



Tradicionalmente, los programas de salud en las emergencias han prestado poca atención a los efectos producidos en la salud mental de las poblaciones afectadas. Por fortuna esa tendencia se ha ido corrigiendo, y esta guía responde a la preocupación e inquietud creciente mostrada por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la comunidad internacional en prestar mayor atención al impacto de los desastres y emergencias en la salud mental de la población.

Se ha abordado el tema tratando de eliminar muchos de los estigmas que aún existen - incluso entre profesionales de la salud - sobre las enfermedades mentales y otros problemas de la conducta humana, dimensionando lo psicosocial en un sentido amplio que abarca no solo la enfermedad psíquica, sino también otra gama de problemas como la aflicción, el duelo, las conductas violentas y el consumo excesivo de sustancias adictivas.

Además de los desastres provocados por amenazas naturales, también se tratan los efectos generados por la violencia social masiva y las guerras, por los desplazamientos de grandes grupos humanos, o por la vida en campamentos o el hacinamiento en suburbios de muy difíciles condiciones sanitarias y económicas. Son muchos los países de América Latina y el Caribe que además presentan una baja capacidad de respuesta a los problemas de salud mental en situaciones de emergencia.

Su objetivo es ser una guía práctica de planificación para actuar en el período agudo o crítico de la emergencia y no incluye el abordaje de los problemas psicosociales que surgen en el mediano y largo plazo (a partir del segundo o tercer mes), porque se parte del supuesto que estos deben ser atendidos por los programas y servicios de salud regulares. Se ha orientado, sobre todo, al trabajo comunitario y promueve la coordinación entre las múltiples organizaciones que trabajan en el campo de la salud mental con enfoques, frecuentemente, diferentes.

Esta publicación puede ser consultada en Internet en la dirección:
www.paho.org/spanish/ped/saludm.htm



Organización Panamericana de la Salud
 Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
 Washington, D.C. 20037, USA
disaster-publications@paho.org

Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Protección de la salud mental

en situaciones
de desastres
y emergencias



Organización Panamericana de la Salud
 Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia
y Socorro en Casos de Desastre**

Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud

Washington, D.C., Agosto 2002

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Washington, D.C.: OPS, © 2002.

(Manuales y Guías sobre Desastres N° 1) --107p.--

ISBN 92 75 32421 2

I. Título

II. Autor

III. Series

1. SALUD MENTAL
2. EFECTOS DE DESASTRES EN LA SALUD
3. EMERGENCIAS EN DESASTRES
4. EVALUACION DE IMPACTO
5. TERRORISMO (DESASTRE)

LC HV593.O68ps

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

Una publicación del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, en colaboración con el Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, total o parcialmente, esta publicación, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes pueden dirigirse al Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA.

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la División de Ayuda Humanitaria Internacional de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (IHA/CIDA) y la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/USAID), y el Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Foto de portada: OPS/OMS

Contenido

Agradecimientos	.iii
Presentación	.v
Capítulo I. Antecedentes y consideraciones generales	.1
1.1 Consideraciones generales sobre la atención de la salud mental	.2
1.2 Desastres naturales	.3
1.3 Violencia y sus efectos psicosociales	.4
1.4 Terrorismo	.5
1.5 Vulnerabilidad psicosocial	.6
Capítulo II. Lecciones aprendidas	.9
2.1 Preparativos del sector salud para la protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias	.10
2.2 Manifestaciones psicosociales mas frecuentes en los desastres naturales y conflictos sociales	.17
2.3 Mitos y realidades	.20
Capítulo III. Manifestaciones psicosociales y pautas generales de actuación	.21
3.1 Reacciones no patológicas ante eventos traumáticos en adultos	.21
3.2 Trastornos psíquicos más frecuentes	.25
3.3 Criterios generales para la remisión a un especialista, uso de medicamentos y hospitalización	.32
3.4 Actuaciones en situaciones específicas	.33
3.5 Los problemas psicosociales de la población infantil y juvenil	.41
3.6 Intervención en crisis	.49
3.7 El trabajo de grupos	.54
Capítulo IV. Hacia un plan de salud mental en situaciones de desastres	.57
4.1 Consideraciones generales para preparar un plan	.57
4.2 Principios básicos del plan	.66
4.3 Objetivos de un plan de salud mental	.67
4.4 Líneas de acción	.68
4.5 Comunicación social	.72
4.6 Capacitación	.75
4.7 Sostenibilidad y continuidad de las acciones	.77
4.8 Breves consideraciones sobre la etapa de recuperación psicosocial	.78
Conclusion. Principales desafíos y retos en la atención de salud mental	.85
Anexo. Esquema general de un plan de atención en salud mental en situaciones de emergencia y desastre	.87
Bibliografía	.93



AGRADECIMIENTOS

Esta obra es el resultado del esfuerzo colectivo de un numeroso grupo de personas e instituciones de América Latina y el Caribe. Su desarrollo ha sido producto de un proceso abierto y participativo con contribuciones y opiniones de más de 60 expertos.

De manera muy especial, deseamos agradecer la paciente e incansable contribución de Jorge Rodríguez, Consultor de Salud Mental de la OPS/OMS en Guatemala. Han tenido además una participación decisiva en la edición final Lorena Saenz (Universidad de Costa Rica), Silvia Halsband (Consultora privada en Costa Rica) y Santiago Valero (Ministerio del Interior de Perú / Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres).

Por su apoyo profesional y técnico, y con el riesgo de omitir involuntariamente los nombres de otros expertos, deseamos expresar además nuestro agradecimiento a las siguientes personas:

Beristain, Carlos M. (España)

Cohen, Hugo (OPS)

De la Torre, Alejandro (OPS)

Fernández, Luis (Comando Sur / USA)

Gómez, Claudia (Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Jarero, José Ignacio (Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis)

Martín, Ignacio (Solidaridad Internacional-Colombia)

Prewitt, Joseph O. (Cruz Roja Americana)

Quiroz, Nydia (UNICEF)

Romero, Cesar (UNICEF)

Salazar, Sandra (Solidaridad Internacional-Colombia)

Stein, Enrique (Universidad Nacional del Comahue / Neuquen, Argentina)

Zaccarelli, Mónica (OPS-Colombia)

Gracias a todos ellos esta obra es hoy una realidad.



PRESENTACIÓN

Los efectos de los desastres sobre la salud se manifiestan tanto en lo físico, lo mental y lo social. Tradicionalmente, se ha brindado una atención más detallada solo a los aspectos físicos y sociales. Los programas de salud en las emergencias se han dirigido básicamente a la atención médica inmediata, al problema de las enfermedades transmisibles, agua y saneamiento ambiental, así como los daños a la infraestructura sanitaria. Afortunadamente, en los últimos años, se ha comenzado a prestar atención al componente psicosocial, que siempre está presente en estas tragedias humanas, pero dimensionando lo psicosocial en un sentido amplio que abarca no solo la enfermedad psíquica, sino también otra gama de problemas como la aflicción, el duelo, las conductas violentas y el consumo excesivo de sustancias adictivas.

Esta guía responde a la preocupación e inquietud creciente mostrada por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la comunidad internacional en responder mejor al impacto de los desastres y emergencias en la salud mental de la población. Se ha abordado el tema tratando de eliminar muchos de los estigmas que aún existen –incluso entre profesionales de la salud– sobre las enfermedades mentales y otros problemas de la conducta humana.

Además de los desastres provocados por amenazas naturales, también los efectos generados por la violencia social masiva y las guerras han provocado un gran impacto sobre la salud mental de las personas que han tenido que huir presas del miedo, han sufrido heridas y mutilaciones, la muerte de seres queridos, y graves pérdidas económicas. Igualmente, la salud mental se ve afectada como resultado de los desplazamientos de grandes grupos humanos, de la vida en campamentos, o del hacinamiento en suburbios de muy difíciles condiciones sanitarias y económicas. En estas circunstancias las necesidades de atención psicosocial son especialmente altas debido al estrés al que la población está sometida y a los traumas específicos de grupos con mayor vulnerabilidad. En este contexto, son muchos los países de América Latina y el Caribe que además presentan una baja capacidad de respuesta a los problemas de salud mental en situaciones de emergencia.

Es indudable que en situaciones de emergencia debe esperarse un incremento de reacciones emocionales intensas. La gran mayoría de estas manifestaciones son normales, pero la baja cobertura de los programas de salud mental en esta región no permite una identificación rápida, en caso de desastres, de las personas que requieren de un apoyo especial. La literatura disponible y la experiencia nos enseñan que el abordaje temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo.

Este documento es el producto de consultas intensas con más de 60 expertos en el tema provenientes de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), de la Cruz Roja Americana, de UNICEF, del Comando Sur de las Fuerzas Armadas de EUA, así como de múltiples universidades, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Su objetivo es servir de guía práctica de planificación para actuar en el período agudo o crítico de la emergencia y no incluye el abordaje de los problemas psicosociales que surgen en el mediano y largo plazo (a partir del segundo o tercer mes), porque se parte del supuesto que

estos deben ser atendidos por los programas y servicios de salud regulares. Se ha orientado, sobre todo, al trabajo comunitario y promueve la coordinación entre las múltiples organizaciones que trabajan en el campo de la salud mental con enfoques, frecuentemente, diferentes.

Está dirigida especialmente a los gerentes de salud, personal profesional y técnico que tienen relación con el trabajo de salud mental, incluyendo a los ministerios de salud, cruz roja, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones de la sociedad que actúan en el campo de lo psicosocial en situaciones de desastres y emergencias.

Jean Luc Poncelet, Jefe Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre

José Miguel Caldos de Almeida, Jefe Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES GENERALES

En el contexto de este libro, consideramos emergencia una situación catastrófica o desastre que se produce por un evento natural (terremoto, erupción volcánica, huracán, deslave, grandes sequías, etc.), accidente tecnológico (ejemplo: explosión en una industria) o directamente provocada por el hombre (conflicto armado, ataque terrorista, accidentes por error humano, etc.) en la que se ve amenazada la vida de las personas o su integridad física y/o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano. Por lo general, se sobrecargan los recursos locales, que se tornan insuficientes, y quedan amenazadas la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad.

En las grandes emergencias se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

El término emergencia compleja se ha usado para expresar más claramente el carácter agravado y la presencia de diversos factores y condiciones que complican la situación existente en determinadas catástrofes; el ejemplo más claro y típico son los conflictos armados. En las emergencias complejas hay, por lo general, efectos devastadores con secuelas de mediano y largo plazo. Se define la existencia de una crisis humanitaria, donde se producen violaciones de los derechos humanos; el derecho a la vida, la integridad personal, la libre circulación, la vivienda digna, la educación, la salud y la propiedad privada, no se respetan o son simple letra muerta.

Los conflictos armados son el tipo de catástrofe –causada por el hombre– más devastadora y abominable; entre sus efectos más complejos está el de las poblaciones desplazadas, con serias implicaciones políticas, económicas, sociales, legales y sanitarias. El recrudecimiento cada vez mayor de la violencia en todas sus modalidades, facilita que la misma se perpetúe e introduzca en el tejido social como una forma habitual de conducta, y crea efectos que pueden perdurar en varias generaciones.

Las emergencias complejas requieren de intervenciones humanitarias para aliviar sus efectos, para apoyar la pacificación, y tutelar los derechos de los más débiles.

En el orden individual se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social.

El término emergencia médica se reserva para aquellos casos que requieren de una atención profesional inmediata debido al riesgo que puede tener su vida, la existencia de sufrimiento intenso o por la aparición de complicaciones.

Desde la perspectiva de la salud mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada. Se espera un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos psíquicos. Se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica. Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicosociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría deben entenderse como reac-

ciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Por otro lado, aparecen problemas de orden social que deben también ser solucionados.

Desde el punto de vista de la salud mental, en grandes emergencias toda la población puede considerarse que sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida, directa o indirectamente. Por otro lado, el término salud mental ha sido dimensionado en una amplia faceta de campos como son:

- ◆ Ayuda humanitaria y social.
- ◆ Consejería a la población y grupos de riesgo.
- ◆ Comunicación social.
- ◆ Manejo de instituciones y servicios psiquiátricos.
- ◆ Identificación y tratamiento de casos con trastornos psíquicos.

Los efectos de los desastres naturales y los conflictos armados están más marcados en las poblaciones pobres que son el sector más vulnerable, viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

Se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Esto nos pone frente al problema de fortalecer los servicios de salud mental con base comunitaria. Un ejemplo de lo anterior es Centroamérica, territorio devastado por guerras civiles y desastres naturales en un contexto de marcada pobreza. Países como Guatemala, El Salvador y Nicaragua han tenido que enfrentar el reto de la atención y recuperación psicosocial con visión de mediano y largo plazo.

La experiencia adquirida (24)(38) ha demostrado que los planes de salud mental no pueden limitarse a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados. Junto a esto, es necesario desarrollar un proceso de capacitación que permita elevar el nivel de resolutivez de los trabajadores de atención primaria en salud, socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios.

Las acciones deben tener un carácter integral que abarque no solo lo curativo, sino que incluyan también perfiles preventivos y rehabilitatorios. En la atención a las enfermedades físicas, además, es necesario abordar la dimensión humana del problema. Se requiere desechar el modelo medicalizado o psicologizado en la intervención de una problemática con un alto contenido social.

Por todo lo señalado anteriormente, se considera conveniente introducir el componente psicosocial en los planes de gestión de riesgos del sector salud ante situaciones de desastres naturales y otras emergencias. A su vez, las acciones de salud mental deben resultar coherentes con las políticas nacionales de salud que se están impulsando en el país, lo cual garantizará su continuidad y sostenibilidad.

1.1 Consideraciones generales sobre la atención de la salud mental

Salud mental es el término amplio que utilizamos y que implica las diferentes facetas del proceso salud-enfermedad con sus aspectos sociales que tanto influyen en el bienestar de la población. Es decir la enfermedad, las manifestaciones emocionales como la aflicción,

que pueden considerarse normales, las conductas problemáticas o desadaptadas (como la violencia y el consumo de sustancias) y el conjunto de la dinámica psicosocial individual y colectiva que se desarrolla en situaciones de emergencias. Así mismo nos referimos, también, en el orden de la prestación de servicios a las acciones que se ejecutan en lo preventivo, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.

El término psicosocial se ha usado más para significar la dinámica y la gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situaciones de desastres y algunos autores e instituciones lo refieren básicamente a lo no patológico, desde una visión humanística, más que sanitaria.

La visión de la atención de salud mental no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, debe ser amplia y dimensionarse más allá del evento originador en cuestión.

El proceso busca la participación de los diversos actores implicados en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. En el plano operativo se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales.

Es necesario generar espacios comunitarios en donde se socializa el impacto de manera que permita re-elaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis. Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar que las personas vengan a los servicios de salud. Esto puede ser importante para identificar los problemas psicosociales y sus principales indicadores colectivos (conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia y el abuso de drogas o alcohol).

Una de las principales funciones del personal de salud (especializado y no especializado) es propiciar espacios de apoyo mutuo en donde actúa como facilitador de procesos grupales donde se comparten experiencias y promueven la autoayuda; también identificar recursos personales y colectivos que facilitan la adaptación eficaz, así como disminuir la dependencia externa.

El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Debe ser oportuno y efectivo a fin de mitigar la crisis y la post-crisis, fomentando la autonomía y la independencia.

1.2 Desastres naturales

En el periodo de 1967 a 1991, se calculó que unos tres mil millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales (13). Se ha demostrado que en los países pobres, como consecuencia de los desastres, el número de personas afectadas y muertas es mayor que en los industrializados.

La génesis de los desastres naturales está en relación, en muchas ocasiones, con factores globales de orden económico y ambiental. Por ejemplo, el aumento de las inundaciones en Bangladesh es, en parte, consecuencia de las deforestaciones en Nepal (13). Las hambrunas masivas pueden considerarse verdaderos desastres y se originan por fenómenos naturales como las sequías, pero además por otras condicionantes de tipo económico, político y social.

A manera de ejemplo, en la región podemos citar la catástrofe de Armero (Colombia, 1985) donde la erupción volcánica, el deslizamiento de lava, tierra, rocas, árboles y el con-

secuente sepultamiento de un amplio territorio provocó la muerte del 80% de la población (30.000 habitantes), dejó sin hogar a unos 100.000 habitantes de las regiones aledañas y lesionados a muchos de ellos. En este caso, fueron enviados equipos de salud mental para que laboraran en la atención a los damnificados y en su recuperación. Se evidenció la presencia de cuadros de ansiedad y depresión mayor entre seis meses y un año después del desastre, también se evaluaron problemas de consumo excesivo de alcohol y drogas, así como comportamientos violentos y desadaptativos, con los consecuentes trastornos en la vida familiar y social (52).

1.3 Violencia y sus efectos psicosociales

En años recientes, se han incrementado los conflictos armados internos en países pobres, donde la mayoría de las víctimas no son militares sino civiles. Los analistas políticos coinciden en que aumentarán estos enfrentamientos en los próximos años, muchos tendrán su origen en rivalidades étnicas, conflictos nacionalistas, disputas sobre recursos ambientales y económicos, tensiones religiosas, movimientos separatistas, etc.

En muchas de estas guerras -que se califican como de baja intensidad- es común el abuso y atropello sobre la vida y propiedades de la gente, en especial aquellos más humildes. Por ejemplo, en El Salvador y Guatemala las fuerzas gubernamentales aterrorizaron durante largos años a sus poblaciones imponiendo una cultura del miedo y el terror. Actualmente, en Colombia se libra un conflicto armado de varias décadas de duración donde el común denominador es la violación de los derechos humanos de la población.

Los conflictos armados prolongados son causa de un conjunto de problemas sociales, económicos y de salud física y mental. Sus secuelas son enormes: descalabro económico, pobreza generalizada, escasez de alimentos y agua potable, destrucción ambiental, deterioro de las formas de vida locales, desintegración de las familias, desarraigo y trastornos psíquicos de diferente índole.

Los estudios realizados (13) recientemente en diferentes regiones del mundo sobre la salud mental de los civiles afectados por la guerra han encontrado nuevos patrones de estrés y sufrimiento. Se incrementa el estrés agudo y transitorio (con excepción de los que han sufrido experiencias muy traumáticas como torturas, prisión, violaciones, etc.), pero por otro lado, el terror prevaleciente y continuado genera miedo generalizado, ansiedad extrema y otros síntomas que pueden convertirse en graves y de larga duración.

En colectivos o poblaciones sometidas a situaciones muy traumáticas como masacres se han observado señales de impacto como las siguientes (Caso Xamám, Guatemala, 1995)(6):

- ◆ Proceso de duelo masivo.
- ◆ Percepción de amenaza y miedo a la reexperiencia traumática.
- ◆ Criminalización y culpabilización.
- ◆ Desestructuración organizativa.
- ◆ Complejidad en la dinámica de los conflictos.
- ◆ La repercusión del proceso judicial (si existiera) y la posible impunidad.

Además, y contrario a lo que muchos piensan, los disturbios sociales se desarrollan, frecuentemente, bajo una dirección y con objetivos predeterminados. Debe visualizarse junto al daño psicológico individual, el daño social que incluye la desmoralización, destrucción de los modos de vida tradicionales y desarraigo de las comunidades.

Por lo general, los servicios locales de salud tienen grandes limitaciones de recursos que les impide abordar los problemas de salud mental derivados de la guerra. Los métodos occidentales clásicos basados en las terapias de corte individual y un enfoque clínico no se ajustan a las realidades. La experiencia ha demostrado que el mayor éxito se ha logrado con programas de base comunitaria, con la ayuda a las comunidades a permanecer unidas frente a la violencia, lo cual contribuye a minimizar sus efectos.

Es necesario ajustar los modelos de intervención a cada localidad y país, actuar en diversos ámbitos, pero fortaleciendo las intervenciones colectivas. Así mismo, evitar la desesperanza y analizar el fenómeno de la violencia en el marco del contexto político existente.

En los conflictos armados se identifican diversos actores como son:

- ◆ Las fuerzas armadas.
- ◆ Grupos guerrilleros insurgentes.
- ◆ Otras facciones armadas con intereses económicos o de control social (paramilitares, bandas delincuenciales, grupos privados, etc.).

Las víctimas más directas son:

- ◆ Personas que sufren amenazas personales y/o familiares.
- ◆ Familiares de asesinados o desaparecidos.
- ◆ Desplazados.
- ◆ Secuestrados y sus familias.
- ◆ Testigos y sobrevivientes de masacres u otros actos de guerra.

Algunas preguntas a realizarse en el tema de la violencia pueden ser:

- ◆ ¿Cuáles son los desafíos para una intervención psicosocial en circunstancias de recrudecimiento de una guerra?
- ◆ ¿Es posible hablar de prevención en un contexto de conflicto armado?
- ◆ ¿Cuáles son los límites de la intervención psicosocial?

1.4 Terrorismo

Después de los ataques del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, el tema del terrorismo se ha hecho más visible y adquirido mayor relevancia como un problema real, cercano y que seguirá afectando a la humanidad en el presente siglo.

Existen varias facetas que es necesario considerar. En primer término, el clima emocional que se crea -con mayor intensidad- en algunos países o regiones donde la población visualiza como un riesgo permanente el ser víctima de un acto de terrorismo. Esa atmósfera incluye manifestaciones de inseguridad, desconfianza, vigilancia obsesiva de cualquier hecho sospechoso, desmoralización, miedo, etc., que indudablemente corroe el tejido social afectando su estructura y funcionamiento. También esto puede favorecer o exacerbar los odios y enfrentamientos étnicos, religiosos, políticos y nacionalistas que crea un caldo de cultivo explosivo en la sociedad. En segundo lugar, están las consecuencias psicosociales directas e indirectas (de corto, mediano y largo plazo) de la acción terrorista, cuando esta se ejecuta.

Los actos terroristas pueden ser de diversos tipos. Por ejemplo, altamente letales o riesgosos pero que se ejecutan silenciosamente y sin conocimiento de la víctima (como en la

transmisión de enfermedades infecciosas). Otros, por el contrario, son abruptos y explosivos afectando a multitudes o grandes colectivos humanos. Las fuerzas de seguridad y los equipos de respuesta humanitaria y sanitaria deben estar preparados para afrontar de manera eficiente este segundo grupo, para lo cual deben existir los correspondientes planes de contingencia para la actuación inmediata y su seguimiento posterior.

En cualquier caso, a nuestro juicio, uno de los problemas es el miedo y la aflicción que toma un carácter masivo y que ya no solo se puede abordar en el plano individual. Estudios realizados en poblaciones sometidas a un clima de terror han identificado que hasta más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía evidente con el agresor, expresan manifestaciones sintomáticas de miedo o pánico. La creación de una "cultura del terror" y su manipulación por grupos organizados es un problema que debe ser cuidadosamente abordado con una estrategia multisectorial. Por otro lado, es evidente que la violencia genera violencia y esta puede convertirse en la forma de vida habitual para muchos pueblos. Este será sin lugar a dudas un tema que requerirá de estudios adicionales y de diseño de estrategias de intervención social.

1.5 Vulnerabilidad psicosocial

Dentro de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad psicosocial nos referiremos en este capítulo, específicamente, a las mujeres, la niñez y los desplazados.

