

BRIGADAS PSICOLÓGICAS DE LA PUCP

Una experiencia en el camino hacia la reconstrucción



DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ



© Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Psicología, 2008

Av. Universitaria 1801, San Miguel

T: (511) 626 2000 anexos 4574

F: (511) 626 2905

Fotografía de carátula: Carolina Denegri

Diseño y diagramación: Patricia Arana

Catalogación elaborada por la Biblioteca Central de la Pontificia Universidad Católica del Perú

Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Psicología.
Brigadas Psicológicas de la PUCP. Una experiencia en el camino hacia la reconstrucción.
Lima: PUCP. Departamento de Psicología, 2008
72 p.: il.

PSICOLOGÍA / DESASTRES / SALUD MENTAL / TERREMOTOS-PERÚ-ICA-2007

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional de Perú N° XXXXXXXXX

ISBN XXXXXXXX

BRIGADAS PSICOLÓGICAS DE LA PUCP Una experiencia en el camino hacia la reconstrucción

Brigadas Psicológicas de la PUCP

Responsable: Cecilia Thorne

Coordinadora: Tesania Velázquez

Sub-Coordinadora: Doris Argumedo

Coordinadora de Brigadas Lima: Lourdes Ruda

Coordinador del Equipo de Supervisores: Cesar Pezo

Coordinadora del Trabajo de Campo: Miryam Rivera

Asistentes: Lucía Bracco y Raúl Valdez

Docentes Colaboradores: Lourdes Cayo, Cecilia Chau, Rosa María Cueto, Mónica Iza, Inés Kudo, Carla Mantilla, Patricia Martínez, Magaly Nóbrega, Pierina Traverso

Jefes de Brigadas: Mónica Cassaretto, María Isabel Cifuentes, Carmen Donayre, Mónica Gayoso, Gisela Hamann, Liliana Loyola, Miriam Mejía, Pamela Mendoza del Solar, Haydee Oblitas, Giannina Paredes, Betty Peña, César Pezo, Mónica Prado, Sylvia Rivera, Rosa María Romero, Miryam Rivera, Nancy Valdez, Diana Villanueva-Meyer, Martín Zavala.

Brigadistas: Julieta Acevedo, Leila Ackerman, Lucciana Aicardi, Vladimir Alania, Patricia Alarcón, Ruth Alcazar, Carmen Aldana, Elizabeth Alfaro, Patricia Altuna, Qhari Alvarado, Ururi Alvarado, Alicia Ángeles, Fiorella Anyosa, María del Pilar Aranibar, Eric Bakovic, Olga Bárcenas, Hilda Belloni, Lucía Bracco, Carlos Bravo, Nidia Briceño, Gloria Burga, Elena Cáceres, Adriana Cairo, Denisse Calonge, Susana Cano, Liliana Canta, Amelia Casa, Jorge Luis Cerdán, Patricia Chau, Sabrina Chávez, Lucía Chipoco, Roxana Condo, Carlos Cortez, Grover Cuba, Rosa María Cueto, Andrea Dam, Susana de la Cruz, Diego de Pomar, Alexandro Demos, Eillen Díaz, Jhansen Díaz, Lizeth Díaz, Lirón Eldad, Paula Escribens, Rosa Espichán, Vanesa Ezcurra, Carmen Aída Febres, Adriana Fernández, María Zoila Fernández, Joel Flores, Katherine Fourment, Claudia Fuentes, Rocio Gabilondo, Álvaro Gastelumendi, Camila Gastelumendi, Sofía Gómez, Cristina Gonzales del Riego, Diego Graña, Ana María Guerrero, Jessica Guimac, Ana Cecilia Gutiérrez, Arturo Haro, Javier Hayashi, Cony Hernández, Judith Huacac, María Luz Huasasquiche, Marian Imbrechts, Vivian Jacoby, Pedro Kanashiro, Inés Lazarte, Martín León, Jennifer Levy, Jenny Loret, Andrea Luna, Rocio Luna, Carlos Macazana, María Eugenia Maguiña, Isabel Maraví, Christian Martínez, Ana Matos, Giovanna Mejía, Nadia Mendoza, Flor Mikkelsen, Rosela Millones, Milena Miranda, Martín Modonese, Sarah Moll, Carlos Javier Morales, María Luisa Mujica, Daniel Navarro, Diana Ochoa, Silvana Otoy, Natalia Parodi, Lilibeth Pinchi, Denisse Pineda, Paola Pioletti, Diego Polo, Amapola Prada, Maribel Pulache, José Carlos Ramos, Paloma Reaño, Sandra Requena, Lucía Rey de Castro, Anny Reynoso, Jorge Rivas, Soledad Rivas, Silvia Rivera, Ronald Rodríguez, María Inés Romero, Vanessa Romero, Cecilia Rospigliosi, Sandra Rospigliosi, Liliana Rouillón, Javier Rubio, Sandra Ruiz, Daniella Saettone, Gabriela Salas, Elizabeth Sánchez, Marco Sánchez, Stefanie Schmidt, Carmen María Silva, Ximena Sologuren, Elisa Soto, Nathalia Stein, Claudia Talleri, Víctor Tateishi, Gabriela Távora, Mariela Tavera, Juan Carlos Taxa, Martha Tipismana, Katherine Torres, Veruschka Uchofen, Raúl Valdez, Guadalupe Valera, Carolina Valderrama, Augusto Valdivia, Carlos Vásquez, Camila Vera, Verónica Vigil, Ancyeri Villagómez, Mariana Yglesias, Suzann Yóplac, Gissela Yovera, Analía Zurita

BRIGADAS PSICOLÓGICAS DE LA PUCP

Una experiencia en el camino hacia la reconstrucción

DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

Contenido

Presentación	10
Introducción	12
Marco conceptual	18
Las intervenciones post desastres	20
Nuestras Brigadas Psicológicas	25
Aspectos teóricos y metodológicos	29
Acciones en el campo	36
Lo que encontramos	40
Lo que hicimos	48
Lo que faltó por hacer... los retos	53
Nuestros aprendizajes	58
Sobre la propuesta de intervención	60
Sobre los brigadistas y la organización	60
Sobre el trabajo con la población	61
Referencias	62

Presentación

El mundo en que vivimos no está exento de dificultades y catástrofes. En los últimos años, se han producido en diferentes partes del planeta, varios desastres como huracanes, inundaciones, terremotos, tsunamis, entre otros. Todos estos casos traen como consecuencia un alto número de pérdidas humanas, cantidades de personas heridas y daños materiales considerables.

En estas circunstancias, la primera respuesta por parte de los gobiernos y la sociedad civil, es la ayuda material. Sin embargo, debido a las secuelas que dejan estas situaciones, la población se ve afectada psicológicamente y necesita una ayuda profesional que les permita enfrentar la tragedia que están viviendo y de la cual han sido víctimas. Hay niños que pierden a sus padres o hermanos, otros que pierden compañeros; de igual manera, hay padres que pierden a sus hijos. Muchos de ellos, además, pierden sus casas y todos sus bienes materiales.

Para responder a estas situaciones difíciles en momentos de crisis, es que se conformaron las Brigadas Psicológicas en la PUCP. Están compuestas por profesores, estudiantes, egresados y profesionales voluntarios, que frente a los acontecimientos se organizan para responder a las necesidades psicológicas de las personas afectadas por la catástrofe. Son una expresión de solidaridad con la sociedad y compromiso con la profesión.

En esta publicación transmitimos nuestra experiencia de cooperación y ayuda psicológica a las víctimas del terremoto ocurrido el 15 de agosto del 2007 en el sur del Perú. Estoy segura de que constituye un aporte significativo a la comunidad y un modelo de trabajo para profesionales que, alguna vez, se encuentren en situaciones similares.

Para la realización de nuestra labor se contó con el apoyo solidario de la organización Plan Perú, de la Fundación BBVA Banco Continental, del equipo de la Dirección de Responsabilidad Social Universitaria de la PUCP y de los profesores y alumnos de psicología de la PUCP. A todos ellos, en nombre del Departamento de Psicología, mi más profundo agradecimiento.

CECILIA THORNE

Jefa del Departamento de Psicología
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Lima, 17 de junio del 2008

Introducción



Introducción

El 15 de agosto del 2007, el país sufrió un fuerte terremoto cuyo epicentro se localizó a 60 km al oeste de la ciudad de Pisco. De acuerdo con el US Geological Survey (USGS)¹, tuvo una intensidad de 7,9 grados en la escala de Richter. El movimiento telúrico se sintió intensamente en muchas ciudades aledañas y en casi todo el territorio peruano.

Posteriormente al sismo, se presentaron gran cantidad de réplicas que continuaron afectando a la población. Como resultado se registraron enormes pérdidas humanas y daños materiales: 496 muertos, más de 1,500 heridos y decenas de miles de damnificados, destrucción completa o parcial de viviendas, de servicios básicos de agua y luz, y de servicios de salud. Los daños mas graves se produjeron en las zonas de Cañete, Chincha y Pisco. A estas pérdidas se sumaron otras menos tangibles, pues no solo se derrumbaron las paredes de las viviendas y espacios comunales, sino también proyectos de vida, sueños y esperanzas.

La población más afectada, en Chincha y Pisco, es además una población desplazada de zonas como Ayacucho y Huancavelica por la violencia política de décadas pasadas.

A la vivencia de exclusión, violencia y pobreza presentes en esta población se sumó el terremoto, que luego trajo también una suerte de “terremoto” de ayuda, en muchos casos desorganizada y abrumadora.

En este contexto, la Mesa Multisectorial de Salud Mental de Pisco² propuso un proceso de reconstrucción que partiera de las personas, colocando en primer plano la atención psicológica a la población. Los objetivos principales fueron, primero, ayudar a los individuos y la comunidad a dar respuesta a la crisis —esto es, recuperar su estabilidad emocional y reconstruir su organización social—, y segundo, hacer frente a todo aquello que trajo el desastre natural. En este sentido, pensamos que las intervenciones posteriores a un desastre no solo deben considerar las pérdidas propias de un evento semejante, sino tomar en cuenta que existen otras situaciones, igualmente traumáticas, que la gente vive de manera cotidiana y que es necesario atender de manera integral.

Situaciones de desastre, como la causada por este terremoto, ponen en evidencia la vulnerabilidad y las profundas brechas sociales de algunos sectores de nuestra población, y ocasionan una ruptura en el tejido social, desconfianza y

temor. Nos plantean, como psicólogos y miembros de una comunidad universitaria comprometida con la realidad del país, la urgencia de atender la salud mental de las poblaciones y nuestras comunidades, construyendo propuestas de intervención viables, más allá del modelo clásico de atención clínica-individual. Esto supone varios retos: construir metodologías y propuestas de salud mental que se enfoquen en las personas y comunidades en su propio contexto; promover roles dinámicos en los diferentes actores sociales; fortalecer los procesos locales para que la población asuma un rol activo en su propio desarrollo; y finalmente, desarrollar propuestas psicosociales que incorporen los derechos humanos, la equidad y la interculturalidad.

El Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, en su esfuerzo por aproximar la psicología a la realidad de nuestro país, constituyó en el año 2001 la Unidad de Responsabilidad Social, encargada de canalizar diferentes experiencias de voluntariado de docentes, egresados y alumnos, para atender algunas necesidades de nuestra población. En este contexto, en el mismo año se llevó a cabo por primera vez el proyecto de las Brigadas Psicológicas para apoyar a la población damnificada por el terremoto y tsunami que afectaron a los departamentos de Moquegua y Arequipa. En aquella ocasión se movilizaron hacia las zonas de emergencia alrededor de 100 personas, entre docentes, estudiantes y egresados, y se empezó a delinear una propuesta cada vez más clara de intervención para situaciones semejantes.

El terremoto del 15 de agosto generó diversas campañas sociales de ayuda, tanto desde dentro del país como desde el extranjero. La PUCP, a través de la Dirección Académica de Responsabilidad Social (DARS), convocó a diferentes instancias de la universidad, logrando una respuesta rápida y organizada para ofrecer ayuda en las zonas afectadas. El Departamento de Psicología respondió de manera inmediata, movilizando a todo su equipo. El 18 de agosto un primer equipo de las Brigadas Psicológicas se dirigió a las zonas afectadas con el fin de identificar las necesidades y estrategias de intervención necesarias. A partir de esto, y con la experiencia previa, se empezó a construir la propuesta y a convocar a los docentes, estudiantes y egresados. Se plantearon dos objetivos: por un lado, acompañar a la población en el proceso de elaboración de la experiencia a través de la contención y escucha (intervención en crisis); y por otro, facilitar la organización comunitaria de las zonas identificadas, reforzando sus recursos comunitarios (intervención orientada a favorecer la reconstrucción).

