

# **Salud mental en violencia política y catástrofes. Conceptos y herramientas base**

Pau Pérez-Sales

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### 1. Conceptos clave

Programas de salud mental  
Programas psicosociales  
Programas de intervención en crisis  
El estrés postraumático

### 2. Consideraciones sobre impacto psicosocial de las crisis humanitarias

Efectos psicosociales de las crisis humanitarias  
Mitos y realidades psicosociales en emergencias  
Reacciones no patológicas en crisis humanitarias  
Trastornos psíquicos más frecuentes en crisis humanitarias  
Vulnerabilidades psicosociales  
Formas de afrontamiento

### 3. Consideraciones generales para la actuación psicosocial

Tipos de programas psicosociales en crisis humanitarias  
Premisas en la actuación psicosocial  
Principios para la actuación psicosocial  
Aspectos de la actuación en crisis humanitarias con implicaciones psicosociales

## II. HERRAMIENTAS PARA EL TRABAJO PSICOSOCIAL: PAUTAS Y TÉCNICAS

### 1. Orientaciones metodológicas

- 1.1. Cómo intervenir en la crisis inmediata: los primeros tres días
- 1.2. Cómo enfrentar síntomas postraumáticos: estrés, miedo y duelo
- 1.3. Cómo mitigar el daño social: el apoyo mutuo, los procesos comunitarios y la memoria
- 1.4. Cómo enfocar el impacto psicosocial en el personal humanitario

### 2. Herramientas de actuación: espacios de palabra

- 2.1. Entrevista de apoyo emocional en crisis
- 2.2. La escucha activa
- 2.3. Entrevista de testimonio: narración de hechos
- 2.4. El trabajo en grupo
- 2.5. Desactivación (*debriefing*)

### 3. Herramientas de análisis: exploración, seguimiento y evaluación

- 3.1. Los grupos focales
  - 3.2. El análisis DAFO
  - 3.3. El mapa de redes
  - 3.4. El análisis de vulnerabilidades-capacidades y la tabla de decisión-acción
  - 3.5. Posibles indicadores en programas psicosociales
- 
4. Escalas e instrumentos de medida y diagnóstico
    - 4.1. Medidas de malestar emocional
    - 4.2. Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático
    - 4.3. Prevención de Trastorno de Estrés Postraumático
    - 4.4. Escala de cohesión comunitaria
    - 4.5. Validación transcultural de instrumentos

### III. Para ampliar información

## 1. Conceptos clave

Cuando hablamos de trabajo psicosocial, programas de salud mental, intervención postraumática y demás, hacemos referencia a conceptos cercanos, pero no sinónimos. Cada una de estas palabras clave implica diferentes modelos de actuación, que en ningún caso son excluyentes, sino que se trata de perspectivas complementarias y, en realidad, inseparables. Las decisiones a tomar con relación a los distintos modelos tienen que ver con el modo de articularlos y el peso específico dado a uno u otro en una determinada situación, más que con un posicionamiento previo.

### 1.1. Programas de salud mental

Por salud mental, en sentido restringido, se entiende trabajar en las **consecuencias emocionales de las situaciones de violencia política o desastres** y en el impacto que éstas pueden tener en el funcionamiento psicológico de las personas. En otras palabras, la salud mental implica las diferentes facetas del proceso salud-enfermedad y aborda tanto las manifestaciones emocionales que pueden considerarse normales (aflicción, ansiedad) como las conductas problemáticas o desadaptadas (violencia, adicción a drogas) que se desarrollan en situaciones de emergencia. Así mismo, también nos referimos, a las acciones que se ejecutan con relación a prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de dichos problemas. Cuando queremos, en esta perspectiva, tener en cuenta el papel de la comunidad hablamos de salud mental comunitaria.<sup>1</sup>

### 1.2. Programas psicosociales

#### ***Psicosocial como concepto transversal***

El término psicosocial abarca muchos elementos:

- Entronca con la tradición de salud pública que emana de la Declaración de Alma Ata y las directrices de la Organización Mundial de la Salud que entienden ésta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de equilibrio y bienestar con componentes físicos, psicológicos y sociales. Combate, por tanto, la posibilidad del reduccionismo biomédico.
- Pone el énfasis no sólo en los aspectos curativos, sino en los preventivos, considerando problemas médicos todos aquellos que sean agentes patógenos o factores de riesgo constatables en el ser humano. En este sentido la marginación o la violencia son, por ejemplo, problemas de salud, como así lo afirma la Organización Mundial de la Salud y las principales sociedades médicas desde la década de los ochenta.
- Ve al ser humano desde una perspectiva integral y sistémica, es decir, inmerso en un medio familiar, comunitario, social, cultural y político del que es indisoluble, y que deben ser factores integrados de modo natural en el quehacer sanitario.

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*.

Desde esta perspectiva, incluir componentes psicosociales en un programa de actuación de una organización significa tener una mirada nueva y amplia sobre los problemas que son su objetivo y mandato. Una mirada que sea transversal e integrada en todos y cada uno de los programas de la institución.

Esta integración será más clara en algunos casos (p.e. programas de intervención sobre la pandemia del VIH/SIDA) y menos en otros (p.e. programa de potabilización de aguas en un barrio de reasentamiento) pero, como se verá más adelante, en todos es posible y necesario tener esa mirada amplia que denominamos “enfoque psicosocial”.

Hablar de psicosocial, por tanto, es hablar de la interrelación entre componentes individuales y sociales. Y esto se asocia a considerar como criterios básicos en el trabajo de las organizaciones no sólo los elementos técnicos, sino el desde dónde se trabaja. Entender los procesos como caminos de *acompañamiento* que prioricen aspectos como la dignidad de aquellos con quienes trabajamos, la capacidad para las acciones tengan un rol de transformación de la realidad atacando no sólo las necesidades inmediatas, sino las vulnerabilidades sociales, de creer en las propias capacidades y potencial, de no ser receptores pasivos de programas o de ayuda, sino los protagonistas de la propia historia.

Y estos elementos –que son salud mental, pero mucho más que sólo salud mental– impregnan cada uno de los quehaceres de los diferentes miembros de un equipo: desde el administrador al documentalista, del psicólogo al responsable de recolección de testimonios o de campaña de sensibilización política. En cada tarea que se realiza es posible valorar cual es la manera de hacerlo que contribuya en mayor medida a estos objetivos transversales, y eso es tener una mirada psicosocial.

Tener esta mirada crítica y este proceso de reflexión constante sobre la propia tarea, la del equipo y la de la organización.

## Programas psicosociales

Por extensión de lo anterior, y a efectos organizativos, se habla de *programas psicosociales* como de aquellos en los que estos componentes resultan especialmente críticos.

Los programas de apoyo emocional que se desarrollan inmediatamente después de situaciones de catástrofe, ya sea “natural” o provocada por las personas, incluyen:

- Los **primeros auxilios emocionales** llevados a cabo por personal especializado o no especializado de manera inmediata
- Sentar las bases que permitan posteriormente, a medio término, **reconstruir el tejido social** dañado por la catástrofe.

En cualquier caso, la intervención crítica busca reforzar y potenciar los mecanismos de afrontamiento psicológico propios de los supervivientes para evitar complicaciones adicionales.

Desde el punto de vista práctico un programa de intervención en crisis puede incluir:

- Elaboración del mapa de riesgos. Educación y preparación pre incidente.
- Preparación antes de la crisis: elaboración de planes de contingencia comunitarios (reservas, puntos de concentración, medios de transporte, organización para el desplazamiento... ), distribución de funciones, sistemas de alerta temprana.

- Estructuración de acciones de urgencia en el inmediato post-crisis.
- Intervención individual, familiar y para pequeños grupos de las personas directamente afectadas en la crisis.
- Mecanismos de seguimiento y referencia a personal especializado, preferentemente local, de las personas más afectadas que lo requieran.
- Apoyo para voluntarios y personal de ayuda que actuó en la emergencia que pueda sufrir un impacto.
- Acciones psicosociales o comunitarias con fuertes componentes sobre el estado emocional de los supervivientes<sup>2</sup>.

### 1.3. El estrés postraumático

---

Uno de los conceptos que se utiliza habitualmente para valorar el impacto de las experiencias traumáticas es el de Trastorno de Estrés Postraumático (T.E.P.T.). Básicamente lo que dice es que la mayoría de las personas, después de un hecho traumático particularmente grave, van a reaccionar con tres grandes grupos de síntomas<sup>3</sup> que tienen que ver con:

- La **reexperimentación del trauma**, como pensamientos repetitivos o pesadillas.
- La **anestesia afectiva** como forma de evitar los estímulos que llevan a recordar o la dificultad para expresar emociones.
- El **estado de alerta** expresado como hiperactividad, problemas de concentración, de rendimiento laboral o escolar, o irritabilidad.

El concepto de TEPT constituye una ayuda importante en contextos de impacto traumático porque permite tener criterios internacionales de consenso y con ello obtener datos epidemiológicos y de planificación, y visibilizar un daño que, anteriormente, con frecuencia quedaba oculto. Esto no significa que no tenga también algunos inconvenientes, entre los que cabe destacar:

- Su uso como concepto sobre el que pivotar un programa puede descontextualizar la experiencia de los supervivientes, reduciendo el problema a un conjunto de síntomas físicos sin atender a las causas que dotan de sentido a esos síntomas y al sistema de valores y creencias respecto a sí mismo, los demás y el mundo que el hecho traumático está poniendo en crisis<sup>4</sup>
- La afectación de personas tras situaciones traumáticas puede dar lugar a muchas otras situaciones clínicas que no tienen que ver con el TEPT, y que son olvidadas tras éste.
- El TEPT se plantea como una reacción universal y la experiencia muestra, en cambio, cómo las formas de respuesta a experiencias traumáticas están fuertemente influidas por el contexto y por la cultura.

---

<sup>2</sup> Organización Panamericana de Salud. *Op Cit*. Pg 51.

<sup>3</sup> En la ficha 1.2 puede consultar un sistema de *screening* rápido de Trastorno de Estrés Postraumático.

<sup>4</sup> Pérez-Sales P (2004). *Psicoterapia de situaciones traumáticas*. Madrid. You&Us.

## 2. Consideraciones sobre el impacto psicosocial de las situaciones de violencia política y catástrofe

### 2.1. Efectos psicosociales de las crisis humanitarias

Sobre el impacto de las experiencias traumáticas hay muchas explicaciones y modos de enfocarlo que tienen en común, fundamentalmente, considerar tres aspectos del impacto:

- Un sentimiento de **desamparo**, es decir, estar a merced de otros, haber perdido el control sobre la propia vida o la propia experiencia vívida.
- Una **ruptura** de la propia existencia, que implica que hay un antes y un después del hecho traumático.
- Una **tensión** negativa extrema.

En la actuación psicosocial, junto al daño psicológico individual, cabe hacer visible y tener en cuenta el daño social. Este incluye fenómenos como la desmoralización, la destrucción de los modos de vida tradicionales o el desarraigo de las comunidades. En este sentido, hay que recordar que dichas manifestaciones, en los contextos de guerra y violencia, responden no a efectos imprevistos, sino a una dirección y a unos objetivos intencionados. En colectivos y poblaciones sometidas a situaciones muy traumáticas se ha observado:

- **Impacto directo de los hechos traumáticos:** síntomas de malestar emocional, ansiedad, percepción de amenaza y miedo a lo imprevisto, especialmente en contextos de violencia crónica. Puede llevar también a formas de resistencia y solidaridad.
- **Dificultades en el duelo:** en elaborar lo ocurrido, asumir la magnitud de lo perdido. Los duelos suelen ser duelos múltiples (personas, proyectos de vida, lugares, identidad...) e implican recolocar completamente aquellas cosas que son los referentes básicos para estar en el mundo.
- **Desestructuración familiar y organizativa:** cambios en las relaciones familiares y sociales debido a las pérdidas, ruptura del tejido social (sobre todo de las redes de apoyo mutuo y formas de organización informal). A ello puede unirse la pérdida de referentes legales y la sensación de indefensión ante la impunidad.
- **Empeoramiento de las condiciones de vida** debido al desplazamiento forzoso, a las pérdidas económicas o a la desintegración social.
- **Aislamiento social y cambios culturales.** En contextos de crisis suelen aparecer formas de solidaridad, pero también división comunitaria, señalamientos, estigma, distancia social, así como destrucción de formas de vida tradicionales, cambios en la visión del mundo y de las personas.

*“La casa aparece en todos los testimonios. La gente habla de lo que perdió, sus gallinas, sus cochinos. Los refugiados hablan de su gente que quedó allá, de sus muertos que nadie borrará de su memoria. Y la gente habla de las casas que perdieron como cuando se pierde la vida. Quemar la casa es el símbolo de hasta dónde llega la represión, porque no sólo alcanza a uno, sino a lo que es común”. (C. Martín Beristain. Viaje a la memoria. Barcelona: Virus. Pág. 53)*

## **2.2. Mitos y realidades psicosociales**

---

Se suele identificar la atención en salud mental tras una emergencia con la idea del caos y el pánico, pero esto no es lo habitual. Lo más frecuente es un estado de *shock* y aturdimiento que dura las primeras 48-72 horas y que, desde los primeros momentos, haya grupos de población que respondan de manera activa y que progresivamente van arrastrando al resto al desarrollo de formas de afrontamiento activo.

Las organizaciones externas deben saber respetar y potenciar esta energía que ponen en marcha los propios afectados y evitar fomentar actitudes de indefensión o vulnerabilidad excluyéndolos de cualquier acción. Sentirse útil y activo en una crisis es una de las mejores maneras de prevenir consecuencias psicológicas futuras.

El siguiente cuadro de la Organización Panamericana de la Salud recoge varios mitos alrededor de las emergencias y los contrapone con datos y realidades confirmadas:



MITOS	REALIDADES
1. Los problemas psicosociales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su <b>impacto es reducido</b> .	En situaciones de desastres naturales y emergencias se genera una importante problemática psicosocial, en especial entre la población que fue más damnificada o afectada. Esto incluye el incremento de la morbilidad psiquiátrica.
2. En situaciones de emergencias son frecuentes los estados de <b>pánico colectivo</b> y <b>aumenta la psicosis</b> (locura).	El pánico colectivo es poco frecuente, aparece sólo en determinadas circunstancias. Esta creencia lleva a no avisar con antelación de los riesgos a la población porque supuestamente se puede provocar pánico. Ningún estudio ha confirmado que se incrementen los cuadros psicóticos, sólo la descompensación de trastornos preexistentes.
3. La población afectada tiene una reacción irracional y se encuentra en estado de <i>shock</i> , indefensa y conmocionada, de manera que no puede asumir responsabilidades y <b>requiere ayuda externa</b> .	La mayoría de la gente no está pasiva, sino que pone en marcha multitud de recursos para hacer frente a la situación, que hay que saber identificar y potenciar. Además, la autoresponsabilidad y la participación social son básicos para la recuperación psicosocial y hay muchas personas dispuestas a ello. Las conductas más frecuentes son de solidaridad. La mayor parte de la ayuda que se proporciona en las catástrofes, proviene de los vecinos y de la gente cercana
4. Los trastornos psíquicos son <b>imprevisibles</b> .	Existen diversas medidas que pueden reducir el riesgo de padecer trastornos psíquicos y fortalecer los mecanismos de afrontamiento individual y social.
5. La atención en salud mental debe ser reservada a servicios especializados	La principal estrategia es fortalecer y capacitar la red de atención primaria de salud, agentes comunitarios y voluntarios, ya que, por lo general, hay recursos cualificados que tienen la ventaja del conocimiento local. Debe evaluarse con cuidado las necesidades reales de personal especializado del exterior.
6. Los enfermos mentales deben ser aislados u <b>hospitalizados</b>	Los trastornos psíquicos abarcan una amplia gama de problemas (desde emocionales leves hasta severas demencias) y la mayoría pueden ser atendidos en los centros de atención primaria de salud. La reincorporación a la vida cotidiana se recomienda como la principal medida de rehabilitación.
7. El trastorno por <b>estrés postraumático</b> es la afección psíquica más frecuente en los desastres y otras emergencias.	El estrés postraumático es uno de los cuadros que puede observarse en el periodo postcrítico. Pero una gran proporción de los cuadros que encontramos son depresivos, ansiosos o de otra índole.
8. La atención en salud mental durante las emergencias requiere de suministros adicionales de <b>psicofármacos</b> .	La estrategia de abordaje de la salud mental en los desastres no está centrada en la terapia individual con uso de psicofármacos, aunque esto no excluye que algunos casos requieran de medicamentos.
9. Las cosas vuelven a la <b>normalidad</b> tras varias semanas.	Los efectos del desastre pueden continuar durante mucho tiempo después, lo que requiere de programas de actuación que promuevan un afrontamiento efectivo de la catástrofe.

Adaptación de los “Mitos y Realidades” identificados por la OPS. *Op cit.*

### **2.3. Reacciones no patológicas ante crisis humanitarias**

---

Se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta a una catástrofe sufre alguna manifestación psicológica. Ahora bien, no todos los problemas psicosociales que se presentan se pueden calificar como enfermedades, puesto que la mayoría deben entenderse como reacciones normales ante situaciones anormales de gran impacto, tanto si son emocionales como físicas.

Ante todas estas posibles manifestaciones hay que saber comprender las reacciones emocionales y normalizar las físicas como expresión del sufrimiento, ayudando a disminuir los síntomas, pero sin medicalizar el sufrimiento. Cuando las personas se encuentran muy aturcidas por el choque emocional, abordar los síntomas físicos puede ser útil como una forma de hacer algo, de establecer una buena relación y mejorar el bienestar.<sup>5</sup> Es normal y lógico que exista miedo, fatiga, problemas de concentración o memoria, inseguridad, recuerdos de las cosas perdidas y a veces llanto, frustración, rabia...

Es importante, en este contexto, evitar la consideración de las personas como víctimas (enfoques de vulnerabilidad) y potenciar la de supervivientes (enfoque de fortaleza o resistencia). Se requiere de un tiempo para asimilar el impacto psicosocial de las catástrofes. Conviene no perder de vista que si el daño es social, la búsqueda de soluciones también debe serlo.

### **2.4. Trastornos psíquicos más frecuentes**

---

Como se decía más arriba, muchas de las cosas que suceden en una situación catastrófica son reacciones normales frente a experiencias anormales. Los síntomas son una manifestación de una experiencia particularmente traumática o difícil e indican sufrimiento, pero también puede ser un indicador de que se está pasando hacia una condición patológica. En muchos lugares se psicologiza o psiquiatriza a los sobrevivientes porque tienen determinados síntomas, a pesar de que éstos son comprensibles en la experiencia que está viviendo la población. Ahora bien, fijarse menos en las reacciones y más en las experiencias, no debe minimizar la importancia de determinada situación que puede convertirse en patología.

Para considerar cuando las manifestaciones normales de tensión o malestar emocional se están convirtiendo en sintomáticas de un trastorno psíquico podemos observar su prolongación en el tiempo, la intensidad del sufrimiento, las complicaciones asociadas y si afecta al funcionamiento social y cotidiano de la persona. Si estos criterios se cumplen y la persona presenta una gran variedad de síntomas psíquicos y físicos relacionados con la angustia, tensión, frustración y tristeza, (posiblemente en forma de ataque o de crisis aguda), puede que se trate de alguna de las patologías psíquicas más observadas en situaciones de emergencia por causa natural o de violencia política<sup>6</sup>:

- **Depresión**
- **Ansiedad**
- **Trastornos por estrés agudo y por estrés postraumático**

---

<sup>5</sup> Ver orientaciones metodológicas sobre intervención en crisis y afrontamiento de síntomas postraumáticos.

<sup>6</sup> Ver Organización Panamericana de la Salud (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*

### 3.1. Vulnerabilidades y fortalezas psicosociales

---

Una gran parte del impacto en las personas depende de la experiencia previa y de las condiciones de vida de las comunidades afectadas. Eso tiene que ver tanto con la falta de formas de prevención como con las condiciones de pobreza que hacen que haya un círculo vicioso de desastres-vulnerabilidad del cual es muy difícil salirse. Por otro lado, los efectos y las formas de afrontar los hechos pueden ser distintos según el grupo de edad, género, condición social y también según las características de los hechos vividos<sup>7</sup>

*Para planificar y gestionar eficazmente una respuesta de emergencia, deben analizarse y comprenderse perfectamente los roles sociales y económicos de las mujeres, hombres y niños refugiados, sabiendo cómo afectarán y se verán afectados por las actividades planificadas. (ACNUR. Manual para situaciones de emergencia. Pág.7)*

#### Mujeres

Muchas veces las mujeres sufren maltrato, coerción sexual o el impacto de las agresiones de los hombres en contextos de catástrofes y violencia política. Las mujeres se encuentran muy sobrecargadas afectivamente por las pérdidas familiares y por el trabajo de reconstrucción familiar e incluso social que recae en sus espaldas.

A pesar de ello, rechazamos la visión simplista de que las mujeres son víctimas pasivas y vulnerables mientras los hombres son los agresores o defensores, ya que niega el papel de las mujeres como actor social con capacidades para incidir en los hechos y en su entorno.<sup>8</sup>

Así, aunque estas situaciones agravan el sufrimiento de las mujeres, a la vez éstas tienen muchos recursos para enfrentar la situación centrándose en tareas cotidianas. En los desplazamientos forzados, por ejemplo, las mujeres son las que, mayoritariamente, se integran mejor en las situaciones de cambio y a veces tienen más oportunidades de trabajo informal que el hombre. En muchas situaciones son las mujeres las que mantienen los tejidos sociales y se organizan colectivamente para cubrir las necesidades básicas (ollas populares, etc.). Además, tienen una gran capacidad de identificación mutua que es menos frecuente en los hombres.

Por otro lado, cuando las mujeres van conquistando espacios sociales de reconstrucción es frecuente que esto conlleve un proceso de dignificación o de mejora de su autoestima. En varias ocasiones ha sucedido que muchas de estas transformaciones positivas del papel de las mujeres que tienen lugar en situaciones difíciles, no permanecen cuando las condiciones cambian de nuevo y se puede dar una gran frustración por el fracaso de las expectativas y la pérdida de espacio social.

#### Niños y niñas

Las niñas y niños son especialmente sensibles a la desorganización familiar y a los efectos de la guerra y represión política en sus padres, además de sufrir sus propias experiencias traumáticas. En los menores huérfanos a causa de la guerra puede aparecer apatía, regresión, retiro y miedo, mientras que los hijos e hijas de

---

<sup>7</sup> Martín Beristain, C. (2000) *Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas. De la prevención a la reconstrucción*. Caracas: AVEPSO y Universidad Central de Venezuela

<sup>8</sup> Eyber, Carola. *FMO Thematic guide: psychosocial issues*. En [www.forcedmigrations.org](http://www.forcedmigrations.org)

personas torturadas o desaparecidas muestran problemas afectivos, de apetito y sueño, retraso escolar o evasión de la realidad.

Muchas situaciones de violencia crónica son la “normalidad” para niñas y niños. Ello puede conllevar la adopción de estereotipos violentos, el recurso a la rabia y a la venganza como modo de intentar dotar de sentido a la realidad. Esto puede ser simultáneo con signos indirectos de afectación emocional (pesadillas, explosiones de ira, retraimiento o exhibicionismo ante pequeños problemas, rechazo de alimentos, retroceso psicomotor o no querer separarse de la madre).

El elemento clave de afrontamiento es la actitud de la familia y la escuela ante los hechos. Unos padres que no traslucen ansiedad y pueden explicar lo que está ocurriendo a sus hijos sin generarles impotencia o desesperación, o actividades escolares que permitan a los niños expresar sus emociones y encontrarles una lógica, serán las mejores maneras de prevenir síntomas negativos a corto plazo, aun cuando se enfrenten a situaciones de estrés repetido. A pesar de que frecuentemente se les trata de ocultar los problemas como una forma de protección, sus necesidades de seguridad e información deben ser tenidas en cuenta.

### **Adolescentes**

La población adolescente, en situaciones de refugio, muy a menudo se enfrenta a la construcción de su identidad en contextos transculturales. En escenarios de guerra, ésta construcción se ve mediatizada por patrones colectivos de identificación o rechazo a la violencia y el reclutamiento.

Según la gravedad del contexto, en la adolescencia pueden manifestarse algunos problemas como formas de externalizar los conflictos, por ejemplo pequeñas conductas delictivas, hurtos, desafío a la autoridad, agresión o abuso de alcohol.

A pesar de ello, los y las adolescentes también pueden tener actitudes de afirmación de su identidad con iniciativa, apertura al cambio o identificación grupal que pocas veces son considerados, ya que, a menudo sólo se ven como “los malos de la película” y difíciles de comprender. Es importante, como modo de prevenir actitudes negativas, contar con los jóvenes y adolescentes, implicarles en las tareas a realizar, hacerles sentir que es necesario su opinión y apoyo. Su participación en actividades lúdicas y comunitarias avala un rol positivo dentro del grupo, generando una motivación positiva. En este sentido, no hay que temer involucrar en el trabajo de atención psicosocial a adolescentes que también sufrieron la violencia.

### **Ancianas y ancianos**

La población mayor es un grupo vulnerable en el sentido de que físicamente son menos hábiles, se adaptan peor a situaciones que cambian rápidamente o son nuevas, y les puede ser más difícil vivir fuera de su hogar. Además, la pérdida de amigos o familiares puede afectarles más debido a su mayor dependencia respecto a la familia y a la comunidad para tener apoyo. Por otro lado, en algunas culturas los ancianos son fuente de experiencia y tienen memoria histórica de cómo han afrontado situaciones críticas a lo largo del tiempo, por lo que también pueden ser un factor de protección.

## 3.2. Formas de afrontamiento

---

El afrontamiento se refiere a cómo la gente maneja sus propias emociones y resuelve los problemas que provoca el hecho traumático. En otras palabras, qué es lo que hace para enfrentar esa situación extrema. Las formas de afrontamiento con éxito suelen tener que ver bien con estrategias de regulación de las emociones o los pensamientos, o con modos de enfrentar directamente los problemas o la situación extrema, en cualquiera de los tres terrenos:

- **Cognitivo:** hacer planes para solucionarla, buscar el significado, limitarla o negarla.
- **Emocional:** compartir sus experiencias, aprender a relajarse o suprimir los sentimientos.
- **Conductual:** quedarse quieto, buscar información o ayuda instrumental.

No hay tácticas de afrontamiento buenas o malas, sino útiles o no según si son adaptativas. Por eso es inadecuado recomendar estrategias de afrontamiento, porque estas dependerán de las características de la persona, de su percepción del problema, de la lógica del hecho en ese medio cultural y el tipo de respuesta considerada adaptativa en él. En las personas que tienen más resistencia para enfrentar situaciones traumáticas o difíciles, encontramos las siguientes características:

- La posibilidad de **dar sentido a la experiencia**, ya que cuando la gente busca y encuentra explicaciones a las cosas (ya sean políticas o religiosas), asume una actitud más constructiva.
- La posibilidad de manejar la **incertidumbre** y el azar como parte consustancial de la vida.
- La capacidad de aceptar aspectos buenos y malos en las personas que nos rodean, es decir, tolerar la **ambivalencia**.
- El grado de **compromiso con la situación**, cuando la persona siente una implicación personal en el problema que debe enfrentar, y lo percibe como un **reto**.
- Cuando los **cambios** son percibidos como lo natural en la vida y no como una excepción.
- Cuando la persona tiene el convencimiento (real o no) de que puede **controlar** su futuro y las cosas que le rodean.
- Cuando la persona tiende a **olvidar** lo negativo y a tener sesgos positivos en el recuerdo.
- Cuando se mantienen los **hábitos de autocuidado** y se realizan esfuerzos por mantener áreas de control personal sobre la vida que eviten la sensación de vulnerabilidad.
- Existen muchos otros aspectos relacionados con el afrontamiento positivo de situaciones extremas: sentido del humor, optimismo, capacidad para aprender de los errores, curiosidad, flexibilidad etc.