Género

Los grupos más vulnerables son los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia después del desastre. Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad por ser más propensas al daño, las pérdidas y el sufrimiento en el contexto de diferentes amenazas, también tienen menos oportunidades de acceso a los recursos materiales y sociales.

Los desastres se caracterizan por la búsqueda de la preservación de la vida, subsistencia y protección de la familia, siendo la mujer la encargada de cumplir, en gran medida, este papel. Como consecuencia del evento traumático, las mujeres tienen que encontrar, frecuentemente, una salida para las dificultades económicas de la familia (se dedican a la crianza de animales, siembras, etc.) y esto requiere invertir muchas energías físicas y gran desgaste psicológico. En muchas ocasiones, tienen que enfrentar la recuperación solas, como cabeza de su núcleo familiar.

También es habitual que las personas, después de un desastre, tengan sentimientos de pérdida y frustración, aumentando las reacciones de cólera y violencia, en ocasiones, hacia sus familiares más cercanos, los/as hijos/as y las mujeres (esposas). Algunas mujeres, después del evento traumático, han experimentado la violencia por primera vez o han soportado mayores niveles de violencia de su compañero.

El análisis de género es un recurso importante para caracterizar la situación (capacidades y vulnerabilidades) de la población, después del evento. En este análisis aparecen problemas tales como:

- ◆ La invisibilidad del trabajo doméstico.
- ◆ La subordinación en las relaciones de poder.
- ◆ La discriminación y explotación por condición de género.

- ◆ La diferencia social por edad.
- ◆ El múltiple rol de la mujer.
- ◆ Oportunidades y limitaciones para hombres y mujeres.

La población infantil y juvenil

Los niños del mundo están siendo severamente afectados por los conflictos armados, no solo como testigos, también como actores y objetivos. En 1995, el Informe Machel al Secretario General de la ONU (26) estimó en 30 los conflictos armados que estaban ocurriendo en diferentes lugares del mundo. En el último decenio, se calcula que unos dos millones de niños han muerto víctimas de la guerra.

La infancia también ha sido profundamente afectada por los terremotos y otros desastres naturales en los últimos años. Se puede afirmar que no existe lugar en el globo terrestre en que los niños no hayan sufrido algún tipo de experiencia dolorosa a causa de los desastres naturales, guerras, violencia, narcotráfico, secuestros, delincuencia común, etc.

Muchos de estos niños afectados han perdido a sus padres, están desaparecidos o heridos, han dormido en campamentos y en las calles, no han podido asistir a clases debido a que sus escuelas se destruyeron, a veces sus maestros han desaparecido o están muertos, heridos o han sido también afectados. Perdieron además sus pertenencias, se quemaron o quedaron bajo los escombros.

Durante los conflictos armados se violan todos los derechos de los niños (salud, educación, nutrición, recreación, derecho a vivir con sus padres, etc.); el derecho de ser protegidos en las emergencias también se cumple a medias.

Los niños en estas situaciones sufren mucho más que los adultos. Deben y tienen que ser especialmente protegidos, no solo porque la Convención de los Derechos de los Niños lo demanda sino porque éticamente nuestra condición de seres humanos civilizados lo exige.

Los desastres y los conflictos armados afectan todos los aspectos del desarrollo del niño, físico, psíquico y social, pero habitualmente los que se ocupan de su asistencia han centrado sus esfuerzos en la vulnerabilidad física, sin tener totalmente en cuenta sus pérdidas y temores.

Poblaciones desplazadas, refugiados y emigrantes

Los conflictos armados y la violencia social han generado, en gran medida, la tragedia del éxodo de refugiados y desplazamientos de poblaciones. Las personas escapan de la guerra, la desolación y el hambre, en muchos casos sus hogares fueron arrasados, han sido víctimas de amenazas o muerte de familiares.

Esto se combina con el crecimiento poblacional, deterioro ambiental, agotamiento de la tierra, escasez de agua y recursos agrícolas, todo lo cual genera hambrunas y desplazamientos, creando verdaderas emergencias.

A finales de la década de los 90, se calculaban en el mundo, aproximadamente, 50 millones de refugiados y desplazados en sus propios países (27). En estas comunidades se altera la vida tradicional y se produce aflicción psicológica. Por tanto, se imponen estrategias de intervención que tengan en consideración el factor humano y no solo la satisfacción de necesidades inmediatas.



CAPÍTULO II

LECCIONES APRENDIDAS

Las experiencias adquiridas durante los últimos años en el manejo de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias han sido enriquecedoras y han generado una gran cantidad de iniciativas y acciones concretas.

Desde 1977 en que Brownstone y colaboradores propusieron que se concediera a los aspectos de salud mental la misma importancia que se brindaba a la atención física de víctimas y sobrevivientes de los desastres, se ha avanzado progresivamente. Después de las catástrofes de México y Colombia en 1985, "los aspectos psicológicos en situaciones de emergencias han venido a ocupar el lugar adecuado"(52).

Se ha reconocido y aceptado que en situaciones de desastres naturales y emergencias no sólo se producen muertes, enfermedades físicas y pérdidas económicas, sino también una seria afectación en el estado de salud mental de la población. El impacto psicosocial de un desastre es el resultado de varios factores que necesitan ser considerados apropiadamente: la causa y características del evento, la implicación del individuo y el tipo de pérdidas. Así mismo, en países muy afectados se requerirá de un monitoreo continuo para determinar la repercusión a mediano y largo plazo.

Anteriormente, la respuesta ante los eventos críticos era visualizada desde un modelo biomédico con énfasis en la identificación de síntomas, medicación y hospitalización. En la medida en que el paradigma de la atención sanitaria a los desastres ha evolucionado, los problemas de salud mental se abordan de manera más integral y comunitaria.

Paralelamente, se ha producido una evolución de la comprensión y abordaje de la salud mental en Latinoamérica. Especialmente en la década de los 90, se planteó colocar el tema en un nivel de prioridad en las agendas de gobierno, así como el desarrollo de programas nacionales de salud mental.

La Declaración de Caracas (1991) y posteriores Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (1997 y 2001) enfatizan el desarrollo de servicios de salud mental de bases comunitarias y descentralizados. Consecuentemente, el hospital psiquiátrico deja de ser el eje de las acciones de atención en salud mental.

La reestructuración o reorientación de los servicios psiquiátricos, unido a la inserción del componente psicosocial en la atención primaria en salud, ha permitido cambiar los esquemas de trabajo en muchos países de la región y hace posible que ante situaciones de desastres u otras emergencias estén en mejores condiciones de afrontar los desafíos existentes.

A continuación resumimos las principales tendencias en los campos de la salud mental y las emergencias que sustentan, en gran medida, los enfoques de este manual.

Salud Mental	Emergencias
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollo de programas nacionales de salud Mental. ◆ Inserción del componente psicosocial en la APS. ◆ Descentralización de los servicios de atención psiquiátrica. ◆ Desplazamiento del hospital psiquiátrico como eje fundamental de la atención en salud mental. ◆ Evolución de un modelo de atención medicalizado y centrado en el daño, hacia otro integral y de base comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfoque de gestión de riesgo, que significa un abordaje preventivo dirigido a eliminar o reducir la posibilidad de sufrir daños. ◆ Desarrollo de planes y estructuras organizativas en el sector salud para el manejo de los desastres. ◆ Asistencia sanitaria eficiente y compatible con las necesidades de la población. ◆ Reconocimiento del componente salud mental como parte de la respuesta en situaciones de emergencia.

2.1 Preparativos del sector salud para la protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Durante la década de los años 70 y hasta 1985 (cuando ocurren los desastres de México y Armero), el tema de la salud mental era poco reconocido y carente de importancia en situaciones de desastres. No existían prácticamente estrategias de intervención en esta área.

Sin embargo, progresivamente, resultaba evidente el cuestionamiento a los marcos teóricos y metodológicos tradicionales en el abordaje de los problemas de salud mental. Se abrió así la posibilidad de pensar en nuevas alternativas de intervención en situaciones de crisis por desastres colectivos.

En México y Armero se realizaron estudios detallados para evaluar la morbilidad psiquiátrica en condiciones de desastres, a la vez que se implementaron estrategias para el manejo de la problemática de salud mental por los trabajadores de la red de atención primaria (TAP). Se reconoció también la importancia del trabajo grupal y la utilización de espacios comunitarios en las acciones.

Desastre de Armero en 1985 (52).

En Armero se evaluó la eficacia de los servicios que en salud mental podía brindar el trabajador de atención primaria en salud (TAPS), dado que a raíz de la catástrofe fallecieron 37 profesionales y trabajadores de salud mental y quedó destruido el hospital psiquiátrico regional donde se concentraban el 87% de las camas psiquiátricas del departamento de Tolima. En consecuencia, quedó bien claro que al sector salud, en especial al nivel primario de atención, le incumbía ipso facto hacerse cargo de la mayor parte de las necesidades psiquiátricas, tanto de la demanda cotidiana, como de la generada por el desastre.

Terremoto de la ciudad de México en 1985 (52).

La experiencia de México (1985) evidenció las limitaciones conceptuales para entender los procesos individuales y colectivos de índole psicológica y se pudieron apreciar tres tendencias fundamentales: (1) identificación de síntomas, a partir del manual de diagnóstico y estadísticas norteamericano (DSM-III), en la categoría de estrés postraumático, (2) reconocimiento de las limitaciones conceptuales y de abordaje terapéutico del psicoanálisis para la comprensión de éste tipo de procesos psicosociales, (3) un nuevo paradigma que aborda los síntomas como reacciones ante la catástrofe y se plantea la implementación de espacios catárticos donde se reelaboran las experiencias y vivencias a nivel colectivo en el seno de los grupos de autoapoyo; también se implementan nuevos espacios, como escuelas y grupos comunitarios para la promoción de la salud mental.

Posteriormente, ya en la década de los 90, se observa claramente una perspectiva que supera el criterio curativo asistencialista. Se reconoce la importancia del componente psicosocial en las estrategias de intervención y se fortalece el concepto de gestión de riesgo, también se desmedicaliza el problema para abordarlo mas desde la propia comunidad.

Las experiencias en diferentes países de Latinoamérica han permitido identificar algunos problemas comunes en el área de la salud mental, como son:

- ◆ Ausencia, en muchas ocasiones, de un programa nacional de salud mental; el tema no está incluido en los planes de salud en situaciones de emergencia.
- ◆ Dificultades de la población afectada para acceder a una atención especializada, ya que la misma está concentrada en los hospitales psiquiátricos.
- ◆ Pobre preparación de los trabajadores de atención primaria en salud, para el abordaje de los efectos psicosociales de los desastres.
- ◆ Dificultades de coordinación entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones comunitarias.

Ha resultado evidente que los hospitales psiquiátricos, en situaciones de desastres y otras emergencias, no resuelven las necesidades de salud mental de la población, por el contrario, la dificultan; se suma el estigma que tiene del "manicomio" y el estar alejados cultural y geográficamente del lugar donde están las personas que necesitan ayuda.

Las lecciones aprendidas apuntan hacia el desarrollo y/o fortalecimiento de un modelo de atención de salud mental de base comunitaria, que permita brindar un servicio oportuno de amplia cobertura, así como que integre y coordine los diferentes actores sociales implicados en la atención de emergencia. La experiencia ha demostrado que el objetivo es acercar los servicios a la población afectada.

En los últimos años se ha impulsado notablemente la reorientación de los servicios psiquiátricos, lo cual es un paso necesario e importante para lograr la continuidad y sostenibilidad de las acciones que se desarrollan en las situaciones de emergencia.

También se requiere que los profesionales que participen en programas de emergencia deben tener una formación mínima en la temática psicosocial.

El terremoto de El Salvador en enero de 2001 (9).

Las principales dificultades que se presentaron durante la primera semana fueron: escasez de recursos calificados, falta de un programa de salud mental, inexistencia de un equipo especializado en el nivel central, deficiencias de transporte para llegar a las zonas afectadas y la falta de coordinación entre las instituciones. Esto determinó un insuficiente apoyo a los departamentos del interior, no fue fácil dar cobertura a la población afectada por no tener en las zonas de desastre grupos de acción inmediata.

Antes del sismo, el único lugar donde se brindaba el servicio de salud mental en el país era el Hospital Nacional General y de Psiquiatría en San Salvador. El 98% de los recursos humanos para la atención de la salud mental del país estaban concentrados en este hospital.

El evento constituyó un aprendizaje para los profesionales del Hospital Psiquiátrico quienes reconocieron que se podían conseguir mejores resultados trabajando donde reside la población y no esperando a que las víctimas vinieran al hospital. También se promovió la creación de grupos de autoayuda, pero estos profesionales reconocieron su falta de preparación para esa labor.

Efectos del huracán Mitch en Nicaragua. El deslave en Casitas (35)(36).

Se encontró que no existía en el país un plan de salud mental ante situaciones de desastres naturales, lo que ocasionó que muchas agencias y grupos proveyeran servicios a los mismos clientes en la zona de los deslaves. Solo después de seis meses de la catástrofe, las instituciones coordinaron para organizar y dividir la carga de la ayuda.

La asistencia en el campo de la salud mental consistió básicamente en el aporte de recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogos y otros profesionales) ofrecidos por más de treinta organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Posteriormente, el servicio de salud mental continuó durante dos años. En el año 2001, el programa de psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) en León todavía recibía entre 60 y 100 casos semanales de estrés postraumático con origen en este evento natural.

En algunos países, el trabajo de salud mental desarrollado como parte de la atención a los afectados en situaciones de emergencias ha contribuido a incrementar la conciencia de las autoridades del Ministerio de Salud sobre los aspectos psicosociales de la asistencia sanitaria, tanto en caso de desastres como en circunstancias habituales. También se ha evidenciado la necesidad de incluir el componente salud mental como parte de las políticas nacionales en desarrollo, fortalecer la red de servicios y mejorar los procesos de coordinación interinstitucionales.

Otra lección es que después de un desastre de gran envergadura, en especial en terremotos, se necesita proveer educación comunitaria y orientación con relación a la inseguridad emocional causada por miedos ante nuevos desastres o réplicas.

Terremotos en El Salvador en 2001 (9).

Las características muy particulares de este evento (serie de sismos y réplicas constantes en un corto tiempo) provocaron una reacción de la población semejante a la respuesta de quien está sometido a una constante angustia, más que a la de una persona afectada por un terremoto. La reacción de la población ante el primer sismo y los sucesivos fue diferente, porque ya se había perdido la confianza a las explicaciones científicas y se comenzaron a manejar creencias religiosas, designios divinos y mitos.

Al diseñar las estrategias de intervención deben tomarse en consideración los aspectos socioculturales de la población, sus valores, tradiciones y costumbres, así como otras características específicas acorde con grupos de edades, género, lugar de residencia, etc. Así mismo, la vulnerabilidad psicosocial específica, con especial atención a las poblaciones en nivel de pobreza extrema.

Debe fomentarse una participación activa de la comunidad en la identificación de sus propios problemas y en los caminos para su satisfacción.

Terremotos en El Salvador en 2001 (9).

Este desastre produjo víctimas de diferentes estratos sociales de la población. La mayoría de las víctimas fatales del primer sismo (enero) eran habitantes de la clase media de la colonia Las Colinas en Santa Tecla; en el segundo (febrero), la mayor parte de los afectados pertenecía a poblaciones campesinas de muy bajos recursos de la región central del país. Un número importante de campesinos indígenas sufrió daños considerables en sus tierras por la pérdida de animales y la destrucción de sistemas de riego, casas y vías de acceso. Estas poblaciones tienen hábitos y costumbres muy diferentes a otras comunidades afectadas, por lo que requerían de abordajes de salud mental especiales acorde a sus características psicosociales. Sin embargo, estas diferencias no fueron tomadas en cuenta.

Proveer asistencia directa en albergues, escuelas y otros sitios comunitarios parece ser una estrategia imprescindible, lo que permite identificar tempranamente los problemas psicosociales y actuar activamente, no limitando el papel del sector salud a la recepción pasiva de la demanda.

No obstante, el albergue debe ser considerado una alternativa de último recurso, la experiencia ha demostrado que las poblaciones albergadas durante periodos de tiempo prolongado sufren de mayores problemas psicosociales de diversa índole.

Efectos del huracán Mitch en Nicaragua. El deslave en Casitas (35)(36).

La respuesta inmediata fue abrir albergues para los sobrevivientes del deslave. Los servicios de salud mental se enfocaron en tres vertientes: a) identificar a los supervivientes y proveerles intervención en crisis, b) identificar a aquellos que estaban descompensados (porque habían sufrido pérdidas personales) y no respondían a la ayuda psicológica inicial, para ser referidos a los centros de salud y c) proveer asistencia directa en albergues, escuelas y centros comunitarios.

Las agencias suministraron ayuda focalizada en las personas que perdieron sus hogares y fueron ubicados en albergues temporales. Sin embargo, se demostró que toda la población fue traumatizada de una forma u otra por tanto las intervenciones debían ser dirigidas al conjunto de la comunidad.

La mayoría de los sobrevivientes fueron tratados -por el gobierno y las agencias- como víctimas, creando una segunda victimización y un sentimiento de dependencia con relación a las instituciones. También los prestadores de servicios se vieron sobrepasados e impotentes ante la situación. El modelo que funcionó positivamente fue el de implicar a la comunidad en su propio proceso de recuperación con proyectos de siembra y construcción.

Se ha puesto en evidencia que la vigilancia y atención de la salud mental en los menores de edad afectados por desastres es de gran importancia para su futuro desarrollo psicosocial. Uno de los retos en la atención a la infancia ha sido promover un cambio del enfoque psicológico tradicional hacia lo comunitario, privilegiando lo grupal frente a lo individual.

La estrategia de abordaje debe estar relacionada, fundamentalmente, con el diario vivir de los niños y niñas afectados. Con los menores se busca facilitar la expresión de sentimientos, la redefinición de hechos traumáticos y la elaboración de duelos afectivos o físicos de manera que permitan al niño construir nuevas posturas frente a la realidad.

La vigilancia y atención de la salud mental en los menores de edad debe tener en consideración las diferencias de sexo y de edad; por ejemplo, un pequeño de seis años es probable que se niegue a ir a la escuela, mientras un adolescente reaccione con manifestaciones agresivas. La escuela ha probado ser un excelente escenario para el desarrollo de acciones de salud mental con los menores y sus familias.

No hay que temer involucrar en el trabajo de atención psicosocial a adolescentes que también sufrieron la violencia. Algunos jóvenes voluntarios de las comunidades pueden ser seleccionados aunque estén afectados, ya que el método niño a niño permite que se ayuden a sí mismos a través de la aplicación de la metodología.

Terremotos en El Salvador en 2001 (9).

La Ministra de Educación anunció en la prensa nacional que se implementaría "un programa de salud mental en las escuelas para devolver la tranquilidad a los alumnos." "Muchos pequeños, obligados por el dolor y la angustia de sus familias, tratan de reprimir lo que sienten".

Atentado contra la Asociación Mutual Israelita Argentina (A.M.I.A.) en julio de 1994.

Varias escuelas de la zona del desastre solicitaron orientación al Hospital de Clínicas a través de sus docentes y directivos. Previo a la intervención, se encuestaron mil alumnos de nivel primario y secundario y doscientos maestros en las nueve escuelas en las que se actuó; los resultados de las mismas permitieron identificar las reacciones predominantes.

Se coordinaron grupos de reflexión a distintos niveles (directivos, docentes, alumnos y padres). También se trabajó en las escuelas con los profesionales de los equipos psicopedagógicos para dar continuidad a la labor con los recursos propios de las instituciones.

Sólo se derivaron para su asistencia clínica aquellos casos que por la intensidad o características de las reacciones psicológicas, la contención en el marco de la escuela resultaba insuficiente.

Fuente. Comunicación personal de la licenciada Claudia Gómez Prieto (Buenos Aires, Argentina).

Retorno de la alegría (UNICEF, Colombia) (37).

En esta experiencia se logró trabajar de forma integral en los componentes de educación y atención primaria en salud, es decir abordando la población infantil, los padres de familia, las instituciones escolares, los trabajadores de salud y la comunidad visualizándolos como un sistema de relaciones interactuantes que convergen en un mismo contexto.

Para el trabajo lúdico y expresivo, los niños son distribuidos según grupos de edades animándolos a jugar abiertamente, aprovechando los ambientes alternativos del entorno. Se ayuda al niño a proyectarse a través de dibujos, escritos, dramatizaciones, títeres y cuentos para que logre descargar sus emociones. El "Maletín Terapéutico o Mochila de los Sueños" contenía algunos recursos para promover la expresión y el juego.

Para facilitar el proceso se vincularon, de manera voluntaria, jóvenes de ambos sexos entre 14 y 20 años de edad, de preferencia miembros de grupos juveniles organizados. El grupo de jóvenes se capacitó para potencializar la eficacia de su intervención, que además de habilitarlos para ayudar, los forma a sí mismos en educación para la vida y práctica de valores.

También se capacitaron grupos de apoyo de adultos de la comunidad para observar y registrar las afectaciones que presentaban los niños, construyendo la línea de base.

La organización de talleres, charlas educativas y conversatorios con padres de familia ha dado cabida a cuestionamientos referentes a patrones de crianza y sus sistemas relacionales, permitiendo que estos tomen conciencia en prevenir y/o disminuir el maltrato intrafamiliar.

Se vinculó un psicólogo para acompañar el proceso. La metodología del "Retorno de la Alegría" ha permitido atender 115.901 niños y niñas en Colombia, desde 1996 hasta el 2000.

En las estrategias de abordaje psicosocial, parece que no hay grandes diferencias entre lo que se hace en los desastres naturales y las actuaciones en casos de conflictos armados y desplazamientos poblacionales o lo que se denomina como emergencia compleja.

Algunas experiencias exitosas, que han probado su validez, en situaciones de conflictos armados son:

- ◆ No separar a las víctimas del resto de la comunidad para su atención. Deben desarrollarse servicios de base comunitaria que cubran las necesidades de todos, lo cual no excluye que personas con mayor riesgo puedan recibir una atención priorizada. En conflictos armados de larga duración se ha demostrado que toda la población, en mayor o menor medida, ha sufrido y experimentado tensiones y angustias.
- ◆ Incremento, descentralización y fortalecimiento de los servicios públicos de salud mental en los territorios más afectados por el conflicto.
- ◆ Identificación, en el ámbito local, de los problemas psicosociales de la población. En Guatemala, una experiencia importante fue incorporar al trabajo, con la cooperación de facilitadores indígenas, los elementos propios de la cultura local.
- ◆ El acompañamiento humano de carácter grupal en momentos significativos, como las exhumaciones, es una estrategia de abordaje comunitario que complementa las intervenciones clínicas o de otro tipo. Resulta importante el manejo de la muerte dentro del contexto de las tradiciones y costumbres de la comunidad.