Para la primera fase de intervención en crisis se movilizó a 132 brigadistas hacia las zonas de Pisco y Chincha. En Lima, 37 brigadistas se encargaron de trabajar con los albergues y hospitales, atendiendo a las necesidades que generó la evacuación de los heridos³. Se trabajó así con los pacientes, familiares y el personal de las instituciones que los acogió.

Posteriormente, se llevó a cabo la segunda fase del trabajo, denominada de la emergencia a la reconstrucción, que se

¹ Servicio Geológico de los Estados Unidos.

² Colectivo de instituciones, ONGs, organismos y agencias de cooperación internacional coordinadas por la Red de Salud Pisco-Chincha a cargo del Dr. José Luis Yañez.

³ Las zonas de trabajo en Pisco y Chincha, así como los hospitales y albergues seleccionados, fueron aquellos que solicitaron la presencia de las Brigadas Psicológicas.

focalizó en las zonas que habían sido más devastadas por el terremoto y, al mismo tiempo, en aquellas que recibieron menor ayuda. En esta fase 18 brigadistas se movilizaron a los distritos más pobres de Ica y Huancavelica, intentando fortalecer los recursos comunitarios con los proveedores de cuidado, es decir, personal de salud, educadores, líderes y autoridades.

El presente documento corresponde a la sistematización de la experiencia de las Brigadas Psicológicas. En ese sentido, da cuenta de la labor realizada, identifica las lecciones aprendidas a lo largo de todo el proceso y plantea recomendaciones para acciones de salud mental en contextos de emergencia y desastre. Asimismo, sistematizar la experiencia supone hacer un balance de los logros y las limitaciones de la intervención, de los aciertos y desaciertos, y generar, desde allí, nuevas propuestas.

En el primer capítulo se presentan los principales modelos teóricos para la intervención en desastres y la propuesta del Departamento de Psicología de la PUCP, que intenta

trascender el plano de la intervención en crisis y desarrollar algunos lineamientos para la construcción de un modelo de salud mental comunitaria.

El segundo capítulo da cuenta de las acciones llevadas a cabo, de las estrategias utilizadas y de los resultados de las mismas, rescatando las voces de los diferentes actores involucrados en el proceso.

En el tercer capítulo nos detenemos a reflexionar sobre las lecciones aprendidas que, consideramos, son la base de futuras intervenciones.

El documento está dirigido de manera especial al personal de salud comprometido con el desarrollo de acciones en beneficio de la población, a las ONG y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en salud mental y desastres, así como a los proveedores de cuidado. En última instancia a todas aquellas personas interesadas en trabajar en los diferentes aspectos de la salud mental con poblaciones afectadas por situaciones de desastre.



Marco conceptual

“ Luego que vinieron nos sentimos más tranquilas, luego de la conversación que tuvimos pudimos descansar mejor ”



Marco conceptual

La experiencia de las Brigadas Psicológicas del Departamento de Psicología de la PUCP ha sido una oportunidad de diálogo entre diversas perspectivas teóricas y propuestas metodológicas de intervención en desastres. Ello ha significado integrar y adaptar aportes desde diferentes disciplinas, fundamentalmente la psicología, las ciencias de la salud y las ciencias sociales. A continuación se presenta el marco conceptual que orienta la propuesta de la PUCP para la intervención en salud mental post desastres.

Las intervenciones post desastres

El impacto que produce un desastre en la población puede entenderse partiendo de la comprensión de que se trata de un suceso inesperado, que genera, además de daños materiales y pérdidas humanas, impactos en la organización social y en los vínculos interpersonales. Las personas deben ser capaces de hacer frente a esta situación de crisis, además de enfrentar los problemas complejos que supone la reconstrucción, teniendo para ello muy poco control sobre su entorno y un acceso limitado a los recursos (Beristain, 2004).

Los desastres desencadenan así diversas conductas y emociones colectivas, entre las cuales las más constructivas y adaptativas son las acciones de evacuación de la población en riesgo, la solidaridad, la búsqueda de recursos y la auto

organización. Paralelamente, se identifican conductas de desorganización grupal y exposición innecesaria al peligro ante el desorden, la ansiedad generalizada y los rumores, lo cual puede llevar a un mayor clima de desconfianza y desorganización social en el largo plazo (San Juan, 2001).

Es en este contexto que se desarrollan diversas iniciativas de solidaridad y ayuda humanitaria dirigidas a brindar apoyo a la población luego de los desastres. A continuación describiremos los enfoques que han servido para el desarrollo de diversos modelos de intervención y los principios generales que en nuestra opinión deben guiar cualquier propuesta de acción.

ENFOQUES DE INTERVENCIÓN

Existen diferentes formas de intervenir que responden a comprensiones distintas con respecto a qué es lo prioritario y/o cuál es la mejor manera de abordar el proceso de recuperación. Distinguimos así entre intervenciones emergencistas y aquellas orientadas a la reconstrucción.

Las intervenciones emergencistas o centradas en el desastre (Organización Mundial de la Salud, 1997; Santos & Amao, 2007) se focalizan en la atención de los efectos inmediatos, materiales, físicos o emocionales que sufren las personas damnificadas por un desastre. Aíslan los problemas de salud mental suscitados por el desastre del con-

texto previo al mismo, en tanto su accionar busca aliviar los primeros efectos del evento y asegurar la supervivencia y las condiciones mínimas para la subsistencia de las personas y familias afectadas en el corto plazo.

En este grupo puede ubicarse la ayuda de emergencia (donaciones, remoción de escombros, reubicación), así como la atención de la sintomatología física y los primeros auxilios a las personas con patologías mentales generadas por un desastre o por situaciones de conflictos armados como son la depresión, episodios psicóticos, alcoholismo, entre otras. Ha sido frecuente que la atención a las poblaciones en los momentos inmediatamente posteriores al desastre se guíe por esta lógica, como lo hace desde la psicología la intervención en crisis. Sin embargo, las evaluaciones de este tipo de intervenciones arrojan evidencia de que muchas veces el efecto de la ayuda, cuando se centra únicamente en el desastre y desliga a la población afectada de las acciones de recuperación, puede ser nocivo, agravar la situación emocional de los damnificados y dificultar el proceso de reconstrucción (Beristain, como se cita en Pérez-Sales, 2004).

Las intervenciones orientadas a la reconstrucción (Ministerio de Salud & AMARES, 2007) consideran que las personas afectadas por el desastre pueden y deben involucrarse en el proceso de reconstrucción, por ello este trabajo se orienta básicamente a abordar las condiciones emocionales, las redes sociales y las capacidades comunitarias. Se trata de apuestas a mediano y largo plazo que requieren la construcción de procesos participativos. Se focalizan en las personas como miembros de colectivos y buscan generar procesos de mejora de la situación con-

siderando las condiciones de vida de las personas antes y después del desastre. En este marco, la salud y la salud mental se entienden como un derecho vulnerado que se debe recuperar.

El modelo de salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2002; Rodríguez, Zaccarelli & Pérez, 2006) siguiendo precisamente esta lógica, promueve actividades en la propia zona del desastre y fuera del entorno hospitalario, lo que pone a los profesionales en contacto directo con el contexto local, cultural y social de los grupos damnificados. Aunque considera las condiciones socioeconómicas preexistentes al desastre en el marco de la promoción de la salud, no necesariamente toma en cuenta el efecto de estas en la dimensión emocional y por ende en los procesos comunitarios. Es preciso señalar que este modelo está aún en proceso de desarrollo, incorporando cada vez nuevos elementos para afinar las intervenciones.

En sintonía con la mirada de la salud pública y siempre en el contexto de las intervenciones orientadas a la reconstrucción, la propuesta de salud mental comunitaria (Beristain, 2004; Inter-Agency Standing Committee, 2007a; Ministerio de Salud & Médicos del Mundo-España, 2007) plantea un abordaje que incluye una mirada integral a las personas y comunidades a las que pertenecen, los procesos comunitarios y las condiciones del contexto preexistentes al desastre. Busca responder a las demandas de apoyo, sumando a los propios recursos de la población algunas iniciativas que puedan ser facilitadoras y que podrían potenciar las capacidades locales, planteándose que es la comunidad el soporte del proceso de recuperación.



Este modelo se esfuerza por comprender las problemáticas desde la cultura y las características particulares del grupo en el que se insertan las personas. Por ello pone especial énfasis en las concepciones y maneras de entender la situación luego del desastre que tienen las personas afectadas y presta atención a las distintas fases de respuesta comunitaria ante un evento traumático (San Juan, 2001).

Esta aproximación, así como la referida a las intervenciones en crisis, han sido el marco desde el cual se configuró el trabajo de las Brigadas Psicológicas y, por tanto, ambas serán descritas en detalle al caracterizar dicha propuesta.

PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Más allá de las diferencias en los enfoques, el Inter-Agency Standing Committee (2007b) propone una serie de principios que deben ser tomados en cuenta al diseñar una intervención frente a un desastre natural, los cuales resultan de mucha utilidad y guardan correspondencia con el espíritu que ha guiado al proyecto de Brigadas Psicológicas desde sus inicios en el 2001, así como a la Unidad de Proyección Social de la Especialidad de Psicología de la PUCP. Dichos principios se detallan a continuación:

1. Derechos humanos y equidad: respetar y promover los derechos fundamentales de las personas sobre todo en situaciones límite o contextos de emergencia. Asimismo, poner énfasis en la protección de los derechos de los grupos más vulnerables, priorizar la atención a sus necesidades y promover la visualización de situaciones de injusticia y marginación antes y después del desastre.

2. Interculturalidad y respeto a la diferencia: establecer un diálogo entre culturas en contra de la dominación cultural y promover la construcción de relaciones democráticas. Esto sustenta la búsqueda de una representación diversa de los participantes locales, quienes tienen que ser involucrados en diagnosticar y determinar los modos más apropiados de atender sus necesidades en salud mental (Laplante & Rivera, 2006).

3. Participación: la comunidad y la persona deben tener el poder y la capacidad de decidir sobre su proceso de reconstrucción y actuar en ese sentido. Toda acción debe ser demandada, inspirada, guiada y evaluada por quienes fueron afectados por el desastre. El profesional externo acompaña y apoya este proceso, no lo lidera, ni lo reemplaza.

4. Cuidado del otro y de uno mismo: reducir el riesgo de daño colateral generado por alguna acción de asistencia o apoyo requiere reflexionar sobre el efecto de la intervención en cada momento y contrastar con la población el verdadero impacto de las acciones, así como con el propio equipo de trabajo. Además, implica considerar el impacto del trabajo en cada uno de los profesionales que intervienen.

5. Aprovechar los recursos y capacidades disponibles: las personas y comunidades tienen sus propios recursos, conocimientos y habilidades, sustento de todo proceso comunitario, como lo es un proceso de reconstrucción. Se debe fomentar la identificación, el reconocimiento y la puesta en práctica de estos recursos apoyando iniciativas de autogestión.

6. Promover la autonomía y el empoderamiento: el foco de toda intervención en desastres es facilitar que la comunidad y las personas retomen el control perdido sobre sus vidas, sus hogares y sus pueblos. Atendiendo a las relaciones de poder al interior de la comunidad y entre esta y su entorno, establecer estrategias para transformar relaciones de dominación o dependencia de cualquier índole, considerando que muchas de estas situaciones son anteriores al desastre.

7. Atender las necesidades de manera integral: la intervención en salud mental en desastres debe considerar que las urgencias y necesidades psicosociales de la población, luego de una situación de emergencia, son diversas. Por ello se requiere de un sistema de apoyo en múltiples niveles que de manera complementaria satisfaga las necesidades diferenciadas de los grupos afectados.

Los múltiples niveles de acción a los que alude el último principio pueden verse con mayor detalle en la Figura 1.

El primer nivel de la pirámide (servicios básicos y seguridad) nos señala la necesidad de proteger el bienestar de todas las personas mediante el establecimiento o restablecimiento de medidas de seguridad, una adecuada gobernanza y servicios que respondan a las necesidades físicas básicas⁴. Una intervención en este nivel implica promover que se establezcan dichos servicios ante los actores responsables e



Figura 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias (Inter-Agency Standing Committee, 2007b).

influir sobre quienes dispensan asistencia humanitaria para que presten los servicios de manera que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial⁵.

