

GUIA DE AYUDA

PSICOASISTENCIAL



*A LAS VÍCTIMAS
DEL TERRORISMO*

GUÍA DE AYUDA PSICOASISTENCIAL A LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO



A.D.D.H.

Autor: Kepa Pérez



A.D.D.H.

Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana



Dirección de Atención a las
Víctimas del Terrorismo

Edita: Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana.

Autor: Kepa Pérez. **Colaboradores:** Lourdes García, Zuleidy Hernandez.

Diseño gráfico: Cristina Urionabarrenetxea.

Tirada: 1.000 ejemplares./ **1ª edición:** Diciembre de 2003.

Depósito legal: BI-3123-03



PRÓLOGO

La publicación de esta nueva guía de atención psicoasistencial a las víctimas del terrorismo, está enmarcada dentro de la línea de edición de materiales asistenciales a las víctimas, que la Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana viene desarrollando con el apoyo de la Dirección de Atención a las Víctimas del Terrorismo del Gobierno vasco, en aras de brindar un material, hasta el momento inexistente, que sirva de ayuda para restablecer el equilibrio emocional de todas aquellas personas que han padecido, o están padeciendo, los daños de todo tipo de violencia, tanto si se trata de violencia directa hacia su persona o bienes, como de violencia de persecución (acoso social, amenazas, etc).

Por ello esta guía, además de brindar información sobre el conocimiento y el tratamiento psicosocial de los trastornos que la violencia general,

pretende realizar una labor de sensibilización social en favor de la paz, la tolerancia y el respeto a los derechos humanos y ser una voz que pida la llegada del día en el que nadie necesite ser reconfortado ni psicológicamente ni socialmente, ni tenga que ser reconocido, porque ya no será preciso restablecer ningún derecho vulnerado.

Hasta entonces, la guía que tienes en tus manos, vendrá a llenar un vacío en el campo asistencial a las víctimas del terrorismo, que esperamos sea de gran utilidad para todas ellas, al mismo tiempo que pretende contribuir a fomentar una corriente social solidaria hacia las víctimas, porque “el dolor compartido, es siempre más soportable”.



Kepa Pérez

(Presidente de la Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana)

INTRODUCCIÓN

La elaboración de esta guía supone un complemento a la Guía de Atención Psicológica a las Víctimas, del Terrorismo editada por la Asociación para la Defensa de la Dignidad humana, la cual trata a la víctima como individuo, con un tipo de problemas y aborda los posibles trastornos psicológicos que puede sufrir. Sin embargo, en esta guía de ayuda psicoasistencial queremos presentar los diferentes apoyos que existen tanto a nivel grupal como social para reconfortar a toda persona que ha sufrido la violencia.

Comenzamos abordando el tema de las personas que tienen prejuicios ya que consideramos que, en muchas ocasiones, necesitamos saber cómo son esas personas y en qué piensan para realizar un acto terrorista donde mueren seres humanos.

También vamos a tratar el tipo de acoso al que se ven sometidos diversos grupos de nuestra sociedad, debido a su profesión y cómo esto influye en la persona a nivel personal y social.

Por otro lado vamos a conocer los programas de intervención, tanto con las personas que actúan en el atentado (los equipos de emergencia), cómo las que se ponen en marcha para ayudar a las víctimas.

Otro gran aspecto que recoge esta

guía es la terapia de grupo como un complemento muy importante a la terapia individual, la cual da ofrece la oportunidad a la víctima de compartir su sufrimiento y sentimientos con otras personas que han estado en situaciones similares, y permite llegar, tanto en grupo como individualmente a afrontar la situación y a modificar los sentimientos y mecanismos de defensa negativos e inadaptados que habían surgido.

Desde la Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana esperamos que esta guía sea una ayuda para las personas que han pasado o están pasando una situación como es la violencia o el acoso terrorista, y que su lectura les anime a buscar un apoyo en su entorno más cercano, así como en la sociedad en la que pertenecen.

Para concluir podríamos decir que todavía queda un gran camino por recorrer en cuanto a ayuda psicoasistencial se refiere. Que la sociedad en su conjunto debe hacerse eco de estas demandas y debe crear una red social que acoja a todas estas personas, brindándoles el apoyo necesario para poder solventar, en la medida de lo posible, la situación en la que las víctimas se encuentran inmersas.

Sólo resta decir que esperamos que esta guía sirva para que veamos a



las víctimas, no sólo como seres individuales, sino sociales, inmersos en una sociedad que debe brindarles "calor humano", pues existen muchas formas de ayudarles a nivel

grupal, las cuales en muchos casos hacen disminuir considerablemente el sentimiento de incomprensión y aislamiento tan marcado en estas personas.

REFLEXIÓN PSICOSOCIAL SOBRE LAS PERSONAS PREJUICIOSAS PROPENSAS A EJERCER LA VIOLENCIA DE PERSECUCIÓN

Antes de pasar a tratar las formas de ayuda psicoasistencial existentes, en este primer apartado queremos tratar algunas características psicossociales de las personas que amenazan a otras por ideologías políticas. Así, queremos hacer un acercamiento a su personalidad ya que, en numerosas ocasiones, resulta inexplicable cómo se puede llegar a ese punto de fanatismo.

Las personas que son susceptibles a la propaganda terrorista exhiben un conjunto de características que conforman un síndrome.

En el análisis de dichas características vamos a utilizar simultáneamente los conceptos de ideología y personalidad, tratando así de conjuntar dos formas de abordar el tema de la participación política. Para esto vamos a definir primeramente ambos términos:

Ideología: es una organización de opiniones, actitudes y valores, una forma de pensar sobre el hombre y la sociedad. Las ideologías tienen una existencia independiente de los individuos aislados, son el resultado de procesos históricos y de los sucesos sociales contemporáneos. Las ideologías tienen diferentes grados de atractivo para diferentes

sujetos dependiendo ello, en parte, de las necesidades de los mismos y del grado en que dichas necesidades han sido satisfechas o frustradas.

Personalidad: es una organización de fuerza interna al individuo más o menos duradera. Estas fuerzas persistentes de la personalidad ayudan a determinar la respuesta en situaciones diversas... Las fuerzas de la personalidad son primariamente necesidades (deseos, impulsos emocionales...). Como las opiniones, actitudes y valores dependen de las necesidades humanas y como la personalidad es esencialmente una organización de necesidades, que la personalidad puede ser considerada como un determinante de las preferencias ideológicas.

Además, la personalidad se moldea y desarrolla bajo el impacto que tienen las prácticas de crianza en la primera infancia que son características en el entorno familiar. Finalmente los factores económicos y sociales tienen una influencia directa en la forma como las familias crían a sus hijos.

Por regla general las personas prejuiciosas (que ejercen la violencia de persecución), son profundamen-

te etnocéntricas, en el sentido que tienden a expresar opiniones y actitudes hostiles hacia los grupos étnicos diferentes al suyo. Estas personas presentan las siguientes características:

1.- Tienen tendencia a pensar en términos de endogrupo (mi grupo, las personas que piensan como yo)- y exogrupo (los demás grupos a los que no pertenezco, y están formados por las personas que no piensan como yo).

2.- Cada grupo es percibido como una entidad homogénea.

3.- Presentan actitudes contradictorias hacia la ambición y el poder.

4.- Falta de intracepción. Tienden a considerar que los juicios que emiten son objetivos y válidos, no contemplan la posible subjetividad de los mismos.

5.- Presentan tendencia a la estereotipia, o a pensar en términos de



categorías.

6.- Presentan tendencia a situar la responsabilidad de las tensiones intergrupales en el exogrupo, o las personas que no piensan como ellos, "la culpa de nuestros males la tienen los españoles".

7.- Las soluciones que proponen al "problema" de integración de grupos diferentes en la sociedad son la

asimilación total (integración de los grupos mediante la pérdida de sus señas de identidad distintivas, y la adhesión a las características culturales de “nuestra sociedad”), o la segregación total (exclusión de quienes no quieran asimilarse).

8.- Hay una tendencia a pensar que los diversos grupos sociales, así como los sujetos dentro de cada grupo, se organizan en una jerarquía definida por el poder y la debilidad. Los grupos e individuos más fuertes están en la cima de la jerarquía, y los débiles abajo.

El discurso ideológico de estas personas se caracteriza por:

1-. Rechazo generalizado hacia quienes no piensan como ellos, -hacia los exogrupos-, junto a un sentimiento de estar amenazado por ellos.

2-. La distinción endogrupo - exogrupo se convierte en piedra angular del discurso social.

3-. La necesidad de un exogrupo “el hecho de pensar colectivamente que el enemigo es Madrid”, sirve para garantizar la cohesión interna del grupo y esconder las propias incapacidades)

4-. En cuanto al contenido de la ideología, las personas que no piensan como ellos, son vistas como una amenaza. El conflicto intergrupal es interpretado como conflicto

entre el propio grupo que trata de reconquistar o preservar su posición de superioridad justamente lograda, contra un exogrupo que guarda resentimientos pasados y quiere vengarse atacando al endogrupo -según su ideología. Este conflicto es percibido como irresoluble, y sólo puede terminar con la dominación y la sumisión.

5-. El propio grupo es considerado como superior en moralidad, capacidad y desarrollo general. Además, es lógico que sea superior en poder y status. Cuando esto no sucede, sus miembros se sienten perseguidos y victimizados.

6-. El endogrupo (propio grupo) es idealizado y el sujeto se somete ciegamente a él.

7-. Percepción jerárquica de los grupos y de los individuos.

Resumiendo, esta ideología de las personas prejuiciosas, que hacen distinción entre los que piensan como ellas y las que no, está basada en una distinción rígida y constante entre el endogrupo -o personas que piensan como ellos- y el exogrupo (mi grupo y los demás); incluye una imagen estereotipada negativa y actitudes hostiles hacia los exogrupos por un lado e imágenes estereotipadas positivas y actitudes sumisas hacia el endogrupo por otro; y una visión jerárquica y autoritaria de la interacción entre grupos en la cual el endogrupo es dominante con todos los derechos

para ello, y los exogrupos son subordinados.

Estas características no están aisladas sino que conforman un síndrome que refleja una estructura de personalidad peculiar. La personalidad autoritaria, personalidad que sería especialmente propensa a ser influida por la propaganda anti-democrática.



Las características que definen la personalidad autoritaria serían las siguientes:

- 1) Convencionalismo o adherencia rígida a los valores convencionales.
- 2) Sumisión autoritaria: actitud sumisa y acrítica hacia las figuras de autoridad moral idealizadas del endogrupo.
- 3) Agresión autoritaria, o tendencia a excluir, criticar, rechazar, y castigar a quienes violan los valores convencionales.
- 4) Anti-intracción, u oposición a considerara el carácter relativo y subjetivo de las opiniones.
- 5) Superstición y estereotipia.

Creencias en los determinantes míticos del destino y disposición a pensar en términos de categorías rígidas.

6) Poder y tenacidad. Preocupación por las dimensiones de “dominación-sumisión”, “fuerza-debilidad”, “liderazgo-séquito”, etc. Identificación con las figuras de poder. Sobre-énfasis en los atributos convencionales del EGO. Tendencia exagerada a manifestarse en términos de fuerza y tenacidad.

7) Cinismo y destructividad. Hostilidad generalizada y visión “vil” del género humano.

8) Proyección, o tendencia a creer que en el mundo “pululan” cosas salvajes y peligrosas; así como la proyección hacia el exterior de los impulsos emocionales inconscientes. Una característica central del sujeto autoritario es que es altamente prejuicioso.

EL ACOSO MORAL, UNA AGRESIÓN SISTEMÁTICA PARA PERJUDICAR A ALGUIEN

En este segundo apartado vamos a tratar el acoso que sufren día a día las personas que están amenazadas, tanto por su entorno como por trabajar en una profesión en que esta presión es aún más fuerte. Es importante tener en cuenta el desgaste al que están expuestas estas personas durante su vida y cómo esto puede influirles.

El acoso moral es un acoso que no se ve a simple vista pero es el que más mina la vida de las personas que lo sufren, ya que la gente de su alrededor no lo ve y puede a veces incluso llegar a tratarle como “paranoico” o a considerar que está obsesionado con “ese tema”. Por todas estas razones le hemos querido dar un trato especial a este aspecto, para que la sociedad identifique mejor las situaciones de acoso y pueda tomar las medidas oportunas para paliarlo.

Definición

El acoso moral se define como “toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud...) que perjudica por su repetición o su sistematización a la dignidad o la integridad psíquica o física

de una persona, poniendo en peligro su salud mental”.

Se trata de excluir a una persona de una comunidad, retirándole poco a poco su identidad, su papel, su función, su estatus y su imagen, “desintegrándola socialmente”.

El acoso consiste en una violencia insidiosa, fría, solapada, tanto más peligrosa por ser casi invisible. Se alimenta de pequeños ataques repetidos, a menudo efectuados sin testigos, a veces no verbales, o ambiguos, ya que pueden tener una doble interpretación.

Cada ataque considerado por separado no es verdaderamente grave, sino el efecto acumulativo de los microtraumatismos frecuentes y repetidos lo que constituye la agresión.

Cuatro tipos de actuaciones hostiles

1. El aislamiento y la negativa de comunicación. Las personas van aislando y dejando de lado a la persona amenazada, o víctima, por tener otros ideales o por miedo a que al estar con ellos puedan sufrir



algún acto de violencia o amenaza. Estas personas van separándose poco a poco, dejando incluso de hablar y saludar a la persona amenazada, lo que provocará en la víctima sentimientos negativos y de ser rechazada por las personas de su entorno, lo cual agravará los posibles trastornos que pueda estar desarrollando y potenciará los sentimientos de incompreensión, tristeza y soledad que ya podría tener.

2. Los ataques a las condiciones de su vida diaria.

La persona víctima de la violencia de persecución se sentirá amenazada en los diferentes ámbitos de su vida, tanto en el terreno personal como en el laboral, sobre todo si posee un cargo político o está den-

tro de este entorno.

Debido a estas amenazas o al miedo a sufrirlas, se irá aislando y encerrándose en sí misma por miedo y desconfianza por lo que el riesgo de sufrir algún trastorno psicológico se potenciará.

3. Los ataques a la dignidad humana.

Todas las conductas de amenaza o ataques son un atropello sobre los derechos fundamentales de la persona y sobre la dignidad de ésta. El sentimiento de impotencia y de acoso que se desarrolla en estas personas al ver cohibida su libertad de expresión y amenazada su vida, hacen que la persona viva en un estado de ansiedad y estrés ante lo que pueda ocurrir.

Las personas somos seres biopsicosociales es decir, estamos formados por aspectos biológicos, psicológicos y sociales y si alguno de estos aspectos se ve amenazado o cohibido, el desarrollo personal se vería estancado, con las deficiencias que esto conlleva.

4. La violencia verbal, física y/o psicológica. Las diferentes clases de actos violentos que se pueden dar sobre estas personas pueden ser de diferentes tipos.

Aunque a priori la violencia física es la que parece más dura por lo visible que es, la psicológica y la verbal pueden hacer un daño mayor a la persona, ya que además de ser más sutil y más difícil de probar, pueden dañar más a la integridad de la persona.

ENFERMEDADES QUE PUEDEN DESARROLLAR LAS PERSONAS QUE SON OBJETO DE ACOSO O AMENAZAS

Aproximadamente la mitad de las personas acosadas psicológicamente manifiestan secuelas psicológicas y/o físicas que les ha producido el acoso.

A nivel psicológico, el daño que se produce a la víctima es enorme.

La víctima de las agresiones repetitivas que constituyen el proceso de acoso, va perdiendo gradualmente

la fe y la confianza en sí misma, como consecuencia de lo cual se ven afectados diferentes aspectos de su vida.

Entra en la espiral de un tipo de estrés creciente que va minándola físicamente y puede terminar haciéndose crónico o inespecífico, dando lugar a multitud de afecciones o enfermedades somáticas o crónicas, que suelen conducirla al aislamiento y a abandonar las diferentes actividades que realizaba.

Se producen asimismo, alteraciones emocionales y de la personalidad, que afectan a su esfera de relaciones sociales y familiares, generando principalmente problemas de relación social y de pareja. Los problemas de salud tienen origen en la situación de estrés crónico, ansiedad y angustia. Ello explica que el organismo se vaya deteriorando y que vayan apareciendo enfermedades que obligan a la baja laboral de la víctima y al retraimiento de ésta.

La ansiedad de la víctima, unida a los ataques recibidos y al deterioro de su salud, suele ocasionarle ideas obsesivas o recurrentes en torno a su salud, especialmente de tipo hipocondríaco.

El miedo de la víctima a perder su posición social no hace más que incrementar su ansiedad y realimentar el cuadro de estrés postraumático

mático y sus reacciones somáticas.

Se pueden establecer seis grupos de efectos perniciosos en la salud de las víctimas de violencia de persecución:

1. Efectos cognitivos o hiperreacción psíquica.

- Olvido y pérdidas de memoria.
- Dificultades para concentrarse.
- Decaimiento/ depresión.
- Apatía- falta de iniciativa.
- Irritabilidad.
- Inquietud/ nerviosismo/ agitación.
- Agresividad/ ataques de ira.
- .Sentimientos de inseguridad.
- Hipersensibilidad a los retrasos.

2. Síntomas psicósomáticos de estrés

- Pesadillas/ sueños vividos.
- Dolores de estómago y abdominales.
- Diarreas/ colon irritable.
- Vómitos.
- Náuseas.
- Falta de apetito.
- Sensación de nudo en la garganta.
- Llanto.

- Aislamiento.

3. Síntomas de desajuste del sistema nervioso

- Dolores en el pecho.
- Sudoración.
- Sequedad de boca.
- Palpitaciones.
- Sofocos.
- Sensación de falta de aire.
- Hipertensión/ hipotensión arterial.

4. Síntomas de desgaste físico producido por un estrés mantenido durante mucho tiempo.



- Dolores de espalda dorsales y lumbares.
- Dolores cervicales (nuca).
- Dolores musculares (fibromialgia).

5. Trastornos del sueño

- Dificultad para conciliar el sueño.
- Sueño interrumpido.
- Despertar temprano.

6. Cansancio y debilidad

- Fatiga crónica.
- Flojedad en las piernas.
- Debilidad.
- Desmayos.
- Temblores.

La influencia del acoso en la vida privada de la víctima

La influencia que tiene un acoso continuo en la vida privada de una persona es enorme e inevitable, ya que el miedo y la ansiedad que tiene se refleja en todos los aspectos de su vida y más en el ámbito privado donde se puede desenvolver con más soltura y descargar todas las tensiones que está viviendo, por lo que proyectará toda su frustración e indefensión en su núcleo familiar. Los efectos más habituales son:

- **Tensiones con los hijos, desencadenadas por el problema del acoso** (A veces se traducen en violencia con los hijos o el cónyuge). La persona se vuelve excesivamente protectora con su familia por miedo a

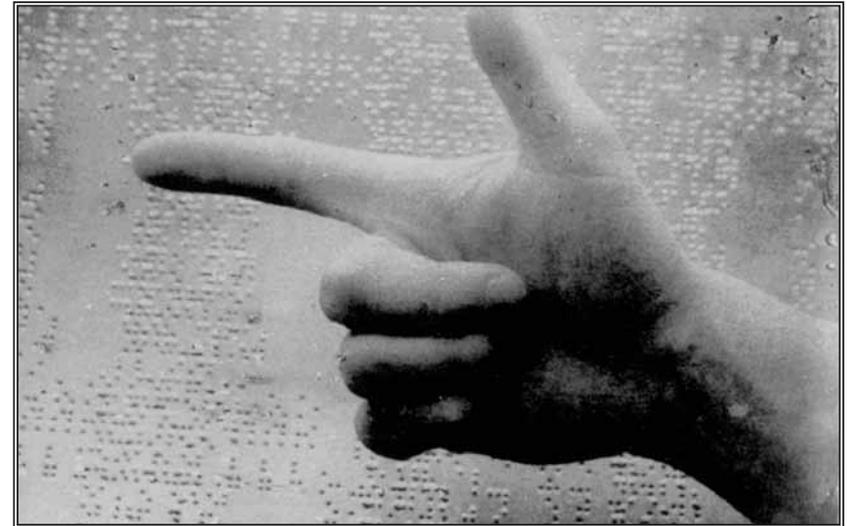
que les pueda suceder algo e intenta "aislarlas" para que no corran riesgos. Esto hace que la familia se sienta agobiada y pueden surgir tensiones en este núcleo familiar.

- **Aumento de la conflictividad en el ambiente familiar** (broncas, discusiones continuadas). Esto es debido a que la persona se encuentra en un estado de alerta continuado y está más irascible, por lo que ante cualquier acontecimiento, aunque sea insignificante, puede reaccionar de una forma desmesurada.

- **Aumento de la morbilidad de los hijos.** Debido a la situación de tensión que se vive en el ambiente familiar, los hijos también pueden desarrollar ansiedad y estar en un estado de alerta continuado.

- **Retraimiento de la víctima con respecto a sus familiares.** La víctima no quiere que su familia sufra la situación que él está viviendo, por lo que intentará aislarse para así no preocupar a sus seres queridos.

- **Abandono de amigos.** La víctima se va retrayendo y dejando a un lado sus relaciones sociales y de amistad. Además se vuelve desconfiada ya que considera que es probable que alguna persona de su entorno es la que le vigila. Además, la víctima ya no disfruta al estar con los amigos porque siente miedo de lo que le pueda pasar estando en la calle o en lugares públicos.



- **Falta de apoyo de los familiares a los intentos de la víctima de hacer frente a la situación de amenaza..**

El miedo puede llevar a los familiares a convencer a la víctima de que no denuncie las amenazas por miedo a las represalias que puedan ser tomadas, (un mayor acoso).

- **Huida de las personas de su entorno, que se cansan de los síntomas de estrés postraumático y de la obsesión de la víctima por su acoso.** Las personas que conviven en el entorno de la víctima pueden asustarse ante la situación que vive y distanciarse por miedo a que les pueda ocurrir algo, y los que siguen con ella pueden terminar cansándose de que la conversación de la víctima gire casi siempre en torno a la situación de amenaza que padece y esté obsesionado con ese tema.

- **Estigmatización social en los sectores de actividad laboral próximos.** Con todos estos síntomas psicosociales, se produce la disminución de la capacidad de empleabilidad de la víctima. Al estar esta persona amenazada, quienes la rodean tienen miedo de posibles represalias si les ofrecen trabajo, además pueden ver que la víctima no se encuentra en situación de desempeñar normalmente su actividad laboral ni social.

CONSECUENCIAS DEL ACOSO MORAL Y LAS AMENAZAS

Las consecuencias del acoso moral y las amenazas podrían enmarcarse en tres niveles diferentes:

- La persona afectada.
- La organización.
- La sociedad.

EL CALVARIO DE LA VÍCTIMA LA VIOLENCIA DE PERSECUCIÓN

Aunque seguidamente vamos a tratar el acoso que pueden sufrir personas públicas (políticos, ertzainas, magistrados, etc) en su entorno laboral, esto se puede también generalizar a la presión que puede surgir en el entorno social.

El primer momento de una persona que está siendo víctima de la violencia de persecución está marcado por la dificultad en el reconocimiento de la propia situación de amenaza; domina el asombro y el desconcierto que se padece ante las continuas y gratuitas agresiones que se sufren diariamente desde el entorno; se prolongan semana a semana y se pueden ir incrementando por su crudeza y/o contenido.

El diagnóstico de la situación, reconocer que se es objetivo, es decir, diana de un acoso, no suele darse antes de que se produzca un deterioro en la salud física y psíquica de la víctima.

Entonces se suele instalar el miedo, el silencio y la falta de apoyo entre muchos de los compañeros que miran hacia otro lado, dejando a la víctima sola para, en muchos casos, evitar convertirse en objetivo del acoso.

Sobre todo son los políticos quie-

neses comparten lugar de trabajo con personas con diferentes ideologías, los que pueden encontrarse en la situación citada, pero también periodistas, profesores, empresarios, magistrados....

En este momento, la víctima de la violencia de persecución, se plantea su futuro; tanto laboral como personal y se plantea ciertos dilemas morales. Es una situación muy dura para la persona, ya que debe replantearse su vida y pensar qué va a hacer al respecto, aumentado todo esto por la presión que ya puede existir en su entorno, viéndose con ello también arrastrada su familia.



SÍNTOMAS QUE PRODUCE LA VIOLENCIA DE PERSECUCIÓN

Los síntomas más importantes que puede conducir la violencia de persecución son el estrés y la ansiedad, pero esta situación también puede llevar a un estado de depresión a la víctima que lo padece.

LA DEPRESIÓN

La depresión provoca un gran deterioro de la calidad de vida de las víctimas que la padecen. A veces se confunden la tristeza o la melancolía con la depresión, y lo mismo, ocurre con el estrés y la ansiedad, dado que estos procesos presentan síntomas comunes. Pero ni son lo mismo ni requieren un tratamiento equiparable. La depresión no entiende de sexos, aunque tiende a afectar más a las mujeres que a los hombres.

Con frecuencia, la depresión no se diagnostica correctamente en atención primaria en sus primeras manifestaciones, ya que en la mayoría de los casos los pacientes presentan síntomas inespecíficos. Y esto ocurre a pesar de que resulta esencial un diagnóstico correcto nada más iniciarse los síntomas, ya que la depresión tiende a agravarse y, lo que es peor, a cronificarse, con lo que el tratamiento se hace más complicado y las conse-

cuencias más serias.

La depresión comienza con un estado de tristeza generalizada

Normalmente, el síntoma inicial de una depresión es la tristeza, un sentimiento de melancolía y desganancia que se va haciendo vez más profundo e intenso a medida que pasan los días. Y va surgiendo el desinterés por las actividades cotidianas, la vida social, la lectura, las aficiones o el trabajo. Aparecen asimismo problemas de concentración en las tareas que la persona desempeña e incluso en la lectura; se van abandonando los proyectos, y comienza a adueñarse de nosotros la percepción de que “no valgo para nada” y de “nada merece la pena”. El ritmo de sueño se altera, sobreviene la somnolencia intensa al final de la tarde y el insomnio de madrugada, muchas veces con sensación de angustia y ansiedad. Pueden aparecer crisis de llanto sin motivo aparente y todo un “rosario” de síntomas: opresión en el pecho, molestias gástricas, sudores, temblores, sensación de mareo, sequedad de boca, dolores de cabeza. Si el cuadro no cede de forma espontánea, y no se trata farmacológica o psicológicamente, acaba produciéndose una pérdida

de la autoestima que en los casos más graves podría conducir al intento de suicidio.

Otros síntomas que nos indican que estamos ante una depresión pueden ser:

Un exceso de irritabilidad. No controlamos nuestra emotividad negativa y cualquier cosa nos irrita. Quienes viven a nuestro alrededor notan el cambio.

Nuestra sociabilidad y la capacidad de entender posturas y comportamientos distintos de los nuestros son menores de lo habitual.

Disminución de energía vital, o pérdida de interés por casi todo.

La pereza se instala en nosotros y la apatía y el inmovilismo dominan la situación. Nos sentimos desmotivados, incomprendidos. Casi nada merece la pena, pensamos.