- ◆ Atención psicosocial priorizada a niños, niñas y jóvenes utilizando como estrategia de intervención la escuela. Los menores son especialmente vulnerables en situaciones de conflictos armados y sociales y, en muchas ocasiones, son implicados como actores directos (guerrilleros o soldados).
- ◆ Desarrollo de actividades educativas a grupos comunitarios, con especial dedicación a la problemática por la que están atravesando.
- ◆ Son de especial significado las medidas tendientes a institucionalizar las acciones dentro del sector salud, con una visión de mediano y largo plazo. Se ha demostrado que los efectos psicosociales de los conflictos armados afectan a varias generaciones.

Guatemala: atención y recuperación en salud mental después de un conflicto armado de 36 años de duración (42).

En Guatemala, los problemas relacionados con la salud mental son múltiples y complejos. Están agravados por el conflicto armado que vivió el país por más de tres décadas, la existencia de conductas violentas, pobreza, desarraigo y discriminación. El saldo en muertos y desaparecidos del enfrentamiento fratricida llegó a más de 200.000 personas; también se logró documentar una cifra de 669 masacres. Las estimaciones sobre el número de desplazados internos y refugiados en otros países van desde 500 mil hasta un millón y medio.

La población indígena fue forzada a vivir, algunas veces, lejos de su lugar de origen y en comunidades donde coexistían varios grupos étnicos y bajo el control militar. Se considera que se causaron serios disturbios en la estructura de vida tradicional y familiar. Casi todos los niños de las regiones más afectadas por el conflicto armado han vivido en una "cultura del miedo".

Hasta 1997, en Guatemala los servicios de salud mental eran inexistentes en el interior del país. En ese año -posterior a la firma de los Acuerdos de Paz, diciembre de 1996- el Ministerio de Salud Pública, con la cooperación técnica de la OPS, elaboró y comenzó la implementación de un programa de salud mental, focalizado especialmente a la atención y recuperación psicosocial de las poblaciones que habían sido afectadas por el conflicto armado. Este plan ha desbordado los límites de la atención psiquiátrica/psicológica especializada y se sustenta en un enfoque amplio e integral de los factores psicosociales de la salud humana.

Actualmente, se han desarrollado unidades de salud mental en 17 departamentos (de un total de 26 áreas de salud) y 16 centros de salud de la capital. Así mismo, se ha trabajado intensamente en estos años en la capacitación a trabajadores de atención primaria en salud, maestros y líderes comunitarios. También se desarrolló un "Módulo de atención psicosocial para niños en edad escolar" que incluye un manual instructivo para el trabajo y algunos recursos para el desarrollo de actividades lúdicas y expresivas en las escuelas.

Las fuerzas militares también han realizado aportes valiosos para la intervención en situaciones críticas, en especial en condiciones de guerra. Muchas de las conclusiones a las que han arribado y la filosofía de trabajo asumida pueden transferirse a la población civil y a las actuaciones en situaciones de desastres.

La experiencia de las Fuerzas Armadas Norteamericanas (16).

La experiencia militar ha demostrado que cuando el ser humano es expuesto a eventos de tipo catastrófico como las guerras, se desarrollan síntomas físicos y psicológicos que al no ser atendidos debidamente, pueden convertirse en trastornos psiquiátricos severos.

En las fuerzas militares americanas se ha establecido un sistema de prevención e intervención en el estrés traumático y fatiga de combate que ha sido muy efectivo. Entre los factores que han sido identificados resaltan la cohesión del grupo como elemento protector en contra de la fatiga de combate. Por ejemplo, unidades como los paracaidistas o fuerzas especiales tienden a tener un número menor de afectados que las fuerzas regulares. La intensidad y duración del combate es asimismo un elemento clave; mientras más intenso y duradero sea el combate más probable será el desarrollo de síntomas dentro de las tropas. También la personalidad del individuo y su habilidad para tolerar el estrés y el acceso a ayuda inmediata minimizan, significativamente, los efectos del estrés traumático.

Se ha establecido que si la intervención se hace próxima al lugar de combate, inmediatamente después del evento traumático y con una expectativa de recuperación total, más del 75% de los afectados se recuperan y pueden regresar a sus puestos.

El método utilizado implica el uso de equipos especiales de "debriefing" que desarrollan su trabajo usando técnicas de terapia de grupo estructuradas y de tiempo limitado.

Dentro de la prevención se incluye la adecuada selección del personal, información y educación, práctica regular de situaciones de desastre y énfasis en cohesión y liderazgo.

Las lecciones aprendidas nos aportan también algunas pautas generales para la intervención:

1. Esforzarse por proveer ayuda inmediata a los afectados.
2. Establecer conciencia de la necesidad de contextos seguros.
3. Enfatizar en el retorno a la "normalidad" lo más pronto posible, evitando la re-victimización y favoreciendo un ambiente propicio para la intervención psicológica.
4. Establecer equipos de intervención interdisciplinarios y formados con elementos autóctonos, bien entrenados y obviamente familiarizados con la cultura local. Estos equipos pudieran ser provistos de los recursos necesarios para trasladarse a diversas áreas y ser autosuficientes.

2.2 Manifestaciones psicosociales más frecuentes en los desastres naturales y conflictos sociales

En el campo de la psicología y la psiquiatría, la teoría de la crisis ofreció un marco conceptual que permite ubicar las reacciones psicológicas como respuestas normales ante situaciones críticas, facilitando así un abordaje sistémico, multidimensional y en el contexto socio cultural. En la década de los 80, el modelo demostró ser útil para diseñar una atención pragmática e integradora, con posibilidades reales de implementación. Sin embargo, este enfoque aún debe ser ampliado para una adecuada comprensión de los procesos psicosociales en situaciones de emergencias.

Los problemas psicosociales implicados en las emergencias requieren de una profunda discusión e investigación. Kohn (19) ha expuesto de manera crítica el estado actual de las investigaciones epidemiológicas en los desastres: "aunque existen excepciones, pocos

tienen muestras grandes y representativas, grupos de comparación, medidas de resultados sistemáticas y fiables, análisis multivariados de los efectos de la exposición, inclusión de factores de riesgo conocidos y modificaciones de los trastornos bajo estudio".

Resulta evidente que los trastornos depresivos y ansiosos, cuadros de estrés agudo y el consumo excesivo de alcohol son los problemas que comúnmente se citan en la fase aguda de los desastres.

La recuperación puede ser obstaculizada por los estresores secundarios, incluida la pobreza y la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a un estrés secundario quizás sean más vulnerables y mantengan índices mayores de estrés postraumático, depresión, discapacidad y malestar psicológico. Aquellos individuos en riesgo y los factores que pueden mediar necesitan identificarse para que puedan implementarse los servicios e intervenciones adecuadas.

A continuación se muestran dos ejemplos de investigaciones recientes, auspiciadas por la OPS en la región, donde se analizan las manifestaciones psicosociales predominantes. La primera, es un estudio de prevalencia de trastornos psíquicos en el periodo inmediato posterior al huracán Mitch en Honduras.

La segunda, es una investigación de tipo cualitativo donde se realizó una descripción de la dinámica psicosocial de poblaciones que fueron afectadas por un conflicto armado interno de mas de tres décadas de duración en Guatemala.

Manifestaciones psicosociales en el periodo posterior al huracán Mitch. Resultados de una investigación de la población adulta en Tegucigalpa, Honduras. (Organización Panamericana de la Salud / 1998-1999) (19)(23)

El episodio depresivo mayor estuvo presente en un 19,5% de la población. Las zonas de alta exposición tenían una tasa de un 24,2%, contra un 14,2% en los barrios menos expuestos.

La presencia de estrés postraumático (EPT) se encontró en un 10,6% de la población; en el 7,9% del grupo de baja exposición y el 13,4% de la muestra sumamente expuesta. Sin embargo, la tasa de síntomas de EPT relacionados con el huracán fue mucho mayor (23,0%) cuando se excluyeron los criterios de duración y discapacidad. La tasa de comorbilidad (EPT y episodio depresivo mayor) fue de un 6.9%; un 8.9% en el grupo de alta exposición y 4,9% en el grupo de baja exposición.

Los problemas relacionados con el alcohol se elevaron significativamente en el grupo de bajo estrato socioeconómico y alta exposición que vivía en albergues.

Factores de riesgo: La exposición alta, género femenino, estrato socioeconómico bajo, divorciado, separado o viudo, bajo nivel educativo y haber tenido "problemas previos con los nervios" fueron factores significativos de riesgo para la morbilidad.

Patrones de búsqueda de atención: Un 26,5% de la muestra consultó los servicios de salud después de huracán Mitch. El 8,9% de la muestra informó que consultó con alguien o solicitó ayuda después del huracán por los "problemas con los nervios". Las mujeres fueron a los servicios de salud en una tasa mayor que los hombres y más a menudo buscaron ayuda para los "problemas con los nervios".

Exposición a la violencia: La exposición a la violencia después del huracán ocurrió en, aproximadamente, un tercio de la muestra, y un 6,2% informaron haber sido asaltados ellos mismos. El 7% de los entrevistados admitieron perpetrar actos de la violencia. Los más pobres fueron los más afectados.

Manifestaciones psicosociales de la población afectada por la guerra en Guatemala. Estudio cualitativo realizado en el Quiché y Alta Verapaz, 1998. (Organización Panamericana de la Salud, 1998) (41)

Algunos de los resultados más significativos son:

- ◆ Los problemas de salud mental –según la opinión mayoritaria– aparecieron o se incrementaron durante y después del conflicto armado de 36 años.
- ◆ Hoy, a la mayoría de las personas -especialmente en las zonas rurales e indígenas– los invade una sensación de frustración y desesperanza.
- ◆ Los problemas más frecuentes de salud mental en niños fueron: ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, timidez y aislamiento, problemas de conducta, conflictos con la autoridad, trastornos del sueño y enuresis. En jóvenes de zonas rurales se observa un incremento de las adicciones, en especial alcohol y tabaco, también, aunque a pequeña escala, otras adicciones como inhalar pegamento o gasolina. La conducta suicida en jóvenes es un hecho relativamente novedoso que se presentó en Nebaj.
- ◆ Durante el conflicto armado se trastornó la vida de las familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas, la comunicación era pobre y había mucho miedo o temor. Las personas vieron o experimentaron situaciones traumáticas como muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, etc. La gente se empobreció más y perdieron su pequeño patrimonio. Apareció el fenómeno de proliferación de sectas religiosas (fundamentalmente evangélicas) en detrimento de las prácticas tradicionales (mayas) y de la propia religión católica. Se descuidó la naturaleza, que incluso, como consecuencia de la guerra, se destruía.
- ◆ Se afirma que después del conflicto armado se han perdido muchas tradiciones y valores culturales propios del indígena guatemalteco, los "ancianos no pudieron transmitir su cultura". Se considera pernicioso la influencia de las "costumbres de la capital" y la influencia de los medios de comunicación masivos. Hoy predomina el individualismo, en lugar de la solidaridad humana y muchos creen que tantas religiones han contribuido a dividir la población. Otros, por el contrario, insisten en la necesidad de recurrir a la "Palabra de Dios" para enfrentar la problemática social actual. Se sostiene que hay muchas personas que aún tienen desconfianza y temor a hablar.
- ◆ En lo referente a los mecanismos de afrontamiento, se destaca que antes y durante el conflicto armado lo fundamental era la ayuda espiritual o religiosa y de familiares o amigos. Los mecanismos actuales dependen menos de las costumbres y tradiciones.

2.3 Mitos y realidades

Mito	Realidad
Los problemas psicosociales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su impacto es reducido.	En situaciones de desastres naturales y emergencias se genera una importante problemática psicosocial, en especial entre la población que fue más damnificada o afectada. Esto incluye el incremento de la morbilidad psiquiátrica.
Se requiere de personal y servicios especializados, como condición indispensable para afrontar la problemática de salud mental.	La principal estrategia es el fortalecimiento y capacitación de la red de APS, agentes comunitarios y voluntarios que son la primera línea de contacto con la población; se eleva así su nivel de resolutivez.
Los hospitales son los más importantes centros de salud para atender los trastornos psíquicos.	La APS es el eje fundamental en que el sector salud debe abordar la problemática de salud mental.
Estigma y aislamiento social: "los enfermos mentales deben ser aislados u hospitalizados".	Los trastornos psíquicos abarcan una amplia gama de problemas, desde emocionales ligeros hasta severas demencias. Sin embargo, la mayoría de ellos pueden ser atendidos ambulatoriamente en la propia comunidad, tienen buen pronóstico y se recomienda como la principal medida de rehabilitación la reincorporación a la vida cotidiana.
Los trastornos psíquicos tienen una evolución deteriorante y la eficacia de los medios terapéuticos es muy reducida.	El desarrollo actual de las ciencias de la conducta permiten disponer de múltiples tecnologías de intervención (medicamentosas, psicoterapéuticas, sociales, etc.).
La frecuencia de psicosis (locura) se incrementa durante los desastres.	La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados no han encontrado un aumento significativo de las psicosis en situaciones de desastres, excepto la descompensación de trastornos preexistentes.
Los trastornos psíquicos no son previsiblez	Existen medidas educativas y otras que pueden reducir el riesgo de padecer trastornos psíquicos y fortalecer los mecanismos de afrontamiento individual y social.
El trastorno por estrés postraumático es la afección psíquica más frecuente en los desastres y otras emergencias.	El estrés postraumático es uno de los cuadros que puede observarse en el periodo postcrítico. Pero una gran proporción de los cuadros que encontramos son depresivos, ansiosos o de otra índole.
En situaciones de emergencias son frecuentes los estados colectivos de pánico.	El pánico colectivo es poco frecuente y aparece solo en determinadas circunstancias.
La atención en salud mental -durante los desastres y otras emergencias- requiere de suministros adicionales de medicamentos (psicofármacos).	La estrategia de abordaje de la salud mental en los desastres no está centrada en la terapia individual con uso de psicofármacos, aunque esto no excluye que algunos casos requieran de medicamentos.
La violencia y la agresividad no son frecuentes en los albergues.	La mayoría de los estudios reflejan un incremento de las conductas violentas y el uso excesivo o abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
La atención en salud mental debe ser reservada a personal calificado del país, que conoce el idioma, la cultura e idiosincrasia de la población.	Es una verdad parcial. Por lo general, en los países hay recursos calificados que pueden ser movilizados y tienen la ventaja del conocimiento local. Debe evaluarse cuidadosamente las necesidades reales de personal especializado del exterior.
La ubicación de los damnificados y víctimas en albergues o asentamientos temporales es una alternativa de primer orden.	Es la peor opción.
La población afectada está tan indefensa y conmocionada que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia.	Muchas personas están dispuestas ayudar y actúan de forma generosa. La autoreponsabilidad y la participación social son principios básicos para la recuperación psicosocial.

CAPÍTULO III

MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES Y PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN

3.1 Reacciones no patológicas ante eventos traumáticos en personas adultas

Ante una situación anormal -como los desastres- ciertos sentimientos y reacciones son frecuentes. Puede ser que algunas de esas emociones no se hayan experimentado anteriormente, cada persona es diferente y puede responder de distinta manera en ciertos momentos.

También es claro que la exposición a eventos traumáticos debe producir un mayor nivel de tensión y angustia en las personas, así como que el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de las víctimas y no se borrará de su memoria. Pero se ha demostrado que sólo algunos sujetos experimentarán problemas más serios o duraderos que podrán calificarse como psicopatología. La gran mayoría no sufre en ese momento de ninguna enfermedad mental, sólo están experimentando reacciones esperadas ante un suceso vital significativo.

Sin embargo, las respuestas institucionales más frecuentes están basadas en la atención psiquiátrica individual y sirven sólo a un número muy reducido de las personas afectadas. Se ha demostrado que si existe una rápida y adecuada intervención psicosocial estas reacciones pueden disminuir y los sujetos volver al funcionamiento normal.

Compartiendo experiencias (Testimonio de una religiosa que trabaja en el Caquetá, Colombia).

Se presente la situación por el silencio de una comunidad donde la gente teme hablar porque la vida corre peligro de muerte. Siento un pánico terrible a las balas, así como yo lo digo es como la gente también le teme. De la noche a la mañana, desaparece un miembro de la comunidad y tiene que desplazarse del pueblo a otro lugar por temor a ser asesinado o secuestrado. A mí y a personas muy amigas nos ha tocado presenciar el dolor del secuestro. La vida allí parece no tener valor, asesinan niños, jóvenes, mujeres, ancianos. Ocurren asesinatos donde de una vez desaparecen el esposo y la esposa, dejando hijos. Si alguna de las fuerzas que operan en la región frecuentan una tienda o familia, éstos están expuestos a la muerte o a abandonar su sitio de trabajo, por las amenazas de los "otros".

Los retenes son muy comunes, organizados por los grupos insurgentes, paramilitares o guerrilla. En mi experiencia me encontré en un retén con esta gente. Nos dijeron, estamos en un paro armado. Y, yo le conteste, ustedes no avisaron. No, esto no estaba avisado. Fue una sorpresa. Pero déjenme que me voy con los muchachos al taller para Florencia. Pensé y dije manos a la paz. Bájense, me contestaron. ¿Y hasta cuándo? Quién sabe, dijeron. Déjenme volver para mi pueblo. No, ustedes se quedan.

Nos bajamos del carro con los jóvenes y empezaron a llegar mas carros, tanto de ida para el pueblo como de regreso hacia Florencia. Yo pensaba, ¡ay! Dios mío, nos tiene que salvar tres personas muy importantes Jesús, María y el nombre de su santo. Esto tiene que salir de acá, y empecé a rezar en silencio, me fui a una casita y empecé a escuchar los comentarios de las dificultades de la gente, pero nadie hablaba sobre lo que estaba ocurriendo, los conductores conversaban, se reían, comían. Como a las tres horas, hicieron desocupar un camión y se fueron con el conductor, eso es para reforzar mas personal y se va a poner más caliente más tarde. Luego, cogieron a unos conductores de taxi y también se

los llevaron. En ese retén había personas de todos los gremios, maestros, médicos, jueces, ganaderos, comerciantes, campesinos. Solo pensábamos en una pesca milagrosa en ese momento. Como a las seis horas, empezó el fuego entre militares e insurgentes. Todas las personas que estuvimos allí, nos metimos en unas casitas, otras bajo los carros. Se escuchaba el estallido de morteros, granadas, metralletas, lo que generó un gran pánico entre las personas. Por fin, lograron evacuarnos del lugar de los civiles y continuó el fuego entre ellos. Como resultado, hubo carros dañados, muertos y heridos. Luego regresamos para entregar a los muchachos. Nadie comentaba NADA. Entre estas personas había niños de brazos, jóvenes. Cuando nos cogieron con las balas, veíamos a niños pálidos de miedo corriendo.

Después que regresamos siguieron los combates y hubo muertos. A los tres días, un líder de esa pequeña comunidad donde fue el retén, comunicó al ejército de un cadáver que estaba en estado de descomposición. El grupo insurgente inmediatamente amenazó a esta persona que salió unos días del lugar, luego regresó, pero este hecho le costó la vida, junto con otra señora. Los enterramos la semana pasada.

Después de eso han seguido los retenes en la carretera, bajando gente de los carros y los asesinan, se llevan a los taxis junto con los conductores hacia los cerros. Hace poco hubo otro paro armado, voladuras de puentes y la gente con mucho miedo.

También nos toco dos horas de pura reventada de cilindros, metralletas en la mañana. Todas las personas corrieron a resguardarse, nadie salía, silencio absoluto.

Yo vivo todo esto junto con la gente, con temor, pero con esperanza de que algún día encontremos caminos de paz. Se conversa mucho con las personas, dando esperanza, acompañando en el dolor, pensando que nadie tiene derecho a quitarle la vida a otro.

Mataron al alcalde y eso fue una cosa que no tiene nombre. La gente se volcó y ofreció el dolor por la paz. Guardemos la esperanza de que algún día esto cambie. Lo que uno ve cotidianamente es miedo y pánico. A raíz de lo que me toco vivir en la carretera, cogí fuerzas y pienso que vuelve eso al oír las balas. Esa fuerza me da esperanza, me ha fortalecido mucho y me ha servido para sentir lo que siente mi pueblo, a vivir esa realidad. Ahí va caminando uno, con la esperanza. El pueblo es de fe y se siente el dolor, se acompaña y se ora mucho.

No hemos tenido un desastre grave en el pueblo porque oramos de verdad y eso es parte de un legado cultural. Mi entidad como persona religiosa me fortalece cada día y me ayuda a encontrar sentido a la vida. Cuando salgo por la mañana, no sé que me va a pasar, pero sigue la esperanza.

El relato de la hermana es un vívido ejemplo de una cultura del miedo. También la exposición prolongada en conflictos armados, en un contexto de pobreza, favorece la aparición de numerosas manifestaciones psicosociales en una gran parte de la población (Informe de Recuperación de la Memoria Histórica de Guatemala, REHMI) (41).

Las personas expuestas a situaciones tales como daño físico, haber quedado atrapado, haber observado la destrucción en la comunidad, ser arrastrado por corrientes de agua, ser testigo de muertes, sufrir grandes pérdidas, etc., pueden experimentar sentimientos, ideas y sensaciones corporales como miedo, angustia, pena, aflicción, tristeza, desesperanza, etc.

En el caso de las catástrofes, el miedo no es tanto un clima emocional, cuanto una reacción colectiva episódica, pero la gente tiene que aprender a manejarla. Además, la probabilidad que el hecho se repita, generalmente, produce mas temor en los sobrevivientes (7).

Cada persona vive y le da un significado diferente a las experiencias por la que ha atravesado. Patrones sociales y culturales determinan que los hombres y mujeres reaccionen de manera diferente; los hombres tienden a reprimir y guardar las emociones dolorosas así como sus sentimientos de angustia y miedo, les resulta difícil hablar y hacerlo lo interpretan como una debilidad; las mujeres tienden a comunicarse más fácilmente, a expresar sus temores y ansiedades, así como buscar apoyo y comprensión para sí misma y sus hijos.

Es necesario tener en cuenta las características propias del adulto mayor. En algunas culturas los ancianos son fuente de experiencia y sabiduría y son la memoria histórica de como las poblaciones, a lo largo del tiempo, han afrontado situaciones críticas; poseen un sentido de identidad, arraigo, así como de pertenencia y preservación de la cultura. Suelen ser un eje unificador al interior de la familia y la comunidad. Son personas que tienen conocimientos sobre métodos tradicionales de curación, apoyan, contienen y dan seguridad a los niños. Los ancianos transmiten experiencias a través de historias, cuentos y canciones; estas generalmente llevan un mensaje positivo de afrontamiento de las situaciones difíciles.

Sin embargo, las experiencias de trabajo con adultos mayores también ponen de manifiesto aspectos de exclusión; algunos se encuentran aislados, carecen de redes de apoyo, son percibidos como una carga para sus familiares, no son tomados en cuenta como factores activos y productivos, se les mantiene desinformados para no "preocuparlos o angustiarlos" y se toman decisiones sobre sus vidas y pertenencias, sin consultarlos.

La mayoría presentan problemas de salud o discapacidades (físicas y/o psíquicas) a las cuales no se les concede, en ocasiones, importancia. También se hace más evidente el deterioro de sus habilidades físicas y mentales. Como factor de riesgo psicosocial adicional se puede citar que han sufrido pérdidas previas de personas significativas.