El segundo nivel (apoyo a la comunidad y la familia) está referido a la respuesta de emergencia para un número más pequeño de personas. En la mayoría de las emergencias hay grandes perturbaciones de las redes familiares y comunitarias debido a pérdidas, desplazamientos o separación de los miembros de la familia, y temores y desconfianza en la comunidad. Aún cuando las redes de la familia y la comuni-

dad permanezcan intactas, las personas que se encuentren en situación de emergencia se beneficiarán al recibir ayuda para poder tener acceso a mayores apoyos comunitarios y familiares, como espacios de encuentro, de escucha y acogida entre pares⁶.

El tercer nivel (apoyo focalizado no especializado) corresponde al apoyo necesario para un número aún más pequeño de personas, que necesitan intervenciones a nivel individual, de familia o de grupo por parte de agentes de salud capacitados y supervisados, como por ejemplo, una combinación de apoyo emocional y la búsqueda de medios para ganarse la vida. Este nivel también incluye los primeros auxilios psicológicos y la atención básica en salud mental, brindados por agentes de atención primaria de salud.

El cuarto nivel (servicios especializados) corresponde al apoyo adicional que necesita un pequeño porcentaje de la población con mayor sufrimiento o grandes dificultades para el funcionamiento básico cotidiano, pese a haber recibido los apoyos de los niveles inferiores. Esta asistencia debería incluir apoyo psicológico o psiquiátrico por trastornos mentales graves. Dichos problemas requieren a) derivación a servicios especializados, si estos existen, o b) iniciación de la capacitación a más largo plazo y supervisión de agentes de atención primaria de salud y de salud en general.

Aunque una intervención en particular priorice uno o varios de los niveles, debe tener siempre en cuenta las necesidades que pueden aparecer en otros y que no constituyen el fuerte de su propuesta de acción.

Nuestras Brigadas Psicológicas

La historia de las Brigadas Psicológicas en la PUCP iniciada en el 2001 da cuenta de cómo cada nueva experiencia va enriqueciendo las lecciones de las experiencias pasadas. Ello ha permitido que entre la primera brigada y esta se hayan incorporado nuevos enfoques que, de manera sistemática, orientan el desarrollo de la disciplina en los campos de aplicación comunitaria y el trabajo con poblaciones afectadas por desastres.

A continuación se describen los diversos aspectos que sostienen el programa actual.

ASPECTOS FORMALES

La pertinencia de la brigada como forma de intervención se deriva de la posibilidad de contar en forma permanente con varios equipos de profesionales que respondan de manera flexible a la demanda requerida para trabajar en las zonas afectadas. Esta flexibilidad se refleja también en

⁴ Como alimentos, albergue, abastecimiento de agua, servicios básicos de salud, lucha contra las enfermedades transmisibles, entre otras.

⁵ Deberían establecerse adoptando modalidades participativas seguras y socialmente apropiadas, que protejan la dignidad de los residentes locales, fortalezcan los apoyos sociales locales y movilicen las redes comunitarias.

⁶ En este nivel, cabe mencionar entre las respuestas útiles: rastreo y reunificación de la familia, asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación, difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación, programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos, actividades de educación escolar y extra escolar, actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo, mediante grupos de mujeres o grupos de jóvenes.

la conformación de las brigadas tanto por profesionales y estudiantes del último año provenientes de las tres menciones (clínica, educacional y social), como por psicólogos de otras universidades.

Las Brigadas Psicológicas se caracterizan por contar con roles y funciones determinadas que son asignadas según la disponibilidad y capacidad de las personas. Los docentes cumplen las funciones de organización, coordinación y monitoreo. Los egresados y alumnos de los últimos años de la especialidad forman parte de las brigadas, siendo liderados en cada salida a campo por docentes o psicólogos con experiencia profesional (denominados Jefes de Brigada). Los Jefes de Brigada asumen la organización del trabajo en campo, así como facilitan un espacio de supervisión y retroalimentación para los brigadistas durante el tiempo de trabajo. Al retorno, se promueve una supervisión terapéutica externa que contribuye a la elaboración de lo vivido en el campo, con lo que se protege el bienestar de los participantes, se mejora la intervención y se promueve el interaprendizaje.

Por otro lado, la brigada abre la posibilidad de generar aprendizajes y conocimientos desde la práctica en un campo relativamente nuevo para la psicología en nuestro país. De esta manera, se busca que el proceso contribuya al desarrollo científico despertando la motivación en los egresados y docentes por el desarrollo de investigaciones y propuestas de intervención en el marco de las aplicaciones de la psicología a los desastres, así como por la construcción y validación en campo de las estrategias y propuestas que vienen siendo desarrolladas por psicólogos en otros espacios.

LAS BRIGADAS PSICOLÓGICAS EN EL MARCO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA

La PUCP asume las Brigadas Psicológicas como un mecanismo para acercar a los egresados y docentes a la realidad de las poblaciones menos favorecidas, de tal manera que a partir de una aproximación reflexiva, sistemática y supervisada se generen nuevos conocimientos, pertinentes y útiles, y se complemente y enriquezca la formación dada en las aulas.

Carrizo & Vallaes (2006) señalan que la responsabilidad social es parte de la dimensión ética de toda institución y que en el caso de una universidad implica superar la mirada a la proyección social y extensión universitaria como acciones de buena voluntad anexas a la función de formación y producción de conocimientos. Para estos autores, la responsabilidad social universitaria parte de asumir una cuota de responsabilidad en la situación de “mal desarrollo” de gran parte de la sociedad y en la crisis social y ecológica en la que estamos inmersos. La universidad debe responsabilizarse de reflexionar acerca de cuál es el efecto social de la producción de conocimiento y de la formación profesional de quienes lideran y gobiernan nuestro país (Carrizo & Vallaes, 2006).

Con el fin de promover esta reflexión, en el caso de las Brigadas Psicológicas se concibe el trabajo de campo como parte fundamental de un proceso integral que tiene además, siguiendo los planteamientos de Carrizo & Vallaes (2006), un momento previo y uno posterior. En el momento previo se genera la propuesta, se contrastan experiencias anteriores, se revisa la teoría relacionada y se



reflexiona sobre su pertinencia y aplicabilidad en un contexto y situación específica (Carrizo & Vallaes, 2006).

Este primer paso requiere del acercamiento a una realidad distinta, desconocida para la mayoría y que plantea el desafío de la sensibilidad, el profesionalismo, la apertura y la flexibilidad. Estos elementos se vuelven herramientas fundamentales en el propio trabajo de la brigada, en la que la labor cotidiana demanda más allá de lo planificado o aprendido, en tanto se convierte en sí misma en un proceso de aprendizaje y cuestionamiento permanente.

En un momento posterior, la universidad asume el compromiso de mirar hacia atrás de manera sistemática y autocrítica, así como propositiva, para dar cuenta de manera transparente de lo actuado y de sus resultados. De este modo genera conocimiento desde la práctica y lo pone a disposición, con la intención de propiciar el debate y motivar la profundización y mejora de las propuestas.

EL VOLUNTARIADO COMO SUSTENTO DE LA INTERVENCIÓN

Las Brigadas Psicológicas se sustentan en la participación voluntaria de docentes, alumnos y egresados de la especialidad, teniendo como marco el documento Unidad de Proyección Social de Psicología. Conceptos, Niveles y Procedimientos (Pezo, 2003), en la línea de voluntariado en programas de emergencias. En este documento se señala que el trabajo en responsabilidad social es siempre “un acto espontáneo, voluntario, una opción personal consciente y libre que solo en su quehacer deviene en compromiso solidario” (p. 13).

En este sentido, las acciones de voluntariado respetan y facilitan los procesos de maduración y búsqueda personales, siendo espacios de libre ingreso que permiten la participación desde los talentos, el entusiasmo y las posibilidades reales de asumir compromisos con las tareas requeridas. El criterio de libertad del voluntariado marca un funcionamiento democrático e igualitario para quienes participen, determinándose los roles y responsabilidades, así como la toma de decisiones, sobre la base de las necesidades y el entrenamiento (Pezo, 2003).

El trabajar con voluntarios en las Brigadas Psicológicas da un matiz especial a la experiencia puesto que, por un lado, requiere de una organización del trabajo flexible y adaptada a la disponibilidad de los participantes, y por otro lado, mantiene el reto de ser un trabajo profesional, contando siempre con el número suficiente de brigadistas preparados para las acciones en campo.

La planificación anticipada y el compromiso de quienes desean participar son elementos que permiten contar con la seguridad del recurso humano disponible y capacitado para las tareas que se propone la brigada. De otro lado, las características de heterogeneidad en los grupos de voluntarios al tiempo de enriquecer el trabajo, demandan un esfuerzo extra para la organización de las acciones en campo. En consecuencia, se requiere fomentar el consenso en conceptos, técnicas y estrategias, en tanto se busca dotar a la intervención de seriedad y profesionalismo en cada aspecto. Ello se refuerza con las acciones de acompañamiento y supervisión, antes, durante y después del trabajo de campo.

Aspectos teóricos y metodológicos

El trabajo de las brigadas ha tomado algunos elementos de los enfoques de intervención en desastres mencionados anteriormente, la intervención en crisis, principalmente en el caso de las brigadas que salieron a la zona del desastre de manera inmediata, y la salud mental comunitaria, adoptado por el grupo de brigadas que luego de seis semanas de sucedido el terremoto desarrollaron el proyecto De la Emergencia a la Reconstrucción.

Cabe resaltar que lo que se presenta aquí corresponde a los elementos de ambas propuestas que han sido considerados para el desarrollo de la intervención de las Brigadas Psicológicas, entendiendo que cada modo de aproximación al desastre contiene muchos más elementos que los aquí expuestos.

LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Una intervención temprana que brinde soporte y movilice los recursos de la población constituye una labor preventiva, pues reduce el impacto psicológico de la experiencia en los individuos y la comunidad (Traverso, 2001). Esta intervención en crisis debe ser pronta así como oportuna, pues persigue fundamentalmente dos objetivos: a) activar y reforzar los recursos personales y sociales para afrontar la situación de crisis, y b) facilitar la elaboración de la experiencia, a través de la contención y la escucha.

Se trata de una intervención centrada en el aquí y ahora, que procura reducir los síntomas y restablecer el nivel de funcionamiento previo a la crisis. Esto significa que se

busca reforzar las redes comunitarias y familiares, y brindar los primeros auxilios psicológicos a los individuos o grupos más vulnerables.

Según Mantilla (2007) podemos identificar los siguientes componentes en un proceso de intervención en crisis:

1. Realización del contacto psicológico: son fundamentales la escucha empática, la contención de la angustia y el respeto por las defensas de las personas y grupos. No se trata de imponer lo que el interventor considera correcto como respuesta a la crisis.
2. Análisis de las dimensiones del problema: es necesario facilitar la elaboración de una narrativa del problema desde la propia perspectiva de la población afectada. Ello implica recordar el evento, analizarlo parte por parte, comprenderlo y hacerlo más inteligible. Aún cuando las personas o grupos no logren o no estén dispuestos a hablar del evento, una conversación sobre temas que estén en su mente contribuye a la disminución de los síntomas y a una mayor comprensión de su realidad. En el caso de los niños, estos difícilmente expresan verbalmente sus vivencias y emociones. Es por ello que lo más pertinente es trabajar desde lo lúdico, el lenguaje no verbal y metáforas de fácil comprensión.
3. Identificación de las posibles alternativas de afrontamiento: facilitar la indagación desde la perspectiva de la propia población de posibles soluciones y la clarificación de aquellas que resulten más posibles de llevarse a cabo, estableciendo prioridades de actuación. Es fundamental



evitar en este punto que surjan una cantidad de necesidades que no se organicen ni prioricen.

4. Acompañamiento en la ejecución de pasos concretos: darle forma “mental” a las posibles acciones a ejecutar es una ayuda valiosa que fortalece la sensación de agencia. Es importante dar un paso cada vez y no permitir que se intente resolver todos los problemas en un mismo momento. Asimismo, es necesario ayudar a establecer metas específicas de corto plazo, y no tomar decisiones que comprometan mucho tiempo en llevarse adelante. No es un error confrontar o ser directivo eventualmente, si se busca con ello que la población afectada defina y tome decisiones cuando es necesario.

5. Seguimiento para verificar el progreso: en el caso que sea posible o que hayan encuentros posteriores con la persona o grupo, es importante no cuestionar lo avanzado o no avanzado sino ayudar a identificar los progresos desde el último contacto. Una estrategia pertinente en este punto es establecer un acuerdo para un próximo encuentro en el que se evaluarán los pasos seguidos. Es recomendado que el seguimiento lo haga el mismo profesional que tuvo a cargo la intervención desde el principio.