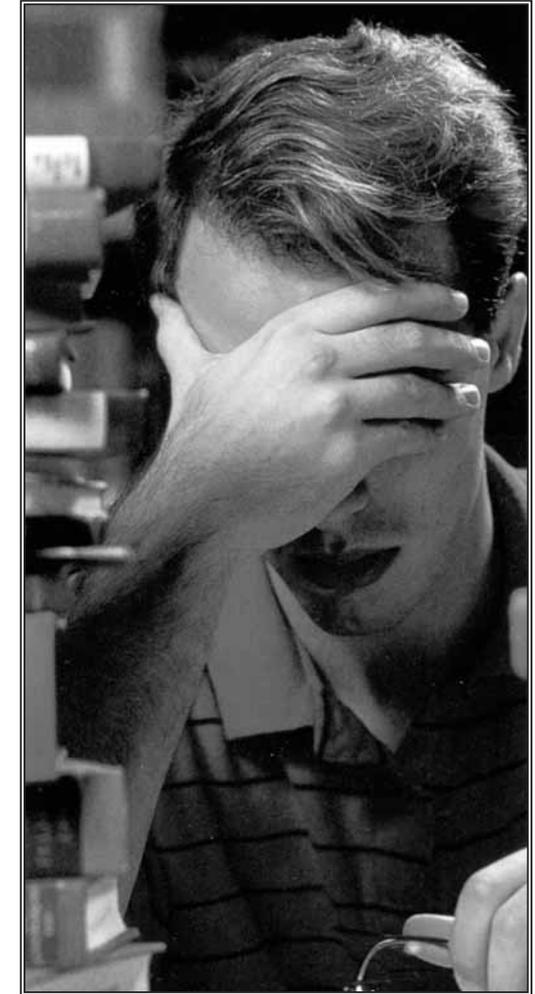
Alteraciones del sueño.

Nos despertamos en medio de la noche, o nos cuesta mucho conciliar el sueño. Estamos inquietos.

Cambios en el apetito. Sin causa aparente, modificamos nuestros hábitos alimentarios.

Indiferencia ante el sexo y el amor:

nos da igual, no nos llama la atención. No nos acordamos de que hay una cosa que se llama amor (hacia el cónyuge, pareja, o la familia en general) y otra cosa que antes era sensualidad y placer sexual.



Sentimientos de culpabilidad y autocompasión. Cualquier cosa negativa que pase en nuestro entorno, es culpa nuestra. Nos culpamos de que no entendemos las cosas, de que no hacemos nada bien.

Dificultades para concentrarse y rendir en el trabajo. Esta absorbente preocupación vital reclama toda nuestra atención. No tenemos tiempo ni capacidad para trabajar, ni mucho menos para emanciparnos de la depresión. Desinterés por el aspecto personal: de pronto, nos damos cuenta de que todo es una gran ceremonia de la apariencia, en la que no queremos participar.

Todo es hipocresía: quien me quiere lo hará igual aunque vaya un poco desaliñado. Además, no tengo humor para dedicar siquiera unos minutos a mi aspecto, tengo otras cosas que hacer y en qué pensar.

La depresión que pueden padecer las víctimas de la violencia de persecución es la denominada depresión reactiva, es decir, la que surge como consecuencia de una reacción ante un episodio desgraciado.

Lo habitual es que este último tipo de depresión ceda espontáneamente cuando se superan las circunstancias que la han generado (las amenazas o la presión social), pero también puede cronificarse. Y desde luego mientras no cesen las causas, la depresión se irá haciendo más intensa.

Atención a los síntomas y al tratamiento

Es muy importante saber reconocer la depresión con los primeros síntomas, para acudir al médico y diagnosticarla correctamente e iniciar la terapia lo antes posible. En ocasiones, una depresión inicial, en sus primeras fases, se puede confundir con la llamada enfermedad bipolar, caracterizada por provocar cambios bruscos e injustificados del estado de ánimo. Esta enfermedad, provocada al parecer por el desequilibrio de algunas sustancias químicas cerebrales, origina oscilaciones repentinas que conducen al enfermo de la euforia a la depresión.

Actualmente, el arsenal de medicamentos antidepresivos es abundante y eficaz, y abarca una amplia lista de sustancias. Los antidepresivos son fármacos que actúan sobre los neurotransmisores, sustancias como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, que las neuronas utilizan para comunicarse entre ellas. Uno de los fármacos más utilizados es la fluoxetina que favorece el aumento de serotonina, regula el estado de ánimo y la energía vital. Su efecto no es inmediato y tarda, desde que se inicia su toma, entre 3 y 4 meses en surtir efecto. El tratamiento debe realizarse siempre bajo control médico.

Sin embargo, los fármacos antidepresivos tienen mala prensa entre

algunos psicólogos porque a veces se han recetado sin diagnóstico previo y sin atención personalizada al paciente. Los antidepresivos tienen que prescribirlos siempre un médico. No deben ser recetados por otros profesionales, ni ingeridos por recomendación de amistades, parientes o por nuestro propio criterio. Solos o combinados con terapias psicológicas, pueden ser de una gran efectividad. No hay motivo para no tomarlos. Si son necesarios, negarse a ingerir antidepresivos, por miedo a vernos como enfermos mentales es una estupidez. La depresión es una enfermedad más, para la que, afortunadamente, hay tratamiento.

Si nos ponemos en manos de un especialista que conoce estos fármacos, debemos confiar plenamente en él. Hay muchos antidepresivos eficaces, pero tengamos en cuenta lo siguiente.

Recordemos que los antidepresivos no consiguen efectos inmediatos. Necesitan alcanzar un nivel de concentración en sangre, por lo que hay que esperar unas semanas para notar los efectos. El especialista, en ciertos casos, debe probar con varios fármacos hasta dar con el fármaco que mejor va a



cada persona. No debe interrumpirse bruscamente la medicación, ni aunque se note una evidente mejoría. Debe durar, al menos, unos meses y tienen efectos secundarios.

Estos medicamentos describen, en sus prospectos informativos, una gama de síntomas que pueden aparecer. Pero no los espere, y menos con ansiedad. Es posible que a usted no le sobrevenga ninguno. Los más frecuentes son la alteración de los mecanismos de la atención y las dificultades en la libido. Como siempre, el médico debe ser consultado.

¿Qué hacer además de los fármacos para tratar la depresión?

- **Lo primero, aceptarla.** Le puede pasar a cualquiera, es algo muy común. No somos culpables de estar deprimidos. La depresión no es un estigma social. Se trata de un trastorno tan frecuente como la gripe o la gastritis.

- **Lo segundo, pedir ayuda a un buen profesional.** Determinará si conviene la psicoterapia, los fármacos, o un tratamiento combinado.

- **Realizar ejercicio físico.** La tendencia natural, cuando se está deprimido, es permanecer inmóvil, encamado y sin salir de casa. Lo recomendable es moverse, pasear, hacer deporte. En definitiva, sentirse vivo: sudar, pasar frío, calor, hambre, sed, ... El ejercicio nos distrae, y produce cambios fisiocquímicos a nivel cerebral que generan bienestar psicológico.

- **Trabajar a gusto.** Hagamos lo que hagamos, hay que procurar hacerlo bien. Sintamos la satisfacción del trabajo bien hecho.

- **Evitar los productos tóxicos.** El tabaco no calma los nervios; al contrario, parece que favorece la depresión. El alcohol en exceso produce efectos depresores del sistema nervioso. Nada de fármacos sin prescripción facultativa. Ni de drogas. Mientras dure la depresión (y, mejor, también después), vida sana.

- **Controlar los pensamientos.** Se cuelan como polizones y se quedan a vivir en nuestro interior: preocupaciones (ocuparse "antes de"), obsesiones, visión negativa, prejuicios, sospechas infundadas, ... Permanezcamos en vigilancia para no dejarnos hundir por estos pensamientos irracionales. veces, basta con identificarlos y ser conscientes de que los tenemos.

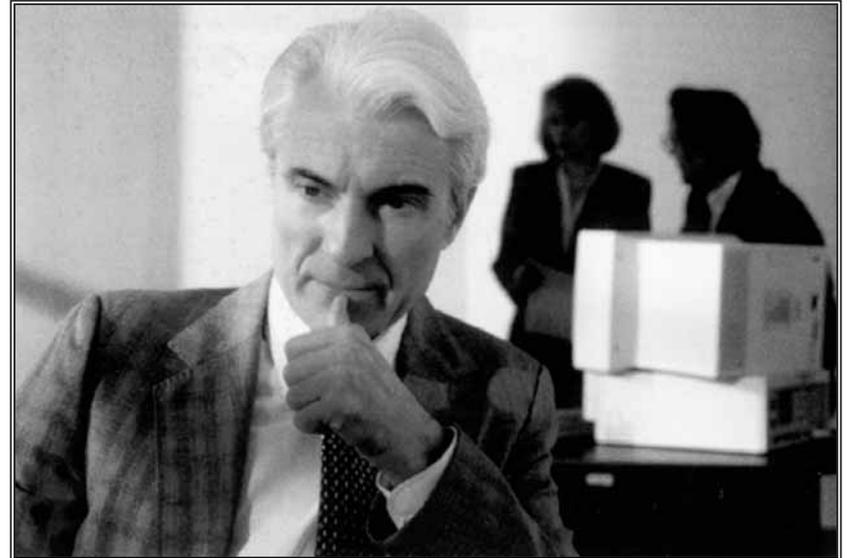
- **Sentido del humor.** Aprenda a reírse, en primer lugar, de usted mismo. La vida tiene una perspectiva lúdica, desenfadada y optimista. Búsquela.

- **La luz solar anima mucho.** Procure que habitaciones, salas o despachos estén bien iluminados. La luz da alegría de vivir. Salga a la calle, al campo, al monte, a la playa, en busca de sol.

- **Técnicas de relajación.** Apréndalas y trate de aplicarlas.

El tratamiento de la depresión precisa de varios meses de trabajo con el paciente. Un caso leve puede durar de 3 a 6 meses en el mejor de los casos, uno moderado de 6 a 9 meses, y en los casos graves, los síntomas y el tratamiento pueden durar mucho más tiempo, precisando incluso de hospitalización y de terapias más enérgicas a base de varios medicamentos suministrados simultáneamente.

En los casos más graves o muy prolongados, puede ser precisa la



terapia electroconvulsiva (TEC) procedimiento poco utilizado y que consiste en administrar descargas breves de 3-4 segundos bajo anestesia general en varias sesiones. A pesar de que su tasa de éxito ronda el 85% es una técnica poco utilizada. Afortunadamente, en la mayoría de los casos el apoyo del médico y la medicación son suficientes, pero para ello es fundamental identificar lo antes posible la enfermedad e iniciar rápidamente el tratamiento.

¿Cómo saber si sufrimos una depresión grave?

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, para cumplir los criterios de "depresión mayor" la persona debe tener,

como mínimo, cinco de los siguientes síntomas durante un periodo igual o superior a dos semanas. Al menos uno de dichos síntomas debe consistir en estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días. Los síntomas a vigilar son:

- Estado de ánimo deprimido.
- Disminución notable del interés o del placer por las actividades.
- Pérdida importante de peso y/o disminución del apetito.
- Insomnio o hipersomnía.
- Retraso psicomotor o agitación.
- Sentimiento de falta de valor o culpa.

- Disminución de la capacidad para concentrarse.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio.

EL ESTRÉS

El estrés es otro de los síntomas que padecen las personas que sufren la violencia de persecución. Puede afirmarse que, en principio el estrés es un fenómeno fisiológico normal, ya que no es más que la respuesta que emite un organismo ante estímulos percibidos como amenazantes. Por eso, el buen estrés es positivo: ayuda a soportar situaciones exigentes y a reaccionar frente a las demandas del entorno. El estrés negativo o distrés aparece cuando el organismo no es capaz de adaptarse a la situación, de dar respuestas adecuadas a las demandas del entorno. Se produce una activación y ansiedad desmesurada, acompañada de incapacidad para centrarse eficazmente en las tareas.

Las personas tienen una limitada capacidad de respuesta a las situaciones. Cuando se nos somete a una gran presión social podemos bloquearnos de tal manera que no podamos realizar tareas sencillas que apenas representan dificultad.

Fases del estrés

El estrés no aparece de manera repentina, se considera que existen tres fases.

Fase de alarma: En el momento de enfrentarnos a una situación difícil o nueva, nuestro cerebro analiza los nuevos elementos, los compara recurriendo a la memoria de coyunturas similares y si entiende que no disponemos de energía para responder, envía órdenes para que el organismo libere adrenalina. El cuerpo se prepara para responder, aumentando la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, tensando los músculos es una reacción biológica que nos prepara a responder.

Fase de resistencia: En la fase de resistencia, el individuo se mantiene activo mientras dura la estimulación y aunque aparecen los primeros síntomas de cansancio, se sigue respondiendo bien. Cuando la situación estresante cesa, el organismo vuelve a la normalidad. **Fase de agotamiento:** En la fase de agotamiento, si la activación, los estímulos y demandas no disminuyen, el nivel de resistencia termina por agotarse, apareciendo de nuevo la alarma. Se comienzan a sufrir problemas físicos y psíquicos. Según Hans Seyle, *"el estrés se convierte en peligroso cuando aparece con frecuencia, se prolonga de modo inusual o se concentra en un órgano del cuerpo"*.

Síntomas corporales del estrés

El estrés no sólo tiene repercusiones psicológicas, también afecta nuestro estado de salud física.

Aparato digestivo: El estómago



segrega más ácidos. Si la situación se mantiene, las paredes se terminan irritando. La sangre se desvía del estómago y se altera el proceso de la digestión. Muchas úlceras gastroduodenales y la colitis ulcerosa están relacionadas con situaciones continuas de estrés.

Aparato muscular: La tensión aparece en forma de contracturas a distintos niveles: mandíbulas, cuello, espalda, dolores en las piernas.

Aparato respiratorio: la respiración se acelera y se vuelve entrecortada. Se tiene la sensación de que el aire no llena los pulmones. **Sistema cardiovascular:** se liberan adrenalina y noradrenalina, que hacen que el ritmo cardíaco y la presión de la sangre aumenten. Se produce una dilatación de los vasos sanguíneos y retención de líquidos.

Piel: aumento de la sudoración. Si

el estrés es prolongado, pueden surgir patologías dermatológicas vinculadas a estados de ansiedad. Cuando surgen estos síntomas "funcionales" (sin causa orgánica aparente), se produce una retroalimentación negativa que activa otra vez los procesos biológicos de alarma y redobla la sintomatología.

MÉTODOS DE COMBATIR EL ESTRÉS

Cuando los síntomas del estrés comienzan a perjudicar la calidad de vida de la víctima de violencia de persecución, causándola sufrimiento psicológico, irritabilidad, descenso del rendimiento laboral, dificultades de concentración, insomnio o visión pesimista de la realidad, se debe recurrir a ayuda especializada. No se puede huir permanentemente de las situaciones que producen estrés. Hay que afrontarlas, y para ello existen diversos métodos muy eficaces si se aplican de la mano de profesionales cualificados. Veamos algunos.

Fármacos: Tranquilizantes o anti-depresivos (siempre bajo prescripción médica), indicados para reducir la ansiedad. Muy útiles si se complementan con otros tratamientos que ayudan a eliminar también las causas del estrés, y no sólo los síntomas.

Relajación: Técnicas que combinan la respiración profunda -que garantiza una buena oxigenación-

con la distensión de los músculos. Un cerebro bien oxigenado y que percibe el bienestar de la relajación muscular está mejor preparado para percibir positivamente la realidad problemática. Hay muchas técnicas, pero conviene descartar las que conllevan manipulaciones de la personalidad desconocidas por el paciente y las que paranormales o científicamente indemostrables.

Técnicas cognitivas: Métodos psicológicos articulados por expertos. Intentan reestructurar el pensamiento de quien sufre, para que aprenda a interpretar adecuadamente las situaciones que le producen malestar.

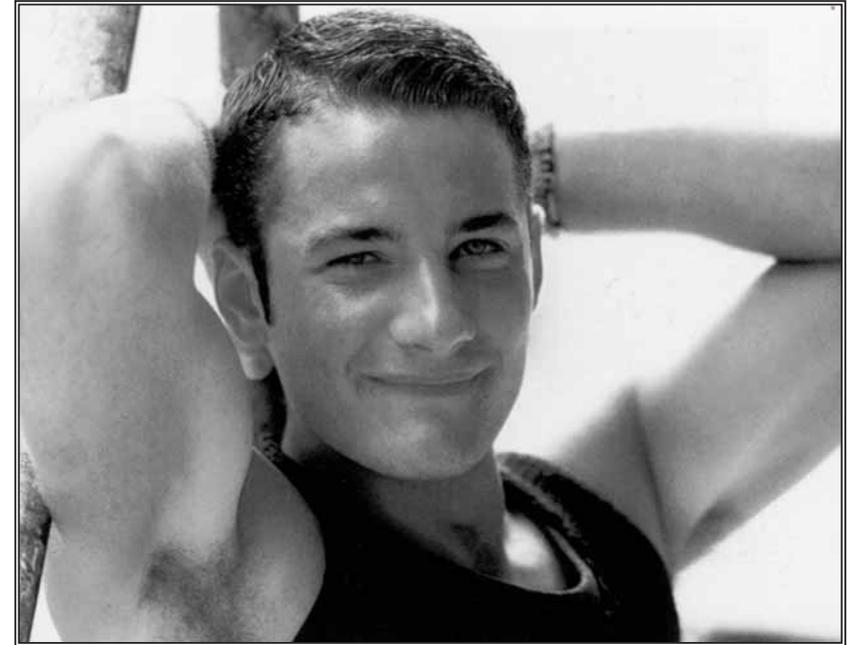
Masaje: Relaja los músculos y estimula la circulación sanguínea. Las técnicas van desde lo fisiológico hasta el masaje sensitivo.

Hidroterapia: El agua, a presión y temperatura adecuadas, es un elemento relajante. Las terapias en balnearios de aguas termales y talasoterapia han vuelto a ponerse de actualidad.

Musicoterapia: Usa la música (normalmente, instrumental y sin estridencias) como elemento relajante.

CONSEJOS PARA PREVENIR EL ESTRÉS

- Dormir lo necesario. Lo normal es ocho horas, pero depende de cada persona. El sueño debe ser reparador,



hemos de sentirnos descansados cuando nos levantamos de la cama.

- Hacer ejercicio físico, adaptado a la edad y condición de cada persona ayuda a liberar tensiones y facilita el aumento de endorfinas, sustancias que provocan sensaciones placenteras.

- Cuidar la alimentación. No sólo llevar una dieta equilibrada, sino comer con tiempo suficiente.

- Técnicas de relajación. Tomarse quince o veinte minutos al día para practicar estas técnicas. Si no se conocen, intentemos informarnos. La siesta diaria, aunque breve, es

otra opción..

- Organizar bien el tiempo. La precipitación, las prisas y la acumulación desordenada de tareas causan estrés. Dediquemos a cada cosa su tiempo, sin olvidar reservar un tiempo para nosotros mismos.

- Separar el trabajo de la vida personal. No llevar trabajo a casa y aprender a olvidarse de él cuando no trabajamos. Una opción sería buscarnos otras "obligaciones" cotidianas cada día.

- Aprender a comunicar nuestras cosas. Hablar de nuestros problemas con gente de confianza alivia

tensiones internas.

- Romper la monotonía. La rutina es un factor que acompaña a la tensión emocional y genera insatisfacción y aburrimiento. Busquemos cosas diferentes que hacer cada día.

LA ANSIEDAD

TÉCNICAS PARA DISMINUIR NIVEL DE ANSIEDAD

Ejercicio: El ejercicio adecuado nos ayuda a una tonificación muscular, evitando tanto la rigidez como el exceso de activación del sistema nervioso, propiciando un sano cansancio que favorece el sueño reparador y calma el exceso de cavilaciones.

Si nuestro estado físico es lamentable (tenemos síntomas como mareos, vértigos, nauseas) y no podemos tolerar un ejercicio intenso, se puede optar por repartirlo en fragmentos pequeños a lo largo de día y partir de un ritmo muy suave hasta ganar un bienestar suficiente para abordar esfuerzos de mayor enjundia.

Es preferible practicar un deporte lúdico que nos guste o hayamos disfrutado de él en el pasado, ya que de paso nos proporcionará mayor satisfacción que la gimnasia fría y pesada.

Hábitos de sueño y alimentación: El sobreesfuerzo que entraña una vida desordenada tiene un peso

por sí mismo como factor estresante en el resultado global de una ansiedad excesiva.

No pocas personas se han acostumbrado a una alimentación caótica y unos horarios de sueño demasiado ajustados o irregulares, porque mientras sus fuerzas se lo permiten parece a primera vista que ello no tiene consecuencias negativas (este es el mismo argumento que lleva a empezar a fumar, porque parece que en los primeros años el hábito no presenta ningún daño o molestia de las que se quejan los fumadores veteranos).

Regular el sueño, de forma que sea suficiente y que el cuerpo encuentre un alivio en poderse adaptar a una rutina sistemática, puede ayudar a disminuir la tensión.

Una alimentación variada y no muy pesada favorece el control de muchos síntomas gástricos que se favorecen en estado de ansiedad (diarreas, estreñimiento, gases, molestias estomacales, etc). Muchas personas detectan su grado de angustia por las sensaciones que les produce en el estómago, otras por las sensaciones de mareo por la mañana. A unas y otras no les conviene complicarse con una alimentación inadecuada.

Un grado elevado de ansiedad influye que el momento de conciliar el sueño sea más dificultoso porque aparecen en la mente ráfagas

de pensamientos que nos desvelan o bien nos dedicamos, en el momento que nos tocaría descansar, a recordar experiencias negativas, o a “darle vueltas” a las cosas que nos perturban.

El resultado es que robamos tiempo al sueño porque nuestro estado es demasiado frágil como para soportar estas provocaciones.

Sería aconsejable que mientras no podamos recuperar la capacidad de dormirnos rápido, nos relajaremos pensando cosas agradables o leyendo un artículo de esos que inducen a dormir.

Si estamos más de 15 minutos removiéndonos entre las sábanas sin poder dormir, en vez de desesperarnos, es preferible levantarse y seguir leyendo el pesado artículo o viendo un programa aburrido de televisión hasta que notemos que los párpados nos pesan y entonces volvamos a la cama.

La persona ansiosa puede torturarse con facilidad por el hecho de que si le cuesta dormirse tendrá dificultades para estar despejada al día siguiente y se atormenta



ante la idea de que se aproxima la hora del despertar. Es mejor en esta circunstancia considerar que si uno tiene que dormir unas pocas horas es mejor aceptarlo que no por culpa de empeñarse, protestar o quejarse, dormir todavía menos. Ni su estado el día siguiente será tan lamentable ni cabe pensar -a no ser que se obsesione con que el proceso se repita fatídicamente- que en los días posteriores su propio organismo luchará por recuperarse. La misma anticipación o temor de

que igual no podemos dormir bien puede causar que durmamos mal. Hay que recordar que dormirse es algo pasivo, no algo que hagamos poniendo mucho esfuerzo de voluntad y que provoquemos con el látigo de la frase "¡tengo que dormir!", por consiguiente el método para conseguir que venga el sueño, sin que se asuste viendo el panorama de cómo lo esperamos, es no hacer nada, ni siquiera pensar en ello, simplemente viviendo bien el día (para que el desasosiego no nos pida consuelos de última hora), y acabar bien la noche con actividades neutras.

Desaceleración: Ante una situación de estrés se impone una cierta rebaja de nuestras aspiraciones. No podemos forzar la marcha para que quepan más cosas en el mismo periodo de tiempo, y hay que seleccionar con criterios de relevancia, intentando delegar o aplazar el resto.

Aunque logremos disminuir la cantidad podemos estar tan acelerados que vayamos con la mismas prisas y celeridad de cuando nos afanábamos, dejando huecos de repentina inactividad como quien devora en un instante el alimento que hay en el plato y se pasa el resto de la comida nervioso esperando a que los demás acaben.

Desacelerar significa lentificar todos nuestros movimientos forzando una "velocidad de paseo", apostando por regodearnos con la

perfección y pulimento de lo que llevamos entre manos (por ejemplo, escribir con muy buena letra, seleccionar las palabras, ampliar las frases entrando en detalles y consideraciones, repasar los trabajos o introducir pequeñas mejoras creativas).

Las sensaciones de vacío hay que llenarlas con algo que nos ayude a no desquiciarnos frente a esa fisura insoportable, atendiendo con esmero a lo que nos rodea observando bien donde estoy, como es la persona con la que estoy, jugando a crear algo divertido, entretenido y relajado para ofrecer goce al tiempo que pasa y que así transcurrir se convierta en un vivir.

Planificación de actividades: La sabiduría y astucia a la hora de planificar nuestras actividades es otra herramienta muy conveniente para rebajar tensiones, sabiendo intercambiar descansos oportunos para aliviar el crecimiento de la ansiedad o cambiando el tipo de tarea a una más suave o llevadera, hasta recuperar el buen talante y afrontar la dureza del día con energías siempre sobradas en vez de desfallecidas.

No debemos olvidar que al cabo del día hemos de dar satisfacción a distintas necesidades y no descuidarlas. Ello es una forma de armonizarnos, dedicando tiempo a los amigos, a nuestras lecturas, músicas y placeres personales. Siendo los distintos yoos que somos, repasamos y fortalecemos el esqueleto



y la trama que nos aguanta.

Ayuda farmacológica: Si los síntomas de la ansiedad o las consecuencias que reporta en trastornos psicósomáticos (aquellos en los que el estrés es un factor de riesgo, desencadenante o agravante) son demasiado desagradables o incapacitantes, podemos recurrir a una ayuda farmacológica.

Los sedantes y ansiolíticos pueden ser de gran ayuda, sobre todosi les damos un papel modesto de apoyo, poniendo nuestro interés y firme propósito de cambiar malos hábitos, suprimir las causas que producen ansiedad y aprender a mejorar nuestro control emocional. Es insuficiente y peligroso conside-

rar los tranquilizantes como una droga que nos da un alivio para seguir haciendo lo mismo que estábamos haciendo, pero sin consecuencias desagradables (algo así como si alguien pidiera al médico una medicina para el dolor de estómago para poder seguir dándose atracones a su antojo).

Técnicas de relajación

Los ejercicios de relajación, respiración y yoga son tan poderosos como un fármaco, aunque algo más trabajosos. Puede resultar una buena inversión aprender estas técnicas por que no sólo serán útiles para afrontar un momento de estrés o de ansiedad, sino que nos ayudarán a cuidar-

nos ante los agobios que nos depare el futuro.

Actividades manuales: Las actividades manuales son muy convenientes para las personas que tienen angustias y preocupaciones intelectuales. Las aficiones artísticas y de bricolaje nos hacen entrar en contacto con los objetos sencillos y nos dulcifican, haciendo que hundamos nuestras raíces en la realidad. El disfrutar de la naturaleza tiene similar efecto benéfico.

Las personas cuyo estrés tiene un origen físico, les interesa más bien lo contrario, dejar aparcado el cuerpo y hacer trabajar el espíritu con cosas que estimulen la inteligencia (no que aturdan, como por ejemplo estirarse en el sofá y ver televisión durante horas), como podría ser una actividad de apren-

dizaje (idiomas, ordenadores, currículo) o una actividad asociativa (vecinal, ONG, etc.) o lúdica.

Actividad social: Aumentar la vida social, vincularse, participar en las conversaciones, reuniones informales y cultivar la amistad, son ideas positivas y loables por sí mismas y no deben dejarse de lado pensando que el "retiro" y el aislamiento nos tranquilizarán más (la idea del balneario en una montaña perdida).

Efectivamente existe una forma de relajación que es simplificar (tumbarse, no ver a nadie, no hacer nada, aturdirse con cosas que no nos compliquen la vida) y existe otra forma de relajación que proviene de la satisfacción y del ánimo, de habernos molestado en



hacer algo con cierta calidad, habiéndonos interesado por los demás y por el mundo externo. Particularmente conviene calmarse mediante el vínculo con lo afectivo, con el contacto vitalizador con las personas a nuestro alrededor, desde el vecino hasta nuestra pareja o familia.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN COMO FORMA DE REDUCIR LA TENSIÓN

La relajación, aprender a relajarse, es una herramienta muy útil para alguien que es víctima de la violencia de persecución, para quien se siente amenazado. No se puede

vivir en un estado de tensión y estrés o ansiedad permanente. La relajación, una técnica clásica en psicología, sigue siendo ampliamente utilizada, tanto como fin en sí misma, o como complemento a otros tipos de intervención o terapias.