Cada vez son más los estudios que profundizan e intentan aprender de la capacidad de resistencia de las personas. En este sentido, la siguiente reflexión acerca de la experiencia de supervivencia en los campos de concentración nazis aporta ideas básicas:

*“He tardado años en darme cuenta de que Auschwitz ha sido el acontecimiento determinante de mi vida, que se operó en mí un cambio profundo. Mi visión del mundo era otra, como era otra la manera de mirarme los demás. (...)*

*¿Cuáles son las secuelas de mis años de internado, como me gusta llamarles? La incapacidad de expresar mi amor a pesar del calor que siento en mi interior, los gestos que no me salen, como abrazar a los que amo, las caricias de las que soy incapaz(...). A buen seguro, la indiferencia ante la muerte es un subproducto neto. La muerte de los demás me resulta banal, y la mía también. Creo poder decir que si me anunciaran mi fin para esta tarde a las seis no me emocionaría demasiado. Habrá que verlo llegada la ocasión.*

*La vertiente rosa de esta corona de espinas es que me he convertido en invulnerable: las pequeñas desgracias de la vida cotidiana me resbalan como la lluvia en el parabrisas. Acepto los problemas y las contrariedades sin perder el sueño. Dispongo de un sistema de referencias que me permite minimizarlos y clasificarlos en la categoría de incidentes menores. Al mismo tiempo, le saco partido a las cosas de la vida. No ha habido demasiados días durante estos cincuenta años en que no haya sentido, aunque fuera sólo durante un instante, una felicidad, incluso una alegría intensa". (Paul Steinberg. Crónica del mundo oscuro. Pág. 183-185).*

Más allá del afrontamiento individual, cuando el trauma psicosocial se afronta abriendo espacios sociales de reconstrucción para tratar de identificar aquello que se ha vivido colectivamente, se da una legitimación social del dolor que facilita el afrontamiento. Cuando se dan estas formas sociales de **mitigar el daño social** (ver herramienta 1.4), las catástrofes pueden ser vistas como oportunidades para enfrentar las vulnerabilidades y para afrontar procesos de reorganización que vayan más allá de la reparación, de intentar recuperar los niveles previos a la catástrofe, para buscar formas nuevas de relación que promuevan un mayor desarrollo.

#### **4.1. Consideraciones generales para la actuación psicosocial**

---

Es clave entender que lo psicosocial no es una dimensión aparte que se deba considerar en un programa como una actividad complementaria y hasta cierto punto de lujo, sino que es un **concepto transversal que atraviesa todas y cada una de las decisiones que se toman tanto en un contexto de crisis como a la hora de darle continuidad**. La respuesta a las necesidades básicas (como alimentación, abrigo, vivienda, escolarización, etc.) tiene efectos psicosociales en sí misma porque mejora la percepción de seguridad y protección, y la reconstrucción de las rutinas en la vida familiar y social, por ejemplo. Pero en todo aquello que se hace habrá elementos y estilos de hacerlo más adaptados a las necesidades y a las maneras propias para que faciliten el fortalecimiento de las personas y de las comunidades. Conseguir entender y potenciar estos elementos es la base de un enfoque psicosocial en el trabajo en contextos de catástrofes.

Para pensar en términos de enfoque psicosocial, a modo de ejercicio, ante cualquier acción que se vaya a emprender, por puntual y banal que parezca, corresponde hacerse dos preguntas:

- ¿Existe algún aspecto en cómo voy a hacer las cosas que pueda suponer una falta de dignidad para las personas en este contexto? ¿Cómo me sentiría si estuviera en el lugar de esta persona? ¿Hay alguna manera de evitarlo?
- ¿Estamos facilitando a la población afectada el máximo control posible sobre su entorno, sobre las cosas que les afectan y el modo en que estas van a realizarse? ¿Algún aspecto de mi actuación va a aumentar la sensación de vulnerabilidad y de indefensión de las personas?

*Tras un terremoto muchas personas tienen una gran ansiedad al no saber qué ha sido de sus familiares ¿se trata de un problema psicológico o de un problema de información?*

*En un proyecto de agua y saneamiento en campos de acogida de población refugiada, se estudia minuciosamente dónde colocar los puntos de agua o dónde deben estar las letrinas para que no molesten ni contaminen. Después se observa que los puntos de agua son el principal lugar de reunión de las personas y dónde pasan los niños la mayor parte del día, o que las letrinas no se usan porque quedan tan lejos que las personas tienen miedo de ir hasta allí, especialmente por la noche.*

## **4.2. Tipos de programas psicosociales**

---

1. **Farmacológicos.** Detección y tratamiento sintomático de personas afectadas.
2. **Psicoterapia (individual o grupal).** Existen diferentes documentos de consenso de asociaciones profesionales de psicología o psiquiatría sobre las técnicas a utilizar. Lo más recomendable suelen ser enfoques de *counselling* breve.
3. **Psicoeducación (individual o grupal).** El objetivo es hacer educación sanitaria a través de aconsejamiento individual o del uso de folletos educativos, explicando a las personas las posibles alteraciones emocionales que pueden experimentar y enfocándolas como reacciones normales ante situaciones anormales. Establecimiento de criterios para derivar aquellos casos de mayor gravedad.
4. **Trabajo con familias en riesgo.**
5. **Programas de formación de formadores.** El objetivo es capacitar a personal voluntario, líderes, personal paramédico o sanitario en herramientas básicas de diagnóstico y apoyo y metodologías de educación popular, para que estos a su vez puedan desarrollar procesos de capacitación en cascada. La formación puede basarse en elementos clínicos básicos o, más raramente, de refuerzo comunitario.
6. **Formación en *counselling*.** Capacitación en herramientas básicas de psicoterapia. El nivel de formación es superior y el objetivo es, más allá de una emergencia puntual, constituir un pequeño grupo de personas capacitadas para dar una atención psicológica más duradera y de mayor complejidad.
7. **Programas *psicosociales*.** Se suele considerar bajo este nombre una multiplicidad variada de programas de apoyo a la población en problemas de la vida diaria, con componentes más sociales que médicos: guardería y atención a niños, talleres lúdicos o pre-laborales, programas a corto plazo de autoempleo y microempresa (huertos, manufacturas...) etc. Aunque este tipo de programas son espacios de encuentro e intercambio entre personas afectadas, no son propiamente acciones cuyo objetivo central sea el afrontamiento de la situación traumática y la denominación *psicosocial* puede acabar siendo un cajón de sastre que alude simplemente a su carácter *atípico*, por lo que conviene evitarla y designarlos por su objetivo específico real.
8. **Experiencias de fortalecimiento o reconstrucción social.** Acciones cuyo objetivo son combatir la percepción de indefensión y vulnerabilidad, que buscan fortalecer los espacios de gestión y la dignificación de los supervivientes. Tiene que ver con el fomento de procesos organizativos, apoyo a liderazgo, asesoría

legal, conciencia social y trabajo en vulnerabilidades motivacionales o actitudinales (ver ficha), en capacitación en técnicas de cabildeo o negociación etc.

9. **Programas integrales**, que incluyen uno o más de los componentes anteriores: detección y tratamiento de personas afectadas clínicamente, capacitación, trabajo con grupos vulnerables y experiencias de reconstrucción social.

En contextos de crisis suelen primar los enfoques de detección y tratamiento breve o de formación (1 a 6). Con mayor tiempo, suelen desarrollarse programas de apoyo socio sanitario (7). Las *experiencias de reconstrucción social* (8) y los *programas integrales* constituirían el auténtico estándar de calidad a lograr cuando el compromiso va más allá del inmediato de la crisis. En este manual se desarrollan algunas de las herramientas necesarias para este tipo de acciones.

### **4.3. Premisas en la actuación psicosocial**

---

Podemos señalar cinco premisas básicas o conceptos nucleares que explican desde dónde situarse al llevar a cabo trabajo psicosocial:

#### **1. El foco en la situación y no en la condición de víctima**

Cada persona es una historia con nombre y apellidos, es una visión del mundo y de la vida. Pensar en la existencia de síndromes como condiciones (“síndrome del torturado”, “síndrome del superviviente”, “síndrome de la mujer violada”) es confundir la condición (tortura, catástrofe, abuso sexual) con la persona que la sufre. Si tomamos el ejemplo del abuso sexual, un porcentaje importante de mujeres es capaz de enfrentar de manera espontánea la situación y sus consecuencias, integrando la experiencia sobre la base de sus propios recursos psicológicos. Es más, algunas de ellas – según varios estudios, un grupo variable dependiendo del contexto y la cultura – saldrán reforzadas de la experiencia traumática al evaluar cómo actuaron y descubrir nuevas cosas sobre sí mismas que desconocían. Por ello, confundir a la persona con la situación es un error.

En este sentido, es importante poner el foco de los programas no en la condición de víctima, sino en la situación que ha vivido esa persona y en cómo afronta ese impacto. Y eso tiene consecuencias en la relación que tenemos con las víctimas (potenciando, por ejemplo, los procesos de organización o la mejora de su estima). Es importante **no descontextualizar la experiencia traumática** del conjunto de circunstancias difíciles que la gente tiene que enfrentar y que muchas veces forman parte de su cotidianidad.

#### **2. El control sobre la propia vida y el entorno**

Cuando una situación catastrófica ha roto la creencia básica de que uno vive en un mundo seguro y predecible, es muy probable pasar a situaciones de desesperanza: ¿para qué luchar si todo puede perderse? Los programas de ayuda que fomentan modelos de dependencia profundizan el sentimiento de desamparo y la actitud de indefensión: ocurren cosas que afectan directamente a la persona y ella no controla, su papel es pasivo. Para evitar esto, cabe priorizar en los programas de ayuda todos aquellos elementos que otorguen a los supervivientes el máximo control posible sobre sus vidas y su entorno como forma de prevenir las consecuencias emocionales de los hechos traumáticos. En la medida que la población pueda **asumir la gestión de los temas que le afectan y organizarse para reconstruir los hábitos y las rutinas**, se



iniciará el cambio y la mejoría. En este sentido, la participación comunitaria orientada a facilitar el control de las propias personas y comunidades afectadas debería ser vista como un indicador de calidad de los programas.

### 3. La dignificación

El trabajo de ayuda humanitaria no debe consistir sólo en la provisión de elementos que satisfagan las **necesidades básicas**, sino que es básico el modo en que esto se hace. No sólo es importante recibir 1.500 calorías al día, sino también cómo se reciben, es decir, si la persona es tratada con respeto o no, en qué lugar se le mantiene (intimidación, seguridad...), qué capacidad de decisión tiene, cómo se respetan sus derechos, etc. Que las circunstancias adversas no conlleven para la persona perder la condición de ser humano —que es, al fin y al cabo, lo que hay detrás de los elementos de dignificación— es otro elemento fundamental desde el punto de vista del impacto traumático. Sacrificar los elementos de dignidad en nombre de una supuesta mayor eficiencia es un error importante tanto a corto como a largo término.

### 4. La adaptación al contexto cultural

La población hace interpretaciones sobre los hechos traumáticos, les da un sentido y éste condiciona su comportamiento y su modo de reconstruir su cotidianidad. Las culturas tradicionales tienen muchas veces explicaciones que consideramos fatalistas, pero que pueden, sin embargo, ser muy adaptativas porque hacen que la gente se centre más rápidamente en atender las tareas cotidianas. Es importante respetar las lógicas y los modos de afrontamiento locales y no importar ideas preconcebidas respecto a lo que es el sufrimiento humano o el modo en que las catástrofes afectan a las familias y las comunidades (ver cuadro adjunto).

\* *Por ejemplo, mientras las pesadillas pueden ser vistas por la cultura euroamericana como parte del efecto traumático de una situación de violencia, en muchas culturas indígenas compartir los sueños por las mañanas constituye una manera de hacer frente a las incertidumbres y es una forma de pensamiento premonitorio, muy útil para enfrentar las adversidades.*

La experiencia en la identificación y el tratamiento de los problemas psicosociales de los refugiados (incluyendo los Trastornos de Estrés Posttraumático) es limitada, pese a lo que se pueden ofrecer los siguientes consejos. Cualquier programa destinado a la salud mental debe ser comunitario, en el que los propios refugiados deberán desempeñar un papel principal. El programa debe basarse en el conocimiento sólido y la buena comprensión del bagaje cultural de los refugiados, y formar parte de los demás servicios que se proporcionan a los refugiados, debiendo, desde el primer momento, poder garantizar la sostenibilidad del programa a largo plazo.  
(ACNUR. *Manual para situaciones de emergencia*. Pág.178)

### ¿Cuál es el papel del trabajador psicosocial?

“Durante décadas, la práctica por ensayo y error de proyectos fallidos ha mostrado la convergencia en una serie de conclusiones:

- El cambio sólo puede provenir de poblaciones que sienten la necesidad de él.
- Estas poblaciones tienen problemas que resolver (una expresión quizá más útil que la de “desarrollo”)
- Situaciones como la pobreza o la violencia son el resultado de procesos micro-meso y macro-sociales, que inducen secuencias de problemas cuyas soluciones deben ser buscadas localmente.
- Sólo las poblaciones (grupos, comunidades) pueden formular estas cuestiones y dar una respuesta apropiada en la forma de posibles soluciones; y no son siempre conscientes de cuáles son estos problemas en una etapa inicial.
- Un agente externo puede dar apoyo en la formulación o la resolución de sus problemas, pero no puede definirlos ni resolverlos.
- El agente externo puede haber imaginado otras soluciones, quizás soluciones mejores (a pesar de que uno nunca puede estar seguro de esto), pero la experiencia de aprender por uno mismo compensa con creces la pérdida de alguno de los aspectos de una solución técnicamente óptima.
- A medida que la comunidad percibe los cambios durante la fase en que resuelve sus propios problemas, los agentes externos deberían iniciar su propio proceso de auto-crítica y su propio proceso de aprendizaje y cambio siguiendo las lógicas de la dinámica de la interacción social de la que uno es también parte.
- El uso cuidadoso de las situaciones de cambio puede revelar nuevos recursos y capacidades para la solución de problemas.
- Diferentes grupos confrontando conjuntamente sus propios problemas particulares pueden crear oportunidades para el cambio y la mejora.
- Una sociedad políticamente consciente empieza cuando todo el mundo empieza a percibir la interdependencia que tienen entre sí los diferentes problemas sus soluciones y las situaciones de cambio asociadas a esto.

Fuente : UNESCO. (2000) *Change in continuity. Concepts and tools for a cultural approach to development*. UNESCO Publishing. Paris.

## 4.4. Principios para la actuación psicosocial

---

En las estrategias de abordaje psicosocial, parece que no hay grandes diferencias entre lo que se hace en los desastres naturales y las actuaciones en casos de conflictos armados y desplazamientos de población o lo que se denomina como emergencia compleja. Algunas lecciones aprendidas nos aportan pautas generales para la intervención psicosocial, que pueden resumirse en los siguientes diez principios:

1. Proveer atención y **apoyo a las necesidades básicas inmediatas** de la gente afectada, fortaleciendo la conciencia sobre la necesidad de **contextos seguros**.
2. **No separar a las víctimas** del resto de la comunidad para su atención, ya que los servicios de base comunitaria son lo que deben cubrir las necesidades de todos, lo cual no excluye que personas con mayor riesgo puedan recibir una atención priorizada.

3. **Integrar el apoyo emocional a las actividades cotidianas** de los grupos organizados en las comunidades, de manera que forme parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población, enfatizando el **retorno a la "normalidad"** lo más pronto posible y evitando la revictimización de la gente.
4. **Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios informales** y no esperar que vengan a los servicios de salud, con el fin de identificar los problemas psicosociales (tener en cuenta indicadores como conflictos, dificultades escolares, violencia o abuso de drogas). La estrategia de atención psicosocial en la escuela es muy adecuada.
5. **Propiciar espacios de apoyo mutuo** que permitan, por un lado, reelaborar el proceso y el impacto de la catástrofe, y por el otro, movilizar recursos para disminuir la dependencia externa y para prevenir futuras crisis.
6. Desarrollar actividades educativas a grupos, con especial dedicación a la problemática por la que están atravesando, llevando a cabo un **acompañamiento de carácter grupal** en momentos significativos, como las exhumaciones.
7. Promover espacios sociales de encuentro, de trabajo y de **fortalecimiento de redes** con la **participación de diversos actores** para reestructurar el tejido social.
8. Establecer **equipos de intervención interdisciplinarios** e integrados por personal autóctono formado, de manera que, en la identificación de los problemas psicosociales y de las formas de afrontar las adversidades, se tenga en cuenta la **aportación de elementos propios de la cultura local**.
9. Responder a las situaciones particulares que requieren atención psicosocial personalizada y **descentralizar y fortalecer los servicios públicos de salud mental** en los lugares más afectados.
10. Llevar a cabo medidas tendientes a **institucionalizar las acciones dentro del sector salud**, con una visión de medio y largo plazo, ya que se ha demostrado que los efectos psicosociales de la violencia afectan a varias generaciones.

#### **4.5. Aspectos de la actuación en crisis humanitarias con implicaciones psicosociales**

---

El cuadro siguiente recoge ejemplos de plasmación práctica de las premisas y principios anteriormente citados. Entronca con la idea de que todo el quehacer de un equipo en una situación de emergencia o crisis puede ser visto desde la óptica del foco en la situación, cuidar la gestión de las relaciones de poder, fortalecer mecanismos de dignificación y actuar acorde con la cultura. La existencia de criterios técnicos para resolver determinados problemas logísticos o médicos, suele ser perfectamente compatible con este tipo de consideraciones, fundamentales desde el punto de vista de reconstrucción psicosocial individual y comunitaria.

\* *Ejemplos de situaciones con trascendencia psicosocial no consideradas usualmente en contextos de crisis humanitarias*

<b>DECISIONES QUE NO TIENEN EN CUENTA LOS EFECTOS PSICOSOCIALES</b>	<b>ALTERNATIVAS CON ENFOQUE PSICOSOCIAL</b>
<p>La disposición del albergue o del campo tiene una estructura de campamento militar, ya que facilita la organización, el censo, los sistemas de drenaje de aguas, etc.</p> <p>PERO prioriza la vigilancia sobre el contacto entre las personas.</p>	<p>- ¿Es posible conjugar las necesidades de seguridad con espacios abiertos para niños, para actividades lúdicas o deportivas y zonas de charla e intercambio?</p> <p>- ¿Es posible combinarlo con una disposición por comunidades o barrios de procedencia? ¿Es posible que cada comunidad pueda personalizar su espacio?</p> <p>- Los elementos de vigilancia ¿están visibles en todo momento? ¿hay sensación de campo de concentración y se observan habitualmente uniformes o armas? ¿o la propia comunidad va estableciendo sus normas y sus límites?</p>
<p>Las bodegas de suministros están en zonas seguras bajo estricto control policial para evitar el riesgo de robos.</p> <p>PERO pueden aparecer con frecuencia rumores a partir de noticias de prensa, de donaciones, de reparto arbitrario, usurpación por autoridades o líderes, etc.</p>	<p>- ¿Es posible colocar las bodegas de suministros en un lugar en el que pueda haber una gestión transparente con los líderes y la comunidad a través de un registro de entrada y salida y unos criterios de reparto pactados?</p>
<p>La centralización de la cocina en un punto para minimizar el riesgo de incendios.</p> <p>PERO las personas esperan pasivamente a la hora en que “se les <i>da</i>” la comida y se forman colas ante la cocina con cubos o recipientes de plástico que resultan humillantes para la persona y en ocasiones agotadoras si las condiciones climáticas son duras.</p>	<p>Las actividades de cocina son un elemento básico de la vida del grupo familiar y para no impedir este intercambio ¿es posible prever pequeñas cocinas colectivas con responsabilidades compartidas?</p> <p>- ¿Se podría evitar los esquemas de <i>rancho</i> de comida, que si bien cumplen los requerimientos calóricos establecidos por las autoridades sanitarias pueden resultar desmoralizantes o vejatorios? ¿Es posible suplir esto, con un costo bajo, con la imaginación de los refugiados?</p>
<p>EL establecimiento de puntos de agua con burbujas, tanques, etc. con acceso libre.</p> <p>PERO se dan problemas como el desperdicio que pueden hacer que haya corte de suministro y restricciones, e incluso conflictos comunitarios.</p>	<p>- ¿Es posible establecer cuotas de agua por comunidades y que cada una tenga sus sistemas de control y regulación del consumo de agua y formas de sanción cuando no se respeten?</p>
<p>El establecimiento de puntos de saneamiento como letrinas, lavaderos, etc. que mejoran la higiene del albergue y evitan los puntos de contaminación séptica no controlados.</p> <p>PERO, con frecuencia, se deterioran rápidamente y, si no hay una preparación especial, se pueden dar casos de abusos sexuales.</p>	<p>- En ocasiones las duchas no se consideran elementos prioritarios, mientras que son elementos muy importantes de dignificación personal.</p> <p>- ¿Es posible que las mujeres intervengan a la hora de decidir el lugar y la forma de organizar los puntos de saneamiento que las afectan?</p>
<p>El reparto de donaciones según una lista de personas necesitadas, cuya situación es analizada caso por caso.</p>	<p>- ¿Es posible evitar los sistemas de distribución en masa y prever canales comunitarios de distribución organizada?</p>

<p>PERO se pueden formar con frecuencia largas colas, situaciones de disputas y agresividad entre damnificados, que resulten humillantes y hagan que personas necesitadas renuncien a conseguir ropa, útiles de aseo u otras ayudas.</p>	
<p>La contratación de empresas de remoción de escombros y a constructoras, en ocasiones internacionales, para que levanten alojamientos precarios.</p> <p>PERO muchas veces hay damnificados que son albañiles, carpinteros o fontaneros, que no tienen trabajo ni ingresos económicos, y quedan excluidos de esas tareas.</p>	<p>- ¿Es posible considerar dentro de los contratos firmados con las empresas de reconstrucción que se contrate en primer lugar a personal local y sólo a personal externo cuando éste no exista o no tenga la calificación requerida?</p> <p>¿Es posible fomentar las formas de autoempleo de los damnificados en las actividades de ocio y de educación, aunque sea con salarios por debajo de los considerados para esta actividad fuera de la crisis?</p>

|

|

## II. HERRAMIENTAS PARA EL TRABAJO PSICOSOCIAL: PAUTAS Y TÉCNICAS

Este apartado está planteado como una caja de herramientas para llevar a cabo actuaciones psicosociales en contextos de crisis humanitarias y pensado para personas no habituadas a realizar este trabajo. Primeramente se indican unas orientaciones generales sobre metodologías de trabajo relativas a cuatro aspectos: la intervención en la crisis inmediata de la emergencia, el afrontamiento de síntomas postraumáticos, la mitigación del daño social y el impacto en el personal humanitario.

En segundo lugar, se incluye una recopilación de herramientas en formato de ficha con pautas breves de cuando y cómo son adecuadas y con una descripción del desarrollo de las técnicas. Encontrarás un primer grupo de herramientas para actuar en lo que se llaman espacios de palabra y que tienen que ver con el apoyo emocional, la escucha activa, el *debriefing* y la narración de testimonios. Luego siguen las herramientas de análisis para utilizar en exploratorias, seguimiento o evaluación, que incluyen técnicas formales e informales de diagnóstico y toma de decisiones. Finalmente, se recogen escalas e instrumentos de medida, tanto de malestar emocional como de diagnóstico y prevención de trastorno de estrés postraumático.

En cualquier caso, cabe tener en cuenta tres ideas:

- Las metodologías de trabajo deben ser sencillas y adaptables a las características culturales, asumiendo que es muy difícil disponer de instrumentos que tengan validez transcultural y en diferentes contextos.
- Las formas nunca reemplazan al fondo, es decir, las técnicas son herramientas de trabajo y no fines en sí. Por ello, deben enmarcarse dentro de un proceso más amplio en que un grupo planifica y define unos objetivos y contenidos y, por último, las técnicas que utilizará.
- Hay momentos para todo: por ejemplo, un exceso de dinámicas grupales de participación puede romper el clima reflexivo de un grupo y bloquear la profundización de conocimientos.

# 1. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

## FICHA N°1.1. CÓMO INTERVENIR EN LA CRISIS INMEDIATA: LOS PRIMEROS 3 DÍAS

Las primeras 72 horas en un contexto de crisis difícilmente permiten establecer ningún tipo de trabajo que no sea intentar poner algo de orden en una situación confusa e impregnada de dramatismo. En ese escenario, las intervenciones que se realicen después del desastre deben ser cortas, flexibles y enfocarse a las preocupaciones inmediatas de la persona. Los primeros equipos que llegan a la zona deben basar sus tareas de apoyo a la población afectada en articular principalmente las cuatro siguientes medidas:

- **Contención emocional** y primeros apoyos psicológicos de las personas más afectadas, supervivientes y/o familiares. VER FICHA N°2.1.
- Articulación y **coordinación** de las personas con mayor capacidad para brindar ayuda a las demás, localización de los casos vulnerables (ancianos no acompañados, enfermos crónicos, etc.) y, en la medida de lo posible, coordinación con los equipos médicos y psicológicos en caso de detectarse una persona con problemas severos.
- Estructuración de sistemas rápidos de **información** que permitan la **localización de familiares**, faciliten la comunicación con y entre la población evitando rumores y falsas informaciones y sirvan para hacer un primer censo de personas afectadas que facilitará las labores de ayuda.
- Acompañamiento y apoyo en la **organización y solución de necesidades básicas** y de recursos inmediatos, como lugares de albergue provisional, desplazamientos, alimentación, protección, teléfonos...
- Establecimiento de un **lugar destinado a las personas fallecidas** con una perspectiva sanitaria, pero también psicosocial, que tenga en cuenta tres aspectos fundamentales como son:
  - Permitir el reconocimiento de los cadáveres por parte de familiares a través de un sistema de clasificación que permita orientar la búsqueda, dando a la persona la elección de realizar el reconocimiento directo o por fotografías. Es importante el recubrimiento de los restos, siempre preservando la dignidad de las personas fallecidas.
  - Facilitar el contacto entre la familia y el fallecido, así como el proceso de acompañamiento y duelo en el tanatorio provisional, el traslado posterior, la habilitación de espacios para el velatorio, la ceremonia religiosa, etc.
  - Disponer de un espacio de contención emocional en que personas preparadas puedan dar apoyo a quienes tengan reacciones de dolor y descontrol emocional.

Más allá de las tareas que deben llevar a cabo los equipos, el personal que está en un contexto de crisis debe tratar que la población afectada enfrente mejor los hechos y sentimientos a través, por ejemplo, de potenciar las siguientes acciones:

- **Estructurar el tiempo y mantenerse activo** haciendo cosas, tomando pequeñas decisiones cotidianas. Sin embargo, la hiperactividad es negativa e impide que la persona se ayude a sí



misma. Tratar de mantener hábitos de vida saludables y regulares siempre que sea posible (descanso, alimentación y ejercicio físico suave).