6. Al culminar el proceso es importante no dejar aspectos pendientes o expectativas que no se puedan cumplir.

Como indicaciones generales, debe privilegiarse la intervención ambulatoria en el espacio cotidiano en que se desarrolla la vida de las personas. En contextos de crisis se trabaja con el llamado encuadre disponible (Knobel, 1987). Esto implica adaptar la técnica a las condiciones de trabajo (consejería en la calle o refugio, por ejemplo).

Así mismo, debe darse prioridad a las intervenciones grupales, ya que fortalecen las redes naturales de soporte mientras favorecen la elaboración de la crisis y la progresiva comprensión de lo ocurrido.

LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

La salud mental comunitaria busca construir propuestas multidisciplinarias y concertadas que favorezcan la convivencia y transformación social a través del fortalecimiento de las capacidades locales y del sentido de comunidad⁷, del empoderamiento, la participación y la articulación de acciones. Requiere una aproximación integral que considere las diferentes dimensiones de una comunidad⁸ por lo cual se nutre tanto del aporte de las disciplinas científicas como del conocimiento práctico y el saber local (Velásquez, 2007).

Las intervenciones en salud mental comunitaria se orientan también a disminuir vulnerabilidades provocadas por situaciones de precariedad, condiciones de marginación de los sistemas económicos, políticos y sociales, carencia

⁷ Definido como el sentimiento de pertenencia a una colectividad mayor, en la que se inserta en relaciones de apoyo mutuo disponible y confiable (Sánchez Vidal, 2007).

⁸ Las dimensiones política, económica, productiva, cultural e histórica, entre otras.

de instituciones y redes sociales fuertes, así como actitudes fatalistas, resistencias al cambio, a la participación y la solidaridad (Anderson & Woodrow, como se cita en Pérez-Sales, 2004). El análisis de vulnerabilidades permite identificar los factores que hacen que las comunidades sean más frágiles para superar un desastre y enfrentar su desarrollo con el fin de evitar que la ayuda pueda debilitar aún más las capacidades de la comunidad, limitando su iniciativa y su autonomía (Pérez-Sales, 2004).

Son tres los componentes fundamentales de toda intervención en salud mental comunitaria (Ministerio de Salud & AMARES, 2007):

1. Diagnóstico participativo: involucra a la población desde el inicio y busca aprehender el saber colectivo. Los facilitadores deben contar con habilidades de escucha activa y cuestionamiento estratégico, propiciando el análisis y la reflexión crítica. El diagnóstico participativo busca obtener un mapa de las necesidades de la población y de los recursos con los que cuenta. Por ello, es importante procurar que la comunidad esté representada⁹ y tenga claridad sobre los objetivos del proceso, con el fin de desarrollar confianza e ir la fortaleciendo durante toda la intervención. Es importante recoger información sobre los siguientes aspectos: a) concepto y estado de la salud mental en la comunidad y principales

necesidades asociadas; b) grupos vulnerables y grupos dinamizadores de la comunidad; c) gravedad de los principales problemas desde la mirada de la población; d) factores que agravan los problemas y obstáculos para la resolución de los problemas; e) recursos, potenciales, situaciones o coyunturas que pueden contribuir a afrontar los problemas.

2. Diseño de la intervención: las propuestas de salud mental comunitaria deben focalizarse en los problemas más importantes definidos por la población. Se deben señalar objetivos precisos, indicadores de proceso y de resultado, así como la estrategia de monitoreo y supervisión, los tiempos y recursos requeridos. Se debe buscar reconocer la forma particular en que la comunidad hace frente a las dificultades que se presentan, visibilizarlas y potenciarlas. Es fundamental lograr formas positivas de relación entre la población (solidaridad, tolerancia, empatía), base para el logro de cualquier acción colectiva. El facilitador debe ser el primero en actuar con respeto a las formas de organización y participación propias de la comunidad y a sus estrategias y preferencias de acción. Por ello es importante insertarse en las redes naturales comunitarias existentes, lo que facilita la articulación de la intervención con los procesos e iniciativas que se organizan luego del desastre y garantiza la pertinencia del apoyo allí donde es más útil (AMARES, 2007).

⁹ Esto porque las comunidades no son homogéneas, existen al interior grupos, facciones o posiciones distintas que deben estar representadas en los espacios de acción, toma de decisiones y acción colectiva. Aunque es necesario el acercamiento a los principales líderes y representantes de la comunidad, también es importante identificar y convocar a los diversos grupos menores, principalmente aquellos con menor poder al interior de la comunidad.

Una tarea importante es promover la cohesión de las redes sociales, fundamental para elaborar y asimilar colectivamente las emociones generadas por el desastre. En esa línea resulta vital facilitar la expresión del dolor y los rituales colectivos que permiten procesar las pérdidas asociadas al desastre. Las estrategias en general deben orientarse a favorecer la construcción y/o visualización de la memoria colectiva de modo que se posibilite el rescate y reconocimiento de prácticas y valores ancestrales, así como de conocimientos locales y lecciones de superación y recuperación de situaciones difíciles anteriores. Ello fortalece las iniciativas en curso, consolida el sentido de identidad y prepara a la comunidad para enfrentar los retos de un largo proceso de reconstrucción.

3. Evaluación participativa: la evaluación del trabajo en salud mental comunitaria permite identificar las dificultades y aciertos, así como los cambios generados en la comunidad. Contribuye a la toma de decisiones, reflexionando sobre la calidad de la intervención y promoviendo la construcción colectiva de conocimiento¹⁰. Los aspectos fundamentales a evaluar son, por un lado, el rendimiento, es decir la medida en la que el equipo de trabajo pudo cumplir con los objetivos, y por otro lado, la pertinencia que nos indica qué tan adecuada fue nuestra propuesta de acuerdo a las características de las personas con quienes se trabajó. La evaluación de la intervención debe es-

tar en relación con los indicadores y se espera que señale los avances, así como los retos pendientes.

En general, este tipo de propuestas tienen mayores oportunidades de incluir a la población y su cultura, pues posibilitan el diálogo con la gente en su propio contexto y la inclusión de prácticas y creencias culturales locales que generan bienestar emocional y social.

EL CUIDADO DEL EQUIPO QUE TRABAJA EN CAMPO

Un elemento clave de las propuestas de intervención es el cuidado emocional de las personas involucradas en la tarea, pues la situación de desastre afecta a todos, incluyendo a los profesionales que brindan la ayuda. Los profesionales en estas circunstancias suelen sentir gran presión por resolver las diversas crisis que surgen y pueden tomar decisiones prematuras o asistencialistas.

Los profesionales que trabajan con personas afectadas por sucesos graves como un desastre u otros eventos violentos e inesperados pueden experimentar sentimientos tan diversos como impotencia, insensibilidad, sensación de falta de logros, irritabilidad, distanciamiento, entre otros. Muchos de estos síntomas se agrupan en lo que se conoce como el Síndrome de Agotamiento Profesional (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de

¹⁰ Debe incluir a la mayoría de personas que participaron en el plan de acción con el fin de que la decisión acerca de los aspectos a evaluar sea tomada en conjunto. Entre los principales instrumentos para la evaluación destacamos el estudio de documentos, la observación, las encuestas a una muestra representativa, la entrevista en profundidad y los grupos de discusión.

Derechos Humanos, 2006; Ministerio de Salud & AMARES, 2007). Esto puede alterar significativamente las relaciones dentro de los mismos grupos de trabajo.

Es requisito que el equipo asuma desde un principio un compromiso con su propia salud mental y se mantenga al tanto de las dinámicas particulares que se den entre los compañeros de trabajo. Por ello los profesionales que intervienen deben tener en cuenta hábitos saludables con el fin de reducir posibilidades de impacto del estrés. Deben dar importancia a su salud física así como a su estado emocional, apuntando siempre al desarrollo de estilos de vida saludables (ejercicio físico, alimentación sana, espacios de relajación y recreación). Teniendo en cuenta estos aspectos, es más probable que el profesional experimente un menor nivel de estrés.

Se recomienda la supervisión de pares como forma primordial de compartir experiencias y emociones genera-

das por el trabajo. Esta forma de constante apoyo entre profesionales tiene que ser reforzada por supervisiones de profesionales de salud mental externos a los grupos en cuestión; todo esto para prevenir el peligro de quedar paralizado por la demanda o de actuar impulsivamente con el fin de responder a esta.

A nivel de grupo, los conflictos son esperables y por ello son oportunidades para fortalecer la cohesión del equipo de trabajo. Así, se recomienda mantener la flexibilidad, la espontaneidad, la tolerancia, el sentido del humor y la apertura. Es importante conservar un buen ánimo, ser creativos e innovadores en lo que sea posible y pertinente. Es necesario tener la capacidad de improvisar y de comprender que en situaciones nuevas es probable que existan errores, propios y de los demás. El trabajo en equipo y la posibilidad de recibir apoyo y retroalimentación de colegas son elementos protectores del bienestar emocional de los profesionales.



Acciones en el campo

“ De la emergencia a la reconstrucción;
la reconstrucción empieza por las
personas... ”



Acciones en el campo

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, el proyecto Brigadas Psicológicas de la PUCP diseñó sus acciones dentro del marco de los modelos de intervención en crisis y de salud mental comunitaria. Ello respondió, en primera instancia, a la necesidad de trabajar inmediata y directamente con la población, a fin de favorecer los procesos de elaboración de una experiencia tan violenta, inesperada e intensa como un terremoto, de modo que pudiese reestablecer su sentido de control y reactivar sus propios recursos para afrontar la situación de crisis.

Nos quedaba claro, igualmente, que las personas debían convertirse poco a poco en agentes de su propio proceso de reconstrucción, lo cual supuso trabajar en un segundo momento desde una aproximación comunitaria. Esto implicaba, siguiendo los fundamentos de la salud mental comunitaria, incentivar la participación de la población en la identificación de sus necesidades y recursos y en la determinación de los modos más apropiados para procurarse bienestar emocional y social, incluyendo prácticas y saberes locales.

En ese sentido, los principales objetivos de nuestras acciones fueron: a) brindar soporte y acompañamiento emocional a la población y los equipos locales, b) favorecer que las acciones de salud mental que se desarrollaban en la zona brinden una atención preferente a niños, niñas y grupos en riesgo, c) fortalecer redes sociales para la res-

puesta local, y d) fortalecer las capacidades en el personal de salud y promotores para incorporar la salud mental en sus acciones sanitarias, respetando los estilos propios de cómo la población busca y conserva su salud mental.

Nuestra propuesta de trabajo se encaminó fundamentalmente al desarrollo de algunas acciones prácticas para favorecer procesos participativos y estuvo centrada no solo en las necesidades emergentes sino sobre todo en las vulnerabilidades. Sabemos que la mejor forma de contribuir a fortalecer las capacidades de una población es precisamente partiendo del análisis de estas vulnerabilidades para, desde allí, focalizar y desarrollar estrategias que refuercen el tejido social.

El proyecto supuso inicialmente un viaje de exploración para la realización del primer diagnóstico y el establecimiento de contactos en la zona. Este se realizó el 18 de agosto en coordinación con la DARS. Inmediatamente se inició la convocatoria electrónica a egresados, docentes y alumnos de práctica pre-profesional y del último año de especialidad, para participar de una reunión informativa que contó con la asistencia de 174 personas de psicología dispuestas a aportar con su trabajo. En esta reunión se presentó un diagnóstico inicial, las posibles zonas de intervención, así como las características de las brigadas que se conformarían. Se explicaron las áreas y estrategias de intervención, se crearon los equipos de brigadistas, designando como jefes de brigadas a los profesionales con mayor experiencia

en el trabajo de campo. Los brigadistas recibieron una fase de preparación y capacitación antes de salir a campo, este trabajo de capacitación estuvo bajo responsabilidad de los docentes del Departamento de Psicología.

Para la fase de intervención en crisis se formaron 19 brigadas, las cuales permanecieron en campo cuatro días a la semana de modo rotativo, entre el 18 de agosto y el 6 de octubre del 2007, interviniendo en Pisco¹¹ y en El Carmen, Chincha¹². Adicionalmente, hacia la tercera semana posterior al sismo, se constituyeron 4 brigadas con 37 brigadistas que durante cuatro semanas trabajaron en tres hospitales y un albergue¹³ de Lima, atendiendo, en función de los pedidos institucionales, a los heridos evacuados del sur, a sus familiares y al personal, además de la demanda de capacitación de un grupo de profesionales. Ello supuso la implementación de un nuevo espacio de preparación y entrenamiento a los voluntarios, que añadiera a la pers-

pectiva de intervención en crisis, los elementos propios del trabajo en un contexto de salud.

