



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Chile

Rivera, Miryam; Velázquez, Tesania; Morote, Roxanna
Participación y fortalecimiento comunitario en un contexto post-terremoto en Chíncha, Perú
Psicoperspectivas, vol. 13, núm. 2, 2014, pp. 144-155
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171031011014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Participación y fortalecimiento comunitario en un contexto post-terremoto en Chíncha, Perú

Miryam Rivera ^(*), Tesania Velázquez, Roxanna Morote

Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú

(*) mrivrah@pucp.pe

RESUMEN

Este artículo presenta el análisis crítico y las lecciones aprendidas de una intervención comunitaria con 17 centros poblados de Chíncha-Perú luego del terremoto del 15 agosto del 2007. Se trata de la revisión crítica de una intervención comunitaria, con énfasis en los conceptos de participación y fortalecimiento comunitario. La intervención fortaleció capacidades de líderes como facilitadores sociales para la acción en salud mental comunitaria en contextos posterremoto. A través de la participación y el fortalecimiento comunitario, los líderes mejoraron el vínculo social y desarrollaron procesos de acción comunitaria. La reflexión sobre esta experiencia permite valorar la praxis de la psicología comunitaria en contextos posterremoto y sus consecuencias, tales como el cuestionamiento de las relaciones de poder y la neutralidad; la valoración del saber local; el trabajo de redes; la incorporación de la dimensión subjetiva y el autocuidado en la intervención.

PALABRAS CLAVE

participación, fortalecimiento comunitario, vínculo social, apropiación, post-terremoto, Perú

Systematization of a community intervention in a post-earthquake context in Chíncha, Peru

ABSTRACT

This article presents the lessons learned and a critical analysis of a community intervention on seventeen urban and rural towns after the earthquake of August 15th, 2007 in the province of Chíncha, Peru. The critical review proposed emphasizes the analysis of participation and community empowerment. The community intervention strengthened the capabilities of community leaders to enhance social networks for community mental health in a post-disaster context. Through participation and community building, community leaders strengthened social bonds and community action. The lessons from this experience allow us to reflect upon community psychology practice in post-earthquake contexts. Among others: questioning power relations and neutrality, valuing local knowledge, networking, and the incorporation of the subjective dimension and self-care in the intervention.

KEYWORDS

participation, community intervention, social link, appropriation, post-disaster, Peru

Recibido: 3 octubre
2013

Aceptado: 24 abril 2014

Cómo citar este artículo: Rivera, M., Velázquez, T. & Morote, R. (2014). Participación y fortalecimiento comunitario en un contexto posterremoto en Chíncha, Perú. *Psicoperspectivas*, 13(2), 144-155. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl>
doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-354

Introducción

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja la Media Luna Roja (FICR) (2008) calcula que, en los últimos treinta años, cerca de cuatro millones de personas en América Latina y el Caribe han sido afectadas anualmente por desastres. Además las pérdidas materiales se aproximan a los 3.2 billones de dólares. Los desastres no solo generan pérdidas materiales y humanas, sino que rompen el tejido social lo que impide que la población afectada continúe su funcionamiento normal.

El escenario post desastre plantea diversas necesidades como el incremento de los síntomas clínicos, la polarización de las respuestas, la alteración o ruptura del proyecto de vida, el apoyo social y la relación entre las instituciones y la población (Rivera, 2010). Por ello, la intervención comunitaria es una aproximación relevante para contribuir a los procesos de reconstrucción social (Pérez-Sales, 2002). La acción comunitaria ha mostrado ser el modelo más apropiado para responder de forma oportuna, amplia y con la participación de los diferentes actores involucrados (Rodríguez, 2009).

En Latinoamérica, la Psicología Comunitaria ha puesto atención en el resquebrajamiento del tejido social, el desamparo e impotencia que viven las personas y comunidades afectadas por un desastre (Montero & Serrano-García, 2011). La pérdida de confianza hacia personas e instituciones dificulta la acción conjunta y sostenible (Bracco & Córdova, 2010). La participación de las comunidades en la toma de decisiones y las acciones de reconstrucción debe partir de la identificación de sus necesidades y recursos (Comité Permanente entre organismos [IASC], 2007, 2009; FICR, 2008). En particular, el cuidado de la salud mental y el bienestar psicosocial necesita de la participación de las comunidades y sus líderes.

En el caso del Perú, se trata de un país ubicado en la zona vulnerable del Pacífico que, por su diversidad geográfica y débil gestión de riesgo, sufre constantes y variados fenómenos naturales que devienen en desastres. Estos últimos evidencian la precariedad social y la marcada exclusión en la sociedad. Por consecuencia, la población que vive en condiciones de pobreza y exclusión es la más impactada ante un fenómeno natural.

El terremoto del 15 de agosto de 2007 causó enormes daños humanos y materiales en la zona sur del Perú. Según el Instituto Nacional de Defensa Civil, las víctimas mortales sumaron 550 y los afectados en Chíncha y provincias aledañas superaron los 400.000. Hubo destrucción de edificios, infraestructura hospitalaria, vial, servicios básicos y el colapso de hasta 16,000 viviendas

(Organización Mundial de la Salud [OMS]/Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2012).

Chíncha es una de las cinco provincias de la Región Ica y posee una población de 194.315 habitantes. La mayoría de la población vive en el área urbana (88.89%) y se sustenta del trabajo en fábricas, comercios, pesca o agricultura. Es una región culturalmente diversa, producto de la migración y de una fuerte tradición afroperuana. En las últimas décadas se ha acentuado la migración de la zona andina, especialmente de la región de Ayacucho y Huancavelica, producto de la violencia generada por el conflicto armado interno. Esta población desplazada se ha instalado en la zona y se dedica a la agricultura y el comercio.

Asimismo, en los últimos años, el crecimiento económico en el país ha favorecido la agro-exportación, que subcontrata mano de obra de hombres y mujeres de la zona. No obstante, las condiciones laborales no son correlativas al dinamismo y crecimiento del mercado, más bien hay una subvaloración del trabajo para generar mayor beneficio económico a los empresarios. La presencia de mujeres en estos espacios de trabajo se ha incrementado debido a la mayor precariedad en el contexto post-desastre.