Vamos a conocer las principales técnicas de relajación que hoy se utilizan, así como su aplicación también en el área infantil, pues hay que tener en cuenta que las víctimas de la violencia de persecución que tiene hijos, están provocando, sin ellas quererlo, que éstos indirectamente absorban su angustia y nerviosismo, por lo que a ellos también les puede venir bien prac-

ticar técnicas de relajación.

CONTENIDOS

El taller de relajación que ofrecemos se estructura en cinco módulos que abarcan varias técnicas de relajación:

En cada uno de los módulos aparecen algunos ejercicios prácticos que se pueden realizar en casa o aplicarlos a niños o a otras personas adultas.

INTRODUCCIÓN: PREPARACIÓN A LA RELAJACIÓN

Dentro de la práctica clínica actual sigue utilizándose la relajación de una forma bastante amplia; bien como un tratamiento en sí misma, bien como un tratamiento coadyuvante con otras técnicas.

A la relajación se le ha llamado la "aspirina" de la psicología y ha sido empleada casi para todo con más o menos éxito. De hecho en la literatura científica existe cada vez más evidencia de la eficacia de los procedimientos de la relajación.

La relajación se ha convertido en un componente básico de todos los tratamientos de ansiedad, que todavía predominan, en la variedad de problemas que se ven en terapia.

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de la relajación (incluyendo la relajación muscular progresiva, la

meditación, la hipnosis y el entrenamiento autógeno) en el tratamiento de muchos problemas relacionados con el estrés y la ansiedad, tal como el insomnio, la hipertensión esencial, dolores de cabeza por tensión, el asma bronquial y la tensión general.

Los métodos de relajación se utilizan también como tratamiento coadyuvante en muchas condiciones, tal como el miedo de hablar en público, las fobias, la ansiedad intensa, el síndrome de colon irritable, el dolor crónico y las disfunciones sexuales.

Como se ve, dentro del término relajación se incluyen no sólo una técnica, sino varias formas de hacer o de influir sobre el estrés y la ansiedad.

Vamos a conocer las técnicas de la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de J.H. Schultz y cómo se puede aplicar estas técnicas a las personas que padecen estrés y ansiedad como consecuencia de la violencia de persecución.

De entre todos los métodos que describimos hay uno que recomendamos por ser, según diversas investigaciones realizadas, el más efectivo en la reducción del estrés, la tensión y la ansiedad, siendo al mismo tiempo de fácil aprendizaje y dominio para los clientes; se trata de la relajación progresiva.

EL LUGAR PARA REALIZAR LA RELAJACIÓN

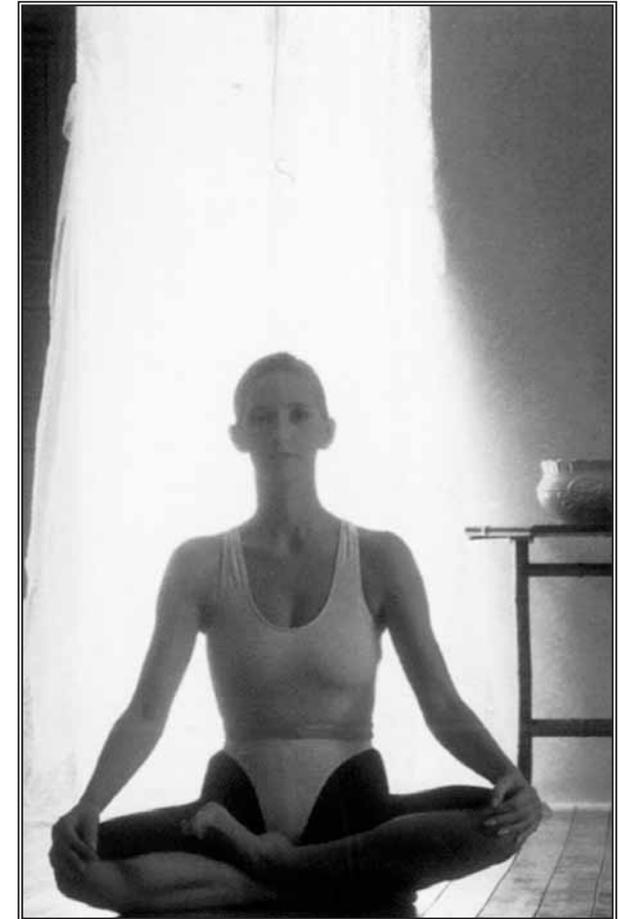
El mejor consejo en referencia al lugar de práctica es el sentido común. Así, se evitarán en la medida de lo posible los estímulos auditivos y visuales (poco ruido y poca luz).

En general las condiciones del lugar donde realicemos la práctica tiene que cumplir unos requisitos mínimos:

- Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.

- Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.

- Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.



LA POSICION PARA LA RELAJACIÓN

Para el entrenamiento autógeno podemos utilizar tres tipos de posiciones:

1- Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados

del cuerpo.

2- Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.

3- Sentados en un taburete o banqueta sin respaldo; en esta modalidad utilizaremos una posición descrita por Schultz y que él llama "la posición del cochero": Se caracteriza por el hecho de descansar la persona, sentada, el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada, en posición de "dorso del gato". Esta actitud corporal pasiva la encontramos en muchos profesiones que exigen permanecer sentado durante muchas horas, sin apoyo para el dorso. La designamos por tanto como "postura del cochero".

LA ROPA

No lleve prendas de vestir demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento o que sean fuente de una tensión extra. Es importante no llevar gafas, zapatos, sujetadores, lentes de contacto, etc.

EJERCICIO: TOMA DE CONCIENCIA DEL PROPIO CUERPO

1.- En primer lugar concentre su atención en el mundo exterior, diciéndose frases como "Soy consciente de que esta pasando un coche, de que está oscuro, de que

mi ropa es roja...".

2.- En cuanto tome conciencia de lo que le rodea, dirija su atención a su propio cuerpo y sus sensaciones físicas (Soy consciente de que hace frío, de que tengo hambre, de mi tensión en el cuello, del cosquilleo en la planta del pie ...).

3.- Ahora pase alternativamente de un tipo a otro de conciencia (Soy consciente de que me duele la cabeza, de que hay excesiva luz, de que la habitación es cuadrada...).

4.- Realizando este ejercicio podemos darnos cuenta de la diferencia entre el mundo externo y el interior y ser conscientes de ello.

LA RESPIRACIÓN

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por éstas.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido

en situaciones de estrés. Vamos a pasar a realizar una serie de ejercicios sobre la respiración.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Para realizar estos ejercicios hay que realizar primeramente el ejercicio de toma de conciencia del propio cuerpo. Estos ejercicios de respiración se pueden efectuar sentado o tumbado, en la situación que le resulte más cómoda para percibir el movimiento de la respiración.

Ejercicio 1: Inspiración abdominal.

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio se debe percibir movimiento al respi-

rar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago.

Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.



Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral.

El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.

Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal.

El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.

Ejercicio 4: Espiración .

Este ejercicio es continuación del anterior. Se deben realizar los mismos pasos y después, al espirar, se deben de cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.

Ejercicio 5: Ritmo inspiración - espiración

Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estómago y pecho). La espiración se hace de forma parecida al ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerlo cada vez más silenciosamente.

Ejercicio 6: sobregeneralización.

Este es el paso crucial. Aquí se debe de ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con abundante luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, solor, etc.

RELAJACIÓN PARA NIÑOS

Una vez que se controle el procedimiento explicado en los anteriores módulos, podremos pasar a trabajar la relajación en niños. La relajación para niños mayores de 8 años es similar al procedimiento anterior, siendo los principales cambios los relacionados con la explicación que se le da al niño para que lleve a cabo las actividades.

Sin embargo, el entrenamiento que se realiza en niños menores de esa edad suele necesitar de una intervención más activa del profesor o persona que dirige la relajación.

No vamos a extendernos en este aspecto, simplemente vamos a ofrecer unas pequeñas indicaciones para que no exista ningún problema en aplicar las técnicas de relajación expuestas al caso concreto de los niños pequeños y mayores.

Vamos a ver esto por separado:

**RELAJACIÓN PARA NIÑOS MAYORES****1.- Posibles problemas:**

Uno de los principales problemas con los que nos podemos encontrar en el entrenamiento es la timidez del niño, que se muestra en los ejercicios de tensar y relajar (especialmente la cara). Pueden reírse y encontrar jocoso el ejercicio, sin embargo lo más efectivo será ignorar las risas e indicar que se trata de parte del procedimiento y que deben continuar.

2.- Explicación:

"Cuando te sientes alterado, tenso o nervioso, los músculos de tu

cuerpo se ponen rígidos, tensos y duros. Si aprendes a saber que músculos son esos y a relajarlos, sabrás cuales son cuando te pase y sabrás relajarlos. Te sentirás relajado porque tus músculos están relajados. Nosotros vamos a enseñarte a saber esto, pidiéndote que pongas los músculos rígidos y que luego los sueltes, los relajes... Así sabrás la diferencia que hay entre rígido y relajado, sabrás cuando estás tenso y cómo relajarte. Si aprendes a relajarte como te digo y luego practicas como te diré, sabrás relajarte en situaciones en las que este nervioso."

En esta explicación lo más importante es incluir ejemplos relaciona-

dos con la vida del niño (ej. Te servirá relajarte cuando estes furioso con alguien para no entrar en una pelea.).

3.- Tareas para casa:

Hay que indicarle al niño que trate de entrenar los métodos que le enseñamos antes y después de una situación que le ponga nervioso. Si está nervioso porque tiene que ir al dentista y tiene miedo, que lo haga antes de ir y después de ir. Pero no hace falta que sean situaciones excepcionales, basta con que practique en situaciones cotidianas: ver un programa de televisión, hacer los deberes, jugar al fútbol, etc.

RELAJACIÓN PARA NIÑOS PEQUEÑOS

Vamos a conocer las principales adaptaciones de la relajación aplicada a niños pequeños respecto a la de adulto:

- 1.- Los niños deben de aprender primero cuáles son los grandes grupos de músculos (brazo, piernas, etc.)
- 2.- Para ello se suelen utilizar reforzadores concretos (fichas, golosinas, actividades gratificantes, etc.) y también sociales (sonrisas, halagos, caricias, etc).
- 3.- Se pueden utilizar juguetes (muñecos de trapo, silbatos, molinillos de viento, etc).

4.- Las instrucciones que les demos deben ser simples y cortas.

5.- Es necesario que el niño aprenda ciertas habilidades antes: posición de relajación, contacto ocular, imitación, obedecer órdenes, etc.

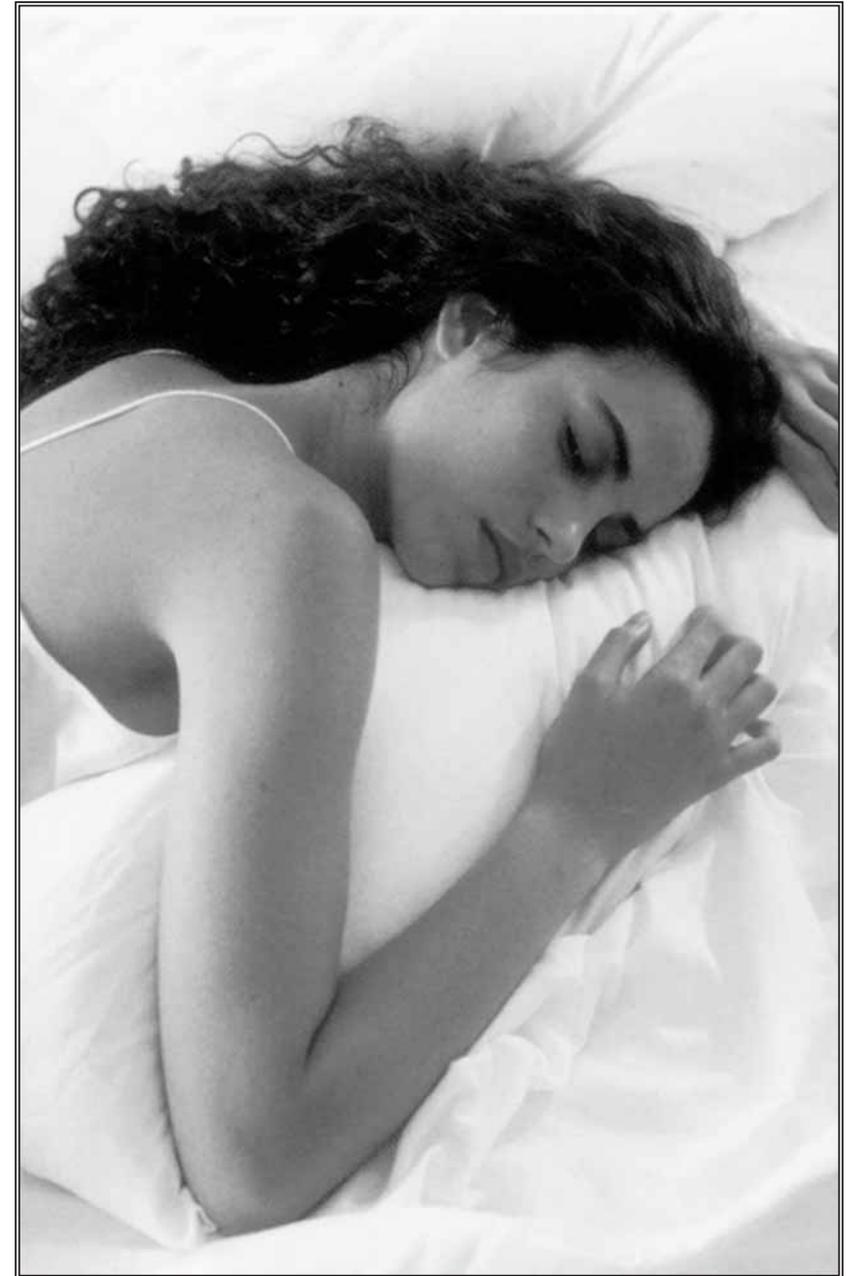
6.- Las sesiones deben de ser más cortas y más frecuentes para compensar la falta de atención del niño. Una sesión puede durar unos 15 minutos.

7.- Hay que controlar más los aspectos ambientales, puesto que los niños pequeños son más fácilmente distraibles. Se debe de intentar que la habitación no presente excesivos elementos distractores y que en la medida de lo posible sea silenciosa.

8.- La persona que enseña la relajación al niño debe ayudarlo físicamente, por ejemplo, cogerle el brazo para indicarle que lo ponga rígido y soltarlo para comprobar que está relajado.

9.- Para los ejercicios de respiración se pueden usar juegos: hacerlos soplar por un silbato sin que este suene, inflar un globo, hacer pompas de jabón, etc.

10.- Es importante el modelado, por lo que ayuda la presencia de otro niño que controle ya el procedimiento y que pueda servirle de modelo.



INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS Y FAMILIARES EN SITUACIONES DE URGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS

El presente apartado tiene como finalidad realizar un acercamiento teórico al proceso de intervención con víctimas y familiares ante situaciones de emergencia y cuidados intensivos, ya que en muchas ocasiones la víctima de un atentado terrorista sufre secuelas físicas de mayor o menor grado y es uno de los aspectos que hay que tratar, ya que muchas veces la víctima pasa mucho tiempo ingresada en el hospital curándose de las heridas causadas por atentado..

El entendimiento de la persona en su integridad, nos hace visualizar la labor, como un acontecer diario, en donde la participación de la familia es de suma importancia, tanto como el explicar de forma continua lo que pasa y el cómo pasa del paciente y su entorno.

La atención a la víctima en instancias críticas

Uno de los aspectos a considerar es que sin tener en cuenta la naturaleza de las lesiones, el objetivo de la intervención en unidades críticas es promover, mantener y restablecer niveles óptimos de funciona-

miento orgánico, psicológico y social. Lo cual en las unidades de cuidados críticos y de urgencias no se cumple. El objetivo inmediato de asegurar la supervivencia de la víctima determina las prioridades de intervención; en este sentido es primero su supervivencia. Cuando esto ya se controla existe la posibilidad de reevaluar la situación y atender otros problemas.

Las prioridades orgánicas se determinan por el grado en que se comprometa la vida del individuo. Ciertos sistemas corporales son más susceptibles de alteraciones que exigen tratamiento intensivo; éstas se observan con frecuencia en las UCIs y UVIs. Estos trastornos se clasifican por sistemas y aparatos corporales, junto con las medidas específicas y otras complementarias, necesarias para evitar complicaciones.

PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN PSÍQUICA

A pesar de la atención continua que deben prestar enfermeras y enfermeros de Unidades de Cuidados Intensivos a las alteraciones orgá-



nicas, no deben olvidarse los factores de tensión psíquica a la que se tiene que enfrentar la víctima y su familia.

Los conflictos afectivos y emocionales que éstos tienen que afrontar no sólo afectan a la salud psíquica sino que además condicionan la recuperación física de la víctima. El primer paso en la prevención o reducción de la tensión psíquica consiste en determinar cómo perciben la víctima y su familia la situación desencadenante. Dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la salud psicológica en ese momento, la comprensión de la situación que se está viviendo, las expectativas, la tolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar las situaciones.

La percepción inicial suele afectarse profundamente por la experiencia previa de situaciones similares, sean negativas o positivas y por el grado de familiaridad con el ambiente médico hospitalario.

A continuación describimos cinco medidas, que se pueden poner en práctica en cualquier circunstancia y sirven para reducir la tensión psíquica que los daños físicos producen en la familia:

- Reconocer, aceptar y animar a la víctima y a su familia a expresar sus sentimientos
- Dado que a la víctima se la aparta de su medio habitual y de sus hábitos cotidianos y que su vida depende en gran medida de terce-

ros, se ve privado total o parcialmente de sus puntos de apoyo afectivo. Son frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad y de despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal.

Las formas de expresar y por lo tanto, aliviar la frustración, la rabia, la hostilidad, el temor y la depresión que producen estos sentimientos, se ven muy limitados por el ambiente físico de las unidades de cuidados críticos.

El hecho de mantener una atmósfera de diálogo y aceptación anima a la víctima a expresar sus sentimientos, y puede constituir una forma de superarlos. El diálogo sincero y abierto reduce la sensación de despersonalización y la ansiedad y evita el aislamiento y el retraimiento. Cuando la enfermera sabe que la agresividad y la hostilidad suelen expresar temor y ansiedad y que la depresión y el retraimiento pueden ser signos de desesperanza, soledad e impotencia o pérdida, puede aceptar esos sentimientos como algo normal y previsible en la situación en que aparecen. Si se anima al paciente a expresar sus sentimientos, le será más fácil darse cuenta del porqué de esos sentimientos y de ciertas conductas que pueden parecer anómalas o equivocadas. Esta actitud, además, acepta y protege las conductas y los sentimientos de ese tipo. Tanto la enfermera, como cualquier otro

miembro del equipo asistencial, debe estar preparado para aceptar lo que la víctima dice, independientemente de la carga afectiva que posea lo expresado. El reconocimiento y la aceptación desapasionada de los sentimientos de ésta, le refuerza en su derecho a sentirlos.

Las víctimas intubados no pueden expresar libremente sus sentimientos, incluso cuando están despiertos y en su ambiente. Por esta razón son especialmente vulnerables a las tensiones psicológicas. La enfermera debe cuidar de no caer en la tendencia natural de comunicarse menos con los que tienen menor capacidad para hablar. Una forma de reducir la sensación de aislamiento es ofrecer un lápiz y un papel a la víctima y mantenerlos siempre a su alcance, ofreciéndole ayuda cada vez que sea necesario. No obstante estos métodos no son adecuados para expresar sentimientos personales o preocupaciones complejas. La enfermera puede comprender el estado afectivo del paciente por su aspecto, por su conducta y sabe qué tipo de preocupaciones es más probable encontrar en él.

Una forma de lograr que la víctima exprese sus preocupaciones consiste en que la enfermera enumere las probables inquietudes y la permita asentir cuando reconoce una como propia.

Dado que la conducta de la víctima



frente a su estado y al medio que lo rodea, está condicionada por la percepción del estrés y no por la situación en sí, es fundamental que tanto ésta como su familia reciban la información adecuada y explicaciones sencillas. En ausencia de estas explicaciones, el ambiente de las unidades de cuidados críticos se presentan como un lugar misterioso y hostil, repleto de estímulos nocivos, que pueden percibirse como antinaturales e incluso mágicos. El sentimiento de vulnerabilidad de la víctima puede verse exacerbado por el alto grado de complejidad técnica que lo rodea. Tal error interpretativo puede llevar a una alteración drástica de la imagen corporal. Mucho de lo que la víctima sabe acerca de su estado depende de lo

que el equipo sanitario le enseñe, tanto directa como indirectamente.

La enseñanza de paciente en estado crítico requiere objetivos a corto plazo. El dolor, la debilidad, la ansiedad y la confusión transitoria constituyen algunos de los obstáculos que experimentan estos pacientes en su proceso de aprendizaje. A pesar de estos obstáculos, las víctimas y sus familias necesitan explicaciones repetidas y sencillas de todos los procesos y del propósito de cada intervención, así como una introducción a los planes de rehabilitación y de mantenimiento de la salud. Es posible que al principio las víctimas no comprendan o no crean aquello que se les dice, o que la ansiedad y la negación les impida recordarlo.



Estimular y respaldar la participación de la víctima y su familia en la asistencia y la toma de decisiones

La esencia de la asistencia de urgencia es ayudar a las personas a enfrentarse a la crisis vital producida por el atentado. La enfermera de cuidados intensivos y emergencias en sí posee un campo de acción mucho más amplio y orientado al futuro que la mera asistencia de las crisis; pero las situaciones concretas dentro de las unidades suelen requerir la acción inmediata y el enfoque limitado propios de la asistencia de una situación crítica. En ese momento se hace necesario establecer objetivos a corto plazo para la víctima y su familia; las opciones posibles son limitadas. A medida que la situación se estabiliza, aunque no deje de ser crítica, se da más información a la víctima y a su familia y se les exige mayor responsabilidad en el establecimiento de metas comunes y en la elección de otras posibilidades de conductas. Cuando la víctima y su familia conocen bien el objetivo del tratamiento y comprenden el diagnóstico, el pronóstico, se les puede hacer participar en muchos aspectos de la planificación asistencial y son capaces de tomar decisiones coherentes con el tratamiento.

La participación de las personas en las que la víctima tiene gran confianza, supone un alivio de su sen-

Es probable que haya que repetir y reinterpretar el diagnóstico, el pronóstico, los objetivos del tratamiento, los procedimientos y las expectativas de la víctima y su familia continuamente durante toda la estancia en la unidad de cuidados críticos.

Ambos podrán percibir la situación con mayor claridad y hacer planes realistas si se les mantiene informados y al día en cuanto a la evolución de las heridas y las modificaciones de los planes asistenciales, además, motiva la cooperación porque los convierte en miembros del equipo sanitario.

timiento de impotencia, frustración y ansiedad. Además, cuando estas personas, de gran importancia afectiva, ya sean familiares o amigos, comprenden y colaboran con los objetivos del tratamiento y participan en el cuidado de la víctima, están mejor capacitados para continuar y ampliar esta conducta cuando ésta abandona las unidades de cuidados críticos y el hospital. Aún cuando la víctima esté en coma, las visitas de personas claves desde el punto de vista afectivo, que le hablen y toquen, puede tener efectos positivos, aunque difíciles de objetivar y ayudar a disminuir la sensación de desamparo de los familiares.

Las víctimas con el sensorio intacto pueden participar directamente en el establecimiento de objetivos terapéuticos y en la planificación asistencial. Una forma de aumentar

la sensación de control por parte del paciente consiste en motivarlo para que planifique el programa de actividades diarias. La certeza de que sus preferencias son importantes para el equipo sanitario y de que se le trata como un individuo capaz de tomar ciertas decisiones, mejora la autoestima y refuerza la sensación protagonista del paciente en cuanto a su recuperación.

Favorecer y conservar un entorno sensorial controlado

El ambiente de las unidades de cuidados críticos y emergencias es un factor creador de grandes tensiones, con el que tanto la víctima como la familia deben enfrentarse. Hay que añadir que los pacientes que reciben narcóticos y sedantes, los extremadamente ansiosos, los que sufren varias afecciones debilitantes concurrentes, los que pade-



cen trastornos respiratorios y metabólicos, los que sufren de insomnio y los ancianos, suelen exhibir alteraciones del pensamiento y distorsión de la percepción. Estas personas necesitan que se les conecte con la realidad en forma continua.

Aunque algunos factores ambientales no se pueden modificar, hay acciones que la enfermera puede llevar a cabo con el fin de crear un ambiente sensorial adecuado. La situación de tensión emocional puede llegar a su máximo con la muerte de la víctima. Las siguientes son algunas indicaciones para la enfermera de la unidad de cuidados críticos que tiene a su cargo una víctima en estado muy grave:

- Analizar sus propios sentimientos en relación a la muerte.
- Para valorar las necesidades de la víctima y sus familiares es preciso escuchar.
- Estar siempre disponible; estar presente tanto física como emocionalmente.
- Ayudar en los requisitos administrativos tales como llamadas telefónicas y obtención de permisos de visita.
- Tranquilizar a la familia, asegurándole que la víctima está bajo vigilancia permanente. Proporcionar información.
- Respetar la relación individuo-familia que existía mucho antes que la relación paciente-hospital.
- Tratar de no emitir juicios de valor

acerca de la familia o asuntos relacionados con el hospital.

- Hacer participar a la familia en la asistencia.
- Velar por la intimidad de la víctima.
- Dar oportunidad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos que desee practicar.
- Actuar con tacto en la asistencia a la víctima y a la familia.

El ambiente de las unidades de cuidados críticos es un medio dinámico que intenta obtener el máximo beneficio de las medidas aplicadas a las víctimas en grave estado. Su protección y la consecución de los objetivos asistenciales fijados, exigen una atención sanitaria de la mejor calidad.

RECURSOS PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA

No podemos obviar la situación de pérdida y el modo en que sucede lo cual repercute y condiciona las reacciones de los supervivientes. Las causas se suceden en un sentido de mayor o menor aceptación.

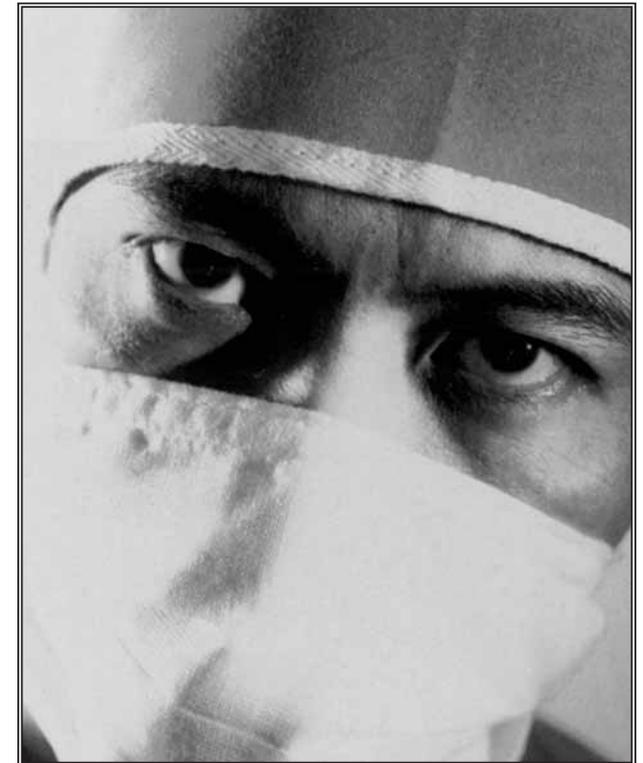
La muerte a una edad avanzada o la muerte de un niño comportan en algunos momentos justificaciones bipolares. Mientras el anciano ha completado un ciclo cronológico al niño se le ha "arrebatao" la vida, de hecho el luto de los padres es particularmente duro pues ven la muerte como algo antinatural e injusto.