Para la fase de la emergencia a la reconstrucción, la metodología de trabajo fortaleció aún más lo referido a la participación comunitaria. Se conformó un equipo nuclear que incluía un coordinador de campo y dos asistentes, acompañados por brigadistas voluntarios, quienes estuvieron quincenalmente realizando actividades con las poblaciones de Tambo de Mora¹⁴ en Chincha y de Tantar¹⁵ en Huancavelica. Esta etapa comprendió viajes entre octubre del 2007 y febrero del 2008, culminando con un proceso de evaluación en campo.

Cada salida a campo implicaba un trabajo previo y posterior; en tanto eran necesarias reuniones entre los brigadistas y jefes de brigada que regresaban y que salían a la zona de trabajo. En ese sentido las coordinaciones previas eran

¹¹ Pisco, a 250 km al sur de Lima, cuenta con aproximadamente 127,565 habitantes. A consecuencia del terremoto se vio destruido en un 80%, recibiendo el mayor número de donaciones y ayuda institucional. Se trabajó en Pisco Centro, en los Albergues CAP y Sagrado Corazón de Jesús, los anexos San Miguel, San Clemente, Casalla, Los Andes 1 y Los Andes 2.

¹² Chincha, a 200 km al sur de Lima, cuenta con aproximadamente 194,536 habitantes. El Carmen se ubica a 20 minutos al sur de Chincha y tiene una población aproximada de 8,574 habitantes.

¹³ Se brindó apoyo al Hospital Guillermo Almenara, Hospital 2 de Mayo y al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Se trabajó igualmente en el albergue de la Asociación Cristiana Femenina.

¹⁴ Tambo de Mora es una caleta pesquera que se ubica aproximadamente a 20 km de Chincha y cuenta con aproximadamente 4,402 habitantes. Tambo de Mora es el distrito más afectado de la Provincia de Chincha, sus tierras han quedado inhabitables. Esto no solo supone la pérdida de las construcciones sino también la pérdida del lugar donde vivir, por lo que más de 700 viviendas y un aproximado de 3,500 familias deben ser reubicadas.

¹⁵ Tantar¹⁵ se encuentra a 2800 msnm, a 100 km de la ciudad de Chincha camino a los Andes. Aunque no es una distancia larga, es un camino de difícil acceso que aísla a las comunidades de la zona. Se encuentra en el límite entre Ica y Huancavelica y tiene las limitaciones de las ciudades en fronteras. Su población es sobre todo migrante de Chincha y otras zonas andinas, por lo que se identifican modos particulares de relación con el propio lugar. Adicionalmente se trabajó con los anexos de Occrococha, Aurahua, Chupamarca, Chanchahuasi, Cotas, Villa Flor, Huachos y San Juan de Castrovirreyna, alcanzando la cobertura del valle del Río San Juan.

imprescindibles y parte fundamental del trabajo. Asimismo, cada grupo de brigada debía contar con un espacio de supervisión externo, el cual permitía elaborar lo sucedido en el campo de trabajo.

Lo que encontramos

Un desastre pone ante nosotros múltiples necesidades y vulnerabilidades que se juegan a la vez en diversos escenarios. Los efectos psicosociales observados dependen de aspectos como la magnitud del evento, los recursos económicos y sociales para hacerle frente, así como también la autoeficacia comunitaria para afrontarlo.

Luego del terremoto, la ayuda nacional e internacional orientó sus esfuerzos a formar lugares donde las personas, cuyas viviendas habían resultado destruidas o fueron declaradas inhabitables, pudieran vivir con sus familias y tener acceso a agua, comida y medicinas. Los pobladores fueron instalados en carpas, ya sea en estos albergues o formando pequeñas comunidades en espacios abiertos alrededor de las “ollas comunes”.

En este contexto, se observó en la población afectada intensos temores relacionados con la posibilidad de que pudiera ocurrir un nuevo terremoto de igual magnitud, los cuales eran reforzados por la ocurrencia de continuas réplicas.

La desinformación con respecto a los desastres, sus causas y consecuencias, y sobre cómo actuar en estas circunstancias incrementó -desde nuestra perspectiva- los rumores, la

sensación de desvalimiento y, en algunos casos, la paralización de la población frente a lo ocurrido.

“Esto ha sido un castigo divino”.

(Líder de albergue, Pisco, agosto 2007)

“De acuerdo a lo que se ve en el periódico ya no sabemos qué hacer... pienso en irme a Lima pero luego sale en las noticias que allá va a haber un terremoto, uno ya no sabe a dónde ir o dónde estar”.

(Profesora, Pisco, agosto 2007)

A la angustia colectiva y la confusión se fueron sumando paulatinamente un conjunto de emociones como irritabilidad, apatía y síntomas psicosomáticos como cansancio, desgano, dolores de cabeza, estómago o insomnio. Los pobladores trasladados a Lima tuvieron que afrontar adicionalmente el desarraigo y la separación de sus seres queridos, mostrando preocupación por la situación en sus lugares de origen y en algunos casos culpa por no haber podido ayudar a sus familiares al momento del sismo ni poder acompañarlos posteriormente.

El trabajo de campo permitió notar que la intensidad del impacto del terremoto en la vida de las personas no solo dependía del evento traumático en sí o de los factores personales o sociales previos, sino también de lo sucedido después del desastre, que era precisamente lo que suscitaba las emociones más intensas.

“No solo era que se nos había caído nuestra casa, habíamos perdido a nuestros familiares sino que encima nos robaron, de la cárcel salieron los presos y vinieron por todo lado, lo



“Sabemos que a las 3 de la tarde habrá una réplica y a las 4 de la tarde va a haber otra, todos los días es así”

(Padre de familia, Pisco, agosto 2007)

que no había destruido el terremoto se lo llevaron ellos, a nosotros nos gritaba la gente que venía el tsunami que teníamos que salir para el cerro de Villa, y como sea hemos salido para nada, cantidad de gente estaba corriendo, parecía la huida en Egipto, y cuando hemos regresado, nos habían robado todo”.

(Madre de familia, Pisco, agosto 2007)

Adicionalmente a los robos o saqueos, los pobladores tuvieron que pasar por condiciones de vida que les resultaron indignantes y que nos fueron referidas con dolor y frustración.

“Como sea nos han traído aquí, yo no sé ni con quién estoy durmiendo, como a animales nos han metido a las carpas, 4 o 5 familias allí metidos estamos, con todo y perros o animales. ¿Quiénes serán esos que en estas condiciones todavía en las noches nos roban? Uno no sabe con quién duerme. Si nos quedamos muy dormidas nos rebuscan nuestras cosas y lo poco que tenemos se lo desaparecen. ¿Qué costumbres tendrán? Porque en el mismo lugar donde duermen allí nomás orinan, hacen de todo, y uno qué les puede decir; te contestan con groserías, te largan. Aunque sea nos hubieran preguntado, hubiéramos podido ponernos con nuestras familias o de nuestro barrio, pero nada, así nos han traído de noche y nos metieron como sea a esas carpas grandes, ¡no tienen consideración!”.

(Pobladora de albergue, Pisco, agosto 2007)

Los niños, por su parte, manifestaban abiertamente su temor y ansiedad no separándose de sus padres, demandando constante atención y afecto, y en algunos casos no pudiendo jugar o salir de las carpas. La distinción entre lo

que podía ser entendido como normal o anormal era una gran preocupación, sobre todo en los padres y madres quienes nos preguntaban por cómo ayudar a sus hijos en circunstancias donde ellos mismos se sentían afectados y sin entender mucho las repercusiones emocionales que un desastre podía generar.

“Díganos ¿es normal que mi hija esté así? No se me despega, prendida de mí nomás está, ya me aburre, no puedo hacer nada porque no me deja, o sino llora, de la nada empieza a llorar y no me dice nada, tiene miedo de estar sola, de la noche, de todo tiene miedo”.

(Madre de familia, Pisco, agosto 2007)

“Estoy muy preocupada porque no se qué le pasa a mi hijo, está como mudo, no habla nada, parece ido, se queda mirando a un solo sitio y de allí no se mueve. El otro de mis hijos peor está, todo el rato está aburrido, parece un bebito hasta se está orinando en la cama, esto nunca había pasado”.

(Madre de familia, Pisco, agosto 2007)

“Todos estamos con miedo, no sabemos qué hacer; mis hijos, mi esposa, todos. Lo peor es que ni les podemos decir que ya pasó y que ya no va a haber más, porque a cada rato están las réplicas y otra vez empezamos con los mismos miedos que ni podemos descansar en las noches; cualquier movimiento todos salimos desesperados de la carpa, uno se atropellan otros se caen, se pisan”.

(Padre de familia, Pisco, agosto 2007)

En general, se podía distinguir en niños, jóvenes, adultos, mujeres y hombres, una intensa necesidad de contar su

propia experiencia, de ser escuchados y de recibir respuestas precisas sobre los días próximos, como un medio de ordenar mentalmente lo vivido. Las personas nos expresaban como nunca se imaginaron perder sus hogares, sus sueños, esperanzas y planes de futuro.

“La tierra así, así se hacía -imitando a las olas del mar con sus brazos- ni de la pared te podías coger porque el movimiento te separaba. Yo estaba desesperada, gritaba y rezaba porque parara... todo ha cambiado, ahora ya no estamos tranquilos, antes los niños salían a jugar lejos, ahora ya no, cerca tienen que estar por si ocurre alguna réplica”.

(Pobladora de Chincha, agosto 2007)

“Mi vida cambió en 2 minutos... antes yo tenía, casa, familia, trabajo... una ciudad... ahora no queda nada”.

(Poblador de Pisco, agosto 2007)

Por otro lado, el personal de los albergues y de salud se encontraba sobre exigido y agobiado por las intensas demandas y angustias, tanto de sus propias instituciones y de los pacientes como de sus familias. En ciertos casos, solicitaban orientación y guía para dar noticias de pérdidas de familiares así como herramientas para contener emocionalmente y favorecer la elaboración de duelos que todo desastre trae consigo.

Más allá de las dificultades emocionales, los vínculos sociales entre las personas y grupos también se vieron afectados, formándose brechas y quiebres en las relaciones interpersonales. Ello se evidenció con mayor claridad en los albergues, donde el hacinamiento, la falta de intimidad, la convivencia con extraños, la falta de acceso a servicios, sumados

a los temores producidos por las réplicas y las ansiedades y tristezas propias de las pérdidas, generaban un clima álgido con el que las personas se enfrentaban cotidianamente.

“Aquí nos ha tocado mezclarnos con cualquiera, nunca hemos conocido a estas personas, nos han juntado como sea”.

(Pobladora de Chincha, agosto 2007)

“No queremos ni salir a ver cómo está todo, yo hasta ahora no he salido de aquí, tengo miedo, no hay nada en pie, es como una pesadilla, yo no quiero ir; le he dicho a mi primo que vaya, tengo miedo de salir del albergue”.