El terremoto del 15 de agosto del 2007 fue uno de los acontecimientos más violentos ocurridos en las últimas décadas en el Perú, tanto por su intensidad como por su duración. El terremoto dejó dolor, desesperanza, miedo, ansiedad e incertidumbre. La mayoría de la población refería sentirse agobiada por la sola idea de tener que empezar todo de nuevo (Rivera et al., 2008; Rivera & Velázquez, 2008). Sin embargo, un año después, la mayoría de organizaciones humanitarias involucradas en salud mental y apoyo psicosocial se había retirado de la zona. Las instituciones públicas, con pocos recursos y personal, retomaron sus planes operativos institucionales. La población seguía viviendo en condiciones problemáticas derivadas del terremoto. No había espacios democráticos para la participación, y se observaban enfrentamientos entre Estado y sociedad civil por la lentitud de la reconstrucción (Rivera, 2010).

Este artículo analiza, de forma crítica, una intervención comunitaria con un grupo de líderes, mujeres y varones, promotores sociales de Chíncha, principal provincia afectada por el terremoto del 2007. La apuesta de la Psicología Comunitaria implica no solo un énfasis en la praxis, sino en la generación de conocimiento a partir de la reflexión y teorización sobre la misma. Por eso, la pertinencia de presentar este trabajo para contribuir al diálogo entre la praxis y la teoría. Se trata de una investigación que reflexiona sobre la participación y el fortalecimiento comunitario. Así mismo ofrece pistas para intervenciones similares en la región. El análisis de esta intervención comunitaria –realizada en el 2009–

supuso una mirada a la intervención y a nuestra praxis, implicó una revisión crítica basada en la lectura de documentos, informes elaborados, reportes de evaluación participativa y un diálogo con los principios de la psicología comunitaria. El objetivo es revisar cómo los conceptos de participación y fortalecimiento comunitario, aportan en contextos post-terremoto.

Participación

La participación y el fortalecimiento de lazos comunitarios son procesos claves para la reconstrucción (Montero, 2006; Montero & Serrano-García, 2011). Participación, no es solo la expresión de las necesidades, opiniones e ideas, sino que se centra en el poder de los sujetos en la toma de decisiones (Ferullo de Parajón, 2006). La participación debe contribuir a la autovaloración y reflexión en torno a la vida cotidiana y a la posibilidad de crear y recrear nuevas formas de vida y convivencia (Krause et al., 2009).

La participación es uno de los pilares para el cambio social. Ella presupone agentes y es un proceso organizado, colectivo e incluyente que permite la transmisión de tradiciones y conocimientos, así como el intercambio de ideas, deseos y necesidades. De esta forma, se pueden identificar aspectos compartidos en la comunidad (preocupaciones y posibles soluciones) y desarrollar habilidades como el autocontrol, la autogestión y el reconocimiento de capacidades individuales y colectivas. Es decir, la participación cumple una función central en el fortalecimiento del vínculo social (Montero, 2006).

Para entender el impacto y la posibilidad de recuperación frente a un desastre es necesario conocer las condiciones previas al mismo. En términos de comunidad existen tres dimensiones claves para la reconstrucción: la sensación de pertenencia, el clima social y el control sobre la propia vida. La pertenencia refuerza el sentido de comunidad y la construcción de narrativas colectivas. El clima social positivo permite visibilizar y reconocer el sufrimiento sin temor al rechazo. El control sobre la propia vida afirma la autoeficacia y la autodeterminación para un desarrollo futuro independiente (Pérez-Sales, 2004).

Las personas deben poder verificar el impacto de sus aportes en la toma de decisiones y la valoración de sus autoridades (Pérez-Sales, 2004). El Estado peruano, en la última década, ha fomentado el trabajo conjunto entre organizaciones y autoridades. Sin embargo, la postura tradicional de las entidades públicas dificulta el cambio en la relación entre Estado y sociedad civil (Velázquez, Cueto, Rivera & Morote, 2011).

Fortalecimiento Comunitario

En términos de Montero (2010), el fortalecimiento es un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se pueden organizar para promover y lograr un cambio respecto de alguna circunstancia que les afecta. El fortalecimiento comunitario genera cambios en las dinámicas de poder para permitir la participación de los sujetos en la comunidad en favor del desarrollo autónomo y sostenible (Montero, 2006). El fortalecimiento requiere diversas etapas: la toma de conciencia de las dinámicas del poder, el desarrollo de habilidades para lograr un control razonable sobre la vida, el ejercicio del control sin dañar a los demás y el apoyo para el empoderamiento de otros (Vázquez, 2004).

Un desastre puede mostrar la necesidad de replantear las estructuras sociales que dificultan el desarrollo de la comunidad. Algunos autores plantean que los desastres, en ocasiones, pueden ser considerados como una oportunidad para volver a construir y no sólo para atender las secuelas (World Health Organization, 2013; Kohan et al., 2011).

Pérez-Sales (2004) distingue dos niveles de dificultad en un contexto post-desastre: las necesidades inmediatas y los factores que fragilizan a la comunidad. Generalmente, la respuesta externa prioriza las necesidades básicas y relacionadas a la supervivencia inmediata. Muchas veces, esta intervención, frente a la emergencia, impacta negativamente en aspectos claves y estructurales de las dinámicas de poder en la sociedad. En este escenario, la entrega de ayuda -en base a un modelo asistencialista- genera vínculos de dependencia y subordinación que disminuyen las posibilidades del ejercicio de ciudadanía democrática. Esta clase de intervenciones se caracteriza también por desatender la salud mental y el bienestar psicosocial, ya que estos no son percibidos como necesidades inmediatas. La desatención del bienestar individual y colectivo trae consecuencias de largo impacto en el tiempo y a través de sucesivas generaciones. La intervención post-desastre que pone atención a las necesidades inmediatas, pero también a las diversas vulnerabilidades de una comunidad, tiene un mayor potencial para el desarrollo integral de la comunidad. Así se busca mayor control, sostenibilidad y espacio para la toma de decisiones colectivas hacia el futuro.

