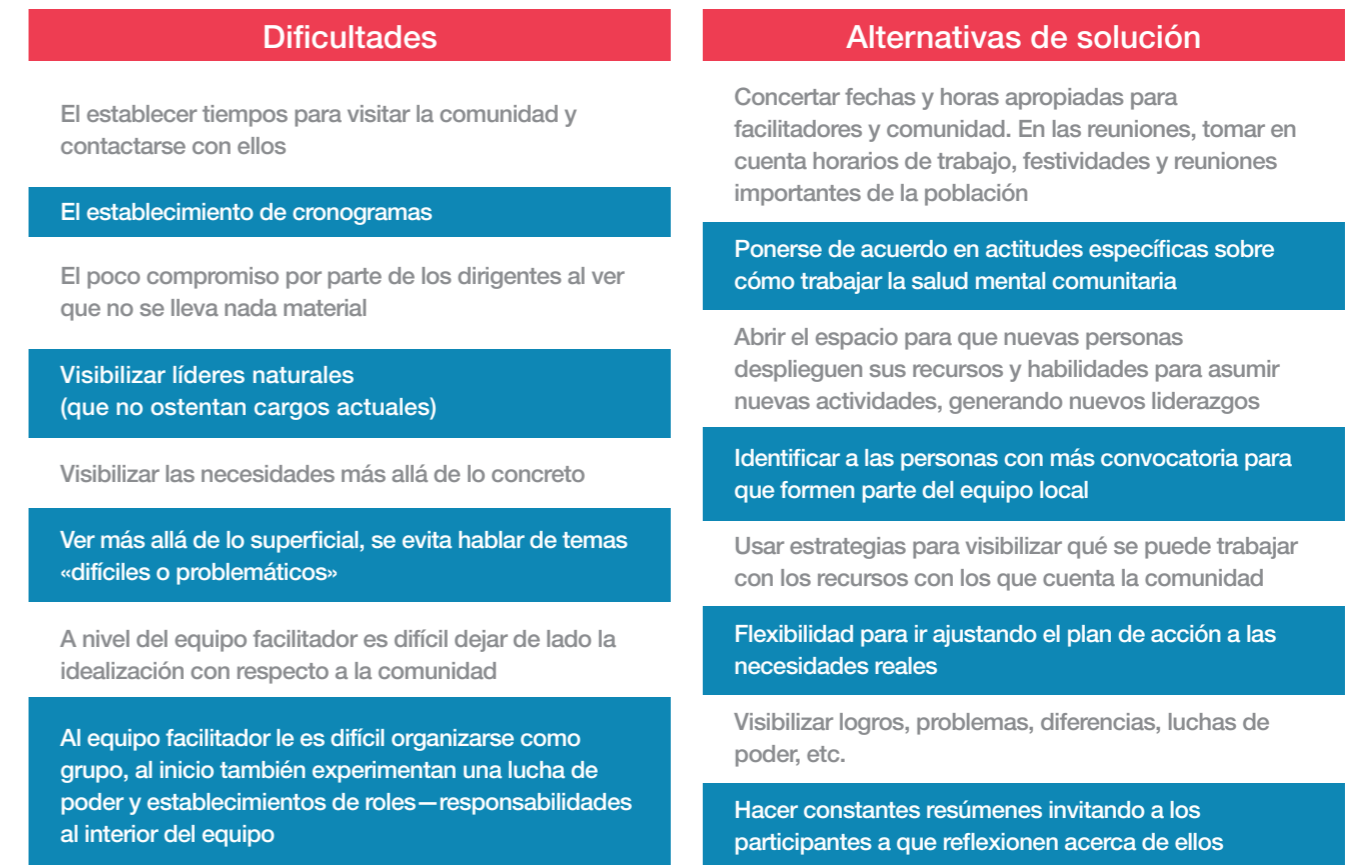
En ese sentido, se plantean algunos requisitos necesarios para iniciar la etapa de familiarización:

Figura 1. Requisitos para iniciar la familiarización



Entre las principales dificultades y alternativas de solución identificadas en esta etapa se pueden presentar:

Figura 2. Dificultades y alternativas de solución



La familiarización es un contacto que implica un proceso cognitivo en el cual se «aprende» y también se redefinen las relaciones entre los agentes externos y la población; pasando de modelos asistencialistas a modelos de promoción de capacidades y fortalezas. En este sentido, la familiarización implica encontrar factores en común con la población para que el trabajo se realice de manera natural y en ambientes cómodos para todas las partes. Esto facilita la generación de confianza para conocer los intereses reales, necesidades y problemáticas de los pobladores y para comenzar a plantear un objetivo de trabajo compartido.

“Nosotros pensábamos que el mejor lugar era un local cerrado, pero los mismos ancianos nos enseñaron que ellos se sentían más cómodos en el parque” (Participante, obstetra, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2014).

En este proceso de familiarización también se identifican prejuicios y estereotipos con los que la población y los facilitadores externos ingresan a la relación, como por ejemplo: «el que viene de afuera sabe más», «el experto trae más ayuda», o «son demasiados los problemas y no se pueden solucionar», «todo sí se puede»... Estas ideas tienen dos efectos en los actores involucrados. El primero será la activación de las acciones, sobre todo en las/os facilitadores, identificándose posturas de omnipotencia: «todo lo puedo, todo se puede» o sentimientos de paralización por lo excesivo de la tarea frente a los pocos recursos existentes: «es un malestar muy profundo, no podremos hacer nada».

“Hacer entender a los participantes que llegábamos sin nada material que darles fue difícil, más bien trabajaríamos juntos para el beneficio de su salud mental. Nos preguntábamos: ¿vendrán a la sesión si no llevamos algo? La respuesta fue que sí, les interesó participar porque era la primera vez que se sentían escuchados” (Participante, psicólogo, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2013).

El separar tiempo para que facilitadores y comunidad se conozcan y comiencen el contacto es clave, por ello se sugiere promover el diálogo y la escucha para establecer el tipo de vínculo con el cual se dará la relación. El primer movimiento es el pasar de un rol de «expertos» a «facilitadores», tomando distancia de las jerarquías comunes establecidas entre agente interno y externo, lo cual implica un cambio del papel desde el agente externo. Con ello, la visión desde la comunidad hacia el profesional se transforma y permite dar cuenta del compromiso compartido por la construcción de una visión común. En general, la familiarización es la plataforma para el desarrollo y formulación del plan comunitario. Si bien por cuestiones metodológicas se establece un periodo de dos a tres meses en promedio para realizarlo; este es transversal a toda la intervención, pues la comunidad cambia a lo largo del trabajo conjunto.

Entre las principales actitudes identificadas en los equipos facilitadores, se encuentra la de entablar trato auténtico y respetuoso con la comunidad. Esto implica no ofrecer relaciones que ubiquen a la población en un rol de minusvalía, ni plantearse la idea de «vamos a ordenar lo desordenado», ya que ello sitúa al equipo facilitador en una posición de superioridad, estableciendo jerarquías con matices «heroicos» que transmite la idea de que la comunidad «no es lo que debería ser por lo tanto hay que actuar, ya!». Esta situación nos remite a la figura en la que existe una víctima que tiene que ser rescatada y un héroe que sabe cómo solucionarlo, perturbando la posibilidad de ver en la población sus recursos y capacidades para solucionar sus dificultades (De la Aldea y Lewkowicz, 1999).

Es importante que en esta etapa de familiarización se intente conocer al mayor número de actores involucrados y evitar hacer alianzas con alguno en especial a fin de facilitar el planteamiento de una meta conjunta que luego derivará en un plan de acción con toda la comunidad. Esto también implica un esfuerzo por parte del equipo facilitador que busca entender las dinámicas internas de la comunidad en su contexto para identificar las problemáticas y sus posibles causas. Este punto es revelador porque «muchas veces el problema que es visto desde el equipo facilitador externo no es el problema que realmente tiene la población» (Participante, enfermera, Ministerio de Salud, 2014).

Esta etapa de familiarización concluye con la formación de un equipo local que asuma la responsabilidad de realizar la facilitación en su comunidad. Estos equipos locales trabajarán junto con el equipo facilitador externo, serán los cofacilitadores de todo el proceso comunitario; se encargarán de co-planificar las actividades y, al finalizar cada actividad, co-evaluarán lo realizado.

“Hemos recogido testimonios de la organización sobre miembros, objetivos, recursos, dificultades y necesidades (qué hubo, cómo se avanzó, qué se mantiene), expectativas y cómo se sienten en las reuniones, Entre todas nos juntamos en la tarde y vamos identificando actores, reconstruyendo historias y valores, soportes emocionales alternativos, su relación con la naturaleza. Todo esto nos ayuda a ver qué cosa podemos utilizar más adelante para el plan de acción comunitario” (Participante, docente, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, 2013).

Paralelamente, en el espacio de formación académica, fue esencial trabajar textos narrativos sobre experiencias de otros procesos de familiarización, así como la presentación de videos de diferentes experiencias comunitarias que mostraban de manera práctica lo revisado en la teoría, todo esto sirvió como herramienta esencial para los grupos de discusión, pues permitía observar los propios errores y aciertos en el acercamiento a la comunidad.

La familiarización implica considerar algunos ejes principales:

Figura 3. Ejes de la Familiarización



# Capítulo II

## Diagnóstico Participativo

› Elba Custodio Espinoza  
Miryam Rivera Holguín  
Edith Del Pino Huamán





**El diagnóstico participativo es una herramienta de trabajo comunitario** que facilita la identificación de necesidades-problemas y recursos con los que cuenta una comunidad para luego formular un plan de acción comunitario con el cual trabajar sobre los problemas jerarquizados.

Para facilitar un proceso de diagnóstico participativo es indispensable partir del diálogo, identificar las divergencias, favorecer la negociación y movilizar hacia los consensos de los diversos actores de la comunidad. Esto implica el uso de metodologías que promuevan a los participantes expresar, compartir y analizar el conocimiento local en sus condiciones socioambientales, psicológicas y emocionales con el fin de problematizar, planear y actuar (Gil, 2007). Este conocimiento permite a la comunidad tomar decisiones basadas en el análisis generado por ellos mismos, con miras a la transformación social (Balcázar, 2003; Freire, 1992).

Las personas de la comunidad, en conjunto con los facilitadores, reflexionan sobre las temáticas en común, brindan y reciben información acerca de las necesidades y problemáticas que permiten construir una visión colectiva de la realidad de la comunidad. Asimismo, se busca entender las causas y consecuencias de los problemas, y definir conjuntamente sus prioridades. En paralelo, se identifican los recursos con los que cuenta la comunidad para el abordaje de sus dificultades, generando así mayor cohesión e identificación grupal.



Al aire libre, planificando el diagnóstico participativo

## Figura 4. Identificación de recursos de la comunidad

Uno de los principales retos que atraviesan los equipos de facilitadores con poca experiencia es la identificación de recursos de la comunidad, especialmente cuando les toca trabajar con comunidades en condiciones de vulnerabilidad extrema. A modo de ejemplo, se presentan las notas del trabajo de identificación de recursos de una comunidad rural de Ayacucho.