Todo estas consideraciones hacen más complejas y difíciles las manifestaciones psicosociales que presentan los ancianos como consecuencia de un desastre, y numerosos factores deben ser tomados en cuenta en el abordaje de este grupo poblacional específico.

Es necesario que las experiencias traumáticas, así como las pérdidas y el duelo adquieran diferentes formas de expresión, según la cultura. Los conceptos predominantes sobre la vida y la muerte y la ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquieren relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido.

Las manifestaciones que describimos pueden ser solo la expresión de una respuesta comprensible ante las experiencias traumáticas vividas, pero también pueden ser indicadores de que se está pasando hacia una condición patológica. La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos y las vivencias, determinando si se pueden interpretar como respuestas "normales o esperadas" o por el contrario, pueden identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje profesional.

Algunos criterios para determinar que una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática son:

- ◆ Prolongación en el tiempo.
- ◆ Sufrimiento intenso.
- ◆ Complicaciones asociadas (ejemplo, una conducta suicida).
- ◆ Afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona.

A continuación un listado de algunas de las manifestaciones que pueden observarse en personas adultas:

<p>Nerviosismo o ansiedad. Tristeza y/o llanto. Culpabilidad por haber sobrevivido. Ideas de suicidio. Fatiga. Problemas para dormir o descansar. Confusión para pensar y/o problemas de concentración. Problemas de memoria. Disminución de la higiene personal. Cambio en los hábitos alimenticios. Pérdida de confianza en uno mismo. Recuerdos muy vivos del evento. Culpar a los demás. Frustración. Desorientación en tiempo o lugar. Sentimiento de impotencia. Uso excesivo de alcohol y/o drogas. Problemas en el trabajo y/o familia. Enojo y/o irritabilidad.</p>	<p>Inseguridad. Necesidad de estar solo. Crisis de miedo o pánico. Disminución en la resistencia física. Dificultades para retornar al nivel normal de actividad. Sentirse aislado o abandonado. Sentirse frío emocionalmente. Sentirse abrumado. Intensa preocupación por otros. Náuseas. Dolores de pecho o cabeza. Temblores musculares. Dificultad para respirar. Palpitaciones o taquicardia. Aumento de la presión sanguínea.</p>
--	---

Guatemala: Informe de Recuperación de la Memoria Histórica (REMHI) (41).

Se recopilaron datos sobre reacciones psicosociales en el momento de los hechos. "Las personas que dieron sus testimonios describieron como problemas más importantes el miedo (31%) y la tristeza (29%) como efectos de las pérdidas y la violencia. También se refieren al hambre y sufrimiento extremo (21%), profundos sentimientos de injusticia por las muertes (15,4%) y enfermedades psicomáticas (15%)".

"Luego, los sobrevivientes describen que la violencia les produjo mucha impotencia (12,5%), perspectivas negativas hacia el futuro (8,1%) y un duelo alterado (8%). En menor medida, los testimonios recogen cambios en la visión de sí mismo o el mundo (2,6%) y sentimientos de soledad por la pérdida de familiares (3,2%). Por último, hay poca frecuencia de culpa manifiesta (1,3%) y las enfermedades mentales severas afectaron, según los testimonios, a una minoría de la población (1%)".

Algunas recomendaciones útiles para los afectados, sus familiares y amigos

Para los afectados:

- ◆ Buscar compañía y hablar. Compartir sentimientos y pensamientos con otros.
- ◆ Escuchar y ayudar a sus compañeros.
- ◆ Permitirse sentirse mal, deprimido o indiferente.
- ◆ Realizar ejercicios físicos suaves, alternados con relajación.
- ◆ Estructurar el tiempo y mantenerse ocupado.
- ◆ No evadir el dolor o sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.
- ◆ Tratar de mantener un itinerario de vida lo más normal posible.
- ◆ Hacer cosas que lo hagan sentir bien, útil y solidario.
- ◆ Tomar pequeñas decisiones cotidianas.
- ◆ Descansar lo suficiente.
- ◆ Intentar, dentro de lo posible, comer bien y regularmente.
- ◆ Saber que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales y deben ser compartidos

Para los familiares y amigos de los afectados:

- ◆ Escucharlos detenidamente y acompañarlos.
- ◆ Promover ayuda y solidaridad, así como fortalecer vínculos entre familiares y amigos.
- ◆ Proveer información suficiente.
- ◆ Estimularlos a participar en las tareas de la vida cotidiana.
- ◆ Comprender y aceptar el enojo y otros sentimientos de los afectados.
- ◆ No decirles que tienen "suerte de que no les fue peor". Las personas traumatizadas no encuentran consuelo en esas frases. En cambio, se puede expresar que lamenta lo sucedido y que lo entiende.

3.2 Trastornos psíquicos más frecuentes

En situaciones de emergencias, las patologías psíquicas más observadas son de tipo depresivo y de ansiedad, así como los trastornos por estrés agudo y por estrés postraumático.

Trastornos depresivos y/o de ansiedad

Manifestaciones clínicas:

El paciente presenta una gran variedad de síntomas psíquicos o físicos relacionados con la angustia, frustración y tristeza. En ocasiones, el cuadro se manifiesta en forma de un ataque o crisis aguda, que requiere una atención de emergencia. Las expresiones más frecuentes son:

- ◆ Estado de ánimo bajo o tristeza.
- ◆ Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar.

- ◆ Ansiedad, tensión o nerviosismo.
- ◆ Intranquilidad.
- ◆ Preocupaciones constantes.
- ◆ Temblores.
- ◆ Trastornos del sueño.
- ◆ Astenia o fatiga y pérdida de energía.
- ◆ Falta de concentración.
- ◆ Trastornos del apetito.
- ◆ Ideas o actos suicidas.
- ◆ Pérdida o disminución del deseo sexual.
- ◆ Palpitaciones.
- ◆ Mareos.
- ◆ Sequedad de boca.

Pautas de actuación:

- ◆ Informar al paciente y sus familiares que estas manifestaciones no son consecuencia de la falta de voluntad para enfrentar los problemas, sino que la situación por la que ha pasado la persona puede causar estos trastornos emocionales. El apoyo familiar y social es muy importante.
- ◆ Permitir que hable libremente y transmitirle apoyo, confianza y seguridad.
- ◆ Identificar factores predisponentes que existían previo a la situación traumática.
- ◆ No aborde inicialmente los temas más dolorosos, aunque tampoco impida que lo haga si así lo desea.
- ◆ Animarlo a que realice su vida normal, retomando tareas que han sido de ayuda en el pasado. Planificar actividades que ocupen a la persona, lo distraigan y ayuden a reforzar la confianza en sí mismo. Identificar y reforzar las actividades que ha podido realizar con éxito.
- ◆ Tratar de alejar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas por diferentes métodos.
- ◆ Si existen síntomas físicos, intentar averiguar la conexión entre estos y el estado emocional. Evaluar si pudiera existir otra enfermedad concomitante.
- ◆ Búsqueda de alternativas para el enfrentamiento y/o solución de problemas, dada la situación difícil por las que está atravesando.
- ◆ Aplazamiento de decisiones. Cuando se está muy tenso o deprimido, no es el mejor momento para tomar decisiones importantes.
- ◆ Animar al paciente para que practique métodos de relajación y ejercicios físicos.
- ◆ Es recomendable que tome infusiones calientes por las noches como tranquilizantes.
- ◆ Evaluar un posible riesgo de suicidio y tomar la conducta recomendada en estos casos.

En la crisis de ansiedad, las respiraciones suelen ser rápidas y superficiales. Si le pedimos que el paciente realice inspiraciones más profundas y respire por la nariz se consigue hacer más lenta la frecuencia respiratoria. Una vez controlada la respiración se puede intentar técnicas de relajación sencillas.

Trastorno por estrés agudo

Es un cuadro de carácter agudo que aparece como consecuencia de la exposición al evento traumático. De acuerdo al nivel de intensidad y presencia de síntomas se clasifica en ligero, moderado o grave. Las manifestaciones clínicas aparecen dentro del plazo de una hora posterior al psicotrauma y deben desaparecer o aliviarse en un término no mayor a 48 horas.

Manifestaciones clínicas:

- ◆ Manifestaciones de ansiedad generalizada que incluye tensión, angustia, dificultad para la concentración, intranquilidad y algunos síntomas físicos.
- ◆ Desesperanza o frustración.
- ◆ Tristeza o manifestación de duelo excesivo e incontrolable.
- ◆ Aislamiento social.
- ◆ Irritabilidad.
- ◆ Puede aparecer desorientación o estrechamiento de la conciencia.

Pautas de actuación:

- ◆ Proveer información, destacando la transitoriedad de los síntomas que se han producido por el evento traumático vivido.
- ◆ De acuerdo a las circunstancias y, si el caso lo requiere, puede proporcionársele reposo y tranquilidad durante un breve tiempo en el contexto familiar.
- ◆ Aplicar las pautas señaladas en el trastorno depresivo ansioso.

Conducta o ideación suicida

La conducta suicida, como consecuencia de situaciones de desastres (en la fase crítica), no resulta tan frecuente; sin embargo, se observa un incremento de la ideación suicida, en relación con los sentimientos de culpa del sobreviviente y en casos de experiencias traumáticas extremas. La predicción de los actos suicidas, al igual que otras conductas humanas, no resulta una tarea fácil; la evaluación del riesgo es compleja.

Factores o condiciones que incrementan el riesgo suicida:

- ◆ Ideación suicida intensa y persistente.
- ◆ Intentos suicidas previos.
- ◆ Existencia previa de trastornos psíquicos, en especial depresión intensa y persistente.
- ◆ Alto grado de exposición al evento traumático o haber sufrido pérdidas de gran magnitud.

- ◆ Plan suicida desarrollado y disponibilidad de medios para ejecutarlo.
- ◆ La falta de apoyo social y familiar.
- ◆ El consumo de alcohol u otras sustancias limita la capacidad de autocontrol.
- ◆ Dificultades socioeconómicas.
- ◆ Padecer enfermedades crónicas e invalidantes.

Pautas de actuación:

- ◆ En un primer momento, no censure ni critique duramente su conducta; tampoco, la juzgue de una manera superficial o ligera.
- ◆ Trate de convencerlo que es mejor posponer cualquier decisión importante y dispónese a recibir ayuda.
- ◆ Converse con la persona y evalúe la situación ocurrida en su conjunto.
- ◆ Evalúe el riesgo suicida futuro.
- ◆ Alerta a la familia para que lo mantenga bajo observación y cuidado.
- ◆ Tratar la depresión u otra patología concomitante. Adoptar similares medidas que en caso de depresión y/o ansiedad.

Trastornos disociativos o de conversión

Manifestaciones clínicas:

- ◆ La presentación suele ser súbita y está relacionada con la situación y las circunstancias vividas.
- ◆ El paciente presenta síntomas físicos poco frecuentes que no tienen causa biológica aparente, tales como ataques epileptiformes, excitación, agitación, amnesia, estado de trance o pérdida de conciencia, anestesia, trastornos visuales, parálisis, afonía, confusión de identidad, estados de posesión, etc.
- ◆ Los síntomas pueden ser dramáticos, aparentemente inusuales y variables. Habitualmente, desaparecen rápido y sin dejar secuela.

Pautas de actuación:

- ◆ Animar al paciente a que relacione las situaciones, pérdidas y dificultades recientes con sus síntomas.
- ◆ Promover en el paciente la búsqueda de soluciones positivas para su situación sin reforzar los síntomas existentes. Evitar que, como consecuencia del episodio, obtenga ganancias secundarias y que aprenda a utilizar la crisis para escapar de los problemas o solucionarlos de manera fácil.
- ◆ Recomendar un breve período de descanso, pero desaconsejar una prolongada retirada de las actividades habituales.
- ◆ Debe evitarse el uso de sedantes o somníferos, reservándolos para aquellos casos en que sean estrictamente necesarios.

Trastorno psicótico agudo

En los desastres naturales y otras emergencias no se ha demostrado que exista un aumento en la incidencia de psicosis, aunque como consecuencia de experiencias traumáticas intensas pueden presentarse ocasionalmente cuadros agudos de corta evolución o descompensaciones de enfermos preexistentes. También debe descartarse una causa orgánica, pues en esas circunstancias la persona puede haber recibido un trauma o padecer una enfermedad infecciosa o tóxica. Las psicosis de larga evolución -como la esquizofrenia- solo aparecen como descompensaciones en sujetos que ya estaban enfermos con anterioridad. No obstante, debemos estar preparados para atender aquellos pacientes que puedan identificarse y/o demandar asistencia.

Las psicosis se corresponden, aproximadamente, con los cuadros que, en el lenguaje popular, se conocen como "locura".

Sus manifestaciones clínicas son:

- ◆ Alucinaciones (oír voces, sentir o ver cosas de origen desconocido).
- ◆ Ideas delirantes (ideas o creencias extrañas o irreales).
- ◆ Confusión.
- ◆ Temor y/o desconfianza.
- ◆ Actividad excesiva y/o comportamiento extravagante.
- ◆ Retraimiento.
- ◆ Lenguaje desorganizado o anormal.
- ◆ Respuestas emocionales exageradas e inestabilidad emocional.

Deben considerarse como posibles causas orgánicas las siguientes:

- ◆ Epilepsia.
- ◆ Intoxicación o abstinencia de drogas o alcohol.
- ◆ Infecciones o enfermedades febriles.
- ◆ Traumas craneales.

En estos casos, debe atenderse primariamente la enfermedad de base. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no se deben a lesiones del sistema nervioso. Pueden ser reacciones agudas que evolucionan rápidamente hacia la curación o, en otros casos, son episodios de un trastorno de larga evolución como la esquizofrenia.

Pautas de actuación:

- ◆ Que sus familiares y amigos refuercen sus vínculos con la realidad.
- ◆ Que sus necesidades básicas sean cubiertas (alimento y ropa). Debe cuidarse que duerma suficientemente.
- ◆ Cuidar la seguridad e integridad del paciente y de quienes lo rodean.
- ◆ Reducir al mínimo la ansiedad, la inquietud y la excitación.
- ◆ No discutir sobre los contenidos irreales o inadecuados del pensamiento.
- ◆ Evitar confrontaciones o críticas.

- ◆ Animar a que realicen una vida normal en cuanto mejoren sus síntomas.
- ◆ Valorar el uso de medicamentos específicos como los neurolépticos, que deben ser prescritos por un médico, e incluso el internamiento en un hospital -por un periodo limitado de tiempo- si fuera necesario.

Los estados de pánico

Ha sido un mito o una creencia sustentada por algunos que en situaciones de desastres y emergencias se producen estados colectivos de pánico. Se ha demostrado que este no es un fenómeno frecuente y solo se observa en circunstancias muy específicas, por ejemplo, en un ataque terrorista.

El pánico colectivo se instaura de manera brusca o progresiva y se caracteriza por un alto nivel de tensión y angustia que se torna intensa, anormal e incontrolable. La conducta de las personas se desorganiza y se hace muy desadaptativa. Puede existir violencia, agresividad, y en ocasiones, actitudes temerarias. El pánico es una respuesta desproporcionada que tiende a propagarse.

La incertidumbre y el rumor son factores que acrecientan el riesgo de pánico y desorganización. En determinadas condiciones se ha descrito el pánico anticipatorio.

Lo más frecuente, sin embargo, es que las personas manifiesten ansiedad, temor, intranquilidad o inseguridad sin que el cuadro llegue a constituirse en un estado de pánico.

Desde el punto de vista individual, el trastorno de pánico o ansiedad paroxística se describe como un episodio que se inicia bruscamente, alcanzando su máxima intensidad en segundos y tiene una duración de minutos. El diagnóstico se hace por la presencia de algunos de los siguientes síntomas:

Síntomas somáticos y autonómicos:	Síntomas generales y psíquicos:
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Palpitaciones. ◆ Escalofríos. ◆ Temblores o sacudidas. ◆ Sequedad de la boca. ◆ Dificultad para respirar. ◆ Sensación de ahogo. ◆ Dolor, malestar u opresión en el pecho. ◆ Malestar abdominal. ◆ Náuseas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Angustia o tensión extrema. ◆ Sensación de pérdida de control. ◆ Miedo a morir. ◆ Mareos y/o desmayos. ◆ Sensación de irrealidad o de sentirse extraño en la situación en que está. ◆ Oleadas de calores. ◆ Adormecimiento o sensación de hormigueo.

Pautas de actuación:

- ◆ Expresarle al paciente que los cuadros de pánico pueden verse en estas circunstancias -relacionados con la experiencia traumática-, pero que es un problema controlable y que se aliviará en poco tiempo.
- ◆ Esforzarse por controlar la ansiedad; en la medida que la angustia disminuya, también lo harán los síntomas físicos.
- ◆ Permanecer acompañándolo en el lugar hasta que pase el ataque.

- ◆ Practicar la respiración lenta y prolongada.
- ◆ La persona debe cooperar y tratar de convencerse a sí misma que es un ataque de pánico transitorio que obedece a la situación por la que atraviesa, que no tiene ninguna patología orgánica (por ejemplo, cardíaca).

Trastorno por estrés postraumático

Para algunos autores el trastorno de estrés postraumático es el diagnóstico más frecuente en situaciones de conflictos armados y desastres. Es un cuadro que surge después de sucesos angustiosos de naturaleza excepcionalmente peligrosa. Su prevalencia general en la población se ha estimado en un 0,37%. Sin embargo, también se ha cuestionado este diagnóstico por considerarlo típico de determinadas culturas y por formularse con demasiada frecuencia; de hecho se ha argumentado que es una categoría diagnóstica inventada sobre la base de necesidades sociopolíticas (Summerfield, 2001) (27). Independiente de estos señalamientos, no cabe duda sobre la presencia de estos cuadros (en diferentes modalidades) en períodos posteriores a la emergencia propiamente dicha.

Es un trastorno que aparece en el periodo de seis meses o más, posterior a sufrir un evento traumático muy significativo e impactante para la persona. Los criterios para el diagnóstico incluyen la duración de cuatro semanas o más de los siguientes síntomas:

- ◆ Recuerdo continuado o re-experimentación del evento traumático: rememoraciones vividas, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentar circunstancias parecidas.
- ◆ Evasión de situaciones similares o relacionadas con el evento traumático: esfuerzos para evadir pensamientos, gente, lugares y cosas que le recuerden lo sucedido.
- ◆ No recordar -total o parcialmente- el evento traumático.
- ◆ Síntomas persistentes de sobreexcitación psicológica: insomnio, sueños desagradables, irritabilidad, explosiones de enojo, dificultades en la concentración, nerviosismo, sobresaltos, miedo e inseguridad.
- ◆ Otras manifestaciones como: disminución de interés en actividades que antes le atraían, aislamiento, se siente frío emocionalmente o deprimido, culpabilidad por haber sobrevivido, problemas en la escuela, con la familia o en el trabajo, abuso de alcohol o drogas e ideas de suicidio.

Pautas de actuación:

Lo recomendado en los trastornos depresivos y de ansiedad, ideas suicidas y pánico puede ser útil para una primera actuación. No obstante, este es un cuadro que, por lo general, requiere de tratamiento especializado y como tal debe ser referido a un servicio de salud mental.

Consideraciones generales sobre la atención clínica a los trastornos psíquicos

En situaciones de emergencia es importante movilizar, de manera inmediata, los recursos especializados disponibles en el sector salud a los diferentes niveles (psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras especializadas). Es recomendable disponer de un equipo de personal especializado a nivel central para movilizarlo a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera. También pueden organizarse equipos móviles en diferentes puntos del país, priorizando aquellos lugares donde no se disponga de atención especializada.

Simultáneamente, es necesario que el Ministerio de Salud coordine con otras organizaciones e instituciones (ONGs., universidades, etc.) para que el personal especializado y los estudiantes universitarios participen, de manera concertada, en las tareas de atención y recuperación psicosocial.

Los diferentes niveles del sistema de salud deben garantizar la atención a la problemática que se presenta en la emergencia. También debe asegurarse que su personal esté preparado para manejar la situación y complicaciones psicosociales que aparecen. Es necesario mantener comunicación sistemática entre estas instancias y los servicios especializados, establecer o fortalecer los mecanismos de referencias y contra-referencias de casos.

Deben evitarse las etiquetas diagnósticas, recordando que muchas de las manifestaciones hay que entenderlas en un contexto psicosocial más que como un proceso patológico. Así mismo restringir, al mínimo posible, el uso de medicamentos; sólo se recomienda tratar con psicofármacos a las personas que persistan con sintomatología psíquica intensa y/o prolongada y que, posiblemente, requerirán una atención especializada.

Reducir la hospitalización sólo a los casos estrictamente necesarios y por el menor tiempo posible. De ser necesaria la hospitalización, se recomienda que se realice en hospitales generales para no desarraigar a los enfermos de su medio habitual, evitando la cronificación y estigmatización, lograr una mejor y más pronta rehabilitación.

Entre los portadores de trastornos psíquicos encontramos los siguientes grupos:

- ◆ Los que han sido pacientes psiquiátricos cuya situación puede agravarse en la catástrofe.
- ◆ Los que tienen condiciones vulnerables de riesgo previo al desastre.
- ◆ Los que sufren cuadros reactivos secundarios al desastre.
- ◆ Los que tienen una respuesta tardía, con manifestaciones diversas.

Los tipos de intervención se espera que sean individuales, familiares, grupales y sociales. El trabajo en grupos tiene grandes ventajas, por lo que el personal especializado debe estar preparado para su organización y manejo (ver capítulo 3).

3.3 Criterios generales para la remisión a un especialista, uso de medicamentos y hospitalización

Criterios de remisión a un especialista (psicólogo o médico psiquiatra):

- ◆ Síntomas persistentes y/o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales. Un tiempo promedio sugerido en los cuadros depresivo y ansiosos es de tres meses, aunque esto puede variar de acuerdo con otros factores adicionales.
- ◆ Intensidad del cuadro que genera gran sufrimiento.
- ◆ Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social.
- ◆ Riesgo de complicaciones, en especial el suicidio.
- ◆ Problemas coexistentes como alcoholismo u otras adicciones.
- ◆ Las psicosis y el trastorno por estrés postraumático son trastornos psiquiátricos severos que, por lo general, requieren de atención especializada.

Uso de medicamentos:

Debe ser restringido a los casos estrictamente necesarios y solo prescritos por faculta-

tivos. No es recomendable el uso indiscriminado y frecuente de ansiolíticos y antidepresivos, los tranquilizantes como las benzodiazepinas tienen riesgos adicionales como la adicción a las mismas.

Lista básica de medicamentos sugerida para la atención primaria en situaciones de desastres y emergencias:

Medicamento (nombre genérico)	Presentación / Dosificación
Clorpromazina	Tabletas de 25 y 100 mg. Ampollas de 50 mg.
Haloperidol	Tabletas de 5 mg. Ampollas de 5 mg.
Diazepán	Tabletas de 5 mg Ampollas de 10mg
Imipramina	Tabletas de 25 mg
Fluoxetina	Tabletas de 20 mg
Trihexifenidilo	Tabletas de 2 y 5 mg

Crterios de hospitalización:

La hospitalización debe ser decidida siempre por un médico. Considerar que la gran mayoría de los casos pueden y deben atenderse ambulatoriamente. El internamiento hospitalario es un recurso extremo.