Para romper el “espiral de vulnerabilidad” en las comunidades en situaciones post-desastre es necesario actuar en tres áreas: (1) fortalecimiento físico y material (recursos productivos, dotación de infraestructuras y acceso a educación y salud); (2) fortalecimiento social y organizativo (instituciones eficaces y legítimas que

fomenten redes de solidaridad y apoyo mutuo) y (3) fortalecimiento de habilidades y actitudes (Pérez-Sales, 2002). Entonces, mediante el fortalecimiento comunitario, las personas desarrollan sus capacidades y recursos de manera conjunta para controlar y mejorar sus condiciones de vida. Esto se logra actuando de manera comprometida, consciente y crítica, reconociendo necesidades y aspiraciones compartidas, así como transformándose asimismo (Rivera, 2010).

En esta línea, el reconocimiento de una eficacia compartida o comunitaria se constituye como un elemento de valoración personal y grupal que contribuye al sentido de cohesión y valoración positiva de la identidad (Hobfoll, Jackson, Hobfoll, Pierce, & Young, 2002). El logro y sentido de eficacia colectiva se ejemplifica en la conexión entre el “yo” y el “nosotros” que experimentan los dirigentes sociales y los miembros de organizaciones frente a las mayores adversidades (Morote, 2011).

La intervención comunitaria

En ese contexto, el objetivo de la intervención comunitaria fue favorecer la construcción y recuperación del sentido de comunidad para la acción y movilización post-terremoto en Chíncha. El foco de la acción

comunitaria fueron la salud mental y bienestar psicosocial. Se trabajó con 17 localidades de la provincia de Chíncha, la conformación del grupo fue voluntaria (Dattalo, 2008).

La intervención comunitaria estuvo dirigida a hombres y mujeres, sin embargo, fueron las mujeres quienes mostraron mayor permanencia a lo largo del proceso. Los requisitos eran considerarse líderes o lideresas vecinales y reconocer capacidades e interés en el bienestar y la salud mental de su comunidad. Los participantes fueron un total de 65 líderes sociales de Chíncha (50 mujeres, 15 hombres). Las edades fluctúan entre 18 y 60 años, el grado de instrucción de la mayoría es el del nivel secundario, pero el rango va desde la ausencia de escolaridad hasta la educación superior completa. Participaron docentes, ludotecarias y promotoras de salud, promotoras de desarrollo social, animadoras vecinales y voluntarios/as.

Este artículo nos permite resumir las principales estrategias de trabajo usadas a lo largo del proceso comunitario, entre las que resaltamos el traspaso de responsabilidades, el soporte y apoyo emocional, el inter-aprendizaje, el trabajo aplicativo semanal, el trabajo de redes y el respeto a los acuerdos. La Tabla 1 resume las estrategias anteriormente nombradas.

Tabla 1
Estrategias de trabajo

Estrategia	Conclusión de la experiencia
Traspaso de responsabilidades	Hacia la parte final de la intervención, el logro se vio reflejado en que fueran las lideresas quienes sostuvieron, propusieron y condujeron la discusión, así como, la organización y la acción comunitaria.
El trato personalizado	El grupo valoró mucho que se dirigieran hacia ellas por sus nombres y que se favorecieran espacios para compartir y valorar sus experiencias personales o comunitarias.
Soporte y apoyo emocional	El espacio semanal para dialogar sobre cómo se iban sintiendo las personas en función al trabajo post terremoto y en su rol de facilitadoras de salud mental en sus localidades.
El inter-aprendizaje	Entre pares y en base a experiencias a través de espacios para intercambiar estrategias sobre cómo abordar problemas comunitarios; estrategias colectivas y tradicionales con atención a las culturas locales.
El trabajo aplicativo semanal	Permitió a los participantes conectar lo trabajado en las sesiones semanales con acciones concretas en sus comunidades y con el tema de interés común: la salud mental y el bienestar de su comunidad.
Trabajo de redes	Las actividades fueron coordinadas con instancias públicas y privadas: Dirección Regional de Educación (DRE), Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL-Chíncha), Red de Salud Chíncha-Pisco, organismos no gubernamentales. Las instituciones facilitaron la participación de sus representantes.
El respeto a las normas, los horarios y fechas	Permitió que el grupo tuviera una estructura clara de trabajo. Se alentó que las participantes establecieran estas pautas de trabajo en sus comunidades.

Fuente: Elaboración propia

La intervención comunitaria se planteó en cuatro momentos, los cuales muestran el protagonismo ascendente de la comunidad (Figura 1). Cada momento

tiene objetivos engarzados al análisis de la situación-problema y las estrategias de intervención comunitaria.