Factores específicos complican el duelo en la pérdida de un hijo pequeño por el hecho de que se da una incompatibilidad de dos procesos psicológicos que suceden simultáneamente: el de alejamiento y el de vinculación afectiva. El alejamiento o proceso de separación del fallecido empieza primero por una identificación del superviviente con el difunto. A través de la identificación le es posible retener atributos del fallecido que serán mantenidos como parte de la propia psicología del superviviente. Este proceso de identificación preserva psicológicamente la continuidad de la relación entre los supervivientes y el difunto.

Más adelante, cuando posea una situación más estabilizada de su yo, los supervivientes podrán distinguir entre aquellos atributos que les pertenecen a ellos y los que pertenecieron a su hijo.

En el caso de las muertes de

niños pequeños, a los padres no les es posible incorporar en sí mismos ninguna parte del pequeño y hacerla adaptable. Según ellos, el duelo por la muerte de un niño se comprende mejor si se lo compara con la pérdida de un miembro. La muerte del hijo lo cual provoca que quienes les rodean los esquiven, tal como harían con un mutilado, puesto que incita en ellos miedo y ansiedad. Estas pautas modales comunes de respuesta se dan en una amplia mayoría de los padres



tanto en la forma como en la intensidad, entrañando unas connotaciones beneficiosas y otras perjudiciales. Sin tener en cuenta las connotaciones, estas pautas modales de respuesta representan aspectos naturales del complejo fenomenológico del proceso del duelo.

Las seis pautas modales comunes de respuesta identificadas son:

- 1.- La promesa de no olvidar nunca al hijo.
- 2.- El deseo de morir.
- 3.- Una revitalización de las creencias religiosas.
- 4.- Un cambio de valores.
- 5.- Una mayor tolerancia.
- 6.- Sombra de dolor.

En el proceso de la pena está inmersa una sensación de afrenta que emerge, en especial tras la muerte de los niños, como una necesidad de justicia. Nuestro sentido de la rectitud sobre la vida se siente profundamente ofendido cuando un niño muere y a menudo tratamos, en nuestra pena, de enderezar esta situación.

Hay algo a lo que en más de una ocasión se ha denominado pena general, que las arrastramos un poco todos desde las pérdidas corrientes de nuestra niñez. Existe un modo en que todos sufrimos una pena aunque no hayamos perdido a nadie. De la misma manera que sentimos amor aunque no hayamos amado profundamente, padecemos

una pena general que forma parte de nuestra humanidad y que está ligada a nuestros pesares personales. De igual manera la edad afecta a la comprensión de la pérdida y evidentemente a las reacciones ante ella.

Con la experiencia, las personas normalmente aumentan su comprensión y aceptación, no sólo de la vida, sino también de las pérdidas y de la muerte. Existe también el duelo nacional o colectivo que bastantes de nosotros experimentamos tras una tragedia, por ejemplo cuando mueren muchas personas juntas o cuando oímos hablar del asesinato de un niño.

Las reacciones más fuertes y prolongadas se manifiestan cuando la muerte es imprevista, como lo es en un atentado. No ha habido tiempo para programar o anticipar el suceso. De pronto los supervivientes se encuentran frente a un drama. Ello provoca un fuerte shock a todos los que conocían a la víctima.

La muerte cruel nos es recordada cotidianamente por los medios de comunicación, es la provocada por la violencia, los asesinatos, el terrorismo. Los familiares se sienten indignados ante esta muerte cuando a ellos les afecta, entre otras cosas, porque los culpables permanecen en el anonimato. Quien vive este luto vive a menudo las imágenes del cadáver

martirizado y está obsesionado por el pensamiento de como habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos. Las diferentes circunstancias de su muerte tienen su peso, así como los interrogantes y retos específicos en los supervivientes.

Los familiares en luto viven su duelo en el contexto de una realidad social que tiene su propio peso en el proceso de recuperación de la pérdida. Existe una red de sostén social la cual tiene un rol propio según las situaciones y las necesidades de cada uno. Se ha observado que las familias que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces y facilitan la coparticipación de los sentimientos tienen mayor probabilidad de llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican, en cambio, un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

Decimos adiós a alguien en un con-



texto, con unas determinadas funciones o relaciones, las cuales pueden influir en el proceso de nuestro luto en función de los distintos grados de parentesco: padre o madre, hijo, cónyuge, rol desempeñado por el fallecido, roles sexuales, creencias espirituales, calidad de la relación mantenida con el difunto tanto psicológica como económico-social. La sensación de culpa acentuada sobre todo en el caso de rela-

ciones problemáticas y de incomunicación. El haber tenido o no otras experiencias de duelo y el hecho de que factores culturales faciliten o no la expresión de determinadas conductas de duelo.

Se pueden agrupar los recursos en las siguientes categorías:

CULTURALES

- Filosofía de la vida.
- Formación. Profesión.
- Hobbies o intereses personales.
- Trabajo.
- Relación con el ambiente.

INTERPERSONALES

- Capacidad de iniciativa.
- Roles familiares y sociales
- Horizontes sociales: Servicio a los demás.
- Cualidades: Responsabilidad.
- Espíritu de colaboración.

PERSONALES

- Carácter / Personalidad.
- Confianza en sí mismo.
- Cualidades personales: Realismo, optimismo.
- Fuerza de voluntad.

ESPIRITUALES

- Relación con Dios.
 - Participación de la Iglesia.
 - Espiritualidad.
 - Oración.
- Virtudes: Fe, esperanza, caridad...

La familia también está inserta en un mundo cultural, con sus compor-

tamientos, tradiciones, valores sociales, expectativas, etc., y las distintas culturas afrontan el problema del duelo y de la muerte de maneras diferentes. Mientras existen culturas en las que se alienta y exterioriza la expresión de los sentimientos en otras se impone una actitud de reserva y anonimato. Resulta evidente que el clima cultural con sus condicionamientos y múltiples facetas influye en la elaboración de la experiencia luctuosa.

La red de sostén social da ayuda a los supervivientes y familiares de las víctimas de un atentado. En el caso de la dimensión religiosa la iglesia aporta sus ritos y valores. El consuelo, los amigos y voluntarios, la información y las aportaciones específicas para superar momentos críticos, suelen venir dados por profesionales, tales como enfermeros, médicos, psicólogos, sacerdotes y terapeutas.

Un sistema de apoyo que otorga ayuda efectiva a individuos en situación de duelo está representado por los llamados grupos de ayuda (support-groups) formados por personas que han sufrido pérdidas y que tienen un encuentro cada cierto tiempo para intercambiar sus experiencias, para darse ánimos y crear una red de mutuo sostén tanto dentro como fuera del grupo.

Nuestra experiencia directa con algunos de estos grupos confirma



el beneficio que pueden obtener de ello los participantes y así ha sido confirmado.

Cada uno de los eslabones sociales mencionados representa un apoyo potencial o real para quien está de luto y un espacio a tener en cuenta para dirigir nuestra mirada, atención y recursos afectivos y creativos.

El individuo con sus características y recursos personales, es quien puede elaborar de manera positiva una pérdida luctuosa, pudiendo ser sus reacciones diversas y/o ambivalentes. De poder ser devastador y paralizante a ser una experiencia de crecimiento personal, de encontrarse perdido a descubrirse, de abandonarse a intentar salir por todos los medios.

Son diversos los factores internos del individuo que explican sus reacciones: La edad, la personalidad, su capacidad para afrontar el estrés, su visión de la vida, la confianza en sí mismo. Una investigación sociológica realizada al efecto indica que individuos socialmente aislados o que están educados para no expresar su dolor, así como las viudas jóvenes con hijos, son las personas más vulnerables al luto.

Los recursos personales que permiten al individuo canalizar sus energías, diversificar el uso del tiempo y del ambiente social se convierten en el camino hacia la curación y la salud. Entre ellos cabe destacar: la serenidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad, los hobbies personales, la eficacia, la capacidad de iniciativa, el senti-

do de la responsabilidad, la apertura a la amistad, etc.

REACCIONES CUANDO SE PRESENTA LA PÉRDIDA

La persona en situación de duelo manifiesta diferentes reacciones en función de los factores circunstanciales, relacionales, culturales y personales, los cuales condicionan sus respuestas ante el hecho luctuoso.

El duelo es calificado no tanto por lo que le ha sucedido al difunto, sino por lo que le acontece al superviviente. Por ello los profesionales han de ser conscientes en todo momento de que la familia y los amigos necesitan una ayuda especial, ya que ha sido una muerte violenta y su ser querido ha sido arrebatado de su lado sin aviso, por lo que probablemente se produzca un cambio en la estructura familiar: emocional o económico, y que las relaciones y/o problemas que se daban antes de la pérdida pueden no sólo continuar, sino haberse acentuado. La compañía y comprensión suelen ser los mejores aliados para ayudar a la familia y a los amigos durante el proceso de duelo.

- **La flicción mutua.** Tanto el paciente como la familia y el equipo sanitario saben que el pronóstico de la situación puede ser malo, pero no sólo no se habla de ello sino que los esfuerzos son por no sacar el tema. En infinidad de ocasiones nos encontramos que la víc-

tima evita exteriorizar sus miedos sobre la muerte por proteger a su familia y amigos de la angustia.

También puede darse el caso de que la víctima se sienta incómoda con algún miembro del equipo sanitario o con todo este y prefiera no tocar el tema. El fingir mutuo le permite a ésta cierto grado de intimidad a la vez que le aísla de descargar el peso de sus temores.

- **La conciencia abierta.** Víctima, familia y amigos saben que la muerte es inminente y hablan de ello tranquilamente aunque piensen que se trata de algo difícil. Esta situación proporciona a la víctima la posibilidad de arreglar sus asuntos. Evidentemente este tipo de conciencia no es el modelo predominante.

AFRONTANDO EL DUELO

La persona en duelo debe ser capaz de conseguir recordar el objeto o la persona perdida sin un dolor intenso y ser capaz de dirigir la energía emocional dentro de la propia vida y recuperar la capacidad de amar.

Evidentemente para ello la persona necesita:

- Sentirse libre de vínculos emocionales con el difunto.
- Ser capaz de ajustarse al cambio del ambiente.
- Ser capaz de desarrollar nuevas relaciones y renovar las antiguas.
- Sentirse cómodo tanto con los recuerdos positivos como negati-



vos del difunto.

Sin lugar a dudas la comunicación es un hecho vital y relevante para las situaciones de pérdida. Son muchos los esfuerzos realizados por mejorarla a lo largo de nuestra vida profesional. Existen técnicas relacionales que potencian la empatía tales como la denominada relación de ayuda o el counselling para quien muestra interés en profundizar en este campo. Las reglas que nunca fallan son las de escuchar atentamente en un clima que lo favorezca, en silencio, no forzando con preguntas sino que nos sirvan en todo caso para clarificar no sólo lo vivido sino también los sentimientos que nos expresa de manera que podamos reformularselos a la persona haciendo un resumen de la situación lo cual la hará sentirse comprendida y servirá para clarificar la situación y las

metas a conseguir. No dan muy buenos resultados actitudes “consoladoras”, de consejo y evaluadoras. Evidentemente el profesional valora qué es lo adecuado para el paciente y qué tipo de comunicación puede ser más eficaz con el fin de intentar conseguir que la persona a grosso modo:

- Exprese sentimientos de tristeza, enojo o rabia.
- Comparta pensamientos y sentimientos con sus allegados y/o grupo de referencia.
- Utilice recursos adecuados.
- Vuelva a asumir actividades habituales, cotidianas, en cuestión no sólo de trabajo sino también de recreo.
- Mantenga relaciones personales constructivas y establezca nuevas relaciones.
- Exprese el sentido de progreso hacia la resolución del duelo.

AYUDA PSICOASISTENCIAL PARA SUPERAR EL IMPACTO EMOCIONAL DE UN ATENTADO TERRORISTA

¿Cómo ayudar a una víctima a superar el impacto emocional de actos terroristas?

El objetivo de este apartado es que sirva de ayuda a las víctimas para que comprendan sus reacciones ante un acto de terrorismo. No tiene el propósito de reemplazar la función de los profesionales con experiencia en estas situaciones, sino de complementarla.

Nada en la vida puede prepararnos para el horror de un acto de terrorismo que nos priva de nuestro sentido de seguridad y, en algunos casos, de un ser amado. Nadie espera que ocurra algo así. El crimen violento es un evento anormal, y el terrorismo es aún más raro. Las reacciones normales a este tipo de desastre traumático incluyen una amplia gama de sentimientos poderosos que podrían parecerles anormales a las personas que los tienen, o extraños a quienes no han pasado por un desastre semejante.

La recuperación de un evento traumático llevará un largo tiempo y no será fácil. Todos respondemos de manera diferente al trauma. Nadie reacciona de una manera correcta o errada, simplemente lo hace de

una manera diferente. El proceso de recuperación de la víctima es más fácil si ésta no espera demasiado de ella misma y de los demás.

Reacciones ante un desastre traumático

Impacto y aturdimiento.

Al principio la víctima podría estar bajo los efectos de un tremendo impacto y sentirse aturdida y confusa. También podría sentirse distante, como si estuviera viendo una película o teniendo una pesadilla interminable. Este aturdimiento le protege de sentir de golpe el efecto pleno de todo lo que ha ocurrido.

Emoción intensa.

La víctima podría sentirse abrumada por el dolor y la pena. A medida que comienza a disiparse la impresión, es normal sentir una pena profunda y llorar incontrolablemente. Aunque algunas partes de nuestra sociedad no ven bien el comportamiento emocional, para la mayoría de las personas esta expresión emocional es una parte importante del proceso de duelo. Realmente es insalubre contenerse o tratar de ocultar el dolor y en realidad ello puede prolongar el sufrimiento. A



quien le incomoden estos sentimientos, puede buscar la ayuda de un consejero o de un sacerdote o de otras víctimas que comprendan por lo que está pasando.

Temor.

La víctima superviviente de un atentado terrorista podría sentir un temor intenso y sobresaltarse fácilmente; sentirse extremadamente ansiosa cuando sale de su casa o está sola, o experimentar oleadas de pánico. Si alguien próximo a la víctima superviviente ha muerto y ésta no ha tenido tiempo para pre-

pararse psicológicamente para un incidente semejante y puede sentir una intensa ansiedad y horror. Probablemente experimentará un gran miedo de que los terroristas regresen y vuelvan a hacerle daño a ella o a sus seres queridos. El atentado terrorista destruye los sentimientos normales de seguridad y de confianza y la sensación de ser capaz de controlar los acontecimientos. Una vez que uno ha sido perjudicado por un acto terrorista es natural sentir miedo y tener sospechas de otros. Estos sentimientos desaparecerán o se redu-

cirán con el paso del tiempo.

Culpa.

Las víctimas que resultan heridas en el desastre traumático desean comprender por qué ha ocurrido el atentado, y las familias se preguntan por qué han perdido a un ser querido. Algunas personas encuentran más fácil aceptar lo que ocurrió si se pueden echar la culpa a ellas mismas de alguna manera. Esta es una manera normal de tratar de recuperar nuevamente una sensación de control de sus vidas.

Las víctimas con frecuencia se sienten culpables y lamentan cosas que dijeron o no dijeron, o que hicieron o no hicieron, y se reprochan no haber protegido mejor a un ser querido o no haber hecho algo que impidiera su muerte. Los sobrevivientes pasan mucho tiempo pensando “Si yo sólo hubiera...”

Esta sensación de culpa no tiene sentido porque, por lo general, no se pueden controlar las circunstancias que conducen al acto terrorista y son difíciles de predecir. Por ello conviene tratar de eliminar esa culpabilidad imaginaria.

Los sentimientos de culpa pueden ser empeorados por personas que dicen que ellas hubieran actuado de manera diferente en la misma situación. Las personas que dicen esas cosas, por lo general, están tratando de convencerse a sí mis-

mas de que nunca les podría ocurrir una tragedia semejante.

Ira y resentimiento

Es natural que la víctima de un atentado se sienta enojada e indignada por la tragedia y con la persona o personas que la causaron, o con alguien de quien cree que podría haberlo impedido. Si se arresta a un sospechoso, la víctima podría dirigir su ira hacia esa persona. Podría enojarse con otros miembros de la familia, amigos, médicos, policías, fiscales, Dios, e incluso con sí mismo y podría resentirse contra personas bien intencionadas que dicen cosas dolorosas y no comprenden lo que usted está pasando como víctima.

Los sentimientos de culpa podrían ser muy intensos y podrían ir y venir. La víctima también podría tener fantasías acerca de venganza, lo cual es normal e incluso puede ayudar a aliviar la ira y la frustración.

Los sentimientos de ira son una parte natural del proceso de recuperación. Estos sentimientos no están bien ni mal, simplemente son sentimientos. Es importante reconocer la ira como algo real pero no usarla como una excusa para causar daño a otras personas o abusar de ellas. Hay maneras seguras y saludables de expresar la ira. Muchas personas encuentran que escribir sobre sus sentimientos, hacer ejercicios, realizar tareas físi-



cas, golpear una almohada o llorar o gritar en privado les ayuda a aliviar algo de su ira. Pasar por alto los sentimientos de ira y de resentimiento podría causar problemas físicos como dolores de cabeza, trastornos estomacales y presión sanguínea alta. La ira que persiste durante largo tiempo podría estar ocultando otros sentimientos más dolorosos como culpabilidad, tristeza y depresión.

Depresión y soledad.

La depresión y la soledad constituyen con frecuencia una gran parte del trauma de las víctimas, que a menudo creen que estos sentimientos van a durar para siempre. Algunas veces los juicios se demoran meses e incluso años en nues-

tro sistema judicial. Una vez que llega el día del juicio, su celebración y la cobertura de prensa significan que hay que revivir los eventos relacionados con el desastre traumático. Los sentimientos de depresión y de soledad son incluso más fuertes cuando la víctima siente que nadie la entiende. Esta es la razón por la cual es tan importante un grupo de apoyo para las víctimas; los miembros del grupo de apoyo verdaderamente comprenderán esos sentimientos.

Las víctimas de un atentado traumático sienten que es demasiado doloroso seguir viviendo y podrían pensar en el suicidio. Por ello deben buscar ayuda si estos sentimientos continúan. Las señales de

peligro que se deben vigilar incluyen: pensar acerca del suicidio con frecuencia; estar solo demasiado tiempo; no poder hablar con otra persona sobre lo que se siente; cambios súbitos de peso; problema constante para dormir, y consumir demasiado alcohol u otras drogas (incluso drogas con receta médica).

Aislamiento.

La víctima podría sentir que es diferente de todos los demás y que los otros la han abandonado. El terrorismo es un acto anormal e inconcebible, que horroriza a las personas. Ser herido por el terrorismo conlleva un estigma para la víctima que puede hacerla sentir que ha quedado abandonada y avergonzada.

Otras personas podrían preocuparse, pero todavía les resulta difícil o incómodo estar cerca de las víctimas porque les recuerda el hecho de que el terrorismo puede alcanzar a cualquiera. Ellas tampoco pueden entender por qué usted se siente y actúa de la manera en que lo hace porque ellas no han pasado por lo mismo.

Síntomas físicos de la angustia

Es común tener dolores de cabeza, fatigas, náuseas, insomnio, declinación de impulsos sexuales y pérdida o aumento de peso tras un evento traumático. Es frecuente que las víctimas de actos terroristas

sientan también pérdida de coordinación, sufran dolor en la parte inferior de la espalda y escalofríos/sudores, temblores/sacudidas, y rechinar los dientes.

Pánico.

Los sentimientos de pánico son comunes y puede ser difícil tratar con ellos. La víctima podría sentir que se está volviendo loca. Con frecuencia este sentimiento ocurre porque los desastres traumáticos provocados por el terrorismo parecen irreales e incomprensibles. Sus sentimientos de dolor podrían ser tan fuertes y abrumadores que la asustan. Una gran ayuda es hablar con otras víctimas que han tenido sentimientos semejantes y comprenden verdaderamente lo que significan.

Incapacidad de reanudar la actividad normal.

A la víctima le podría resultar difícil funcionar en la manera en que lo hizo antes del acto terrorista y volver a realizar las actividades más simples. Le podría resultar difícil pensar y planificar. Su vida le puede parecer monótona y vacía, y las cosas que solían ser agradables ahora pueden carecer de sentido. También podría no ser capaz de reír, y cuando finalmente lo haga, podría sentirse culpable. Las lágrimas llegan a menudo y sin advertencia. Son comunes los cambios bruscos de humor, irritabilidad, sueños y visiones relacionadas con



el atentado. Estos sentimientos pueden aparecer hasta varios meses después del atentado. Sus amigos y compañeros de trabajo podrían no comprender el dolor que viene con este tipo de desastre y el tiempo que la víctima necesita para recuperarse. Simplemente podrían pensar que ya es hora de que usted se olvide de la tragedia y vuelva a su vida normal. Por ello confíe en sus propios sentimientos y siga el difícil camino de la recuperación a su propio ritmo.

Reacción diferida.

Algunas víctimas pueden no experimentar una reacción inmediata. Podrían sentirse vigorizadas por una situación de presión y no reaccionar hasta semanas o meses

después. Este tipo de reacción diferida no es inusual y si una víctima comienza a experimentar algunos de estos sentimientos debería considerar hablar con un consejero profesional.

Ideas prácticas para enfrentar la situación.

Otras víctimas y supervivientes de atentados terroristas han ofrecido algunas sugerencias prácticas de actividades que una víctima puede hacer para enfrentar la situación y comenzar a recuperarse. Son las siguientes:

* Respire profundamente. Algunas veces cuando se tiene miedo o se está muy contrariado se deja de respirar. Cuando esté asustado o

molesto, cierre los ojos y respire hondo y despacio varias veces hasta que se tranquilice. También pueden ayudar una caminata o hablar con un amigo íntimo.

- Siempre que sea posible conviene, esperar antes de tomar decisiones importantes. Podrá pensar que un gran cambio le hará sentir mejor, pero eso no aliviará necesariamente el dolor. Dése tiempo para atravesar los momentos más agitados y hacer reajustes antes de tomar decisiones que afectarán el resto de su vida.

- Simplifique su vida por algún tiempo. Haga una lista de las tareas de las cuales usted es responsable, como ocuparse de los niños, hacer las compras, enseñar en la escuela dominical o ir a trabajar. Luego mire la lista y vea cuales son las cosas absolutamente necesarias. ¿Hay algo que puede dejar de lado por un tiempo? ¿Hay algunas actividades de las cuales usted podría prescindir completamente?

- Cuide su mente y su cuerpo. Coma alimentos saludables. Haga ejercicio con regularidad, aunque sea sólo una larga caminata cada día. El ejercicio le ayudará a combatir la depresión y también le ayudará a dormir mejor. Los masajes pueden también contribuir a aliviar la tensión y a reconfortarlo.

- Evite el uso de alcohol y otras drogas. Estas sustancias podrían

bloquear el dolor temporalmente, pero le impedirán curarse. Usted tiene que experimentar sus sufrimientos y mirar claramente su vida para recuperarse de la tragedia.

- Tenga a mano el número telefónico de un buen amigo o amiga a quien llamar cuando se sienta abrumado o tenga un ataque de pánico.

- Hable con un consejero, sacerdote, amigo, miembro de la familia u otras víctimas acerca de lo que le ha ocurrido. Es común querer hablar de su experiencia una y otra vez, y hacerlo le puede ayudar.

- Comience a restaurar el orden en su mundo mediante el restablecimiento de las antiguas rutinas en el trabajo, el hogar o la escuela, tanto como sea posible. Manténgase ocupado con labores que ocupen su mente, pero no se entreue a una actividad frenéticamente.

- Haga preguntas. A usted podría preocuparle cuál es la clase de asistencia que hay disponible, quien pagará sus viajes, gastos, y otras cuestiones relacionadas con compensación y seguros. Para eso están las asociaciones de ayuda a las víctimas o la Dirección de Atención a las Víctimas del Gobierno vasco.

Determine lo que se espera de usted en los días venideros a fin de que pueda planificar cualquier



circunstancia nueva o de mucha tensión.

- Hable con sus hijos, quienes con frecuencia son las víctimas invisibles, y asegúrese de que son parte de sus reacciones, actividades y planes. Hágalos participar en funerales y actos conmemorativos si ellos quieren hacerlo.

- Procure la ayuda de un abogado si cree que necesita asesoramiento legal. Tome su tiempo para adoptar decisiones sobre arreglos con compañías de seguros, acciones legales y otros asuntos que tengan consecuencias a largo plazo.

- Dependá de la gente en la que usted confía. Procure información, consejo y ayuda de ellos.

- Si tiene problemas para dormir, evite hacer cosas que le enojen antes de ir a acostarse. Designe 30 minutos en algún momento temprano del día para tener su "momento de aflicción." No se acueste si no está cansado. Escriba sobre sus temores y pesadillas. Ponga música tranquila o grabaciones de relajación. Si todavía no puede dormir, no se enfade con sí mismo ni se preocupe porque no puede dormir. También puede descansar tendido en calma y oyendo música tranquilizadora o leyendo un buen libro. Si sus problemas para dormir persisten, sería aconsejable que vea a su médico.

- Busque maneras de ayudar a otros, con cosas pequeñas, pues esto aliviará su propio sufrimiento.

- Pida ayuda a su familia, amigos o profesionales cuando la necesite. Curar el dolor emocional y la pérdida de seres amados es parecido a curar su cuerpo tras una enfermedad o un accidente. Así como hay médicos y enfermeros entrenados para ayudar a curar el cuerpo, también hay profesionales que han sido entrenados para ayudar a las personas a recuperarse de pérdidas y para tratar con dolores emocionales.

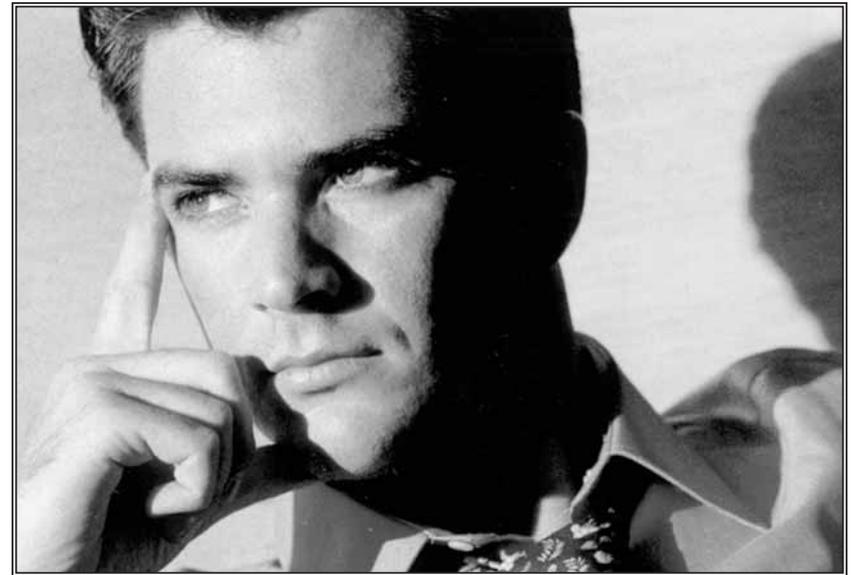
- Piense en las cosas que le infunden esperanza. Haga una lista de estas cosas y recurra a ellas en los días malos.

Es importante recordar que el dolor emocional no es interminable. Tiene límites. El dolor eventualmente se aliviará y regresará la alegría de vivir. Habrá un flujo y reflujo en su dolor. Cuando éste se presente, permítase sentirlo. Cuando se vaya, déjelo irse. La víctima no es responsable ni está obligada a mantener el dolor vivo. Con el tiempo



retornarán las sonrisas, la risa y la capacidad de sentir alegría por las cosas buenas de la vida.