### Recursos de nuestra comunidad

Naturales	Tierras, ríos, flora, fauna
Materiales	Infraestructura, servicios públicos, equipamientos colectivos e individuales, salón comunal, etc.
Técnicos	Profesionales, herramientas profesionales, agentes comunales, procedimientos comunales, etc.
Financieros	Presupuestos participativos, ingresos, ahorros, etc.
Institucionales	Estatales, municipales, regionales, sociedad civil, etc.
Humanos	Líderes activos, participación de toda la comunidad, responsabilidad, puntualidad, compromiso comunal, problemáticas jerarquizadas por la comunidad, visión futura de la comunidad consensuada, buen humor, experiencia de trabajo comunitario etc.

El diagnóstico participativo permite problematizar y desnaturalizar conductas y estilos de relación que pueden haber sido normalizados en situaciones de violencia social, intervenciones marcadas por el asistencialismo o las relaciones de poder cotidianas, en las que la sumisión y el no respeto es la base del vínculo con el otro.

“Hay que llegar desde el diálogo, yo ofrezco mi conocimiento y tú tomas lo que te sirve; no imposición, sino algo horizontal”  
(Participante, psicólogo, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2013).

Al promover participación, empoderamiento y cambio en las relaciones de poder, se generan las condiciones para propiciar menor inequidad, menor injusticia y por lo tanto mayores niveles de bienestar en la población. Los espacios de reflexión y análisis del contexto son herramientas de trabajo clave en este momento del diagnóstico participativo; se hace necesario facilitar espacios dialogados en los que el respeto y la confidencialidad estén asegurados y permitan la participación de las diferentes voces de la comunidad. Esto supone un proceso de re-aprendizaje que implica una ruptura de las prácticas sociales «normalizadas» que obstaculizan la participación y que generan asistencialismo, clientelismo o condicionamiento de las ayudas.

### Figura 5. Algunas técnicas utilizadas para el diagnóstico participativo

Revisión de actas, análisis de otras experiencias, registros fotográficos, videos	
Entrevistas a personas clave	Encuestas sociodemográficas
Reflexión constante sobre el trabajo en todos los momentos del proceso	
Observación y registro de lo que se vive en la familiarización con el grupo	

En esta etapa del diagnóstico participativo, es clave que el equipo facilitador externo ya se haya consolidado como un grupo de trabajo, que comparte técnicas de comunicación, herramientas de trabajo conjunto y además confía en las capacidades de cada uno de los miembros del grupo.

“Ya no era necesario que nos habláramos en el taller; con solo una mirada sabíamos adónde movernos o cómo participar para ayudar a quien estaba dirigiendo la sesión”  
(Participante, psicóloga, Ministerio de Educación, 2013).

Esto implica que el equipo facilitador se vaya desarrollando como grupo, pero que además desarrolle su capacidad de escucha activa; la cual se evidencia, por ejemplo, al dejar a cada participante tomarse su tiempo para expresar sus ideas, al hacer resúmenes parafraseando lo que han manifestado o al ofrecer retroalimentación de la información obtenida.

Participantes revisando hallazgos del diagnóstico participativo



Figura 6. Herramientas clave para el diagnóstico participativo



### Fases del diagnóstico participativo

Las fases del diagnóstico participativo requieren consolidar lo ya trabajado en la familiarización, es decir, haber contactado al equipo local con el objetivo de establecer relaciones de confianza para entender el contexto, y priorizar temas que surjan en las sesiones de diagnóstico participativo. Además, esto permite al equipo facilitador y al equipo local preparar la metodología, técnicas y actividades con los cuales se realizarán las primeras reuniones.

#### Planeamiento de las sesiones de diagnóstico participativo.

En esta fase se prepara el plan de trabajo de campo, tomando en cuenta toda la información recabada anteriormente. Se elabora un calendario de actividades, el cual ayudará a realizar las coordinaciones e invitar a los diferentes grupos de la comunidad para que participen en los primeros encuentros –sin que esto interfiera en sus propias actividades laborales.

Para ello, el equipo facilitador y el equipo local realizarán un ensayo de cada una de las actividades a ejecutar. Esto permitirá que el grupo conozca el manejo de la técnica y analice si realmente puede funcionar en la comunidad con que trabajará.

“Estaba acostumbrada a llegar y comenzar a hablar, les explicaba qué es depresión, qué es enfermedad. Ahora es una comunicación activa con los usuarios del servicio de salud. Yo no llevo el tema, ellos lo traen”  
(Participante, enfermera, Ministerio de Salud, 2013).

#### Ejecución de las sesiones de diagnóstico participativo.

Los primeros encuentros incluyen acciones de identificación de información clave, de acuerdo con la metodología seleccionada (talleres, grupos de discusión, entrevistas, etc.) se realizan

reuniones que aseguren la participación de los diferentes grupos en las sesiones planteadas para el diagnóstico participativo. En esta fase, se puede hacer uso de instrumentos diversos como tarjetas, papelotes, sociodramas, esquemas, diagramas, dibujos, líneas de tiempo, técnicas lúdicas como el semáforo, etc. que ayuden a recolectar la información.

“El problema y los recursos los identifica la comunidad. Nosotras facilitamos” (Participante, abogada, organización religiosa, 2014).

A continuación, se presentan algunas preguntas que podrían ayudar en este proceso de diagnóstico participativo y que es importante tomar en consideración:

## Figura 7. Preguntas facilitadoras

¿Cómo vemos la salud mental de nuestra comunidad? (necesidades, vacíos...)

¿Qué problemas encontramos? ¿Cuáles son los grupos vulnerables?

¿Qué tan graves son?

¿Qué los mantiene activos? ¿Qué los agrava? ¿Cuándo?

¿Qué se hace? ¿Cómo lo resuelven? ¿Quiénes se involucran?

¿Cuáles son los obstáculos?

¿Qué se puede hacer?

¿Cómo empezamos?

Grupo de mujeres jerarquizando resultados del diagnóstico participativo



### Tabulación y análisis.

Para esta fase, es necesario definir y caracterizar los grupos que componen la comunidad: sus roles, nivel de participación, ocupación, compromisos que asumen en el grupo, entre otros. Así también, en esta fase se organiza toda la información recabada en el diagnóstico para analizarla, jerarquizarla y darle una interpretación a la luz de lo sucedido durante las sesiones. Toda esta fase es realizada por el equipo facilitador externo y el equipo coordinador local a través del análisis y la reflexión, y las preguntas del ejercicio de jerarquización.

“Fue interesante volver a leer con las señoras los resultados del diagnóstico, no pensé que fuera tan importante pues nos permitió ver que lo que nosotras pensábamos no era lo que ellos querían decir” (Participante, trabajadora social, organismo no gubernamental, 2014).

**Ejercicio de jerarquización.**

Se determina cuál es el problema o situación que se pretende cambiar, aclarando quiénes son los grupos más vulnerables (mujeres, jóvenes, niñas y niños, adultos mayores, víctimas, entorno familiar de las víctimas, etc.). Se deben tener en consideración los niveles de gravedad o urgencia que se percibe del problema; su relación con otros problemas y consecuencias del mismo, así como todas las características que se puedan aclarar.

“Muchas veces vimos que era otra la necesidad, ellos nos pedían cosas que no podíamos llevar, cuando vieron que tenían más necesidades que satisfacer y que ahora podían comenzar con algo, esto permitió que se comprometieran con el proyecto que aunque era pequeño fue muy significativo para ellos”  
(Participante, psicóloga, Ministerio de Salud, 2013).

El ejercicio de jerarquización necesita establecer criterios que previamente hayan sido discutidos con la comunidad. Se pueden asignar valores numéricos (1 para el más grave y tal vez 5 para el menos grave), o colores, o letras, o también se puede usar el número de votos para identificar cuál es el tema con mayor importancia jerárquica para la población. Luego, se plantea una consolidación o resumen, de tal manera que el resultado final de la jerarquización recoja la preocupación más sentida por la comunidad y no solo la preocupación del grupo que ejerce más poder en la comunidad. Algunas técnicas que se suelen utilizar son las siguientes:

Figura 8. Técnicas de Jerarquización

Semáforo	Se pueden usar tarjetas rojas, amarillas y verdes para jerarquizar; las rojas serían los temas más relevantes de abordar
Línea de tiempo	En un papelógrafo se puede trazar una línea con los principales hitos para la población y se van graficando eventos importantes y metas a las que se quieren llegar
Jerarquización por tarjetas	En cada cartulina se puede escribir un problema y se organizan en forma de pirámide para visualizar cuáles son los problemas de base y cuáles son los problemas más visibles ( punta del iceberg)
Sociodramas	Se seleccionan los problemas más importantes y se dramatizan para luego, entre todos, elegir el más relevante

**Validación y elaboración del informe final del diagnóstico participativo.**

Una vez que se ha realizado la reflexión y el análisis de lo encontrado en la comunidad, se llevan estos resultados a una nueva sesión con el grupo. Dicha sesión tiene como fin que las y los participantes reflexionen y corroboren si el diagnóstico participativo refleja lo que manifestaron o si es necesario precisar otros aspectos. Asimismo, se vuelve a revisar la jerarquización de la problemática para poder definir las prioridades de acción y asegurar los compromisos y la co-responsabilidad.

A partir de este diagnóstico participativo, se configura lo que será el plan de acción comunitario, por lo que se programan reuniones con la comunidad, identificando el apoyo logístico e incluso

la codirección en las sesiones comunitarias, que serán asumidas por cada una de las partes involucradas en este proceso.

Es importante resaltar que esto es un aprendizaje para la población, en tanto se le haga participar en la reflexión sobre el trabajo realizado. Un ejercicio de validación debe considerar los siguientes criterios:

### Figura 9. Ejercicio de validación

Se comparte lo reflexionado en la sesión anterior, presentando la jerarquización que se realizó con la comunidad

Se abre un espacio a la discusión sobre los objetivos planteados, estableciendo compromisos logísticos y de tiempo

Se piensa en qué actividades se pueden llevar a cabo para conseguir los objetivos propuestos

Se analiza qué otras instituciones pueden colaborar con la tarea compartida de mejorar la salud mental comunitaria

Se cierra con un cronograma tentativo de las actividades propuestas por la comunidad y el equipo facilitador

A modo de conclusión, se presentan algunos principios y prácticas que facilitarán el desarrollo del Diagnóstico participativo:

### Figura 10.

#### Principios y prácticas que favorecen el diagnóstico participativo

Valorar el saber de la población

Usar el mismo idioma local, lenguaje sencillo, respetar silencios, etc

Usar técnicas sencillas, lúdicas y culturalmente pertinentes

Asegurar participación y representatividad de diversos grupos de la comunidad

Establecer relaciones de confianza, evitar parcializarse con alguna de las partes

Reconocer las diversas necesidades de la comunidad

Focalizar el tema de trabajo en salud mental comunitaria

Establecer acuerdos, responsabilidad, uso de resultados

Compartir el análisis de los resultados

Proveer asesorías y retroalimentación

# Capítulo III

## Formulación de Acciones Comunitarias

› Elba Custodio Espinoza  
Tesanía Velázquez



La etapa de formulación de acciones comunitarias es la que sigue al proceso de familiarización y del diagnóstico participativo. Aquí se transita hacia poner en práctica los compromisos de acción señalados en las etapas previas.