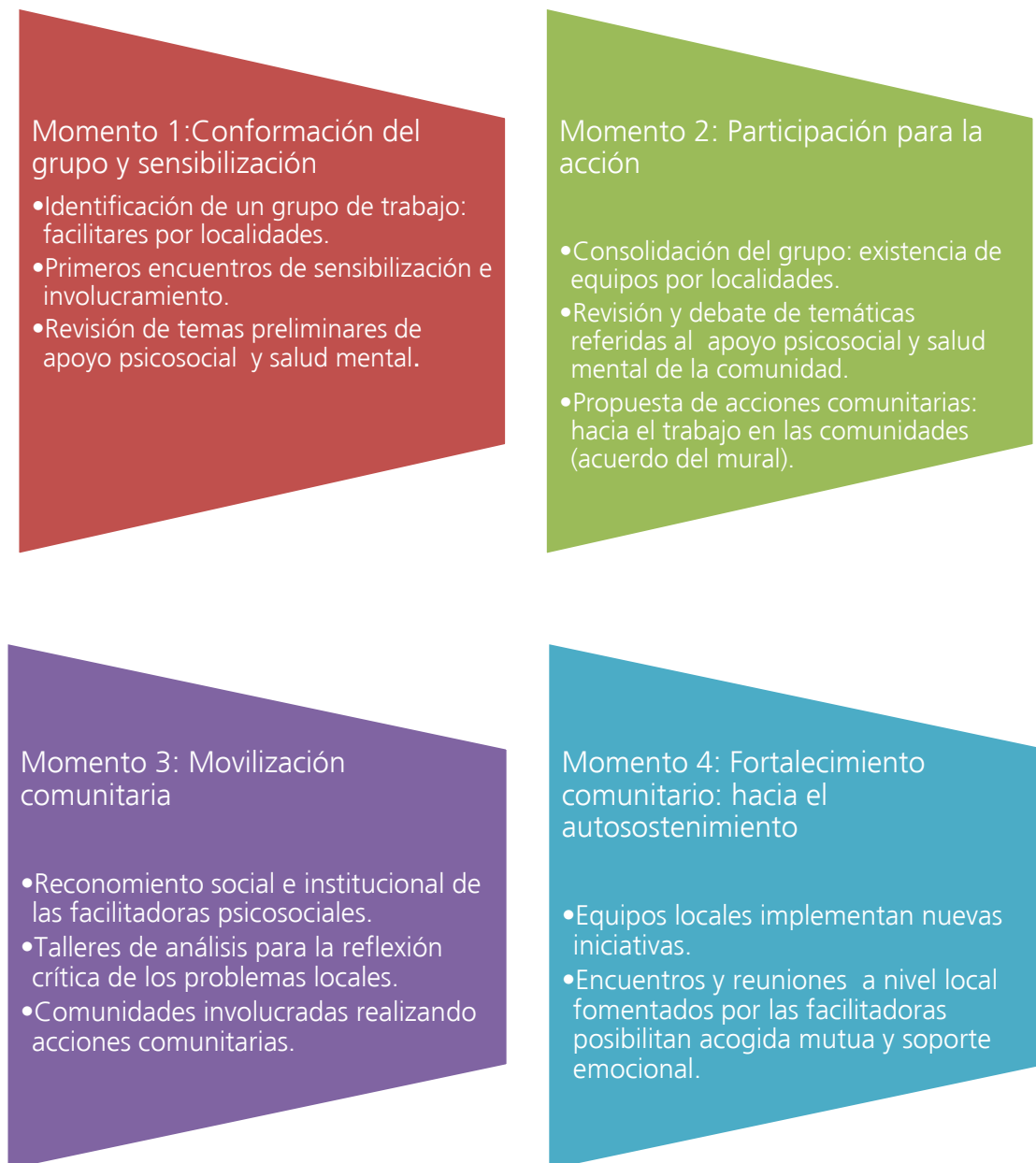


Figura 1: Momentos de la intervención comunitaria

Momento 1: conformación del grupo y sensibilización

La intervención comunitaria se inició con visitas semanales a los centros poblados. El objetivo fue iniciar contacto con las lideresas, motivar su participación y conocerlas en su espacio cotidiano. Las sesiones de trabajo funcionaron como un espacio de encuentro entre lideresas de diferentes zonas de Chíncha. Las reuniones se orientaron al intercambio de experiencias vividas

alrededor del terremoto y se observó deseos de participar y preocupación por el estrés y tensión emocional de familiares y vecinos debido a los continuos sismos en la zona.

En esta fase, se logró consolidar un grupo de facilitadoras con capacidades propositivas que organicen y lideren acciones para su bienestar y el de sus comunidades. Los temas que convocaron mayor interés en las discusiones fueron la autopercepción, la

descripción y análisis de las reacciones luego del terremoto, la identificación de personas a las que se le atribuía la idea de estar “traumados”, las estrategias para motivar a su comunidad, los medios para mejorar su bienestar y el de sus allegados y su incorporación activa a los equipos de ayuda. Se contrastaron experiencias y casos con información sobre reacciones normales (de estrés, intolerancia, frustración, etc.) ante eventos que amenazan la vida y la subsistencia. Durante esta etapa, las participantes daban cuenta de cambios en las maneras de cuidarse y cambios en las formas de relacionarse al interior de la familia y la comunidad. Ellas se preocuparon, fundamentalmente, por la victimización y el aletargamiento en algunas comunidades.

Momento 2: Participación para la acción

Se elevó el número de visitas a cada localidad, a fin de incrementar la interacción con más miembros de la comunidad. Luego, se inició el trabajo de capacitación a través de talleres participativos. Los temas que se trabajaron fueron reacciones normales o esperadas ante el estrés, manejo de emociones colectivas, participación y movilización comunitaria, atención a poblaciones vulnerables, así como aspectos éticos al trabajar con comunidades.

El objetivo era fortalecer capacidades individuales para llegar al planteamiento del trabajo colectivo. Fue indispensable plantear la conexión entre la revisión temática y los escenarios específicos de sus comunidades. Esto propició que cada grupo identificara dificultades que afectaban la salud mental de su comunidad (violencias, indiferencia, falta de apoyo comunitario, estigmatización, consumo de drogas, entre otros). Así, estos temas fueron planteados en la agenda de trabajo. Finalmente, se logró que las participantes fueran identificando estrategias y posibilidades para la movilización comunitaria desde sus propios recursos.

Se diferenciaron los problemas de salud mental que requieren un enfoque especializado y se identificaron las áreas a ser atendidas por la intervención comunitaria. Estas necesidades psicosociales y de salud mental estaban ligadas a la ruptura del tejido social, al debilitamiento de las redes de apoyo social, a la recuperación del sentido de comunidad y a las dificultades para la organización y el trabajo colectivo durante la reconstrucción. A fin de responder a estas necesidades, las participantes optaron por una estrategia expresiva y colectiva: utilizar las paredes que quedaban en pie para pintar murales y letreros que reflejaran la experiencia colectiva en el contexto post-desastre.

Momento 3: Movilización Comunitaria: pintando nuestro mural

El pintado de un mural fue planteado como una tarea colectiva que reflejara la identidad de la comunidad, su pasado, su presente y sus sueños a futuro. La movilización incluyó la participación de niños, niñas, hombres y mujeres de la comunidad para tareas como la validación del boceto del mural, la identificación y preparación del muro (saneado, tarrajado, base, etc.), el dibujo a escala y finalmente el pintado del mural (Figura 2 y Figura 3).