La experiencia del terrorismo cambia para siempre a las víctimas. Se dan cuenta de que aunque las cosas nunca serán iguales, pueden enfrentar la vida con una nueva comprensión y un nuevo significado.



Se han perdido muchas cosas, pero quedan muchas otras. Es posible superar incluso las más grandes tragedias y ello puede ayudar a llevar el cambio y esperanzas a otros.

Cómo encontrar ayuda

No importa lo que usted esté sintiendo en el momento, es importante recordar que cada persona afronta la tragedia a su propia manera. Confíe en sus propios sentimientos, en que lo que está sintiendo es lo que necesita sentir y que eso es normal. No actúe como si las cosas estuvieran bien cuando no lo están. La cura comienza hablando sobre lo que ha ocurrido con las personas en quienes usted confía, personas

que le apoyan sin juzgarlo ni darle consejos indeseados sobre lo que usted debería sentir o cómo debería sentirse.

Muchas personas encuentran útil hablar con un consejero profesional que ha trabajado con otros sobrevivientes de actos terroristas. Algunas veces sólo unas pocas sesiones con un psicólogo capacitado le ayudarán a resolver la ira, la culpa y la desesperación que le impiden recuperarse. También el hecho de hablar con otras víctimas podría ayudarle a sentirse mejor comprendido y menos solo.

Si siente que sus emociones le abrumen pida ayuda a su familia o amigos, a un religioso, o a una asociación de víctimas del terrorismo.

PROGRAMA DE ASISTENCIA HUMANITARIA Y PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN PROGRAMA DE ASISTENCIA HUMANITARIA DE EMERGENCIA

En el marco de la atención a las víctimas de la violencia sociopolítica en el País Vasco, se deben atender las necesidades de orden psicosocial debido a las pérdidas de seres queridos y de sus pertenencias; así como por la ruptura de las relaciones sociales establecidas como consecuencia de los hechos violentos y de la violación de los derechos humanos de la que han sido objeto.

La atención psicosocial en un programa de asistencia humanitaria de emergencia, debe dirigirse a brindar espacios de expresión y reconocimiento del impacto emocional que los hechos violentos ocasionan en las víctimas, al apoyo terapéutico para disminuir el sufrimiento emocional, a la reconstrucción de los lazos sociales y, finalmente, al desarrollo de las potencialidades individuales y de las capacidades locales que permitan el restablecimiento de los derechos de las víctimas y el desarrollo de un proyecto de vida sostenible con estabili-

dad socioeconómica.

Conviene tener en cuenta que, se deben identificar los alcances posibles del programa y plantear de acuerdo a esto, objetivos realistas, actividades pertinentes y metas no muy ambiciosas.

Se establecen entonces como posibles alcances del programa, la realización de un diagnóstico psicosocial inicial de la población que se atiende, el cual se realiza a partir de la información que se retoma en la caracterización, la entrevista, las visitas domiciliarias y los primeros talleres psicosociales que se realizan. Dicho diagnóstico permite orientar el trabajo psicosocial y planear las actividades que se deben realizar.

En cuanto a los alcances de las actividades orientadas a lo terapéutico, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- La atención y disminución del sufrimiento emocional, previniendo la aparición de posibles trastornos.
- Se privilegian los espacios grupales para la atención y contención

del sufrimiento emocional.

- Brindar atención terapéutica prolongada, individual o familiar, a las víctimas que presenten trastornos y según la capacidad de respuesta del equipo. Se recomienda que estos casos sean remitidos según las capacidades locales de atención especializada.

- En la atención terapéutica a niños y niñas, es necesario partir de una entrevista inicial con los padres o el grupo familiar y acompañar posteriormente la atención individual con la asesoría familiar de forma paralela.

- Conviene tener en cuenta la realización de una atención más especializada a personas que hayan sido víctimas de hechos violentos que generan graves impactos en la salud mental, como es el caso de las víctimas del terrorismo y/o, personas amenazadas; evaluando si el equipo tiene la capacidad de brindarla.

- A las víctimas se

les debe aportar elementos de autoayuda, que permitan reconocer fortalezas individuales para su recuperación y a la vez para apoyar a los miembros de su familia.

Para cumplir estas condiciones, se realizan sesiones terapéuticas individuales o familiares de atención en crisis o psicoterapia breve, así como actividades grupales centradas en la recuperación emocional, tales como talleres con objetivos terapéuticos, talleres psicosociales con elementos de autoayuda y charlas de orientación psicosocial; los cuales deben permitir la expre-



sión de emociones, la comprensión de los hechos violentos y la apropiación de pautas para la autoayuda. Estos talleres deben contemplar temas específicos que son establecidos a partir del diagnóstico psicosocial y deben ser trabajados con grupos pequeños que permitan la confianza y la empatía.

Cuando se trate de asistencia psicológica a personas amenazadas que han tenido que abandonar el País Vasco, conviene realizar talleres psicosociales donde se brinden elementos pedagógicos que permitan la comprensión de la problemática del desplazamiento, la reconstrucción de la memoria histórica rescatando elementos culturales, la conformación de redes sociales y de organización comunitaria.

DEFINICIONES DE CONCEPTOS CLAVES

1. Violencia sociopolítica.

Es aquella ejercida como medio de lucha político social, ya sea con el fin de mantener, modificar, sustituir o destruir un modelo de Estado o sociedad; reprimir a un grupo humano con identidad dentro de la sociedad por su afinidad social, política, gremial, étnica, religiosa, cultural e ideológica, esté o no organizado.

La violencia sociopolítica, busca la dominación y control sobre las personas, sobre sectores sociales,

bienes y territorios, así como eliminar a cualquier individuo u organización que de alguna manera obstaculice este propósito.

Tal tipo de violencia puede ser ejercida por:

- Agentes del Estado o por particulares que actúan con el apoyo, tolerancia o aquiescencia de autoridades del Estado y en este caso se tipifica como violación de los Derechos Humanos.

- Grupos insurgentes que combaten contra el Estado o contra el orden social vigente, y en este caso si esa violencia se ajusta a las leyes o costumbres de la guerra se tipifica como acciones bélicas; si no, se aparta de las normas que regulan los conflictos bélicos y se tipifica como infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

- También la violencia sociopolítica puede ser ejercida por grupos o personas ajenas al estado y a la insurgencia, motivados por la lucha en torno al poder político o por la intolerancia frente a otras ideologías, razas, etnias, religiones, culturas o sectores sociales, estén o no organizados.

2. Persona desplazada forzosamente.

La ley 387 de 1997 define el concepto de desplazado como "toda persona o grupo de personas que se han visto forzadas a migrar dentro del territorio nacional abando-

nando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios o terrorismo internos, violencia generalizada, violaciones masivas de derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alterar drásticamente el orden público".

Las personas desplazadas poseen la misma dignidad y derechos que

cualquier otra, pero al ser personas a las cuales se les han violado sus derechos fundamentales, merecen un trato especial por parte del Gobierno y de las instituciones correspondientes, para que dichos derechos sean resarcidos y haya una verdadera reparación. La atención psicosocial debe reconocer a la persona desplazada como sujeto de derechos.

3. La víctima como categoría jurídica y sociopolítica.

No se habla de víctima en el sentido peyorativo de una persona sin recursos individuales o desvalida. La Corporación AVRE en las memorias del Seminario Taller Internacional "Superación de la



Impunidad", plantea: "El ser "víctima" corresponde a un daño ocasionado por un agente externo de modo deliberado y cruel, y con un propósito definido". Aunque el impacto es a la vez subjetivo y objetivo, la expresión "víctima" es la categoría jurídica que condensa el derecho a la justicia y reparación. En otras palabras, no considera que dichas expresiones sean antagónicas sino más bien complementarias, por lo menos como una posibilidad a la cual apunta la intervención terapéutica para la recuperación integral

La Declaración de Principios Básicos de Justicia para Víctimas del Crimen y Abuso de Poder, propone que se entienda como víctimas no sólo a las personas que hayan sufrido violaciones de los derechos humanos, ahora o en el pasado, sino también parientes, seres queridos, personas que han sufrido por tratar de ayudar a una víctima. Por ello el derecho de reparación no debe limitarse a las personas. También los grupos deben tener derecho a recibir resarcimiento como colectividad.

4. La emergencia, sus etapas y características.

La Fase de Emergencia se reconoce como el momento en que, después de un hecho que atenta contra la vida e integridad de las personas, los recursos de estas no son suficientes para afrontar las

problemáticas que se presentan y para cubrir las necesidades básicas de subsistencia, por lo que requieren de un apoyo externo. Igualmente ocurre a nivel grupal o comunitario.

5. Atención Humanitaria de Emergencia

Es la prestación, a las víctimas desplazadas de la asistencia básica, atención médica y psicológica, transporte de emergencia, y alojamiento transitorio en condiciones dignas que garanticen unos estándares mínimos de calidad. Desde la perspectiva Psicosocial se asume que la Atención Humanitaria de Emergencia debe contemplar:

- La valoración de la víctima desplazada como ser integral.
- La atención de manera inmediata de las necesidades apremiantes que aquejan a la víctima.
- La ayuda de forma integral para que la persona restablezca su vida.
- Promover en las víctimas la capacidad de asumir una nueva vida reconstruyendo su tejido social.
- Acompañar a las víctimas en su sufrimiento, guardando una actitud de respeto y confidencialidad.
- Buscar mitigar o aminorar el impacto del desplazamiento, de manera especial con la población infantil.

6. Vulnerabilidad y potencialidades.

Se entiende por población vulnerable la que se encuentra en condiciones de peligro manifiesto y tiene pocas condiciones para responder a su problemática o condiciones de riesgo actuales.

Los programas de ayuda humanitaria de emergencia, deben evaluar los niveles de vulnerabilidad de las personas que atienden, y también saber identificar las potencialidades de estos para optimizarlas y construir conjuntamente alternativas para la solución de las situaciones problemáticas en miras al restablecimiento integral.

7. Salud Mental.

Hablar de salud mental implica reconocer dos dimensiones en la persona que se influyen mutuamente: una relacionada con ella misma y la otra con sus capacidades para interactuar con otras personas y con su medio. La salud mental se refiere entonces, a las potencialidades y capacidades con que cuenta una persona para construirse a sí misma y para interactuar en sociedad, entendiendo que esta interacción va a incidir a su vez en la visión que esta perso-



na tenga de sí mismo y del mundo. Desde esta definición puede dimensionarse, cómo muchos de los hechos violentos que han vivido las personas víctimas del terrorismo, como los secuestros o la tortura, entre otros, generan tal impacto en la integridad del ser humano, que llegan a producir severos traumas que derivan en trastornos emocionales, y alteran significativamente la salud mental de las personas y su calidad de vida. Tanto es así que son considerados desde la Jurisdicción Internacional como crímenes de guerra y de lesa humanidad.

8. Sufrimiento Emocional y Trastorno Emocional.

Hay diferencia entre el concepto de sufrimiento emocional y el concepto de trastorno emocional. El sufrimiento emocional corresponde al dolor que generan las pérdidas irreversibles y cuya elaboración no puede completarse (como ocurre en casos de duelo complicado) y la frustración ante circunstancias que se oponen en forma insuperable a necesidades de satisfacción personal, como ocurre ante la negación de justicia y de reparación, o ante el desconocimiento de los derechos.

El trastorno emocional tiene la connotación de ser un efecto extremo, que desorganiza de manera importante varias áreas del funcionamiento de la persona y que implica un daño psicológico que deteriora sus posibilidades de actuar en forma adaptativa frente al entorno. Su resolución requiere acciones múltiples, tanto de tipo terapéutico, como de contexto.

Un proyecto de ayuda humanitaria en emergencia con un componente de atención psicosocial, por la disponibilidad de su recurso humano y el corto tiempo para su ejecución, tendría alcances en atenuar el sufrimiento emocional y reducir las posibilidades de trastorno emocional.

Cuando se deben atender personas que presentan trastorno emo-

cional, se recomienda contemplar en principio la remisión para que les sea brindada atención más especializada.

9. Atención Psicosocial.

Es el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales.

Se refiere a un proceso de intervención integral, interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial; con el fin de proporcionar herramientas a los individuos, la familia y la comunidad para restablecer su capacidad de afrontamiento y desarrollo psicológico, funcional y social; de tal manera que puedan retomar o recrear su proyecto de vida. Dicho proceso debe partir de un diagnóstico real, participativo y ser diseñado de acuerdo al perfil psicosocial de la población. Debe incluir actividades terapéuticas, es decir la aplicación de técnicas psicológicas y sociales específicas para la recuperación emocional.

10. Tejido Social.

Se refiere a la dinámica interna de la comunidad, constituida por las relaciones, roles y funciones que cada miembro de la comunidad asume en la construcción de la convivencia y de alternativas de solución a los problemas que enfrenta la comunidad; así como



la conformación de redes de apoyo que permitan la generación de mecanismos de mejoramiento de la calidad de vida y de desarrollo comunitario.

11. Capacidades Locales.

Es el proceso por el cual los actores institucionales y sociales de una comunidad o unidad político-administrativa, identifican, apropian y desarrollan, los conocimientos, acciones, estrategias, alianzas y recursos con que cuentan para atender las situaciones a nivel local, en búsqueda del propio desarrollo, del mejoramiento de la calidad de los servicios y del fortalecimiento de políticas y planes, de acuerdo al papel que cada instancia, miembro o sujeto tiene en la sociedad.

12. Impunidad.

Por impunidad se entiende la inexistencia, de hecho o de derecho, de responsabilidad penal por parte de los autores de violaciones de los derechos humanos, así como de responsabilidad civil, administrativa o disciplinaria, porque escapan a toda investigación con miras a su inculpación, condena a penas apropiadas, incluso a la indemnización del daño causado a sus víctimas.

13. Reparación.

Las personas que son víctimas de la violencia sociopolítica tienen el derecho a acceder a la justicia y utilizar todos los medios jurídicos apropiados, para obtener reparación por las violaciones de los derechos humanos o del derecho internacional humanitario. Así

mismo, las víctimas pueden imponer demandas de reparación colectivas y obtener una reparación colectiva.

De conformidad con su derecho interno y sus obligaciones internacionales, los Estados deben resarcir a las víctimas de sus actos u omisiones que violen las normas internacionales de derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Las reparaciones serán proporcionales a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido en forma de:

- **Restitución:** Que la víctima recupere la situación en la que se encontraba antes.

- **Indemnización:** Que se cubran los daños físicos y morales, así como la pérdida de oportunidades, los daños materiales, los daños a la reputación y dignidad, y los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicinas, servicios médicos, psicológicos y sociales.

- **Rehabilitación:** Se refiere a la atención médica, psicológica, psiquiátrica y servicios jurídicos y sociales.

- **Garantías de no repetición:** Incluye la cesación de las violaciones continuadas y prevención de nuevas violaciones, la verificación de los hechos y difusión pública y completa de la verdad, las conmemoraciones y homenajes a las víc-

timas y la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones, entre otras.

PROCEDIMIENTOS PARA BRINDAR ASISTENCIA HUMANITARIA DE EMERGENCIA

Basándonos en un programa ya existente vamos a personalizarlo para poder aplicarlo a las víctimas del terrorismo, ya que los objetivos a lograr siempre van a ser los mismos: conseguir que las víctimas y su entorno puedan afrontar la difícil situación en la que están y poderla llevar lo más dignamente posible.

En el programa de Asistencia Humanitaria de Emergencia, la atención psicosocial es el eje articulador de todas las acciones y procesos desarrollados durante la fase de emergencia y con él se sientan las bases para el restablecimiento y estabilización socioeconómica de las víctimas. Por ello mismo la atención psicosocial no se puede ofrecer de manera aislada, sino que debe formar parte de una estrategia integral de ayuda humanitaria.

Esto significa que en cada una de las fases o etapas que conforman la ruta de atención del programa, pueden llevarse a cabo acciones que contribuyan al bienestar psicológico y social de las víctimas.

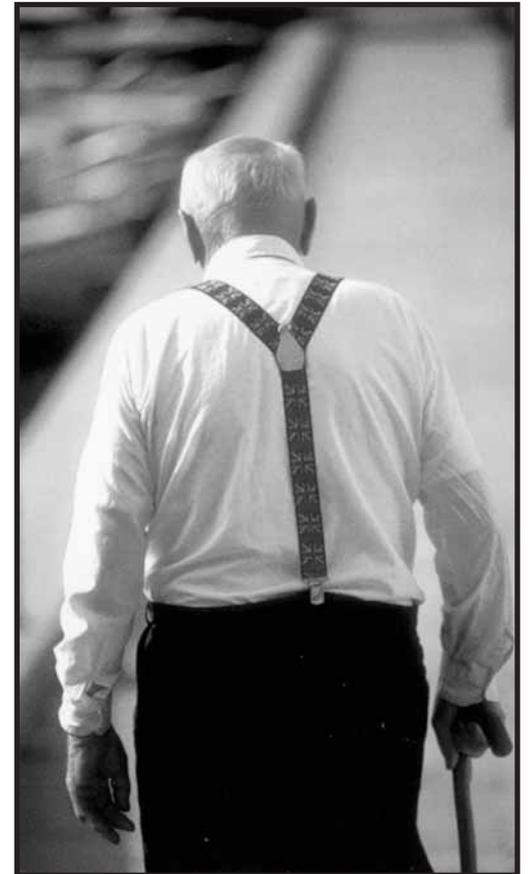
Seguidamente haremos un repaso a los principales procedimientos que se realizan para la atención de las personas en el desarrollo de un programa de asistencia humanitaria, describiendo los elementos a tener en cuenta para optimizar dichos espacios como también de atención psicosocial.

Por razones metodológicas para los objetivos de la guía, algunos de los procedimientos se describen de forma esquemática, pero en la práctica se realizan de forma flexible, humana y digna en la atención a las víctimas.

1. Ingreso de las Personas Desplazadas al Programa.

Se ha establecido un procedimiento metodológico o ruta para la atención de personas o familias de víctimas que contempla dos dimensiones: las fases o etapas de atención y los componentes de la ayuda que se brinda. Las fases o etapas que contempla el programa son remisión, excepción y acogida y las visitas domiciliarias.

Cada una de estas fases se debe



cumplir con todas las víctimas que reciben la atención humanitaria. Algunas de éstas, como la acogida y la visita domiciliaria, pueden darse varias veces dependiendo de las necesidades específicas que presenten.

El cumplimiento riguroso de cada una de las fases garantiza que todos los componentes de la asistencia humanitaria lleguen a las

víctimas de manera adecuada y en el momento oportuno.

2. Fases del Programa

Fase de Remisión

Esta fase tiene como objetivo brindarles la Atención Humanitaria de Emergencia.

Fase de Recepción o Acogida (Contacto inicial con las víctimas)

El contacto inicial es un momento de acogida de las personas desde donde se humaniza el proceso de entrega de asistencia humanitaria, ya que se recibe al otro como un ser humano que ha vivido hechos violentos que lo han afectado, pero que tiene todas sus potencialidades para construir su futuro, aunque en el momento actual requiera la ayuda de las instituciones y profesionales tanto en lo material, como en lo psicosocial. Desde el primer contacto con la víctima o familia, comienzan a introducirse los componentes de orientación y atención psicosocial.

De la forma como se reciba, del trato que se brinde y de la información que se ofrezca en este primer contacto, dependerá la empatía que las víctimas perciban y la confianza que estas sientan para hablar sobre su experiencia. Igualmente, dependiendo de cómo se presente el programa a las víctimas desde el inicio, estas responden a la propuesta de actividades

psicosociales en momentos diferentes.

Es necesario que las víctimas tengan claridad desde el inicio acerca de:

- El tipo de institución que las apoya.
- La ayuda que prestan estas instituciones.
- Los procedimientos con los cuales deben cumplir para recibir la asistencia (caracterización, visita domiciliaria).
- Los principios con los que se brinda la ayuda (confidencialidad, neutralidad frente a los actores, prudencia en el manejo de la información).

- Las características del programa, donde es necesario mencionar que es fundamentada en el componente de atención psicosocial como eje transversal de todo el proceso.

La fase de recepción y acogida debe procurar un ambiente agradable para que las víctimas en esta situación se "abran" entre sí y logren mayor cercanía con las personas e institución que las va a apoyar. Esta etapa frecuentemente es realizada por los profesionales que deben tener la información global del programa y puedan orientar completamente a las víctimas.



Fase de Caracterización y Entrevista

La caracterización permite establecer los datos del núcleo familiar o de las personas que reciben la asistencia humanitaria y se realiza por medio de la "Ficha de Caracterización Básica del Hogar", la cual tiene finalidades estadísticas y sirve de base para estudios posteriores acerca de la situación de las víctimas, que permitan crear nuevos programas que garanticen la atención integral o adecuar los existentes.

Adicionalmente, en este programa la caracterización sirve de mecanismo básico para establecer el primer contacto con cada víctima y familia, y para realizar una entrevista que permita establecer un diagnóstico previo sobre la situa-

ción psicosocial de las personas, así como para obtener información adicional de la familia que se va a vincular al programa, corroborar la información brindada, establecer si ha recibido otro tipo de ayuda de alguna entidad, dar a conocer el programa, e identificar el tipo de ayuda que requiere, tanto material como de atención psicosocial.

Por otra parte, la entrevista puede convertirse en un espacio terapéutico donde haya necesidad de realizar intervención en crisis y apoyo emocional. En este sentido, un instrumento útil para evaluar la situación de salud mental de las personas atendidas, es el "Formato de evaluación de síntomas recientes", el cual debe ser usado de manera flexible, de acuerdo a las circuns-

tancias en que se realice la entrevista.

Aunque primero debería hacerse la caracterización y luego la entrevista, algunas personas aprovechan el espacio de la entrevista para diligenciar la ficha de caracterización, pues muchas de las preguntas allí contempladas sirven para guiar la entrevista.

La caracterización puede ser diligenciada por tutores y voluntarios, siempre que se tenga claro el procedimiento y el propósito de esta actividad bajo la asesoría de psicólogos/as y/o trabajadores sociales. En estos casos el diligenciamiento de la ficha de caracterización requiere un entrenamiento técnico y debe ser complementado con la entrevista realizada por los profesionales mencionados.

En el caso de la entrevista, se recomienda que sea efectuada por el psicólogo del equipo, por ser la posibilidad inicial de brindar apoyo emocional o primeros auxilios psicológicos a las víctimas beneficiarias.

Se sugiere entonces que los psicólogos/as y/o trabajadores/as sociales, acompañen inicialmente a los tutores y voluntarios durante la realización de dichos procedimientos, con el fin darles algunas pautas sobre elementos psicosociales a tener en cuenta y es recomendable además, que se les

brinde un espacio de capacitación más profundo en herramientas psicosociales.

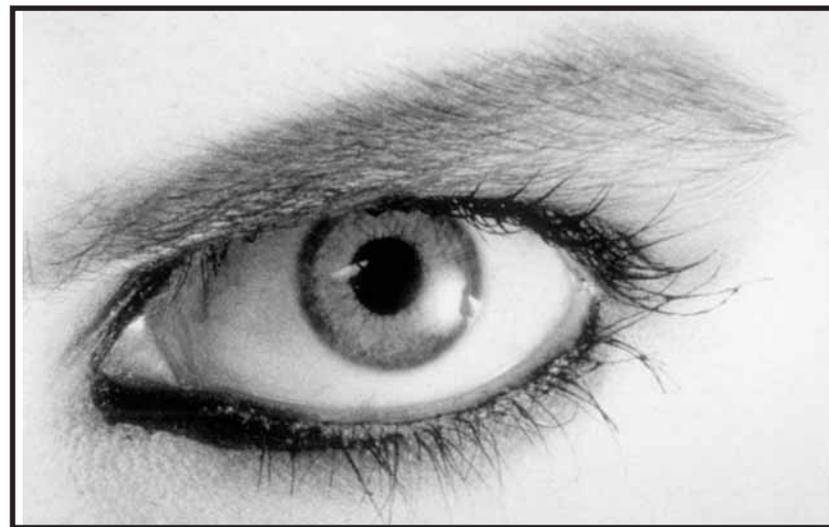
PAUTAS PARA LA ENTREVISTA

- Objetivos.

- * Conocer el estado psicosocial de la familia víctima del terrorismo.
- * Iniciar el proceso de atención psicosocial a la familia según el estado presentado.
- * Facilitar la expresión de sentimientos y angustias (catarsis).
- * Dar a conocer el programa de asistencia humanitaria a la familia.
- * Orientar a la familia acerca de sus derechos, deberes e instituciones que le puedan brindar atención.

- Proceso de entrevista .

- * Presentación del entrevistador y del entrevistado.
- * Presentación de la institución y del programa de asistencia humanitaria.
- * Conocimiento de la familia: Quiénes la conforman, dinámicas internas, estados emocionales, situación económica, perspectivas en la ciudad receptora, estados de salud, entre otras.



* Explicación del proceso a seguir (elaboración de ficha de caracterización y visita domiciliaria).

* Orientación acerca de instituciones que puedan apoyarle según la problemática presentada.

Elementos a tener en cuenta:

- * Observación de la expresión no verbal de la persona.
- * Respeto de las diferentes expresiones culturales.
- * Se debe facilitar la expresión de sentimientos.
- * Neutralidad en los conceptos emitidos frente a los determinados grupos armados.
- * Enfatizar con la víctima los

aspectos más relevantes en cuanto a estados emocionales, de salud, relaciones intrafamiliares.

* Realizar entrevistas en forma interdisciplinaria cuando existe mayor complejidad.

* Frente a situaciones planteadas por la víctima, realizar aportes precisos, gestionar apoyo de otras instituciones y remitir.

* Ser flexibles en el tiempo límite para la atención a la víctima.

* Programar visitas domiciliarias a las familias cuando se observe la necesidad, con el fin de brindar un acompañamiento más personalizado.

* La forma de realizar la entrevista puede variar dependiendo de las características del entrevistado,

por eso se recomienda:

* Cuando la víctima llega prevenida o desconfiada, conviene centrar la conversación inicialmente en la información, del tipo de programa, fortalecer la dimensión personal, preguntar detalles del atentado y se debe presentar a la persona que realizará la caracterización y la visita domiciliaria.

* Cuando se observa que las víctimas están visiblemente afectadas emocionalmente (características depresivas, en proceso de elaboración de duelo u otros motivos) y con afán de dar a conocer su situación; conviene entonces realizar la presentación de la persona que entrevista, la institución y el programa; luego situar a la persona en el impacto que genera el atentado sufrido, para permitir la expresión de sus emociones y finalmente, después de haber facilitado la catarsis, dar detalles frente al programa y los procedimientos a seguir. Se sugiere presentar a la persona que realizará la caracterización y las visitas domiciliarias.

Recomendaciones para esta Fase:

Algunos de los temas que se enuncian en las anteriores pautas, se deben abordar ampliamente en los talleres psicosociales desarrollados posteriormente.

Visitas Domiciliarias

La visita domiciliaria es una herramienta fundamental que se utiliza

en todos los componentes de la asistencia humanitaria y puede darse varias veces dependiendo de las necesidades específicas que presentan las víctimas.

Las visitas domiciliarias, además de servir para establecer el tipo de ayuda material que requieren las víctimas y verificar si han recibido algún tipo de asistencia, es un lugar de encuentro con la familia que permite dimensionar ampliamente sus necesidades y potencialidades, así como conocer las condiciones actuales en que viven, lo cual alimenta el diagnóstico psicosocial. Además permite establecer una relación más personalizada y humana con ellas.

Al igual que en los espacios de caracterización y entrevista, en las visitas domiciliarias también puede requerirse que se brinde apoyo terapéutico. Por ello las personas que las realicen deben tener herramientas psicosociales y se deben propiciar espacios de retroalimentación con los demás miembros del equipo para alimentar el diagnóstico psicosocial, remitir a quienes necesitan atención psicológica y dar pautas para los talleres o demás actividades que se programen.