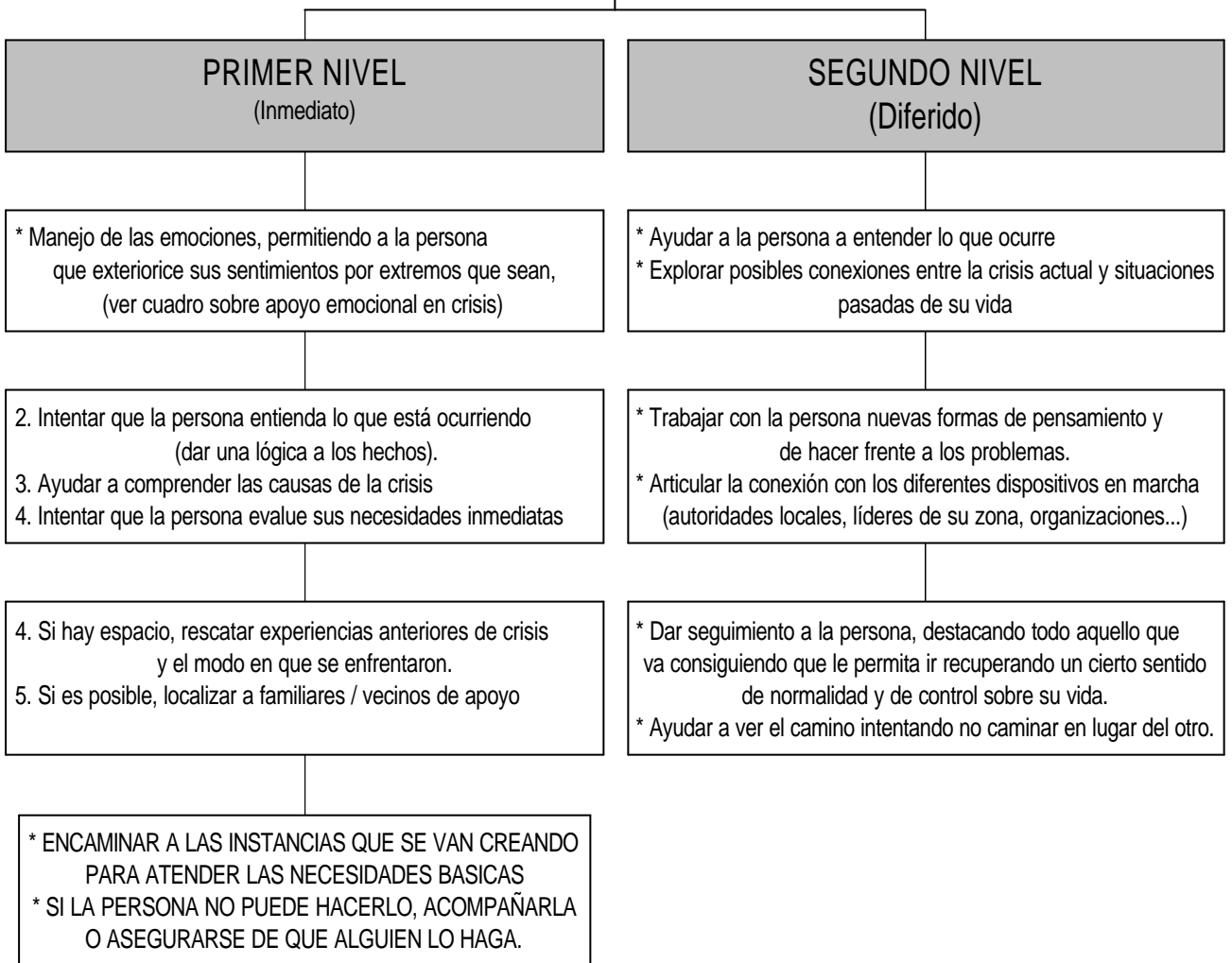
- **Confrontar la realidad**, asistiendo a los funerales, inspeccionando las pérdidas y, cuando la persona se sienta preparada, facilitar que pueda ayudar a otra gente de su entorno a enfrentar lo ocurrido. Hay que darse tiempo y permitir sentirse mal, deprimido o indiferente, así como saber que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales. No hay que olvidar que algún grado de privacidad para enfrentar los sentimientos es importante (teniendo en cuenta las diferencias culturales).
- **Recibir ayuda de otra gente** es positivo, así como poder expresarse sobre lo ocurrido. A pesar de ello, los consejos de tratar de olvidar y seguir adelante están cargados de buenas intenciones, pero muchas veces resultan negativos ya que supone una tarea imposible y transmite una falta de comprensión del otro. Tampoco hay que dejar en segundo término el hecho de **escuchar y ayudar a los otros**, en la medida de lo posible, ya que eso permite mejorar el estado de ánimo y fortalecer los vínculos con familiares y amigos.
- Facilitar espacios de **afirmación comunitaria**, tales como ritos, celebraciones, formas de organización y apoyo en el contexto cultural. Tomar en cuenta la experiencia previa de las poblaciones, para apoyar el restablecimiento de una cierta normalidad, la expresión de su identidad y las formas de apoyo comunitario. En este sentido, cabe procurar información suficiente sobre los hechos y compartirla.

En los primeros días tras una catástrofe, para la mayoría de personas, **la mejora de su estado emocional está más ligada a la resolución de aspectos prácticos que a encontrar espacios de escucha**. Una parte importante de personas reaccionan con una sensación de aturdimiento e irrealidad que les impide tomar decisiones hasta en aspectos muy básicos. Pero se trata de un estado transitorio, breve, cuyo mejor modo de resolución es la asignación progresiva de tareas, o la información y las instrucciones claras y precisas. Algunas personas requerirán soporte emocional específico. Se definen tres conceptos:

- **Selección o triage**: procedimiento para seleccionar y atender casos inmediatamente después del desastre. El procedimiento está directamente relacionado con los primeros auxilios emocionales. VER FICHA N° 2.1
- **Desactivación o debriefing**: indicado para los primeros días después de ocurrido el hecho, se sustenta en el principio de compartir experiencias traumáticas con un componente educativo añadido. Su versión sintetizada se llama desactivación o *defusing* y se emplea en las primeras 12 horas. VER FICHA N° 2.2.
- **Outreach o acercamiento pro-activo**: procedimiento para encontrar las víctimas, ayudándolas a expresarse y comprender las reacciones emocionales como consecuencia del desastre.

En las primeras horas es importante disponer de equipos de personas que, tras una selección, realicen la recepción de las personas que parecen más desbordadas. En esta situación aguda de crisis el papel de apoyo sería el siguiente:

# Apoyo en crisis



## FICHA Nº 1.2. CÓMO ENFRENTAR LOS SÍNTOMAS POSTRAUMÁTICOS: ESTRÉS, MIEDO, DUELO

Encontramos varias formas de enfrentar los síntomas postraumáticos, es decir, según qué elementos harán que las respuestas al hecho traumático sean de resistencia o de vulnerabilidad. En este sentido, a parte de los factores individuales que tiene que ver con la resistencia a las situaciones traumáticas (VER apartado 3.6 del capítulo 1), las circunstancias posteriores a la experiencia traumática son las que tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas. La siguiente tabla resume cómo los seis factores postrauma relevantes en las respuestas pueden tener las dos caras: de fortalecer la resistencia y de potenciar la vulnerabilidad.

FACTORES EN LA RESPUESTA	DE RESISTENCIA	DE VULNERABILIDAD
La sensación de pertenencia al grupo de víctimas	Sentido de comunidad	Aislamiento
	Construcción de narrativas colectivas basadas en estereotipos de supervivientes	Estereotipo social de víctimas
El clima social: la visión que las personas no afectadas tienen de las afectadas	Visibilización y reconocimiento	Dinámicas de silencio y ocultación
	Validación social del sufrimiento	Rechazo social, estigmatización o humillación
El control sobre la propia vida	Circunstancias que potencian la sensación de control, de autoeficiencia y autodeterminación	Circunstancias que potencian imágenes de indefensión y dependencia
Recuperación de rutinas	Seguridad psicológica	incertidumbre
	Actitud activa de tensión-acción	Parada forzada y alejamiento completo de la situación traumática
Las condiciones de vida	Apoyo social	Aislamiento y marginación
	Condiciones dignas	Condiciones denigratorias
Las perspectivas de futuro	Visión optimista con posibilidades de cambio y mejora	Visión pesimista y falta de perspectivas políticas

### Claves para tratar de superar los hechos traumáticos

Además de las estrategias de afrontamiento desarrolladas a escala individual y comunitaria, resulta clave percibirse como **supervivientes**, es decir, como personas que han salido reforzadas de una experiencia traumática y que en consecuencia tienen más armas y recursos para enfrentarse a nuevas situaciones.

En muchos casos de experiencias traumáticas, después de un tiempo para la gente ha sido posible sacar lecciones positivas y aprender de la experiencia. Estos posibles “efectos positivos” de los hechos traumáticos se pueden agrupar en tres categorías:

- **Cambios en la percepción de uno mismo:** sentirse más fuerte, más reafirmado en uno mismo, con más experiencia y más capacidad para afrontar dificultades futuras.
- **Cambios en las relaciones personales:** mayor unión entre las personas, recapacitar sobre el tiempo que se le dedica a la gente, aceptar la ayuda de otros o abrirse más y compartir sentimientos.
- **Cambios en la filosofía de vida:** reestructurar la escala de valores.

### El estrés

La resistencia al estrés se explica por tres factores principales:

- El **compromiso** o la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida con una dimensión colectiva (existir con otros) y creer en la importancia y el valor de lo que uno mismo es y de aquello que hace.
- El **control** o la tendencia a pensar y actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos, de manera que las situaciones son analizadas, se convierten en predecibles y se desarrollan estrategias de afrontamiento, aunque cabe también tolerar el fracaso.
- El **reto** o la creencia que el cambio en lugar de la estabilidad es la característica habitual de la vida. Así las situaciones son oportunidades o incentivos para el crecimiento personal y no amenazas a la propia seguridad.

## El miedo

El miedo es uno de los componentes más frecuentes en las reacciones postraumáticas y es la emoción que acompaña de manera casi invariable a la ruptura de creencias básicas, a la sensación de vulnerabilidad y de que las cosas son impredecibles. Puede definirse el miedo como una sensación inespecífica de alarma y ansiedad ante las situaciones normales de la vida, que tiene un efecto de contagio progresivo, de manera que, si no se corta, va poco a poco generalizándose e invadiendo todas las áreas de la persona.

En el caso de una catástrofe el miedo no es tanto un clima emocional como una reacción colectiva episódica, que la gente tiene que aprender a manejar. Si bien es una emoción con connotaciones negativas, ya que se asocia a ser cobarde y de ahí que a menudo se oculte, lo cierto es que tiene efectos positivos, como el hecho de ayudar a ver el riesgo. A pesar de ello, el miedo altera el sentido de la realidad, hace ver cosas que no son, especialmente cuando no hay muchos criterios para evaluar el peligro.

**Claves para trabajar con el miedo:** ponerle nombre para poder vencerlo

1. Entrenarse en **separar los miedos concretos** (sensación de alarma ante una amenaza conocida que hay que enfrentar) de los **inespecíficos** (sensación vaga de amenaza sin referente exacto, que nos impide funcionar con normalidad y que implica la idea de vulnerabilidad, pues no es posible defenderse).
2. Una vez detectados los miedos inespecíficos, conseguir transformarlos en específicos **dándole nombre**, es decir, explicitar al máximo el origen y la lógica de los miedos inconcretos.
3. **Trabajar en grupo alternativas y modos de enfrentar** cada uno de los temores específicos, es decir, pensar y planificar qué se va a hacer si se diera esta situación, tanto en el ámbito individual como familiar y comunitario, previendo posibles situaciones futuras.

\* *Si el miedo al futuro se logra que, de manera individual o en grupo, se concrete en el miedo compartido a que –por ejemplo– lleguen uniformados a la zona y provoquen situaciones de violencia, será posible pensar o discutir qué tácticas no violentas sería posible emplear para enfrentar un eventual ataque. Mientras el miedo era innombrable, no era posible defenderse de la amenaza y la inexistencia de una táctica acrecentaba la sensación de miedo a lo innombrable o a lo desconocido.*

No habría que olvidar también el trabajo pedagógico con los líderes y con los medios de comunicación para tratar de ponerle nombre al miedo y dar respuesta a las necesidades de información, planes de actuación, redes de apoyo, etc. Lo peor que se puede hacer es tratar de

adaptarse a la situación amenazante sin hacer nada, ya que con esta actitud se tiende a minimizar el riesgo, a inhibir la comunicación y, por lo tanto, a exponerse más al peligro. Finalmente, si bien parte del trabajo supone aceptar que los hechos puedan tener una lógica o poder poner un rostro a los miedos, no significa que los podamos controlar y cabe trabajar la tolerancia a la ambigüedad.

## El proceso de duelo

En las situaciones de catástrofe se dan muchas pérdidas humanas y materiales y la forma en cómo la gente enfrenta estas pérdidas lo llamamos habitualmente trabajo de duelo. En dichos contextos no hay que perder de vista que, sobre todo se dan duelos traumáticos, frecuentemente masivos y de carácter súbito, imprevisto, para el cual no se estaba preparado, lo que genera una mayor dificultad de asimilar el hecho y el “sin sentido” del mismo.

Los modelos clásicos hablan de cinco fases: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación. Pero ésta es una visión errónea. El duelo hay que entenderlo, más que como un proceso, como un movimiento de vaivén, sin unas etapas bien establecidas por las que la persona debe pasar obligatoriamente.

Aunque se hagan de forma muy distinta y las colectividades enfrenten de manera diferente un hecho traumático, según sus referencias culturales en torno a la vida y la muerte, se encuentra cierta validez transcultural de estas grandes, podríamos decir, cuatro tareas (tareas en cuanto que suponen procesos activos que desarrolla la persona).

**Aceptación de la pérdida** con realización de rituales y ceremonias de despedida y recuerdo.

Posibilidad de **expresión emocional** sobre la persona y la situación traumática.

Adaptación a la nueva situación, al cambio de roles familiares, al sentido del mundo y la propia identidad: “**arreglárselas**”.

Reubicación de las personas muertas, formas de **recuerdo y relación** con los que murieron y las relaciones con otras personas.

El duelo asociado a situaciones traumáticas tiene una serie de características específicas que es preciso tener en cuenta y que tienen que ver con su :

- **Carácter masivo**
- **Carácter múltiple** (pérdida, quizás, de más de un familiar, de casa, objetos, trabajo, proyectos de vida...)
- **Carácter súbito:** no hay un proceso de adaptación o preparación a la pérdida por parte de familiares o amigos como en el envejecimiento o la enfermedad.
- **Ausencia de restos:** con frecuencia éstos no pueden localizarse, lo que puede provocar:
  - Imposibilidad para llevar a cabo rituales y funerales de manera individual (en terremotos, hundimientos...) o existencia de fosas comunes (en guerras, epidemias...).
  - Dudas sobre la veracidad de la muerte y las esperanzas de que la persona sigue milagrosamente viva y perdida (en des de accidentes ferroviarios o aéreos).
- **Necesidad de aplazar el duelo por las condiciones**, ya sea luchar por sobrevivir, ocultar el duelo o por el peligro de las manifestaciones de dolor.
- **Carácter absurdo:** dificultad para encontrar sentido a la muerte.
- **Sobrevaloración y mitificación del ausente** si éste tuvo una actitud considerada posteriormente heroica.

- Brutalidad o existencia de imágenes traumáticas asociadas a la muerte. Preocupación por el sufrimiento del familiar antes de la muerte.
- **Culpa por sobrevivir** como manifestación de culpa interpersonal, bien por hechos pasados, bien por la propia reacción de miedo o de impotencia durante la catástrofe.
- **Existencia de fantasías compensadoras de reparación o venganza.**
- **Presión social:** papel de los medios de comunicación, con riesgo de magnificación o distorsión, con invasión de la privacidad. En el caso de muertes por guerra o violencia, existencia de campañas políticas o de propaganda contra la honra o la dignidad de los fallecidos.
- **Dificultad para establecer responsabilidades** y sensación de impunidad de los responsables.

### Mitos y realidades del afrontamiento del duelo

Exactamente igual que decíamos que no hay que confundir la condición con la persona, y que ante hechos traumáticos graves, una mayoría de gente tiene mecanismos de afrontamiento que les permiten manejar las emociones, algo similar ocurre con el duelo. Constituye un espacio común –y un error- afirmar que si alguien no está triste tras una pérdida “tarde o temprano saldrá”. Son los “mitos” y “realidades” del duelo.

Mitos	Realidades
La depresión o la desesperación intensas son inevitables.	La mayoría de la gente no muestra una depresión de intensidad clínica.
El malestar es necesario y su ausencia indicaría patología.	Las reacciones de duelo no son necesarias y la gente que no las manifiesta en su momento no tiene porque desarrollar problemas en el futuro.
Es importante elaborar la pérdida, ya que la negación o el bloqueo de sentimientos y pensamientos es improductivo y patológico.	Cuanto más se piense sobre las causas del suceso o se intente buscar sentido a lo ocurrido, el malestar psicológico es más intenso y duradero.
La expectativa de recuperación es buena a largo plazo.	Una minoría importante de personas tiene una escasa o nula recuperación después de mucho tiempo.
Se alcanza un estado final de resolución en el que se “acepta” finalmente la pérdida.	Para muchas personas, lo sucedido nunca va a ser aceptado como algo “real” o “justo”, especialmente para sucesos repentinos.

Adaptado de Wortman C, Silver RC (1989). *The myths of coping with loss*. J. Consulting and Clinical Psychology, 57, 349-357

## FICHA Nº 1.3.

# CÓMO MITIGAR EL DAÑO SOCIAL: EL APOYO MUTUO, LOS PROCESOS COMUNITARIOS Y LA MEMORIA

### El apoyo mutuo

El concepto de autoayuda en contextos de crisis humanitaria hace referencia a cómo las personas pueden mejorar su situación al compartir sus necesidades y problemas, aprender de las experiencias positivas de otros y apoyarse mutuamente para cambiar. El valor de la comunicación entre iguales ha sido puesto de manifiesto, tanto por investigaciones sobre eventos traumáticos, como por la experiencia de muchos movimientos sociales, ya que la gente que ha vivido experiencias traumáticas parecidas puede encontrar algunos problemas para obtener apoyo, pero puede apoyarse entre ella porque entienden mucho mejor la situación.

Como personas externas que podemos acompañar al grupo, no somos la fuente de ayuda, sino que es la propia gente la fuente de ayuda, nuestro papel es saber activar esas formas de apoyo. Para ello cabe recordar los factores que pueden hacerlo difícil: los distintos estilos y ritmos de duelo de la gente que limitan las posibilidades de ayuda mutua, y los momentos en que la persona inhibe la comunicación como una manera de defenderse de la situación y tratar de asimilar el hecho traumático.

### Los recursos grupales para el apoyo mutuo

- **Dar sentido a la realidad.** Objetivar los hechos, dar sentido a lo que sucede, a partir de elementos ideológicos, religiosos, simbólicos que facilitan el análisis de la realidad.
- **Sostenerse mutuamente.** La capacidad de "prestarse fuerzas" unos a otros genera la energía necesaria para sostenerse y funcionar. Se necesita que haya un cierto equilibrio de recursos internos entre quienes han enfrentado los hechos de manera positiva y quienes lo han vivido de manera más negativa, y debe haber más de la mitad de la gente que esté en una situación intermedia. Nuestro papel es facilitar una metodología que active la energía que el grupo tiene en estas condiciones.
- **Controlar las reacciones impulsivas.** El grupo puede ayudar a los miembros a no dejarse llevar por reacciones poco meditadas o sentimientos no contrastados. Se puede así evitar una descarga emocional excesiva que podría inducir a un estado de ánimo negativo. Se trata de favorecer la expresión de forma regulada o más controlada intentando comprender a los demás, que también tienen el mismo problema.
- **Reconocer los sentimientos.** Compartir y dar sentido a sentimientos que muchas veces hasta entonces se han escondido o negado por considerarlos negativos, por vergüenza, prejuicio social o por estar fuera de la propia escala de valores.
- **Generalizar las experiencias.** Ayuda a que la persona se "abra" y a liberar la imagen que pueda tener de sí misma como desviada, reestructurando las normas implícitas y haciéndolas más flexibles y liberadoras.
- **Llevar adelante soluciones.** Las decisiones o soluciones discutidas y propuestas en el grupo se integran mejor y se utilizan más fácilmente por las personas.
- **Desarrollar el poder colectivo.** La suma de fuerzas individuales y el potencial desarrollado por el proceso del grupo sitúan a éste en una postura activa frente a los problemas. Esto puede ser especialmente valorado y concretado en las últimas fases del proceso del grupo.
- **Facilitar la expresión colectiva.** Las formas culturalmente aceptables de simbolizar la experiencia, pueden facilitar no sólo la expresión, sino la identificación colectiva, y promover la reconstrucción del sentido de identidad (ritos colectivos, celebraciones, etc.).
- **Espacio de encuentro y distensión:** actividades sociales gratificantes o con sentido cultural.

Los grupos centrados en una experiencia determinada pueden ser más útiles cuando:

- La experiencia ha sido vivida de forma colectiva
- Las personas no encuentran otro espacio social para compartir sus problemas y buscar soluciones
- La gente se puede beneficiar del intercambio entre iguales.

Hay que tener siempre en cuenta la importancia de superar el riesgo de estigma o ser considerados como “especiales”, es decir, tratar de evitar que el grupo se convierta en una nueva forma de aislar a las personas y hacer demasiado énfasis en la categoría de “afectados”. Por otro lado, varios estudios muestran cómo no siempre que las personas hacen una buena evaluación sobre el beneficio del grupo, eso se traduce en disminución de los síntomas de sufrimiento psicológico.

Finalmente, hay también un efecto frecuente en las situaciones de catástrofe: la red social se quema. La gente ya no quiere seguir escuchando, no quiere seguir hablando, no quieren que le recuerden el hecho que venga otro preguntando usted cómo está y qué le pasó, ya que compartir no siempre disminuye la tensión. Cuando el estresor sigue presente, compartir las experiencias va a reforzar los rumores y eso puede generar distorsión de la realidad.

## Los procesos comunitarios

El enfoque comunitario en el trabajo psicosocial no responde a un modelo único y homogéneo, sino que se trata de diferentes programas con una orientación básica general hacia la creación de redes y el apoyo a los servicios. La mayor parte de los programas que tienen un enfoque comunitario apoyan necesidades prácticas de la gente, como la escolarización, la reconstrucción de la cotidianidad y la calidad de vida, ya que este tipo de espacios permiten enfrentar mejor la situación que una suma de intervenciones psicoterapéuticas individuales. Pero asumir un enfoque comunitario, no significa que no se tengan en cuenta las necesidades especiales de determinadas personas de contar con espacios de mayor intimidad o mayor atención para hacer frente a sus problemas. En resumen se trata de:

- Proveer atención y apoyo a las necesidades básicas de la gente.
- Desarrollar algunas formas de atención en situaciones particulares o problemas más específicos de gente en situaciones de mayor riesgo.
- Promover espacios de encuentro, de trabajo, de fortalecimiento de redes para enfrentar la experiencia traumática o la reconstrucción de la vida.

## Claves para desarrollar trabajo comunitario <sup>9</sup>

1. **Evaluar la oportunidad del trabajo** y de la demanda formulada, ya que es necesario ver los riesgos que estamos asumiendo, el impacto que va a tener nuestra acción y su continuidad.
2. **Identificar líderes:** pueden dar bastante información sobre qué tipo de necesidades tiene la gente, pero hay que contrastarla porque pueden tener sus propios intereses políticos o un punto de vista parcial en su visión de la situación.
3. **Conocimiento del contexto y de la comunidad,** de cuáles son las normas y los grupos de referencia, y de cómo estos grupos se han repuesto a la situación de crisis.
4. Desarrollar **estrategias de red** porque luego no estaremos allá y porque se trata de fortalecer los mecanismos de afrontamiento de la gente, lo que requiere reconocer los agentes multiplicadores, realizar actividades de formación, coordinación y fortalecimiento de redes, asumiendo que estas corren el riesgo de sobrecargarse.

---

<sup>9</sup> Martín Beristain C, (2001). *Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas*. AVEPSO. Caracas. Venezuela.



5. Mantener el **seguimiento y evaluación**: aprender a hacer uso flexible de los programas, tener claridad de cuáles son las líneas de trabajo que pueden favorecer el apoyo a la gente y revisarlas periódicamente porque las prioridades de la situación son muy cambiantes, tanto como las formas que tiene la gente de enfrentar un hecho traumático.
6. Relación con **sistemas locales de salud**, de manera que la intervención externa no sustituya la red local.
7. Estimular los **factores positivos**: visibilizar y potenciar las formas de apoyo social, factores culturales o religiosos indicadores de bienestar en la gente.
8. Identificar **situaciones de riesgo** y las personas que requieren más atención

Como se decía, para un enfoque comunitario en el trabajo psicosocial hay que tener un buen conocimiento de la situación, cuál es la red o las redes que permanecen activas y tienen un reconocimiento colectivo que pueda darle continuidad al trabajo. En la formación es necesario ser claros en los criterios de selección de un miembro de una comunidad para servir de elemento multiplicador y de apoyo a las comunidades. A veces, hacemos procesos de formación muy elaborados para que la gente repita con su gente lo que nosotros hacemos con ellos, pero allí hay muchas dificultades porque depende de su habilidad con grupos o la capacidad de convocatoria que tengan para ese tipo de trabajo. Si esas condiciones no se dan, va a haber un salto muy grande en la transferencia de aprendizaje, entre los elementos de formación y lo que la gente puede desarrollar en su contexto posteriormente.

## La memoria

Como ya se ha comentado, algunos de los impactos psicosociales de los hechos traumáticos es que cambian la percepción que tiene la gente de sí misma y que generan un sentido de discontinuidad de la vida. En este sentido, para contrarrestar estos efectos hay que trabajar para el rescate de la memoria y trata de ayudar a la gente a tener una imagen positiva de sí misma, a encontrar sus raíces y no ver su identidad ligada al desprecio y la destrucción vinculada a la catástrofe.

Para apoyar procesos de memoria colectiva hay que tener en cuenta que el recuerdo de los hechos traumáticos evoca emociones intensas en quienes dan sus testimonios o se encuentran más unidos a las víctimas. Los hechos traumáticos tienden a evitarse o inhibirse, ya sea por el carácter amenazante y doloroso del recuerdo, por la estigmatización y el rechazo que pueden provocar, o como una forma de proteger a los próximos.

A parte de esta memoria de los hechos, del dolor, hay también una memoria de la solidaridad que puede ser importante recoger por parte de familiares de las víctimas como memorias positivas, recuerdos agradables, logros y afectos que hagan más llevadera la pérdida y ayuden a recobrar la confianza en sí mismos.

En los procesos de recuperación de la memoria, generalmente se pregunta por cuatro grandes temas:

- Por los hechos en sí: qué pasó, quién fue el responsable, quién es la víctima
- Por la experiencia de los supervivientes, de las víctimas con el fin de rescatar las fuerzas positivas: ¿Qué consecuencia tuvo eso en su vida? ¿Qué hizo para enfrentar la situación?
- Por el significado que se le da al hecho traumático para la posible devolución de la memoria: ¿por qué cree que pasó eso?
- Por las expectativas y esperanzas: ¿qué cree que hay que hacer para que lo ocurrido no se repita en el futuro?

Habitualmente la gente habla de los hechos catastróficos de una manera privada y fragmentada, pero para validar la experiencia de esos hechos, ésta debe ser reconocida, es decir, que la memoria tenga formas de expresión pública, no solamente una memoria privada. Es necesaria una memoria que saque aprendizajes para el futuro, reivindicaciones, herramientas que antes no existían. La conmemoración de lo ocurrido permite darle un sentido y reconocimiento público, pero incluso cuando no puede hacerse, la memoria puede subsistir como hábitos, tradiciones orales y archivos históricos. Para promover que la memoria colectiva cumpla este papel son importantes los siguientes aspectos:

- Recordar de forma compartida y expresarlo en rituales y monumentos para que los hechos se puedan insertar en el pasado y futuro del grupo.
- Explicar y aclarar lo ocurrido dentro de lo posible.
- Extraer lecciones y conclusiones para el presente.
- Darle un sentido y reconstruir lo ocurrido haciendo hincapié en los aspectos positivos para la identidad social.
- Evitar la fijación en el pasado, la repetición obsesiva y la estigmatización de los supervivientes como víctimas.

## **FICHA N° 1.4.**

### **CÓMO ENFOCAR EL IMPACTO PSICOSOCIAL EN EL PERSONAL HUMANITARIO**

El trabajo en contextos de crisis humanitarias se realiza frecuentemente en situaciones que producen estrés, no sólo en las poblaciones afectadas, sino también en las personas que prestan asistencia. Básicamente se trata de pensar en cuáles son las fuentes de tensión, los efectos que el estrés produce y las formas de afrontamiento más eficaces para enfocar ese impacto, tanto en términos individuales como grupales.