Figura 2: Mural del Asentamiento Humano San Agustín, Chíncha, Perú

La preparación de las participantes en los dos primeros momentos les permitió adquirir mayor seguridad en sus capacidades como facilitadoras de la movilización comunitaria. Este autorreconocimiento fue validado por el reconocimiento social e institucional que recibieron en cada una de sus localidades por su desempeño y aporte. Se verificó en el trabajo de campo que existen elementos claves en la capacitación de facilitadores: (a) la confianza en las propias capacidades a ser fortalecidas; (b) la correspondencia entre los aprendizajes y la formulación de respuestas a problemas del entorno y (c) el fortalecimiento de capacidades para la movilización comunitaria (Rivera, 2010).



Figura 3: Detalle fotográfico del Mural de la Comunidad Canoa, Chíncha, Perú

Los talleres del tercer momento fueron paralelos a las acciones de movilización comunitaria realizados en cada

localidad. Los talleres fortalecieron el liderazgo de las participantes para la movilización comunitaria y la realización del pintado de 17 murales en colaboración con toda la comunidad.

Las actividades de movilización requirieron diálogo y organización en cada comunidad. Las facilitadoras pusieron en práctica y valoraron las habilidades fortalecidas en los talleres. En los cuales, a través de una metodología participativa y democrática, aprendieron a llevar adelante procesos de toma de decisiones en consenso con sus comunidades; así como a escuchar y respetar las opiniones de otros miembros de la comunidad para el logro de un objetivo común, manejando el conflicto y las discrepancias. Sentirse escuchadas y tener la posibilidad de expresar sus ideas en público, superando ansiedades y temores, les permitió mostrarse empáticas y facilitar la participación de otros actores de la comunidad en condiciones de mayor vulnerabilidad. Por otro lado, las facilitadoras identificaron dimensiones del fortalecimiento comunitario, generadas a partir de la movilización. La Tabla 2 resume dichas dimensiones.

Tabla 2

Dimensiones del fortalecimiento comunitario: Viñetas ilustrativas

Liderazgo democrático	<p>'Por mi carácter que soy un poco autoritaria (...) yo lo veía como una propiedad mía que yo misma tenía que decidir, al darme cuenta que el mural no era mío; yo misma llegue a la conclusión que la señora Carmen, Luisa y Juana también tenían participación (...) tanta era mi autoridad (...) que todas las cosas aunque sea pequeñas tenían que pasar por mí. El mural no era eso, era el trabajo de todas. (...) aprendí a aceptar los errores de mis compañeras y también las buenas ideas, porque tenían buenas ideas' (madre de familia, 42 años, Chíncha, enero 2009).</p>
Cohesión social	<p>'El panadero de nuestra comunidad se sintió muy contento y nos dijo que era por el valor que le habíamos dado al también pintarlo en nuestro mural... Se logró poner todas las vivencias de la comunidad, porque la gente se ve reflejada allí en el mural' (profesora, 40 años, Chíncha, octubre 2009).</p> <p>'Había muchas necesidades a la vez, había personas que trabajaban... habíamos hecho otro dibujo de niños abrazados en el mundo, era el dibujo bonito, pero nos dimos cuenta de la realidad y veíamos que era lo que quedaría para el futuro y nuestro dibujo fue cambiando' (promotora social, 32 años, Chíncha, setiembre 2009).</p>
Identidad positiva, respeto y satisfacción	<p>'Empezaron con los niños, con los adolescentes (...) nos veían borrando las manchas, y empezaron a respetar. Ahora nos da mucha satisfacción que ellos respetan nuestro trabajo, el mural está allí y pintan al costado del mural y no manchan nuestro mural. Se quedaban mirando y yo los invitaba (...) a participar, eso ha ayudado, han visto, lo del agua (...) ahora están valorando, ven sus comunidad cada día más limpia' (profesora, 40 años, Chíncha, octubre 2009).</p> <p>'Hay que incentivarlos. Lo que he podido rescatar es el respeto. Que por más que el adolescente esté metido en eso, tienen el respeto en las comunidades (promotora social, 32 años, Chíncha, septiembre de 2009).</p>

El Momento 3 alcanzó el mayor nivel de participación, ya que cada comunidad, a través de sus facilitadoras, involucró a más personas en la movilización comunitaria. Éste trabajo colectivo no sólo generaba bienestar, sino que contribuyó a fortalecer vínculos, elevar el nivel de cohesión social, favorecer la expresión de la afectividad y el reconocimiento social, todos ellos aspectos claves en la salud mental comunitaria y el bienestar psicosocial.

Momento 4: Fortalecimiento comunitario: hacia el autosostenimiento

Este momento se orientó a la facilitación del trabajo en equipo dentro de las comunidades: propiciar y acompañar iniciativas locales, potenciar la autonomía, promover el liderazgo democrático y el protagonismo comunitario. En esta fase, se acompañan las iniciativas de las facilitadoras para emprender nuevos proyectos y acciones de movilización comunitaria.

Los murales ilustran un recorrido histórico, donde la comunidad se muestra a los otros a través de estampas e imágenes que caracterizan su pasado, las condiciones presentes y sus planes a futuro. Es, además, un hito en la valoración y reconocimiento de sí mismas como parte de una comunidad, elemento central para el proceso de reconstrucción desde la psicología comunitaria. El cuarto momento culmina la movilización comunitaria realizada con el pintado de los murales y permite que cada comunidad vaya consolidando sus procesos de organización comunitaria.

A partir del impacto visual de los murales, se van desencadenando otras actividades colectivas. Por ejemplo, la realización de letreros de señalización fue una iniciativa que nació a partir del interés de la comunidad por apropiarse e interactuar con su propio espacio público (ver Figura 4).



Del mismo modo, algunas comunidades realizaron gestiones al interior de sus municipios para llevar adelante la construcción de plazas públicas con áreas verdes y bancas, las cuales correspondían a los planes a futuro dibujados en los murales. Estos procesos de carácter más local, posibilitaron encuentros y reuniones a nivel intercomunal en el que las facilitadoras se ofrecían acogida mutua y soporte emocional. La continuidad de las acciones y la iniciativa de las propias comunidades permitieron que el equipo de profesionales, que llevó adelante esta intervención, fuera retirándose progresivamente de la zona.