Una experiencia interesante es que las personas que realizan las visitas domiciliarias reseñen en diarios de campo las experiencias y actividades que llevan a cabo con



las víctimas. El uso de este instrumento permite que estas personas describan lo observado para retroalimentar el diagnóstico psicosocial, así como los aspectos que llaman su atención para hacer sugerencias a los profesionales y desde lo personal, expresar emociones y pensamientos que la actividad genera en sí mismos.

Los diarios de campo son socializados con el equipo y desde allí, pueden extraerse elementos para actividades posteriores entre las que se puede tener en cuenta el auto-cuidado mismo del equipo.

Finalizadas las distintas fases del programa, cada equipo procede a la entrega de los componentes de

la Asistencia Humanitaria. El componente psicosocial está presente en cada una de las fases anteriormente descritas y a través de todo el proceso.

REALIZACIÓN DE ENTREGAS DE ASISTENCIA HUMANITARIA

Para brindar atención psicosocial, algunos profesionales utilizan la modalidad de lo que se puede llamar "Charlas de orientación psicosocial con actividades participativas" las cuales son encuentros donde se abordan temas relacionados con información sobre el programa, formación en valores y aspectos psicosociales; sin embargo no tienen objetivos terapéuticos sino de información, sensibiliza-

ción y motivación para la participación en otras actividades del proceso de atención psicosocial. El uso de esta estrategia también es pertinente cuando el número de personas asistentes a las entregas es bastante amplio (20 personas o más) y no existen las condiciones necesarias para realizar talleres terapéuticos para brindar apoyo emocional o talleres psicosociales.

Hay quienes utilizan la modalidad de realizar talleres psicosociales con temáticas específicas. Para ello, se recomienda evaluar con anterioridad si el número de personas que asistiría es adecuado para desarrollar una metodología taller (garantizar condiciones mínimas para su realización como número máximo de 15 a 20 personas y espacio físico adecuado, entre otras), especialmente cuando se pretende que los talleres aborden temas como el duelo y el miedo donde la carga emocional es grande.

PLAN DE ACCIÓN PSICOSOCIAL

Complementario a las fases ya descritas que son requisitos para la realización de la asistencia humanitaria, se deben llevar a cabo también actividades psicosociales específicas que tienden a tres objetivos fundamentales:

* Brindar apoyo psicológico, orientado a reducir el impacto emocional del atentado a las víctimas del

terrorismo.

* Promover procesos de reconstrucción familiar y social.

* Gestionar procesos organizativos y de participación de las víctimas y acciones orientadas al fortalecimiento de capacidades locales institucionales.

Para el desarrollo de los tres objetivos básicos, las estrategias de intervención deben ser las siguientes:

* **La intervención clínica-terapéutica:** Con ella se pretende disminuir el sufrimiento emocional de las víctimas, prevenir la aparición de trastornos emocionales y fortalecerlas para que puedan rehacer sus lazos familiares.

* **Formación, capacitación y organización:** con esta estrategia se pretende aportar a la consolidación de procesos organizativos de las personas que son amenazadas, o víctimas de actos violentos. Se brindan elementos que les permitan reflexionar sobre su situación, los derechos que les fueron vulnerados con el atentado o la violencia de persecución; formular propuestas para el restablecimiento de sus derechos, etc.

* **Atención individual:** La atención psicosocial debe ofrecer la oportunidad para que las personas recuperen su autoestima, realicen ade-



cuadamente sus procesos de duelo ocasionados por las pérdidas materiales y afectivas, con el fin de restablecer sus proyectos de vida y participar más activamente. Se hacen intervenciones psicoterapéuticas, de capacitación, orientación y remisión a centros especializados en los casos requeridos.

* **Atención familiar y grupal:** La atención psicosocial debe fortalecer las relaciones intrafamiliares, permitiendo a sus miembros el auto-reconocimiento como parte activa de un sistema familiar, capaz de brindarles estabilidad emocional.

Se desarrollan acciones encaminadas a fomentar la solidaridad, el sentido de pertenencia, reconoci-

miento del trabajo en grupo, restablecimiento de lazos de confianza.

DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN PSICOSOCIAL DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL

La realización de actividades psicosociales pertinentes y adecuadas para las necesidades de las víctimas, dependen de la comprensión de la problemática de lo sucedido y del conocimiento de las personas que llegan al programa. Esto permite brindar atención integral a las familias, partiendo de una contextualización completa de las mismas, que incluya aspectos específicos de las personas que la componen, los hechos violentos, el impacto que estos hechos han causado en ellos, ya que muchas

víctimas después de un atentado cambian de localidad.

Dicha información se obtiene a partir del diagnóstico psicosocial, el cual se retroalimenta constantemente durante todo el programa en los diversos procedimientos que se realizan para la atención, desde la caracterización hasta las consultas psicológicas individuales y los talleres psicosociales.

COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL INICIAL

- * Características de los duelos presentados.
- * Quiénes son las personas receptoras.
- * Características del lugar de vivienda.
- * Características de las familias atendidas en el programa.
- * Cambios presentados por los miembros de la familia a partir del desplazamiento (si se trata de víctimas que han abandonado el lugar donde residían tras el atentado).

Recomendaciones para realizar el diagnóstico psicosocial:

Este modelo se debe complementar con aspectos referentes a las condiciones sociales, y a las capacidades de la institución.

Teniendo un primer acercamiento a las familias a partir del diagnóstico psicosocial, se pueden plantear actividades tipo para cada uno de los objetivos propuestos en los planes de acción psicosociales.

ACTIVIDADES TIPO PARA EL DESARROLLO DEL OBJETIVO

Las actividades tendientes a la recuperación emocional, deben realizarse teniendo en cuenta aspectos de género, donde se identifiquen las diferencias entre hombres y mujeres, en sus respuestas emocionales ante el impacto de los hechos violentos y de acuerdo al rol que están ocupando; aspectos de generación donde se especifiquen las características de las edades en que se encuentran las personas que son atendidas, las dificultades propias de su etapa generacional, así como las diversas formas como pueden ser afectados por los hechos violentos, determinando sus necesidades específicas de atención. Igualmente se debe trabajar por una atención que afiance el núcleo familiar ya que en mayor o menor medida, en todos sus miembros hay un impacto.

También es importante establecer:

- * El perfil de la víctima de acuerdo a los hechos violentos sufridos. Por ejemplo, para brindar apoyo en la elaboración de un duelo, hay



que tener en cuenta las condiciones en que se dio la pérdida y la forma como se dieron los hechos violentos.

- * Asimismo hay que identificar cuando hay duelos complicados y las razones del contexto que también inciden en su mantenimiento o elaboración (agudización del conflicto, impunidad). En la atención se plantean actividades tendientes a la recuperación emocional a nivel individual, familiar y grupal; siendo las grupales las más pertinentes debido al corto tiempo del programa, la cantidad de personas que se deben atender y el limitado recurso profesional.

PROCESO DE CONFORMACIÓN DE GRUPOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PSICOSOCIALES

- Objetivo.

- * Desarrollar las actividades específicas propuestas en el Plan de Atención Psicosocial, a partir del conocimiento previo de las características particulares (vulnerabilidades y afinidades) de las víctimas que ingresan al programa, con el fin de atender las demandas reales de la población y de potenciar sus recursos.

- Descripción.

- * Para cumplir con los objetivos planteados en el Plan de Atención

Psicosocial se deben agrupar tres niveles de intervención.

- * Nivel Individual.
- * Nivel familiar.
- * Nivel comunitario.

Las víctimas que forman parte del programa deben participar en un ciclo básico de seis talleres, dos por área, donde se trabaja lo individual, lo familiar y lo comunitario, buscando la estabilización emocional.

Para conformar los grupos se realiza un proceso de recolección, sistematización y confrontación de información que permita la construcción de variables, teniendo en cuenta la información recogida en la entrevista inicial (complementada por las visitas domiciliarias) sistematizada en el formato de caracterización; y la atención psicológica individual y familiar, la cual se organiza en los formatos de registro, de primera sesión y de seguimiento.

Variables determinantes para la conformación de los grupos y características fundamentales a tener en cuenta para una primera conformación de los grupos.

* **Hecho Violento:** Personas que han vivido experiencias terroristas similares para permitir la identificación, comprensión y retro-

alimentación:

- * Rumor, temor, cansancio de la violencia.
- * Ser víctimas de amenazas o de violencia de persecución.
- * Presencia en asesinatos o masacres (explosión indiscriminada de coches bomba).

* **Lugar de desplazamiento:** Víctimas que se han tenido que desplazar por motivos de terrorismo para tener puntos de referencia común -cultural, geográfica, de dinámica del conflicto armado- logrando "agrupar" lenguajes, promover la expresión emotiva y la confianza.

* Actores armados generadores del desplazamiento: Personas desplazadas por el mismo actor armado para disminuir factores que puedan movilizar desconfianza.

Las variables a considerar en los grupos conformados para la conformación de grupos específicos determinan la orientación de los talleres y permiten tener en cuenta la situación particular de algunos de los participantes, como puede ser la muerte violenta de familiar o persona cercana, o las personas y familias que han sido heridas en atentados terroristas.

- Liderazgo.

Variables poblacionales: Impactos



diferentes en niños, niñas, jóvenes, adultos, adultos mayores, mujeres y hombres.

- Género.

* Esta organización de grupos permite determinar las temáticas a desarrollar a nivel grupal.

Los temas a tratar:

- Duelo.
- Identidad.
- Manejo de nuevo contexto.
- Relación de pareja.
- Toma de decisiones.
- Valores.
- Organización comunitaria.
- Liderazgo.
- Resolución pacífica de conflictos.

- Recomendaciones:

* Hacer uso de un formato de registro y contrastarlo con la historia compartida por las personas en atención psicológica si la hay.

* Realizar grupos con las personas que son remitidas para atención psicológica o psiquiátrica paralelamente al desarrollo de su proceso terapéutico.

* Tener reuniones permanentes de equipo para socializar y ampliar información pertinente para la conformación de los grupos.

* Realizar esta actividad desde los

inicios del programa (mínimo un mes) y mantenerla a lo largo del proceso de recepción de las familias y durante la realización de las actividades y talleres con los grupos para poder realizar los ajustes pertinentes de manera oportuna.

* Aunque los grupos que se construyen a partir de las variables establecidas tienen un énfasis de grupo con objetivos terapéuticos, las variables descritas inicialmente, se deben tener en cuenta para grupos orientados a lo familiar y comunitario, contemplando aspectos más amplios como problemáticas de salud, educación, intereses y recursos, etc.

Las variables planteadas en esta propuesta, pueden ser de utilidad en la realización del diagnóstico psicosocial.

Atención Terapéutica Individual

En el marco de un programa de ayuda humanitaria de emergencia, la atención psicológica individual debe centrarse sobre el impacto causado por los hechos violentos, tratando de remitir o limitar la atención individual de casos donde la demanda no sea específica en este sentido.

Conviene trabajar técnicas de atención en crisis o psicoterapia breve, tratando de brindar un espacio de escucha y apoyo tendientes a la recuperación emocional

na y a brindar pautas de autoayuda. Para el seguimiento se recomienda limitar el caso a dos o tres sesiones y luego, si es necesario, remitir a la persona o brindarle apoyo en grupo y desde los talleres terapéuticos.

Atención Terapéutica Grupal en Talleres Terapéuticos

En el desarrollo del programa se debe privilegiar la atención terapéutica grupal sobre la individual, sin embargo debe diferenciarse entre atención grupal mediante talleres terapéuticos, y atención grupal a través de talleres psicosociales para la recuperación emocional con herramientas de autoayuda. Los primeros se refieren a talleres con un objetivo netamente terapéutico donde se requieren grupos pequeños de un máximo 15 de integrantes: Estos grupos se conforman a partir de aspectos comunes como el impacto de la violencia sociopolítica, niveles de empatía y confianza que permiten la libre expresión de pensamientos y emociones; el haber compartido colectivamente un hecho violento...

Estas actividades se pueden realizar cuando se haya avanzado en el desarrollo del plan de acción, donde se convoque personas que han participado de otras actividades o en atención terapéutica individual y requieren de un mayor acompañamiento emocional (por



ejemplo grupos de personas que requieran acompañamiento específico en la elaboración de duelo).

Seguidamente vamos a reseñar como "actividad tipo" el taller terapéutico para brindar apoyo a personas en proceso de duelo:

TALLER PARA BRINDAR APOYO A PERSONAS EN PROCESO DE DUELO

- Objetivo.

* Facilitar la expresión de vivencias en torno a la pérdida de personas cercanas, con el fin de comprender sus cambios actitudinales.

* Identificar el proceso de duelo como una oportunidad de auto-

conocimiento.

- Descripción.

* Dinámica de integración.

* Introducción al tema: Construcción colectiva en torno al significado de la muerte. ¿Qué es la muerte?

* Conceptualización teórica de las etapas del duelo por parte del facilitador, invitando a que los participantes reconozcan su propio proceso.

* Compartir experiencias por parejas relacionadas con su proceso, haciendo énfasis en la actividad de escucha.

* Creación de compromisos personales y familiares que rescaten los aprendizajes del taller y llevarlos a

la vida cotidiana.

- Recursos.

* Salón adecuado y dotado que permita privacidad.

* Material teórico sobre el duelo.

* Papeles periódicos y marcadores.

- Tiempo.

* Dos horas y media.

- Recomendaciones.

Este taller está dirigido a víctimas que han sufrido pérdidas humanas y que han sido identificadas a través de un proceso de apoyo emocional.

- El taller debe ser realizado por un profesional psicólogo o trabajador social, con amplia formación en el manejo del tema, que pueda abordar las manifestaciones emocionales que surjan en el grupo.

- Puede dirigirse con más énfasis a lo pedagógico y a lo terapéutico de acuerdo con las dinámicas y características del grupo, así como de los facilitadores.

- Se deben identificar personas con procesos de duelo complicado para un posterior acompañamiento individual.

- Es importante complementar el proceso con actividades como terapia ocupacional.

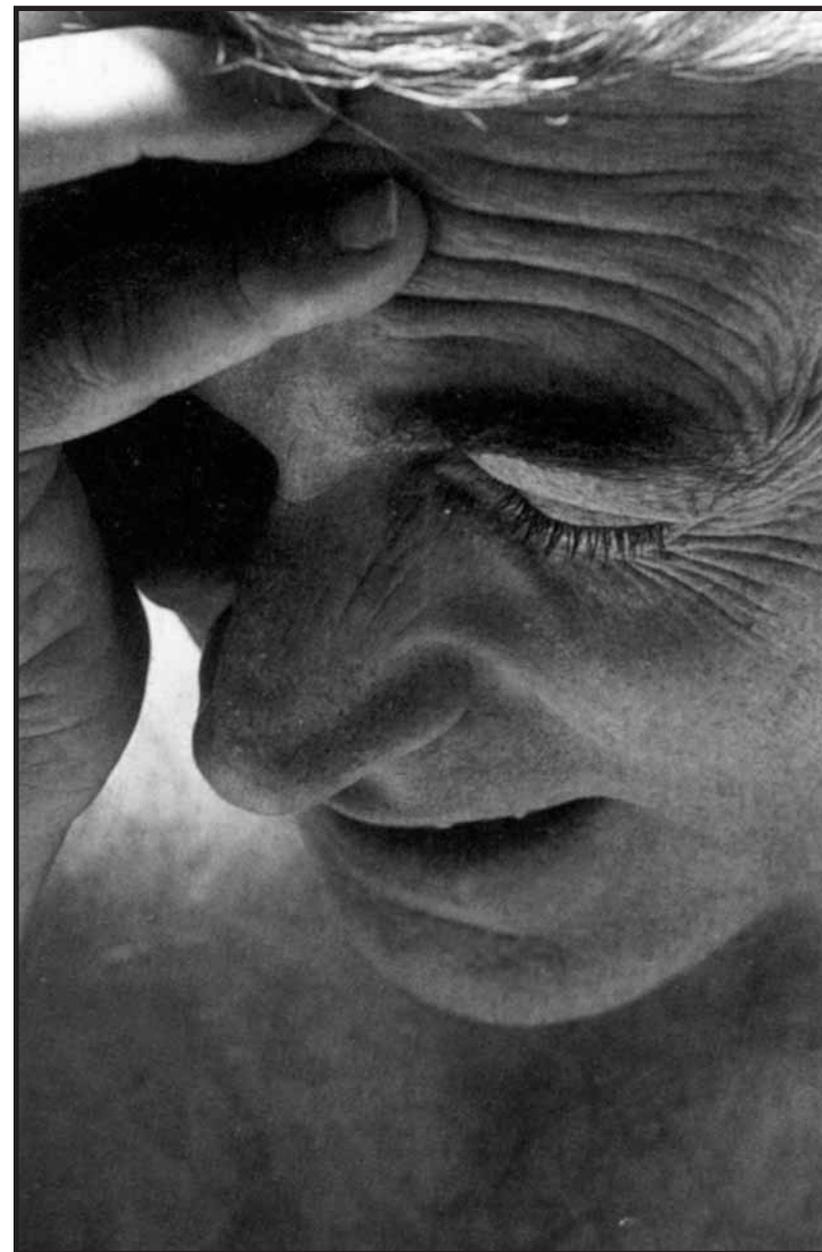
- Los grupos deben ser de un máximo de 15 personas.

Recomendaciones para este taller: Es aconsejable que este taller sea dirigido por dos profesionales de psicología con formación y experiencia en terapia grupal.

Talleres Psicosociales con Herramientas de Auto-ayuda

Este es el tipo de taller que generalmente realizan los equipos para el trabajo grupal con la mayoría de las víctimas atendidas por el programa. Aunque los talleres psicosociales pueden tener algunos elementos terapéuticos, su énfasis está en los elementos pedagógicos y en el fortalecimiento grupal.

En los talleres, las víctimas al compartir vivencias con otras personas que están atravesando una situación similar y con la orientación de los profesionales, pueden comprender mejor su problemática y los impactos que produce a nivel individual, familiar y comunitario; expresar sentimientos y pensamientos alrededor de esta; reconocer los mecanismos de afrontamiento que han utilizado; así como sus potencialidades para sobreponerse y apropiarse de estrategias que les sean útiles para ayudarse a sí mismos y apoyar a los miembros de su familia. Para su ejecución se requiere igualmente de empatía y confian-



za entre los miembros del grupo, pero los criterios son más flexibles que en los talleres terapéuticos y se sugiere la participación de un máximo de 25 personas.

Los talleres descritos anteriormente son más complejos y exigentes, puesto que precisan tener un amplio manejo de los temas a tratar, por lo que requieren mayor preparación y coordinación entre las personas que los orientan; mientras que las "charlas de orientación psicosocial con actividades participativas" pueden ser más sencillas.

Vamos a conocer a continuación como "actividad tipo" el Taller Psicosocial para afrontar el Miedo:

TALLER PSICOSOCIAL PARA AFRONTAR EL MIEDO

- Objetivo.

* Identificar las manifestaciones físicas y emocionales del miedo y su afrontamiento en las víctimas.

- Descripción.

* Se ha ajustado la metodología de este taller para que sea realizado con todos los grupos poblacionales:

* Con adultos y jóvenes:

* Inicialmente se desarrolla con el grupo una dinámica que permita establecer confianza dentro de los miembros del grupo, a través del "Círculo de la confianza", que con-

siste en formar en círculo a las víctimas participantes. Posteriormente un integrante del grupo se ubica en el centro del círculo, en posición firme, logrando ser sostenido por el resto del grupo en el momento de inclinarse de lado a lado. Se espera que entre todos los integrantes del grupo sostengan a la persona sin dejarla caer al suelo, así como la colaboración de otros miembros del grupo para su posterior consecución.

* En un segundo momento, el moderador da una introducción sobre el miedo, sus características y diferentes formas de expresión.

* Las víctimas se distribuyen en subgrupos equitativos, y a cada subgrupo se le hace entrega de lápiz y papel, en donde deben escribir sus miedos.

* Luego se socializará con el resto del grupo y finalmente se realizará un ritual de quemar dichos miedos.

* En un tercer momento, se darán algunas indicaciones con relación al afrontamiento del miedo a través de algunas técnicas, como manejo de respiración y visualización, entre otros.

Realización del taller para afrontar el miedo con niños:

* Los niños y las niñas son población vulnerable que tienden a



somatizar el miedo y requieren de orientación para el control, afrontamiento y manejo de las situaciones difíciles que se presentan en la vida diaria, permitiéndose una mejor convivencia en la comunidad en que se desenvuelve.

* Cuando se lleva a cabo un taller psicosocial con niños para afrontar el miedo, en primer lugar se debe ambientar el lugar donde se realiza la actividad.

* Se utilizan cuentos, fábulas, videos, fono-mímicas, trabajos con plastilina o dibujos para crear confianza y motivar a la realización de la actividad.

* Se explica el miedo y sus diferentes manifestaciones.

* Mediante juego de roles los niños y niñas representan sus miedos y cómo los manifiestan.

* Se realiza una socialización de las actividades realizadas, brindándoles pautas para afrontar sus miedos.

- Recursos.

* Salón adecuado y dotado que permita privacidad.

* Hojas de papel y lápices.

* Material didáctico como plastilina, colores, pinturas, juguetes, música, cuentos, etc.

- Tiempo.

* Tres horas.

- Recomendaciones.

* Contextualizar el miedo de acuerdo a las situaciones particulares y

como una estrategia de guerra que utilizan los actores armados.

* Ser creativos, tener disponibilidad, paciencia y tolerancia.

* El grupo de niños y niñas no debe superar los 20 asistentes y se deben distribuir en grupos en edades comprendidas entre los 3 y los 6 años y de 7 a 11 años.

* Se sugiere que la actividad con niños y niñas se realice con dos o tres personas del equipo, y que este taller sea orientado por dos profesionales, uno de ellos de psicología.

Después de la realización del taller descrito, se sugiere a los equipos locales que socialicen lo encontrado en los niños y niñas con respecto al miedo, con sus padres o cabezas de hogar, con el fin de brindarles pautas para su manejo al interior de la familia.

Atención Terapéutica Familiar

Al igual que en la atención psicológica individual, la atención terapéutica familiar debe ser corta y centrada sobre el impacto causado por los hechos violentos en la dinámica familiar, siendo necesario remitir o limitar la atención de casos familiares con problemáticas no generadas por la violencia sociopolítica.

Es posible que a partir de una

demanda de atención individual, se vincule el resto de la familia. Sobre todo si se trata de casos de niños o adolescentes, se recomienda que la atención sea interdisciplinaria (Psicología y Trabajo Social) con el fin de brindar mayores elementos para su abordaje. Se sugiere trabajar técnicas de orientación familiar a partir de un espacio de escucha y apoyo, tendientes a la recuperación emocional y a brindar pautas de autoayuda. Para el seguimiento se recomienda limitar el caso a dos o tres sesiones y luego, si es necesario, remitir el caso o abordarlo a partir de grupos donde se realicen talleres psicosociales con temáticas específicas. Para esto, algunos equipos han propuesto el modelo de "escuelas de padres" para abordar aspectos como la violencia intrafamiliar, el cambio de roles, la toma de decisiones sobre su proyecto futuro y desculpabilización, entre otros.

Atención con niños, niñas y adolescentes

La atención terapéutica con niños y niñas se puede realizar a nivel individual o grupal, aunque eventualmente se convierte en atención familiar, debido a que los niños y las niñas generalmente presentan los síntomas de la problemática que se vivencia en los adultos.

Es necesario tener en cuenta que los objetivos terapéuticos de la



atención con niños y niñas son similares a los de la atención con adultos, centrando el trabajo sobre el impacto emocional que los hechos violentos han causado en ellos y el significado que estos le otorgan a dichos hechos, siendo importante crear espacios de expresión de emociones. Sin embargo son las técnicas o metodología lo que varía, pues su comprensión del mundo y lenguaje son diferentes. Por ello se recomienda usar técnicas basadas en la proyección a partir del dibujo, historias, modelado de plastilina...

También se sugiere conversar con

los padres o cabezas de familia, a los cuales se les debe dar pautas, a partir de los resultados de las actividades con los y las niñas orientadas a brindarles apoyo emocional.

Igualmente se recomienda crear espacios lúdicos donde los niños y niñas puedan jugar y divertirse con otros niños y niñas de su edad y promover actividades para que estos se integren lo antes posible a la escuela, y retornen a los quehaceres cotidianos; brindando pautas a los y las maestras, sobre necesidades específicas de estos niños y formas de apoyarlos.

PROCESO TERAPÉUTICO CON NIÑOS Y NIÑAS

- Objetivo.

* Favorecer la recuperación emocional de los niños y niñas que han sido víctimas de un atentado o de violencia de persecución (la viven en su hogar), facilitando la continuidad del proceso de socialización a través de la fábula y actividades lúdicas.

- Descripción.

* La propuesta surge de la identificación de dos momentos de vivencia de la población infantil que sufre la violencia.

* Desocialización: Pérdida de actitudes, creencias y valores fundamentales.

* Estigmatización: Por ser hijo de amenazado o víctima del terrorismo.

* Se establece entonces que es necesario dirigir la intervención hacia la continuidad del proceso de socialización enfatizando en la recuperación del sentido de pertenencia, la identidad y la autoestima del niño y la niña.

* La metodología propuesta está dirigida a facilitar la continuidad del proceso de socialización en el

niño y la niña mediante el trabajo grupal, utilizando la fábula y actividades lúdicas como herramientas terapéuticas que propicien la posibilidad de que los niños y niñas participantes fantaseen, sueñen, creen, dibujen, construyan historias, realicen juegos de roles y usen su expresión corporal, entre otros.

* La fábula se trabaja en tres componentes:

* Escenificación de la fábula mediante juego de roles permitiendo la proyección de emociones.

* El componente literario como un recurso pedagógico que permite el aprendizaje de valores y estrategias de afrontamiento de las situaciones difíciles.

* Fabular con las experiencias de la vida cotidiana que permite la comprensión y resignificación de su vida actual.

- Recursos.

* Salón adecuado y dotado que permita el trabajo con niños y niñas.

* Material didáctico como fábulas, pinturas, plastilina, rompecabezas, títeres, entre otros.

- Tiempo.

* Dos horas semanalmente

Recomendaciones

* Cada grupo debe estar conformado por 10 a 12 niños aproximadamente, y distribuidos por edades de 6 a 9 y de 10 a 13 años.

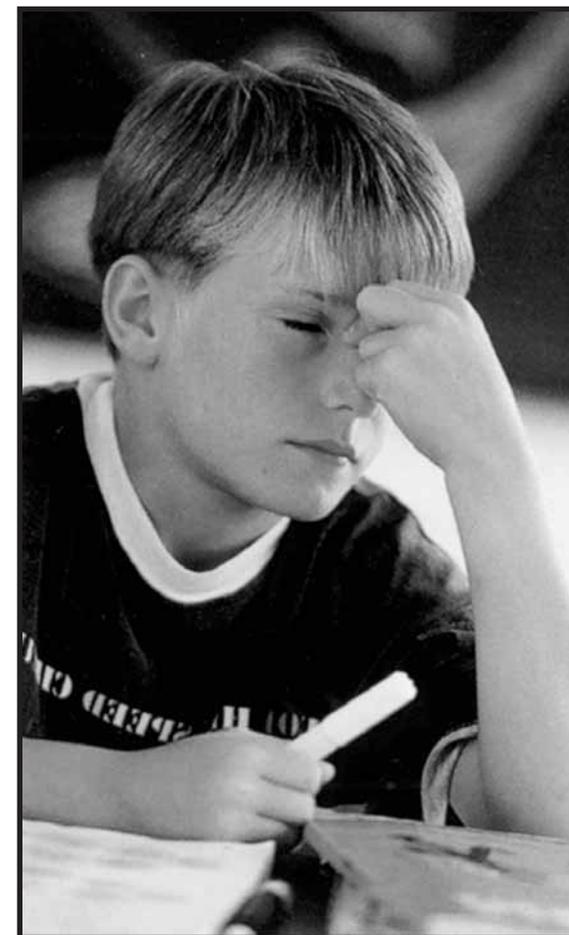
* Se debe vincular a los padres en un proceso paralelo mediante "escuelas de padres" donde se aborden temas similares a los trabajados con los niños y niñas.