Figura 11. Etapas previas a la Formulación de acciones comunitarias



#### Diseño del Plan de Acción en Salud Mental Comunitaria

La elaboración y ejecución del plan de acción comunitario incluye la participación activa y el compromiso de la población en cada una de las tareas a llevarse a cabo. Este trabajo se sustenta sobre todo en las capacidades de la población, en sus recursos, fortalezas o debilidades y están dirigidos a mejorar el estado de bienestar de la población y a generar cambios en las condiciones de vida de la comunidad (Guzman, Ortiz y Alquisiras, 2012).

“Todos los modelos que hemos visto pueden aplicarse muy bien en el trabajo acá en Ayacucho, pero hay la necesidad de adaptar modelos al contexto, adaptarlos a la realidad. No se trata de adecuar la realidad al modelo, sino más bien adaptar el modelo a la realidad” (Participante, trabajadora social, Municipalidad Distrital, 2013).

Se necesita considerar los ritmos particulares de cada comunidad así como prever las potenciales dificultades para así evitar contratiempos o vacíos. Se propone elaborar una hoja de ruta con las acciones para alcanzar la meta deseada a corto, mediano y largo plazo, se visibilizarán las fortalezas de la población y propiciará la buena administración de los recursos con los que cuenta (GTSM, 2003; Gamio, 2009).

En esta fase se perfilan los objetivos del plan de acción comunitario, se revisan los resultados e indicadores para cada meta planteada dentro del periodo previsto para el plan.

“Con lo comunitario, tienes la certeza de que la intervención va a funcionar; porque se plantea desde ellos, desde la misma comunidad” (Participante, abogada, Defensoría del Pueblo, 2013).



## PRIMER PASO: de la validación del diagnóstico participativo al planteamiento de objetivos

Luego de haber realizado el diagnóstico participativo y haber procesado los resultados, el equipo de facilitadores externos y el equipo local realizarán una propuesta concreta recogiendo todo lo obtenido en las sesiones de diagnóstico participativo y en la jerarquización (Panduro, 2002). Considerarán los recursos, capacidades, tiempos y realidad financiera, así como la cultura y tradiciones locales.

“Reconocer, valorar y respetar que hay diferentes culturas; cuando vamos a una comunidad ellos nos respetan y nosotros tenemos que respetar” (Participante, trabajadora social, organismo no gubernamental, 2013)



Equipo local proponiendo  
objetivos para el  
plan de acción comunitario

Cabe resaltar que un buen trabajo de diagnóstico participativo no solo recoge el malestar o los problemas, sino también los recursos con los que cuenta la población, el sistema de redes y, debe también incluir cómo se organizarían en cuanto a responsabilidades y compromisos, respecto a la problemática jerarquizada. Esta planificación tendrá que llevarse a la comunidad para que sea validada por ellos y adoptar las decisiones que puedan ser más pertinentes para toda la comunidad. Esto posibilita la formulación de objetivos generales y específicos, los cuales serán con los que trabajarán a lo largo del tiempo.

### Objetivos generales.

Constituyen la meta ideal a la cual se quiere llegar a lo largo del tiempo. Por lo general, va en colaboración de un plan nacional, regional, provincial o están insertos en algún plan institucional ya existente.

## Figura 12. Características de los objetivos generales

Guardan coherencia con las prioridades y las políticas de desarrollo del país

Están vinculados a los objetivos de un programa nacional o sectorial

Están expresados en términos verificables

Hacen referencia al cambio que experimentará el sector

### Objetivos específicos.

Son aquellos que se trabajan de manera directa. Son medibles, alcanzables y relevantes a la finalidad y el tiempo. De esta manera, permiten medir el éxito del proceso comunitario en términos de beneficios duraderos para el grupo destinatario.

### Figura 13. Características de los objetivos específicos

Realmente contienen un único objetivo

Describen el cambio en las condiciones de los beneficiarios

Se expresan en términos del beneficio de la acción en relación con todo el grupo

Son consecuencias de los resultados

Son realistas y definidos de manera concreta y verificable

Contribuyen significativamente al objetivo general

Si bien es cierto que el plan de acción es propuesto por la comunidad, el equipo facilitador externo junto con el equipo local son quienes se encargan de organizarlo durante las sesiones de validación.

### SEGUNDO PASO: elaboración del plan de acción comunitario

Es importante tener en cuenta que a medida que el equipo va conociendo más a la población se pueden ir reconociendo mejor «los verdaderos problemas»; los cuales no son necesariamente los encontrados en el diagnóstico participativo. Por ello, los facilitadores deberán tener flexibilidad para redirigir el plan diseñado con la población hacia el apoyo por la satisfacción de la necesidad sentida y real.

“Contar con personas claves dentro de la comunidad fue esencial, nosotros no podíamos estar siempre y nos permitía hacer la convocatoria e ir viendo qué ajustar”  
(Participante, comunicador social, Municipalidad Provincial, 2013).

La idea principal de este plan de acción comunitario es tener un esbozo de lo que debe ocurrir para lograr la visión conjunta de la comunidad e ir construyendo las estrategias y herramientas para los cambios deseables en el plazo trazado. Además, se pueden establecer las responsabilidades a cada miembro del equipo de facilitadores; de esta manera, el plan de acción comunitario provee un mapa detallado que los colaboradores pueden seguir.

### Figura 14. Señales de cambio en la comunidad

¿Qué acciones o cambios deben ocurrir?

¿Quién llevará a cabo estos cambios? ¿ Hay un equipo de coordinación local?

¿Cuándo podrán ser visibles los cambios?

¿Qué recursos son necesarios para lograr los cambios propuestos?

Comunicación: ¿Quién debe saber qué para ir generando estos cambios?

Por otro lado, se puede determinar con qué grupo de personas y sectores de la comunidad se trabaja. Esto permitirá conocer y aprender más sobre la comunidad y ayudará a involucrar a más miembros para alcanzar los objetivos propuestos. Para tener una medición de los impactos, estos deben describirse de manera concreta y en términos verificables. Los resultados se desprenden directamente de los objetivos específicos.

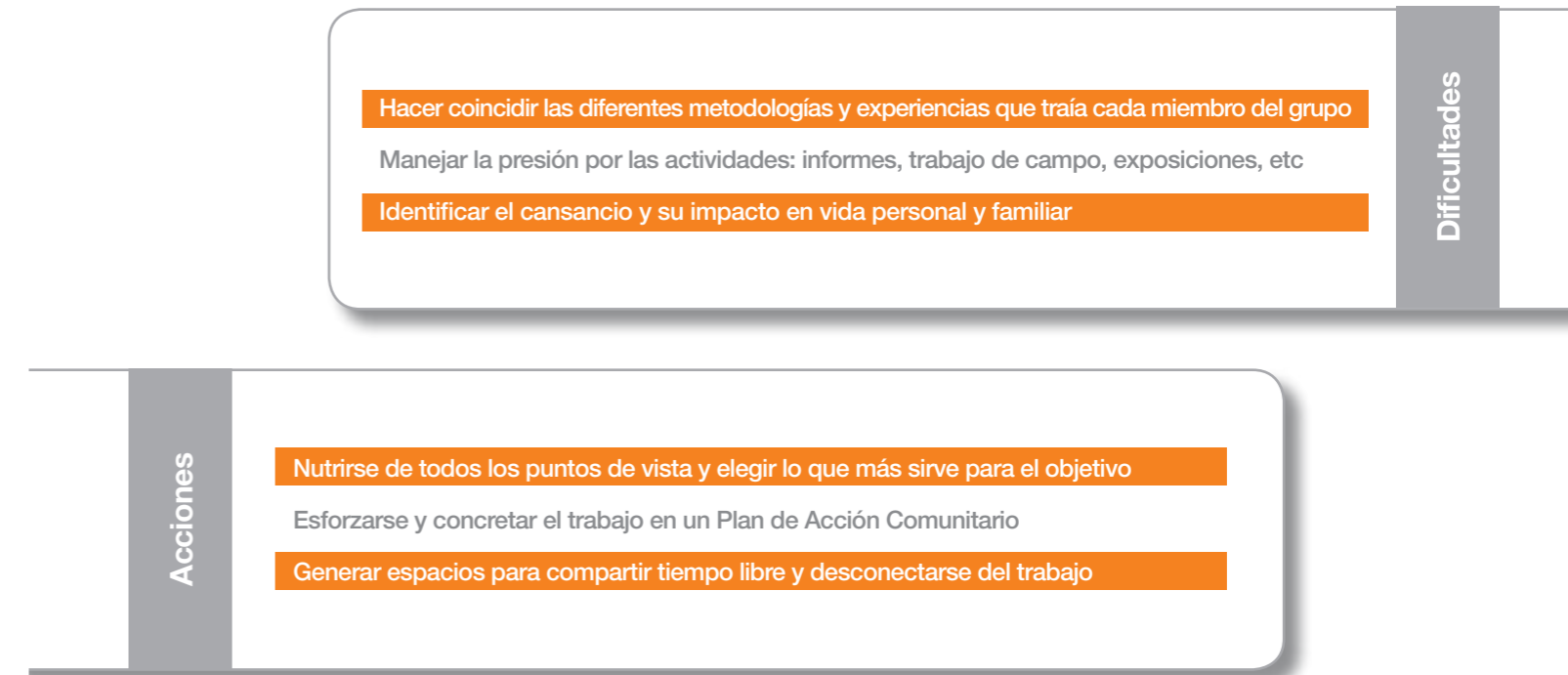
Es importante señalar que la formulación de un plan comunitario implica mucha energía de parte del equipo facilitador externo y del equipo facilitador local, por lo que la puesta en práctica muchas veces implica dificultades.

“Hacer un plan comunitario, en el cual todos participen ha sido una experiencia nueva, bonita pero muy agotadora porque a veces organizarnos con los tiempos era difícil, el trabajo, la familia, más la preparación de los talleres era complicado, más fácil era hacer un taller; pero, los resultados son totalmente diferentes, el plan comunitario responde a la necesidad de la población” (Participante, trabajadora social, organismo no gubernamental, 2014).

A continuación, se presentan algunas dificultades a modo de ejemplos, y algunas acciones emprendidas por los equipos de trabajo de Ayacucho.