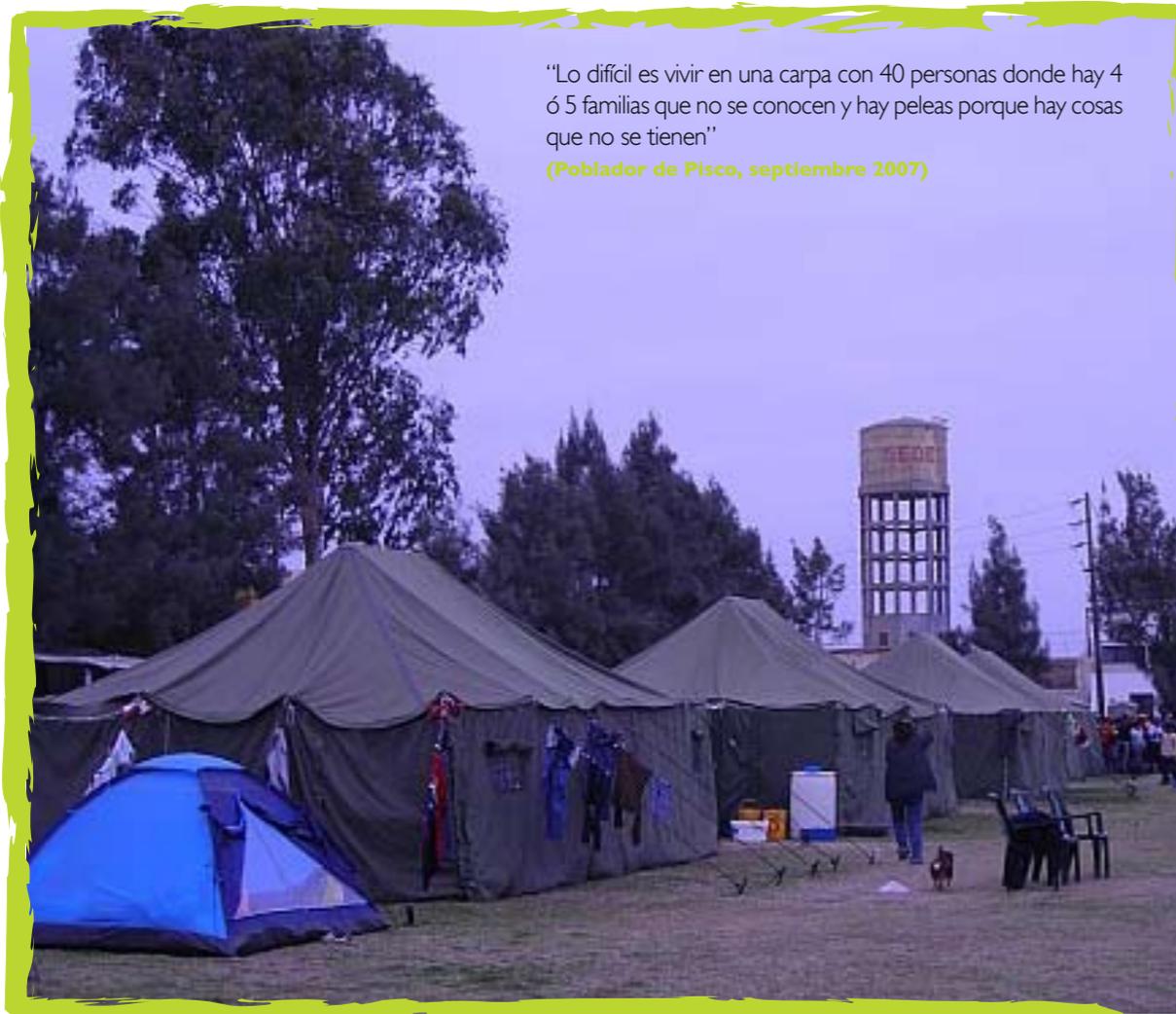
(Poblador de albergue, Pisco, agosto 2007)

“Yo no puedo dormir, aquí en el albergue nadie duerme, todos en las noches estamos despiertos, esperando que otra vez venga el terremoto. Los niños lloran toda la noche, no quieren ni entrar a las carpas, a veces se orinan, hasta los grandecitos se orina, como bebitos se portan, ni hambre tenemos, después del terremoto ¡ni nos hemos acordado de comer cuánto tiempo!”.

(Pobladora de Pisco, agosto 2007)

Si bien los albergues fueron los lugares que concentraron la mayor cantidad de donaciones, dependiendo del mayor o menor contacto con las entidades que repartían esta ayuda, en muchos casos se suscitaron conflictos a partir del acaparamiento de donaciones, repeticiones en la entrega e inequidad.

La falta de organización contribuía a generar sentimientos de postergación y discriminación, debilitando la organización comunitaria. Todo esto afectaba directamente la dignidad y el



“Lo difícil es vivir en una carpa con 40 personas donde hay 4 ó 5 familias que no se conocen y hay peleas porque hay cosas que no se tienen”

(Poblador de Pisco, septiembre 2007)

respeto por las personas. Al mismo tiempo, la forma en que se repartió la ayuda sin fomentar el trabajo y activación de la población, incentivó la pasividad y dependencia, convirtiendo a los albergues muchas veces en lugares asistencialistas.

“El Estado nos ayudará pues, no sé, habrá ayuda, porque va a ser muy difícil, ahora mismo con la ayuda que llega no alcanza, la gente se queja, es muy difícil organizarse y dicen que uno se queda con las cosas, que otros se las guardan y las colas son enormes cuando llegan las camionetas de ayuda. Ahora nos dan desayuno y almuerzo y si vieras como es, una que va a ayudar para repartir y la gente se insulta, se pelea... ¡quién iba a pensar que uno iba a terminar así!...”

(Pobladora de Chincha, agosto 2007)

Con el correr de las semanas, el temor derivaba en otros sentimientos más bien ligados con el malestar y la cólera por la inadecuada distribución de agua, provisiones, alimentos, carpas, frazadas, entre otros. Se podía escuchar desde las propias personas la incomodidad que sentían para con sus autoridades, en quienes se observaba desarticulación, falta de comunicación y coordinación. Asimismo, en algunas comunidades se hacía sentir la falta de liderazgo, el ausentismo de referentes locales, la falta de protagonismo para organizarse, la pasividad para pensar en el futuro y la fragilidad en las redes sociales.

“Los regidores de la municipalidad no vienen, salvo uno. Pero el resto no está ni siquiera en la localidad”.

(Dirigente del COE de Chincha, octubre 2007)

“El ministerio no se ha ocupado de nosotros, no nos han dado nada, a mí me gustaría tener al señor presidente senta-

do acá al frente para decirle lo que pienso”.

(Personal de salud de Chincha, octubre 2007)

“Las autoridades nos han humillado, más nos han dado los extranjeros que nuestros propios paisanos, las autoridades solo estaban para darle a sus amistades, familiares o para tomarse fotos y hablar bonito, pero no para hacer su trabajo”.

(Líderesa de Chincha, marzo 2008)

Si bien la mayoría de líderes mostraba interés por contribuir, muchos de ellos se sentían abatidos por sus propias pérdidas, a la vez que no reconocidos en sus esfuerzos por la población ni retribuidos material o socialmente.

Es importante señalar que las necesidades detectadas en los cuidadores de las diversas zonas (personal de salud, operadores de salud, profesores, etc.) se vinculaban también con la dificultad para ser reconocidos por los otros como personas que vivían sus propios temores y dolores, con la diferencia que tenían muy poco espacio para atenderlas. Todo esto al parecer interfería con la posibilidad de cumplir a cabalidad con sus responsabilidades y de sentirse satisfechos con su propio trabajo, creyendo que las actividades que venían realizando no eran suficientes, siendo así difícil para ellos valorar los importantes aportes que su trabajo tiene en la zona de emergencia.

“La gente del pueblo decía que nosotras éramos personal de salud, entonces no nos daban nada, pero también somos damnificadas. Hemos podido sobrevivir porque hemos hecho nuestra pequeña olla común para cinco o, por ejemplo, si una trae comida, la compartía con todas. Qué pensarán que nosotras somos de salud y que recibimos sueldo, pero

no es así, hemos estado trabajando sin sueldo estos meses”.

(Personal de salud de Tambo de Mora, octubre 2007)

“Los profesores también somos personas y damnificados del terremoto. Nosotros también vivimos acá y hemos sido afectados. Además tenemos que estar al tanto de los niños que están temerosos de cualquier movimiento”.

(Profesor de Chincha, octubre 2007)

“Todos dicen que nosotras no venimos a trabajar, que somos unas ociosas, lo que pasa es que ellos son unos mala-gradecidos, ni almorzar te dejan. Te estas sentando y ya te están llamando y si te demoras, te critican rápido. Tenemos miedo, la gente está muy agresiva... hasta le han pegado al personal de salud, aquí la gente es así, de cualquier cosa al toque nomás reaccionan”.

(Personal de salud de Tambo de Mora, octubre 2007)

Finalmente, cabe resaltar que –como es frecuente- esta catástrofe removió dificultades previas al terremoto. Se sobrepusieron así problemas de pareja, familiares y económicos, que hicieron experimentar a la población una mayor sensación de vulnerabilidad.

Asimismo, en contraposición a las problemáticas que trajo la ayuda, existieron también zonas aisladas y desabaste-

cidas por casi una semana luego del sismo. En estas poblaciones, no solo fue el impacto del terremoto lo que generó diversas necesidades psicosociales, sino que se sumaron también aspectos ligados a historias pasadas como la angustia y la desesperación por la lucha por su supervivencia durante los años del conflicto armado interno¹⁶ y el sentirse fuera del alcance de la ayuda y desconectados de lo que significa ser parte de un país. En ese contexto se avivaron viejos conflictos y se dieron nuevos problemas.

Si bien un terremoto genera y agudiza necesidades, también ayuda a vislumbrar los recursos personales y comunitarios con los que se cuenta. Así, las personas logran organizarse comunalmente, responden empáticamente y de forma creativa ante lo sucedido.

En este sentido, el trabajo de campo nos ha dado diversas oportunidades para comprobar las capacidades de organización de la población y la puesta en juego de sus múltiples recursos para enfrentar la adversidad como la apertura hacia el otro, su creatividad, su expresividad, su sentido del humor y la posibilidad de conservar y construir sueños y esperanzas.

“Las juntas vecinales de Villa Tupac han sido una buena experiencia de coordinación. Cada junta vecinal ha tenido una pre-

¹⁶ En el caso particular de Tantará, las personas en repetidas ocasiones traían al grupo las vivencias de los años del conflicto armado interno. El recuerdo del terror de esos años, en que “la vida no valía nada”, en que dormían “en cualquier lado”, aún son parte de su memoria y de su presente y esto se reproduce en las relaciones que establecen. La población reconoce los cambios en la manera de relacionarse: “ahora nos hemos vuelto muy desconfiados, porque nos han hecho mucho daño, tenemos que cuidarnos”. Naturalmente, estos aspectos también eran incluidos en las sesiones de trabajo.



sidenta y ellas eran las que recogían y repartían y distribuían las donaciones. Estaban formadas desde antes del terremoto. Las presidentas de las juntas vecinales se organizaron con el Pronaa y pidieron que ya no abastezcan a los comedores populares (que son 5) sino a cada junta vecinal (que son 47)''.

(Líder del distrito Villa Tupac Amaru Inca, Pisco, febrero 2008)

''Buscamos el único lugar que no se había caído y allí empezamos, formábamos la olla común entre vecinos, unos ponían arroz, fideo, frijoles, lo que había, cada uno poniendo lo que tenía... luego llegó otra ayuda, desde la parroquia y allí empezamos con más cosas''.

(Líderesa de olla común, Chincha, febrero 2008)

''Cada sector ha tenido sus propios problemas para enfrentar la situación. En el caso de nosotros éramos nosotros mismos los vigilantes, las mujeres ya tenían su bolsa para recolectar los víveres, cada cuadra había una persona pudiente y así íbamos recolectando para dar de comer a los que se quedaban vigilando toda la noche. Cerrábamos las calles y nosotros mismos nos turnábamos, los hijos mayores, esposos, esposas, las esposas nos levantábamos a las 10 pm. para hacerles su café para los que estaban cuidando. Salíamos a la basura a buscar llantas para con eso hacer fogata y se pueda ver''.

(Pobladora de Chincha, febrero 2008)

Lo que hicimos

Con el objetivo de que el terremoto del 15 de agosto del 2007 no se perpetúe en el imaginario de la población como

un suceso traumático, las Brigadas Psicológicas desarrollaron una serie de acciones en el campo, orientadas fundamentalmente a fortalecer el trabajo que ya se realizaba en las zonas.

Ello implicó desde propiciar espacios de escucha y contención, reforzar las estrategias de afrontamiento, favorecer las iniciativas de organización comunitaria, realizar acompañamiento, hasta generar espacios de capacitación y fortalecimiento de capacidades a los profesionales locales.

La intervención en crisis supuso así en un primer momento brindar atención psicológica a los diferentes grupos de la población como proveedores de cuidado y líderes locales, ofreciendo espacios de escucha y contención, y fortaleciendo sus recursos para el manejo de la crisis de manera que se asegure la sostenibilidad. Asimismo, se trabajó con miembros de la comunidad por grupos de edades (niñas, adolescentes y adultas), orientando las acciones al alivio de los síntomas que se presentaron a consecuencia del desastre, al refuerzo de los recursos individuales y comunitarios, y a la restauración del nivel de funcionamiento previo a la crisis. Adicionalmente, se elaboraron y se entregaron materiales informativos acerca de las reacciones esperables ante un sismo, con el fin de contribuir a aliviar las preocupaciones en la población afectada.

Esa misma lógica de trabajo fue abordada por las Brigadas Lima, las cuales tuvieron en cuenta las particularidades de cada grupo con el fin de adaptar las técnicas apropiadas para cada caso. Las acciones con las personas hospitalizadas y sus familiares se centraron en fortalecer recursos personales y reforzar el soporte social, así como propiciar la elaboración

de las preocupaciones por la salud, la contención de la incertidumbre sobre el pronóstico, el tratamiento y los aspectos económicos relacionados a la recuperación. En el caso de las personas encargadas del cuidado de las personas transferidas, el apoyo se dirigió a acompañarlos en la elaboración de lo que esta experiencia de cuidar a otros en situación de crisis estaba implicando, y en la capacitación de un grupo de profesionales de la salud en nuevas herramientas técnicas y conceptuales para el manejo de las personas a su cargo.