* También conviene complementar el trabajo con actividades recreativas y culturales: Visitas a parques o lugares turísticos, al cine, a centros comerciales, entre otros.

El apoyo a adolescentes contempla objetivos terapéuticos similares, sin embargo se debe atender las especificidades de su etapa vital y posibles vivencias, como su vinculación al conflicto armado.

Se sugiere promover espacios de

atención, de recreación cultural y de capacitación (en temáticas como resolución de conflictos, objeción de conciencia) diferentes a los de adultos, que les permita además socializar con otros jóvenes y abordar problemáticas concretas de sus lugares de asentamiento.



Criterios para la Remisión

Las características de un programa de ayuda humanitaria en emergencia no permiten que se brinde una atención terapéutica prolongada o asistencia especializada a víctimas que presentan trastorno emocional y graves alteraciones en la salud mental causados por la magnitud de los hechos violentos vividos, por lo cual deben ser remitidos a atención especializada. Sin embargo, debe anotarse que lo mencionado, no necesariamente implica enfermedad psiquiátrica sino que es la respuesta normal ante la gravedad del hecho violento que precisa este tipo de atención.

Se debe remitir a las personas que están siendo atendidas en emergencia, en los siguientes casos:

- * Víctimas que presenten trastorno emocional y graves daños en su salud mental debido a la vivencia de actos terroristas que generan trauma. Estas personas requieren atención especializada psicológica y psiquiátrica.
- * Víctimas que requieran atención psicológica prolongada cuando el tratamiento del caso es complicado.
- * Niños y niñas que requieran atención en dificultades del aprendizaje.
- * Familias que requieran orientación especializada en violencia

intrafamiliar.

- * Víctimas que presentan enfermedades físicas o síntomas muchas veces de carácter psicossomático y requieren atención médica.
- * Víctimas que requieran asesoría jurídica.
- * Víctimas que requieran protección especial (personas amenazadas, niños y niñas huérfanos).

Víctimas que presenten necesidad de atención psicológica por problemáticas no asociadas directamente a la violencia sociopolítica.

Es importante que los equipos identifiquen los recursos relacionados con cada área para poder hacer las remisiones pertinentes.

ACTIVIDADES TIPO PARA PROMOVER PROCESOS DE RECONSTRUCCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

En los casos de víctimas que han tenido que abandonar su tierra (el País Vasco), como consecuencia de actos terroristas, o bien por ser víctimas de la violencia de persecución, una de las consecuencias que puede conllevar este desplazamiento es la ruptura del tejido social e institucional y el cambio de roles al interior de la familia y en algunos casos su disgregación o desintegración.

En estos casos la atención psicosocial que se debe brindar ha de contemplar actividades que promuevan procesos de reconstrucción familiar y social, que permitan fortalecer las redes sociales que constituyen parte de ese tejido.

- Recordar a sus seres queridos que han fallecido y las posibles pertenencias que han perdido.
- Dar un sentido a lo sucedido, es

Talleres de recuperación de la memoria histórica

Estos son talleres psicosociales que permiten que las personas tengan mejor comprensión de su situación y de la violencia sociopolítica que vive el país de la cual ellos son víctimas. Se pretende que a través de la reconstrucción de la memoria histórica de los hechos violentos ocurridos se pueda:



decir que las víctimas puedan comprender e interpretar, en lo posible, por qué sucedieron los hechos.

- Identificar los recursos que han utilizado para afrontar su problemática y que ahora pueden potencializar.

- Aprender de la experiencia y extraer las lecciones para el futuro.

- Realizar una reconstrucción crítica, identificando fortalezas y debilidades.

- Reconstruir las maneras de relacionarse, fomentando la solidaridad.

- Fomentar el trabajo en grupo y fortalecimiento organizativo.

- Trasformar pautas culturales negativas.
- Apropiarse de su historia colectiva como parte de su identidad.

- Favorecer los procesos jurídicos y políticos orientados a obtener la reparación por los daños causados.

La recuperación de la memoria histórica permite no olvidar los hechos violentos que ocurrieron y donde hubo pérdidas, permite no olvidar la violación de los derechos de la que fueron víctimas y no acallar las voces de quienes tienen algo que decir frente a la violencia socio-

política.

Esto es muy importante cuando se pretende superar la impunidad y se busca la recuperación integral de las víctimas que han vivido los rigores de la violencia, a partir de la reparación por parte del Estado.

SUPERAR EL IMPACTO EMOCIONAL

- **Objetivo.**

* Evidenciar las diversas formas de expresión del impacto emocional, que las personas en situación de desplazamiento de la región manifiestan desde su identidad cultural.

- **Descripción.**

* Al inicio se realiza una introducción al tema resaltando su importancia en el proceso de atención psicosocial.

* Posteriormente se divide el grupo en cuatro subgrupos de cinco personas y cada uno va a plasmar en papel el dibujo de un instrumento musical, con el cual se identifica la persona y el lugar de donde viene.

* Luego en un espacio de socialización, los subgrupos se unen y representan un velorio simbólico donde la música, los juegos y el canto se convierten en una posibilidad de expresión de dolor, repudio, odio e indignación por la ruptura del tejido social. Simbolizando también el desprendimiento de la familia del ser querido que ha falle-



cido o de los bienes o lugar que han dejado.

* El entierro simbólico se convierte en la forma de sanar las heridas, del deber cumplido y del último reconocimiento de las personas que han muerto.

En este momento las víctimas tendrán la oportunidad de decirle a la persona fallecida lo que no se le dijo cuando estaba vivo.

* Finalmente se hace un cierre de la actividad recogiendo las opiniones de las personas asistentes y puntualizando sobre la necesidad de conservar las tradiciones culturales propias de su región.

- **Recursos.**

* Salón adecuado y dotado que permita privacidad.
* Pliegos de Papel de papelógrafo o RAF.
* Temperas, marcadores, lapiceros.

- **Tiempo.**

* Dos horas.

- **Recomendaciones.**

* El facilitador debe establecer una dinámica que promueva la empatía y la confianza en el grupo, apostando por la generación de conciencia respecto a la construcción de la memoria histórica y al reconocimiento de su identidad cultural en su actual

modo de vida.

* El grupo debe estar conformado por un número máximo de 20 personas.

* El taller debe ser dirigido por dos facilitadores.

Recomendaciones para esta actividad: Este taller tiene una gran carga emocional, por ello es recomendable que lo realicen dos profesionales, uno de ellos de psicología y ambos con formación y manejo de talleres de este tipo.

Actividades lúdicas, recreativas y de integración

Estas actividades promueven procesos de socialización entre las personas atendidas por el programa, fortaleciendo la empatía y confianza entre las personas desplazadas y de éstas con los miembros que llevan a cabo la intervención.

Cuando estas actividades se realizan en los sitios de asentamiento de las personas, contribuyen a la integración con la población receptora y facilitan la apropiación de los espacios públicos del sector.

Los terapeutas realizan actividades lúdicas y recreativas a partir de encuentros de familias, reuniones o talleres. Se puede proponer un encuentro de familias después de la primera entrega, para crear empatía inicial con las personas

atendidas y vincularlas al proceso de atención psicosocial.

ENCUENTRO DE FAMILIAS

- Objetivo.

* Crear lazos de fraternidad a través del fortalecimiento de las relaciones interpersonales y de la integración entre las familias desplazadas por medio del desarrollo de actividades lúdicas, culturales y recreativas.

- Descripción.

* Se realizan algunas recomendaciones generales sobre el programa con el fin de orientar las experiencias y los procesos de ayuda.

* Se realiza un taller sobre prevención de violencia intrafamiliar dirigido a las personas adultas.

* Con los niños, niñas y jóvenes se desarrollan actividades lúdicas y recreativas que propicien su integración.

* Durante la ejecución de estas actividades se da a las familias asistentes un refrigerio y se concluye con un almuerzo.

- Recursos.

* Instalaciones amplias y adecuadas para el desarrollo de la jornada (centros recreativos, escuelas o



parques comunitarios, entre otros), con salón donde se pueda realizar el taller con adultos.

- * Pliegos de papel para papelógrafo y marcadores.
- * Material didáctico, juegos de mesa, balones, música, etc.

- Tiempo.

* Una jornada de ocho de la mañana a ocho de la tarde.

- Recomendaciones.

* Se debe contactar con personas voluntarias que colaboren en la preparación y distribución del refrigerio y almuerzo, distribuyéndose funciones entre los integrantes del

equipo de trabajo.

* Las familias deber ser invitadas al encuentro el día en que se les hace la primera entrega.

Convivencia familiar y resolución de conflictos

Además del sufrimiento emocional que experimentan las víctimas que han tenido que abandonar su hogar y su tierra, es frecuente encontrar que en sus familias existen dificultades de convivencia intrafamiliar debido a la situación económica actual, a los cambios de roles y, al cambio del estilo de vida.

Ello requiere, además de la aten-

ción terapéutica, realizar talleres psicosociales donde se aborden pautas de convivencia familiar, de comunicación entre sus miembros y de resolución de conflictos que ayuden a comprender las actitudes que pueden asumir algunos de sus miembros, los motivos por los cuales la convivencia se ha dificultado y las formas como se pueden manejar los conflictos.

TALLER DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- Objetivo.

* Identificar las dificultades que se presentan en el interior del núcleo familiar, con el fin de generar posibles alternativas dirigidas a superar las situaciones problemáticas expresadas durante el transcurso del taller.

- Descripción.

* Se inicia con una dinámica que tienda a generar empatía, afianzar las relaciones interpersonales y fomenta el conocimiento de los asistentes.

* Se dividen en subgrupos de acuerdo a la cantidad de personas asistentes para realizar una dinámica de "juego de roles" donde se expresen las situaciones familiares que se están presentando actualmente en las familias de los asistentes.

* Se realiza una plenaria donde los participantes socialicen las opiniones y sentimientos generados por las situaciones representadas, motivándolos además para que construyan colectivamente, estrategias que pueden utilizar para la superación de las situaciones problemáticas y para la mejor adaptación al nuevo medio.

* Los facilitadores finalizan el taller puntualizando sobre pautas para mejorar la convivencia familiar y la prevención de la violencia intrafamiliar.

- Recursos.

* Infraestructura física adecuada.
* Pliegos de papel para papelógrafo y marcadores.

- Tiempo.

* Dos horas.

- Recomendaciones.

* Estimular la participación.
* Generar confianza entre los miembros del grupo.

* Es recomendable realizar el taller con grupos intergeneracionales..

Recomendaciones para este taller:

Cuidar de no partir del principio de



que el desplazamiento genera violencia intrafamiliar, sino que se debe acompañar a las familias en la identificación de los cambios que se han dado a nivel intrafamiliar y de los nuevos retos o situaciones difíciles que deben asumir en el medio al que llegan, para así evaluar las estrategias que están utilizando para estas situaciones. Igualmente, se sugiere orientar a las familias en formas alternativas de resolver las situaciones problemáticas.

Actividades grupales que promuevan la solidaridad, la confianza y el trabajo en equipo

En los grupos formados por el equipo de intervención, se estable-

ce una dinámica grupal a partir de la orientación de los profesionales. Las víctimas asistentes comienzan a crear lazos de confianza y empatía con los demás miembros del grupo y ello permite hablar sobre los hechos ocurridos e identificarse con las vivencias de las otras víctimas para que no se sientan solas en su dolor y comprendan de una forma más amplia su propia problemática, ayudando a la resignificación de la experiencia privada.

Los lazos creados también evidencian solidaridad que se expresa cuando algún miembro del grupo tiene una dificultad y requiere de mayor ayuda, o cuando alguien no asiste a los talleres y es extraño. Este proceso grupal va fortaleciendo

do el tejido social ya que las víctimas van ampliando su red social y sienten que en algún momento pueden trabajar en equipo con los otros para su restablecimiento psicosocial y económico mediante procesos organizativos.

Talleres en derechos humanos

El desplazamiento por motivos de terrorismo es una grave violación de los Derechos Humanos e infracción al Derecho Internacional Humanitario.

Muchas víctimas desconocen sus derechos, así como las responsa-

bilidades que tiene el Gobierno, a través del cumplimiento de la ley, frente al resarcimiento de sus derechos vulnerados, por lo que se hace necesario dárselos a conocer para que se exija su respeto.

Para la construcción de un modelo de taller en derechos humanos, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- El Estado es el responsable de la protección de los Derechos Humanos, y por tanto el encargado de resarcir a las víctimas a las que se les han vulnerado sus derechos, como puede ser el caso



de las víctimas que se han tenido que trasladar por motivos de violencia de persecución o amenaza terrorista.

- Las personas desplazadas pueden realizar ejercicios de reflexión y análisis donde identifiquen los derechos que les han sido viola-

dos a partir de los hechos violentos vividos.

- En los talleres en derechos humanos se pueden establecer con las víctimas desplazadas de manera grupal, las posibles acciones para el restablecimiento de sus Derechos a través de mecanismos legales y alternativos.

SESIÓN DE BRIEFING, UNA TERAPIA GRUPAL PARA LAS VÍCTIMAS

El briefing es una técnica grupal estructurada propuesta inicialmente por J. Mitchell, en 1993. Esta técnica ayuda a las víctimas que participan en ella a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en la situación de emergencia.

Objetivos

Con la realización de esta terapia grupal se pretende:

- Aliviar a las víctimas el estrés sufrido tras un atentado.
- Generar un contexto donde se pueda expresar, de forma segura, sentimientos y pensamientos sobre lo vivido.
- Favorecer el apoyo intragrupal entre los que se han visto implicados por la misma situación.
- Prevenir posibles secuelas psicopatológicas en las víctimas.
- Normalizar las reacciones que estén teniendo, evitando que se sientan diferentes al resto del grupo.
- Detectar las víctimas más afectadas facilitándoles la ayuda y el sentimiento que se requiera.

¿Cuándo realizarlo?

Esta sesión es conveniente llevar-

la a cabo entre las 48 y las 72 horas después de finalizada la intervención en la situación de emergencia; antes no es conveniente realizarla.

¿Quiénes deben participar?

El número de participantes conviene que oscile entre cinco y veinte personas. La participación debe ser voluntaria. Es también interesante que el grupo sea homogéneo, respecto a haber estado en la misma situación.

La dirección del briefing debe ser llevada por un psicólogo, con conocimiento en crisis y familiarizado con equipos de intervención en emergencias.

Aspectos a tener en cuenta

- Es necesario disponer de un espacio cómodo y donde no se produzcan interrupciones.
- Toda la información será confidencial.
- En esta sesión no se evaluará aspectos teóricos del trabajo realizado.
- Es posible que durante la sesión, algún participante se sienta peor que al inicio, es normal.



Fases del briefing

1.- Introducción.

Tras una presentación de todas las víctimas que van a participar en la sesión, el psicólogo que lo dirige pasará a explicar cuál es el propósito de la reunión, resaltando el beneficio que tendrá para ellos y por tanto, la importancia que tiene. Se expone brevemente todo el procedimiento y se dan a conocer las reglas que tiene el briefing, que son las siguientes:

- No es necesario hablar de lo que no se quiera, no se forzará a nadie a que lo haga.

- Todas las manifestaciones, serán respetadas. Cada uno de los participantes hablará de sí mismo, no valen críticas ni juicios.

- Si alguien se siente muy mal, puede abandonar temporalmente y volver cuando se encuentre mejor.
- Toda la información será confidencial.

2.- Relato de los hechos.

Se trata de que los participantes comenten qué es lo que ocurrió y cómo se fueron desarrollando los hechos, los temas pueden ser: ¿qué fue lo que pasó? Y ¿cómo ocurrió?, ¿qué te resultó más difí-

cil?, percepciones sensoriales que tuvieron a lo largo de la intervención, ¿qué ruidos recuerdas?, etc.

3.- Reacciones.

En esta fase se pretende que los participantes expresen aquellos pensamientos y sentimientos que han ido teniendo a lo largo de los días en los que han trabajado en la situación de emergencia. También aquellas reacciones que tienen después de haber practicado la intervención.

Esta fase es la más significativa para identificar a aquellas víctimas que están más afectadas por el atentado sufrido, siendo conveniente, tener un encuentro posterior individualizado con ellos.

4.- Normalización y educación.

Los objetivos que se persiguen en esta etapa se van a ir consiguiendo durante toda la sesión. Los pasos en esta fase se pueden concretar en:

- Resumir los aspectos más significativos de la sesión;
- Normalizar las reacciones que están teniendo.
- Explorar las estrategias de afrontamiento que han puesto en marcha, o bien, animar a que movilicen los recursos que tienen.
- Proporcionar herramientas y/o consejos que les ayuden a elaborar adecuadamente esta

experiencia.

A todas las víctimas participantes se les debe brindar información acerca de cuándo se deben preocupar por sus reacciones para que busquen, si fuera necesario, ayuda adicional.

5.- Disolución del grupo.

Antes de dar por finalizada la sesión brindaremos la posibilidad de que pregunten o bien, hagan alguna aportación que consideren necesaria.

6.- Seguimiento.

Después de tres o cuatro semanas es conveniente analizar cómo se han ido normalizando las reacciones de los intervinientes, descartando la presencia de manifestaciones que nos puedan alertar de una ayuda especializada.

Esta técnica de terapia se utiliza en equipos que intervienen en situaciones de emergencia y en víctimas que han sufrido atentados terroristas, ya que de lo que se trata es de que las personas asimilen lo sucedido de la mejor manera posible y evitar que puedan desarrollar conductas insanas o algún trastorno psicológico.

Es muy importante que las víctimas tengan un tiempo para asimilar lo sucedido, ya que así será más fácil trabajar sobre ello y que la intervención psicoterapéutica y asistencial sea rápida y eficaz.



La víctima se tiene que sentir desde el primer momento arropada y apoyada, tanto por su entorno como por el personal especializado en estas situaciones.

Las fases que se siguen en esta terapia, van cambiando según la situación del grupo.

Es muy recomendable que las víctimas que han vivido una situación traumática similar, tengan la posibilidad de reunirse en este grupo, para así compartir las vivencias y emociones experimentadas en ese difícil momento, ya que es un

apoyo mutuo entre los integrantes del grupo.

Hay que dar un espacio muy importante a las reacciones y emociones vividas, y que se van construyendo conforme pasan los días, para así identificar aquellas que son positivas y de afrontamiento. Todo ello con el fin de poder trabajar potenciarlas y poder trabajar con las negativas e inadaptadas, de manera que éstos puedan ser focalizados y así podamos reconvertirlas, pues de lo contrario, si no se trabajan, pueden provocar algún problema o trastorno posterior.

LA TERAPIA DE GRUPOS COMO AYUDA PSICOASISTENCIAL A LAS VÍCTIMAS

INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Existe una tradición histórica según la cual las prácticas curativas humanas se han realizado de forma grupal. Los líderes tribales y religiosos se servían del entramado social para realizar curaciones y cambios de conducta, así como los ritos chamánicos, las tragedias griegas, y las obras de teatro medievales. Pero la terapia de grupo en el sentido de una terapia planificada bajo una guía profesional para tratar patologías de la personalidad, es una aportación del siglo XX en la que EE.UU. fue pionero.

En 1921 Freud comienza a tratar la importancia del grupo en el desarrollo individual.

En los años treinta se comenzó a trabajar con situaciones traumáticas vividas en grupo, utilizando dinámicas de grupo basadas en la teoría de que los grupos pueden inducir cambios en el individuo mediante el desarrollo de nuevas percepciones y conductas y la reorganización de pensamientos.

Con los adolescentes se puede trabajar mediante la expresión de fan-

tasías y sentimientos reflejados en la acción y el juego. Para ello se propone un clima permisivo en el que se deje dar rienda suelta a sus pensamientos y sentimientos respecto a lo sucedido.

DINÁMICA DE GRUPOS

La dinámica de grupos se ocupa de las interacciones en el seno del grupo, con su conductor e integrantes, así como de la relación de tales interacciones con la meta del grupo, su estructura y desarrollo. Intervienen disciplinas como:

- La psicología individual (relación con la autoridad).
- La psicología social (enlace entre lo social y lo psicológico).
- La sociología (aspectos culturales, estructurales o de contexto)

Psicología individual

El víctima que llega a un grupo se ve inmersa en una situación en que se moviliza la ansiedad, los límites personales se ven amenazados y diversas expectativas emergen y se hacen visibles. Se movilizan al mismo tiempo las necesidades de conservar el sentimiento de auto-



mía y la de sentirse integradas en el grupo.

Algunas necesidades se ven satisfechas mediante la atribución de roles, el ordenamiento de las relaciones entre los miembros, la cohesión grupal y una cultura compartida dentro del grupo. Otras necesidades no se ven satisfechas teniendo que ver con la ambivalencia ante las figuras de autoridad, necesarias y temidas.

- Autoridad y liderazgo. En un grupo sin líder designado, la diferenciación de roles y el consenso sobre el status empujan a algunos miembros a adoptar papeles de liderazgo en diversos sectores del funcionamiento grupal. En un grupo con líder la asunción de roles de lide-

razgo se mitiga y salen a la luz otros asuntos.

- Supuestos básicos grupales. Se producen unos procesos de ambivalencia de cada miembro hacia los demás miembros y frente al líder del grupo. Se infieren tres procesos distintos:

Dependencia. Al principio los miembros del grupo actúan como si el líder, idealizado como omnipotente, estuviera para proporcionarles seguridad y protección. El modo primario de acción es la pasividad hasta que ven que el líder no satisface sus expectativas, surgiendo sentimientos de decepción, hostilidad y nuevos intentos de dependencia. La predisposición individual

para participar en una organización de tipo obsesivo. Las emociones predominantes son la culpa, la rabia, la envidia, la rivalidad, el resentimiento y el sentimiento de incapacidad.

Ataque-fuga. La meta es la conservación del grupo a toda costa, se pide al líder que movilice a todo el grupo hacia el ataque o la huida. El modelo primario es la acción, y la predisposición individual para la participación en una organización que facilita la actuación paranoide y la huida. El modelo grupal es la evitación, y las emociones que predominan son la rabia, el sacrificio y el martirio.

Emparejamiento. La meta del grupo es reproducirse a sí mismo, el líder no nació nunca y el futuro es lo único que cuenta. Las personalidades histéricas son las más proclives y las emociones expresadas son esperanza, optimismo acerca del futuro y desconcierto sexual. Sirve como antídoto del aspecto del desarrollo grupal correspondiente a la separación y la terminación.

PROCESO DE SELECCIÓN DE VÍCTIMAS Y ORGANIZACIÓN DEL GRUPO TERAPEÚTICO

Para reducir las tasas de abandono, estimadas en un 35%, es necesario seleccionar adecuadamente a los candidatos que formarán parte de la terapia.

Lo que contribuye al desarrollo de la cohesión, incrementa la tasa de asistencia y acelera el establecimiento de las conductas grupales que permiten el cambio.

Resulta más beneficioso centrarse en la evaluación inicial de cómo actúa la víctima que en el diagnóstico, lo que ofrece una comprensión global de las diversas experiencias vitales que han conformado la autoimagen de la persona.

Es pertinente enfocar el tipo de relaciones interpersonales de la víctima con su familia, sus amistades y relaciones íntimas actuales, las relaciones laborales de jerarquía e igualdad, y las relaciones con sus hijos y pareja.

La manera más idónea es una aproximación práctica que integre aspectos del funcionamiento intrapsíquico e interpersonal.

No se conocen métodos para predecir la conducta final de un paciente dentro de un grupo.

La selección de pacientes, afectada por la disponibilidad de la muestra, se realiza, en la mayoría de los casos, por medio de entrevistas individuales.

En la primera entrevista el foco de atención se centra en los problemas de presentación de la víctima, trasfondo familiar, relaciones tempranas y actuales, e historias socia-



les, laborales y sexuales.

En la segunda entrevista el terapeuta informa de forma detallada sobre las razones fundamentales de la terapia grupal, describiendo el funcionamiento del grupo.

En la tercera entrevista se aclaran las dudas y preguntas del paciente sobre el grupo y la información recibida, se marcan los objetivos del tratamiento y se fija una sesión individual de seguimiento.

Como criterios de inclusión podría-

mos definir: la motivación al cambio, el haber tenido relaciones satisfactorias con al menos una persona, especialmente durante la infancia, ser capaz de llevar a cabo la tarea del grupo, ser capaz de dar y recibir información y ser capaz de colocarse en el lugar del otro, asumir que tienen un problema interpersonal, comprometerse a cambiar sus relaciones, desear que el grupo les influya, comprometerse a una apertura apropiada hacia los demás y estar motivado para ayudar al grupo.

Las indicaciones específicas para la terapia grupal incluyen:

- Baja autoestima.
- Sentimientos depresivos (dístimos).
- Dificultades de comunicación.
- Problemas de relación con los compañeros.
- Inhibición en situaciones sociales.
- Miedo a defender bien su punto de vista (ser asertivo).
- Agresión incontrolada.
- Fobias sociales leves o medias enfermedades psicosomáticas.

Los pacientes con suficiente motivación, pero sin mucha conciencia psicológica encuentran en el grupo la oportunidad de aprender gradualmente modelarse a sí mismos a través de otros miembros sensibles más expresivos y orientados hacia lo psicológico.

Como criterios de exclusión:

- Bajo nivel intelectual.
- Bajo dominio del lenguaje.
- Enfermedades médicas graves.
- La no tolerancia a la situación grupal.
- El adoptar un rol desviado.
- El ser reticente a la aceptación de normas grupales.
- Encontrarse en situación de crisis aguda.
- Poseer bajo nivel de tolerancia a la frustración y la ansiedad.

Los pacientes que no muestran interés por los demás, que son

incapaces de compartir terapeuta, los demasiado autorreferenciales (sólo yo) y paranoides no son adecuados para la realización de terapia grupal.

La homogeneidad y heterogeneidad incluyen parámetros como la dinámica del paciente, el diagnóstico, clase social, la raza, la etnia, la religión, la edad y el sexo.

Los grupos homogéneos ofrecen ventajas cuando se pone el acento en el apoyo o en la mejoría sintomática a corto plazo, cuajan más rápidamente que los heterogéneos, es decir los que tienen la misma temática, tienen tasas más altas de asistencia, están más cohesionados y ofrecen más apoyo inmediato, son menos conflictivos, y generan un alivio sintomático más rápido.

Los pacientes seleccionados para un grupo a corto plazo deberían ser homogéneos en cuanto a su problema y su nivel de tolerancia al estrés.

La heterogeneidad supone una disonancia suficiente como para generar modelos de rol alternante, y se recomienda tratar de obtener un máximo de heterogeneidad en las áreas de conflicto de los pacientes y modos de enfrentarse a los problemas, y homogeneidad en el grado de vulnerabilidad y capacidad de tolerar ansiedad.

En la práctica clínica se incluyen



grupos heterogéneos pacientes distímicos (con una depresión leve) y con trastornos de personalidad leve o moderada.

La clase social afecta al funcionamiento grupal, a mayor grado de diversificación social mayor grado de dificultad en el trabajo con grupos combinados.

Preparación del contexto. El terapeuta deberá llegar a un acuerdo respecto de:

- Los objetivos del tratamiento en base a criterios específicos.
- Definir el rol del paciente (cómo se va a comportar).
- Clarificar el propio rol (lo que tiene

que hacer, cómo debe de actuar).