En primer lugar, hay que tener presente que el personal humanitario que se encuentra en contextos de crisis humanitarias son esencialmente personas y, por ello, al analizar las causas de afectación emocional y sus consecuencias, se debe aplicar las mismas nociones y esquemas. No es necesario pensar en marcos teóricos diferentes. En segundo término, cabe recordar que las situaciones traumáticas resultan impactantes no sólo por haberlas vivido (ser víctimas directas o testigos), sino también por haber oído empáticamente narraciones de los hechos o imaginar que es lo que probablemente han vivido quienes han estado ahí (familiares de desaparecidos que a partir de narraciones de lo ocurrido a otros imaginan que puede haberles ocurrido a su familiar). Si bien cada caso tiene sus peculiaridades, en todos las consecuencias son similares.

Vamos a analizar el desgaste desde dos ópticas: la clínica y la psicosocial. La primera estaría en relación con ser testigo de atrocidades, con la identificación y la empatía con la persona afectada – el llamado trauma vicario-, por la confrontación con las propias experiencias de dolor que la otra persona me remueve – o contratransferencia- y también por la afectación directa por la amenaza al trabajo o nuevos acontecimientos traumáticos.

La segunda tiene que ver con aspectos de la vivencia de trabajar en situaciones críticas. Cómo se posiciona cada cual, qué expectativas tenía y cual es la realidad. Tiene que ver con problemas organizativos –si hay financiamiento, dificultades de coordinación, falta o no de claridad en la tarea, etc.-, con dilemas éticos ligados al trabajo humanitario – culpabilidad por tener recursos que la población afectada no tiene, percepción de incapacidad de hacer “lo suficiente” y con la visión que se tiene de la situación y del papel que uno debería desempeñar en ella.

#### **Manifestaciones clínicas en el personal humanitario**

El personal de ayuda puede sufrir cuadros de estrés acumulativo derivados de la situación en la que le toca desenvolverse, a los que en ocasiones puede sumarse el impacto de determinados hechos críticos especialmente impactantes. El hecho de que el estrés suela ser acumulativo impide muchas veces ser consciente del proceso de inmersión progresiva en una experiencia que llega a ser totalizante : nada hay fuera de la tarea y la tensión es vista como el estado natural de la cosas. No estar bajo tensión, de hecho, podría ser incluso un signo de trabajar mal.

En el anexo, al final de esta sección, hemos incluido un Test de Autoevaluación de Estrés para Trabajadores Humanitarios que puede servir como marco de referencia para saber cada persona cómo se encuentra.

#### **Manifestaciones psicosociales en el personal humanitario**

La expresión de desgaste y la tensión raramente tiene la forma de estrés postraumático. Es mucho más frecuente que se manifieste de modo indirecto a través de signos como:

- La **pérdida de humor**, el uso frecuente del cinismo y el humor negro.
- Un **lenguaje distante** y “técnico” al hablar de los supervivientes. Hablaríamos, en psicología, de una **despersonalización** de la persona a la que se acompaña como reacción de defensa para intentar reducir o eliminar la identificación con ella y por tanto el grado en que nos afecta su situación. Niveles moderados de esta despersonalización son absolutamente sanos. Pero convertir a las personas con las que trabajamos en números o verlos como enemigos que sólo hacen que pedir, pedir y, si pueden, aprovecharse, no.
- La **incapacidad para concentrarse**, el cansancio excesivo y el insomnio o el hipersomnio. Sentirse desbordado por incidentes menores.
- La **incapacidad de desconectarse de la situación**, a pesar de ser ya poco eficaz el esfuerzo, que se manifiesta, por ejemplo, en un rechazo a dejar de trabajar al final de la jornada. Conversaciones monográficas en el tiempo libre sobre las tareas pendientes. Descuido de la propia seguridad y las necesidades físicas básicas con comportamientos heroicos y arriesgados evidentes que pueden poner en riesgo a sí mismo o a los demás.
- La **disociación**, sensación de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad, sentirse aturdido, fuera de uno mismo, como en un sueño. Todo parece una pesadilla, irreal.
- La **disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior**: incapacidad de sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad y sensación de **alejamiento** de los demás.
- La **ansiedad** con preocupaciones constantes sobre todo. Cualquier pequeño error de los demás es visto como un fallo intolerable. Cualquier enfado puede vivirse como ataque personal.
- La **tristeza** marcada, la búsqueda de aislamiento, con sensación de que uno necesita aislarse para “ahorrar fuerzas” porque todas las cosas que vive le superan.

Estos y otros muchos signos indirectos suelen tener algunos ejes comunes que la persona debería intentar analizar y que analizamos a continuación.

### **Dinámicas en los equipos de trabajo en situación de guerra o violencia política**<sup>10</sup>

Las dificultades manifiestas más comunes, planteadas por los miembros de los equipos en situaciones extremas –como la guerra o la violencia política– tienen que ver con unos ejes que están en la interacción entre la persona y el grupo:

- **Omnipotencia-Impotencia:** En los equipos es posible observar la negación de las limitaciones individuales, familiares, institucionales y contextuales, en el abordaje de los problemas. La persona (o el equipo, pasando por encima de quien disienta) puede desarrollar la noción de una capacidad ilimitada de acogida, comprensión, empatía, y de promover una motivación que los supervivientes claramente no presentan (“podemos salvarlos, podemos rescatarlos del daño, podemos hacerlo todo”). Cuando la movilización material y emocional del equipo respecto de un caso no da resultados, se produce una gran frustración.

La omnipotencia, o idea de que uno puede y debe resolverlo todo, cuando choca con el principio de realidad, puede llevar con facilidad a la persona al polo opuesto: a la impotencia. De pronto la persona pasa a la posición opuesta: “Es imposible hacer algo”, “nada resulta”, “no podemos superar las condiciones políticas”).

Así, una dinámica frecuente es ver como los trabajadores en el ámbito individual, o los equipos como grupo humano, oscilan entre los dos polos y tan pronto se esta en una

---

<sup>10</sup> Pérez-Sales P. (1996). *Cómo destruir su organización*. Mimmo.

hiperactividad omnipotente irreal como se puede pasar al desánimo, a la sensación - igualmente poco realista- de derrota, impotencia o inutilidad de los esfuerzos.

- **Confianza ingenua versus desconfianza defensiva:** La historia de la ayuda es la historia del paso de la confianza ingenua a la desconfianza defensiva. Un primer momento del proceso de ayuda tiene que ver con la acogida abierta y acrítica de quienes llegan solicitando atención. En todos los contextos las personas no son ni buenas (en el sentido absoluto del término), ni malas (en el sentido absoluto) sino capaces de lo mejor y lo peor según las circunstancias. En circunstancias extremas es plausible que algunas personas desarrollaran actitudes insolidarias, de supervivencia individual, que intentarían engañar o sacar ventaja. Por ejemplo, tras un terremoto, siempre hay quien aprovecha la coyuntura para robar las carteras a los muertos.

Una reacción comprensible es pasar de la confianza ingenua a la desconfianza defensiva: esto es una lucha en la que no es posible fiarse de nadie. Mejor establecer distancia, fijar normas rígidas sin excepciones y regularse por criterios técnicos. Mejor no hacer amistad - ¿cómo fiarse? -, no creer las historias -¿qué querrá sacar de mí?-, no hacer favores - después ya no me lo saco de encima...-. Trabajar en estas condiciones es difícilmente sostenible.

- **Sobreinvolucración versus distanciamiento emocional.** Cuando no existen unos límites claros, las personas del equipo se pueden ver desbordadas por las expectativas de los supervivientes en las que se mezclan aspectos jurídicos, sociales, reivindicativos o económicos, junto a los propios del trabajo clínico. Esta apelación junto al dolor y el sufrimiento hace extremadamente difícil establecer límites, y puede generar dinámicas bien simbióticas, bien de rechazo hacia las personas con las que se trabaja. Se oscila así en un eje que tiene en un extremo la adopción de actitudes inadecuadas de implicación excesiva en tareas que competen a otros organismos o instituciones o a la comunidad y en el otro un distanciamiento técnico que enmarque la intervención en el estricto ámbito clínico, viendo sólo enfermedades y no personas.

La omnipotencia, la confianza ingenua y la sobreinvolucración son el preludeo a la impotencia, la desconfianza y el distanciamiento, es decir, al desgaste personal. Frente a ello es imprescindible que las personas que están en situaciones de apoyo en crisis intenten mantener tres principios básicos:

- **Objetivos (y capacidades) realistas**
- **Ser sanamente desconfiado.** En contextos complejos desde el punto de vista político o social un cierto nivel de desconfianza es sano y es un buen mecanismo de defensa. Pero esta desconfianza no puede llevar al aislamiento o a la hostilidad con aquellos a los que debemos acompañar.
- **Implicado, pero no implacable.** Es importante sentirse comprometido con la realidad. Los fines de semana están para trabajar cuando es necesario hacerlo. La implicación es un factor clave para desempeñar bien en el trabajo. Pero esto no puede llevar a sentimientos negativos (culpa si no se trabaja, rechazo hacia los miembros del equipo que no trabajan con “suficiente” implicación etc).

Estas dinámicas individuales (y en ocasiones grupales) pueden tener consecuencias en los equipos:

- **Hostilidad entre los miembros del equipo:** los equipos que han trabajado bajo condiciones amenazantes o críticas suelen tener grandes dificultades para discutir sus diferencias y enfrentar los conflictos tanto en asuntos profesionales como personales. Desde un silencio compartido (la tarea lo absorbe todo) a expresar las cosas fuera de tiempo, de manera inopinada o mal, dando lugar a problemas que no los había. Estas dinámicas pueden

manifestarse como competitividad, sobrevaloración de las capacidades propias y tendencia al protagonismo o descalificación de los profesionales jóvenes y sin experiencia.

- **Sobrevaloración de los aspectos técnicos o logísticos**, como un modo de regular la ansiedad generada por la situación crítica. Incapacidad para escuchar a la gente o para adoptar formas de trabajo participativas o que den el control a la población. Necesidad de control como un modo de vencer el propio miedo e inseguridad.
- **No neutralidad ética**. En contextos políticamente complejos las relaciones de confianza con las personas con las que trabajamos pueden basarse, con frecuencia, en manifestar un claro posicionamiento político junto a las víctimas. Saber los límites de ese posicionamiento –necesario por otro lado para nuestro trabajo– sin violar el mandato de neutralidad ética de la organización puede generar conflictos importantes que lleven a la persona al desgaste. Es importante tener criterios claros y realistas antes de emprender un trabajo respecto a la diferencia entre posiciones políticas personales y posición de la organización como actor en un conflicto

### ¿Por qué se van los miembros de un equipo?

De todo lo anterior se deducen seis posibles razones por las que algunas personas abandonan prematuramente el trabajo:

1. **Por agotamiento**. Mantener un ritmo excesivo de responsabilidades o trabajo (por ejemplo tratando con mucha gente o atendiendo múltiples responsabilidades sin un horario determinado) incrementa las demandas emocionales.
2. **Sobreimplicación personal**. Cuando una persona o un grupo dentro del colectivo mantiene un nivel de compromiso muy superior al de los que le rodean genera tensiones en los demás.
3. **Frustración de las expectativas de éxito**. Cuando se marcan objetivos irreales o éstos son vagos, se genera la sensación de estar caminando sin llegar nunca a nada. Es necesaria una idea de dónde se empieza y dónde se quiere llegar y fijar objetivos realistas que permitan tener una sensación de satisfacción por haber cumplido los objetivos.
4. **Control sobre los fines propios o los colectivos**. La ausencia de control sobre el entorno provoca sentimientos de frustración o impredecibilidad. Esto en relación directa con sentirse miembros del equipo e integrados e identificados con él. Las organizaciones excesivamente jerarquizadas o con normas de funcionamiento muy rígidas pueden llevar a la sensación de anulación como persona, especialmente cuando no hay margen a la iniciativa individual o cuando se pierde la sensación de control sobre las propias acciones.
5. **Ambigüedad en las tareas**. Tener o no una información clara sobre la tarea a realizar de modo que sea posible evaluar la actuación realizada y tener sensación de logro.
6. **Falta de experiencia, entrenamiento o apoyo** para las tareas asignadas por el grupo o la organización.

### Claves para enfrentar los problemas psicosociales en personal humanitario

Es importante que previo y durante la emergencia el personal siga algunas instrucciones mínimas que pueden ser preventivas de trastornos psicosociales:

- Identificar las fuentes de estrés para controlarlas, en la medida de la posible.
- Reconocer los estados emocionales antes de que degeneren en estrés acumulativo y de quedarse sin energía para tomar decisiones sobre el problema.
- Definir claramente los perfiles y las tareas, y cuando sea necesario, ver la posibilidad de hacer cambios en la organización del trabajo.
- Garantizar una adecuada formación, tanto en manejo de conflictos y actitudes en la ayuda humanitaria como sobre competencias técnicas y análisis de la realidad.

- Cuidar los canales de información y una buena comunicación interna como elemento central para el buen funcionamiento del equipo.
- Crear espacios para la reflexión y el apoyo mutuo que contribuyan a dar más sentido a la experiencia y a sistematizarla, estimulando las manifestaciones de reconocimiento y aprecio.
- Reconocer el enojo de otras personas no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación.
- Cuidarse físicamente y comer frecuentemente en pequeñas cantidades; tomar descansos cuando note que disminuye su fuerza física y su tolerancia psicológica.
- Mantener, en la medida de lo posible, el contacto con familiares y amigos para evitar una focalización permanente en los problemas a resolver.

Finalmente, el personal humanitario debe enfocar el impacto psicosocial de su trabajo una vez ha completado su tarea en la crisis humanitaria y regresa a su “vida normal”. El hecho de que su experiencia sea lejana a la de su entorno y debido a la falta de preparación de ambos, puede hacer que aparezcan conflictos con la familia o los amigos al regreso.

## Test de Autoevaluación de Estrés para Trabajadores Humanitarios<sup>11</sup>

Intenta contestar a las siguientes preguntas, señalando si esto te ocurre:

(1) Nunca (2) A veces (3) A menudo

1. Tengo dificultades para dormir
2. Me siento tenso, irritable y nervioso
3. Cualquier pequeño ruido me sobresalta
4. Estoy en alerta por los peligros que me amenazan
5. Me siento distante de los compañeros y les evito
6. Mi trabajo ya no me interesa y siento que no tengo futuro
7. Estoy muy cansado, física e intelectualmente
8. Tengo ataques de angustia, sudores y palpitaciones, sobre todo cuando algo me recuerda el hecho traumático.
9. Me siento hiperalerta, actúo impulsivamente y asumo riesgos sin calcular bien las consecuencias.
10. Reexperimento un hecho traumático en mis pensamientos, en mis sueños o pesadillas.

Calcula la puntuación:

- **Por debajo 15:** estado de estrés normal, teniendo en cuenta las condiciones de trabajo.
- **De 16 a 25:** Sufres un nivel de estrés importante. Hay que desarrollar medidas de autocuidado de modo prioritario.
- **De 26 a 30:** estado de estrés severo (¿Has tenido experiencias que pudieran considerarse traumáticas?. Deberías pedir ayuda a alguien cercano.

---

<sup>11</sup> ICRC Guidelines. *Coping with stress in humanitarian actions*. Geneva.



## 2. HERRAMIENTAS DE ACTUACIÓN: ESPACIOS DE PALABRA

### FICHA Nº 2.1. ENTREVISTA DE APOYO EMOCIONAL EN CRISIS

#### PAUTAS

---

No hace falta ser profesional para escuchar e interactuar con otros a tu alrededor y poder crear un ambiente de seguridad y confianza, ya que este apoyo se basa no solo en ciertas técnicas, sino sobre todo en nuestra relación con otras personas<sup>12</sup>. El objetivo de la entrevista de apoyo emocional en el contexto de una primera ayuda psicológica puede resumirse en los cuatro siguientes puntos:

- Ayudar a las personas a **encontrar respuestas**.
- Apoyar para que las personas puedan **restablecer su funcionamiento** después de la situación traumática vivida, con un acompañamiento que les permita restaurar su sentido de control sobre el medio (“nadie podía prever lo que pasó”) o cortar especulaciones culpógenas (“es casi imposible saber qué hubiera sido lo mejor en este caso”).
- Proporcionar información para que las personas puedan **manejar sus reacciones** emocionales.
- Prevenir o **mitigar la aparición de** manifestaciones psicopatológicas (llámese estrés postraumático u otras).

Las personas que realizan apoyo psicosocial deberían evitar la estigmatización de la persona como víctima o “enferma” cuidando las siguientes actitudes básicas:

- **Apoyar y escuchar:** una actitud de escucha, respeto, acogida y apoyo es fundamental en el momento de contactar con las personas afectadas.
- **Ayudar a enfrentar lo sucedido:** se debe ayudar a las personas en sus dudas respecto a pequeños problemas prácticos que, en momentos así, pueden parecer un mundo.
- **Dar sentido a la experiencia.** Una de las preguntas repetidas es : ¿Por qué tuvo que suceder?. ¿Por qué a mí?. Es importante no dejar estas preguntas abiertas.
- **Comprender las reacciones emocionales:** confirmar a los supervivientes que las reacciones emocionales tan fuertes que han vivido o que les sobrepasan son habituales, y que son las reacciones normales en tal situación.
- **Normalizar las reacciones físicas**, que son producidas por la tensión y que hay que entender como expresión del sufrimiento. Cuando las personas se encuentran muy aturcidas por el choque emocional abordar los síntomas físicos puede ser útil como una forma de hacer algo, de establecer una buena relación y de mejorar el bienestar.

---

<sup>12</sup> Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2002) *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Desclee de Brower. Bilbao, estructurado en dos volúmenes: un libro del alumno con ejercicios sobre cada uno de las habilidades básicas en psicoterapia y un libro del profesor con la teoría y las respuestas a los ejercicios propuestos.

- **Valorar los cambios en las relaciones sociales:** ayudar a los supervivientes a identificar los cambios sufridos en las relaciones familiares y sociales, incluyendo también las formas de solidaridad, nuevas amistades y grupos de apoyo que pueden ser vistos más adelante como parte de los propios recursos para la reconstrucción. A pesar de ello, tampoco hay que olvidar que las personas afectadas pueden sentirse decepcionadas por la falta de apoyo y comprensión de los que le rodean, lo que puede llevar a nuevas tensiones.
- **Aprender de los demás sobre nosotros mismos.** Cuando sentimos que el problema que nos cuenta la persona nos hace pensar en nuestra experiencia, hay que cuidar de no dejarse influir con nuestros propios problemas personales. Uno mismo debería poder darse cuenta y reflexionar sobre el modo en que le afecta la experiencia que está viviendo y si sus propios problemas pueden estar interfiriendo.

## TÉCNICAS

---

### Qué hacer

#### 1. Facilitar la expresión de las emociones sin permitir el descontrol

- Escuchar activamente y con empatía, es decir, ponerse en el lugar del otro y comprender lo que le está sucediendo, creando una atmósfera calurosa y humana alrededor de la persona.
- Permitir y normalizar el llanto como elemento de descarga emocional.
- No interrumpir cuando la persona expresa emociones negativas. Permitirlo y dejar que exteriorice sus sentimientos el tiempo que sea necesario, recogiendo en silencio su dolor.
- Sólo cambiar de tema cuando se intuye que la persona se va a descontrolar completamente, lo cual muy raramente va a suceder.
- En caso de descontrol (la persona se levanta, grita, se tira al suelo...), conservar la calma, hablar en un tono de voz tranquilo y suave y dejar que pase la crisis.
- En caso de que la emoción negativa predominante sea de enfado o rabia, facilitar la expresión procurando, con nuestra actitud más que con nuestras palabras, que la persona no se desborde. Si la queja o la rabia es contra nosotros, separar lo que dice (que habrá que escuchar y atender), del modo en cómo lo hace. En caso de agresividad verbal, no dejarse arrastrar respondiendo con frases del estilo “Usted no es nadie para hablarme así”, “ Si no le gusta, váyase”, sino muestre una actitud empática de intentar resolver las cosas del mejor modo posible.
- En el caso de un niño o niña que realiza actos agresivos de descontrol (romper objetos, golpear), es necesario enseñarle a autocontrolarse. Puede dejarlo momentáneamente sólo hasta que se controle o contenerle corporalmente (sin agresividad y sin gritarle, sólo conteniéndole).

#### 2. Preguntar sobre lo sucedido

- En un segundo momento, realizar algunas preguntas de carácter abierto, evitando realizar un interrogatorio.
- Si se sospechan, es especialmente importante abordar la posible existencia de ideas de suicidio. No hay que tener miedo a abordarlo directamente : quien está pensando en ello, encuentra alivio al ser preguntado. Contra lo que pudiera creerse por quien no tenga experiencia, raramente a alguien a quien nunca se le ocurrió la idea, va a pensar en ella a raíz de haberle formulado la pregunta.
- Aguantar el silencio y no pensar que “hay que decir algo”, porque los comentarios obvios o expresiones hechas como “la vida es así”, “lo importante es que estás viva”, “ya se sabe”, “hay que resignarse”, “a todos nos toca algún día”, etc, pueden sentar mal a la persona al darle la sensación de no ser comprendida. Pueden sentar mal expresiones bienintencionadas como “entiendo lo que le pasa” (porque genera sensación de distancia y de engaño), “sé como se siente” (cuando la persona tiene dificultades para saber ella misma lo que siente) o

“podría haber sido peor y lo importante es que está viva” (no sabemos el contexto y podemos provocar mayor culpa por haber sobrevivido).

- Aprender a dar apoyo emocional es, en gran medida, aprender a estar en silencio con una actitud de la cara y el cuerpo que muestren atención y apoyo.
- Si la persona queda bloqueada, se puede hacer alguna pregunta o repetir algunas ideas que ella ha dicho como una manera de ayudarlo a que siga, pero siempre es el otro quien debe hablar.
- Aguantar la información angustiante, el horror y el dolor de la otra persona sin ponerse nervioso ni devolverle la angustia.

### **3. Aclarar y ordenar**

- Ayudar a ordenar las ideas y los argumentos a favor y en contra, cuando la persona está confusa respecto a qué camino tomar, orientando en lo necesario, pero evitando los consejos directivos.
- En ciertas ocasiones, cuando en los primeros días se da un estado de desorientación que dificulta la toma de decisiones, puede ser adecuada una actitud más directiva, con instrucciones sencillas y breves, de carácter práctico, aplazando decisiones de mayor trascendencia para cuando la persona pueda recuperar una situación de control.
- Ayudarle a recordar otros momentos difíciles, aunque no se parezcan a la situación actual, e identificar lo que hizo para afrontarlo.
- Destacar honestamente las fortalezas demostradas por la persona hasta el momento y ayudarlo a reconocer sus formas de resistencia y a buscar recursos positivos a su alrededor en los que no había reparado (familia, amigos...).
- Sugerirle ideas que puedan facilitar algunas de las cosas que ha enumerado como posibles caminos, así como técnicas de negociación.
- Pensar en la posibilidad de esperar a tener más información, si el problema lo permite, y animar a buscar esa información.
- Organizar el pensamiento realizando resúmenes periódicos de lo que la persona nos ha contado y devolviéndoselo para centrar lo que está contando.
- Transmitir la necesidad de aceptar lo ocurrido (lo que no significa que no tenga que expresar el dolor y la angustia que pudiera sentir).

### **4. Acompañar**

- Saber esperar: a veces no es el mejor momento para hablar con la persona, ya que quizá considera que no tiene ningún problema o que no necesita ayuda. En este contexto, hay que respetar al otro y dejar espacio. La ayuda no pedida provoca agobio y rechazo. En todo caso, se trata de darle información que le ayude a pensar y de estar atentos a si en el futuro pudiera necesitar apoyo.
- Aceptar a las personas tal y como son sin juzgarlas: mostrar al otro una aceptación sin condiciones previas y sin emitir juicios de valor sobre su comportamiento. Por ejemplo, es difícil ayudar a una persona a la que, de entrada, le reprochamos porque bebe o porque golpea a su pareja. Esto nos va a impedir hablar de lo que le puede estar pasando, preguntarle (lo que de hecho ya es cuestionarle) por qué lo hace y trabajar cómo poder cambiar esas actitudes y conductas.
- Animar a la persona a que haga pequeños cambios en su conducta, que sean pequeños retos que pueda cumplir (salir más de casa y hablar con los vecinos, trabajar una hora al día, beber un poco menos, etc.). Plantearlo como “experimentos”, es decir, cosas que puede ensayar si se siente con ánimo, y ver qué es lo que ocurre, qué piensa o cómo se siente si lo hace. No debe, en ningún caso, ser una “tarea” o una exigencia.
- Garantizar la confidencialidad preservando la intimidad de las personas a las que se da apoyo para poder tener su respeto y confianza.
- Puede valorarse, según las circunstancias, desarrollar reuniones grupales con las personas afectadas con actividades para el manejo de la tensión.

## **Qué no hacer**

- Permitir el descontrol. Es falsa la idea de que “descargar” la rabia a través de la violencia, alivia. Generalmente ocurre lo contrario : la persona se siente con más rabia aún.
- Evitar, por miedo, los temas posiblemente embarazosos, como hablar de las ideas de suicidio.
- Hablar continuamente para llenar los silencios
- Cuando la persona llora, habla con voz entrecortada, se interrumpe o parece bloquearse, caer en la tentación de decir obviedades.
- Decirle lo que hay que hacer, porque cada persona debe tomar sus decisiones (como parte de su proceso de fortalecimiento y autoconfianza) y también porque, si no siguiera nuestros consejos, pensaría que nos ha decepcionado y podría no acudir de nuevo.
- Prometer cosas que no se pueden cumplir en vez de ser franco con las limitaciones existentes.
- Tratar de trabajar elementos de duelo u otros síntomas postraumáticos, porque no es el momento y donde hay que poner el énfasis, en este momento, es en los elementos prácticos. El apoyo en crisis no es el lugar para hacer psicoterapia.

## FICHA Nº 2.2. LA ESCUCHA ACTIVA

En ocasiones es necesario saber escuchar fuera de un contexto de crisis (VER FICHA 2.1). La persona requiere apoyo, pero sus problemas no constituyen una urgencia, y nuestra intervención puede prolongarse más en el tiempo. La escucha activa es un primer nivel de apoyo a través de la palabra. No constituye un trabajo sistemático de exploración y cambio, como lo sería una psicoterapia, sino una acción normal desempeñada por cualquier persona que se ve en la situación de sostener una conversación de apoyo en términos básicamente emocionales.

La capacidad para saber escuchar es un requisito básico cuando se trata de facilitar espacios de palabra con la intención de acompañar procesos de afrontamiento en contextos de crisis humanitarias. Si bien es una técnica fácil de adquirir mediante la práctica, en general, no son muchas las personas que escuchan de forma debida. Cuando se escucha activamente se deja de lado el ritmo habitual en una conversación en lo que se refiere a dar y recibir, lo que supone un cambio significativo en la dinámica. En otras palabras, la escucha activa significa dejar de lado momentáneamente tu propio punto de vista para sintonizarse con la otra persona y tiene mucho que ver con la empatía, que es la capacidad de ponerse en la piel de la otra persona y comprender con respeto lo que está experimentando.

Es fundamental tener claro que para poder “escuchar” y “acompañar” no es necesario “entender” y que partimos de una imposibilidad básica: la incomunicabilidad de la vivencia traumática extrema. Lo que se puede aprender de las personas que han pasado por experiencias extremas es que es muy difícil poner palabras al horror. Expresiones como “no puedes entender” o “no sabes lo que esto” son comunes. Y uno debe ceder a la tentación de decir : “si puedo entenderlo”. Porque, para empezar, es falso. Ni aún siquiera si se ha pasado por la misma experiencia, porque cada vivencia es única. La experiencia traumática extrema es, por definición, inenarrable, incomunicable, incomprensible. En este sentido, lo honesto (y lo terapéutico) es reconocerlo así y, pese a eso, querer acompañar.