Se ha demostrado lo beneficioso de la atención a los pacientes en la propia comunidad y en su contexto familiar y cultural. Es en la vida cotidiana donde se activa la recuperación psicosocial de la gente después de eventos traumáticos como los desastres.

En caso de ser necesaria la hospitalización es conveniente que la misma se produzca en los hospitales generales de nivel local y regional, evitando el uso de hospitales psiquiátricos que en su gran mayoría funcionan con modelos asilares.

3.4 Actuaciones en situaciones específicas

Atención a los albergados

La atención a albergados o refugiados se convierte en una de las principales tareas en un plan de atención en salud mental en situaciones de desastres o desplazamientos de población. Sin embargo, la primera consideración es evitar el albergamiento, o por lo menos hay que tratar que éste tenga un carácter de temporalidad (muy breve) ya que estos procesos generan muchos problemas psicosociales y de otra índole. Debe determinarse de manera individual las personas y familias que lo requieren realmente.

Entre las acciones a desarrollar está identificar dentro de los refugiados y albergados, aquellos que han sufrido la pérdida de un ser querido o de gran parte de sus pertenencias. A ellos, especialmente mujeres y niños, debe ofrecérseles apoyo y acompañamiento sistemático; brindarles confianza, seguridad, orientarlos y cooperar en la solución de sus problemas.

Es necesario reducir el sentimiento de aislamiento y la sensación de desamparo, en especial en los niños. También se puede realizar un trabajo grupal, de forma que puedan compartir con otras personas los sucesos vividos y las pérdidas; motivar apoyo mutuo e inspirar esperanza bajo la guía de un facilitador debidamente entrenado.

Los albergados deben ser estimulados a participar en actividades socialmente útiles, hasta donde su condición física lo permita. Propiciar un ambiente de recuperación a través del trabajo, la participación y la organización social.

La atención de salud debe ser inmediata, eficaz, con apoyo social, con objetivos bien definidos, permanente acompañamiento y simplicidad en las instrucciones. Debe tenerse en cuenta que las intervenciones que son más apropiadas en las primeras horas después del trauma, no son las mismas intervenciones que serán adecuadas unos días o semanas más tarde.

Es frecuente que en situaciones de desastres o catástrofes, y en especial en los albergues, se produzcan algunos problemas sociales como los siguientes:

- ◆ Liderazgos positivos o negativos.
- ◆ Conductas humanitarias o conductas egoístas.
- ◆ Conductas agitadas o pasivas.
- ◆ Conductas constructivas o destructivas y de desorganización social. Son frecuentes las actitudes de rebeldía ante la autoridad y los motines o demandas exageradas.
- ◆ Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- ◆ Promiscuidad, agresiones y/o violencia sexual.

Los trabajadores de salud junto con el personal de los albergues y líderes comunitarios deben contribuir a identificar y controlar estos fenómenos.

En la conformación de los albergues o refugios es importante cuidar que no se rompa la unidad familiar, vincular, en la medida de lo posible, las comunidades de la misma procedencia. La búsqueda de líderes naturales es vital para que contribuyan en la organización y buen funcionamiento de los albergues. Deben evitarse las acciones improvisadas o intempestivas.

Algunas medidas importantes son las siguientes:

- ◆ Actualización y/o capacitación previa y emergente (después del desastre) al personal de salud, voluntarios y agentes comunitarios que están trabajando en los albergues o refugios. Deben prepararse también en técnicas de resolución de conflictos.
- ◆ Realizar visitas sistemáticas por el personal especializado a los albergues. Se atenderán los casos con problemática psicosocial compleja, con especial cuidado a niños y otros grupos de riesgo.
- ◆ Promover el desarrollo de actividades lúdicas y grupales con los niños y jóvenes, así como otras de carácter deportivo, recreativas y culturales.
- ◆ Facilitar la formación de grupos de auto-ayuda y ayuda mutua.
- ◆ Promover mejores formas organizativas y de vida de la población albergada así como la utilización adecuada del tiempo libre. Esto es imprescindible para la tranquilidad y armonía del colectivo.
- ◆ Apoyar el rescate de los vínculos familiares, de amigos y vecinos, facilitando los encuentros y visitas. Fomentar que las personas albergadas retornen a sus actividades laborales y los niños a la escuela.
- ◆ Debe brindarse una atención priorizada a los albergues de personas damnificadas que se mantengan durante periodos prolongados, en la fase de recuperación.

Atención a las poblaciones desplazadas

En situaciones de desplazamientos poblacionales se distinguen tres grandes grupos y, a los efectos prácticos, recomendamos manejar como grupo meta prioritario el de los desplazados, propiamente dicho.

- ◆ Población en riesgo de ser desplazada.
- ◆ Población desplazada.
- ◆ Población receptora.

La población desplazada puede subdividirse en varias categorías cuya conceptualización o delimitación operativa es variable según las diferentes organizaciones y países:

- ◆ Asentados.
- ◆ Retornados.
- ◆ Reubicados.
- ◆ Albergados.
- ◆ Refugiados.

A los efectos de la intervención recomendamos tener en consideración algunos elementos adicionales como los siguientes:

- ◆ Causas del desplazamiento.
- ◆ Características y tiempo del desplazamiento.
- ◆ Asentamiento temporal o posiblemente definitivo.
- ◆ Zona de la que provienen y zona receptora.
- ◆ Características económicas, sociales y culturales.
- ◆ Características individuales.

Los grupos de riesgo pueden variar notablemente de un país o región otro, de acuerdo a las características propias del lugar, la población y el evento traumático.

Las estrategias de intervención incluyen la totalidad de las líneas de acción descritas anteriormente. A los efectos de priorizar, se definen en el siguiente cuadro las principales tareas a desplegar en cada grupo (28):

Grupo poblacional	Acciones operativas prioritarias
Población en riesgo de ser desplazada	Diagnóstico psicosocial. Organización comunitaria y coordinación interinstitucional. Comunicación social y educación popular. Observación sistemática y seguimiento de la situación
Desplazados	Diagnóstico psicosocial. Atención psicosocial (individual, familiar y social). Capacitación. Comunicación social y educación popular. Organización comunitaria. Actividad ocupacionales y productivas. Coordinación interinstitucional. Continuidad y sostenibilidad.
Población receptora	Diagnóstico psicosocial. Organización comunitaria y coordinación interinstitucional. Comunicación social y educación popular. Observación sistemática y seguimiento de la situación.

Es importante destacar que el cuadro anterior nos ofrece un marco referencial para el trabajo que no debe tomarse como una norma rígida. Por ejemplo, en el caso de las poblaciones receptoras, que no son prioritarias y que teóricamente solo deben ser objeto de un trabajo de organización comunitaria, sensibilización e información, en ocasiones no pueden separarse de los desplazados y reciben un grupo de actividades de manera conjunta. Un principio importante es no establecer divisiones o límites entre desplazados y las personas que conviven en una misma comunidad, para evitar los estigmas o las iniquidades en cuanto a servicios ofrecidos.

Por último, resaltar que la atención psicosocial a desplazados y refugiados de guerra está indisolublemente unida a los temas de vivienda, alojamientos provisionales, empleo, ropa, alimentación, derechos humanos, así como el manejo de las pérdidas y otros traumas del conflicto armado.

Atención psicosocial a miembros de los equipos de respuesta, como socorristas, rescatistas, voluntarios y personal de ayuda humanitaria.

El concepto de "vulnerabilidad universal", desarrollado por Jeffrey Mitchell, sostiene que no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas primarias, sea afectada por el trastorno por estrés post-traumático (síndrome de la compasión). Las personas que realizan este tipo de trabajo (ya sea por largo tiempo o por una sola experiencia) son vulnerables por las situaciones vividas (14)(15)(18).

De acuerdo al National Center for PTSD (USA) (18), uno de cada tres socorristas llegan a presentar algunos o todos los síntomas de estrés que se mencionan a continuación:

- ◆ **Disociación:** Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad, sentirse aturdido, fuera de uno mismo, como en un sueño. No poder recordar aspectos importantes del trauma.
- ◆ **Reexperimentación del acontecimiento traumático:** Recuerdos recurrentes e intrusos, pesadillas, flashbacks (revivir el acontecimiento).
- ◆ **Intento de evitar estímulos asociados al traumatismo:** Esfuerzos para evitar caer en pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, situaciones, lugares o personas que recuerden el acontecimiento.
- ◆ **Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior:** Incapacidad de sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad. Sensación de alejamiento de los demás.
- ◆ **Aumento de la activación:** Hipervigilancia, irritabilidad o ataques de ira y dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- ◆ **Ansiedad significativa,** que puede acompañarse de preocupación paralizante, impotencia extrema, obsesiones y/o compulsiones.
- ◆ **Depresión marcada:** Baja autoestima, pérdida de la esperanza, motivaciones o de propósitos en la vida.

Atentado contra la Asociación Mutual Israelita Argentina (A.M.I.A.). Julio de 1994.

Se realizaron grupos de reflexión con los equipos institucionales de respuesta, a solicitud de ellos mismos. Se trabajó especialmente en la elaboración de la experiencia y la repercusión emocional ocasionada por el trabajo, con el objeto de favorecer el alivio emocional, estimular la recuperación de mecanismos adecuados para enfrentar la tarea, alcanzar alternativas de funcionamiento frente a las dificultades y evitar en lo posible las derivaciones patológicas individuales y grupales.

Fuente: Comunicación personal de la licenciada Claudia Gómez Prieto (Buenos Aires, Argentina).

También es probable que el personal socorrista, rescatista, de la defensa civil y grupos de voluntarios al terminar sus labores en la emergencia experimenten algunas dificultades al regresar a su vida cotidiana. Estas no deben ser consideradas, necesariamente, como síntomas o expresión de enfermedad y requerirán, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social. Algunos ejemplos son:

- ◆ Dificultad para reintegrarse a su hogar y/o conflictos con miembros de la familia.
- ◆ Tristeza y/o cambios repentinos del humor.
- ◆ Deseo de mantener contacto con otros compañeros(as) o víctimas del desastre.
- ◆ Sentimientos de inquietud, desilusión, aburrimiento y/o frustración al volver a su trabajo rutinario.
- ◆ Irritación o enojo, sobre todo si considera que no se le reconoce adecuadamente el trabajo realizado durante el desastre.
- ◆ Sentimientos de distanciamiento o aislamiento de las personas (miembros de la familia, compañeros de trabajo o amigos).
- ◆ Conflictos con algunos compañeros de trabajo.

Factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir trastornos psíquicos:

- ◆ El proceso de selección del personal no ha sido riguroso, por lo que pueden incluirse personas sin condiciones para desarrollar este tipo de trabajo.
- ◆ No han sido preparados o entrenados debidamente.
- ◆ Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes como divorcios, conflictos hogareños, etc.
- ◆ Antecedentes de trastornos físicos o psíquicos.
- ◆ Condiciones de vida desfavorables como la pobreza, desempleo, discriminación, etc.
- ◆ Exposición prolongada -durante la emergencia- a situaciones de estrés o vivencias de experiencias muy traumáticas.
- ◆ Confrontación con aspectos éticos y la resolución de dilemas.
- ◆ Tendencia a perder el límite en el alcance de las soluciones (el rol de ayuda implica en la situación de emergencia grandes demandas).
- ◆ Problemas organizacionales como: rigidez en las reglas y límites, elevadas demandas laborales (extensión de tiempos de trabajo, tareas complejas o de riesgo, informes, etc.).

La tarea de atención psicosocial al personal que ha trabajado directamente en la emergencia se convierte en una acción de primer orden. Recomendamos que se tengan en consideración dos grandes grupos que son:

- ◆ Personal profesional de socorro y salvamento (equipos institucionales de respuesta).
- ◆ Personal de ayuda humanitaria espontánea.

Es importante que previo y durante la emergencia este personal siga algunas reglas mínimas que serán preventivas de desajustes o trastornos psicosociales:

- ◆ Definición clara de perfiles para la selección del personal, así como una adecuada formación y capacitación del mismo.
- ◆ Rotación de roles y funciones.
- ◆ Garantizar una adecuada y completa información a los miembros de los equipos de respuesta.
- ◆ Disminución de las fuentes o condicionantes del estrés.
- ◆ Valoración de estados emocionales subyacentes del personal antes y durante la emergencia.
- ◆ Organización de tiempos de trabajo y dotación de recursos que faciliten las labores de campo.
- ◆ Durante la emergencia, cuidarse físicamente y comer frecuentemente en pequeñas cantidades; tomar descansos cuando note que disminuye su fuerza, coordinación o tolerancia.
- ◆ Mantener, en la medida de lo posible, el contacto con familiares y amigos.
- ◆ Creación de espacios para la reflexión, catarsis, integración y sistematización de la experiencia. En cuanto sea posible y después de haber terminado totalmente el trabajo, organizar una reunión de "descarga" entre los compañeros del equipo. En dicha reunión hablar de sus sentimientos y pensamientos tal y como aparezcan (sin juzgarlos); escucharse respetuosamente brindándose apoyo mutuo.
- ◆ Reconocer el enojo de algunos compañeros/as, no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación.
- ◆ Estimular que entre ellos se manifieste el apoyo, solidaridad, reconocimiento y aprecio mutuo.

Mitchell y Everly (14)(15)(18) señalan que no se deben tener reuniones de debriefing mientras se esté en activo y se vaya a volver a la escena del desastre; recomiendan que el tiempo ideal para un debriefing, después de haber terminado totalmente el trabajo, es equivalente al número de días que se estuvo laborando.

Indicadores comunes de malestar o disfunción en lo individual, en el equipo y en la familia.

En el individuo:

- ◆ Tendencia a la hiperactividad e hiperalerta.
- ◆ Identificación con la experiencia traumática del otro (trauma vicario).
- ◆ Sensación de frustración combinado con un deseo de controlar o solucionar todo.

- ◆ Cambios en el estilo de vida.
- ◆ Aislamiento y/o problemas en la comunicación.
- ◆ Dificultades en la adaptación familiar y social.
- ◆ Trastornos psicósomáticos.
- ◆ Cansancio y signos de alerta por estrés acumulativo.
- ◆ Alteraciones de la conducta y del estado de ánimo (o emociones encontradas).
- ◆ Uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- ◆ Dificultad para la elaboración e integración de la experiencia.

En el equipo:

- ◆ Incomodidad y/o ambigüedades de roles.
- ◆ Problemas en las dinámicas internas (comunicación, solución de problemas, toma de decisiones, conflictos interpersonales, etc.).
- ◆ Alianzas y relaciones de dependencia. Formación de subgrupos por alianzas contradictorias, patrones de descalificación y subvaloración de los roles y funciones de los otros.

En la familia:

- ◆ Dificultades y/o tendencia a abandonar relaciones con miembros de la familia. Pobre comunicación.
- ◆ Relaciones inestables y alteración de la dinámica familiar. En ocasiones, violencia doméstica.
- ◆ Tendencia a la desintegración familiar.
- ◆ Temor y angustia de la familia con respecto a la vida y las condiciones de inseguridad que exige el trabajo del voluntario o socorrista.
- ◆ Tendencia a subvalorar las dificultades de la familia respecto a las víctimas de la emergencia y el rol laboral.
- ◆ Baja tolerancia.
- ◆ Cuentas pendientes que cobran los miembros de la familia y chantajes afectivos.

Algunas orientaciones para el personal que laboró en la emergencia, después que retorna la normalidad y se reintegra a la vida cotidiana:

- ◆ Realizar ejercicios físicos y de relajación.
- ◆ Regresar a su rutina lo antes posible.
- ◆ Descansar y dormir lo suficiente.
- ◆ Alimentarse de forma balanceada y regular.
- ◆ No tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol o drogas.
- ◆ Buscar compañía y hablar con otras personas, compartir sentimientos y pensamientos. Conversar con los seres queridos de lo que ellos vivieron mientras se estuvo ausente.

- ◆ Participar en actividades familiares y sociales.
- ◆ Ocuparse y atender a su familia.
- ◆ Observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos. Reflexionar sobre la experiencia que ha vivido y lo que significa como parte de su vida.
- ◆ Buscar contacto con la naturaleza.

Recomendaciones generales para la atención a los miembros de los equipos de respuesta:

- ◆ El personal que realice intervenciones psicosociales a los socorristas profesionales debe, en la medida de lo posible, pertenecer a sus filas y conocer "desde adentro" las características de su trabajo.
- ◆ La ayuda psicosocial tiene que tener en consideración las características y patrones de conducta específicos de este grupo, así como sus valores culturales. Las personas que ayudan a damnificados y víctimas de desastres se sienten satisfechas por lo realizado y desarrollan un espíritu altruista.
- ◆ Mantenerlos trabajando, siempre que sea posible; por lo general esto es positivo, libera estrés y refuerza la autoestima.
- ◆ Confidencialidad y manejo ético sobre información y situaciones internas de las organizaciones de socorro y ayuda humanitaria.
- ◆ Redefinir las crisis como una posibilidad para el crecimiento individual y familiar.
- ◆ Incluir la familia en procesos de ayuda y sensibilización. Abrir vías de comunicación que faciliten la expresión de emociones y de intereses individuales y familiares, fortaleciendo los espacios afectivos y sociales.

Los empleados y voluntarios de la Cruz Roja Americana que trabajaban en la Plaza de la Cruz Roja, a sólo pasos de la Casa Blanca, relataron algunas de las cosas que hicieron o lo que experimentaron el 11 de septiembre, el día de los ataques terroristas. Algunas de las respuestas fueron como estas:

- ◆ "Tuve pánico. Trate de contactar a mi familia para dejarles saber que estaba bien y traté de averiguar sobre mi cuñado cuya oficina fue demolida en el Pentágono y sobre mi primo que escapó ileso del World Trade Center. Incluso una semana después, estoy aturdido de ese día".
- ◆ "Fue muy aterrador, y lo continúa siendo. No puedo hacer mucho trabajo, sólo hablando con mis compañeros de trabajo y viendo televisión. Todavía estoy como corriendo de un lado a otro".
- ◆ "Para mí hubo un completo shock e incredulidad. En toda esta semana, los empleados y voluntarios de la Cruz Roja han tenido que hacer su trabajo a través de la tristeza y a pesar de la tragedia. El peso es enorme".

Fuente: Comunicación personal del Dr. Joseph Prewitt (Cruz Roja Americana).

3.5 Los problemas psicosociales de la población infantil y juvenil

Los niños pobres de los países menos desarrollados están en desventaja social y tienen mayor riesgo de sufrir, son las primeras víctimas en situaciones de desastres. Un niño huérfano luego de un terremoto decía, "es peor sufrir que morir" y su abuela afirmaba, "es peor para el que se queda que para el que se va". Después de un evento traumático, los menores son más vulnerables debido a su menor comprensión de lo sucedido y a las limitaciones en comunicar lo que sienten.

Las investigaciones han demostrado que el problema de la guerra no es la expresión excesiva de sentimientos, sino más bien la ausencia de toda emoción. Algunos niños niegan completamente su mundo de fantasías, otros se muestran indiferentes cuando se enteran que han perdido uno o varios de sus familiares o han sido testigos de masacres o ajusticiamientos. El impacto emocional es tan fuerte que con frecuencia no hablan sobre lo que han vivido, algunos piensan que el niño ha olvidado, pero no es así, la experiencia ha mostrado que es capaz de recordar y contar las experiencias traumáticas vividas, pero únicamente cuando sus sentimientos de miedo están bajo control.

Una de las áreas de atención más desprotegida ha sido la recuperación psicoafectiva de los niños. Las necesidades básicas fueron las primeras en ser atendidas, sin embargo se dejó de lado las necesidades superiores.

Un problema frecuente es que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales actúan de manera no coordinada. Los servicios no llegan oportuna ni eficientemente a los afectados adultos y mucho menos a los niños. Los limitados esfuerzos se orientan hacia lo curativo y la asistencia de emergencia, pocas acciones se inician para la etapa de reconstrucción y el desarrollo sostenido.

Por lo general, los países disponen de escuelas, facultades e instituciones que forman psiquiatras, psicopedagogos, psicoterapeutas y psicólogos, pero estos generalmente no están preparados para atender a niños afectados durante las guerras, desplazamientos masivos, genocidios, masacres, desastres naturales, etc. Tampoco existen programas estatales educativos orientados a la familia para proteger a los niños antes, durante y después de los conflictos armados y los desastres.

La señora Graça Machel, en su estudio mundial sobre "El impacto de los conflictos armados en la Infancia" (26) se refirió específicamente a la necesidad de atender rápida y oportunamente el estrés postraumático de los niños, recomendando hacerlo en su escuela desde una lógica comunitaria y familiar y no de manera clínica, exclusivamente.

La Convención de los Derechos del Niño marcó un viraje fundamental al reconocer el "interés superior del niño" señalando que el disfrute de una vida plena y la dignidad son fundamentales para el desarrollo espiritual y el ejercicio de sus potencialidades como nuevo ente social. Considerar a los menores como sujetos de derechos y actores protagónicos de su desarrollo, en vez de verlos solo como víctimas y pacientes, ha llevado a pensar en la participación y organización de niños, niñas y jóvenes.

Las reacciones postraumáticas que pueden aparecer como una manifestación normal en circunstancias anormales, tanto en los niños como en los adultos, deben ser atendidas rápida y oportunamente. Por el contrario, si se piensa que los niños "no sienten o no entienden" se comete un grave error que los deja expuestos a sufrimientos y temores.

Los niños, por ejemplo, luego del terremoto en el Eje Cafetero en Colombia (37) pensaban que "un monstruo gigantesco los atacó, aporreó y que regresará", creían además que ellos fueron causantes del terremoto, pues la "mala educación de los niños era la causa de la desgracia". Los adultos también les dijeron que "el fin del mundo se acerca y que es un

designio de Dios lo que está ocurriendo". La explicación sencilla del origen de los fenómenos naturales ayudó a los niños a entender y manejar de una manera más racional sus angustias.

Los maestros, trabajadores de atención primaria en salud, agentes comunitarios y las familias pueden ser adecuadamente capacitados para reconocer este tipo de problemas en los niños, identificando las reacciones normales y diferenciándolas de las patológicas.

Causas más frecuentes de traumas:

- ◆ Haber sido testigo de la muerte de padres o parientes cercanos de forma violenta.
- ◆ Haber sido testigo de combates.
- ◆ Haber estado expuesto y ser víctima de violencia, desastres.
- ◆ Haber sufrido heridas físicas, torturas, mutilaciones.
- ◆ Haber estado como damnificado, refugiado y desplazado.
- ◆ Haber participado en grupos armados (haber matado o visto asesinar).
- ◆ Haber permanecido largo tiempo separado de la familia sin ninguna noticia de ellos o pensando que ya murieron.
- ◆ Haber sido raptado, secuestrado.
- ◆ Haber sufrido hambre, enfermedades y malas condiciones ambientales y de vida.