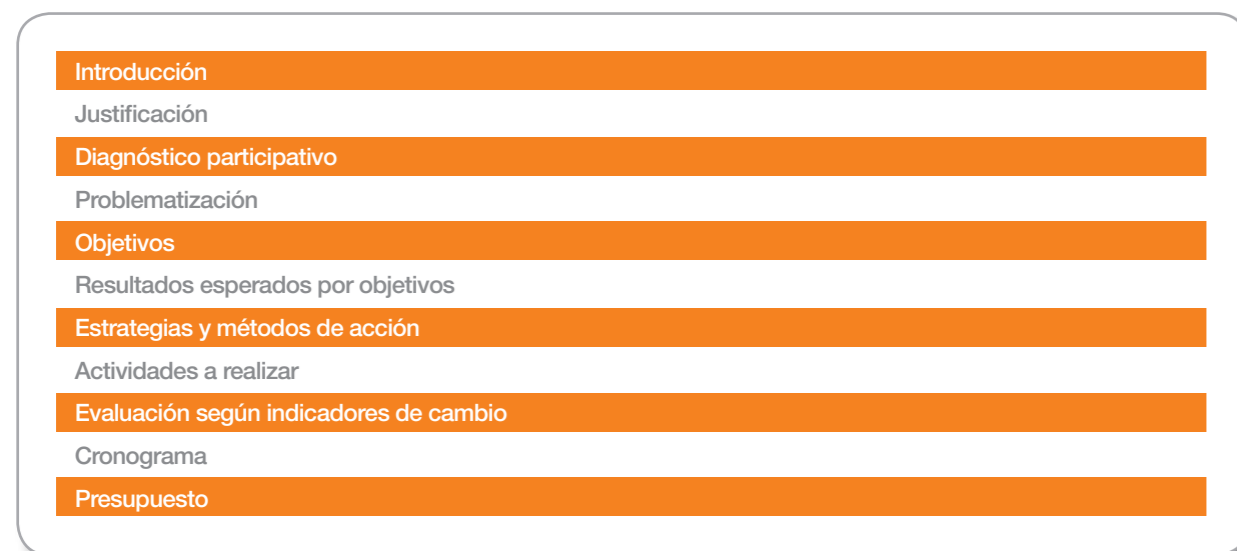
Figura 15.

Dificultades y acciones emprendidas por los equipos de trabajo de Ayacucho



Si bien es cierto, el esquema de trabajo de un plan de acción comunitario es muy variado pues muchas veces responde a las fuentes de financiamiento que puedan ofrecer apoyo. A continuación se presenta un ejemplo de esquema de presentación del plan de acción comunitario, el cual puede facilitar una secuencia lógica de formulación.

Figura 16. Esquema de presentación del plan de acción comunitario



Cabe resaltar que en los planes de acción comunitarios no solo se definen los objetivos que se alcanzarán, sino también **qué estrategias y actividades** se utilizarán para el logro de los objetivos. Estos deberán estar ajustados a los recursos de la comunidad y a las oportunidades disponibles; pero, sobre todo, deberán incluir a todos los actores involucrados. Así por ejemplo, se considerarán temas relacionados con la construcción de coaliciones y redes, con buscar el desarrollo comunitario, la educación o las iniciativas de políticas públicas. Por consiguiente, al seleccionar una estrategia se deben anticipar las posibles resistencias o barreras que se puedan presentar para así minimizar su impacto en el desarrollo de las acciones comunitarias.



Figura 17.

## Algunas técnicas utilizadas para el plan de acción comunitario

Árbol de problemas

Río de la vida

Dibujos que visualizan el pasado, presente y futuro

Línea de tiempo de la comunidad

Diagramas de jeraquización de tarjetas

Visualización de objetivos y actividades en papelógrafos y tarjetas

Identificación de imágenes relacionadas con hitos de la comunidad

Sociodramas

Juegos y dinámicas al aire libre

Todas las acciones han de enmarcarse transversalmente desde una perspectiva de **género**, **derechos humanos** e **interculturalidad**. Asimismo, en la etapa de construcción, se debe recalcar la necesidad que todo proyecto sea **sostenible** y **viable** para la comunidad. La sostenibilidad se encarga de estudiar las medidas previstas para que esos resultados se mantengan en beneficio de la comunidad; es decir, hablamos de un momento posterior a la consecución de dichos resultados. La viabilidad se refiere a las posibilidades de realizar el proyecto tal como ha sido diseñado, especialmente a nivel presupuestal y en la recaudación de fondos para su ejecución.

## TERCER PASO: validación del plan de acción comunitario

Con todos los insumos recogidos con la comunidad y de la reflexión realizada al interior del equipo, se propone un plan de acción comunitario, el cual se validará con la comunidad.

Figura 18.

## Preguntas clave para realizar la reflexión al finalizar la validación

¿Cuál es la situación?

¿Qué queremos hacer?

¿Por qué lo vamos a hacer?

¿Qué lograremos con este plan?

¿Cuánto se quiere hacer?

¿A quiénes se beneficiará?

¿Dónde lo haremos?

¿Cómo lo haremos?

¿Cuándo se hará?

¿Quiénes lo harán y con qué?

¿Cómo lo costearemos?

Esta validación se realiza revisando objetivos, actividades, cronogramas y resultados esperados; esto permite visibilizar si lo propuesto por la comunidad ha sido recogido apropiadamente, si las actividades son pertinentes, si el calendario propuesto no se cruza con festividades o fechas importantes de la comunidad y si se considera que los resultados propuestos son alcanzables. Este proceso favorece que la comunidad se apropie del plan de acción comunitario y visualice los cambios propuestos.

**CUARTO PASO:** presentación del plan de acción comunitario

Al igual que en el proceso del diagnóstico participativo y teniendo en cuenta que las propuestas podrían insertarse en las instituciones con las que se trabaja, se recomienda realizar un esquema de presentación pública del plan de acción comunitario. Con ello, se da la posibilidad de que los gobiernos locales u otras instancias públicas puedan sumar esfuerzos e identificar instrumentos que puedan introducir en los presupuestos por resultados del Sistema Nacional de Inversión Pública.

A continuación se presenta, a modo de ejemplo, los títulos de algunos planes de acción comunitarios de salud mental elaborados por los grupos de trabajo de Ayacucho.



Preparando la presentación  
pública del plan  
de acción comunitario

## Figura 19.

Ejemplos de planes de acción comunitarios de salud mental elaborados por los grupos de trabajo de Ayacucho

## Proyectos Implementados

1. Grupo Esmeralda de los Andes: “Unidas mejoramos nuestra convivencia en la comunidad de Pampachacra Huanta en Ayacucho”
2. Grupo Flor de Retama: “Plan de acción comunitaria en la organización del vaso de leche Los Ángeles, Jesús Nazareno en Ayacucho”
3. Grupo Huamanga Corazón: “Intervención en salud mental comunitaria en la Asociación de Familias Desplazadas La Victoria del distrito de San Juan Bautista en Ayacucho”
4. Grupo Puriqsiykuna: “Plan de intervención en salud mental comunitaria con la Asociación de Adultos Mayores Qory Wata. Distrito de Jesús Nazareno en Ayacucho”
5. Grupo Vencedores de Ayacucho: “Intervención comunitaria con la Asociación de Familias de El Señor de la Picota”

# Capítulo IV

## Acción y Monitoreo de la Implementación

› Elba Custodio Espinoza  
Miryam Rivera Holguín



**El equipo facilitador periódicamente necesita revisar cómo viene trabajando**, para esto se realizan reuniones de monitoreo y evaluación, así como reuniones de cuidado al equipo. Dentro de la programación de actividades, es importante incluir estas reuniones después de cada taller, de tal manera que se revise cada una de las acciones implementadas y cómo el equipo podría elevar su desempeño técnico, comunicacional y de coordinación entre ellos y con el equipo local.

El trabajo de los facilitadores debe tomar en cuenta la coordinación, la flexibilidad y el apoyo entre sus miembros. Para alcanzar esto, es necesaria la presencia de tres elementos esenciales: la participación, el empoderamiento y la transformación de las relaciones de poder al interior del propio equipo de trabajo. Cuando esto se logra, los propios miembros del equipo lo valoran y lo empiezan a utilizar como parte de sus prácticas profesionales en sus instituciones de origen.

“Desde que estoy en la Diplomatura, intento llevar este modelo de trabajo en equipo a mi oficina y lucho contra la costumbre del trabajo aislado, individualista”

(Participante, abogada, Defensoría del Pueblo, 2013).



### Implementación del trabajo comunitario

Una vez construido y validado el plan de acción comunitario, se realiza su lanzamiento con una actividad significativa e inaugural en la localidad.

### Figura 20.

#### Ejemplos de actividades de los planes de acción comunitarios de salud mental

Los proyectos formulados en el marco de la Diplomatura tuvieron como actividades inaugurales la construcción de un dibujo colectivo. En otros casos, se realizaron actividades de recuperación de la memoria histórica. Se buscó fomentar la creatividad, al mismo tiempo que se respondía la pregunta, ¿cómo nos iniciamos en el camino?

A lo largo de los meses que duró la intervención, se tuvieron actividades relacionadas con temas diversos, pero sobre todo, se buscó reconocer las capacidades y recursos locales. Se utilizaron dinámicas recreativas y actividades lúdicas que permitían deconstruir las relaciones de poder instaladas.

Algunos ejemplos son los sociodramas, la recuperación de watuchis (adivanzas) e historias en quechua, la visibilización de las emociones a través de gráficos, teatralización con títeres, encuentros inter-institucionales, talleres vivenciales, etc.

#### El trabajo con redes

Para intervenir en la comunidad, tenemos que ver el problema desde múltiples aristas; una de ellas es analizar la existencia de actores en la zona que pueden colaborar con la resolución de la problemática identificada. Existen organizaciones a nivel de la comunidad que están relacionadas con temas como salud, educación, protección social, desarrollo de



microempresas, entre otros. Sin embargo, puede darse el caso de tener pocos espacios para trabajar de manera coordinada, teniendo como consecuencia que los resultados esperados no tengan el impacto que se desea a nivel político.

“Nos ayudó mucho la municipalidad. El incluirlos en las reuniones ayudó a que vieran a los adultos mayores con otros ojos y comenzar a incluirlos, incluso en los presupuestos participativos” (Participante, trabajadora social, Municipalidad Distrital, 2013).

Por ello, es importante tomar en cuenta la misión y visión de cada una de estas instituciones; para así poder articular todos los esfuerzos de la localidad, planteando objetivos que sean comunes a los diversos actores, y donde cada uno aporte para la construcción de una solución. Así, es de vital importancia que los planes de acción se inserten en los objetivos de los planes locales de la municipalidad, de la región o del gobierno nacional.

En este contexto, es importante conocer a la comunidad no solo desde la infraestructura, número de escuelas, puestos de salud, centros productivos, etc., sino también conocer las organizaciones y su funcionamiento, las/los líderes y las personas que tienen un rol activo en ella y descubrir qué actividades orientan más su energía. El identificar estas fuerzas dinamizadoras dentro de la comunidad permitirá potenciar recursos como el talento humano, las infraestructuras existentes, los colectivos de trabajo, los programas sociales y organizaciones sociales con tradiciones culturales como base.

Asimismo, trabajar en redes tiene dos importantes beneficios; por un lado, permite compartir responsabilidades, lo cual disminuye la carga laboral y, por otro lado, ayuda a reconocer en qué se ha visto favorecida la comunidad por las acciones realizadas por diferentes organismos gubernamentales y de la sociedad civil.