### Elementos generales de la entrevista

Si la entrevista no ha sido solicitada, es básico cuidar los aspectos formales. Así, ante la evaluación médica de una persona que sufrió abuso sexual hace unos meses, puede parecer importante, a primera vista, preguntar por los hechos. En realidad no es así. Normas a seguir son:

- Dar al otro el control de la entrevista: *¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento?*
- Justificar la necesidad de las preguntas: *Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber. No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar.*
- No imponer un ritmo: *En cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor.*
- Ofrecer opciones: *Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos o dibujarlos o sacarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.*

No hurgar en lo ocurrido, ya que para dar apoyo emocional no se necesita saber la “verdad” de lo ocurrido. Resulta más relevante poner el foco de atención en cómo se siente la persona respecto a eso (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza...) y detectar cuales de estas

emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza severas) y trabajar conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos.

## Qué hacer

- Observar la comunicación no verbal y considerar lo que está sintiendo la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice.
- Preguntar por sus necesidades, preocupaciones, ansiedades y dificultades.
- Formular las preguntas de manera abierta, que faciliten la comunicación, por ejemplo “¿cómo ves la situación?”
- Mostrar una actitud de comprensión con el cuerpo y utilizando expresiones como “puedo ver que...”, “por lo que dices, parece que te sientes...”, pero evitando “lo comprendo”.
- Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando.
- Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y para darle la oportunidad para corregirnos y, a la vez, profundizar en lo que está diciendo: “¿estás diciendo que no puedes soportar tanta tensión?”
- Aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma o llenar el silencio con cualquier comentario.
- Tener una actitud corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin brazos o piernas cruzadas), hacia delante y acercándose al otro, aunque
- Tener contacto con la vista como signo de aceptación y de escucha y no rehuir, en ciertos momentos, el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal.
- ¿Se puede llorar? En determinados contextos llorar es un signo de salud mental de la persona que presta apoyo y raramente va a influir de manera negativa. Por el contrario, en la mayoría de ocasiones, supondrá incluso un refuerzo del vínculo entre ambas personas. No poder, puntualmente, reprimir el llanto es un signo perfectamente tolerable de apertura de uno mismo y, probablemente, se trate de una reacción normal de empatía sin mayores complejidades.

## Qué no hacer

- Decir “le entiendo” o “imagino por lo que está pasado”, porque a parte de inadecuado es falso.
- Pensar por adelantado lo que vas a decir
- Ignorar o negar los sentimientos de la otra persona
- Fingir que has comprendido, si no es así
- Hablar de ti mismo o de historias parecidas
- Cambiar de tema o zanjar la cuestión.
- Aconsejar: “creo que deberías...”, “¿cómo es que no...?”
- Tranquilizar, tratar de animar, consolar o quitarle importancia: “anda, ánimo ¡no hay para tanto!”
- Diagnosticar, juzgar o criticar lo que la persona hizo.
- Instruir: “esto puede ser una experiencia interesante si...”
- Hostigar con preguntas o corregir: “¿cuándo empezó todo?”, “no, esto no fue así”

## FICHA Nº 2.3.

### ENTREVISTA DE TESTIMONIO: NARRACIÓN DE HECHOS

#### PAUTAS

---

Como se ha dicho, en víctimas de crisis humanitarias considerar los síntomas de modo independiente a las causas que los generaron puede resultar alienante, ya que las personas suelen sentir la necesidad de validar los hechos vividos, es decir, narrarlos y que sean reconocidos. Por este motivo el testimonio, que es un modo de hacer un recuento sistemático de hechos, suele ser una herramienta fundamental cuando el silenciamiento hace que los supervivientes necesiten ser creídos respecto a los acontecimientos y pasa a un segundo término cuando lo requerido es confirmar las emociones. En este sentido, el testimonio tiene una dimensión terapéutica y, si se usa con esta intención, debe estar sujeto a estrictas **normas éticas**, que tienen que ver con:

- El **consentimiento** explícito a dar testimonio
- Los **finés** del testimonio, que no deberían ser otros que los pactados, como sería el caso de utilizarlos sin previo pacto para denuncias que no haya decidido o llevado a cabo la propia persona, o para estadísticas o publicaciones.
- La confidencialidad y la **seguridad** de la información cuando ésta pueda poner en riesgo la integridad o la vida del superviviente.

#### TÉCNICAS

---

Para la entrevista de testimonio <sup>13</sup> hay que tener en cuenta los siguientes pasos:

1. **Preparación.** En caso de requerirse un traductor, debe realizarse antes una discusión con él sobre su papel y ensayar el modo en el que se va a trabajar.
2. **Alianza terapéutica.** La persona que realiza la entrevista se asegura que hay expectativas realistas respecto a la finalidad del testimonio y sobre su papel.
3. **Dar el testimonio.** Si es posible, registrar la narración con una grabadora o cámara de video o, si no, tomar notas que puedan ser sistematizadas posteriormente. La persona que entrevista tiene un papel activo e interrumpe el relato para preguntar sobre las reacciones emocionales en una determinada situación o para clarificar situaciones. La recogida de testimonio suele seguir la siguiente estructura:
  - Nombre, procedencia y porque es importante dar testimonio.
  - Hechos anteriores a la(s) situación(es) traumática(s).
  - Hechos traumáticos con el máximo detalle posible: lugar, hora, personas implicadas (información para identificarlas). Si es necesario puede apoyarse en dibujos o esquemas.
  - Consecuencias: manifestaciones físicas y emocionales, percepción de seguridad y protección, efectos en la vida cotidiana.
  - Esperanzas y deseos para el futuro

---

<sup>13</sup> Para una descripción detallada de los fundamentos y una guía sugerida de procedimiento ver Agger I, Jensen S. (1990) *Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees*. Journal of Traumatic Stress. 3, 115-130

- Declaración final afirmando que cuanto se ha dicho se ajusta fielmente a la verdad.
4. **Revisión y edición conjunta del testimonio**, aclarando detalles confusos.
  5. **Cierre simbólico**. La persona firma el documento final (y la persona entrevistadora puede firmar como testigo del proceso). Una copia del documento queda en la historia clínica (si las condiciones de seguridad no recomiendan otra cosa) y otra es entregada a la persona para el uso que quiera darle.

## Qué hacer

- Animar a la persona a que siga hablando cuando lo hace de manera breve, pero sin dirigir lo que está diciendo, con algunas técnicas como:
  - Repetir lo último que ha dicho: (entrevistado) “...entonces llegaron los de la otra comunidad.” (entrevistador) “...los de la otra comunidad?”
  - Usar sonidos o monosílabos como “ya, si, si, entiendo, ya...”
  - **Hacer preguntas neutras como “¿Y que pasó entonces?” o de profundización “¿por qué le parece que pasó eso?”**
- Hilvanar las preguntas de una manera fluida, que de un sentido de conversación, evitando los cambios bruscos de tema.
- Interrogar por una sola cosa en cada pregunta, evitando la confusión de temas como sería preguntar: “¿Han estado a gusto en el albergue porque han llegado suficientes cosas a través de donaciones?”. Lo adecuado sería separar si están bien en el albergue y qué piensa del número y el contenido de las donaciones.

## Qué no hacer

- Inducir la respuesta con preguntas del estilo “¿Cree usted que a la mujer no se la tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones?” en lugar de preguntar “¿cree que se discrimina a alguien a la hora de tomar decisiones?” o, por ejemplo, decir “Hábleme del problema de la comida”, en lugar de “¿Cómo cree que está funcionando la distribución de comida?”.
- Preguntas cuya respuesta tenga un fuerte condicionante de aceptación social como podría ser “¿usted se considera racista?”, en lugar de “¿le molesta que hayan venido personas de otras comunidades a instalarse en esta zona?”
- Mostrar entusiasmo, mover la cabeza o apuntar detalladamente según qué opiniones, descartando o tomando un breve apunte de las opuestas.

El proceso de testimonio trata de transformar un hecho doloroso en un documento que es una memoria viva, evitando la angustia de vivir con una narración pendiente de ser contada. Así, esa experiencia vivida puede pasar de ser un elemento de autodestrucción a uno de construcción social. Para llevarlo a cabo, requiere hacer un trabajo de dignificación, de recuperación de la confianza de la persona consigo misma y de la sensación de control sobre la vida y el entorno.

Además de tener una dimensión psicosocial, la persona también puede utilizar el testimonio como instrumento legal o de denuncia, si así se pacta. En dichos casos, el texto escrito del testimonio puede evitar que la persona tenga que narrar una y otra vez los hechos traumáticos protegiéndola en contextos que podrían volverla a traumatizar. Para ello, sería adecuado revisar



el texto eliminando los detalles poco relevantes jurídicamente, embarazosos, comprometidos o que pudieran provocar una reactivación del sufrimiento psicológico. En esta actividad nuestra implicación se limitaría a asesorar a la persona superviviente en ese sentido, facilitarle documentos de alta médica y, en todo caso, información sobre los organismos de derechos humanos cuya función es precisamente la de denuncia.

## FICHA Nº 2.4.

### EL TRABAJO EN GRUPO

Una de las herramientas básicas es el funcionamiento con grupos para abrir espacios de palabra y promover el diálogo, el debate y la reflexión como forma de fortalecer las capacidades para hacer frente individual y colectivamente a las adversidades.

En función de la finalidad del grupo conviene distinguir, al menos, entre **grupos psicoterapéuticos** (en los que lo que les agrupa es el sufrimiento psicológico común de los participantes y el objetivo disminuirlo a través de técnicas que el terapeuta desarrolla en grupo) y los **grupos de apoyo** (cuyo objetivo es compartir ideas para afrontar mejor situaciones críticas en personas con o sin afectación clínica), que pueden ser grupos de apoyo mutuo (basado en las vivencias personales de los miembros y sin conducción externa) o grupos psicoeducativos (cuando hay una conducción con un guión de contenidos para transmitir).

#### ¿Por qué trabajar en grupo?

Ventajas	Inconvenientes y prevenciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mayor número de personas atendidas en contextos de emergencia</li> <li>▪ Relación no horizontal (no directamente terapéutica), más fácilmente aceptable, especialmente si se evita en las convocatorias palabras como “salud mental”, “psiquiatría”, “terapéutico” u otros con connotaciones que pueden ser vistas como negativas o estigmatizantes.</li> <li>▪ Vínculos entre los participantes y fomento del apoyo mutuo en otros contextos</li> <li>▪ Identificación de experiencias y de sentimientos con facilidad que puede tener un efecto <i>normalizador</i> más fuerte que las palabras de un terapeuta, de quien se puede percibir que <i>no sabe</i> o <i>puede entender</i> lo que el otro está viviendo.</li> <li>▪ Soluciones y modos de enfrentar los problemas compartidos adecuados a la cultura y a las circunstancias.</li> <li>▪ Cuando la persona siente la necesidad de seguir hablando de lo ocurrido y ya hay un agotamiento de las personas cercanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En un contexto de crisis, donde las circunstancias cambian a diario, los grupos pueden ser difíciles de convocar y la presencia de los participantes inconstante. Hay que contar con que suele ser difícil convocar un grupo suficientemente grande con un funcionamiento regular, para adaptar los objetivos y las metodologías que se emplearán.</li> <li>▪ Si los niveles de afectación no son homogéneos, hay el riesgo de retraumatizar a las personas menos afectadas. Es preciso pensar cada caso.</li> <li>▪ En toda comunidad siempre hay un porcentaje relevante de personas (5-10%) con síntomas psicológicos más o menos crónicos, independientemente de las circunstancias extraordinarias actuales. Una intervención en emergencia no puede tener como objetivo problemas, conflictos personales o características de personalidad que tienen raíces mucho más lejanas. Es difícil, pero necesario, mantener el foco en la intervención en crisis.</li> </ul>

## Técnicas formales de trabajo en grupo

De una manera un tanto arbitraria puede distinguirse entre técnicas formales e informales de trabajo en grupo. Las primeras tienen que ver con procedimientos estructurados de sistematización de la discusión y la búsqueda de conclusión que aumenten la eficacia del trabajo grupal. Pretenden *ordenar* el trabajo. Las segundas pretenden el uso de metodologías que a través del acceso a aspectos más emocionales (frente a los puramente reflexivos o verbales) permite vías de conocimiento pedagógico y discusiones menos teóricas y más centradas en la realidad y con argumentos que no habrían surgido de la simple reflexión. Tienen que ver con metodologías que permiten sintonizar con aspectos de la realidad para poder pensar mejor sobre ella.

La siguiente tabla es una recopilación de algunas de las técnicas formales de trabajo en grupo más conocidas, brevemente explicadas, junto con algunas indicaciones respecto a posibles contextos de uso :

TÉCNICA	UTILIDAD
<b>Diálogos simultáneos (“cuchicheo”).</b> Por parejas comentan un tema durante unos minutos. Posteriormente, en plenaria, cada persona explica lo que piensa su pareja del tema.	Para situaciones iniciales y estímulo a la participación
<b>Grupo de discusión. Philips 66.</b> Dividir el grupo grande en grupos de seis, que discutirán durante seis minutos. Un portavoz explica posteriormente al resto las conclusiones a que han llegado. (Tanto el número en el grupo como los minutos pueden variar).	Mayor riqueza de ideas. El grupo pequeño filtra las ideas muy extravagantes. Se evita que unas pocas personas monopolicen toda la discusión.
<b>Entrevista colectiva.</b> Varios expertos acuden para aportar ideas. El grupo grande se divide en grupos pequeños, que deben discutir y proponer tres preguntas a los expertos. Posteriormente se ponen en común, se ordenan y los expertos pasan a contestarlas, iniciándose el debate con ellos y entre los participantes.	Estimular la participación. Orientar una exposición hacia los intereses exactos de la gente.
<b>Lluvia de ideas.</b> Los participantes, ante un problema, generan la mayor cantidad de ideas posibles en un minuto, sin pensar si son lógicas o factibles. Lo importante es la velocidad. Se apuntan todas las dichas por extrañas que sean y el moderador las ordena. Posteriormente se inicia el debate una por una y se avanza por consenso tomando las partes positivas de cada idea.	Al iniciar una sesión, superar un bloqueo (no sirve para discusión estructurada). Desarrollo del pensamiento creativo.
<b>Técnicas de expertos (mesa redonda, panel...).</b> Se invita a personas con posturas representativas de ideas opuestas respecto al tema que hay que debatir. A partir de las exposiciones se inicia el debate posicionándose respecto a las ideas y posibilidades expuestas.	Discusión, confrontar ideas. Desarrollo de un tema en varios aspectos.
<b>Técnica del riesgo.</b> El grupo imagina, dadas las circunstancias, cuales pueden ser las situaciones que les producen temor. Posteriormente se intenta definir exactamente a qué se tiene temor (ponerle cara al miedo), se buscan las evidencias y las formas de enfrentarlo.	Permite el análisis y afrontamiento comunitario de riesgos y temores, disminuyendo el impacto de rumores.
<b>Toma de decisiones rápidas.</b> El moderador va planteando diferentes escenarios que pueden darse en el futuro y, en un minuto, las personas deben decir o escribir qué harían. Luego se pone en común y se ve la adecuación de cada “decisión rápida” que han tomado los	Análisis de pros y contras y posibilidades de acción. Útil ante situaciones nuevas.

participantes. Puede complementarse con una escenificación ( <i>role-playing</i> ) de la situación, para acabar de ajustarla a la realidad posible.	
<b>Técnicas de visualización.</b> Durante cinco minutos, cada participante imagina la situación que se va a discutir a través de una visualización guiada que va sugiriendo el moderador. Después se intenta reflejar en un papel las emociones y sentimientos sentidos durante la visualización, los pensamientos que han surgido y las acciones imaginadas si las hubo. Finalmente se pone en común.	Discusión menos racional, teniendo en cuenta los componentes emotivos.
<b>Andar el camino.</b> Los participantes imaginan la vida, de la persona y/o la comunidad, como un camino. El camino tiene un punto de partida, la situación actual, un punto de llegada, dónde quisiera llegar y unos pasos a dar, lo que podemos hacer para alcanzar el punto de llegada partiendo de la situación actual. Se pueden hacer tres grupos, cada uno analiza una de las tres partes y luego se coloca en común.	Abre las perspectivas del grupo y le ayudará a situarse ante su realidad con otra mirada.
<b>Imaginar el futuro.</b> Variante de la dinámica anterior en que la gente se divide en grupos pequeños. La mitad de los grupos imaginará el mejor escenario posible para la comunidad en el futuro, y la otra mitad el peor. En la puesta en común se van recogiendo ambos, lo que nos permitirá sacar qué factores nos llevarían a uno y evitarán el otro. De aquí pueden salir una lista de ideas de trabajo, que puedan posteriormente priorizarse según los criterios de la tabla de decisión-acción (VER FICHA 3.3.). Puede animarse el debate haciendo, previamente, una ronda de palabras sobre cómo ha sido el proceso hasta llegar aquí y qué tal estamos ahora.	Análisis completo de realidad. Similar al método DAFO (VER FICHA 3.4.) pero con una secuencia lógica más fácil de entender. Deberían estar presentes el mayor número de sectores posibles de la comunidad en el análisis.

## Técnicas informales de trabajo en grupo

Su objetivo es facilitar el conocimiento a través de la experiencia. Se utilizan cuando se requieren aspectos vivenciales para evitar el distanciamiento y la racionalización excesiva ante ciertas situaciones. Por ejemplo no es lo mismo discutir cómo se debería reaccionar ante una crisis que representar la situación y sorprenderse con las reacciones que presenta cada persona. Hay que tener en cuenta que el conocimiento no siempre surge del grupo y que es difícil discutir de ciertos temas sólo a partir de la experiencia de la gente. En este sentido, las técnicas formales e informales se complementan.

Existen numerosos recursos sobre técnicas informales de trabajo en grupo y dinámicas participativas, entre los cuales es recomendable buscar las ideas más adaptadas al contexto de trabajo y a los objetivos planteados. Al final del texto se incluyen algunas recomendaciones bibliográficas clásicas.

De manera muy resumida, algunas de las dinámicas más conocidas son las siguientes:

TÉCNICA	UTILIDAD
<b>Para trabajar la confianza y las relaciones internas y externas del grupo</b>	
<b>Caminar a ciegas.</b> Una persona guía a otra, que tiene los ojos vendados, intentando sortear obstáculos.	Analizar las sensaciones de vulnerabilidad e indefensión.
<b>El muro humano.</b> La persona camina con los ojos cerrados hacia una pared, confiando en que los compañeros le van a detener con un abrazo antes de llegar. A medida que se adquiere confianza se	Dificultad para confiar plenamente en los

<p>puede aumentar la velocidad.</p> <p><b>Salto al vacío.</b> Por parejas. Cada uno, de espaldas, con el cuerpo rígido, se deja caer hacia atrás. El otro, situado a medio metro, le sujeta en la caída. Posteriormente se intercambian. Puede repetirse con los ojos cerrados.</p> <p><b>Escultura humana.</b> Infinidad de variantes. Los participantes se van colocando en una determinada posición. Se van añadiendo progresivamente más. Se analiza tanto el conjunto como la postura de cada uno.</p>	<p>demás y necesidad de hacerlo en ocasiones.</p> <p>Apoyo mutuo en las situaciones difíciles. Confianza al hablar y compartir</p> <p>¿Qué papel elegimos respecto al grupo? ¿Cómo nos presentamos? ¿Cómo nos perciben?.</p>
<p><b>Para representar la realidad que nos rodea</b></p>	
<p><b>Dibujar, modelar, fotografiar, hacer collage...</b></p> <p><b>Narraciones, cuentos, historias enlazadas ...</b></p> <p><b>Sociodrama o dramatización.</b> El grupo se divide en subgrupos. A partir de una situación prototípica se realiza una pequeña escenificación. Posteriormente se discute los sentimientos generados, lo que la situación genera, las reacciones de cada cual, las reacciones del resto del grupo que estaba viendo etc.</p>	<p>Representar las personas, circunstancias, conflictos, que rodean a la persona, para abrir el diálogo sobre ello</p>
<p><b>Para comprender el otro y desarrollar la empatía</b></p>	
<p><b>Análisis de grupos.</b> El grupo grande se subdivide en grupos pequeños. Cada uno de los grupos representa un rol determinado y analiza la realidad desde esa óptica. Posteriormente se pone en común y se confrontan las necesidades y posturas.</p> <p><b>Inversión de roles.</b> A cada persona se le pide que represente su rol antagónico.</p> <p><b>Ejercicios de silla vacía.</b> Diálogo imaginario con uno mismo sentado en una silla colocada enfrente, o diálogo con alguien ausente con quien se tienen dificultades.</p> <p><b>Cambiar el guión.</b> Imaginarse a uno mismo en una situación conflictiva haciendo exactamente lo contrario de lo que suele hacer.</p>	<p>Entender mejor las reacciones del otro.</p> <p>Desarrollar una mayor tolerancia y comprensión</p> <p>Verse a sí mismo “desde fuera” para ser más conscientes del efecto que provocan las reacciones propias en los demás.</p>

**FICHA Nº 2.5.**  
**DESACTIVACIÓN (*DEBRIEFING*)**

## PAUTAS

---

El *debriefing* es una técnica de intervención en crisis durante la cual varias personas que han vivido una experiencia extrema realizan una revisión del suceso en grupo, de las reacciones ante el mismo y de las sensaciones y sentimientos, facilitando también información de cuales son las reacciones esperables ante situaciones similares. Su objetivo es tratar de reorganizar en grupo los hechos vividos para prevenir la aparición de síntomas psicológicos a corto, medio y largo plazo. En este sentido, tiene una función más educacional que psicoterapéutica, ya que no es una psicoterapia ni un grupo de autoayuda, sino un espacio de ventilación y normalización.

Esta técnica se basa en la hipótesis de que siempre es bueno hablar después de haber sufrido experiencias traumáticas o difíciles, y existe cierta tendencia a pensarlo. A pesar de ello, varias evaluaciones muestran que hablar sobre el hecho traumático inmediatamente después de él no tiene el efecto deseado, ya que expresarse sobre esas vivencias emocionales también implica un **desgaste psicológico** y, si bien tiene un efecto positivo en la salud física a largo plazo, puede inducir un **efecto negativo en el estado de ánimo y fisiológico inmediato**. Si bien inhibir lo que uno piensa es negativo, hablar en sí mismo de forma inducida no es necesariamente beneficioso. Además, puede haber muchas diferencias culturales en lo que resulta ser socialmente correcto respecto a la expresión de emociones tras una experiencia traumática.

Además de las anteriores, se han hecho las siguientes críticas<sup>14</sup>:

- La inmediatez de la intervención hace que los participantes estén demasiado impresionados por el suceso como para ser receptivos.
- Se puede interferir con el proceso natural de recuperación de cada uno al distorsionar las defensas psicológicas propias que están empezando a ponerse en marcha.
- Al basarse en una sola sesión pueden abrirse heridas de las que luego no hay seguimiento.
- La negación es un buen mecanismo de defensa para muchas personas.
- Realizado de modo indiscriminado (todos los presentes en el momento del hecho) hace que para algunas personas sea simplemente un espacio de morbo o exhibicionismo, mientras que para otros hay un riesgo elevado de retraumatización
- La mayoría de situaciones traumáticas de la vida real no están asociadas a hechos puntuales sino a estrés crónico repetido (guerra, violencia social o política, catástrofes repetidas en el tiempo...)
- Hay un importante potencial de traumatización vicaria en algunas personas especialmente sensibles que no han sido testigos de las escenas más atroces.
- Focaliza sobretudo en los aspectos negativos “esperables” tras un trauma, teniendo poco en cuenta aspectos de crecimiento y de refuerzo de competencias.

Un metanálisis de la Fundación Cochrane concluía que debía proibirse el uso indiscriminado de técnicas de *debriefing* tras hechos traumáticos al no existir evidencias empíricas de su utilidad. En otras palabras, es preferible bloquear las narraciones estereotipadas de los hechos hasta que se den las condiciones en las que hablar es positivo. Éstas se dan cuando, por un lado, **la persona considera que le puede ser útil** recordar los hechos de manera estructurada e integrar emociones y reevaluaciones, en un momento en el que le es posible tomar distancia psicológica y siempre que no se haga de manera repetitiva. Por otro lado, cuando **la persona desea hablar y se siente capaz** porque se ha construido un vínculo de apoyo que permitirá acompañarle en el proceso de reconceptualización de lo vivido. En este sentido, organizarse en comités de emergencia o grupos de afectados puede ayudar a la gente a participar, resolver sus problemas y poder compartir sus experiencias, de una manera menos focalizada, con otras personas significativas.

---

<sup>14</sup> Ver Rose S, Bisson J, Wessely S. (2004) *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder* (PTSD). The Cochrane Library, Issue 1, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Con el fin de compensar estas limitaciones del *desactivado*, hay quienes proponen retrasar la intervención dejando que la persona ponga en marcha sus recursos propios, que, en la gran mayoría de personas, serían suficientes para en dos o tres meses, integrar la experiencia. Para las personas más afectadas hacer sesiones de ventilación más específicas, contextualizadas y con la posibilidad de un seguimiento posterior.

Las versiones estereotipadas, repetidas una y otra vez a amigos o familiares de manera mecánica y contadas sin resonancia afectiva no son útiles para ayudar a afrontar la experiencia. En consecuencia hay un trabajo de *maduración* del momento del recuento de hechos a través de crear un vínculo sólido, proveer las condiciones y estimular el deseo y la necesidad de contar. En resumen, esta técnica está indicada cuando las personas demandan apoyo o reconocen la necesidad del mismo, por lo tanto están motivadas y necesitan hablar de lo ocurrido (sólo en casos muy extremos estaría indicado hacer la participación obligatoria); cuando no se da una respuesta de su medio habitual; y cuando se realiza un trabajo ordenado y sistemático de contextualización emocional. En otras palabras, el arte no consiste en lograr arrancar el máximo número de detalles de lo ocurrido, sino en saber elegir el momento adecuado que permita conectar con las emociones para resignificar los hechos.

### **Factores a tener en cuenta en un *debriefing***

1. **Lugar o espacio físico** que permita colocarse en círculo y verse las caras.
2. **Número de personas** mayor de cinco para poder reconstruir los hechos y menor de quince para que todas puedan participar.
3. **Dinamización o conducción** del grupo por personas con experiencia previa, preferiblemente alguien externo a la situación. Las características de esta persona pasarían por saber:
  - Buscar el equilibrio entre adoptar un papel muy activo o demasiado pasivo.
  - Estar atenta a todo lo que se va diciendo.
  - Tener una actitud siempre respetuosa y de devolución, tanto verbal como no verbal.
  - Ser abierta y honesta cuidando el lenguaje no corporal y el contacto visual.
  - Poner siempre el foco en el interés colectivo y evitar centrar la sesión en experiencias particulares recordando que no es una terapia de grupo sino de recolocación.

## **TÉCNICA**

---

El *desactivado*, según el modelo clásico con el que se identifica este nombre a escala internacional, se realiza de dos a siete días después del suceso, tiene una duración aproximada de dos a tres horas y está dirigido por personal cualificado. Normalmente se lleva a cabo en una única sesión con el objeto de intentar dar un final al episodio y, en este sentido, se distingue del *defusing* que se realiza el mismo día de la catástrofe y sólo pretende abrir un espacio para compartir las primeras emociones y sentimientos. Esta técnica pretende lograr transmitir una educación básica sobre la respuesta humana al estrés, normalizar las sensaciones y, para algunas personas, poder reconocer que tal vez necesitan ayuda adicional y facilitar que puedan encontrarla fácilmente.

### **Qué hacer**

1. **Preparación de la sesión.** Definir qué estructura se va a seguir, los objetivos y las maneras de favorecer la motivación con previo conocimiento del grupo, a ser posible, para ver cómo plantear las cosas o qué tipo de lenguaje es mejor usar.