Problemas psicosociales que pueden ser manejados, por lo general, en el ámbito familiar y comunitario:

- ◆ Pesadillas.
- ◆ Mojar la cama.
- ◆ Ansiedad, miedo, fobias.
- ◆ Agresividad, problemas disciplinarios.
- ◆ Tristeza o nostalgia
- ◆ Mal desempeño en la escuela.
- ◆ Enfermedades, dolores psicósomáticos.
- ◆ Falta de concentración, hiperactividad.
- ◆ Exagerado apego a los adultos.
- ◆ Comportamientos regresivos, pérdida de nuevas habilidades.

Problemas psicosociales que deben ser tratados por profesionales:

- ◆ Severos trastornos de tipo psíquicos que se mantienen por más de un mes.
- ◆ Llorar constantemente y se siente profundamente triste.
- ◆ No quiere comer y cada vez está más delgado.
- ◆ Se presenta cansado y quiere permanecer en cama todo el tiempo.
- ◆ No puede dormir en las noches, aumento del período de alerta.
- ◆ Se encuentra desesperanzado y habla sobre cómo acabar su vida.

- ◆ Está seriamente herido y con deficiencias físicas.
- ◆ Dependencia al alcohol o drogas.
- ◆ Hiperactividad con baja tolerancia a la frustración.
- ◆ Total desinterés por actividades agradables.
- ◆ Se presenta extremadamente nervioso.

Manifestaciones sintomáticas más frecuentes en niños, niñas y adolescentes, según grupos de edades.

Niños y niñas, de 1 a 7 años:

- ◆ Desamparo y pasividad (desgano, energía baja, no participa en actividades).
- ◆ Miedo generalizado (le teme a todo).
- ◆ Confusión en el proceso del pensamiento. No se concentran.
- ◆ Se "sienten mal" en general.
- ◆ No quieren hablar de lo que les pasó.
- ◆ Sueños desagradables, pesadillas, no pueden dormir de corrido, se despiertan en la madrugada.
- ◆ No quieren separarse de los padres o de los adultos que los protegen.
- ◆ Regresan a conductas ya superadas como chuparse el dedo, orinarse en la cama, hablar como cuando eran más chiquitos (balbuceos).
- ◆ Angustia relacionada con no entender que significa la muerte.
- ◆ Fantasías de "componer" a los muertos, esperar el regreso de la persona muerta.
- ◆ Juegos repetitivos acerca del evento traumático. Juegan a que rescatan a sus amiguitos, a que otros se mueren, etc.

Niños y niñas, de los 8 a los 11 años:

- ◆ Sentirse preocupado, responsable y/o culpable por el evento.
- ◆ Sentir miedo de estar solos y del contacto con todo aquello que les recuerde el suceso.
- ◆ Jugar y platicar repetidamente y con exceso de detalles, acerca del evento traumático.
- ◆ Miedo de no poder controlar sus sentimientos (llorar, enojos, miedo, etc.).
- ◆ Problemas para prestar atención y aprender.
- ◆ Alteraciones del sueño (pesadillas de monstruos, no poder dormir, etc.).
- ◆ Preocupación por la seguridad de sí mismos y de otros. Por ejemplo, pensar que algo les va a pasar a sus papás, hermanos, amigos, etc.
- ◆ Cambios inesperados de conducta. Por ejemplo, los niños activos se vuelven pasivos y los pasivos activos.
- ◆ Dolores corporales (cabeza, pecho, estómago, etc.).
- ◆ Preocupación extrema por el proceso de recuperación de sus padres. Evitan molestarlos a ellos con sus propias angustias.

- ◆ Preocupación excesiva por otras víctimas y sus familias.
- ◆ Sentirse inquietos, confundidos y asustados por sus propias acciones ante el dolor y la pérdida.
- ◆ Miedo a fantasmas.

Adolescentes, de los 12 a los 18 años:

- ◆ Culpa por haber sobrevivido.
- ◆ Desinterés por la vida.
- ◆ Pena, sensación de vulnerabilidad (estar indefenso).
- ◆ Se comportan diferente. Puede aparecer uso de drogas, delincuencia, conductas sexuales inapropiadas, etc.
- ◆ Conductas autodestructivas. Tendencia a tener o provocar accidentes.
- ◆ Cambios repentinos en sus relaciones con las personas.
- ◆ Deseos y planes de venganza.
- ◆ Deseos de entrada prematura a la edad adulta. Por ejemplo, abandonar la escuela, buscar un trabajo, casarse, tener un hijo, etc.

Metodologías y pautas generales de actuación para la atención a los niños

La metodología de trabajo con los niños no debe ser única ni excesivamente profesionalizada. Se requiere diseñar modelos flexibles que utilicen los conocimientos y prácticas tradicionales de las comunidades.

En los albergues y refugios se ha demostrado la utilidad de motivar encuentros de mujeres para hablar de las dificultades que sufren los niños; el tema las convoca con gran interés. Ellas exponen lo que conocen, complementan sus experiencias y ganan confianza al sentir que se valora lo que saben. Los grupos de mujeres son muy importantes, pero es preciso también fortalecer las redes de apoyo mutuo y autoayuda con otros miembros de la comunidad.

Debe organizarse el tiempo de los niños para que superen el duelo y vuelvan a la normalidad. Se debe favorecer la socialización mediante la relación con otros niños en grupos.

Los agentes de trabajo con los niños no son, solamente, los profesionales o técnicos. Los jóvenes se estiman como excelentes agentes para la recuperación psicosocial de otros niños, a causa de la natural relación existente entre el hermano mayor y los más pequeños. Nadie puede desconocer lo cercano que está aún el adolescente de la niñez, la comunicación entre ellos es más fluida, conocen sus códigos y señales, acaban de pasar por iguales intereses, la brecha generacional aún no es muy amplia. Ellos tienen recuerdos frescos de sus juegos, cantos, cuentos, adivinanzas, maromas y leyendas. La técnica "niño a niño" ha sido implementada en muchos proyectos exitosos, demostrando ser eficaz en emergencias.

Los jóvenes que aprenden a relacionarse con los niños, cuando sean padres se comunicarán mejor con ellos y se les hará más fácil asumir un rol de amigos y camaradas de juegos, dejando a un lado el maltrato.

Los jóvenes que han participado en procesos terapéuticos han logrado ellos mismos una paz interior, que parte del ejercicio de escuchar crudos testimonios, comparar con sus

propias experiencias y ayudar a restaurar los quebrantos emocionales de los niños. Es preciso desarrollar en estos jóvenes un proceso para potenciar sus habilidades y destrezas, controlar impulsos, motivarse y desarrollar la calidad de empatía que se requiere en las relaciones interpersonales.

El maestro es un agente de trabajo con niños que debe ser debidamente capacitado para la actuación en estas situaciones. Por definición, el docente debe ser un psicopedagogo, además que goza, por lo general, de influencia en el ámbito comunitario y familiar.

En el campo del sector salud los trabajadores de atención primaria deben actuar en el ámbito de lo psicosocial, al igual que en los aspectos físicos de la salud. Los infantes son un grupo prioritario.

Los ambientes de trabajo con los niños deben ser amplios y no restringidos a los muros institucionales. Espacios alternativos son aprovechados para el desarrollo de las acciones: la calle, las iglesias, los parques, espacios bajo árboles o kioscos construidos por la comunidad. Son lugares en donde se ejecutan actividades recreativas y deportivas con niños y jóvenes.

Los consultorios han dado paso a estos espacios no convencionales donde grupos de niños interactúan y juegan. La alegría de los niños llena los barrios y contagia a los adultos. El llanto permanente de niños sin ninguna actividad recreativa desespera a los adultos que llegan a descargar sobre ellos su violencia retenida.

Las técnicas lúdicas, expresivas y dinámicas son un instrumento de primer orden para el trabajo con niños. Los menores se proyectan a través del juego, los dibujos, la escritura, escenificaciones, títeres, etc. Se reestructuran los acontecimientos impactantes para que se les encuentre una lógica temporal, reconstruir lo sucedido y definir claramente causas y efectos que les permitan quedar libres de falsas culpas.

Los maestros, trabajadores de salud y agentes comunitarios necesitan instrumentos concretos para trabajar con los niños. La narrativa de cuentos es otro recurso muy utilizado, se leen los cuentos a los niños pero además crean canciones y preparan escenificaciones y teatro de títeres con los personajes de los cuentos. Los títeres ayudan a los niños y jóvenes a proyectarse y hablar a través de ellos expresándose de una manera más libre.

Algunas recomendaciones específicas para la atención a niños y niñas:

- ◆ Evitar separar a los niños de los padres o de otros cuidadores, protectores.
- ◆ Pasar tiempo con los niños, especialmente antes de que se duerman. Abrazarlos y tocarlos frecuentemente, formando un escudo de amor alrededor de ellos. Reafirmarles, frecuentemente, que están juntos y a salvo.
- ◆ Hablar con ellos sobre el desastre de una forma simple y honesta. No minimizar ni exagerar la situación, mantenerlos informados de lo que pueda afectarlos directamente. Reafirmar en los niños que sus reacciones son normales en esos casos. Ayudarles a expresar sus fantasías secretas sobre el evento.
- ◆ Ayudarlos a entender lo ocurrido y escucharlos. Preguntarles acerca de sus sentimientos sobre el desastre; animarlos a que hablen sobre como se sienten, sobre sus miedos y preocupaciones, sobre lo que piensan. Si ellos no quieren hablar, preguntarles como creen que otros niños se sienten.
- ◆ Dígalos a los niños como se sintió usted durante el desastre, encontrará que sus sentimientos son compartidos por ellos, a pesar de su corta edad.

- ◆ No descargue en los niños sus miedos ni sus temores al futuro. Es importante para ellos que los adultos se muestren seguros o esperanzados de poder salir adelante.
- ◆ Acepte los sentimientos de los menores. Si su hijo se siente con ganas de llorar, dígame que está bien que llore y exprese sus sentimientos. No intente cambiar abruptamente sus sentimientos, sea un buen oyente.
- ◆ Animarlos a que dibujen, coloreen, escriban o jueguen acerca del desastre. Esto le ayudará a ellos y los adultos entenderán como ven los niños lo sucedido.
- ◆ Cuando hagan juegos referentes al desastre, animelos a que le den un final feliz.
- ◆ Mantenga las rutinas familiares. En la medida de lo posible, haga cosas conocidas para los niños. Por ejemplo, contarles un cuento antes de acostarse, que duerman la siesta en la tarde, etc. Esto les proporcionará un sentido de seguridad.
- ◆ Los padres deben dar a sus hijos tareas productivas y apropiadas a su edad. Hacerlos parte del esfuerzo familiar para responder a la adversidad.
- ◆ Cuando los niños se comportan responsablemente, reconózcalo y premie con palabras de aceptación.
- ◆ Ser pacientes con los niños que regresan a conductas ya superadas, esta regresión, puede durar hasta 6 semanas.
- ◆ Apoyarlos para que platicuen de sus sueños. Explicarles que es normal durante un tiempo tener ese tipo de sueños, que no luchen contra eso.
- ◆ Siempre decirles la verdad. No le haga a sus niños promesas que no pueda cumplir.
- ◆ El tema de la muerte se debe tratar objetivamente. Decirles que la muerte es definitiva y que es normal que nos cause tristeza a los que quedamos vivos. Nunca se debe culpar al niño por la muerte de otros. No les diga que los muertos están felices en el cielo con Dios, los menores no entienden este concepto y pueden desear morir para ir junto con el ser querido.
- ◆ Informarles cada vez que lo pidan, en donde están los adultos responsables de ellos.
- ◆ Facilitar que compartan sus malas experiencias con sus compañeros.
- ◆ Discutir con los niños acerca de sus roles, su papel en la comunidad y familia en tiempos de paz, posterior al desastre. Apoyar actividades sencillas con los niños para reconstruir su barrio y comunidad.
- ◆ Promover discusiones sobre temas morales y éticos así como practicar ejercicios de resolución de conflictos sin violencia.
- ◆ Desestimular el enrolamiento de los niños en grupos armados o pandillas y orientarlos a una educación vocacional diversificada.
- ◆ Fortalecer el papel de modelo del maestro. Decirles a los niños que informen a sus padres y maestros, cuando sus pensamientos y sentimientos no les permitan aprender.
- ◆ Promover reuniones con niños y padres, para que los menores les puedan expresar lo que están sintiendo.

Algunas recomendaciones específicas para los adolescentes:

- ◆ Fomentar los grupos de jóvenes para discutir sobre el evento y los sentimientos alrededor de éste. Hablar de manera realista acerca de lo que se pudo y no se pudo hacer.
- ◆ Ayudarles a entender el significado normal de sus sentimientos y como expresarlos (hablando honestamente sobre ellos). Fomentar que busquen apoyo y comprensión de sus compañeros y amistades.
- ◆ Ayudarles a entender que muchas conductas pueden ser un intento de evitar los sentimientos relacionados con el evento.
- ◆ Hablar con ellos sobre el probable deseo de hacer cosas arriesgadas, en el período más difícil después del trauma.
- ◆ Discutir con ellos las dificultades que se pueden presentar en las relaciones con la familia, compañeros y amigos.
- ◆ Hacer que hablen de sus posibles planes de venganza (en caso de que exista un presunto culpable de la tragedia). Discutir con ellos las consecuencias reales de estas acciones y hablar sobre soluciones constructivas que disminuyan la sensación traumática de desamparo.
- ◆ Explicarles que los síntomas que tienen, son consecuencia normal del impacto emocional del evento.
- ◆ Pedirles que no hagan cambios drásticos en su vida.

Formas tradicionales de atención a los niños afectados

La atención a víctimas, damnificados y otros grupos poblacionales en riesgo durante las emergencias exige una mirada a la sabiduría popular heredada y perfeccionada por nuestros pueblos. Son muchos los métodos tradicionales que deben ser recopilados y aprovechados dentro de cualquier modelo de atención psicosocial en situaciones de desastres naturales o conflictos armados. Sin embargo, existen algunas acciones que no deben ni pueden ser estimuladas, sobre todo las que promueven el maltrato infantil o violan normas elementales de higiene.

De todas maneras, el balance general arroja un resultado valioso en el uso de procedimientos tradicionales (familiares y comunitarios), ya que además están llenos de afecto e interés por el bienestar de los niños.

En las comunidades se ha comprobado que las mujeres conocen más formas de atender a los niños que los hombres. Ellas son capaces de identificar la existencia de problemas como los trastornos del sueño (pesadillas, insomnio, llantos y gritos mientras duermen), enuresis (mojan la cama después de la edad normal para controlar esfínteres), tartamudez, palpitaciones, falta de concentración, problemas de la memoria, etc.

Las madres reconocen, también, en sus hijos miedo, temor, agresividad, deseo de estar solos y sin ganas de jugar. A niños con estas características las madres les dan un nombre genérico "están con nervios", en ocasiones argumentan que el niño está así a causa de las "lombrices" o de la "anemia", pero la mayoría atribuyen estos síntomas al sufrimiento por las pérdidas, el desarraigo o la violencia.

A continuación, un ejemplo de métodos y creencias tradicionales de atención psicosocial a los niños y niñas.

La experiencia de Pavarando (Colombia) (37).

En Pavarando y Turbo (Colombia) lugares de recepción de los más grandes éxodos de la población desplazada, se inició la recuperación de formas tradicionales de atención a disfunciones psicoafectivas de los niños. Fueron las mujeres ancianas quienes aportaron más a esta recolección. Aquellas que tenían hijos, demostraron tener más experiencia, mientras las jóvenes acudían más a soluciones occidentales. Los hombres conocían menos que las mujeres y si eran jóvenes sin hijos estaban aún más desprovistos de estrategias de recuperación para los niños y para ellos mismos.

A continuación algunos procedimientos recopilados:

Pesadillas: Cuando los niños lloran y gritan asustados en las noches, las madres los despiertan suavemente, si son pequeñitos los levantan, los abrazan, les dan palmaditas, les "soban la barriguita" y les masajean la cabecita. Los calman, los arrullan, les piden que les cuenten el mal sueño y desvirtúan sus miedos.

Si las pesadillas continúan, se acostumbra frotarles con alcohol o aguardiente en las "coyunturas", darles agua de "martinica", hierva buena, cilantrón o flor de amapola. Se les ponen pañitos de agua con sal en la frente para que "cojan fuerza".

Enuresis (mojar la cama): Si el niño se orina siendo ya "grande", acostumbran hacerles baños de asiento de hierbas frescas (malva, verdolaga, ajonjolí, matarratón). Se les da a tomar agua de hoja de guanábana y agua de hoja de bijao (solo el agua de la superficie que se queda con el polvito del bijao).

Palpitaciones: Si el niño presenta palpitaciones del corazón es que está con "nervios", se le da agua de valeriana y nitrodulce.

Tartamudez: Las mujeres consideran que sus hijos tartamudean a causa de las lombrices, sin embargo luego del desplazamiento notaron que los niños presentaron este comportamiento principalmente cuando están "asustados".

Soledad: Cuando un niño está solo, no quiere jugar, está triste, se acostumbra a darle un baño con agua fresca, mejor si es agua enserenada y si es agua de lluvia es óptimo, así ellos descansan mejor cuando duermen.

Agresividad: Si un niño está muy agresivo, se le coloca bajo un árbol que tenga de páramo (rocío de la noche), se sacude el agua y eso "amansa" a los niños. También se los coloca bajo una planta de ají. Se piensa que como el ají es "bravo" el niño dejará de asumir conductas violentas. También se "amansa" al niño bañándolo en agua de verbena.

Nervios: Para los "nervios" acostumbran darles agua de albahaca y toronjil.

Desconcentración: Se les da un baño de cabeza con agua de hierva buena y se les da a oler "paico", frotando entre las manos. Frotando las sienes "puesto que allí está el entendimiento". Se frota las sienes con un gesto para "abrir" la mente.

También se pone jengibre en una botella de aguardiente para luego masajear las coyunturas antes de dormir.

Falta de memoria: Cuando un niño está "desmemoriado" y se le olvidan las cosas, se le debe dar un baño de agua con sal, mucho mejor si es refinada, la cantidad es a "punto de comida", es decir no muy salada.

Temor: Si el niño presenta temores, les enseñan que no hay razón justificada para hacerlo, pero además les fortalecen sacudiendo la hierva "salvajina" sobre las piernitas.

A manera de resumen:

1. Para niños una estrategia de recuperación psicosocial flexible y desprofesionalizada es válida y tiene efectos positivos a corto, mediano y largo plazo.
2. Los niños son sujetos de derecho y actores protagónicos en su recuperación. Mantener un balance adecuado en la atención a sus necesidades básicas y "los intereses superiores" hace más eficiente la intervención en la emergencia.
3. Involucrar a jóvenes organizados en la recuperación emocional de niños es un medio fundamental para reconstruir el tejido social. Los maestros y personal comunitario también se convierten en agentes de trabajo.
4. El trabajo con grupos de mujeres ha demostrado ser un método eficiente.
5. La capacitación, atención y motivación del personal que trabaje con niños debe ser tenido en cuenta.
6. Considerar la escuela, la comunidad y la familia como espacios terapéuticos fundamentales.
7. Las técnicas lúdicas, dinámicas y expresivas bien estructuradas son instrumentos esenciales para la recuperación psicosocial de los niños. Deben combinarse con la recreación y el deporte.
8. El retorno a la vida normal incluyendo la escuela es una medida rehabilitatoria de capital importancia.
9. Aprovechar las tradiciones populares conjuntamente con las técnicas psicológicas occidentales, potencia la metodología de intervención.

3.6 Intervención en crisis

La intervención en crisis tiene dos modalidades:

- ◆ Primeros auxilios emocionales, diseñados para ayudar, de manera inmediata, a las personas a restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial. Por lo general, es ofrecido por personal no especializado el cual entra en contacto con las víctimas en los primeros momentos después del desastre u evento traumático en cuestión.
- ◆ Intervención especializada o profesional para emergencias psiquiátricas.

Objetivos de la intervención en crisis:

- ◆ Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.
- ◆ Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.
- ◆ Evitar complicaciones adicionales.
- ◆ Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones, tan rápido como sea posible.
- ◆ Prevenir o mitigar el impacto del estrés postraumático.
- ◆ Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario.

Los estudios y las experiencias de trabajo en emergencias nos muestran que el enfoque adecuado para entender e intervenir en la situación de crisis es el de la salud mental comunitaria. También es un desafío enfrentar los desastres como una oportunidad para construir y/o mejorar los sistemas de atención en salud mental en nuestros países.

Los principios fundamentales, de la salud mental comunitaria, válidos para la intervención en crisis en emergencias son:

- ◆ Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas.
- ◆ La noción de crisis, como etapas de la vida por las que todo ser humano atraviesa.
- ◆ Implicaciones técnicas, sociales y políticas de la intervención en crisis.
- ◆ Socializar los conocimientos.
- ◆ La comunidad es el nivel de intervención más complejo e importante para la salud mental.
- ◆ Necesidad de transformar nuestras propias actitudes.
- ◆ Construir respuestas concretas para personas concretas en situaciones concretas.
- ◆ Idea de la rehabilitación vinculada a la cotidianidad.
- ◆ La dimensión del trabajo en equipo.

Estrategias y recursos técnicos fundamentales de la intervención en crisis

Generales:

- ◆ La intervención debe ser temprana y eficiente: inmediatez en la atención y proximidad física.
- ◆ Objetivos bien definidos a corto plazo, con expectativas realistas. La intervención será dirigida a reducir síntomas y estabilizar la situación psicológica de la persona, no es un procedimiento mágico que borra las experiencias vividas.
- ◆ Procedimientos simples y bien orientados.
- ◆ Técnicas de múltiple impacto: movilizar todos los recursos (profesionales, sociales, familiares e individuales) disponibles.
- ◆ Pragmatismo y flexibilidad.
- ◆ Enfoque integral, además de la acción curativa o asistencial debe enfocarse con perfil preventivo y perspectiva social.

Recursos técnicos específicos:

- ◆ Apoyo humano y empatía. Fortalecer la solidaridad grupal, familiar y social.
- ◆ Racionalidad.
- ◆ Reestructuración y reorientación de la vida de las personas ante la situación caótica experimentada. Aprender a ver o repensar acerca del incidente crítico, de una forma menos tóxica para contrarrestar la emoción excesiva.
- ◆ Expresión abierta de emociones y verbalización del trauma, lo cual ayuda a la reducción de síntomas. Muchas de las técnicas de tratamientos de las reacciones post-traumáticas se basan en la habilidad de las personas para reconstruir e integrar las memorias traumáticas, usando la expresión verbal.

- ◆ Comprensión de la pérdida de control como una posible reacción normal ante una situación anormal.
- ◆ Resolución de problemas concretos de la vida de las personas.
- ◆ Uso de recursos espirituales o de fe y religiosidad. Las intervenciones en crisis basadas en la ayuda espiritual ofrecen perspectivas muy favorables cuando son bien conducidas.
- ◆ Uso de recursos profesionales y especializados cuando sea necesario.

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

- ◆ Educación y preparación preincidente.
- ◆ Intervención individual en la crisis.
- ◆ Intervención familiar en la crisis.
- ◆ Intervención espiritual (pastoral) en la crisis.
- ◆ Intervención para grupos pequeños de víctimas primarias, secundarias o terciarias (los directamente afectados, sus familiares y amigos cercanos, socorristas y personal de ayuda humanitaria).
- ◆ Información para el manejo de la crisis en grupos grandes de víctimas primarias.
- ◆ Programa de soporte en desastres para socorristas y personal de ayuda humanitaria que actuó directamente en la emergencia.
- ◆ Mecanismos de seguimiento y para referir a los sobrevivientes con personal especializado.