Las facilitadoras identificaron diversos logros, reconociendo capacidades de autoeficacia (orientada a logros), eficacia comunitaria (eficacia en virtud a la relación y trabajo conjunto) (Hobfoll, Schroder, Wells, & Malek, 2002); organización social, reconstrucción de vínculos en la comunidad, promoción de la salud mental comunitaria y habilidades personales de diverso tipo, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3

Logros reconocidos por las facilitadoras: Viñetas ilustrativas

Autoeficacia	<p>‘Haciendo nos sentimos muy bien por ser promotoras, hacer algo por la comunidad’</p> <p>‘Pude organizar a mi comunidad’</p> <p>‘Tengo la capacidad de convocar a las personas a reunión’</p> <p>‘Poder haber realizado letreros de señalización para la comunidad’</p>
Eficacia comunitaria	<p>‘Logré que (...) haya un comité más organizado, y apoyarnos mutuamente’</p> <p>‘Trabajar con otras ONG y pedir capacitaciones (...) ya lo hemos logrado en (...) la comunidad’</p> <p>‘Hemos logrado pintar el mural, las personas de la comunidad han apoyado a hacerlo; para hacer los letreros también han apoyado niños y adultos’</p>
Organización para la movilización social	<p>‘Que las personas se organicen’</p> <p>‘Saber organizar a las personas de mi comunidad’</p> <p>‘Intercambiar ideas con las personas de diferentes comunidades’</p> <p>‘Saber sobrellevar a mi comunidad y ser más responsable con mi trabajo’</p>
Reconstrucción de vínculos y confianza en la comunidad	<p>‘Unir los lazos de amistad que haya confianza entre todos’</p> <p>‘Compartir con las personas de mi comunidad las experiencias’</p> <p>‘Tener más comunicación con las personas de mi comunidad’</p> <p>‘He conseguido conocer a mis vecinos de mi manzana en todas sus necesidades’</p> <p>‘El mural empezó con 4 personas, luego lo hemos terminado como a 15 personas, entre amigos y enemigos que eran antes, ahora, somos buenos amigos’</p>
Capacidades para la promoción de la salud mental	<p>‘Cuando las invito a las reuniones que expresen lo que sienten’</p> <p>‘Sé cómo ayudar a una persona en crisis o estresada en mi comunidad’</p> <p>‘He logrado que las personas (...) se escuchen con bastante tranquilidad’</p> <p>‘Que lo que sucede alrededor nos afecta’</p> <p>‘A prestar los primeros auxilios psicológicos (...) en caso de algún desastre’</p> <p>‘Aprendí a respetar a las persona, a ser más comprensiva’</p> <p>‘Soy más equitativa y empática’</p> <p>‘Me siento más sensible ante cualquier dolor humanitario y me siento capaz de poder ayudar, siento que tengo herramientas para hacerlo’</p>
Habilidades/desarrollo personal	<p>‘Expresarme y decir lo que pienso, perdiendo el miedo y la timidez’</p> <p>‘He aprendido a escuchar a las personas y tener paciencia, a no alterarme y solucionar si está en mis manos hacerlo’</p> <p>‘He conseguido salir de mi casa, cosa que yo nunca lo hacía antes de venir a la cruz roja’</p> <p>‘He conseguido hablar con más naturalidad. Ya no tengo tanta vergüenza para hablar en grupo y conversar con las personas de mi comunidad, e intercambiar ideas para el bien de todos’</p> <p>‘He aprendido a organizar mi tiempo’</p> <p>‘Saber cómo controlarme en un momento de crisis o cuando estoy preocupado’</p>

Discusión: Análisis crítico de la intervención comunitaria

Los dos elementos centrales para el logro de los objetivos fueron, primero, el tránsito hacia la apropiación de la propuesta por parte de las participantes y la comunidad; y, segundo, el establecimiento y consolidación de vínculos comunitarios basados en la confianza. Estos elementos nos remiten a los conceptos de participación y de fortalecimiento comunitario, ambos centrales en la Psicología Comunitaria.

En cuanto a la apropiación de la propuesta, hubo un importante involucramiento e identificación, por parte de las participantes, con las metas propuestas. La estrategia fue alcanzar responsabilidades sin presiones o recompensas externas, sino en base al reconocimiento de capacidades y la toma de conciencia.

Para las participantes, las razones para esta apropiación son el deseo de compartir lo aprendido, el compromiso personal con el bienestar psicosocial y la salud mental de su comunidad y la identificación de cambios y mejoras en sus propias vidas. Para lograr esta apropiación fue muy importante respetar los tiempos y cambios en las participantes y las comunidades. El equipo de profesionales debe ser consciente de este proceso y transitar de un rol muy activo (proponiendo y dirigiendo las acciones) a un rol menos protagónico. De esta forma, la población va aumentando su protagonismo y liderando actividades. Como se pudo observar, las mujeres pasaron de participantes a facilitadoras, reconocidas así por ellas mismas y por la comunidad.

Considerando la escalera de Hart (1993), el proceso de participación transitó desde el peldaño cuatro, población informada pero con participación sólo asignada

(Momento 1) al peldaño cinco, población informada y consultada (Momento 2). Posteriormente, se alcanzó el peldaño seis, las decisiones son iniciadas por otros, pero planificadas con la población (Momento 3); hasta, finalmente, llegar al peldaño siete y ocho, decisiones iniciadas y dirigidas sólo por la población y decisiones iniciadas por la población pero coordinadas con otros (Momento 4). Como señala Ferullo de Parajón (2006), la participación al final de la escalera de Hart se centra en el poder de los sujetos para la toma de decisiones. En este caso, implicó tomar decisiones respecto a los procesos de reconstrucción de su entorno, de su espacio público y de su comunidad. Eso fue posible porque la participación contribuye al autorreconocimiento y la autovaloración Krause et al. (2009).

Es a partir de este reconocimiento, que se desarrollan vínculos basados en la confianza, lo cual requirió espacios que permitieran tanto la conexión de cada uno consigo mismo como con la comunidad. El trato personalizado, la constancia y la validación de reacciones como respuestas normales ante una situación anormal fueron piezas clave para ello (Pérez-Sales, Fernández-Liria, Baingana & Ventevogel, 2011; Departamento de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2008). Esto contribuyó a que cada una se reconozca como facilitadora de movilización comunitaria, reconocimiento respaldado por la validación de la comunidad a nivel social e institucional.