2. **Presentación.** Duración breve (8-12 minutos) para que quienes conducen la sesión se presenten y expliquen ampliamente el por qué del grupo (se trata de reforzar la confianza en el proceso), y las reglas y las fases que se van a seguir (disminuye la ansiedad y aumenta las expectativas al ver que se trata de un proceso estructurado con una persona de referencia que lo dirige). En otras fases la conducción perderá protagonismo (cuando la gente empiece a compartir), para volver a tomar un papel activo al final de la sesión en el momento de dar información o sacar conclusiones.
3. **Fase de hechos** en la que cada cual relatará el suceso, siempre de forma voluntaria y se dará paso a todo el que quiera compartir experiencias. El objetivo es contribuir al entendimiento común de lo que ha pasado. Es muy importante que, desde la conducción, se fomente un clima de confianza y de intimidad que favorezca la participación de todo el mundo.
4. **Fase de pensamientos** en la cual se relatan pensamientos, posibles explicaciones y sensaciones sobre lo ocurrido, con el fin de dar coherencia y buscar lógica al suceso. Junto a la fase anterior se intenta tomar una cierta perspectiva con respecto al hecho. Si el clima del grupo es bueno, esta fase se puede fundir con la siguiente.
5. **Fase de reacciones.** Se intenta dar nombre a las emociones que surgieron, cómo reaccionó el cuerpo. El objetivo es ventilar sentimientos con el fin de disminuir la ansiedad, prevenir la aparición de imágenes intrusivas e intentar evitar las rumiaciones, promoviendo la unidad y el fortalecimiento del grupo.
6. **Fase de información.** Quien conduce retoma de nuevo un papel protagonista haciendo llegar al grupo información, tanto verbal como escrita, de las reacciones naturales esperables ante este tipo de situaciones y de los beneficios de relatar y hablar sobre los hechos. Entre la información que se da se pueden sugerir estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, de autocontrol etc.
7. **Cierre.** Se resume el proceso, lo aprendido en cada fase y se sacan conclusiones. Se ofrece continuidad de ayuda para aquellas personas que pudieran sentirse mal posteriormente, dando alguna vía de contacto.

Sobre este esquema básico pueden haber numerosas variaciones. Una importante es añadir la *valoración que cada persona hace de cómo actuó*. Separamos las emociones generadas por el impacto traumático de las generadas por *cómo se reaccionó* ante ello. Exploramos la narrativa de cada persona (orgullosa, humillada, sorprendida, culpable...) e intentamos trabajar confrontando unas con otras. Por ejemplo, a alguien que está empezando a generar una narrativa de culpa (“pude hacer más por salvar a otros, no debería haber corrido tan pronto”), le es sumamente útil escuchar narrativas alternativas (“no lo sé... yo me siento orgulloso de haber estado ayudando hasta que ya todo se iba a derrumbar... Y tú estuviste a mi lado...”). Es importante cortar las narrativas de vergüenza, humillación o culpa cuanto antes, para evitar que la persona las amplie a base de darles vueltas.

Es importante dar seguimiento al grupo con posterioridad, para garantizar que no se han abierto heridas en algunas personas que luego se han dejado sin cerrar. Si no es posible garantizar este seguimiento, el debriefing debería ser muy “psicoeducativo” (predominio de la parte de dar información). Si se va a mantener el contacto, habrá más posibilidades de ir hacia formas que den más espacio a la expresión de emociones y al análisis de las narrativas de cada superviviente. El conductor será quien deberá valorar esto antes de empezar y procurará llevar al grupo por la línea que se ha propuesto de antemano en función de las circunstancias.

### 3. HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS: EXPLORACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

#### FICHA N° 3.1. LOS GRUPOS FOCALES

#### PAUTAS

Los grupos focales son un método cualitativo de recogida de información que puede utilizarse de modo complementario o como alternativa a una encuesta poblacional con entrevistas o otros métodos cualitativos de recogida de información (p.e. informantes-clave). Dado que el objetivo es recoger información útil para el conocimiento, la evaluación o la toma de decisiones, un grupo focal puede darse tanto cuando se convoca a un determinado colectivo con un criterio consensuado de selección de los participantes— grupo focal formal, como cuando, en un momento determinado, es posible establecer una conversación entre un grupo de personas en un lugar casual sin ningún criterio de selección preestablecido —grupo focal informal.

Si bien los grupos focales son muy adecuados para recabar información en poco tiempo, cabe recordar que los resultados que se puedan obtener sólo son generalizables a ese colectivo y no a toda la comunidad. Otras ventajas e inconvenientes serían los siguientes:

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"><li>- Eficacia: mucha información en poco tiempo.</li><li>- Amplitud: permite acceder a poblaciones que no saben leer ni escribir</li><li>- Adaptable: permite trabajar con personas con diferencias culturales importantes y acostumbra a ser congruente con la dinámica de la comunidad.</li><li>- Sencillez: pueden ser desarrollados por cualquier miembro del equipo con relativamente poco entrenamiento.</li><li>- Profundidad: permite aclarar <i>in situ</i> cuestiones confusas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Limitación: los resultados sólo pueden generalizarse a ese colectivo, no a toda la comunidad.</li><li>- Presión de grupo: tendencia a la conformidad de los miembros especialmente en sociedades colectivistas.</li><li>- Posibilidades de conducir al grupo en una determinada dirección por un moderador muy predisposto a una opción.</li><li>- En ciertas situaciones hay la dificultad de que no derive hacia un grupo <i>emocional</i>, y se pueda ir de las manos del facilitador.</li></ul>

El desarrollo del grupo focal no debería convertirse en una entrevista colectiva en la que las personas van dando su opinión por turno, sino tener una estructura de debate. Para ello, lo mejor es focalizar en uno o dos temas como máximo. Además, es fundamental, por un lado, que los participantes tengan interés en el tema y que deseen participar de la discusión y que tengan un nivel de experiencia similar respecto al tema. Por ejemplo, juntar a madres con sus hijas adolescentes puede en ocasiones ser un error. O hablar de un tema muy importante para el equipo pero que es considerado irrelevante por la comunidad requerirá de un trabajo previo de sensibilización.

Si se va a capacitar a personas para que realicen grupos focales y, posteriormente, compartir la información que surja, debería realizarse un grupo previamente y hacer ejercicios de rol sobre conducción de grupo, buscando las personas que tengan las siguientes características:

- Capacidad de **escucha**: que hable poco, deje hablar a las personas, resuma lo que dicen si no ha quedado claro, haga de intermediario entre quien habla y el resto del grupo.
- Sepa **resumir**: para ello es útil que después del grupo “de ensayo” se le pida a cada persona que haga un resumen de las conclusiones, para observar su capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad de **dirección**: dar la palabra, agradecer las intervenciones, controlar a quienes acaparan la palabra o actúan de “expertos” de manera indirecta, sin enfrentarse a ellos, capacidad para animar a intervenir a los más tímidos.
- Capte bien la **idea de conjunto**: tener claro para qué se realizan los grupos, el objetivo último, y por tanto cual es la información realmente relevante.

## TÉCNICA

---

### Diez pasos para llevar a cabo grupos focales

1. **Definir el objetivo.** Hay que centrarse en un único objetivo y tener en cuenta que de su adecuada definición dependerá todo el proceso posterior.
2. **Recolectar información.** ¿Han preguntado otras personas cuestiones similares recientemente? ¿Existe información disponible que podemos utilizar sin duplicar esfuerzos ni cansar a la gente con las mismas preguntas periódicamente?
3. **Preparar entre dos y diez preguntas,** teniendo en cuenta que suele poder discutirse, por lo general, las primeras cuatro o cinco. Es preferible empezar con una pregunta general, para luego pasar a preguntas abiertas, pero más centradas en el objetivo. Por ejemplo :

Preguntas demasiado ambiguas	Preguntas más dirigidas al foco
- ¿Cómo creen que está la gente?	- Parece que a algunas personas se las ve bastante afectadas por lo que pasó. ¿Creen que son muchas o pocas? Y luego, ¿Cómo se sabe las que están mal y que quizá necesitan ayuda?
- ¿Qué piensan de la organización?	- ¿Les parece que las personas tienen oportunidad de participar? Y luego, ¿Cómo le parece que se podría mejorar ese punto?
- ¿Qué va a pasar con las casas?	- ¿Creen que es mejor aguantar aquí o que cuanto antes se pueda regresar mejor?

Algunas ideas útiles para formular preguntas son:

- Evitar preguntas que se responden con un si o un no, porque no generarán debate.
  - Preguntar por la opinión concreta de los participantes en el grupo, en lugar de pedirles que les parece que piensa “la mayoría” de la comunidad.
  - Evitar preguntas que prejuzgan una postura como “¿Por qué la gente está en contra del Ejército?” en lugar de preguntar “¿Cómo ven ustedes el trabajo del Ejército?”
  - Evitar preguntas que puedan resultar culpabilizadoras o embarazosas para ser contestadas en público.
  - Utilizar un lenguaje sencillo y frases lo más cortas posible.
4. **Definir los actores.** Para un buen diagnóstico del problema habría que hablar con cuantos más actores posibles. Es preferible escoger bien todos los sectores e intentar hablar en profundidad con al menos algún representante de cada uno, que realizar muchos grupos, pero de sólo uno o dos de los sectores. Por ejemplo, si queremos saber por qué las personas vuelven a sus casas en ruinas, pese al riesgo que esto supone, serían posibles actores: personas que han regresado precipitadamente, personas que prefieren esperar y autoridades responsables (para los dos primeros es posible hacer grupos y para el tercero una entrevista en profundidad). Otro ejemplo, si analizamos por qué los niños no van a la escuela los actores serían: madres de niños que no acuden, madres de niños que acuden, niños que no

acuden, niños que acuden, organizaciones que trabajan con niños en la zona, maestros y autoridades.

5. **Considerar los recursos.** Es posible que un objetivo excesivamente ambicioso signifique, más que una ayuda, un retraso en el desarrollo del programa. Por eso hay que valorar la posibilidad de pedir apoyo y capacitar a personas que nos ayuden, o limitar los objetivos.
6. **Quienes participan.** Puede variar mucho según el tema y el contexto cultural, pero suele considerarse adecuado de 4 a 12 personas (8 de media), aunque en ocasiones puede trabajarse con grupos bastante más grandes.
7. **Quienes moderan.** Se recomienda dos personas, una que coordina la actividad y la otra que toma notas. Si la gente lo autoriza, se puede grabar la sesión, lo que también sirve si luego hay discrepancias o dudas en algún concepto.
8. **Duración.** Suele ser recomendable una hora y media (dos horas como máximo), para evitar el cansancio.

## 9. Desarrollo y fases del grupo focal

1. *Introducción.* El moderador recuerda el objetivo de la reunión y explica que se pretenden resolver algunas dudas respecto a una determinada cuestión o conocer algunos aspectos de lo que piensa el grupo para poder enfocar mejor el trabajo. Se explica la duración prevista y las consignas: (a) PARTICIPACIÓN, es decir, que todas las personas participen por igual, ya que todas tienen conocimiento y su palabra es importante. Remarcar también la (b) CONFIDENCIALIDAD el moderador se compromete a que nada de lo conversado va a salir del grupo, y pide a los demás lo mismo.
2. *Ronda de presentaciones* de las personas participantes.
3. *Pregunta de apertura.* Generalmente bastante abierta y para permitir ver por dónde va el grupo de manera espontánea. Por ejemplo, “la idea que nos trae aquí es hablar de cómo se está organizando el tema de la seguridad en las familias... No sé si alguna persona querría empezar...”
4. *Preguntas de focalización,* siguiendo el guión previsto, pero adaptándolo a lo que se ha detectado en la pregunta de apertura o las posteriores.
5. *Explicitación de las opiniones recogidas.* Este punto es clave y es uno de los que distingue un grupo focal de otras técnicas. El facilitador introduce comentarios de resumen del tipo “Parece que la mayoría opina que... ¿Es así?” o “Parece entonces que exceptuando a la gente de ... el resto se inclina más porque se haga...”
6. *Explicitación de los acuerdos.* El resumen que creo que se puede hacer de lo que ustedes opinan sería : (leer el párrafo exacto). “¿Podemos tomar esto como un acuerdo?. ¿Refleja eso su opinión o ustedes lo dirían de otro modo? ¿Me he dejado algo? ¿Algún matiz?”. En suma, el grupo *da acuerdo* a aquello que el facilitador va a considerar “conclusiones” del grupo focal, validándolo como trabajo propio y no como conclusiones elaboradas subjetivamente por el facilitador.
7. *Cierre.* Hacer, si se considera necesario, un resumen final del trabajo realizado y las conclusiones. Agradecer la participación y dejar la posibilidad de volver a conversar dentro de un tiempo.

**Análisis de la información.** Al tomar notas es bueno hacerlo dejando un margen amplio a uno de los lados de la hoja para introducir, posteriormente, un sistema de títulos que identifique los distintos temas (por ejemplo, ideas sobre la muerte, organización, rumores, conflictos...). A la hora de elaborar el informe se tratará de poner en común las notas de todos los grupos focales realizados siguiendo estos pasos:

- Ordenar con una secuencia lógica todos los títulos identificadores.
- Resumir (incluyendo en lo posible citas textuales) las opiniones que han aparecido respecto a cada uno de estos identificadores, señalando explícitamente cuando son opiniones aisladas o cuando se ha llegado a un acuerdo.
- Hacer una síntesis global centrada, primero, en el objetivo y las preguntas que nos marcamos y recogiendo, después, otras ideas surgidas en los grupos.
- Interpretar a la luz de otros datos, sólo si es imprescindible, y con mucha cautela.
- Redactar conclusiones finales y sugerencias de acción, si procede. En algunos casos es posible realizar aproximaciones cuantitativas (por ejemplo, cuántas personas en cada grupo se decantan por una determinada opción...)

**Devolución.** Una vez puesta en común la información con la de otros grupos focales, analizados los resultados y realizado un informe es necesario, siguiendo los principios básicos de la investigación-acción, planificar cómo se va a devolver toda esta información a la comunidad para que, a parte de una fuente de conocimiento para el equipo, sirva también como herramienta para el fortalecimiento, la planificación y la toma de decisiones por parte de los grupos o de la comunidad.

## FICHA N° 3.2. EL ANÁLISIS DAFO

### PAUTAS

El análisis DAFO, que se utiliza con diferentes variaciones, en multitud de ámbitos, es fundamentalmente una técnica que permite diagnosticar y dibujar estrategias de futuro a partir de la participación de un grupo que lleva a cabo un autodiagnóstico de la situación, de la organización o de la comunidad. También es adecuada para el seguimiento y la evaluación de programas.

El análisis DAFO permite identificar, para cada una de las temáticas abordadas, los puntos débiles y fuertes, y plasmarlos en un cuadro que contempla los factores internos presentes y los factores externos previstos del entorno. Las siglas provienen de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, y en algunos países se cambia el orden y se denomina análisis FODA.

### TÉCNICA

Se trata de que las personas que participan en el diagnóstico rellenen los cuatro espacios del cuadrado con su percepción de la situación que se plantea al grupo.

	Puntos débiles o negativos	Puntos fuertes o positivos
Factores internos del presente	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b> a corregir</p> <p><i>Por ejemplo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamiento: ¿dónde nos equivocamos?</li> <li>- La gente: ¿qué habilidades de grupo no están bien cubiertas? ¿hay dificultades de relación?</li> <li>- Los medios : ¿Qué falta?</li> <li>- Información : ¿Cómo se consigue? ¿Cómo se difunde?</li> <li>- Las decisiones : ¿Qué método? ¿Cómo se siguen?</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b> a potenciar</p> <p><i>Por ejemplo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué tenemos?</li> <li>- Nuestra historia y experiencia: aprendizajes positivos.</li> <li>- La gente : recursos humanos</li> <li>- El ambiente : espíritu de equipo</li> <li>- Las ideas: compromiso con los objetivos que buscamos</li> <li>- Los medios: infraestructura.</li> <li>- Contactos, relaciones, amigos.</li> </ul>
Factores externos del futuro	<p style="text-align: center;"><b>AMENAZAS</b> a afrontar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué deseamos que no ocurra?</li> <li>- ¿Cuál es el escenario de pesadilla?</li> <li>- ¿Qué circunstancias bloquearían el avance?</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>OPORTUNIDADES</b> a explotar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué nos gustaría que ocurriera?</li> <li>- ¿Cuál es el mejor paisaje imaginable?</li> <li>- ¿Qué tendría que suceder para ello?</li> </ul>

El grupo puede trabajar con un guión de aspectos a considerar (como los ejemplos recogidos en la tabla u otros, según cual sea el objetivo del DAFO) o trabajar de modo abierto, dejando que salgan espontáneamente las Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades, para, posteriormente, que una o dos personas del grupo actuando como facilitadores, intenten ordenar y dar coherencia al conjunto y proponer los temas que el grupo debe pasar a debatir. Puede trabajarse en grupos grandes o dividirse en subgrupos de 2 ó 3 personas y que cada subgrupo trabaje un cuadrante y comparta después sus resultados al grupo grande.

**Doble tormenta de ideas.** Una variante muy ágil y dinámica del análisis DAFO consiste en realizar dos tormentas de ideas consecutivas. La primera arranca, como estímulo, con una palabra problema (por ejemplo, “información”) y la segunda plantea la relación del grupo con ese problema (por ejemplo, ¿qué hemos hecho / ¿qué estamos haciendo / ¿qué podemos hacer al respecto?). Cada uno de estos tres interrogantes (pasado / presente / futuro) generará ideas desde la praxis para empezar a colocar elementos en cada uno de los cuadrantes. Un segundo análisis pondrá en relación los preconceptos de la primera tormenta de ideas con las ideas surgidas de la segunda.

**Planificación.** Si se trabaja en subgrupos heterogéneos, el análisis DAFO es una técnica con un significativo valor de consenso intergrupar, si se trabaja en grupos homogéneos puede ofrecer una visión sintética de los diferentes puntos de vista existentes con vistas, por ejemplo, a contraponerlos en una sesión plenaria. En cualquiera de los casos, la interpretación de la matriz se puede completar haciendo un segundo cuadro donde se proyecte en un eje el autodiagnóstico (debilidades y fortalezas) y en otro el análisis del entorno (amenazas y oportunidades). Así se pueden proyectar las estrategias de trabajo a futuro:

	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
DEBILIDADES	<b>Estrategias de supervivencia</b> en un contexto donde hay que afrontar unas amenazas teniendo presente unas debilidades internas. Ej: <i>La debilidad de una organización está en la financiación y se acerca la amenaza de reducción de subvenciones: habrá que replantear el coste de las actividades</i>	<b>Estrategias de reorientación</b> en un contexto donde se pueden aprovechar oportunidades, pero hacen falta unos recursos y preparación que actualmente no se tienen. Ej: <i>con la misma debilidad de financiación, se pueden pensar estrategias para buscar nuevas fuentes de ingresos.</i>
	<b>Estrategias defensivas</b> en un contexto donde se está preparado para afrontar las amenazas. Ej: <i>ante un conflicto inminente, la organización decide potenciar su punto fuerte, que es la capacidad de convocatoria.</i>	<b>Estrategias de potenciación</b> en aquellos elementos del contexto sobre los que se está en buenas condiciones de intervenir. Ej: <i>aprovechar la fortaleza en términos de credibilidad de una organización para hacer de puente entre varios actores.</i>
FORTALEZAS		

**Resolución de conflictos.** Aplicado a la resolución de situaciones de negociación, cada grupo implicado en el conflicto elabora su propio análisis DAFO. Posteriormente se comparan y se confrontan para poder establecer las causas de las diferencias existentes, trabajando conjuntamente las posibles soluciones.

Entre las principales ventajas del análisis DAFO está su *transparencia* : es un proceso llevado por el grupo, en el que los facilitadores tienen un papel limitado de toma de notas en hojas o papelógrafos y proponer resúmenes o nuevos puntos de discusión. A diferencia de otras metodologías –como las encuestas o cuestionarios o los grupos focales- no hay un proceso de *elaboración* opaco al grupo. Esto es fundamental en términos de investigación-acción, donde se pretende, como se verá en la siguiente ficha, que los instrumentos de trabajo hagan una función de *espejo* en la que la organización, el grupo o la comunidad puedan verse reflejados para decidir vías futuras de acción individual o grupal.



## FICHA N° 3.3. EL MAPA DE REDES

### PAUTAS

---

El mapa de redes sirve para visualizar los actores y sus relaciones en un contexto determinado. El análisis de la red cual nos da pistas para orientar el trabajo. Generalmente, cuando se trata de realizar mapas de redes de sistemas sencillos (por ejemplo, personas que trabajan en programas de carácter psicosocial en una determinada zona) se utiliza el método de detección de actores por bola de nieve, es decir, que unos contactos llevan a otros y así se va multiplicando.

**En los sistemas complejos (por ejemplo, un barrio urbano) los pasos a seguir serían fundamentalmente los mismos, aunque habría que establecer grandes categorías de actores implicados y de cada una de ellas, hacer una selección de los interlocutores clave para programar una ronda de entrevistas o de pequeños grupos focales. Con el conjunto de los resultados se dibuja la red de contactos.**

Cuando no se sabe muy bien cómo empezar a colocar los núcleos de la red, puede utilizarse un hecho relevante en la historia de la comunidad o la organización (por ejemplo, el desplazamiento) y ver quien y cómo se fueron posicionando frente a esa situación, y a partir de ahí ampliar progresivamente la red.

Después de elaborar un primer mapa, se puede repetir el proceso al cabo de algunos meses tras entrevistar o trabajar con algunas de las personas u organizaciones implicadas y contrastar la información dada con la que se pensaba en aquel momento, ampliando o modificando con los nuevos datos la red que se confeccionó.

### TÉCNICA

---

1. Escoger tres o cuatro *hilos o cabezas de análisis* desde los que iniciar el proceso, que pertenezcan a ámbitos diferentes (por ejemplo, un líder vecinal, un dirigente de una ONG muy activa, un político local, etc.) y preparar algunas preguntas básicas:
  - ¿Qué hace usted, la gente y/o la organización con la que usted trabaja?
  - ¿Con quien se coordinan?
  - ¿Qué otras personas o grupos conocen que trabajan en cuestiones similares?
2. Hacer una lista de los contactos obtenidos, seleccionar aquellos potencialmente más relevantes y concertar nuevas entrevistas, que generaran a su vez nuevos contactos. Algunos de éstos actores serán nuevos y otros remitirán a personas, instituciones u organizaciones que ya hemos visitado o de las que ya sabemos.
3. Establecer el mapa de la red social: quien hace qué, quien se relaciona con quien, cómo y por qué. De una misma comunidad pueden, en ocasiones, elaborarse diferentes mapas de redes no necesariamente coincidentes según cuales sean los objetivos de la elaboración del mapa, aunque en una exploración inicial lo lógico es mantener un criterio abierto y no restringir excesivamente el criterio de contacto entre los miembros.

A la hora de clasificar las relaciones del mapa de redes como fuertes o débiles (parecido a lo que comúnmente llamamos amigos, compañeros y conocidos), hay que tener en cuenta tres criterios:

- Regularidad y tiempo dedicado a los contactos
- Asumir o no responsabilidades conjuntas
- Implicación emocional de los contactos.

4. El análisis de red puede incluirse como una actividad con un grupo de personas con el que se está trabajando (una organización a la que se brinda apoyo, un grupo de voluntarios que busca organizarse, etc...). En este caso puede emplearse cualquier técnica habitual (lluvia de ideas, discusión en pequeño grupo y plenaria u otra) para que la gente que participa elabore el mapa a partir de su conocimiento de la realidad. Así, a partir de una lista de áreas puede iniciarse la reflexión:

¿Quién trabaja estos temas? ¿qué sabemos de ellos? ¿qué hacen? ¿con quien se relacionan? ¿por qué? ¿cómo nos parece que es esa relación? ¿con quienes no hay vínculos y son una parte importante del proceso? ¿por qué? ¿debe hacerse algo? ¿con quien no se han aprovechado las potencialidades que tendría trabajar juntos? ¿qué nos sugiere de cara al trabajo comunitario? etc.

Un esquema con pocas relaciones fuertes suele ser frágil (muy endogámico), mientras que uno con muchas relaciones aparentemente débiles puede significar, en cambio, la existencia de una gran cantidad de potenciales apoyos no usados regularmente, hipotéticamente útiles para el apoyo y la organización en crisis.

5. En la representación gráfica que facilita el análisis y la devolución de la información puede elegirse un color o un símbolo a algunos de los siguientes elementos:
  - Núcleos medulares (zonas de alta densidad de coordinación interna).
  - Núcleos de poder o de reparto. Personas o grupos clave por su potencial de convocatoria o aglutinador.
  - Zonas de relaciones difusas, es decir, grupos de gente o de instituciones no organizadas, pero potencialmente interesadas.
  - Enlaces débiles. Contactos que no se activan regularmente, pero que en casos de necesidad pueden ser extremadamente importantes.
  - Elementos aislados.
  - Zonas de fricción (áreas de división).

Un mapa de redes puede cuantificarse y medir cómo evoluciona en el tiempo, asignando valores a cada línea en función de su carácter positivo o negativo y de su intensidad. Pero se trata de un ejercicio de fiabilidad dudosa.

En un mapa de redes sobre el posicionamiento de actores sociales frente a un determinado hecho (exhumaciones de fosas comunes de masacres) el resultado final de la cuantificación podía transformarse completamente con sólo considerar cada una de las iglesias y denominaciones como un “actor” posicionado independiente, o considerarlas globalmente como “Iglesias”. El Mapa de Redes es, sobretudo, un ejercicio de reflexión.

**FICHA N° 3.4.**  
**EL ANÁLISIS DE VULNERABILIDADES-CAPACIDADES**  
**Y LA TABLA DE DECISIÓN-ACCIÓN**

## **PAUTAS**

En esta ficha juntamos dos técnicas que, a menudo, van estrechamente vinculadas. La primera, el análisis de vulnerabilidades-capacidades, es adecuada para realizar un diagnóstico y detectar, desde la óptica de las personas afectadas o de los equipos de intervención, no sólo los principales problemas o vulnerabilidades, sino también las capacidades y las posibles acciones para fortalecerlas. La segunda técnica, la tabla de decisión-acción, sirve para la toma de decisiones y la elaboración de un plan de acción a partir de la priorización de las posibles soluciones que se derivan del diagnóstico anterior.

**Análisis de vulnerabilidad – capacidad.** Se definen las vulnerabilidades como el conjunto de factores de larga duración que hacen a una comunidad más frágil. Se distingue de las necesidades, que son requerimientos inmediatos para la supervivencia.

\* *Los supervivientes de un deslizamiento de tierras pueden tener necesidades urgentes de atención sanitaria y alojamientos temporales. Por otro lado las vulnerabilidades implicadas en la situación pueden tener que ver con factores que vienen de lejos. Algunos tendrán que ver directamente con el deslizamiento: superpoblación, edificación de casas precarias etc. Otros factores de vulnerabilidad tendrán que ver con los recursos de la población para responder a la crisis y estarán en relación con los fenómenos de migración rural por la falta de empleo en el campo, la falta de leyes que regulen la construcción y venta de viviendas, la ausencia de organizaciones sociales fuertes en la zona, la pobreza recurrente etc.*

Las vulnerabilidades preceden a los desastres, contribuyen a su severidad, dificultan la reconstrucción y suelen verse agravadas por la crisis.

La ayuda humanitaria en situaciones de crisis parte de dos a priori generalmente falsos y que conllevan todos los problemas posteriores:

- Asumir que el objetivo de la intervención es que “las cosas vuelvan a ser como antes”. Dado que esto casi nunca se logra y que no se abordan las vulnerabilidades que precedieron a la emergencia, la zona queda en mayor vulnerabilidad que antes. Es lo que se denomina la *espiral ascendente de la vulnerabilidad*.
- La población carece de una capacidad de respuesta frente a la emergencia. La realidad es que las poblaciones –como las personas- no responden con pasividad. No saber rescatar y potenciar las capacidades o intentar sustituirlas puede conllevar su anulación. Es lo que podemos denominar la *espiral descendente de la capacidad*

Se denominan capacidades al conjunto de factores de larga evolución que hacen a una comunidad más resistente frente a la adversidad.