También se han descrito algunas modalidades específicas:

- ◆ Selección o triage: procedimiento para selección y atención de casos inmediatamente después del desastre, logrando una disminución de la desorganización cognoscitiva y emocional. El procedimiento está directamente relacionado con los primeros auxilios emocionales.
- ◆ Desactivación o defusing: se emplea dentro de las primeras 12 horas después del evento traumático, para grupos pequeños de víctimas primarias, secundarias o terciarias. Es una versión sintetizada del debriefing.
- ◆ Desmovilización o debriefing según señalan algunos autores, se emplea después de 12 horas de ocurrido el evento traumático. Se sustenta, básicamente, en el principio de compartir experiencias traumáticas con un componente educativo añadido. Es importante la confidencialidad y la ausencia de juicios y críticas.
- ◆ Outreach: procedimiento para encontrar las víctimas, ayudándolas a expresarse y comprender las reacciones emocionales como consecuencia del desastre.

Qué hacer y qué No hacer durante la intervención en crisis.

Qué hacer:

- ◆ Desarrollar el sentido de escucha-responsable. Escuchar atentamente, sintetizando brevemente los sentimientos del afectado. Hágalo sentir que usted lo entiende y comprende por lo que esta pasando, esto es la empatía.

- ◆ Ser cortés, honesto y transparente; ganarse la confianza y cooperación del afectado.
- ◆ Ser realista y objetivo.
- ◆ Favorecer la dignidad y libertad para que las víctimas trabajen en sus problemas.
- ◆ Fortalecer la confianza y seguridad.
- ◆ Estar alerta sobre las oportunidades de dar énfasis a las cualidades y fuerzas de la persona.
- ◆ Aceptar el derecho de los afectados de sentirse así.
- ◆ Realice preguntas saludables y efectivas.
- ◆ Pida una retroalimentación para ver si está usted comprendiendo.

Reglas del NO:

- ◆ No ofrecer algo que no pueda cumplir.
- ◆ No le tenga miedo al silencio, ofrezca tiempo para pensar y sentir.
- ◆ No se sienta inútil o frustrado. Usted es importante y lo que está haciendo vale la pena.
- ◆ No muestre ansiedad ya que ésta puede ser fácilmente transmitida a los afectados.
- ◆ No ofrezca respuestas, más bien facilite la reflexión.
- ◆ No permita que el enojo u hostilidad de la persona lo afecte.
- ◆ No los presione a hablar de Dios, sea comprensivo con las creencias religiosas.
- ◆ No tenga miedo de admitir que el afectado necesita más ayuda de la que usted le puede brindar. Puede referirlo a profesionales especializados.
- ◆ No permita que las personas se concentren únicamente en los aspectos negativos de la situación.
- ◆ No muestre demasiada lástima o paternalismo. Tampoco se exprese de manera autoritaria o impositiva. Busque un punto intermedio entre estas dos posiciones.
- ◆ No espere que la víctima funcione normalmente de inmediato.
- ◆ No confronte a una persona en crisis, si este se va sentir amenazado.
- ◆ No insista con preguntas más allá del punto en que la persona no desea hablar.
- ◆ No trate de interpretar las motivaciones ocultas de un comportamiento.
- ◆ No moralice o sermonee.
- ◆ No intente progresar demasiado rápido en el proceso de intervención en crisis.
- ◆ No considere superficialmente las amenazas de suicidio u homicidio.
- ◆ No aliente a alguien a hacer algo que en realidad no quiere hacer.

Primeros auxilios psicológicos

La Cruz Roja Americana (34) ha desarrollado el concepto que "no se necesitan profesionales o especialistas en las comunidades para tratar las urgencias psicosociales causadas por un desastre, si se tiene una brigada de personas sensibilizadas con las necesidades emocionales de las víctimas que puedan escuchar e interactuar con otros a su alrededor, así

como crear un ambiente de seguridad y esperanza". "El apoyo se basa no solo en ciertas técnicas sino también en nuestra relación con otros seres humanos".

Coincidimos en el criterio de que la primera intervención en situaciones de crisis, en los desastres, se ofrece por los voluntarios, agentes comunitarios y aquellos que entran en contacto de manera inmediata con las víctimas. Los especialistas llegan en un segundo momento; por otro lado, no se puede pretender que la gran masa de personas con afectaciones emocionales reciban "una terapia de crisis", tampoco sería conveniente y beneficioso para las personas que se psicologice o medicalice excesivamente la atención.

El objetivo de la primera ayuda psicológica puede resumirse:

- ◆ Ayudar a las personas a encontrar respuestas y restablecer su funcionamiento después de la situación traumática vivida.
- ◆ Proporcionar información para que las personas puedan manejar sus reacciones emocionales.
- ◆ Prevenir o mitigar la aparición de estrés postraumático u otras manifestaciones psicopatológicas. Se considera que la gran mayoría de las personas si reciben una adecuada primera ayuda psicológica, no tendrán necesidad de atención profesional.

Para manejar adecuadamente las reacciones psicológicas que aparecen en el periodo inmediato posterior al desastre es importante la preparación anticipada. El bienestar previo y las capacidades del individuo para enfrentar eventos vitales serán decisivos. En este sentido, se pueden citar las siguientes medidas pre-incidente:

- ◆ Preparación psicosocial al personal que intervendrá en la primera línea en situación de desastre.
- ◆ Desarrollo de programas educativos con la población.
- ◆ Realizar actividades regulares para aliviar el estrés y fortalecer las capacidades de movilización social.

Las intervenciones que se realicen en la "escena" después del desastre deben ser cortas, flexibles y enfocarse a las preocupaciones inmediatas de la persona. Es importante la solución de necesidades básicas y de supervivencia, por eso debe tomarse en cuenta la búsqueda de lugares para el descanso, protección y alimentación.

Principios técnicos utilizados en la primera ayuda psicológica:

- ◆ Escucha responsable: escuchar atenta y cuidadosamente.
- ◆ Permitir la libre expresión del paciente, en primer término.
- ◆ Transmitir la necesidad de aceptar lo ocurrido, pues ya no se puede modificar.
- ◆ En un segundo momento, realizar un interrogatorio limitado y lo mas abierto posible. No excederse en un "interrogatorio fiscal".
- ◆ Realizar resúmenes periódicos de la exposición de la persona: organización del pensamiento.
- ◆ Proveer información.
- ◆ Orientar en lo necesario pero evitando los "consejos directivos".
- ◆ Aceptación de las personas tal y como son, respetando su dignidad y sus derechos.
- ◆ Empatía, que significa ponerse en el lugar del otro, comprender lo que le está sucediendo.

- ◆ Crear una atmósfera calurosa y humana alrededor de la víctima.
- ◆ Posibilidad de desarrollar reuniones grupales con víctimas directas.
- ◆ Desarrollo de actividades para el manejo del estrés.

3.7 El trabajo de grupos

Los desastres naturales y los conflictos armados producen una ruptura de la cotidianidad de las personas, familias y comunidades, hay una fractura del marco de referencia que provoca crisis en el sujeto; se intensifican vivencias de incomunicación e impotencia y esto hace emerger con mayor fuerza la necesidad de encontrarse en otros (46). La integración y pertenencia a un grupo permite fortalecerse a sí mismo, a la vez que facilita la contención en el diálogo e intercambio. Es factible el reconocimiento de nuevas necesidades y el desarrollo de tareas destinadas a satisfacerlas.

El trabajo de grupos puede desarrollarse sobre algunos colectivos ya existentes u otros que se creen ad hoc, como consecuencia de la emergencia. Los grupos pueden facilitar y participar en trabajos de gestión comunitaria, coordinación y formación de redes. Es conveniente organizar los grupos con el auxilio de un facilitador de la propia comunidad capacitado en el manejo grupal de las crisis colectivas; de manera que puedan reunirse, también, sin la presencia del especialista y convertirse progresivamente en un grupo de encuentro y ayuda mutua.

Se ha demostrado la utilidad de los grupos al generar confianza y crear espacios de intercambio de experiencias, expresión de sentimientos y búsqueda de alternativas de afrontamiento. Se procura desarrollar un sentido de colectividad, en que los miembros se preocupan los unos por los otros y el grupo se preocupa por ellos.

En los grupos se dan los siguientes procesos:

- ◆ Posibilidad de exteriorizar las emociones y verbalizarlas, así como el reconocimiento de sentimientos.
- ◆ Análisis objetivo de la realidad.
- ◆ Desarrollan la capacidad de auto reflexión y facilitan la toma de conciencia, así como la búsqueda e integración de soluciones.
- ◆ Recuperación de la esperanza (cuando se puede saber de la mejoría de otros).
- ◆ Aprendizaje interpersonal y apertura a diferentes formas del pensamiento (aprendiendo de unos y enseñándole a otros). Comparten necesidades y problemas, así como se generalizan experiencias.
- ◆ Fomento del espíritu de solidaridad y apoyo mutuo.
- ◆ Desarrollan sentido de pertenencia e identificación con el grupo.
- ◆ Utilización del poder colectivo.
- ◆ Desarrollo de actividades sociales gratificantes.

En la emergencia el manejo de grupos no debe verse sólo como una forma de "juntarse para hacer catarsis"; si bien tiene mucho de terapéutico (en el sentido de aprendizaje y de modificar conductas), no necesariamente tiene que enfocarse en el sentido clínico.

El grupo forma parte de la "trayectoria de aprendizajes" de sus miembros que comparten tiempo y espacio, van sosteniendo o reparando su identidad perdida o mellada, potenciando la solidaridad ante la crisis, así como removiendo obstáculos emocionales y de conocimiento.

Ahora bien, ese proceso grupal, ¿puede ser liberado a la espontaneidad, máxime en las condiciones de una emergencia? La respuesta parece ser que es un proceso que debe ser favorecido desde los operadores de la comunidad o de trabajadores del sistema de salud, los cuales requieren entrenamiento en los efectos psicosociales de los desastres y manejo de grupos.

Las técnicas sencillas de manejo de grupos tienen las siguientes ventajas:

- ◆ Requieren sólo una capacitación previa. Personas de la comunidad, debidamente seleccionadas, pueden ser facilitadores de procesos grupales.
- ◆ Se pueden planificar y desarrollar antes o durante los desastres, requiriendo documentación teórica sencilla de fácil comprensión.
- ◆ Tienen posibilidades de ser evaluadas en el desarrollo del proceso o posterior a la emergencia, ya que se identifican varios indicadores del proceso grupal: pertinencia (si está centrado en la tarea), empatías en juego, pertenencia (sentido de formar parte de identificarse con el grupo), comunicación y relaciones interpersonales, cooperación y manejo de conflictos.
- ◆ La existencia de procedimientos sencillos e indicadores cualitativos permiten elaborar estrategias de fortalecimiento grupal y el uso de técnicas diversas apropiadas a los cambios requeridos. Todo conducente al desarrollo de una capacidad de adaptación activa a la realidad, contenedora y transformadora del impacto de la crisis, restableciendo las redes sociales, así como los vínculos productivos para afrontar nuevos desafíos.

Esta perspectiva que ubica la tarea grupal como un lugar articulador y de acción entre el individuo y la comunidad, es particularmente eficaz para los grupos vulnerables como los albergados o refugiados, los damnificados, desplazados y los grupos de socorristas. Cada uno de ellos debe definir sus necesidades (no ser definidas desde afuera), reconocer los recursos que tienen y los que puedan requerir, desarrollar habilidades propias para organizar/reorganizar su vida cotidiana y definir sus objetivos de vida y los instrumentos para alcanzarlos, basándose principalmente en el propio esfuerzo orientado a desarrollar autonomía y hacer eficaz la ayuda externa que sea requerida.

Algunas pautas para la actuación en grupos de apoyo mutuo:

- ◆ No siempre tiene que centrarse en las experiencias traumáticas (esto dependerá de las necesidades de los participantes). Algunos grupos pueden focalizarse en una experiencia vivida de forma colectiva. Generalmente se da en casos en que no encuentran otro espacio social para la expresión y los miembros se pueden beneficiar del intercambio.
- ◆ Inicialmente, el trabajo debe dirigirse a los conflictos identificados en el grupo por sus integrantes y posteriormente enfatizar en los proyectos de vida.
- ◆ Superar la victimización, fortaleciendo los proyectos de vida.
- ◆ El debriefing es una de varias técnicas y no siempre es positiva. Deben tenerse en cuenta múltiples factores circunstanciales y condicionantes.
- ◆ Manejo de problemas cotidianos y factores condicionantes del estrés.
- ◆ Se han demostrado resultados positivos, en particular, en situaciones de riesgo de duelo patológico y experiencias traumáticas específicas.
- ◆ Los resultados del trabajo de grupo no puede evaluarse solamente por el índice de reducción de síntomas de los participantes.



CAPITULO IV

HACIA UN PLAN DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES Y EMERGENCIAS

4.1. Consideraciones generales para preparar un plan

En este capítulo se esbozan los principios fundamentales sobre los que debe estructurarse un plan de salud mental en emergencias. Esto implicará, necesariamente, un abordaje breve del período de preparación o previo al evento. Lo referente a la recuperación sólo se mencionará en sus ideas más generales.

La atención de salud mental debe comenzar con un diagnóstico comunitario amplio e incluyente que tenga en consideración el contexto sociocultural, género, grupos de edad, identificación de líderes, autodefinición de necesidades por la propia población, situación de derechos humanos, etc.

Una estrategia fundamental es la formación de facilitadores o promotores sociales, teniendo en cuenta el conocimiento que estos tienen de los procesos comunitarios y de la idiosincrasia de las poblaciones afectadas. A través de los mismos, se recuperan muchas de las experiencias y conocimientos populares que se enriquecen con instrumentos técnicos. Un concepto importante es que los promotores comunitarios no deben ser específicos en salud mental, sino que deben trabajar en el amplio campo de la salud y lo social.

La atención de salud mental en emergencias implica el manejo de técnicas de intervención en crisis y psicoeducativas que favorecen la expresión de vivencias y sentimientos, así como la comprensión de los factores de estrés implicados. En paralelo, deben tenerse en cuenta la satisfacción de necesidades concretas y la generación de ambientes seguros. La evaluación de las acciones realizadas debe tener una fase de retroalimentación a la comunidad.

Los problemas más frecuentes en los programas de atención de salud mental son:

- ◆ Modelos de intervención asistenciales y centrados en el trauma.
- ◆ Actuaciones clínicas individuales frente a impactos masivos con dinámicas colectivas.
- ◆ Poca acción preventiva.
- ◆ Escasa sensibilidad cultural.
- ◆ Poca incidencia de lo psicosocial en las decisiones políticas y organizativas.

Grandes problemas a priorizar

Se destacan tres grandes grupos de problemas psicosociales que siempre hay que tener en cuenta en situaciones de desastres y emergencias.

- ◆ El miedo y la aflicción, como consecuencia de los daños y pérdidas y/o por el temor a la recurrencia de la situación traumática.
- ◆ Trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas evidentes.
- ◆ Desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas. Esto incluye actos vandálicos y delincuenciales, rebeliones, demandas exageradas, abuso sexual, violencia intrafamiliar, etc.

De lo anterior se derivan tres mensajes:

- ◆ No pensemos solo en la psicopatología, también en la amplia gama de problemas de alto contenido social.
- ◆ La necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental.
- ◆ Los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos -en gran proporción- por personal no especializado.

En algunos países latinoamericanos, a los eventos vitales que, comúnmente, están expuestos los seres humanos se unen el conflicto armado y su secuela de violencia, así como los desastres naturales. Todo esto en un contexto de pobreza y marginación de grandes grupos, en especial las poblaciones que residen en zonas rurales y en zona urbanas marginales, lo que aumenta notablemente las condiciones de riesgo.

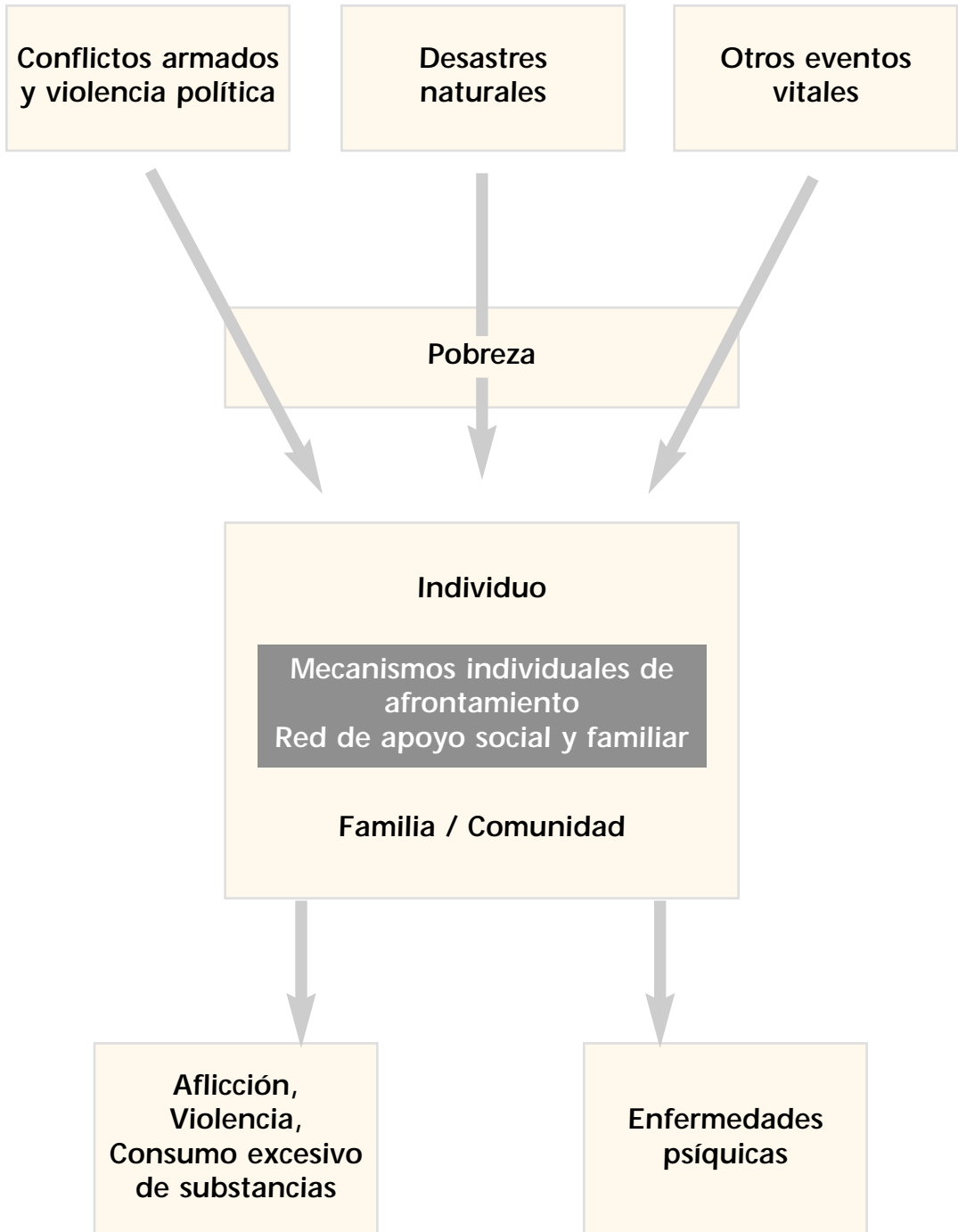
Para enfrentar esto el individuo dispone de los mecanismos individuales de afrontamiento que ha desarrollado a lo largo de la vida, pero también -y esto será muy importante- de las redes de apoyo familiar y social.

Las consecuencias de estos eventos vitales -sostenidos a lo largo del tiempo- estarán en relación directa con el balance que se pueda lograr entre los factores de riesgo, los de protección y las condiciones individuales y sociales. Esto determinará la aparición o no de problemas psicosociales, ya sea como patología psiquiátrica definida u otros problemas emocionales y de la conducta humana.

El concepto de ampliación del campo de competencia de la salud mental está relacionado con la variada gama de problemas psicosociales a enfrentar, que no se limitan a las enfermedades psiquiátricas. La aflicción de las personas, la violencia y el consumo de sustancias adictivas no se pueden enmarcar dentro de los límites de lo psicopatológico, pero son facetas del drama humano que estamos en la obligación de comprender y contribuir a su solución.

En la figura que mostramos a continuación se presenta un modelo para interpretar la problemática psicosocial y una referencia práctica para la intervención.

Salud Mental Dinámica situacional



Etapas en las actuaciones psicosociales en situaciones de emergencia

Para la planificación e instrumentación de las actuaciones de salud mental en situaciones de emergencias, es necesario ordenarlas por etapas. Las acciones que se desarrollan en un primer momento, después del evento traumático (impacto inmediato), son sustancialmente diferentes a las que se desarrollan a mediano y largo plazo como parte del proceso de recuperación.

Por supuesto que esta delimitación temporal siempre tendrá un carácter relativo y solo debe tomarse como marco de referencia, en la vida real los tiempos no suelen ser tan bien delimitados como en la teoría.

Es más fácil precisar los periodos de tiempo en los desastres naturales, pues estos ocurren en momentos muy bien delimitados (días, horas o segundos). Los conflictos armados son más complejos y duraderos; muchos de sus efectos se visibilizan, frecuentemente, a mediano y largo plazo.

En las poblaciones desplazadas es necesario delimitar a quiénes van dirigidas las acciones psicosociales, en qué momentos vamos a acompañar a estas personas y qué acciones tomar en cada etapa del proceso.

Algunas consideraciones generales sobre el tiempo:

- ◆ Las instituciones (o niveles) nacionales y locales tienen tiempos distintos. Por otro lado, la cultura institucional y organizativa no responde siempre a los tiempos y necesidades de las personas y los grupos.
- ◆ El tiempo de la gente damnificada (la comunidad) es diferente del de los equipos institucionales de respuesta. El proceso de asimilación del trauma es un factor que influye en el tiempo.
- ◆ Los tiempos transcurren y se valorizan de manera distinta según las culturas. Las conductas colectivas se determinan, entonces, por sus propias dimensiones temporales.
- ◆ Los organismos de ayuda humanitaria tienen periodos de tiempo para la "emergencia" determinados institucionalmente o limitados por las fuentes financieras, que no se relacionan directamente con las necesidades prácticas. Ha resultado evidente que la solidaridad y ayuda nacional e internacional fluye rápidamente en los primeros momentos para posteriormente disminuir drásticamente. Sin embargo, el riesgo psicosocial se mantiene en la mayoría de los casos.
- ◆ El período de la emergencia y el que se estima para la recuperación y favorecer el desarrollo integral de las comunidades afectadas, en ocasiones, no están bien delimitados, se pueden superponer o quedar aislados.
- ◆ El tiempo no transcurre linealmente, por lo general se puede asemejar con una espiral.