Según Wiesenfeld y Sánchez (2012) es necesario tomar en consideración los mecanismos que promueven, así como las condiciones y procesos que contextualizan la participación. En esta propuesta de intervención, el contexto post-terremoto facilitó el compromiso y la puesta en marcha de objetivos compartidos y acciones conjuntas para la movilización comunitaria. La participación se caracterizó por la transformación en las relaciones de poder entre las participantes y los profesionales.

Aunque no se planteó como un objetivo de intervención, es posible observar que las participantes construyen relaciones diferentes en el grupo. Emergen experiencias de afecto, preocupación y cuidado por el otro, y esto tiene que ver también con lo mucho que pone cada una de su propia experiencia personal en el proceso. Las participantes constituyen un grupo, entablan relaciones saludables, y desarrollan amistades que perduran aun cuando termina el proyecto. Los vínculos afectivos positivos son un factor fundamental en el proceso de empoderamiento y cohesión en grupos de líderes sociales (Morote, 2011). La desconfianza y la afectación en el tejido social que se produce a partir del desastre empieza a ser revertido, las personas vuelven a confiar y construyen vínculos sanos en torno al logro del bien común.

Las facilitadoras identificaron tres dimensiones de fortalecimiento comunitario, generadas a partir de la movilización: ejercer un liderazgo democrático, elevar el nivel cohesión social y propiciar la identidad positiva. Las participantes reconocen el valor de las decisiones democráticas como elemento clave para el involucramiento de la población. A partir de la movilización comunitaria y la acción colectiva, se reconocen como parte de un tejido social en el que se favorece la expresión de la afectividad y el reconocimiento social. Todos estos son aspectos claves en la salud mental comunitaria y el bienestar psicosocial.

Esta intervención nos permitió identificar algunos principios centrales, que se mostraron eficaces en contextos post-terremoto, por la dimensión ética considerada en el respeto de los otros, presentamos algunos de ellos:

- El cuestionamiento de las relaciones de poder y la neutralidad;
- La valoración de las experiencias, saberes locales y de los espacios de interaprendizaje (en el que el conocimiento circula y es retroalimentado entre pares y en base a experiencias prácticas). Releva estrategias locales para abordar problemas comunitarios; estrategias colectivas y tradicionales con atención a las culturas locales;
- La incorporación de la dimensión subjetiva en el diálogo con las participantes y la comunidad. Como el espacio para el autocuidado, el cual era semanal y daba cabida al afecto y al diálogo. Por ejemplo, sobre cómo se va sintiendo las personas en función al trabajo post-terremoto, como se van sintiendo como facilitadoras de la salud mental, etc. El reconocimiento de la dimensión subjetiva en las relaciones mostró ser un elemento sostenedor de la intervención (por ejemplo, al interior de la comunidad, entre las participantes y con las profesionales externas); y
- El trabajo de redes, reconocer la necesidad de la coordinación interinstitucional para potenciar los recursos y posibilitar cubrir diferentes demandas.

Por otro lado, en esta intervención comunitaria, fue central apelar a la cultura local y a la creatividad. La diversidad cultural exige propuestas diferentes y en consonancia con cada realidad. En el caso del Perú, la toma del espacio público y la movilización han actuado en consonancia con patrones de relación significativos para los habitantes de Chíncha. En esta localidad hay

una fuerte tradición artística: música, percusión y zapateo al aire libre; hay una apropiación del espacio público como indispensable para expresarse y partir de ahí no solo para disfrutar, sino también tramitar conflictos y desavenencias con los otros.

En ese sentido, la propuesta expresiva y artística se convirtió en la herramienta facilitadora de la movilización comunitaria. Las estrategias creativas permiten la resignificación del sí-mismo, el entorno y de las experiencias de sufrimiento y desolación como las vividas en situaciones de desastres. La intervención comunitaria con elementos creativos permite también la simbolización necesaria para el proceso de reparación de la experiencia post-terremoto (Daher & Haz, 2011).

Se observó que los cambios a nivel comunitario tienen un correlato directo con los cambios a nivel personal. Las facilitadoras vieron fortalecidas su participación y su capacidad de organización. La movilización comunitaria evidenció la necesidad de los pobladores de participar en los procesos de reconstrucción post-terremoto. Además, estos cambios ocurrieron en diálogo con el equipo de profesionales, quienes también se vieron transformados por el encuentro y por el proceso mismo (por ejemplo, en el planteamiento de sus intervenciones, en la flexibilidad frente a propuestas, en su apertura a lo novedoso, etc.) Por ello, queda en evidencia que el trabajo con comunidades en contexto post-terremoto exige una permanente mirada de autorreflexión de los equipos externos sobre su rol y actitud que posibilite aprender de la práctica, tomar conciencia de la necesidad de su propio cuidado y dejarse impactar por la experiencia.

Adicionalmente, esta intervención comunitaria evidencia la necesidad de modificar el rol de los equipos profesionales a lo largo de la implementación. A medida que el grupo de participantes se consolida y fortalece, el equipo externo debe ir disminuyendo en su presencia e iniciativa. Este es el proceso por el cual los profesionales pasan a ser acompañantes y, finalmente, espectadores. El acompañamiento realizado hacia el final de la movilización comunitaria muestra los principales logros reconocidos por las facilitadoras en términos de capacidades de autoeficacia (orientada a logros), eficacia comunitaria (eficacia en virtud a la relación y trabajo conjunto), movilización social, reconstrucción de vínculos en la comunidad, promoción de la salud mental comunitaria y habilidades personales de diversos tipos (Hobfoll, Schroder, Wells, & Malek, 2002).