Se ha propuesto<sup>15</sup> tres ejes en la conceptualización de las vulnerabilidades y capacidades. De acuerdo con este enfoque, un trabajo de fortalecimiento, que vaya más allá de las necesidades para atacar las vulnerabilidades, deberá tener como objetivos las mismas tres áreas:

## VULNERABILIDADES Y CAPACIDADES

1. *Vulnerabilidad física y material*: son más vulnerables las personas que viven en áreas de riesgo, que viven en la pobreza o en situaciones de privación, con pocos medios, sin acceso a la educación, a la salud y a los recursos productivos.

**Fortalecimiento físico y material**: dotación de recursos económicos y materiales, incluyendo las rentas e ingresos, el acceso a los recursos productivos, la dotación de infraestructuras y el acceso a servicios básicos.

2. *Vulnerabilidad social y organizativa*: son más vulnerables las personas marginadas de los sistemas económicos, políticos y sociales debido a procesos de exclusión basados en razones políticas, económicas, religiosas, de raza, género, clase, casta u otras. También son más vulnerables las personas y las comunidades cuyas instituciones son ilegítimas e ineficaces, y están minadas por la corrupción, y se insertan en sociedades desarticuladas y sin redes de solidaridad.

**Fortalecimiento social y organizativo**: existencia de instituciones locales y nacionales representativas, eficaces y legítimas; de organizaciones sociales efectivas y de amplia base y de redes de solidaridad y apoyo mutuo, y de valores y prácticas que aseguran la plena participación de la población sin que existan situaciones de discriminación.

3. *Vulnerabilidad motivacional y actitudinal*: son más vulnerables las personas y las comunidades con actitudes fatalistas y con barreras culturales y religiosas desfavorables al cambio, la participación o la solidaridad.

**Fortalecimiento de habilidades y actitudes**: las aptitudes, conocimientos y formación que amplían las opciones de las personas y las comunidades, y los valores y comportamientos favorables a la solidaridad, la innovación, la participación y la tolerancia.

El Análisis de vulnerabilidad – capacidad constituye una guía de reflexión para la elaboración de planes de acción. Requiere, bien de un conocimiento profundo de la realidad local, bien de un proceso de trabajo conjunto con actores locales con dicho conocimiento.

## TÉCNICA

Los pasos a seguir para llevar a cabo todo el proceso son los siguientes:

1. Rellenar el cuadro reflexionando sucesivamente sobre los aspectos de vulnerabilidad física y material, social y organizativa y motivacional y actitudinal. A continuación intentar consignar para cada área aquellos factores positivos que facilitan la resistencia del grupo o la comunidad ante las adversidades.
2. Después de completar las dos primeras columnas (por discusión y reflexión en grupo, por una lluvia de ideas, individualmente, con grupos focales u otras técnicas), se pasa a la

<sup>15</sup> Anderson M.B., Woodrow P.J. (1998) *A framework for analyzing capacities and vulnerabilities*. En Anderson MB, Woodrow PJ. *Rising from the Ashes. Development strategies in times of disaster*. Westview Press. UNESCO. Paris.

tercera. En esta columna : (a) para cada una de las vulnerabilidades detectadas se hace un listado de las posibles soluciones y las acciones a llevar a cabo que esto requeriría. (b) para cada una de las capacidades detectadas se hace un listado de los posibles planes y acciones que logran potenciarlas o fomentar otras relacionadas.

	VULNERABILIDADES	CAPACIDADES	ACCIONES POSIBLES
Elementos estructurales (físico+material)			
Elementos sociales			
Elementos actitudinales y			

### **Mapa de Decisión – Acción**

Constituye una guía para la elaboración de un plan de acción. En este sentido, complementa a la técnica anterior, aunque puede usarse en otros contextos. Un análisis de V-C produce una enorme riqueza de factores de muy distinto orden que, desde el nivel más micro e individual al mas global, influyen en la crisis que se aborda. Si cada uno de los factores considerados genera a su vez tres o cuatro posibles vías de abordar el problema, el conjunto resultante puede ser abrumador.

Un análisis promedio de una situación de crisis humanitaria (por ejemplo la altísima mortalidad por SIDA entre niñas prostitutas en Nepal) puede arrojar, por ejemplo, 3 elementos de vulnerabilidad y 2 capacidad en cada uno de los tres ejes, es decir 15 factores o elementos implicados en el problema. Si el equipo es capaz de generar, en un ejercicio de tormenta de ideas, al menos 3 posibles soluciones o acciones por cada factor, surgirían un total de 45 posibles soluciones o acciones.

Muchas de las ideas surgidas del análisis de V-C resultarán inviables, otras son responsabilidad del Estado u otras instituciones y escapan del mandato de la organización, en otras se tratará de acciones sin duda interesantes, pero no prioritarias, dados los recursos disponibles. En suma, para poder elaborar el plan de acción es necesario convertir el resultado del ejercicio anterior en objetivos a corto, medio y largo término, ordenados según su prioridad, viabilidad y nivel de responsabilidad. Esto es lo que se denomina un *mapa de decisión-acción*.

Para ello:

1. Se ordenan las posibles acciones surgidas del análisis de V-C
2. A continuación se añaden tres columnas más al lado de las posibles acciones de fortalecimiento para fijar las prioridades de trabajo del proyecto a partir de la valoración de cada una de las posibles acciones y del consenso en grupo de su prioridad, viabilidad y responsabilidad.

**Prioridad:** valoración del grado en que dicha acción podría mejorar la situación de las personas afectadas. Quienes participan en el proceso pueden valorarlo como:  
1 = muy importante, 2 = importante, 3 = secundario.

- \* *Por ejemplo, a los quince días de una catástrofe puede evaluarse como Alta prioridad mejorar la transparencia en la gestión de las donaciones que han llegado para evitar que aparezcan rumores y divisiones, de prioridad Media hacer gestiones para que haya más teléfonos públicos a disposición de los afectados, y de prioridad Baja conseguir un aparato de megafonía. Esto último puede, en cambio, a los seis meses, ser de Alta prioridad. Las personas implicadas en la toma de decisiones fijarán sus propios criterios.*

**Viabilidad:** tiene que ver con hasta que punto es factible lograr esa solución. Puede valorarse como: 1 = muy posible, 2 = posible, 3 = poco posible.

- \* *Por ejemplo, un objetivo puede ser crear un espacio aislado dónde cada familia pueda velar en intimidad a las personas fallecidas, pero en el contexto de desorganización y falta de espacio existente, el grupo puede valorarlo como Poco Viable y optar por una ceremonia de duelo colectivo.*

**Responsabilidad:** se evalúa a quien correspondería asumir dicha tarea, que puede ser responsabilidad externa (por ejemplo de las autoridades), interna (de quienes están tomando la decisión, en nuestro caso MSF-E) o mixta.

VULNERABILIDADES	CAPACIDADES	FORTALECIMIENTOS O Posibles acciones	Prioridad	Viabilidad	Responsabilidad

3. A partir de los resultados de la tabla anterior se descartan las líneas de acción peor valoradas por su prioridad y viabilidad (con valor 3), o aquellas cuya responsabilidad el equipo considera que no competen al campo de acción o al mandato de la organización. Quedará un número limitado y ordenado de objetivos y acciones.
4. Tras la jerarquización, con las líneas de acción restantes, se realiza una planificación estratégica a corto, medio y largo plazo, distinguiendo si se trata de acciones internas (que dependen de quienes realizan el proceso) o acciones externas o mixtas (que dependen en parte o totalmente de otras personas distintas de quienes realizan el proceso y que implicarán actividades de presión y cabildeo).

FORTALECIMIENTO Posibles acciones	Acciones internas	Acciones externas o mixtas	Corto plazo	Medio plazo	Largo plazo

1.					
2.					
3.					

Los plazos temporales son relativos. Para determinados problemas puede tratarse de días, semanas y meses. Para otros de períodos más prolongados (p.e. corto plazo 1 a 6 meses, medio plazo hasta los dos años y largo plazo hasta los cinco).

- 5. Por último es recomendable nombrar una persona o pequeño grupo de personas responsables de hacer el seguimiento de cada una de las acciones que se han decidido emprender. Puede fijarse una nueva fecha en que se reevalúen los acuerdos, se vea el grado de cumplimiento y se fijen nuevas metas.**

## FICHA Nº 3.5. POSIBLES INDICADORES PSI

La mayoría de los siguientes indicadores parten de la necesidad de hacer un pequeño estudio epidemiológico previo en el que sustentan los datos posteriores. Algo similar a una encuesta nutricional, pero referido al aspecto de la salud mental o aspectos psicosociales que se deseen abordar en el programa. A continuación sigue la relación de posibles indicadores epidemiológicos, de actividades y de eficacia.

### 1. Indicadores epidemiológicos

a) La **prevalencia de enfermedades psiquiátricas mayores** (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva...) es relativamente constante en todas partes y oscila entre el 0,8 y el 1,2% de la población. Por tanto no tiene sentido, salvo estudios culturales altamente especializados, realizar estudios epidemiológicos de prevalencia de patología psiquiátrica mayor en un contexto de crisis humanitaria. Tendrán sentido indicadores de utilización de servicios.

- Número de camas psiquiátricas por 100.000 hab. (Estándar mínimo: 5)
- Número de psicólogos / psiquiatras por 100.000 hab. (Estándar recomendado: 10)
- Número de casos tratados en los dispositivos de la zona. (Estándar: 3% de la población total de la zona para trastornos psiquiátricos mayores)

b) La **prevalencia de trastornos emocionales** (ansiedad, depresión y otros) es muy variable y dependiente del contexto. Como indicador epidemiológico hay diversas escalas de malestar psicológico general que pueden usarse en una muestra aleatoria de población general, población de una consulta de atención primaria o población diana (por ejemplo: refugiados tras una catástrofe).. Pueden recomendarse dos aceptadas transculturalmente:

- *General Health Questionnaire* 12 ítems (GHQ-12). (ver Sección 4).
- *Symptom Rating Questionnaire* – 20 ítems (SRQ-20). Desarrollado por la OMS, se apoya en el uso de viñetas. (ver Sección 4).

c) Para la **prevalencia de respuestas postraumáticas** (Trastorno de Estrés Postraumático) existen más de un centenar de escalas. Puede usarse:

- Como forma breve, la subescala de *TEPT de la entrevista M.I.N.I.* (ver Ficha 1.2) que da diagnósticos DSM-IV-R ó CIE-10 o la *Impacts of Events Scale* (12 ítems), traducida y validada a la mayoría de idiomas. Puntuaciones en las subescalas de síntomas de reexperimentación, de evitación y de alarma, son indicativas de caso.
- Como forma larga, el *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) que incluye amplias secciones para la descripción del hecho traumático y es flexible a elementos culturales.

Cualquiera de estos instrumentados, usados como indicador epidemiológico, son sugerentes de la necesidad de intervención cuando se observa en el grupo afectado:

- Una prevalencia de TEPT superior al 75% en los tres meses siguientes al hecho traumático.
- Una prevalencia superior al 40% pasados tres meses del hecho.
- Una prevalencia superior al 40% en el caso de Trauma crónico (por ejemplo: situación de guerra o de endemia).



- d) Para la **prevalencia de problemas comunitarios** existen diversas técnicas para evaluar y monitorizar el estado emocional de un colectivo humano. Entre ellas es especialmente útil la Escala de Cohesión Comunitaria (Estándar: problemas en al menos 4 de las áreas clave que explora la escala sugerirían la necesidad de un programa psicosocial de apoyo) (ver Sección 4).

## 2. Indicadores de actividades

- Número de casos nuevos detectados. (No existe estándar de referencia)
- Número total de consultas / día. (Estándar: entre 5 y 20 consultas / día)
- Tasa de cobertura. Número de personas que frecuentan el servicio / prevalencia estimada en función del estudio exploratorio.
- Accesibilidad. Número de personas referidas desde los servicios médicos / número de personas atendidas

## 3. Indicadores de eficiencia

- Tasa de cobertura de población afectada. (No existe estándar de referencia. Cada proyecto debe fijar sus propios objetivos en función del contexto)
- Tasas de seguimiento de casos: altas médicas, altas por abandono, altas por causas externas. Estándar: 30 % de altas médicas, 30% altas por abandono (incluye altas por mejora subjetiva, decididas por el paciente), 20% de altas por causas externas y 20% de altas sin causa conocida.
- Tasas de derivación. Número de casos correctamente derivados al sistema público de salud local y seguidos desde allí.

## 4. Indicadores de eficacia

Medir la eficacia entendida como la disminución del problema en términos cuantificables no es, en muchos casos, sencillo. Los programas que van más allá de lo clínico (Programas psicosociales, experiencias de fortalecimiento o reconstrucción social o programas integrales en la clasificación que se estableció en la primera parte) tienen con frecuencia objetivos vagos y poco definibles como mejorar la “autoestima”, el “afrentamiento” o la “resiliencia”, conceptos sobre los que no existe un consenso en la literatura, una definición única o una medida cuando se trata de aplicar el concepto a un contexto determinado de crisis.

Eso no significa que no deba o pueda medirse la eficacia de los programas psicosociales, sino que las medidas dependerán de un conjunto de indicadores directos e indirectos que deberán construirse casi siempre ad-hoc para el programa. La Escala de Cohesión Comunitaria es, en este sentido, un buen instrumento.

*Lo que sigue es un ejemplo de lo que sería un sistema completo de indicadores para medir la eficacia de un programa psicosocial. A todo programa psicosocial debería exigírsele un sistema de monitoreo de este estilo, o más sencillo, según el tipo de acción, pero que contemplara medidas de eficacia.*

## Sistema de indicadores. Programa MENA-Ceuta (MSF-E)

Fichas individuales de caso con:

	<b>Medida</b>	<b>Origen</b>	<b>Periodicidad</b>
1.	Datos sociodemográficos.	Tutor	B
2.	Demanda percibida y objetivos percibidos por el joven.	Beneficiario + Equipo	B,T,F
3.	Definición de caso y objetivos individualizados que el equipo propone para el caso.	Equipo	B,T,F
4.	Entrevista basal	Tutor	B,S,F
5.	Indicadores indirectos individuales de resiliencia Indicadores de observación conductual Escala Ceuta de Resiliencia	Equipo	B,M,F
6.	Indicadores directos individuales de resiliencia. GHQ-12 Escala Calidad de Vida CDC-Atlanta Harvard Trauma Questionnaire (si procede según historia de vida del joven) Escala de Autoeficacia	Niño / Joven (autoadministrado si sabe leer y escribir; heteroadm si no)	B,A,F,
7.	Diagnóstico del estado emocional por los demás miembros.	Niño / Joven	B,S,F,
8.	Indicadores directos grupales de resiliencia Mapa de redes (aspectos indiv que surgen)	Niño / Joven (preferiblemente en grupo y como dinámica)	B,A,F

Hoja de evaluación de grupo / pandilla de MENA. En aquellos grupos claramente identificados:

	<b>Medida</b>	<b>Origen</b>	<b>Periodicidad</b>
1.	<b>Indicadores epidemiológicos – sistema de registro de casos.</b>  Miembros del grupo, Tiempo desde el que están en él Momento en el que lo abandonan (si procede) Causa del abandono	Tutor	Permanente
2.	Líderes naturales. Origen (violento, autoridad moral...) Características (negociación, órdenes...)	Equipo	B,T,F
3.	Mapa de redes y conclusiones que se derivan	Beneficiarios + Equipo	B,A,F
4.	Objetivos que el equipo propone para el grupo	Equipo	B,S,F
5.	Indicadores directos grupales de resiliencia Escala de Cohesión Comunitaria (adaptación para niños de la calle)	Tutor	B,A,F

B : Basal, M : Mensual, T : Trimestral , S: Semestral , A . Anual, F : Final

En gris los indicadores *para todos los casos*. Sin sombrear aquellos en que es previsible que haya casos en que no puedan ser aplicables por la dificultad con el joven, por su nivel de aislamiento u otras. Son indicadores “deseables”.

## 4. ESCALAS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

### FICHA Nº4.1. MEDIDAS DE MALESTAR EMOCIONAL

#### Instrumentos recomendables

Existe una cantidad ingente y abrumadora de instrumentos psicológicos validados en diferentes contextos y poblaciones. Así, por ejemplo, sólo de medidas de Trastorno de Estrés Postraumático existen, en el mundo actualmente, más de 100 escalas o instrumentos. Por eso es importante que una organización se maneje con un abanico corto y escogido de instrumentos e intente familiarizarse con su uso e interpretación.

#### Medidas de malestar general

Los instrumentos que se van a requerir con mayor frecuencia son medidas de malestar psicológico general, que están pensadas como herramientas sencillas y breves que desempeñan no una función diagnóstica, sino de *cribado* o *screening*. De ellos se espera una alta sensibilidad (que detecte al mayor número posible de personas con problemas emocionales), aún a costa de tener una baja especificidad (que considere como persona posiblemente afectadas emocionalmente a personas que no lo están). En suma, detectan casos de posible afectación emocional que luego deberían ser confirmados por cuestionarios más extensos o por entrevistas individuales con el personal sanitario. Existen los siguientes instrumentos especialmente recomendables:

▪ **General Health Questionnaire (GHQ)**

Diseñado en Inglaterra a finales de los 70 para facilitar el despistaje de casos por médicos de atención primaria y su derivación a dispositivos de salud mental, ha conocido progresivas versiones cada vez más cortas. De los 60 ítems iniciales se ha ido pasando a versiones más cortas de 28, 12 (GHQ-12) e incluso 5 ítems (ver tabla).

#### GHQ-12 (Goldeberg, 1977)

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?
10. ¿Ha perdido confianza en si mismo?
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Una puntuación superior a 5-6 es sugerente de caso, y superior a 8-9 es caso definido

- **Symptom Rating Questionnaire (SRQ-20)**

Creado por la Organización Mundial de la Salud, traducido y validado a más de 30 idiomas, constituye un instrumento pensado para personal sanitario cualificado o empírico. Consta de 20 ítems que descartan malestar general (neuroticismo), psicosis, alcoholismo y epilepsia (en muchos países la epilepsia es atendida por la red de salud mental). Hay una versión con viñetas explicativas para administrarla en contextos de tradición oral, que puede pedirse a la OPS<sup>16</sup>.

- **Diagnósticos DSM-IV-R**

Existen numerosos instrumentos que permiten obtener de manera estandarizada diagnósticos DSM-IV-R, pero son enormemente complejos, requieren un entrenamiento y certificación previos y su administración puede tomar varias horas. Un instrumento útil, que suministra sólo los diagnósticos más frecuentes (ansiedad generalizada, crisis de angustia, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, trastorno de estrés postraumático, consumo de tóxicos, anorexia y bulimia) es la MINI. Estructurada en forma de árbol con síntomas guía, su administración en una persona sin ningún trastorno toma unos 10 minutos, extensibles a media hora si se trata de un caso psiquiátrico<sup>17</sup>.

Aspectos específicos en situaciones traumáticas:

- Duelo. No existen escalas de duelo que tengan una aceptación unánime por la comunidad internacional.
- Trauma (ver ficha 1.2)

---

<sup>16</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Serie PALTEX. Nº 23.

<sup>17</sup> Puede obtenerse gratuitamente a través de Internet en versiones en inglés y castellano estandarizadas y validadas (<http://medical-outcomes.com/minisuite.asp>).

<p><b>FICHA Nº 4.2.</b></p> <p><b>GUIA DE ENTREVISTA PARA DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b></p>
--

La siguiente es una guía para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Posttraumático, según criterios DSM-IV basada en la M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview<sup>18</sup>). La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada que puede ser utilizada por clínicos luego de una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso para usarla con fiabilidad.

Al comienzo se presentan unas preguntas en un recuadro gris. Son preguntas “filtro” que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Debe contestarse a todas SI, para seguir adelante. Es mejor leer las preguntas palabra por palabra. El párrafo en mayúsculas no debe ser leído, sino que es información aclaratoria.

- 1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? NO SI

EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL.

2. Reaccionó con un miedo intenso, desamparado ó horrorizado? NO SI

3. ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada ( ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)? NO SI

Proseguir si las tres preguntas anteriores son positivas:

4 **En el último mes:**

- a ¿Ha evitado usted pensar o hablar de este acontecimiento? NO SÍ
- b ¿Ha evitado actividades, lugares o personas que le recuerden este acontecimiento? NO SÍ
- c ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? NO SÍ
- d ¿Ha disminuído su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? NO SÍ
- e ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? NO SÍ
- f ¿Ha notado que su estado emocional esta entumecido? NO SÍ
- g ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas? NO SÍ

- ¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 4? NO SÍ

<sup>18</sup> Sheehan DV & Lecrubier Y (2004). M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview). Módulo TEPT. (Reproducido con autorización).

5 **Durante el último mes:**

- |   |  |    |    |
|---|--|----|----|
| a | ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?                           | NO | SÍ |
| b | ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? | NO | SÍ |
| c | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?                             | NO | SÍ |
| d | ¿Ha estado nervioso o constantemente alerta?                         | NO | SI |
| e | ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?                   | NO | SÍ |

¿MARCÓ **SÍ** EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 5? NO SÍ

6. ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad? NO SI

¿Cumple el paciente 1+2+3+4+5+6?

NO SÍ

***ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL***

## FICHA Nº 4.3. ESCALA BREVE PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

### Normas de administración

1. Puede usarse de modo autoadministrado (papel y lápiz) o heteroadministrado (preguntando en la consulta)
2. Se considera un síntoma positivo cuando ha ocurrido al menos dos veces en la última semana. La validación original encuentra un punto óptimo de corte de 6/7.
3. Esta escala no *diagnostica* estrés postraumático, sino que *predice*, en las semanas siguientes a un hecho traumático, quien puede desarrollar estrés postraumático a largo tiempo. No tiene sentido administrarla en el primer mes tras el hecho traumático, y es recomendable dejar pasar al menos 6 semanas. Durante este tiempo se considera que los síntomas que pueda presentar la persona son reacciones adaptativas normales.

### Trauma Screening Questionnaire<sup>19</sup> (TSQ)

Las siguientes reacciones suelen aparecer algunas veces tras experimentar un hecho traumático. El cuestionario que sigue está referido a la reacción personal que tuvo usted tras el hecho traumático que le sucedió. Por favor indique si ha tenido o no alguno de los siguientes síntomas al menos dos veces durante la pasada semana:

1. Pensamientos repetitivos o recuerdos acerca del hecho, que vienen a su mente contra su voluntad.  
*[Upsetting thoughts or memories about the event that have come into your mind against your will].*
2. Sueños desagradables o pesadillas respecto a lo sucedido  
*[Upsetting dreams about the event]*
3. Actuar o sentir como si el hecho estuviera sucediendo de nuevo.  
*[Acting or feeling as though the event were happening again]*
4. Sentirse afectado por cosas que le recuerdan lo ocurrido.  
*[Feeling upset by reminders of the event]*
5. Reacciones de su cuerpo (como palpitaciones, calambres en el estómago, sudoración, aturdimiento) cuando se acuerda de lo sucedido.  
*[Bodily reactions (such as fast heartbeat, stomach churning, sweatiness, dizziness) when reminded of the event]*
6. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.  
*[Difficulty falling or staying asleep]*

<sup>19</sup> Chris R. Brewin, Suzanna Rose, Bernice Andrews, John Green, Philip Tata, Chris Mcevedy, Stuart Turner And Edna B. Foa . *Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder.* British Journal of Psychiatry ( 2002), 181, 158-162.

7. Irritabilidad o explosiones de ira.  
[ *Irritability or outbursts of anger*].

8. Dificultades para concentrarse.  
[ *Difficulty concentrating*]

9. Estado de alarma constante respecto a potenciales peligros hacia usted o los demás.  
[ *Heightened awareness of potential dangers to yourself and others*]

10. Estado de hiperactividad o alerta constante ante cualquier estímulo imprevisto. [ *Being jumpy or being startled at something unexpected*]

### **Recomendaciones de manejo**

Si detecta en su consulta a una persona con alto nivel de afectación, las siguientes pueden ser recomendaciones de buena práctica:

1. No hable de trastorno o de enfermedad mental. Hable de *evaluación del impacto* y de *apoyar el modo en que se enfrentan reacciones que son normales*.
2. Explicar que un tratamiento consistiría en *aprender más* sobre lo que le ocurre : cómo reacciona una persona ante estas situaciones, qué se sabe de cómo enfrentarlo...
3. Póngale en contacto con alguna persona u organización que pueda proveer apoyo emocional. Si el caso es grave, es útil que la persona salga con la cita concertada y no sólo un número de teléfono.
4. Si el paciente lo autoriza, puede implicarse a la pareja / familia en la decisión de buscar apoyo
5. Cítese al paciente dentro de un tiempo.
6. ¿Es necesario contar la historia?. No. No suele ser necesario ni recomendable si no se aseguran las condiciones mínimas: privacidad, tiempo suficiente, seguimiento posterior de la persona para controlar el impacto emocional de revivir los hechos traumáticos.
7. ¿Si los narra espontáneamente?.
  - Lo fundamental, en este primer momento, es su actitud (cuerpo, expresión de atención y empatía), y validar la narración (que la persona no sienta cuestionada la veracidad de la historia).
  - No profundice en la historia ni pida detalles si no piensa seguir al paciente ni sabe qué va a hacer con ello. No es recomendable abrir cosas por abrir.
  - Normalice sus reacciones (pesadillas, malestar...).
  - Evite : (a) opinar sobre si los sentimientos de la otra persona son correctos o no (b) hacer hipótesis sobre sus motivaciones y deseos (c) aconsejar lo que debe o no hacer, más allá de consejos generales de autocuidado y salud.

En casos de situaciones traumáticas crónicas o alta prevalencia de reacciones postraumáticas, valore la conveniencia de iniciar un programa psicosocial / de salud mental, con la población afectada.



## FICHA N° 4.4.

### ESCALA DE COHESIÓN COMUNITARIA

#### PAUTAS

Así como existen numerosas medidas en salud mental de carácter individual, existen muy pocas de carácter comunitario, que intenten la monitorización de aspectos relevantes de la dinámica de un grupo en una situación de crisis<sup>20</sup>. Es imposible delimitar una escala de uso universal (como no la existe en el ámbito individual o familiar) dado que existen muy diversos elementos potencialmente relevantes en el trabajo psicosocial y comunitario. Su importancia relativa dependerá del contexto (urbano / rural, pautas culturales), el tamaño del grupo, las características sociodemográficas o la historia previa compartida.

La psicología social y la experiencia del trabajo comunitario en diferentes contextos muestran la siguiente lista de elementos potencialmente relevantes:

#### **Factores psicosociales potencialmente relevantes en la dinámica de un grupo en situación de crisis**

1. Sentido de pertenencia a grupo
2. Identidad compartida – Identidades múltiples en coexistencia / Polarización
3. Dar significado a la experiencia (lógica compartida que dé sentido a la acción)
4. Búsqueda de soluciones comunitaria / pequeño grupo / individual
5. Confianza - Sinceridad / Desconfianza - Engaño
6. Solidaridad - Apoyo Mutuo / Insolidaridad
7. Diálogo – Espacios de palabra / Privatización del daño
8. Seguridad / Miedo
9. Existencia de Información / Confusión - Rumores
10. Sistemas horizontales – continuos / verticales – fragmentarios de flujo de la información
11. Dignidad – Humanización / Humillación - Cosificación
12. Rutinas diarias - Normalización / Caos
13. Participación directa / delegada / nula
14. Sistemas de toma de decisión unipersonales / grupo / comunitaria
15. Manejo cooperativo / competitivo / violento de conflictos
16. Iniciativa – Creatividad / Pasividad
17. Creencia en las propias posibilidades del grupo
18. Percepción positiva / negativa de futuro.
19. Reevaluación predominantemente positiva / negativa de los hechos
20. Presencia / carencia de espacios para emociones positivas (espacios lúdicos – encuentros)

Fuente: elaboración propia

<sup>20</sup> La más utilizada en Psicología Comunitaria es la **Sense of Community Scale** (McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). *Sense of Community: A Definition and Theory*. Journal of Community Psychology, 14, 6-23.) conceptualmente diseñada para estudios comunitarios en comunidades norteamericanas y difícil de usar en otros contextos. El Banco Mundial ha desarrollado un sistema de indicadores que denomina **Medidas de Capital Social**, desarrollando un amplio programa de implementación internacional de los mismos. Puede consultarse el marco teórico, propuestas de escalas y ejemplos de proyectos en que se han utilizado en la página Web del programa (<http://www.worldbank.org/poverty/scapital/>). Aplicables a grandes grupos de población y basados, en su mayoría, en el uso de las estadísticas oficiales de una determinada zona geográfica, tienen una aplicación limitada para la planificación o la monitorización de programas psicosociales.