## Reunión de trabajo participativo con la comunidad



En la misma línea, es importante preguntarse como equipo: ¿qué funcionó?, ¿cuáles fueron las dificultades?, ¿qué se logró?, ¿qué ha perdurado en el tiempo? Estas preguntas permitirán planificar acciones que puedan ser sostenibles en el tiempo y que logren que el cambio perdure en la comunidad.

### La participación

Para considerar que una acción es «comunitaria», un requisito es la participación protagónica de la comunidad; en este sentido, las acciones van más allá de la charla o del taller de sensibilización en el que se «brinda» información, pues esas actividades generan usuarios.

El proceso comunitario busca que el rol principal lo ejerza la población. Los agentes externos que han pasado por una etapa de familiarización con la comunidad, facilitan espacios y moderan reuniones, son «aliados» que buscan dinamizar un proceso para lograr ser una comunidad más organizada, participativa y protagonista de su propio cambio.

Esta propuesta no es solo desde los profesionales que llevan sus objetivos y priorizan una problemática, sino que es el punto nodular de la implementación de acciones comunitarias.

De esta manera, la comunidad participa desde la identificación de problemas, dificultades y recursos, hasta el momento del diseño y planteamiento de actividades para mejorar la salud mental comunitaria. Así, los participantes se apropian no solo de la intervención, sino también del espacio que se ha venido construyendo entre ellos.

“Elas hicieron todo, se organizaron, consiguieron la manta, las flores y la comida. Nos dijeron que era el principio de una nueva etapa donde se veían que podían, porque habían participado en cada momento de este plan de acción, incluso se denominaron como grupo de salud mental. Se apropiaron de las actividades y del proyecto en sí” (Participante, obstetrix, Ministerio de Salud, 2013).

Este traspaso del protagonismo de los profesionales hacia la comunidad requiere del protagonismo del equipo facilitador local que co-facilite el proceso, tome la iniciativa, reconozca sus recursos y esté motivando a sus colegas comuneros para asumir un rol activo, y que vayan animando a otros actores de la comunidad a formar parte de la iniciativa. De esta manera, la participación implica que la comunidad asuma la responsabilidad de gestionar su desarrollo.

#### El cierre de las actividades comunitarias

Todo proceso comunitario implica involucrarse de manera personal y profesional con la población. Ello significa no solo una responsabilidad con las acciones llevadas a cabo, sino también una forma de convivencia con la comunidad, por lo que se hace necesario tener un

plan de transición y salida. Dicha transición se prepara desde el inicio de las actividades, al enmarcar las acciones en un calendario acordado con la comunidad. Así también, durante la intervención comunitaria, es pertinente recordar con la población cuántas sesiones van, cuántas quedan y que luego del calendario acordado se dejará de asistir de manera calendarizada para pasar a visitas esporádicas, en caso sea posible.

“No sentimos que desaparecieron, nos acompañaron en el camino, y ya se tienen que ir...” (Pobladoras socias, Asociación de Desplazados La Victoria, 2014).

Se pueden utilizar diversas estrategias para el proceso de cierre (actos simbólicos, fechas emblema, cumpleaños del proyecto, bautizo o padrinazgo del proyecto, etc.), pero más allá del acto simbólico, lo principal es dejar encaminado el motivo que convocó el proceso y el interés de la comunidad de continuar trabajando por la salud mental. El haber trabajado desde la participación, la apropiación de los resultados y la activación de las redes permite que los participantes busquen seguir trabajando con estos temas en otras intervenciones.

#### El acompañamiento de acciones comunitarias

La planificación de las acciones comunitarias se hace a partir de opciones viables para alcanzar los objetivos planteados y aunar esfuerzos para la solución del problema que perturba el bienestar de la comunidad. La idea del acompañamiento implica que una persona externa participe invitando a la reflexión y a tener una mirada desde fuera que permita mayor perspectiva e incluir un abanico más amplio de posibilidades para la toma de decisiones. En esta medida, se recomienda un acompañamiento técnico (que permita revisar la metodología utilizada en relación con los objetivos del proyecto), que incluya tiempo para ajustes temáticos (que permita reforzar conceptos relacionados con lo que se trabaja en campo) y que incorpore espacios para el cuidado del equipo.

El monitoreo permite examinar constantemente la implementación del proyecto al realizar el seguimiento de las actividades programadas, midiendo los resultados para optimizar sus procesos y realizando giros en las actividades debido al aprendizaje que resulta de los aciertos y errores detectados.

De esta manera, el monitoreo permanente se orienta por conocer los insumos, las actividades, los procesos y los productos utilizados cuyos principales indicadores se relacionan con el tiempo, la cantidad, la calidad y el costo de cada uno. Para este momento, resulta útil contar con una ficha de monitoreo que vigile el cumplimiento de los objetivos a los que apunta el plan de acción comunitario.

“Era complicado organizarnos para ir a la comunidad, no sabíamos si hacíamos bien o no las cosas. Gracias a la presencia de las supervisoras tuvimos otra mirada y eso también nos permitió mejorar. Sin serlo, la supervisora era parte del equipo de intervención”  
(Participante, antropóloga, organización social de base, 2014).

Resulta importante tener en cuenta que el monitoreo no es solo la revisión de aspectos técnicos, sino que incluye el análisis paulatino de cómo se trabaja en el equipo, cuáles son las dificultades y soluciones posibles, para lo cual se puede hacer uso de informes periódicos que permitan visualizar los diferentes ejes de reflexión.

Figura 21. Ficha de monitoreo

### Reporte mensual de actividades de Salud Mental Comunitaria

Fecha: Del \_\_\_ al \_\_\_\_

Participantes de equipo:

Participantes de la comunidad:

#### Agenda de actividades

Desarrollo: breve descripción de la actividad realizada. ¿Cómo se desarrolló la actividad?  
¿Cómo participaron? ¿Qué instituciones participaron? Acuerdos/ compromisos

#### Logros obtenidos

Considerar los logros alcanzados a nivel de metas y resultados  
(incluir análisis externo e interno).

#### Dificultades presentadas a nivel de actividades

A la luz del contexto local, a nivel técnico de la gestión, a nivel del equipo.

#### Lecciones aprendidas

¿Qué aprendimos en la aplicación práctica de la acción, qué condiciones generadas han sido más eficientes para aportar a los resultados?

#### Recomendaciones

¿Qué recomendaría para mejorar otras actividades similares o para superar obstáculos o errores incurridos?

# Capítulo V

## Cuidado de los equipos



> Viviana Valz Gen Rivera



**En países como el nuestro, marcado por una historia de sometimiento,** marginación y pobreza, trabajamos con personas en una situación de mucha vulnerabilidad y que presentan problemáticas complejas, de difícil solución (Degregori, 2004). La experiencia de cuidado forma parte de la naturaleza humana. Cuando pensamos en el cuidado de los equipos, lo hacemos pensando en simultáneo tanto en las personas que forman parte del equipo que nos concierne, como también pensando en las personas con quienes este equipo trabaja en la comunidad; se da en el contexto de una «relación con otro», a través de un vínculo (Morales y Lira, 1997; Morales, Perez y Menares, 2003).

¿En quienes estamos pensando? Quizá alguien que trabaja en un puesto de salud (un técnico, un doctor, una enfermera, una promotora); también podría ser alguien que enseña a niñas y niños en una escuela o que enseña a adultos o jóvenes (maestras y maestros); podría ser alguien que atiende en una ventanilla para realizar un trámite, para dar información; alguien que atiende o acompaña emocionalmente a personas que han vivido situaciones de maltrato, que les ofrece atención legal o información. Son infinidad de trabajos los que se nos vienen a la mente. Lo común, en todos ellos, es que la herramienta fundamental para el desarrollo de su trabajo son ellos mismos, es decir, la herramienta es la misma persona, quien establece un vínculo con otro para ofrecer su servicio. Hablamos entonces de un encuentro de dos o más personas, cada una de ellas con su historia particular, con su manera

Vista de la  
ciudad de Ayacucho



especial de sentir y vivir el día a día (subjetividades e historias que se encuentran). En la persona que ofrece el servicio, resonará aquello que se plantea como demanda o, quizá, problema; para luego ver cómo se encamina, cómo se desarrolla el servicio de la mejor manera.

“Este espacio me ayuda a pensarme y que todo lo que he pasado desde chiquita influye de una y otra manera en mi trabajo” (Participante, psicóloga, Ministerio de Salud, 2013).

Se ha observado que el trabajo, día a día, con personas que han sido afectadas por situaciones de violencia va cargando a los equipos de trabajo; esto debido a que el sufrimiento de las personas resuena en quienes las atienden. Por ello, es muy importante contar con espacios donde se puedan compartir cómo se están sintiendo respecto al trabajo, cómo les afecta y qué están haciendo frente a ello. Esto ayuda a que las personas den un mejor servicio y a la vez las cuida de sobrecargarse (Arón y Llanos, 2004, Mideplan, 2009).

Algunas veces, las diferentes problemáticas pueden tocar puntos ciegos, no conversados, no reconocidos. Por ejemplo, personas que en su infancia han vivido situaciones de violencia y nunca han tenido ocasión de hablar de ello; como lo sucedido durante el conflicto armado interno (CAI) u otras situaciones. Si pensamos en Ayacucho, vemos que muchas de las personas que hoy atienden en servicios de salud, educación, promoción u otros han sido a su vez víctimas de la violencia del CAI en su niñez. En otros casos, no han vivido directamente esa experiencia, pero hoy conviven con las secuelas de esa violencia. Entonces, si no existen espacios para elaborar o pensar en lo que está significando el trabajo que realizan, se van cargando, se dan identificaciones y a la vez resistencias (como por ejemplo, pensamientos con ideas como: “si yo que sufrí tanto ya lo superé, ¿por qué esta persona no pasa la página?”). Al entrar la problemática en relación con su propia experiencia, el trabajador termina haciéndose

uno con la persona, reviviendo su propia historia, con mucho sufrimiento, perdiendo así la posibilidad de ayudar y con ello generando mayor pesar.

“No sabía si estaba haciendo bien, pero aquí al hablarlo me da posibilidades de repensar lo que debo hacer. Sobre todo porque veo que pueden haber consecuencias de mis acciones a largo plazo” (Participante, enfermera, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2014).

Estos espacios de cuidado de los equipos permiten escuchar y comprender a las personas que sienten que no pueden atender/resolver la demanda de quienes atiende o acompaña y se experimenta un sentimiento de fracaso donde no se puede observar cuáles son las limitaciones del servicio. Todo se confunde y la sensación de fracaso es muy grande, pues si no se entiende lo que se está sintiendo, la persona termina reviviendo su propio dolor y, además, carga con los pesares de las otras personas a quienes acompaña en la comunidad. De allí que se abran brechas, que se mantengan las divisiones y desconfianzas (Barudy, 1999).

Toda esta sobrecarga influye en el trabajo diario, este dolor impide que se pueda visibilizar un trabajo en conjunto, en el que se pierde de vista el objetivo y se agotan las energías en tareas superpuestas, perdiendo de vista el objetivo principal de restauración y reparación de un dolor que no es solo de algunos, sino de toda una comunidad (Wiñastin, 2005).