- Especificar el lugar, hora, y duración de las sesiones y la terapia.
- Explorar las fantasías y malentendidos del paciente respecto al grupo.
- Explicar las razones fundamentales de la terapia de grupo.
- Señalar los temas administrativos y de organización.
- Aclarar la inaceptabilidad de la violencia física.
- Aclarar las características del grupo y sus consecuencias de comportamiento.
- Aclarar la confidencialidad y el anonimato.
- Aclarar que las decisiones vitales deberán ser tratadas en el grupo.

- Anticipar los posibles problemas del grupo.
- Explicar cómo expresar los sentimientos problemáticos.
- Poner una fecha de comienzo y una de finalización al grupo.

El pre-entrenamiento es un método específico de preparación del grupo el cual predice la adecuación del paciente a la terapia, evita los abandonos, incrementa la cohesión grupal (la unión entre los miembros del grupo) y afecta positivamente a los resultados, pero también incrementa el tiempo y personal requerido para realizar el trabajo clínico de las sesiones de pre-entrenamiento.

Los abandonos, necesarios para la cohesión grupal, son negativamente percibidos por el grupo. Éstos pueden ser atribuidos a efectos negativos de relación con el terapeuta.

La mayoría de los pacientes que abandonan, muestran defensas caracterológicas que provocan dificultades en la intimidad y la expresión espontánea, desconfianza, uso excesivo de la negación y una tendencia a ser hostiles o abusivos verbalmente. Muestran escasa motivación o atraviesan por una crisis aguda.

Los factores grupales que favorecen los abandonos son una baja cohesión (unión) y la búsqueda de chivos expiatorios, distancia y falta de apoyo respecto del terapeuta.

Conclusiones

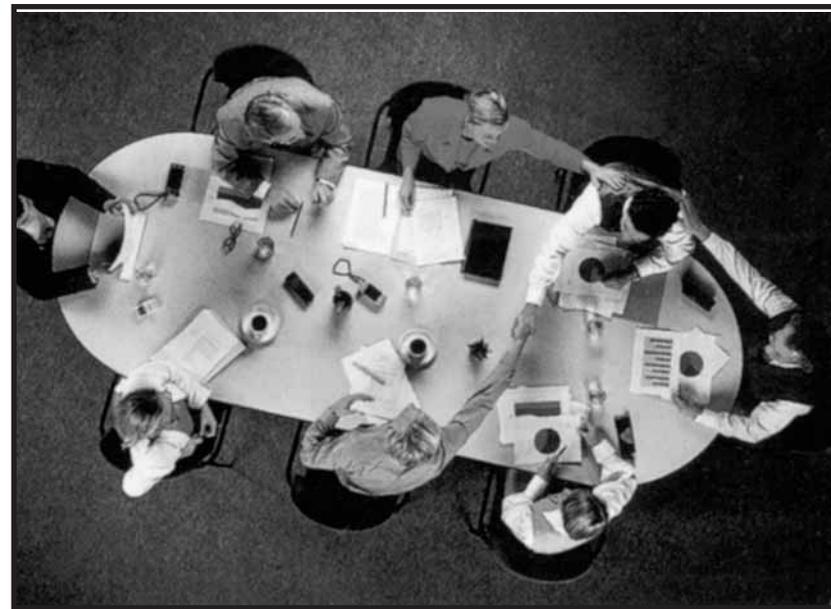
Aunque este apartado es muy teórico, consideramos importante señalar la importancia y la complejidad que conlleva el crear y dirigir una terapia de grupo, como ayuda psicoasistencial a las víctimas del terrorismo.

Aunque a primera vista parece un área fácil no lo es, ya que primero hay que tener un conocimiento individualizado de cada persona y valorar si una terapia de grupo le puede ayudar en su evolución terapéutica. Después, hay que valorar la compatibilidad entre los diferentes miembros del grupo para asegurarnos, en la medida de lo posible, que va a ser un proceso constructivo para las víctimas.

Además de esto nos deberemos fijar unos objetivos y unas metas a conseguir en un determinado tiempo y valorar día a día los progresos conseguidos, tanto a nivel individual, como grupal.

Tendremos que dar preferencia a que hable la gente que más lo necesite en el momento pero sin olvidar a los demás integrantes, y dejar muy claro que cada persona tiene su vida y su problemática, y que para cada uno de ellos su dolor es el más intenso.

Deberemos dejar que el grupo vaya cogiendo su dinámica aunque siempre deberemos estar atentos a que se sigan unas pautas mínimas de temas y que tenga una coherencia con lo que estamos tratando.



Debemos dejar muy claro unas normas de respeto entre los integrantes, de respetar los turnos y sobre todo, de no juzgar lo que los otros dicen. Para ayudarnos es muy práctico el tener esas normas por escrito y que cada miembro del grupo las tenga, además de dar la posibilidad de crear otras nuevas si el grupo lo pide.

Otro apartado a tratar es la duración determinada del grupo, es decir cuándo comienza y con qué objetivo y poner una fecha fin para su disolución. Esto ayuda a los pacientes a hablar de los temas desde el principio y preparar bien la despedida.

Una cosa a tener en cuenta son los

fuertes vínculos que se crean entre los miembros del grupo, al hablar de temas tan íntimos y conocer cosas tan personales. Por ello puede surgir la tentación de que se creen que son un grupo de amigos, pero hay que dejar ben claro desde un principio que son un grupo de terapia y que la relación entre ellos se ciñe al grupo, por lo que las relaciones personales deben desaconsejarse desde el principio, ya que además esto puede ser un lastre futuro para la marcha de la terapia de grupo.

Hay que saber que no todas las personas están preparadas para someterse a una terapia de este tipo, por lo que el asistente psicosocial debe

tener muy en cuenta el momento psicológico y social en el que se encuentran las víctimas y su problemática, ya que así evitaremos malentendidos y que el grupo también se vea resentido.

Aunque encierra su dificultad, la terapia de grupo es una actividad muy positiva para las víctimas del terrorismo, que las ayuda a compartir y a afrontar los problemas por los que atraviesan, además de trabajar las relaciones sociales.

DIVERSAS “PERSONAS-TIPO” QUE APARECEN EN UN GRUPO PSICOASISTENCIAL

Preguntón.

- Síntomas:
- Quiere entorpecer.
 - Quiere saber tu opinión.
 - Busca tu apoyo a su punto de vista.

Agresor.

- Síntomas:
- Le gusta herir.
 - A veces tiene razones para quejarse.

“Liente”.

- Síntomas:
- Discute y se opone.
 - Se altera con facilidad.

Obstinado.

- Síntomas:
- Tiende a ignorar el punto de vista de los demás. No quiere aprender nada de ellos.

“Sabiondo”.

- Síntomas:
- Quiere imponer su opinión.
 - A menudo bien informado.

Mudo voluntario.

- Síntomas:
- Desinteresado.
 - Se cree superior o inferior.

El deseado.

- Síntomas:
- Ayuda siempre.
 - Seguro de sí.
 - Convencido de sus ideas.
 - Autocrítico.

Muy hablador.

- Síntomas:
- Habla de todo y fuera de lugar.
 - Cuenta historias.

Tímido.

- Síntomas:
- Le cuesta formular sus ideas.
 - Pero las tiene.

PAPEL DEL MODERADOR EN LA TERAPIA DE GRUPO

En la terapia de grupos, el moderador tiene un papel esencial. Debe darse cuenta que todos los componentes del grupo tienen necesidades diferentes. De tal forma que, con frecuencia, las emociones tienen más peso que las propias ideas y contenidos.

Por ello tiene que aceptar totalmente a las personas, siendo imparcial con las ideas, pero no renunciando jamás

al control del proceso. Este proceso ha de constar de los siguientes pasos:

1. Definir el problema: Criterios y métodos.
2. Definir las ideas: generar y organizar las ideas.
3. Toma de decisiones: Ir llegando a un acuerdo o producción de ideas.

Las funciones del moderador son:

- Que el grupo trabaje metódicamente.
- Que conserve su unidad.

INICIO Y FINAL DE LA REUNIÓN

- Inicio: El moderador es quien lleva el peso del inicio.
- Final: Es responsabilidad suya que al final de la reunión todo participante tenga claro el resultado del trabajo en grupo.

CONDUCCIÓN DE LA REUNIÓN

- Ventajas:

- * Sumar conocimientos.
- * Gama diversa de enfoques.
- * Aceptación de la decisión final.
- * Comprensión de la decisión.

- Desventajas:

- * Presión social.
- * Persuasión.
- * Dominación.
- * Polarización.

- * Negativismo.
- * Tiempo.

REGLAS BÁSICAS DEL MODERADOR

Lo que debe hacer:

- Escuchar “parafraseando” (también lo que se dice “entre líneas”).
- Evitar que nadie se ponga a la defensiva.
- Cuidar que todos participen.
- Que los miembros trabajen sincronizadamente.

Lo que no debe hacer:

- Competir con los participantes.
- Manipular a los componentes del grupo.
- Llevar la voz cantante.
- Opinar sobre las personas.
- Permitir que el grupo se anarquice.
- Alabar o ridiculizar a nadie.
- Dar consignas teóricas.

DEBERES DEL MODERADOR

- Preparar la reunión y analizarla con posterioridad.
- Puntualidad.
- Clima.
- Paciencia tacto.
- Dar toda la información posible.
- Animar y tener sentido del humor.
- Evitar desviaciones del tema- objeto.
- Evitar enfrentamientos.
- Resumir.
- Remitir preguntas al grupo.
- Definir con claridad.-

PSICOTERAPIA DE GRUPOS EN EL TRATAMIENTO A LAS VÍCTIMAS DE ATENTADOS TERRORISTAS

La psicoterapia de grupo como técnica específica para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos, trata de inducir cambios en los pacientes mediante su inclusión en un grupo de personas que acuden con la misma finalidad. El grupo funciona como un todo, es decir, al modo de una unidad que resulta de la articulación de los aportes de cada uno de sus miembros, pero cuya resultante final no está en función de la suma de sus elementos particulares, sino que adquiere una entidad propia, diferente de cada uno de los miembros que lo forma e independiente y mayor que la suma de las partes que lo componen. No es que el cambio se produzca mediante la participación en el grupo, sino que el agente de cambio es el grupo mismo, denominado como "mentalidad grupal".

Esto resulta particularmente importante en las víctimas de atentados terroristas, debido a las dificultades que desarrollan, tanto en los vínculos con las personas que les rodean, a menudo cargados de ambigüedad y de sentimientos de incompreensión, como en sus vínculos con ellos mismos, debido a la tendencia a disociar (separar) los sentimientos, percepciones y con-

ductas, contraponiendo, en dos planos bien diferenciados, todo lo que tiene que ver con el atentado y las circunstancias que lo rodearon del resto.

Ante la irrupción inesperada y profundamente traumática del atentado, se promueve una gran carga de angustia que la víctima no puede tolerar y del que se defiende de modo casi traumático. Los mecanismos defensivos que estas víctimas ponen en marcha para defenderse de este elevado nivel de angustia son variados, pero tienen como eje de todos ellos el mecanismo disociativo de la escisión, esto es, la división activa de su representación del mundo y de sí mismos en elementos totalmente buenos o totalmente malos, siendo la línea divisoria la establecida por el atentado y sus efectos. El resto de mecanismos defensivos son secundarios a éste.

La puesta en marcha de este conjunto de defensas va a tener un alto coste para todos estas víctimas por el paulatino aislamiento que acarrearán. Por todo ello, las características de la psicoterapia de grupo pueden proporcionar una de las vías más fructíferas a la hora de enfrentar



estos problemas.

A lo largo del desarrollo del trabajo grupal se plantea como objetivo el tratar de romper con los modos disociados de funcionamiento psíquico de las víctimas, favoreciendo la integración, tanto en el área de la vinculación con el mundo externo, como también en la relación con su mundo afectivo interior.

Trabajar estos problemas en el seno de un grupo permite romper con la sensación de aislamiento que presentan las víctimas, con su creencia de que sus sentimientos son únicos y, de este modo, pueden integrar sus temores con los que presentan, casi siempre de modo

semejante, el resto de los miembros. En muchos casos es en el seno del grupo donde por primera vez las víctimas de actos terroristas pueden contactar con sentimientos que les han sido ajenos y pueden hablar sobre ellos. No es la suma de unas historias semejantes, sino la creación del sentido de pertenencia a una misma estructura lo que promueve el cambio.

Los grupos de psicoterapia ofrecen una forma segura y controlada de abordar la problemática interna de cada víctima que los compone, permitiendo una exposición gradual al trauma y sus efectos dentro de un contexto que se considera seguro y en el que, al existir una experiencia

traumática común, se desarrolla una sensación de comprensión por parte de los que participan. Sensación que no suelen percibir dentro del entorno social y familiar.

Cuando hablamos de ambiente seguro grupal nos referimos a aquel que proporciona aceptación emocional en un ambiente de tolerancia. El grupo debe fomentar la capacidad de recordar los detalles del trauma y, sobre todo, los efectos que haya podido tener sobre la

vida cotidiana de cada uno. Esta posibilidad tiene un efecto organizativo, permite a las víctimas establecer una diferencia entre la impotencia y la incapacidad que sintieron en el pasado y las posibilidades que tienen en el momento actual, lo que permite empezar a estructurar su realidad desde una visión diferente.

Otro de los propósitos de la terapia de grupo en las víctimas de atentados terroristas, es el de ayudar a estas personas a hacerse cargo de sus propias necesidades, que puedan enfrentarlas activamente sin la intrusión de las experiencias y percepciones del pasado. Se trata de aliviar la preocupación de que al expresar los recuerdos, al hablar del trauma, éste se reactive. Se busca, por lo tanto, aprender a controlar las consecuencias del trauma.

Dentro del contexto seguro al que nos referimos, esto resulta posible, ya que se promueve un sentimiento de mayor capacidad que se pone en marcha con la expresión verbal de todos esos sentimientos que van unidos al acontecimiento traumático.

La estructura de las interacciones grupales puede facilitar la oscilación entre la



evitación-negación y la intrusión que se ha planteado como la vía para la integración de la experiencia dentro de los esquemas de cada persona.

Finalmente, se puede establecer una serie de objetivos grupales generales:

En primer lugar es necesario estabilizar las reacciones psicológicas y fisiológicas relacionadas con el atentado.

También sería preciso explorar y evaluar las percepciones y de las emociones de los afectados, así como buscar la recuperación de

los recuerdos relacionados con el trauma.

Otro objetivo que se busca con esta terapia de grupo sería el entender los efectos que tienen las experiencias pasadas en los comportamientos y en la expresión de afectos actuales, y por último, se trata de aprender nuevas formas de afrontar el estrés interpersonal.

Es preciso crear un clima de seguridad que permita ir recuperando los recuerdos y emociones escindidos para, en un segundo momento, conseguir que la experiencia de cohesión grupal permita integrar las vivencias y consecuencias del trauma.

ma en la vida intrapsíquica e interpersonal del sujeto.

MATERIAL Y MÉTODO A SEGUIR

La psicoterapia de grupos se realiza con personas que han sido víctimas directas de un atentado terrorista.

Las víctimas interesadas son valoradas individualmente por dos entrevistadores (los futuros psicoterapeutas) para determinar el cuadro clínico que presentan en la actualidad y la conveniencia de su inclusión en una terapia grupal, así como la posibilidad de beneficiarse de los objetivos terapéuticos propuestos.

Se pueden seleccionar entre cinco y ocho pacientes a los que se les solicita su aceptación del tratamiento y la realización de las escalas de evaluación (unos cuestionarios que evalúan diferentes síntomas), con el objetivo de poder cuantificar y cualificar su estado mental antes y después del tratamiento y así determinar su evolución.

DISCUSIÓN

La estructura de una terapia de grupo determina, necesariamente, una muestra reducida. Por otra parte es necesario destacar la dificultad que se observa para que las personas que han sido víctimas de un atentado realicen cualquier tra-

tamiento de una forma regular y prolongada en el tiempo.

Esta dificultad para iniciar y continuar una terapia, tiene una clara relación con uno de los problemas esenciales que presentan las víctimas del terrorismo, que es la evitación de múltiples circunstancias que de una u otra forma les acercan al acontecimiento traumático; así, la terapia es vivida en un gran número de casos, como una forma de mantener vivo un recuerdo que quiere ser olvidado.

Resultados de la terapia de grupos con víctimas del terrorismo

En una terapia de grupo llevada a cabo con víctimas, se puede apreciar que la sintomatología depresiva sufrió una clara disminución, que resultó ser más patente en los pacientes que completaron el tratamiento.

También se constató una mejoría en la sintomatología evitativa; tanto en la frecuencia como en la intensidad de los síntomas.

Los síntomas agrupados en el concepto de aumento de activación mejoran tanto en su frecuencia como en su intensidad.

El conjunto de las experiencias intrusitas y la reexperimentación mejora de forma clara en la evaluación de los síntomas, pero no en la valoración que realizan las vícti-



mas, la cual puede ser debida a una modificación en la percepción que los pacientes tienen de su sintomatología, al haber aumentado su propia conciencia de su situación.

La percepción del apoyo social empeora, aunque de forma muy leve; este resultado se enmarca dentro de un equilibrio entre aumento de las expectativas que se produjeron al reducirse algunos mecanismos defensivos, y una mayor toma de conciencia de la situación real de su entorno.

Se produce una mejoría en la actividad global de las víctimas.

Se produce un cambio mayor en la estructura psíquica en las manifestaciones clínicas, el cual permitirá una mayor adaptación basada en un sentimiento de capacidad y de seguridad.

Se produce un mejora en el proceso del pensamiento ante el afrontamiento de situaciones emocionalmente complejas.

También mejora el funcionamiento

defensivo, gracias a un manejo más flexible y adaptativo de sus emociones internas y sus relaciones interpersonales, como mejor control de la ansiedad.

Mejora en el dominio-competencia, aumentando la competencia para interactuar y dominar activamente el medio y el sentimiento de ser competente.

Evolución de las defensas

Cuando se plantean los objetivos que se debían cubrir en este grupo, siempre se tiene presente que los síntomas psicopatológicos que se observan en las víctimas no pueden ser explicados sin una comprensión de los modos defensivos que se ponen en marcha ante la irrupción del trauma. Sin olvidar, por supuesto, que estas defensas, que consideramos comunes a todos estos pacientes, deben ser articuladas con aquellas propias de cada uno de los sujetos y propiciadas por su particular estructura psíquica.

Lo prioritario en las víctimas que participan en una terapia de grupo, tras haber experimentado la repentina irrupción del trauma externo, es protegerse de la angustia que aquél ocasiona. Esta circunstancia es la que propicia la puesta en marcha de los fenómenos defensivos de tipo disociativo. Contrarrestar estos mecanismos profundamente desadaptativos es una de las tare-

as prioritarias en la terapia de grupo. Por ello conviene conocer algunos aspectos de esta evolución a lo largo del proceso grupal.

Habría que distinguir tres tipos defensivos fundamentales:

- Las defensas de ocultamiento que corresponderían, en parte, a los tradicionales mecanismos de defensa y que son aquellas que se ponen en marcha ante conflictos entre consciente/ inconsciente, pretendiendo mantener apartados de la conciencia los pensamientos, deseos o estados afectivos no placenteros y que pueden referirse a un determinado contenido mental o a actividades globales de la mente (por ejemplo, desactivaciones cognitivas para evitar pensar en los hechos relacionados con el atentado).

- Las defensas de transformación, es decir, aquellas que la mente pone en marcha con el fin de producir o fabricar, a nivel inconsciente, fantasías o estados emocionales que contrarresten a los no placenteros.

- Las defensas interpersonales, mediante las que se intenta hacer desempeñar al otro determinadas funciones o identidades para poder, de este modo, mantener el equilibrio propio, que puede ser para cambiar el mundo externo, o bien, para transformar al propio sujeto, ya sea en lo cognitivo (pensamiento), en lo emocional, o en ambas áreas a la



vez (este tipo de defensas son frecuentes en aquellas personas que deben adaptarse a medios externos muy traumatizantes).

Aplicando este modelo a la evolución del grupo, se puede comprobar cómo de una forma progresiva, a pesar de diversos momentos en los cuales se ha regresado a modos de expresión defensiva anteriores, se produce un paulatino reemplazo de las formas en las que los pacientes venían afrontando su angustia.

Al iniciarse el grupo nos encontramos con el predominio de los fenó-

menos defensivos disociativos, responsables de una visión parcial de la representación del mundo y del sí-mismo, con sucesivas idealizaciones, desvalorizaciones o negaciones, siempre según la línea divisoria del atentado y sus efectos. Este modo parcial de ver las cosas es regulador de la angustia tanto en una vertiente defensiva de la ocultación, como de transformación. Así, al negar, racionalizar, y en definitiva reprimir, aspectos concretos de la realidad, especialmente de los vínculos interpersonales, estas personas evitan la angustia de asumir aspectos inconscientes no

deseados de una situación. En ocasiones el ocultamiento les puede llevar a una represión global de todo lo relacionado con el atentado y sus consecuencias, utilizando para ello desactivaciones cognitivas (del pensamiento) globales, tales como enormes lagunas de memoria, disminución en la capacidad de atención o concentración, etc. Sin embargo, la escisión también se defiende de la angustia transformando contenidos inconscientes en otros más fácilmente asumibles.

En esta vertiente hay que situar fenómenos como la idealización de ideas, personas o situaciones, y la desvalorización de las contrarias, o la asunción de determinadas identidades que hacen más soportable la situación. En definitiva, al hablar de escisión estamos considerando una categoría conceptual compleja, fruto de la articulación de diferentes elementos defensivos.

Unas y otras se han ido modificando a medida que el grupo evolucionaba, lo que ha permitido poder integrar un mayor número de sentimientos y un mejor acercamiento a las situaciones y a las personas. En las últimas sesiones del grupo se pudo verbalizar que el mundo era más complejo que la división entre "ellos y nosotros" y, de modo especial, se pudo romper con la identidad de víctima, lo que ha permitido aumentar el repertorio de actuaciones y modos de sentir ante los con-

flictos cotidianos.

Mención especial merece el modo que han ido evolucionando las defensas interpersonales, pues se ha producido una sensible disminución de los intentos de modificación global del mundo exterior y de ellos mismos, en su afán de adaptarlo y adaptarse a su particular necesidad de manejo afectivo del otro, ya que son los vínculos interpersonales el factor fundamental que necesitan manejar estas personas. De este modo, se ha propiciado una mejor aceptación e integración de los requerimientos y demandas de ese mundo externo, donde no lo olvidemos, se mantienen en muchos casos circunstancias sociopolíticas que son claramente displacenteras para estos sujetos.

Se han adquirido a lo largo del grupo nuevos recursos con los cuales afrontar la angustia.

Se ha creado una estructura intrapsíquica que permite un mejor afrontamiento de la angustia, una mejoría en la capacidad de apaciguamiento de los afectos displacenteros. Ha habido un cambio en las representaciones inconscientes que generan la angustia, tanto en lo que respecta a la propia imagen de impotencia del sujeto, como la representación del otro en cuanto que agresivo.

Se ha podido ir generando un sentimiento de capacidad y se ha pasado de la inseguridad absoluta a crear un sentimiento de confianza.



Como podemos comprobar, a tenor de los resultados que nos ofrece la terapia de grupo, esta técnica psicossocial constituye una eficaz herra-

mienta en el tratamiento y mejora de las víctimas del terrorismo, que es importante realizar para conseguir su reestablecimiento psicossocial.

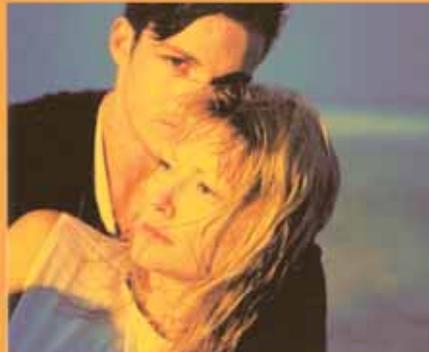
ÍNDICE

PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN	6
REFLEXIÓN PSICOSOCIAL SOBRE LAS PERSONAS PREJUDICIAS PROPENSAS A EJERCER LA VIOLENCIA DE PERSECUCIÓN	8
ACOSO MORAL, UNA AGRESIÓN SISTEMÁTICA PARA PERJUDICAR ALGUIEN	12
Definición	12
Cuatro tipos de actuaciones hostiles.....	12
Enfermedades que pueden desarrollar las personas que son objeto de acoso o amenazas	14
La influencia del acoso en la vida privada de la víctima.....	16
Consecuencias del acoso moral y las amenazas	17
LA VIOLENCIA DE PERSECUCIÓN, EL CALVARIO DE LA VÍCTIMA	18
SÍNTOMAS QUE PRODUCE LA VIOLENCIA DE PERSECUCIÓN	20
La depresión	20
El estrés.....	26
La ansiedad	30
Técnicas para disminuir el nivel de ansiedad	30
Técnicas de relajación como forma de reducir la tensión.....	35
INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS Y FAMILIARES EN SITUACIONES DE URGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	44
La atención a la víctima en instancias críticas	44
Prevención y reducción de la tensión psíquica	44
Recursos para afrontar una pérdida.....	50
Reacciones cuando se presenta una pérdida.....	56
Afrontando el duelo	56
AYUDA PSICOASISTENCIAL PARA SUPERAR EL IMPACTO EMOCIONAL DE UN ACTO TERRORISTA	58
¿Cómo ayudar a una víctima a superar el impacto emocional de atentados terroristas?	58
Reacciones ante un desastre traumático	58
PROGRAMA DE ASISTENCIA HUMANITARIA Y PSICOSOCIAL A LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO	68
Atención psicosocial y salud mental en un programa de asistencia humanitaria de emergencia.....	68
Violencia sociopolítica	70

Persona desplazada forzosamente.....	70
La víctima como categoría jurídica y sociopolítica.....	71
La emergencia, sus etapas y características	72
Procedimientos para brindar asistencia humanitaria de emergencia	76
Fases del programa, remisión, caracterización y entrevista	78
Pautas para la entrevista.....	80
Visitas domiciliarias	82
Realización de entregas de asistencia humanitaria	83
Plan de acción psicosocial	84
Componentes del diagnóstico psicosocial inicial	86
Actividades psicosociales tipo para el desarrollo del objetivo	86
Proceso de conformación de grupos para el desarrollo de las actividades psicosociales.....	87
Atención terapéutica individual.....	90
Atención terapéutica grupal en talleres terapéuticos	90
Taller para brindar apoyo a personas en proceso de duelo.....	91
Talleres psicosociales con herramientas de auto-ayuda.....	92
Taller psicosocial para afrontar el miedo.....	94
Atención terapéutica familiar	96
Atención con niños, niñas y adolescentes	96
Actividades tipo para promover procesos de reconstrucción familiar y social.	100
Superar el impacto emocional.....	102
Encuentro de familias	104
Convivencia familiar y resolución de conflictos.....	105
Taller de prevención de la violencia familiar.....	106
Actividades grupales que promuevan la solidaridad, la confianza y el trabajo en equipo.....	107
Talleres en Derechos Humanos	108
SESIÓN DE BRIEFING, UNA TERAPIA GRUPAL PARA LAS VÍCTIMAS	110
Objetivos, cuándo realizarlo, quiénes deben participar, aspectos a tener en cuenta y fases del briefing.....	110
LA TERAPIA DE GRUPOS COMO AYUDA PSICOASISTENCIAL	114
Dinámica de grupos.....	114
Proceso de selección de víctimas y organización del grupo terapéutico	116
Diversas "personas-tipo" que aparecen en un grupo psicoasistencial	122
PSICOTERAPIA DE GRUPOS EN TRATAMIENTO A LAS VÍCTIMAS DE ATENTADOS TERRORISTAS	124
Material, método y discusión	128

*“Tendremos que arrepentinos en esta generación
no tanto de la gente perversa,
sino de los pasmosos silencios
de la gente buena”*

Martin Luther King



A.D.D.H.

Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana



**Dirección de Atención a las
Víctimas del Terrorismo**