## TÉCNICA

---

Elaborar una Escala de Cohesión Comunitaria consistirá en tomar aquellos elementos potencialmente relevantes al grupo y al contexto y construir un instrumento con dos partes : (a) una cuantitativa en la que se interroga a través de preguntas cerradas por estos elementos considerados clave (b) una cualitativa en que se pide a la persona que profundice en su respuesta o se le pregunta por otros aspectos, anotándose y transcribiéndose la respuesta para análisis posterior.

El instrumento es administrado a una muestra aleatoria del grupo<sup>21</sup>. Con un grupo importante de voluntarios entrenados previamente, el proceso puede ser muy rápido. El resultado final, que puede combinarse con datos procedentes de grupos focales o entrevistas a informantes clave, llevará a la detección de fortalezas / debilidades y por tanto, a posibles vías de acción, susceptibles de ser analizadas con una tabla de decisión-acción. Bajo un proceso de investigación-acción participante sería el propio grupo el que, al recibir devolución de los resultados, decidiría futuras líneas de acción.

Se incluyen a continuación 4 ejemplos de Escalas de Cohesión Comunitaria diseñadas y utilizadas en contextos muy diferentes:

1. ECC utilizada para realizar un diagnóstico psicosocial en los albergues El Cafetalón y Santa Gertrudis, tras los terremotos de El Salvador de enero y febrero 2001<sup>22</sup>
2. ECC utilizada para realizar la monitorización de un programa de atención a Menores No Acompañados en la calle en Ceuta (MSF-E, 2002)<sup>23</sup>
3. ECC utilizada para realizar un estudio sobre impacto psicosocial de los procesos de exhumación de masacres en Rabinal (Guatemala, 2003)<sup>24</sup>
4. ECC utilizada para realizar un estudio sobre impacto psicosocial y estrategias de afrontamiento individual y comunitario tras el atentado del 11 de marzo del 2004 en Madrid<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> Es difícil dar pautas del número de personas que es necesario entrevistar, pero a grosso modo, puede estimarse en entre el 2 y el 5% del total del grupo, para un tamaño final de un mínimo de 50 entrevistas y un máximo de 500. Es recomendable estratificar (controlar las características de las personas entrevistadas por el equipo al final del día para tener, al final del proceso, un número similar en las variables consideradas clave (p.e. género, etnia o grupo de edad).

<sup>22</sup> En colaboración con Priscila Cervellón, el equipo de la Univ. Centroamericana Jose Simeón Cañas y el equipo de MSF-H. Pueden verse los resultados del proceso y un análisis de los mismos en Pérez-Sales P, Cervellón, P, Vázquez C, Vidales V, Gaborit, M. (2004) *Post-Traumatic Factors and Resilience: The Role of Shelter Management and Survivors's Attitudes After the Earthquakes in El Salvador (2001). A Naturalistic Case-Control Analysis*. American J. Community Psychology (en revisión) y Vázquez, C, Cervellón, P, Pérez-Sales, P, Vidales V, Gaborit, M. (2004) *Positive Emotions In Earthquake Survivors In El Salvador (2001): A Naturalistic Study In Refugee Shelters*. J. Anxiety Disorders (en prensa).

<sup>23</sup> En colaboración con Zohra Abaakouk.

<sup>24</sup> En colaboración con Susana Navarro, Sara Fresno y el equipo de ECAP – Guatemala.

<sup>25</sup> En colaboración con Carmelo Vázquez.

**GUIA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES POSITIVOS DE  
AFRONTAMIENTO COMUNITARIO EN SITUACIÓN DE CRISIS  
El Salvador (2001)**

<p>1. Dar significado a la experiencia.  <b>¿Cree usted que hay alguna razón para que se den los terremotos?. ¿Por qué cree que han ocurrido?</b>          Son hechos de la naturaleza / Castigo de Dios, por culpa de la violencia, por el pecado / Otros (especificar)  <b>Según lo que usted dice: ¿Cree que lo más sabio es aceptar el destino y resignarse o luchar contra él?</b>          Aceptar las cosas como son / Cambiarlas.  <b>¿Cómo se podría hacer?.</b></p>
<p>2. Búsqueda de soluciones comunitarias.  <b>¿Considera usted que han logrado unirse para encontrar solución a las cosas?.</b>  <i>¿Puede dar un ejemplo?</i></p>
<p>3. Mantener vínculos de confianza. Compartir la experiencia.  <b>¿Ha logrado tener nuevos amigos en el albergue?</b>  <i>¿Qué tipo de apoyo le han dado? ¿Cree usted que es bueno conversar los problemas con los demás?.</i></p>
<p>4. Estilos de Regulación Emocional  <b>¿Cuándo está usted triste o enojado por algo, qué suele hacer :</b>          Resignarse y aguantar / Protestar y quejarse / Hablar y organizarse para resolverlo / <i>Otras opciones :</i></p>
<p>5. Actividades Lúdicas  <b>¿Siente usted que las actividades recreativas para niños y adultos organizadas en el albergue le ayudaron?</b>  <i>¿Recuerda alguna actividad que le ayudó?</i></p>
<p>6. Prevención comunitaria de nuevas catástrofes  <b>Después de lo que ha vivido ¿se siente más preparado para enfrentar otro desastre?</b>  <i>¿Cómo podría mejorar la preparación de la gente para otra vez?</i></p>
<p>7. Participación. Mantener el control sobre la propia vida.  <b>Sintió que su opinión fue considerada a la hora de tomar decisiones en el Albergue?</b>  <b>¿Le gustaría participar más?</b>  <i>¿Cómo?</i></p>
<p>8. Apoyo informativo.  <i>¿De qué forma se ha dado cuenta de las cosas que han pasado en la comunidad?</i>  <b>¿Se ha sentido usted tranquilo de que estaba bien informado de las cosas que pasaban?</b>  <i>(Si contesta No : ¿ Qué sugeriría usted para estar mejor informado?)</i></p>
<p>9. Afrontamiento religioso.  <b>¿Qué papel han jugado sus creencias religiosas para enfrentar esta situación? :</b> Muy importante / Poco importante  <b>¿ La fe le ayudó sobretodo a:</b> Resignarse / Sentirse más unido a otros / A participar en actividades para mejorar el albergue  <b>¿Tuvo facilidades dentro del albergue para practicar sus creencias religiosas?.</b></p>
<p>10. Aprendizajes previos / Tradición oral.  <b>¿Ha sido importante lo que había aprendido usted hace años o lo que han enseñado las personas mayores acerca de sus experiencias en otros desastres? inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas etc</b>  <i>¿Qué cosas sabía usted o decían ellos?</i></p>
<p>11. Respeto a la dignidad personal.  <b>¿Cree que en la medida de lo posible las condiciones del albergue intentan respetar la dignidad de las personas?.</b> (Si contesta No: <i>Qué aspectos le han resultado humillantes?</i>) :  <b>¿Y el trato que recibe la gente?</b> (Si contesta No : <i>¿Cuándo no ha sido así?</i>):</p>
<p>12. Normalización de la vida cotidiana.  <i>¿Qué actividades que ha realizado son las que más le han ayudado a normalizar su vida?</i>  <i>¿Qué otras actividades le ayudarían más aún?</i></p>

<p><b>13. ¿Alguien de la familia perdió su trabajo con el terremoto y ya no volvió a recuperarlo?.</b>  <i>¿Qué profesión tenía?</i>  <b>¿Trabaja alguien en la familia para poder ayudarse económicamente todos?.</b>  <i>¿En qué trabaja?</i></p>
<p>14. Percepción de las fuentes externas de autoridad.  <b>a. ¿Ha sentido usted que las autoridades de la Alcaldía han apoyado las necesidades de la comunidad?</b>  <b>b. ¿Y las autoridades en el Albergue?</b>  <b>c. ¿Existe un líder de ustedes en este sector?</b>  <b>d. ¿Cree que representa a la gente?</b>  <i>¿Puede poner ejemplos?</i></p>
<p>15. Confianza en el futuro.  <b>¿Cómo se ve usted y su familia dentro de dos años?.</b> Peor que estamos / igual que estamos / Mejor que estamos  <i>¿Por qué?</i></p>
<p>16. Reevaluación y aprendizaje positivo.  <b>Con todo lo que hemos hablado, ¿cree usted que en todos estos meses desde que pasó el terremoto ha descubierto en usted cosas nuevas que no conocía?</b>  <i>¿Por ejemplo?</i></p>
<p>17. Vivencias emocionales positivas  <b>Cuando piensa en todo lo que ha ocurrido en estos meses, ¿se le vienen a la mente más recuerdos buenos o recuerdos malos?</b>  <input type="checkbox"/> <b>Malos.</b> <i>¿Puede recordar algún momento bueno?.</i>  <input type="checkbox"/> <b>Bueno.</b> <i>¿Por ejemplo?.</i></p>

(1) Las preguntas en negrita se contestan si/no si no se indica lo contrario (valoración cuantitativa). Las preguntas en cursiva son semiabiertas o abiertas y se anota la respuesta literal (valoración cualitativa).

(2) Esta entrevista se complementaba con (a) un cuestionario instrumental en el que se preguntaba por la percepción del damnificado y sugerencias respecto a la gestión de cocina, atención en salud, Agua, Letrinas y Lavaderos, Escuela, Seguridad, Rumores y Problemas prácticos entre comunidades (b) una medida ultra breve de despistaje de estado emocional individual.

<b>ESCALA DE COHESIÓN COMUNITARIA (Proyecto MENA)</b> Ceuta (2002)
---

*Te voy a leer unas frases y quisiera saber si estas de acuerdo o no con ellas. Si quiere poner algún ejemplo, puedes hacerlo también.*

1. No es necesario respetar el orden de las preguntas. Es mejor que la conversación sea fluida y relativamente espontánea que ser muy estrictos en el orden.

<b>1. Iniciativa – cooperación.</b> Aquí nadie coopera cuando tenemos un problema. Es difícil conseguir que los otros niños participen.
<b>2. Identificación con la comunidad.</b> Me siento parte de un grupo. Creo que todos nosotros formamos un grupo.
<b>3. Futuro.</b> Veo el futuro de nosotros de una manera pesimista. No sé que va a ser de nosotros.
<b>4. Actividades y Tiempo libre.</b> Entre nosotros encontramos todo lo que necesitamos. Incluso en el tiempo libre procuramos estar juntos. Lo pasamos bien.
<b>5. Liderazgo.</b> Algunos de nosotros son de algún modo líderes, personas que son respetadas por las demás.
<b>6. Control sobre la propia vida.</b> Me considero una persona libre. Creo que tengo libertad para decidir cómo quiero organizar mi vida.
<b>7. Comunicación.</b> Entre nosotros se hablan los problemas.
<b>8. Apoyo Mutuo.</b> Entre todos se ayuda a las personas que tienen problemas. Por ejemplo, si alguien está enfermo se busca cómo ayudarle.
<b>9. Solidaridad.</b> Cuando surge algún problema, nos unimos todos.
<b>10. Seguridad.</b> Uno puede estar tranquilo, porque sabe que aquí nadie le va a hacer daño o le va a robar. En general me siento tranquilo y seguro dentro del grupo.
<b>11. Cohesión social.</b> Si tienes alguna iniciativa, acabas haciéndolo solo. Es mejor que cada uno mire por sí mismo.
<b>12. Deterioro.</b> En nuestra vida cada vez las cosas van a peor.

Todas las preguntas se contestan si/no (valoración cuantitativa) y a continuación se pide un ejemplo (valoración cualitativa). Según quien fuera el entrevistado se usaba la terminología “niños” o “jóvenes”.

Esta escala era parte de una batería de entrevista que servía como sistema monitorización del programa psicosocial (ver ficha).

**ESCALA DE IMPACTO COMUNITARIO EN EXHUMACIONES**  
**Guatemala (2003 / 2004)**

Le voy a leer unas frases y quisiera saber si está de acuerdo o no con ellas. Si quiere poner algún ejemplo, puede hacerlo también

Ítems o preguntas
<b>1. Cooperación.</b> M.B. <i>La gente colabora en las tareas a realizar en la comunidad</i> M.F. <i>La exhumación (nos) ayudó a que en adelante la gente colaborara más en las tareas a realizar en la comunidad</i>
<b>2. Identidad.</b> M.B. <i>Nos sentimos parte de un grupo</i> M.F. <i>La exhumación (nos) ayudó a sentirnos parte de un grupo</i>
<b>3. Futuro.</b> M.B. <i>No vemos el futuro con esperanza</i> M.F. <i>La exhumación no (nos) ayudó a ver el futuro con esperanza.</i>
<b>4. Liderazgo.</b> M.B. <i>En la comunidad hay líderes que son respetados por los demás como autoridad</i> M.F. <i>La exhumación hizo que aparecieran nuevas personas respetadas por los demás como autoridad.</i>
<b>5. Percepción de control sobre la propia vida.</b> M.B. <i>Creemos que no se pueden cambiar las cosas</i> M.F. <i>La exhumación (nos) hizo ver que no se pueden cambiar las cosas</i>
<b>6. Miedo y Privatización del daño.</b> M.B. <i>No tenemos miedo para platicar de los problemas</i> M.F. <i>La exhumación (nos) ayudó a tener menos miedo para platicar de los problemas</i>
<b>7. Percepción de Apoyo Mutuo + Polarización – 6 (Confianza)</b> M.B. <i>Nos ayudamos cuando hay problemas</i> M.F. <i>La exhumación (nos) hizo ayudar más cuando había problemas</i>
<b>8. Percepción de Seguridad.</b> M.B. <i>Hay inseguridad y violencia en la comunidad</i> M.F. <i>La exhumación hizo que aumentara la inseguridad y la violencia en la comunidad</i>
<b>9. Polarización – 1</b> M.B. <i>Siento mucho enojo hacia alguien</i> M.F. <i>La exhumación hizo que sintiera mucho enojo hacia alguien</i>
<b>10. Polarización – 2</b> M.B. <i>Siento deseos de venganza hacia alguien</i> M.F. <i>La exhumación hizo que sintiera deseos de venganza hacia alguien</i>
<b>11. Polarización – 3</b> M.B. <i>Entiendo por qué los que hicieron el daño actuaron así</i> M.F. <i>La exhumación me ayudo a entender por qué los que hicieron el daño actuaron así</i>
<b>12. Polarización – 4</b> M.B. <i>Puedo perdonar a quienes hicieron daño</i> M.F. <i>La exhumación hizo que pudiera perdonar a quienes hicieron daño</i>
<b>13. Polarización – 5</b> M.B. <i>Existen grupos enfrentados que no se pueden entender entre sí</i> M.F. <i>La exhumación hizo que existieran grupos enfrentados que no se podrán entender entre sí</i>

M.B. Medida Basal (Entrevista antes de la exhumación). M.F. Medida Final (Entrevistas tras la exhumación).

Todas las preguntas se contestaban si/no (valoración cuantitativa) y a continuación se pedían ejemplos que se anotaban textualmente (valoración cualitativa).

<b>ESCALA DE IMPACTO COMUNITARIO (EPO - M11)</b> <b>Madrid (2004)</b>
--

- |   |
|---|
| 1. ¿Ha sido capaz, hablando en términos de seres humanos, de comprender a las personas que cometieron el atentado?  |
| 2. ¿Ha sido capaz de dar algún sentido político o comprender en términos políticos lo sucedido el 11 de Marzo?  |
| 3. La respuesta dada por los ciudadanos ¿le crearon sentimientos positivos?   |
| 4. ¿La respuesta dada por los ciudadanos le crearon sentimientos negativos?   |
| 5. Con todo lo que ha hablado, pensado y vivido después de lo sucedido en relación al atentado, ¿cree que estará mejor preparado personalmente para afrontar situaciones semejantes en el futuro? |
| 6. ¿Ha habido en su opinión algo bueno en todo lo relacionado con el atentado?  |
| 7. ¿Cree que hay que algo que se pueda aprender de la experiencia del atentado?   |
| 8. ¿Han jugado sus creencias religiosas o su sentido espiritual un papel positivo en su reacción a lo sucedido el 11 de Marzo?  |
| 9. ¿Han jugado sus creencias políticas un papel positivo en su reacción a lo sucedido el 11 de Marzo?   |
| 10. ¿Ha apreciado solidaridad del resto de la gente hacia lo sucedido?  |
| 11. ¿Cree que lo sucedido con el atentado le ha servido a usted para sentirse más cercano a otros ciudadanos o sentirse más perteneciente a la sociedad?  |
| 12. ¿Cree ese trágico acontecimiento ha servido para cohesionar más a nuestra sociedad?   |
| 13. ¿Cree que lo relacionado con el atentado ha servido para dividir más a nuestra sociedad?  |
| 14. ¿Se sintió bien informado por las autoridades de lo que iba sucediendo tras la catástrofe?  |
| 15. Si ha necesitado ayuda, ¿se ha sentido bien atendido por los centros y profesionales? (Si no, deje esta pregunta sin contestar)   |
| 16. ¿Ha sentido que su confianza en el ser humano se desmoronaba de algún modo tras el atentado?  |
| 17. ¿Siente después de la catástrofe que su propia seguridad está amenazada?  |
| 18. ¿Tras el atentado, cree que ha empeorado la seguridad en el mundo cercano a usted?  |

Y por último,

- |   |
|---|
| 19. ¿Cómo ve el futuro de la gente en general desde el 11 de Marzo? |
| 20. ¿Cómo ve su futuro personal desde el 11 de Marzo?               |

Todas las preguntas se respondían como: Nada / Un poco / Moderadamente / Bastante / Mucho, excepto la 19 y 20: Mucho peor / Peor / Igual / Mejor / Mucho mejor.

## FICHA 4.5.

### VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS

Las escalas y tests constituyen la herramienta básica de medida en el trabajo psicológico y psicosocial. Constituyen intentos por construir formas estructuradas de preguntar por aspectos normalmente difíciles de definir, como las emociones, los modos de reaccionar, la percepción respecto a hechos o circunstancias etc. Su uso se asocia a numerosas ventajas:

- Permiten construir conocimiento, ya que se pueden establecerse correlaciones entre variables “medibles” (o “duras”).
- Permiten objetivar cambios, es decir, son útiles como indicadores.
- Permiten comparar situaciones entre diferentes lugares y grupos de población.

En el contexto de la acción humanitaria, un tema especialmente crítico respecto al uso de tests y escalas de medida es su aplicabilidad transcultural. En este campo es válida e igualmente aplicable la distinción entre dos formas complementarias de entender el trabajo cercano a las personas y comunidades de culturas diferentes a la propia que ha definido clásicamente la antropología, a saber:

- La perspectiva *emic*, que se entiende como el intento de ver la realidad *desde la mirada del otro*. En este caso se trata de trabajar con las etnoconcepciones propias de la cultura, con las categorías que ésta define.
- La *etic* que consiste en mirar la realidad desde la posición de *observador externo* utilizando los parámetros y criterios de la cultura del observador.

Ambas miradas son necesarias: la visión *emic* es más cercana a la gente y probablemente más relevante en el trabajo diario de acción humanitaria, la visión *etic* es necesaria para poder entenderse y avanzar. Utilizar instrumentos con una perspectiva *emic* (es decir, desde la cultura) significa -a falta de profesionales de la propia cultura en la que se va a trabajar que puedan realizar ellos mismos el proceso- todo un trabajo previo de carácter antropológico y social, con informantes clave y grupos focales destinado a definir conceptos relevantes. Por su parte, el uso de instrumentos con perspectiva *etic* significa realizar un proceso de traducción y validación cultural de un determinado instrumento utilizado y aceptado internacionalmente.

\* *Para medir el malestar psicológico ante una situación de violencia, pueden usarse dos enfoques (o combinarse ambos):*

- a) *indagar en qué modo entiende la gente que afecta la violencia a las personas, familias y comunidades de ese medio cultural y en base a ello elaborar una entrevista semiestructurada con componentes cuantitativos y cualitativos que mida éstos aspectos.*
- b) *seleccionar una medida de malestar general (por ejemplo el SRQ de la OMS) y una escala de Trastorno de Estrés Postraumático (por ejemplo el Impact of Events Scale) y traducirlo al idioma correspondiente y validarlo en este medio, comparando los resultados con los obtenidos en otras culturas.*

#### **Pasos para la elaboración de instrumentos desde la cultura (*emic*)**

Constituye un trabajo complejo, difícil de abordar si no existen precedentes. Las fases del trabajo serían:

- 1) Definir los conceptos sobre los que se va a trabajar a partir de un trabajo antropológico (revisión bibliográfica, informantes, grupos focales, observación participante en contextos



en que el concepto es relevante). *P.e. “susto”, “persona a la que se le perdió el espíritu”, “niño enfetichado”, “envidia”*

- 2) Grabar y transcribir entrevistas con personas a las que va dirigido el instrumento preguntándoles sobre el concepto (cuando se usa, aplicado a qué, con qué connotaciones, qué debe hacerse al respecto...).
- 3) A partir de las transcripciones, seleccionar frases *textuales* de las personas en las que se recojan todos los aspectos que se consideren relevantes que han salido en las entrevistas.
- 4) La selección amplia de frases se somete a un consenso de expertos, que eliminan las obvias, las redundantes, las no significativas, dejando un número más reducido de afirmaciones.
- 5) *El conjunto es ordenado en forma de cuestionario o de entrevista (si es población de tradición oral) y se administra a un grupo piloto de población.*

Si responde a un único concepto, se calculan los parámetros psicométricos (comprensibilidad, validez de constructo, convergente y discriminante, coherencia interna, fiabilidad test-retest) y se realiza un análisis factorial de los ítems para ver si responden a un solo concepto o existen varios conceptos que se sobreponen dentro del mismo instrumento. En caso de responder a varios conceptos, se analizan los resultados cuantitativos y cualitativos.

## **Pasos para la validación transcultural de instrumentos**

**Paso 1.** Un equipo de dos o más personas hablantes nativas **traducen** el cuestionario desde el castellano o inglés al idioma que se va a usar. Debe primarse la *reinterpretación* sobre la traducción literal, es decir, se intenta ver cual sería el significado cultural de la frase, la idea que hay detrás de ella, y buscar un concepto similar dentro de la cultura, una frase que, aunque no corresponda con la frase exacta en la lengua original, sí recoja la misma idea del autor.

**Paso 2.** Otra persona *distinta, independiente y que no ha estado en esa traducción*, y preferiblemente también nativa, **contratraduce** esa versión de nuevo al castellano.

**Paso 3.** Una tercera persona también *distinta e independiente, nativa en castellano*, **compara** el original con la contratraducción y anota los matices y diferencias.

**Paso 4.** Se reúne todo el equipo promotor con las personas implicadas en los pasos anteriores y, a partir de las reflexiones del paso 3, se va pactando uno a uno matices y correcciones de los ítems de la primera traducción.

**Paso 5.** El instrumento final es administrado de manera individual a un grupo piloto de 10 a 20 personas, para ver la comprensibilidad y la validez de concepto. Se realiza una última corrección de los desajustes que pueda haber.

### III. PARA AMPLIAR INFORMACIÓN

#### Documentos de referencia de esta guía

- Anderson M.B. & Woodrow P.J. (1998) *Rising from the Ashes. Development strategies in times of disaster*. Lynne Rienner Publications, USA
- Beristain, Carlos M. (2000) *Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas. De la prevención a la reconstrucción*. Caracas: AVEPSO y Universidad Central de Venezuela. En [www.gac-enred-o.org](http://www.gac-enred-o.org)
- Beristain, Carlos M. y otros. (1999). *Reconstruir el tejido social: un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Ed Icaria. Barcelona.
- Eyber, Carola. *FMO Thematic guide: psychosocial issues*. En [www.forcedmigrations.org](http://www.forcedmigrations.org)
- Harrell-Bond, B. (1986) *Imposing Aid: Emergency Assistance to Refugees*. Oxford: OUP.
- Ignacio Martín-Baró (ed). (1990) *Psicología Social de la guerra: Trauma y Terapia*. UCA Editores. El Salvador. (Disponible en la web de la Universidad José Simeón Cañas).
- Organización Panamericana de la Salud (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres nº1 en [www.who.org](http://www.who.org).
- Pérez Sales P. (ed). (1999) *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Ed. ExLibris. Madrid.

#### Documentos para ampliar información

- Beristain, Carlos M. y Riera F. *Afirmación y resistencia. La comunidad como apoyo*. Ed. Virus. 1994.
- Cohen, Raquel (1999) *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores. Manual para instructores*. México: OPS/ Editorial El Manual Moderno.
- Equipo Alforja. (1991) *Técnicas Participativas para la Educación Popular*. CEDEPO. (Edición española en Editorial Popular)
- Goldberg D, Huxley P. (1990) *Enfermedad mental en la Comunidad*. Ed. Nieva. Madrid.
- Hodgkinson, P.E. y Stewart, M. (1998). *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management (2nd edition)*. London: Routledge.
- Levav I. (ed) *Temas de salud mental en la comunidad*. Serie PALTEX. OPS. 1990
- Macksoud, M. (1993) *Helping children cope with the stresses of war. A manual for parents and teachers*. New York: UNICEF.
- Marsella, A.J., Friedman, M.J. Gerrity, E.T. y Scurfield, R. M. (eds.) (1997). *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder*. Washington: American Psychological Association.
- Pérez-Sales P. (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Ed. Desclee de Brower. Bilbao.
- Pérez-Sales, Pau (2003) *Trauma y resistencia. Psicoterapia de respuestas traumáticas. Programa de autoformación*. You & US. Madrid.
- Saavedra, M. del R. (1996). *Desastre y riesgo: actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná*. Bogota, Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular.
- Worden, J.W. (1997) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

#### Documentación de Médicos Sin Fronteras

- Lapeyre, Bernard (2001) *El testimonio operacional*. Barcelona: MSF. Colección "Cuadernos para el debate" nº6
- Chevalier, Eveline (2001) *El trabajo de proximidad como columna vertebral del trabajo humanitario de mañana*. Barcelona: MSF. Colección "Cuadernos para el debate" nº5

- Croisier, Alice (2001) *Opciones estratégicas en Salud Mental para MSF España en el 2001-2002*. MSF, documento borrador interno.
- MSF – Holanda (2002) *Advocacy action and MSF psychosocial and mental health programs. Guidelines* MSF – Holanda, documento borrador interno.
- MSF – Bélgica (2002) *Les projets psychosociaux dans les urgences*. MSF – Bélgica, documento borrador interno.
- Benoir, Denise (2000) *De la transmission orale aux défis de l'écrit. Psychosocial planification & evaluation*. MSF – Bélgica, documento borrador interno.
- De Jong, Kaz (1997) *Psychosocial assessment manual* MSF- Holanda, documento interno.
- Bérengère, Denis (2001) *From the spoken word to the challenges of the written word. Socio-psychological projects. Planning and assessment*. MSF – Bélgica
- Doney, B. (1996) *Le psychosocial et Médecins Sans Frontiers*.

### **Documentación oficial para trabajo psicosocial en desplazamientos y conflictos**

- OMS y ACNUR (2001) *Declaration of cooperation. Mental health of refugees, displaced and other populations affected by conflict and postconflict situations*. (Descargable en la web de la OMS)
- OMS y ACNUR (2001) *Tool: Rapid assessment of mental health needs of refugees, displaced and other populations affected by conflict and postconflict situations. A community-oriented assessment*. (Descargable en la web de la OMS)
- OMS y ACNUR (1996). *Salud Mental de los Refugiados*. Ginebra.
- ACNUR (2002) *Manual para situaciones de emergencia*.