### ¿Qué se propone para procesar esta carga?

En los espacios de cuidado de los equipos, se pueden analizar y elaborar las ideas y emociones de manera sostenida; la idea de proceso es clave para observar la transformación. A través del diálogo, se pueden trabajar estas temáticas y lo que está generando el trabajo en la comunidad y el encuentro con las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad.

Las personas suelen interactuar desde sus propias experiencias, desde lo que han vivido, lo cual se convierte en un material que se utiliza para el trabajo cotidiano. Por eso, para formar a personas en atención y acompañamiento, es fundamental incluir el aspecto referido al cuidado del equipo, de manera que las personas lo puedan integrar en su trabajo y luego transmitirlo a otros. La formación, en este aspecto, es clave porque muchas veces el trabajo supone una presión y sobrecarga muy grande. Hay que detenerse a pensar en grupo, preocuparse por la salud mental del equipo y socializar cómo cada quien maneja las situaciones suscitadas.

Desde esta perspectiva, se necesitan tres columnas: los elementos conceptuales y teóricos (cómo funciona la violencia, cómo actúa, tipos de afectaciones, etc.), las herramientas (cómo intervenimos, qué herramientas usamos, cómo hacemos procesos de transformación y cómo hacemos que esos procesos sean tomados por las personas) y la elaboración de situaciones cotidianas del trabajo. Esto permite incorporar espacios permanentes-cotidianos de reflexión y análisis que se inserten dentro de la práctica, le dan mayor perspectiva al trabajo realizado, con la idea de que poco a poco se haga parte de la estructura interna de los procesos y proyectos.

Algunas veces es complicado incorporar el tema del cuidado, ya que el cuidado involucra la parte afectiva del profesional, que muchas veces no es considerada. Sin embargo, sabemos que es clave, ya que trabajamos con nuestra mente y afectos y nuestra tarea cotidiana nos impacta en ambos niveles. Del mismo modo, nos sirve para conectar los aspectos conceptuales y las herramientas con lo real, con la vivencia y experiencia de cada uno de los participantes.

Como hemos señalado, partimos del reconocimiento que el trabajo que se hace se da en el contexto de un vínculo, por eso en el marco de un programa de formación, el aprender a establecer vínculos significativos permite construir escenarios para generar cambios y transformaciones personales

y comunitarias. Pues, el vínculo que planteamos termina siendo un modelo, una forma diferente, «alternativa» de relacionarse y vincularse. Por ejemplo, la escucha respetuosa y empática, el reconocimiento y valoración de las diferencias, y la posibilidad de pensar en un yo colectivo.

Otro elemento clave, desde el campo de la salud mental comunitaria, es la idea de proceso y del proceso de transformación y cambio social. Todo encuentro genera y promueve una dinámica que transforma. En ese sentido, siempre vale la pena revisar las motivaciones de cada quien. ¿Por qué trabajo en esto? Ya que el trabajo no puede ser solo sacrificio, el trabajo tiene que ser beneficioso para ambas partes, para quien realiza el trabajo y también para quienes son receptores de ese trabajo. El beneficio es de ida y vuelta en el encuentro con quienes acompañamos y con quienes crecemos mutuamente, y en el cambio y transformación que se da en quienes participamos. Ayuda mucho tener claridad con respecto a los límites del servicio que se ofrece, saber «hasta dónde puedo», incluye por supuesto el hecho de poder y aprender a descansar.

### Organizando el trabajo grupal



### ¿Qué temáticas se trabajan en los espacios de cuidado de los equipos?

Algunas temáticas que se abordan en estos espacios son las siguientes:

- La carga de trabajo y cómo afecta el trabajo que queremos realizar.
- Que el exceso de trabajo y las prácticas personales no permiten cuidarse y surgen estrategias no saludables para afrontar la tensión, como por ejemplo, el aislamiento, el consumo de alcohol, la violencia, el silencio, etc.
- La omnipotencia y la impotencia; por un lado, se siente que tenemos que resolverlo todo y, por otro, se sienta que lo que hacemos no sirve de mucho frente a la magnitud del problema.
- La sobre-identificación afectiva con las personas con las que trabajamos; lo cual dificulta poner límites en la intervención. O la indiferencia hacia las personas con las que trabajamos debido a la saturación.
- La identificación de las historias de los miembros de la comunidad con respecto a la propia historia del trabajador comunitario.
- Los retos y formas de trabajar en equipo, el poder organizarse, coordinar, delegar responsabilidades, confiar, etc.

Con respecto a este último punto, estos espacios de cuidado de los equipos permiten también pensar y delimitar las tareas. Una herramienta de trabajo es construir equipo, poder confiar en las/os colegas, el contar con un directorio, que permita informar a las personas adónde pueden acudir para atender aquella demanda que excede al plan de acciones comunitarias que se va a realizar. La derivación de casos a otras instituciones resulta muy valiosa y sostenible.

Resulta importante tener presente que cada grupo es diferente y cada persona trae su propia experiencia y vivencia, lo cual tiene el potencial de enriquecer al grupo.

Las situaciones presentadas por las personas en las reuniones de cuidado de los equipos pueden conectarse con las propias situaciones o experiencias previas del trabajador

comunitario. En este caso, movilizarán fuertemente las propias emociones. El peligro, en este caso, es comenzar a reaccionar desde las propias emociones y no desde la propia historia de las personas a quienes se acompaña, o incluso surgen las confusiones de querer resolver las propias problemáticas a través de la persona acompañada; vengarse o descargar los propios resentimientos o heridas a través de ella. Esto equivaldría a utilizar a las personas para intereses propios y particulares.

### Estrategias para los espacios de cuidado de los equipos

Para optimizar el trabajo de cuidado de los equipos, se propone trabajar las sesiones en grupos de máximo catorce o quince personas. De preferencia, contar con dos facilitadores: uno a cargo de la sesión y uno que apoye y tome nota del proceso, de manera que los facilitadores –en sus respectivos espacios de cuidado– puedan también llevar los casos y reflexionar sobre su trabajo y cómo les impacta.

En caso se trabaje con equipos de más de quince personas, una posibilidad es dividirlos en subgrupos. La distribución de los grupos debe tomar en consideración las características del equipo: ¿trabajan todos con la misma población y las mismas problemáticas?, ¿hay algunas personas que, por sus funciones, podrían verse favorecidas de juntarse en el mismo espacio?, ¿habrá algunas personas a quienes sea mejor ubicar en grupos distintos?

Es común que en el espacio de cuidado de equipos surjan temas como las emociones e ideas suscitadas a partir de la identificación con situaciones traídas por las personas con quienes se trabaja. En el caso del trabajo en contextos posconflicto armado interno, será importante estar atentos a temas relacionados y las áreas que puedan movilizar en el personal con que se trabaja.

Asimismo, las relaciones laborales establecidas entre trabajadores y con la institución a la que pertenecen son un tema que puede surgir en los espacios de cuidado de equipos. En este ámbito, será conveniente tomar en consideración temas como clima laboral, expectativas y motivaciones para el trabajo, así como encuentros y conflictos de rol entre la visión del trabajador, los colegas y su institución (Rivera, 2007).





### Impacto del cuidado de los equipos

La existencia de estos espacios de cuidado de los equipos logran tener impactos positivos en los profesionales y en las comunidades, entre los mayores impactos se identifica:

- La creación de espacios similares de cuidado en sus propias oficinas o en sus espacios de trabajo comunitario, reconociendo que el cuidado es transversal a la propuesta de trabajo en salud mental comunitaria y de desarrollo.
- El reconocimiento y análisis de sus propias motivaciones e historias personales permite que los profesionales logren establecer una relación más saludable con el «otro», logrando entonces procesos de co-construcción con la comunidad con la que trabajan y tomando mayor distancia de interacciones que generan relaciones de dependencia o asistencialismo.
- El afianzamiento como grupo, logrando expresar malestares y emociones dirigidas a solucionar conflictos y fortalecer el trabajo en equipo.

Finalmente, estos espacios de cuidado de los equipos evitan que hayan nuevas victimizaciones, pues el trabajo con poblaciones en condiciones de vulnerabilidad extrema impacta y deja una huella psicológica que requiere ser abordada con una ética profesional de cuidado.

# Capítulo VI

## Consejería: Herramienta Eficaz

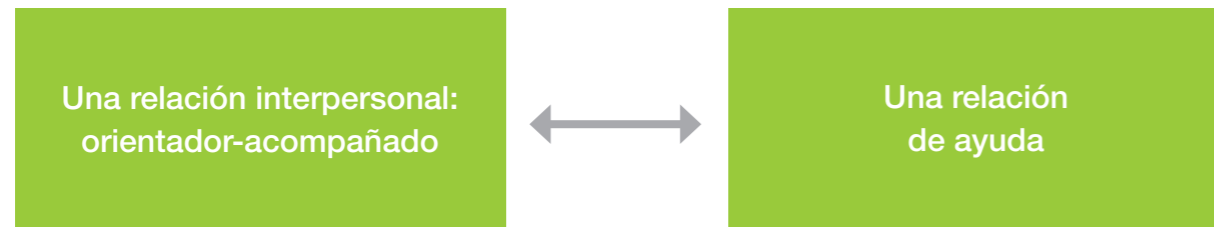
› Juan Bosco Monroy Campero

Este capítulo incluye materiales de enseñanza y técnicas desarrolladas en el Diplomado de Consejería de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya.



**La consejería como una herramienta eficaz busca** desarrollar competencias personales para llevar a cabo el proceso de apoyo. En este planteamiento, se intenta que las personas que realizan la labor de ayuda comiencen por desarrollar habilidades y trabajar sus propias dificultades. Para este fin, se iniciará por la revisión teórica de los conceptos involucrados en la consejería.

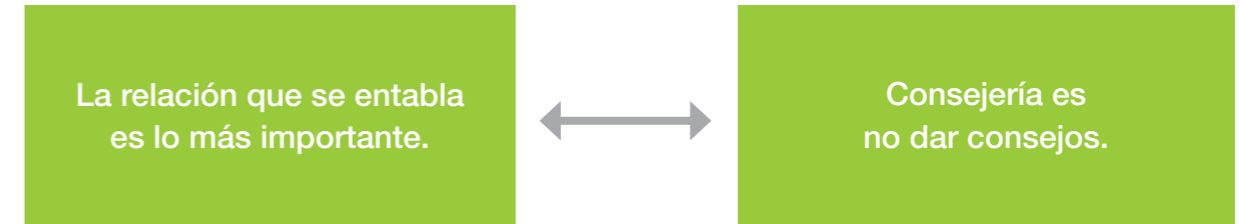
Figura 22. Bases conceptuales



### Establecimiento del vínculo

La base fundamental para iniciar un proceso de consejería es el establecimiento del vínculo entre el orientador y el acompañado. En este sentido, la consejería se constituye como un proceso de influencia social. Si el orientador va a influir la vida del acompañado, tiene que establecer una base para esta influencia. Si el orientador es realmente sincero y hábil, el acompañado llega a verlo como alguien en quien confiar en él porque está actuando en una forma que engendra confianza; y, hablando generalmente, se siente atraído hacia el orientador, porque lo ve como un aliado, como alguien que puede ayudarlo a resolver la salida de sus problemas. Tal orientador se envuelve en un proceso de influencia social en el que se convierte en un colaborador del acompañado en los intentos de este último por vivir más efectivamente.