Posteriormente, el trabajo orientado a la reconstrucción focalizó sus acciones en los proveedores de cuidado, autoridades y actores de instituciones nacionales e internacionales que ya realizaban una labor en las zonas afectadas, para que así las brigadas se integraran y articularan sus acciones a las iniciativas que venían desarrollándose a fin de no duplicar esfuerzos. La propuesta se fundamentó en que los brigadistas se ubicaran y se reconocieran a sí mismos como facilitadores externos para contribuir a la movilización de los recursos locales ya existentes, para fortalecer la organización comunitaria, y aportar a que las personas y comunidades vayan recuperando poco a poco el control de sus vidas.

La base del trabajo supuso construir un vínculo en el que primó la palabra y el respeto al proceso del otro. Se sostuvieron los espacios de escucha y contención orientados a la expresión libre, ordenamiento y elaboración de sentimientos, reconociendo que los contextos post desastre generan emociones intensas que pueden repercutir negativamente, no solo

en la población en general, sino en los proveedores de cuidado en su rol de actores locales y en su trabajo sanitario.

Asimismo, se propició la creación de espacios de aprendizaje compartidos donde los participantes pudieran intercambiar experiencias y, a partir de nuevos temas, técnicas o estrategias, recrear, adaptar y reconocer en sí mismos posibilidades de acción para el cambio. Nuestra intención fue favorecer en los actores claves la reflexión sobre las acciones realizadas y la incorporación de nuevas ideas y propuestas que puedan enriquecer y potenciar su trabajo.

La experiencia de trabajo en general se caracterizó por poner especial cuidado a aspectos fundamentales en el contacto con la población, como son respetar el carácter privado y confidencial del vínculo, velar por los intereses de la población sin crear expectativas poco realistas y reforzar factores como participación, autogestión y dignidad.

A continuación describimos de manera más puntual las actividades desarrolladas con los diversos sectores de la población.

ACOMPANIAMIENTO A PROVEEDORES DE CUIDADO

Personal de salud

Se realizó este trabajo a solicitud de las autoridades sanitarias de la zona¹⁷. El pedido específico fue la implementación de sesiones de capacitación para que el personal de

¹⁷ La intervención se desarrolló con las microrred de salud de los distritos de Tantará y de Tambo de Mora (incluyendo también a algunas promotoras de Grocio Prado, Pueblo Nuevo, entre otras).



salud pudiera responder a las necesidades de salud mental de la población. En ese sentido, propusimos un esquema muy preciso, el cual contemplaba aspectos generales del trabajo en contexto de desastre como auxilio psicológico, salud mental comunitaria y criterios para la realización de procesos participativos favoreciendo la organización comunitaria. Paralelamente, se desarrollaron sesiones orientadas a la contención emocional del personal de salud.

Se trabajaron contenidos relacionados con ¿cómo pueden reaccionar las personas después de un sismo de gran magnitud?, ¿cómo reaccionan los niños y adolescentes? y ¿qué hacer frente a las reacciones de niños y adolescentes después de un sismo?

En el marco del modelo de intervención comunitaria se prepararon materiales respecto a Diagnóstico Participativo, Intervención en Emergencia, Diseño de Intervenciones en Salud Mental Comunitaria, Reconstrucción de Redes Sociales, Reconstruyendo desde la Gente, Responsabilizándonos por Nuestra Salud Mental y Evaluación Participativa.

Si bien cada encuentro con el personal de salud contaba con materiales programados, los brigadistas debían llegar con apertura y una actitud flexible para poder reprogramar las actividades tomando en cuenta las necesidades de los participantes, a modo de facilitar la integración de la

información propuesta con el trabajo comunitario que los distintos agentes de salud estaban llevando a cabo en sus respectivas comunidades. De esta manera se propiciaba la reflexión sobre el trabajo realizado y la aparición de nuevas ideas y propuestas que pudieran enriquecer y potenciar el trabajo que venían realizando el personal de salud y los agentes y promotores en sus propias comunidades.

Docentes

La intervención con profesores de diversos centros educativos puede ser definida como un espacio privilegiado, dado el rol de acogida y contención que estos podían brindar a los niños al retorno a clases. Además de la escucha y la contención, se trabajaron criterios mínimos para la relación con los escolares luego del terremoto.

A pedido de los docentes se ofrecieron algunas estrategias para ayudar a los niños a expresar sus emociones sobre el terremoto, para luego poder retomar las tareas académicas. Se planteó una propuesta de observación participante¹⁸ durante el dictado de clase, lo cual permitió a los brigadistas -en su rol de facilitadores- hacer devoluciones más ajustadas a las propias necesidades del profesor de aula y, sobre todo, del alumnado.

Promotores y coordinadores

Se estableció un espacio de acompañamiento a los pro-

¹⁸ Este tipo de observación consiste en ser testigo privilegiado de la forma de trabajo de promotores y maestros. No significa asumir sus tareas, sino observarlos a la vez que acompañarlos en sus actividades con el fin de apreciar tanto los aciertos como las principales dificultades en su relación con los niños. Posteriormente se otorga un espacio para comprender la dinámica de trabajo diario.

motores responsables de dirigir proyectos de salud mental o de trabajar directamente con la población²⁰. Este espacio estuvo orientado, en primer término, a la escucha y la contención emocional, para luego transitar hacia la posibilidad de pensar en conjunto y reflexionar sobre el trabajo que se estaba realizando, identificando principales dificultades y fortalezas, y buscando compartir experiencias que delimiten soluciones consensuadas a los problemas y potencialicen los propios recursos. El espacio se vio enriquecido con la observación participante que realizaban los brigadistas al trabajo de promoción de estos actores con la población.

Líderes

La organización local estuvo representada por diversos líderes elegidos, delegados o autonombrados. En diversos momentos de la intervención, los esfuerzos de las Brigadas Psicológicas se dirigieron a la identificación y visualización de líderes locales como representantes de ollas comunes, promotores comunales, jefes de albergues y delegados, con el objetivo de potenciar sus recursos de gestión, el organizarse con su comunidad y procurar mayor participación de sus grupos de referencia para contribuir a legitimar sus roles.

Historia de un líder

El señor Marco Abel es pisqueño, ingeniero agrónomo y, a raíz del terremoto, asumió el papel

de organizar y dirigir a los damnificados reubicados temporalmente en un albergue dentro de la misma ciudad. Como cuenta Marco Abel, su vida ha cambiado significativamente. Los cambios comprenden pérdidas, amargura y también cólera, pero paralelamente conllevan reconocimiento, el descubrimiento de habilidades de liderazgo y el cariño de muchos hombres, mujeres y niños de su ciudad natal.

Marco Abel, luego del terremoto, esperó por muchas horas a las máquinas que removerían los escombros. Al igual que otras personas, tenía la expectativa de rescatar aún a sus seres queridos de entre los escombros pero, como él mismo refiere, la tardanza de la respuesta impidió salvar a mucha gente. Él también perdió familiares. Producto de eso, decidió que colaboraría con la primera organización que llegara a Pisco a ayudar. Cumplió con esa promesa que se había hecho y trabajó con una organización de socorro humanitario ayudando a administrar y organizar a las numerosas familias de un albergue.

Marco Abel no deja de sorprenderse por los cambios en su vida. Aún recuerda cuando promovía medidas de prevención y seguridad ante una posible emergencia y difícilmente era escuchado. No dejaba de reflexionar sobre por qué a veces tienen que pasar cosas tan terribles para que recién las personas descubran la importancia de estar preparados. Recuerda aquellos tiempos y los compara con su actual papel de organizador y líder del albergue. Nunca se imaginó que altos funcionarios del gobierno le encargarían tan importantes tareas y pondrían directamente su confianza en él.

Marco Abel es consciente de lo difícil que es detenerse a mirarse a sí mismo. Sabe lo que ha perdido a raíz del terremoto y del terrible dolor que hay dentro de él. Manifiesta que el trabajo intenso ayudando a los damnificados le permite soportar ese dolor. Marco Abel reconoce que gracias al apoyo recibido pudo comprender que su ritmo acelerado de trabajo era también una forma de no pensar en todo lo perdido.

Marco Abel nos dice que ha hecho cosas que nunca hubiera imaginado, ha podido descubrir capacidades y construir muchas cosas sobre la adversidad. Han pasado varios meses después del terremoto y no deja de recibir a cada persona que se interesa por los damnificados con una amplia sonrisa y con la disposición a contar sus experiencias y con disposición para aprender cada día algo más de los otros. Como nos dice, la vida sigue y las experiencias nuevas traen siempre nuevos aprendizajes, oportunidades de cambio y de descubrimiento de uno mismo.

ACOMPañAMIENTO A LA POBLACIÓN EN GENERAL

Se implementaron diferentes espacios grupales con niños, adolescentes y adultos para favorecer la elaboración de lo vivido. Con los niños se trabajó a través de técnicas lúdicas como el juego, el movimiento corporal y los dibujos, las cuales sirvieron como medios para expresar y canalizar los sentimientos y emociones que los perturbaban, a la vez que posibilitaron el ordenamiento de sus vivencias en compañía de adultos. Con los adolescentes se propicia-

ron diferentes espacios en los que además de ofrecer la información que demandaban, se trabajaban actividades físicas y deportivas. Estas sesiones de juego y deporte permitieron reforzar sus capacidades de atención y concentración, canalizar sus energías y emociones a través del cuerpo, fomentar su creatividad, a la vez que posibilitar el encuentro entre pares. Con respecto a los adultos, los grupos constituyeron espacios de contención emocional orientados a fortalecer recursos personales, fomentar la autoorganización y la cohesión de redes sociales.

Adicionalmente, se pusieron a disposición de la población en general espacios de intervención individuales, los cuales, a diferencia de las propuestas más tradicionales, no contaban con el clásico espacio físico como un consultorio o una oficina, ni suponían entrevistas acordadas con anticipación. Las intervenciones consistieron en espacios de escucha y contención individuales que se organizaron a partir del encuentro –se basan en la adaptación del brigadista a las actividades cotidianas de las personas– y respondieron a la demanda inmediata planteada por la población. De esta forma, el brigadista se mantenía a disposición de la población y acompañaba a la persona que lo requiriese en sus quehaceres y actividades cotidianas, mientras ofrecía un espacio móvil pero empático, dignificante y respetuoso para que pueda compartir sus principales preocupaciones.

Más tarde, estos espacios fueron ofrecidos a personas que asumieron funciones de cuidadores. En ellos, se invitó a la persona a revisar su trabajo, con el fin de reflexionar sobre sus principales acciones y el significado para sí de

lo que estaba realizando. Siguiendo también el principio de escucha y contención, se trabajaron las diferentes emociones surgidas, con el fin de ayudar a darles un sentido y favorecer la conexión con los logros y aciertos de las tareas realizadas.

Historia de un adolescente

Arturo es chinchano, tiene 16 años, vive en los alrededores de la plaza de Chincha, se le ve amable, con mucha apertura y gran disposición a compartir sus experiencias. El terremoto lo sorprendió en su casa, con su madre y otros familiares. Su primera reacción después del terremoto, luego de compartir las primeras emociones con sus familiares más cercanos, fue salir por la ciudad a buscar a sus demás familiares, quería asegurarse que estaban bien.

Arturo, con mucha claridad, nos cuenta que no solo vivió el terremoto del 15 de agosto, sino también el otro terremoto que la ayuda generó en su comunidad. Su madre es líder vecinal y, a raíz del desastre, se ofreció como voluntaria en su parroquia para ayudar en la organización y la repartición de las donaciones que llegaban al lugar. Arturo acompañó a su madre y ayudó también en la repartición de donaciones. Nos cuenta que se sintió cerca de grandes contradicciones y de sucesos muy confusos; con mucha mortificación veía que las personas hacían doble cola, además de escuchar gritos, insultos y ofensas hacia los que repartían las donaciones: "ladrones, se quieren quedar con las cosas".

Nos dice que vivía con sorpresa lo que pasaba y no podía entenderlo. Su trabajo después de la repartición era caminar por la plaza recogiendo alimentos que la gente había despreciado: "Una vez dieron alcachofas y muchos las tiraron a la calle, una vez incluso tuve que recoger algunas botellas de agua que estaban tiradas, porque ese día repartieron un montón de agua por gusto, las regresé a la parroquia".