En conclusión, el análisis de esta experiencia ha buscado evidenciar qué tanto los equipos externos como las facilitadoras (acá participantes) y las comunidades son articuladores de cambio y, por tanto, recae en ellos gran parte de la responsabilidad del

cambio social. Además, es importante recordar que el trabajo en contextos post-terremoto genera un aumento del estrés y de la presencia de emociones intensas que pueden derivar en conflictos y tensiones al interior de los grupos y comunidades. Por tanto, es recomendable incorporar acciones permanentes de cuidado y fortalecimiento de capacidades a los equipos. La participación y fortalecimiento comunitario deben ser incorporados como parte del diseño e implementación de políticas públicas y de manera enunciativa en los contextos post-desastre.

Esta experiencia demuestra que la teoría y modelo de la Psicología Comunitaria en contexto post-desastre permite generar cambios y transformaciones sociales con las propias comunidades, respetando sus tiempos y sus procesos. Los trabajos de reconstrucción no deben dejar fuera de la toma de decisiones a la comunidad; por el contrario, estos procesos deberían fortalecer las capacidades locales y facilitar otras iniciativas que abonen a los planes de desarrollo y organización comunitaria.

Referencias

- Bracco, L. & Córdova, L. (2010). *La crisis como posibilidad: Hacia la reconstrucción del vínculo social. El caso de las mujeres de La Garita*. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional de Psicología Social de la liberación. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC). (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*. Ginebra: IASC.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC). (2009). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes* (versión resumida). Ginebra: IASC.
- Daher, M. & Haz, A. M. (2011). Changing meanings through art: A systematization of a psychosocial intervention with Chilean women in urban poverty situation. *American Journal of Community Psychology*, 47, 322-334. doi: [10.1007/s10464-010-9400-3](https://doi.org/10.1007/s10464-010-9400-3)
- Dattalo, P. (2008). *Determining sample size: Balancing power, precision, and practicality*. New York; Oxford University Press.
- Departamento de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú (2008). *Brigadas psicológicas de la PUCP. Una experiencia en el camino hacia la reconstrucción*. Lima: PUCP.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. (2008). *Plan Interamericano 2007-2011*. Recuperado de http://cruzroja.org/temp_site/restaurado/images/PDF/planinteramericano.pdf

- Ferullo de Parajón, A. (2006). *El triángulo de las tres "p": psicología, participación y poder*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hart, R. (1993). *La participación de los niños. De la participación simbólica a la participación auténtica*. Colombia: Editorial Gente Nueva, UNICEF
- Hobfoll, S., Jackson, A., Hobfoll, I., Pierce, Ch. & Young, S. (2002). The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: A prospective study of native american women. *American Journal of Community Psychology*, 30(6), 853-871.
- Hobfoll, S., Schroder, K., Wells, M. & Malek, M. (2002). Communal versus individualistic construction of sense of mastery in facing life challenges. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 21(4), 362-399. doi: [10.1521/jscp.21.4.362.22596](https://doi.org/10.1521/jscp.21.4.362.22596)
- Kohan, I., Pérez-Sales, P., Huamaní, M., Chirinos, R., Pérez-Langa, R., Rivera, M., Cid, B. & Silva, A. (2011). Emergencies and disasters as opportunities to improve mental health systems: Peruvian experience in Huancavelica. *Intervention*, 9(3), 237-248.
- Krause, M., Velásquez, E., Jaramillo, A., Torres, A., Turró, C., Ramírez, M. T., Bustamante, I. & Carvacho, H. (2009). De destinatarios a pares: El desafío de trabajar con comunidades empoderadas. En C. Vásquez, M. Figueroa, W. Pacheco & D. Pérez (Eds.), *Psicología comunitaria internacional: Agendas compartidas en la diversidad* (pp. 178-201). San Juan: UPR.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: El método en la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la ciudadanía y transformación social: Área de encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria. *Psykhé*, 19(2) 51-63.
- Montero, M. & Serrano-García, I. (2011). Una introducción a la Psicología Comunitaria en América Latina. En M. Montero & I. Serrano-García (Comps.), *Historias de la psicología comunitaria en América Latina: Participación y Transformación* (pp. 23 -39). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Morote, R. (2011). *Vidas que se hacen historia. Subjetividad y empoderamiento. Dos generaciones de mujeres líderes sociales*. Lima: Centro de Estudios y Publicaciones.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2010). *Terremoto de Pisco-Perú. A dos años del sismo, crónica y lecciones aprendidas en el sector salud*. Washington: OMS/OPS.
- Pérez-Sales, P. (2002). La concepción psicosocial y comunitaria del trabajo en catástrofes. Nuevas perspectivas en el marco de la elaboración de un programa internacional de formación de formadores. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2(1), 6-17.
- Pérez-Sales, P. (2004). Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario. *Átopos* 1, 5-16.
- Pérez-Sales, P., Fernández-Liria, A., Baingana, F. & Ventevogel, P. (2011). Integrating mental health into existing systems of care during and after complex humanitarian emergencies: Rethinking the experience. *Intervention*, 9(3), 345-357.
- Rivera, M. (2010). *Apoyo psicosocial y salud mental comunitaria en el proceso de reconstrucción post terremoto en Chíncha. Murales para ver y soñar*. Lima: FICR.
- Rivera, M., Pérez-Sales, P., Aparcana, J., Bazan, M., Gianella, C. & Lozano, A. (2008). Community mobilization after an earthquake in Peru: Case study of the use of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Intervention. International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 6(3-4), 275-283.
- Rivera, M. & Velázquez, T. (2008). Salud mental en el Perú: Develando carencias y planteando retos. *Revista Memoria*, 3, 35-37.
- Rodríguez, J. (Ed.) (2009). *Salud mental en la comunidad*. Segunda Edición. Washington DC: OPS/OMS.
- Vázquez, C. (2004). Refortalecimiento: Un debate con el empowerment. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(1), 41-51.
- Velázquez, T., Cueto, R., Rivera, M. & Morote, R. (2011). Construyendo una Psicología Comunitaria en Perú. En M. Montero & Serrano-García (Comp.), *Historia de la Psicología Comunitaria en América Latina. Participación y transformación* (pp. 337-355). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Wiesenfeld, E. & Sánchez, E. (2012). Participación, pobreza y políticas públicas: 3P que desafían la psicología ambiental comunitaria. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 225-243.
- World Health Organization (2012). *Building back better. Sustainable mental health care after emergency*. Geneva:WHO.