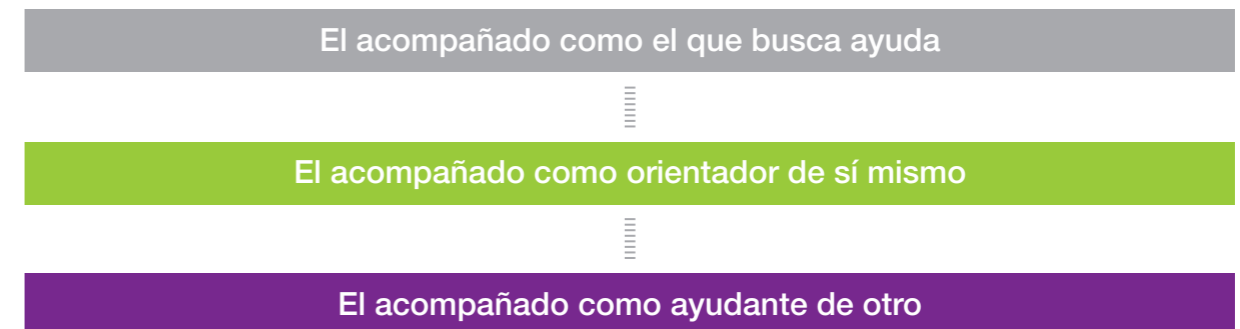
El orientador debe ayudar a los acompañados a manejar sus problemas y a desarrollar sus oportunidades. Debemos tomar conciencia, entonces, que en un proceso de consejería:



Es mucho más importante el vínculo que entablamos con el acompañado que lo que podemos decirle. Lo que se busca es una relación que evite crear cualquier forma de dependencia y que capacite a la persona a vivir autónomamente (Egan, 1981). Esto nos recuerda un principio fundamental de la consejería:

Por eso, el proceso de acompañamiento debe caminar en una dirección precisa para que sea realmente un proceso de desarrollo:

Figura 23. Proceso de acompañamiento



En todo este proceso:

**El orientador solo actúa como agente de refuerzo  
y motivación del acompañado.**

Esto requiere que el vínculo que se establece entre el orientador y el acompañado tenga determinadas características:

- El acompañado es el protagonista de su propio destino.
- El proceso está centrado en el acompañado.
- Es un proceso no directivo.
- Está centrado en la persona más que en el problema.
- Se basa en un modelo cognitivo para trabajar con el aquí y el ahora.
- Es un proceso de desarrollo de habilidades.

El establecimiento de este vínculo requiere una disposición fundamental de quien realiza la función de orientador que implica atender al otro, tanto física como psicológicamente; así como darse completamente a estar y trabajar con el otro. El orientador se preguntará a sí mismo de manera constante: ¿qué es lo que esta persona está tratando de comunicar?, ¿qué dice sobre sus sentimientos?, ¿qué dice sobre su conducta? Atender al otro es un trabajo que exige una gran cantidad de esfuerzo por parte del orientador. La sola atención no basta, pero el orientador no será capaz de ayudar si, al menos, no atiende tanto física como psicológicamente a la persona que acompaña.

**Acompañar - Escuchar**



### Proceso de consejería

A partir de aquí, se desarrolla el proceso de acompañamiento en sus diversas etapas; que no se recorren de manera rígida, sino con mucha flexibilidad y libertad de acuerdo con el proceso vivido por cada persona.

## Figura 24. Etapas del proceso de acompañamiento

### Etapa I

- Mi escenario actual
- Historia
- Nuevas perspectivas
- El desafío apropiado

### Etapa II

- Mi escenario preferido
- Posibilidades
- Metas para el cambio
- Compromiso para el cambio

### Etapa III

- Estrategias posibles
- Mis mejores estrategias
- Plan de acción

Pero, ¿cómo logro que esto suceda? Desde la teoría de la consejería, se plantean tres procesos:

### La autoexploración

En esta primera etapa llamada “autoexploración”, el orientador atiende lo que la persona dice. Así, responde al acompañante de una manera que lo ayude a explorar su conducta (sus sentimientos, sus actitudes, lo que él hace, lo que deja de hacer, lo que es constructivo en su vida, lo que es destructivo, entre otros).

La autoexploración sigue el siguiente esquema de la corriente cognitiva:



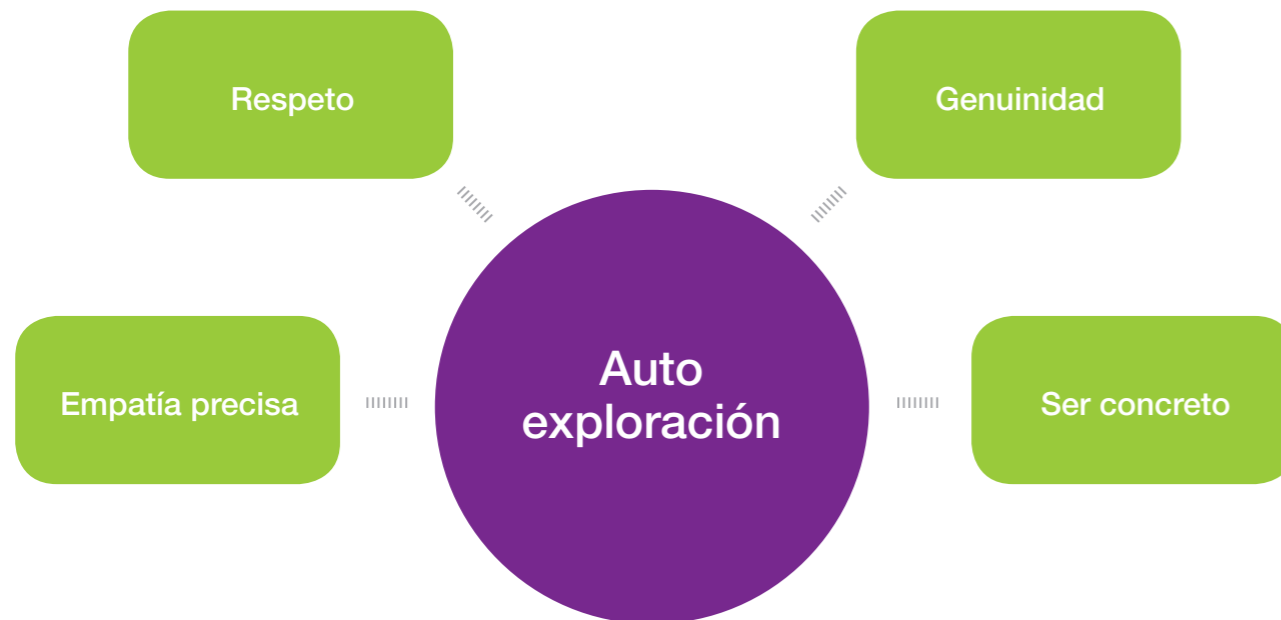
Desarrollando diferentes formas  
de expresión de emociones



Lo importante es facilitar que la persona tome conciencia de sus comportamientos habituales para descubrir patrones de conducta, así como para determinar las consecuencias de ellos. Esta búsqueda será tan concreta como sea posible y profundizará gradualmente según la confianza de la persona en el orientador.

Para promover este proceso, el orientador necesita desarrollar algunas capacidades:

Figura 25. Capacidades que necesita un orientador



La autoexploración, aunque es absolutamente necesaria, no es un fin en sí misma. Una persona no puede actuar inteligentemente sin entenderse a sí misma: sus metas, sus necesidades y sus fracasos. Muchos orientadores y acompañados se hunden en esta etapa. Exploran continuamente sin lograr nunca la clase de entendimiento que conduzca a la acción. La consejería considera cuatro dificultades principales; cualquiera de estas quita el protagonismo al acompañado:

#### No escuchamos.

- No ponemos atención a lo que dice la persona.
- Comenzamos a interpretar desde nuestras propias percepciones.
- No llegamos a descubrir cuál es realmente la situación de la persona.

#### Emitimos juicios.

- En vez de escuchar a la persona, juzgamos su situación desde nuestros propios parámetros o experiencias.
- Asumimos posturas valorativas desde nuestros propios valores.

#### Buscamos soluciones.

- Corremos prisa para buscar lo que se debe hacer sin haber explorado suficientemente.
- Damos recetas de solución.
- Queremos encontrar soluciones desde nosotros.

#### Nos quedamos estancados.

- Caemos en actitudes de chisme para satisfacer la propia curiosidad.
- Nos centramos en lo superficial y detallista del problema sin llegar a las actitudes y patrones de comportamiento.
- Exploramos continuamente sin lograr nunca la clase de entendimiento que conduzca a la acción.

#### La autocomprensión

La segunda etapa del proceso corresponde al momento de la autocomprensión. La autoexploración ayuda a la persona a conocer y entender mejor lo que realmente está pasando.

A medida que la persona explora las varias áreas problemáticas de su vida, produce una gran cantidad de datos que son útiles, en la medida en que puedan ser colocados juntos para revelar temas de conducta en su vida, es decir, patrones de comportamiento habituales.

El orientador, en cuanto empieza a ver estos temas y ve los datos aislados en un contexto más amplio, ayuda a la persona a ver también este panorama mayor. No es suficiente que el acompañado se entienda a sí mismo en una forma abstracta; la auto-comprensión debe servir a la causa del cambio de conducta. Si uno no se llega a comprender de la forma más realista e integrada, de poco servirá la etapa de autoexploración. Este proceso lleva a la persona a decir: «Ahora comprendo realmente lo que me sucede y veo la necesidad de cambiar».

Puesto que una de las metas del orientador es ayudar al acompañado a escuchar sin estar a la defensiva, aquí el orientador asume la percepción del acompañado y con ello se le ayuda a alcanzar una percepción más realista de sí mismo, su medioambiente y la interacción (Bermejo, 2002). Si el orientador no es una persona hábil y falla al basar las conductas de esta etapa en el entendimiento preciso del cliente y sus necesidades, se degenera en manipulación y control. En ocasiones, el acompañado podría estar temeroso del cambio y podría aún dudar de que tenga los recursos necesarios para el cambio; estos temores y dudas deben ser manejados antes de llevar a cabo una acción.

¿Qué destrezas necesita el orientador para hacer esta integración y ayudar al cliente a hacer la misma clase de integración por sí mismo?

**Empatía.** El orientador debe comunicar a la persona un entendimiento, no solamente de lo que ella dice explícitamente sino también de lo que implica, lo que sugiere y lo que dice no verbalmente. Se empiezan a hacer conexiones entre las declaraciones, aparentemente aisladas, hechas por la persona. En todo este proceso, no se debe inventar nada. Se es útil solamente en el grado en que sea preciso (Bermejo, 2012).