Arturo trata de dar un sentido a lo sucedido. Su buen ánimo y su disposición a la ayuda se mantienen a pesar de lo que ha ocurrido. Es consciente de lo mucho que perdieron en su comunidad, y de cómo hay gente que no quiere irse de sus casas afectadas: "a la gente le cuesta abandonar sus cosas" reflexiona. Arturo habla también de sus planes para el futuro, estudiar, tal vez salir de su comunidad en busca de nuevas oportunidades. Mientras tanto, nos dice que aporta con lo que puede, tratando de dar lo mejor de sí, buscando entender el dolor y la pena de su comunidad, sin dejar de pensar en él mismo más adelante.

Lo que faltó por hacer... los retos

A pesar de los grandes aprendizajes y la sensación de que aún falta mucho por hacer, toda iniciativa desarrollada en este contexto supone un cierre. En este caso, muchas veces las sensaciones desde cada uno de los brigadistas al culminar su participación estaban ligadas a sentimientos encontrados.

Por un lado, vivían la satisfacción de haber hecho un pequeño aporte a lo que sería la reconstrucción de una comunidad pero, por otro lado, la frustración por ver que aún se quedaban en las zonas múltiples necesidades por ser atendidas.

Por nuestra parte, el cierre nos lleva también a cuestionar nuestro trabajo y las lógicas de estas propuestas, ¿cuándo se acaba una intervención?, ¿hasta dónde queremos llegar como equipo? Si bien se identifican avances en las personas o en los grupos como, por ejemplo, el haber iniciado el camino para elaborar y procesar la experiencia del terremoto, o el crear un vínculo y relación con los participantes y actores locales, aún se percibe, en algunos casos, cierta sensación de abandono y, en otros, inseguridad con respecto a la labor que desempeñan pues sienten como precario su dominio sobre las estrategias para poder trabajar salud mental.

"Pero dígame y cómo hacemos para que nos escuchen cuando les aconsejamos, a veces ya se nos agotan las palabras"
(Promotora de salud, Microrred Tantar, diciembre 2007).

"Hasta ahora nosotros trabajamos, ¿no? Pero la parte psicológica, que es importantísima para esto de la educación... muy poco manejamos. Entonces, tenemos dudas de cómo podemos salir adelante, de cómo podemos ayudar a los niños a este trabajo, ¿no?..."
(Director de institución educativa, Tambo de Mora, marzo 2008).

Sin embargo, nos preguntamos cuánto de esta vivencia también está teñida por la precariedad y la pobreza en

la que las personas ya vivían, y que influyen ahora en la sensación de aislamiento y abandono. Es decir, el trabajar en zonas que se encuentran alejadas y con un índice de pobreza alto implica mayores vulnerabilidades, lo que nos plantea compromisos mayores.

"A nosotros nos cuesta mucho contar lo que nos ha pasado, hablar con gente que viene de afuera, porque gente que ha venido de afuera nos ha hecho mucho daño. Nosotros hemos sufrido mucho, en la época del terrorismo nadie vino a vernos, a saber como estábamos, a conversar con nosotros... todavía faltan muchas cosas por hablar..."

(Agente de salud, Microrred Tantar, diciembre 2007).

A esto se suma que, en situaciones de emergencia, la demanda de atención de la comunidad es más intensa, lo cual agota aún más a las personas encargadas del cuidado de la comunidad. En consecuencia, las demandas y necesidades desde los cuidadores locales es también mayor. Además, hemos podido constatar conforme transcurren los meses que lo que afecta a las personas no solo tiene que ver con los recuerdos del terremoto, sino con la indignación de lo que aún es parte de su condición de vida actual, dado que a meses del desastre aún siguen viviendo en situaciones precarias.

"Han pasado 7 meses y todo sigue igual, no ha cambiado nada, siguen los escombros, las casas caídas, la gente sin trabajo y viviendo en carpas, sin agua... mi papá me dice que si en 2 semanas no conseguimos terreno, nos vamos de Tambo de Mora"
(Líderesa, Chincha, febrero 2008).

“Es incómodo estar en esas carpas de plástico, ahorita hace una calor que quema, y esas carpas con madera y techo de calamina... terrible!”

(Promotora de Aspem, Tambo de Mora, marzo 2008).

De esta forma, el impacto psicosocial del terremoto va quedando en el registro imaginario como situaciones de indiferencia, negligencia y discriminación a las que se sienten sometidos.

Efectivamente ha sido un terremoto que ha traído abajo las ciudades, casas y ha remecido a las comunidades y familias. Los cimientos internos de cada persona y de cada comunidad experimentan niveles de desorganización, trayendo un sinnúmero de recuerdos, pérdidas, contenidos innombrables que no han sido necesariamente procesados y que siguen emergiendo.

Por ello, consideramos que nuestra labor es esencial en la medida que seamos concientes de que se necesita trabajar desde diversos ángulos, pues las necesidades son muchas y las vulnerabilidades diversas. Pero vale resaltar que en esta labor es indispensable tener presentes nuestros límites como profesionales y la importancia de los espacios de cuidado que redundan en la calidad de nuestro trabajo.

Del mismo modo, confirmamos desde esta experiencia que existen valiosos recursos en las propias comunidades que necesitan espacios de organización para su propia movilización. La población, si bien presenta mucho dolor por lo perdido, aún en este contexto posee esperanzas y deseos de sobresalir trabajando desde sus posibilidades y saberes para volver a construir con una base más sólida los cimientos de su futuro.



Nuestros aprendizajes

“ Verlos a ustedes, con energía, sonrisas y con ganas de apoyarnos nos reconforta y nos da fuerzas para continuar...” ”



Nuestros aprendizajes

Si bien son muchas las lecciones aprendidas durante esta experiencia, vamos a tratar de sintetizarlas y ordenarlas de acuerdo a los temas que hemos venido trabajando en el presente documento. Comenzaremos por referirnos a la propuesta de intervención, luego a los brigadistas y la organización, y finalmente al trabajo de campo y los resultados obtenidos.

Sobre la propuesta de intervención

1. Es importante contar con el tiempo suficiente para pensar y repensar los marcos conceptuales de referencia para aplicarlos a la población con la que trabajamos. Se requiere de una mirada intercultural y de diálogo entre las diferentes propuestas y la realidad, siempre en el marco de los derechos humanos y criterios de equidad.
2. Las propuestas de trabajo deben ser lo suficientemente flexibles y adecuadas a las demandas de la población. El equipo debe estar preparado para utilizar diferentes herramientas, crear y recrear estrategias de intervención que se adapten a la realidad y a las necesidades particulares de cada población.
3. Luego de una situación de desastre se configura un escenario particular para la población, que supone sobretodo la adaptación a nuevos espacios comunitarios y a nuevas

convivencias. Las acciones que se lleven a cabo deben estar orientadas a favorecer el protagonismo de la población para la resolución de sus propios problemas. Esto implica actuar a diferentes niveles y combinar acciones desde lo social hasta lo clínico, desde lo comunitario hasta lo individual.

Sobre los brigadistas y la organización

1. Una intervención de este tipo requiere de un plan estructurado. Es necesario que el equipo cuente con la formación académica suficiente para afrontar los retos que supone el trabajo, además del entusiasmo y los deseos de trabajar.
2. Es fundamental que exista una adecuada selección de los brigadistas. Además de técnica y deseo de colaborar, se requiere disposición para trabajar en equipo y capacidad para afrontar situaciones de gran tensión. Los grupos tienen que trabajar para su cohesión y para ello es fundamental el diálogo e intercambio constante entre sus miembros. La labor de supervisión, en este contexto, resulta indispensable para potencializar los recursos del grupo y canalizar las emociones derivadas de esta experiencia.
3. Es muy importante que el trabajo de campo se lleve a cabo desde una plataforma institucional que proporcione a los brigadistas condiciones mínimas de seguridad y permita asimismo que la población les identifique. Esto permite ade-

más evitar riesgos innecesarios para el equipo y transmite el sentido de cuidado.

4. Las acciones de campo deben estar coordinadas por un equipo central que facilite el proceso y distribuya responsabilidades. Esto permite una visión de conjunto y un seguimiento de la labor realizada.

Sobre el trabajo con la población

1. La intervención en campo supone considerar un tiempo inicial para establecer una relación de confianza con la población y desde allí favorecer las condiciones emocionales y comunitarias para la reconstrucción. El establecimiento de un vínculo positivo se fortalece y optimiza a lo largo de todo el proceso de intervención.
2. El trabajo de campo intenta favorecer espacios para la organización y la movilización de recursos de la población, de tal manera que lo que pueda desarrollarse en adelante se fundamente en cimientos más sólidos, asentados en las propias personas y su comunidad. Con esto se afianzan los procesos de participación y fortalecimiento institucional y se favorece el surgimiento o consolidación de nuevos liderazgos.
3. La labor de los proveedores de cuidado (personal de salud, educación, autoridades) es fundamental en una situación de desastre. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que ellos y sus familias también han sido afectados por el desastre y, por lo tanto, demandan y requieren atención. El

trabajo con estos proveedores de cuidado en cada comunidad permite potencializar el efecto de la intervención.

4. El trabajo de campo debe incorporar también una perspectiva de género. El impacto y respuesta frente al desastre es diferente para hombres y mujeres. Hemos observado que las mujeres tienden a centrarse más en labores de cuidado al interior de los albergues, mientras que los hombres tienden a buscar soluciones fuera de estos. El abordaje, por lo tanto, debe identificar y considerar las diferencias.

5. El trabajo con la población transferida a Lima implica también variables particulares que es necesario considerar en el abordaje de intervención, como las referidas a su salud, su adaptación a otras realidades y la necesidad de información sobre lo que sucede con sus familiares y sus bienes en sus lugares de origen.

6. Es necesario considerar que el trabajo en las zonas afectadas constituye un escenario muy cambiante y confuso donde predomina la desorganización, alimentada por la “competencia de protagonismos” de todas las instituciones que se hacen presentes. En ese sentido, la articulación y las coordinaciones interinstitucionales son clave con vistas a no duplicar esfuerzos ni generar contradicciones.

Finalmente, luego de una experiencia tan enriquecedora, resulta fundamental la sistematización de lo trabajado, tanto de manera cuantitativa como cualitativa, de modo que se pueda contar con información ordenada y completa del trabajo realizado y así poder evaluar y mejorar las propuestas, como también contribuir a generar conocimiento desde la práctica.

Referencias



Referencias

- AMARES. (2007).** 2do. Encuentro Macro-Regional de Salud Mental Comunitaria: Consolidando los avances... hacia un modelo de atención en salud mental comunitaria. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán, 8(1), 37-58.
- Beristain, C. M. (2004).** Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria (2da. ed.). Barcelona: Icaria.
- Carrizo, L. & Vallaey, F. (2006).** Hacia la construcción de indicadores de responsabilidad social universitaria [CD Multimedia]. Lima: Iniciativa Interamericana de Ética, Capital Social y Desarrollo – BID.
- 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: AMARES.
- Inter-Agency Standing Committee. (2007a).** ¿Cómo trabajar salud mental comunitaria en situaciones de emergencia?: Lineamientos del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias-Versión Perú. Lima: Médicos del Mundo-España.
- Inter-Agency Standing Committee. (2007b).** Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra: Autor.
- Knobel, M. (1987).** Psicoterapia breve. Buenos Aires: Paidós.
- Laplante, L. & Rivera, M. (2006).** The Peruvian Truth Commission's mental health reparations: Empowering survivors of political violence to impact public health policy. Health and Human Rights, 9(2), 136-163.
- Mantilla, C. (2007).** Intervención en crisis. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ministerio de Salud & AMARES. (2007).** Guía de capacitación para la intervención en salud mental comunitaria. Lima: MINSA.
- Organización Mundial de la Salud. (1997).** La salud mental de los refugiados. Ginebra: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002).** Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, DC: Autor.
- Pérez-Sales, P. (2004).** Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario. Átopos, 1, 5-16.
- Pezo, C. (2003).** Unidad de Proyección Social de Psicología. Concepción, niveles y procedimientos. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Rodríguez, J., Zaccarelli, M. & Pérez, R. (2006).** Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington, DC: OPS.
- Sánchez Vidal, A. (2007).** Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado. Madrid: Pirámide.
- San Juan, C. (Ed.). (2001).** Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento. Barcelona: Icaria.
- Santos, E. & Amao, B. (2007).** Manual de detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales secuelas de la violencia. Huancavelica: MINSA.
- Traverso, P. (2001).** Intervenciones en crisis. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Velázquez, T. (2007).** Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica. Lima: CIES, CARE & PCS.

Impreso en Estudio Digital Editores S.A.C.
Jr. Chavín N° 051, Breña, Perú
Junio 2008