**Confrontación.** El orientador desafía las discrepancias, distorsiones, juegos y cortinas de humo en la vida de la persona y en sus interacciones dentro de la misma relación de ayuda.

Se busca ayudar al acompañado a desarrollar la clase de conocimiento propio que conduce al cambio constructivo de la conducta.

**Marcos de referencia alternos.** El orientador puede ofrecer a la persona marcos de referencia alternos para observar su conducta, a tal grado que estos sean más precisos y más constructivos que aquellos del acompañado.

**Proximidad.** El orientador está dispuesto a explorar su propia relación con la persona (plática de «tú-yo»). Explorar el aquí y el ahora de las interacciones acompañado-orientador a tal grado que ayude a la persona a lograr un mejor entendimiento de sí mismo, de su estilo interpersonal y de cómo está co-cooperando en el proceso de ayuda. Estos comportamientos y relaciones dentro del proceso de ayuda permiten ver los comportamientos habituales de la persona.

**Autodescubrimiento.** El orientador está dispuesto a compartir su propia experiencia con la persona, si hacerlo realmente la ayuda a entenderse mejor a sí misma. Es extremadamente cuidadoso de no poner otra carga sobre el cliente.

Compartiendo historias  
de vida y aprendizajes



## Ensayando dinámicas para el trabajo comunitario



En este momento del proceso, el orientador:

- Obtiene sentimientos y significados que están de alguna forma enterrados, escondidos o más allá del alcance inmediato de la persona.
- Junta las piezas para que la persona pueda ver un panorama mayor.
- Ve el mundo de la persona más amplia, profunda y convincentemente.
- Entiende la perspectiva de la persona y también ve las implicaciones que esta tiene para vivir efectivamente o no.

Asimismo, para lograr esta autocomprensión, a través de las habilidades señaladas, el orientador deberá ser capaz de ayudar a la persona:

- Expresando solamente lo que está implicado.
- Resumiendo el material central.
- Identificando temas.
- Conectando temas.
- Ayudando a obtener conclusiones de premisas.

Esto permite a la persona integrar elementos y tener una visión holística y dinámica de su propia vida. Además, permite devolver a la persona el protagonismo de su proceso al decidir la orientación del proceso por donde quiere caminar.

### Búsqueda del escenario preferido y del plan de acción

El propio entendimiento dinámico, buscado en la autocomprensión, no debe confundirse con una eterna pesquisa interna, divorciada de la acción. En esta tercera etapa, se busca lograr un cambio en su vida. El autoconocimiento permite a la persona enfrentarse a la decisión de escoger su escenario preferido y ayuda a plantearse dos preguntas fundamentales:

¿Qué quiero hacer con esto?



¿Qué quiero en vez de lo que tengo?

Muchas veces se intentan cambios en la vida por la desazón que se experimenta frente a la situación actual, pero sin haber pensado qué es lo que realmente se quiere. En otros casos, se siguen cargando situaciones pasadas, pensando que son irremediables y sin tomar conciencia de que la persona siempre tiene opciones de elección frente a ellas.

La consejería propone que la persona, finalmente, debe actuar si quiere vivir más efectivamente: no hay sustituto para la acción.

El actuar tiene muchas formas, puede significar: detenerse en alguna actividad autodestructiva (como consumir alcohol o drogas), iniciar algún programa de crecimiento (como un programa de rehabilitación física), desarrollar nuevas actitudes (como un sentido de valor propio) a través de una variedad de procesos (como entrar a una experiencia en un grupo de encuentro que se reúne habitualmente). Pero, en general, a nadie se le debe aconsejar para que tome un



programa de acción a menos que tenga las destrezas para realizar el programa efectivamente. Si no las tiene, su primer programa de acción debe ser el adiestramiento en ellas. Por ejemplo, no se debe aconsejar a una persona que “vaya y hable las cosas con su esposa” si no tiene las destrezas de comunicación necesarias para tamaña tarea. En este caso, la prioridad del programa de acción es el adiestramiento de destrezas.

Muchos orientadores nunca llegan a la Etapa III; asumen que esta etapa es responsabilidad del cliente. Otros orientadores tratan de empezar con la Etapa III y luego se preguntan por qué las personas no cooperan. Los fracasos entonces se atribuyen al acompañado.

Si los programas de acción requieren un adiestramiento previo, el orientador puede adiestrar al acompañado (si las destrezas requeridas caen en el área de su competencia) o hacer que la persona vaya con alguien que pueda adiestrarlo. En el último caso, el orientador bien podría mantener el contacto y darle el apoyo que necesite para completar el programa de destreza.

En el caso ideal, una vez que la persona entiende la necesidad para hacer la acción, sale y actúa por sí misma. En la mayoría de los casos, sin embargo, el orientador y su acompañado deben colaborar tanto en la elaboración de los programas de acción como en trabajar sobre los problemas que aparecen a medida que estos programas de acción se realizan.

Mientras la relación entre el orientador y la persona se hace más profunda, el orientador puede comprometerse más fuerte y agudamente en interacciones que piden descubrimiento propio, proximidad, confrontación y el sugerir marcos de referencia alternas. En esta etapa deben ser orientadas a ayudarlo a actuar, cambiar, vivir más efectivamente. El orientador está listo para extenderse en cualquier forma razonable y humana para ayudar al acompañado a actuar.

Además se requieren otras habilidades:

**La elaboración de programas de acción.** El orientador colabora con la persona en la elaboración de programas de acción. Estos pueden incluir técnicas de solución de problemas, procesos de toma de decisiones, programas de modificación de conducta, «tareas», o adiestramiento en destrezas interpersonales y otras.

**Apoyo.** A medida que la persona se envuelve a sí misma en programas de acción, aparecen temores y dudas. En ocasiones falla y, en varias formas, tiene éxito. También aparecen nuevos problemas. El orientador debe reforzar los éxitos y ayudarlo en los problemas que emergen de esta fase de acción.

**Riesgo.** La persona debe aprender cómo tomar riesgos por sí sola. Debe aprender que, paradójicamente, es seguro el arriesgarse por sí sola. Esto significa que primero debe tomar pequeños riesgos y ser reforzada en el éxito y ayudada a resistir los fracasos. Una vez más, el mismo proceso de ayuda, desde la Etapa I en adelante, debe enseñar cómo tomar riesgos razonables.

# Referencias bibliográficas



Arón, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Revista Sistemas Familiares* 20(1-2), 5-15.

Aróstegui, J. (1994). Violencia, sociedad y política: la definición de la violencia. *Ayer*, 13, 17-55.

Balcázar, F. (2003). Investigación-acción participativa: aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, 7-8, 59-77.

Barudy, J. (1999). El autocuidado de los profesionales que trabajan en programas de protección infantil. *Revista Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación*, 213-221.

Bermejo, J. (2002). *La escucha que sana: diálogo en el sufrimiento*. Madrid: Ediciones San Pablo.

Bermejo, J. (2012). *Empatía terapéutica: la compasión del sanador herido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Comisión de la Verdad y la Reconciliación-Sede Sur Central (2003). *Ayacucho: personas en una guerra. Apuntes desde la salud mental*. Ayacucho: CVR

De la Aldea, E., y Lewkowicz, I. (1999). *La Subjetividad heroica, un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud*. Recuperado de: <http://www.elenadelaaldea.com.ar/textos/tarticulos.htm>

Degregori, C. (2004). *Desigualdades persistentes y construcción de un país pluricultural. Reflexiones a partir del trabajo de la CVR*. Ponencia presentada en la Mesa sobre Interculturalidad organizada por CEPES / IEP, junio, manuscrito.

Egan, G. (1981). *El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. México D. F.: Grupo Editorial Iberoamérica.

Flores, J. (2008). *Psicología, globalización y desarrollo en América Latina*. Cuernavaca: Editorial Latinoamericana.

Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Río de Janeiro: Paz e Terra.

Gamio, G. (2009). Libertad cultural y agencia humana. En P. Ruiz-Bravo, P. Patrón y P. Quintanilla (Comps.), *Desarrollo Humano y libertades. Una aproximación interdisciplinaria* (pp. 65-79). Lima: Fondo Editorial PUCP.

Gil, M. (2007). *Guía para las organizaciones de víctimas: ¿cómo formular proyectos para fomentar procesos?* Bogotá: Corporación Nuevo Arco Iris y Agencia Española de Cooperación Internacional.

Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud Mental Comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: MINSA-UE/AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una Región del Perú.

Guzmán, M., Ortiz, M. y Alquisiras, L. (2012). Significación y realidad: una propuesta de intervención comunitaria integradora. En I. Serrano, D. Pérez, J. Resto, & M. Figueroa (Eds.), *Psicología comunitaria internacional: aproximaciones a los problemas sociales contemporáneos* (Vol. II, pp. 43-54). Puebla: Universidad Iberoamericana de Puebla.

Kendall, R., Matos, L., Cabra, M. (2006). Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. Intervenciones itinerantes. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 67 (2), 184-190.

Mideplan (2009). *Manual de orientación para la reflexividad y el autocuidado*. Santiago de Chile: Mideplan.

Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.

Morales, G. y Lira, E. (1997). Dinámicas de riesgo y cuidado de equipos que trabajan con situaciones de violencia. En E. Lira (Ed.), *Reparación, derechos humanos y salud mental*, (pp. 105-121). Santiago: CESOC.

Morales, G., Pérez, J. y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13 (1), 9-25.

Panduro, N. (2002). Viviendo bien: mucha salud y cuidado del alma y la comunidad. En E. Elías y E. Neira (Comps.), *Foro Internacional. Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura, el género y la comunicación* (pp. 261-267). Lima: Minga Perú.

Rivera, M. (2007). *Guía de capacitación para la intervención en salud mental comunitaria*. Lima: MINSA-UE/AMARES Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una Región del Perú.

Rivera, M., Velázquez, T. y Morote, R. (2014). Participación y fortalecimiento comunitario en un contexto postterremoto en Chincha, Perú. *Psicoperspectivas*, 13(2), 144-155.

Thorne, C.; Corveleyn, J. Pezo, C. Velázquez, T. Valdez, R. (2011). *Buenas prácticas en la prevención y atención de la violencia social*. Lima: Departamento de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Theidon, K. (2004). *Entre prójimos: estudio sobre la salud mental y la violencia política en Ayacucho*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Velázquez, T. (2007a). Reconociendo y reconstruyendo subjetividades. El encuentro con Manta. En M. Barrig (Ed.), *Fronteras interiores. Identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres*. (pp. 121-140). Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Velázquez, T. (2007b). *Salud mental en el Perú: la experiencia en Huancavelica*. Lima: CIES, CARE, PCS.

Wiñastin (2005). *¿Cuidamos nuestra salud mental? Ayacucho*: Instituto Bartolomé de las Casas y Fondo Contravalor Perú-Alemania.



104

**Trabajando con  
personas afectadas por violencia política**

ISBN: 978-612-4206-63-4



ESCUELA DE  
**POSGRADO**

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
COMUNITARIA



**PUCP**