En casos de desastres naturales, a los efectos prácticos, se delimitan cuatro grandes etapas que nos permite orientar lo que sucede aproximadamente en cada momento, y también el qué hacer. En cada periodo hacemos énfasis en la dinámica psicosocial que se desarrolla, tratando de esquematizar y simplificar lo fundamental.

1. Periodo previo o precrítico.
2. Periodo crítico o de la emergencia propiamente dicha.
3. Periodo post-crítico.
4. Periodo de recuperación.

La etapa previa puede ser más o menos prolongada de acuerdo al tipo de desastre. Los huracanes, por ejemplo, pueden ser monitoreados y anticipado su paso por determinado territorio. Por el contrario, un terremoto ocurre abruptamente sin tiempo alguno que permita prepararse. No obstante, en cualquier caso es vital desarrollar un plan preventivo que reduzca la vulnerabilidad de la población.

El periodo crítico también es variable en cuanto a duración y características, dependiendo del tipo de evento y su magnitud. En este momento, lo fundamental para la población es su seguridad personal y familiar y la satisfacción de sus necesidades básicas y de supervivencia. La primera ayuda psicológica se ofrece por la propia comunidad, socorristas y el personal que entra en contacto con la gente en esos momentos difíciles.

La etapa post-crítica se enmarca, aproximadamente, en un periodo de 15 a 30 días después del evento. En la mayoría de las ocasiones, los grupos de ayuda externa y la movilización de las organizaciones nacionales ocurren en esta etapa del desastre. En estos momentos se trabajan los procesos de intervención en crisis y atención a casos con manifestaciones psíquicas, incluso, con personal calificado.

Es importante comenzar lo antes posible la preparación para la etapa de recuperación donde el sector salud y diferentes instituciones nacionales tendrán que enfrentar con sus propios recursos las tareas normales, más las que corresponden a la recuperación psicosocial del desastre. Las crisis deben dejar como sedimento un crecimiento personal y el fortalecimiento de los mecanismos individuales y grupales de afrontamiento, así como de la red de apoyo social.

Manifestaciones psicosociales ante situaciones de desastres naturales, según etapas.

¿Qué ocurre?

Fase pre-crítica (horas o días previos)	Fase de crisis (evento y 72 horas posteriores)	Fase post-crítica (30 días)	Fase de recuperación (posterior al primer mes)
<p>Se conoce y se anuncia la catástrofe.</p> <p>Expectativa de inevitabilidad con alto nivel de tensión en la población.</p> <p>Sobre o sub / valoración del posible desastre.</p> <p>Se potencializan características humanas pre-existentes.</p>	<p>Período breve durante el cual transcurre la catástrofe. Destrucción y muerte.</p> <p>Desorganización y confusión generalizada.</p> <p>Miedo. Sentimientos de abandono y vulnerabilidad. Necesidad de supervivencia.</p> <p>Pérdida de iniciativa.</p> <p>Liderazgos espontáneos (positivos o negativos).</p> <p>Conductas: Heroicas o mezquinas. Violentas o pasivas. Muestras de solidaridad o de egoísmo.</p>	<p>Conocimiento y evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas.</p> <p>Se inicia un proceso lento y progresivo de recuperación.</p> <p>Miedo a la recidiva.</p> <p>Conductas agresivas contra autoridades e instituciones. Actos de rebeldía y/o delincuenciales.</p> <p>Se mantienen, en alguna medida, los aspectos detallados en la etapa anterior.</p>	<p>Se mantienen como no resueltos muchos problemas.</p> <p>Secuelas sociales y de la salud de las personas, en especial problemas de orden psíquico.</p> <p>En función de la estructura social, los individuos y el grado de pérdidas se planifican y ejecutan tareas para la recuperación definitiva.</p>

¿Qué se hace?

Fase pre-crítica (horas o días previos)	Fase de crisis (evento y 72 horas posteriores)	Fase post-crítica (30 días)	Fase de recuperación (posterior al primer mes)
<p>Información y orientación actualizada y precisa a la población.</p> <p>Evaluación del grado de preparación y organización.</p> <p>Identificación de amenazas y vulnerabilidades. Identificar grupos de riesgo psicosocial.</p> <p>Protección preventiva; se impone autoritariamente, en casos necesarios.</p> <p>Localizar personal competente.</p> <p>Capacitación emergente.</p> <p>Controlar focos de desorganización social.</p> <p>Estimular espíritu solidario y favorecer la participación.</p>	<p>Acciones de socorro y salvamento.</p> <p>Satisfacción de necesidades básicas y garantizar la seguridad física.</p> <p>Información y orientación sobre: - Qué está ocurriendo.- Qué se está haciendo.- Qué deben hacer las personas.</p> <p>Transmitir: organización, seguridad, autoridad, moral, sosiego, apoyo y ánimo.</p> <p>Recuperar la iniciativa y elevar la autoestima.</p> <p>El tiempo de llegada de la ayuda externa es decisivo.</p> <p>Controlar desorganización social.</p> <p>Evaluación rápida de las necesidades emocionales de la población (triage).</p> <p>Primera ayuda psicológica por personal no especializado.</p>	<p>Continúan y se consolidan las medidas de la fase anterior.</p> <p>Establecimiento del plan de acción en salud mental. Equipos móviles de atención especializada en salud mental.</p> <p>Coordinación interinstitucional. Creación de redes de trabajo.</p> <p>Organización de la propia comunidad, reforzando su autoresponsabilidad y se transmite confianza en la recuperación.</p> <p>Controlar los actos violentos y la desorganización social, para evitar su propagación.</p> <p>Educación para la salud y capacitación</p> <p>Atención psicosocial a los albergues. Atención a grupos especiales y vulnerables.</p> <p>Atención a casos con trastornos psíquicos.</p> <p>Intervención en crisis.</p>	<p>Medidas económicas y sociales en diferentes escalas para asegurar una definitiva y total recuperación.</p> <p>Se consolida y proyecta la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria.</p> <p>Desarrollo de proyectos ocupacionales y productivos.</p> <p>Mantener un adecuado nivel de información a la población.</p> <p>Educación para la salud y capacitación.</p> <p>Atención a casos con trastornos psíquicos.</p> <p>Atención a albergues que continúen y a grupos especiales y vulnerables.</p> <p>Propuestas e instrumentación de las estrategias de sostenibilidad y continuidad de los proyectos de emergencia.</p>

Manifestaciones clínicas

Fase pre-crítica (horas o días previos)	Fase de crisis (evento y 72 horas posteriores)	Fase post-crítica (30 días)	Fase de recuperación (posterior al primer mes)
<p>Angustia.</p> <p>Inseguridad.</p> <p>Vigilancia obsesiva.</p>	<p>Crisis.</p> <p>Estrés peritraumático.</p> <p>Reacciones colectivas de agitación.</p> <p>Reacción de ansiedad y/o depresión.</p> <p>Trastornos de conciencia.</p> <p>Reacción de excitación y/o psicótica.</p> <p>Descompensación de trastornos psíquicos preexistentes.</p>	<p>Trastorno por estrés agudo.</p> <p>Trastornos depresivos y de ansiedad.</p> <p>Descompensación de trastornos psíquicos preexistentes.</p> <p>Abuso de alcohol y drogas.</p> <p>Violencia.</p>	<p>Trastorno por estrés post-traumático.</p> <p>Otros trastornos psíquicos tardíos o complicados.</p> <p>Alcoholismo y otras adicciones.</p> <p>Violencia.</p>

El tiempo en poblaciones afectadas por conflictos armados y desplazados.

En situaciones de conflictos armados se pueden dar varias situaciones:

- ◆ Poblaciones que viven en territorios donde se desarrolla la guerra y están sometidas, de manera sistemática a las vivencias del conflicto en toda su intensidad.
- ◆ Poblaciones que fueron víctimas de la violencia política, pero que la misma acabó o lograron salir del epicentro del problema.
- ◆ Poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado.

A los efectos prácticos de definir las etapas de la emergencia, nos referiremos fundamentalmente al tercer grupo (desplazados). En estos casos se delimitan las siguientes etapas:

- ◆ Emergencia propiamente dicha (30 días en los que se ha producido el desplazamiento): La población es sometida a amenazas u otras causales que motivan el desplazamiento. La etapa se caracteriza por una gran desorganización de la vida familiar y comunitaria, predominan las pérdidas y la sensación de confusión; se producen las primeras reacciones emocionales y conductuales ante la nueva situación creada.
- ◆ Período postcrítico o de recuperación inmediata (2-6 meses): La población desplazada comienza a visualizar el futuro (retorno, reasentamiento definitivo o nuevo desplazamiento) y a plantearse soluciones a su problemática. Se producen reacomodos a la nueva situación y a trabajar para la recuperación definitiva.
- ◆ Período de recuperación definitiva, que puede extenderse hasta cinco años después del desplazamiento. Por razones obvias no será objeto de atención en esta Guía.

Grupos de riesgo o alta vulnerabilidad

La vulnerabilidad es la resultante de un proceso dinámico de interacción de diversos factores individuales, familiares y sociales. Nos referimos aquí a los grupos poblacionales de mayor riesgo y vulnerabilidad, que como tal deben recibir una atención diferenciada y priorizada.

Factores condicionantes del riesgo:

- ◆ La exposición directa e indirecta al evento traumático.
- ◆ Las pérdidas de cualquier índole.
- ◆ Características individuales.
- ◆ Contexto.

Factores que puede favorecer la protección o incrementar el riesgo:

- ◆ Habilidades personales para el manejo de emociones.
- ◆ La historia personal.
- ◆ Experiencias traumáticas previas.
- ◆ Enfermedades previas.
- ◆ Condiciones socioeconómicas.
- ◆ Existencia de amenazas.
- ◆ Características de la comunidad (eventos traumáticos anteriores, condiciones socioeconómicas, cohesión, confianza interna, etc.).
- ◆ Liderazgo comunitario y redes sociales de apoyo.
- ◆ Apoyo familiar.

Se recomienda que las acciones dirigidas a los grupos vulnerables deberán ser evaluadas no solamente en función del grupo de riesgo específico, sino también tomando en consideración el impacto comunitario.

Este es un tema que podrá tener grandes diferencias de acuerdo a las características locales y el tipo de situación generada por el desastre o emergencia. En un país o territorio podríamos hablar de los niños y los albergados, pero en otro lugar pueden ser diferentes los grupos de mayor riesgo; también la situación puede variar con el tiempo. Un grupo sobre el cual es necesario dirigir siempre esfuerzos específicos son las poblaciones más pobres.

A manera de guía general y acorde con las experiencias existentes, se recomienda tener en consideración los siguientes grupos:

Grupos vulnerables de acuerdo al ciclo vital:

- ◆ Niños, niñas y jóvenes.
- ◆ Ancianos(as).

Grupos vulnerables por padecer de trastornos psíquicos o físicos previos:

- ◆ Trastornos psicopatológicos.
- ◆ Alcoholismo y otras adicciones.
- ◆ Discapacitados y/o portadores de enfermedades crónicas.
- ◆ SIDA.

Grupos vulnerables por las condiciones en que viven como consecuencia del desastre:

- ◆ Albergados y/o refugiados.
- ◆ Damnificados.
- ◆ Desplazados.

Grupos vulnerables por las labores desempeñadas durante la emergencia:

- ◆ Miembros de los equipos institucionales de respuesta, como rescatistas, socorristas y personas que han desarrollado labores humanitarias o han trabajado directamente en la situación de la catástrofe.

A manera de ejemplo, en Colombia (28) se identificaron los siguientes grupos de riesgo en poblaciones desplazadas:

- ◆ Madres cabeza de familia.
- ◆ Adultos mayores.
- ◆ Niños menores de 18 años.
- ◆ Discapacitados.

El personal no especializado, agentes comunitarios y voluntarios

En situaciones de desastres, la participación de agentes comunitarios, trabajadores de salud de la APS y los voluntarios tiene un papel decisivo. Por lo general, son la primera línea de contacto con la población y los que van a llevar adelante la primera ayuda psicológica. Pueden ser muy eficientes y desplegar un alto grado de autonomía si han sido preparados adecuadamente. También si provienen de las propias comunidades estarán en mejores condiciones de comprender las necesidades de la población y el contexto sociocultural.

Este personal y otros que laboran en albergues y refugios deben tener un enfoque amplio e integral, y deben asumir ante todo una actitud de escucha responsable. Se busca que este personal pueda responder a las necesidades emocionales de la población, para esto deben ser entrenados en técnicas de ayuda psicosocial simples y bien orientadas.

Por otro lado, este tipo de trabajo provoca una fuerte carga emocional y de tensión que, en un momento dado, puede copar las posibilidades de quienes intervienen, impidiéndoles realizar su trabajo e incluso produciéndoles efectos sobre su propia vida emocional, por lo que es muy importante que ante la fatiga o tristeza puedan ser relevados por un tiempo (descanso y recuperación) o que puedan ser vistas estas situaciones oportunamente para darles un sentido y reconvertirlas, trabajando sus emociones y restaurando su sentido de control.

Por las razones anteriormente apuntadas debe organizarse la atención psicosocial a socorristas, rescatistas y personal que ha laborado directamente en las acciones de la emergencia. Este aspecto será tratado más detalladamente en las líneas de acción.

Los diferentes actores

No es nuestro propósito, en estas consideraciones generales, detallar el papel o funciones de los diferentes actores e instituciones en situaciones de emergencias. Abordaremos el tema de una manera muy general.

Entre los actores más relevantes podemos citar:

- ◆ Ministerio de Salud Pública.
- ◆ Otros organismos gubernamentales (educación, cultura, deportes, obras públicas, Trabajo y otros organismos de la economía del Estado).
- ◆ Alcaldías y autoridades locales.
- ◆ Policía u otros organismos de seguridad pública.
- ◆ Defensa civil.
- ◆ Bomberos.
- ◆ Fuerzas armadas.
- ◆ Universidades.
- ◆ Iglesias.
- ◆ Cruz Roja.
- ◆ Organizaciones no gubernamentales (nacionales y extranjeras).
- ◆ Empresa privada.
- ◆ Medios de comunicación.
- ◆ Organismos o agencias internacionales.
- ◆ Otras instituciones.

No debe olvidarse a la propia población y sus líderes que deben ser considerados actores de primer nivel.

Se señalan, de manera muy general, algunas recomendaciones para aquellos que intervienen en estas situaciones de emergencia:

- ◆ Capacidad de actuar planificadamente: organizarse y funcionar dentro del marco de sus potencialidades, recursos y características.
- ◆ Tomar conciencia de su propio papel y definir una identidad frente a la población.
- ◆ Prepararse interiormente (crisis internas).
- ◆ Estimular y apoyar el liderazgo local.
- ◆ Actuar como facilitadores en la transferencia de tecnología, conciliación y fortalecimiento de la capacidad de respuesta, respetando los procesos comunitarios.
- ◆ Utilizar espacios y formas organizativas existentes.
- ◆ Asegurar la sostenibilidad de las acciones que se inicien en el periodo de la emergencia. Favorecer la institucionalización de aquellos procesos que resulte conveniente su continuidad como parte de los programas nacionales y locales.

4.2 Principios básicos del plan

Los planes de salud mental, contrario a lo que muchos pueden pensar, son relativamente sencillos, prácticos y de bajo costo. Dependen en lo fundamental del recurso humano. Enumeramos a continuación algunos principios a tener en cuenta:

- ◆ Enfoque de gestión de riesgo dirigido a la acción preventiva, disminuyendo al mínimo las probabilidades de sufrir daños psicosociales.

- ◆ Evaluación rápida de las necesidades psicosociales y las situaciones de mayor vulnerabilidad, que sirva de apoyo a las actuaciones en su fase inicial.
- ◆ Definir metas y objetivos sobre bases realistas y objetivas, desglosándolos según términos de corto, mediano y largo plazo. Evaluar disponibilidades financieras y de recursos humanos.
- ◆ Definir acciones sobre la base de los objetivos trazados. En cada acción debe definirse claramente responsable, ejecutores y fechas de cumplimiento. La intervención psicosocial debe ser temprana, rápida y eficiente.
- ◆ No visualizar la atención sólo como demanda de asistencia.
- ◆ No focalizarse, necesariamente, en el trauma. Utilizar estrategias positivas de afrontamiento en los planos ideológico, cultural y religioso.
- ◆ Crear ambientes seguros, promoviendo la vida comunitaria, así como apoyando el reagrupamiento familiar y el trabajo de redes.
- ◆ Readaptación activa que significa el reinicio de las actividades cotidianas de la comunidad, incluyendo el trabajo y la actividad escolar de los niños.
- ◆ Creación de espacios de apoyo mutuo, expresión, distensión, comprensión y escucha. Soporte emocional a las personas en duelo, favoreciendo los funerales y ritos aceptados culturalmente.
- ◆ Precisar los resultados esperados e identificar los indicadores mínimos para el seguimiento del proceso, estableciendo por lo menos de forma elemental un mecanismo de información.
- ◆ Enfoque de género.
- ◆ Enfoque étnico y cultural.
- ◆ Establecer alianzas y procesos de cooperación, evitando las duplicidades o contradicciones en el accionar.
- ◆ Flexibilidad. La dinámica psicosocial en los desastres naturales y emergencias complejas es muy cambiante, a veces en cuestión de horas, por lo que todo plan debe ser sumamente flexible.
- ◆ Sostenibilidad de las acciones a mediano y largo plazo. Lograr una vinculación del plan con las instituciones y estructuras nacionales existentes. Buscar que como consecuencia de estas acciones se fortalezcan los servicios existentes y mejore la atención en salud mental en el país.

4.3 Objetivos de un plan de salud mental

Reducir el riesgo psicosocial de la población e introducir el componente salud mental en la atención sanitaria en situaciones de desastres y emergencias complejas.

Los objetivos específicos los definimos acorde a los grandes problemas psicosociales, anteriormente citados:

1. Eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales en una situación de emergencia.

2. Evitar y/o reducir el miedo y la aflicción en la población.
3. Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población, en especial en los más afectados, albergados y desplazados.
4. Reducir, atender y rehabilitar los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta del desastre o emergencia.

4.4 Líneas de acción

Debemos enfatizar que ofrecer ayuda material de forma organizada y coordinada, reducir los efectos del desastre o el conflicto armado, garantizar la seguridad personal y familiar, apoyo general, así como prevención o disminución de muertes y enfermedades es la primera y más importante atención psicológica que fortalece los mecanismos de afrontamiento de las personas. Debe explicarse y promoverse esto con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que actúan en estas circunstancias. También es necesario tratar a las personas como supervivientes activos y no como víctimas pasivas.

Las principales líneas de acción las sintetizamos a continuación:

1. Diagnóstico preliminar rápido.
2. Atención psicosocial por personal no especializado.
3. Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos más complejos.
4. Atención priorizada a grupos de riesgo o alta vulnerabilidad.
5. Capacitación y transferencia de tecnología.
6. Promoción y educación para la salud.
7. Organización comunitaria, participación social y autoresponsabilidad.
8. Comunicación social.
9. Coordinación intersectorial.
10. Coherencia de las acciones de salud mental con el Plan de Emergencia del Sector y el Estado.

1. Diagnóstico preliminar rápido

Desde el primer momento de la intervención es necesario contextualizar lo ocurrido, sintetizar y analizar lo más importante, identificar necesidades, problemas, grupos metas y prioridades en el accionar, es decir, obtener un conocimiento básico de las comunidades afectadas y el contexto sociocultural. También es importante evaluar el sistema de salud, recursos especializados disponibles, su desarrollo organizacional y las capacidades de afrontamiento de la problemática. Esto resulta vital para un actuar organizado y tener objetivos bien claros así como metas a corto, mediano y largo plazo.

Un diagnóstico preliminar debe ser rápido y operativo, hecho de manera simultánea con las primeras acciones desplegadas. Siempre será evolutivo y dinámico, ya que en los desastres y emergencias la situación psicosocial cambia en horas, días o semanas; por lo tanto, este se va actualizando y retroalimentando de manera sistemática.

2. Atención psicosocial por personal no especializado

El objetivo fundamental es el aumento del nivel de resolutivez psicosocial de este personal que serían fundamentalmente los siguientes:

- ◆ Trabajadores de la atención primaria en salud.
- ◆ Maestros en las escuelas.
- ◆ Voluntarios, personal socorrista y de ayuda humanitaria.
- ◆ Agentes comunitarios.

Recordar que estos trabajadores son la primera línea de contacto con la población y quienes ofrecen, por lo general, la primera ayuda psicológica en el período crítico. También pueden realizar un acompañamiento humano en el mediano plazo.

3. Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos

Esta debe ser lo más cercana y accesible a la población y se desarrollará en los siguientes niveles:

- ◆ Hospital psiquiátrico o servicio de psiquiatría en hospital general.
- ◆ Servicios de salud mental de la atención primaria en salud.
- ◆ Equipos especializados de tipo móvil o ubicados transitoriamente en lugares seleccionados. Es frecuente el uso de alumnos universitarios de psicología en albergues.
- ◆ Otras unidades de psicología o psiquiatría de diferentes instituciones (OG y ONGs).

4. Atención priorizada a grupos de riesgo o alta vulnerabilidad

En el diagnóstico preliminar que se realice, uno de los aspectos fundamentales será la identificación de los grupos de mayor riesgo psicosocial y su localización a los efectos de dirigir acciones específicas hacia ellos. Cada territorio debe definir sus prioridades en este sentido. Por la importancia que tienen en cualquier plan de salud mental en emergencias, nos referiremos en epígrafes específicos, en este propio capítulo, a la atención a los albergados, desplazados y a los trabajadores de los equipos institucionales de respuesta.

5. Capacitación y transferencia de tecnología

Se debe capacitar de forma rápida y efectiva a los voluntarios, trabajadores de salud en la atención primaria (incluidos agentes comunitarios), personal de albergues y refugios y los maestros; especialmente, en lo referente a la identificación y actuación ante los problemas psicosociales en condiciones de desastres. Es necesario, posteriormente, garantizar la actualización, continuidad y sistematicidad de la capacitación con el personal implicado.

El tema se ampliará en otro epígrafe de este capítulo.

6. Promoción y educación para la salud

La comunidad y en especial sus organizaciones y líderes deben recibir información educativa mínima sobre la problemática psicosocial en condiciones de desastres. Debe prestarse especial atención a los albergues y personal evacuado, así como a las personas y familias altamente damnificadas. Son elementos vitales lograr que la población sepa identi-

ficar precozmente la amplia gama de reacciones psicosociales que pueden presentarse, la diferenciación de lo evidentemente patológico y el aprendizaje de algunas medidas simples para el afrontamiento de estas situaciones. Es conveniente disponer (si es posible con antelación) de los materiales educativos en salud mental para situaciones de emergencia.

El trabajo con población infantil, en las diferentes etapas del desastre, es asistencial pero a la vez tienen un carácter preventivo y de promoción de salud. Se recomiendan entre otras cosas, lo siguiente:

- ◆ Desarrollo de técnicas lúdicas y dinámico-expresivas de manera grupal, con especial énfasis en los albergados, damnificados y escuelas. Se incluyen aquí las actividades deportivas, recreativas y culturales.
- ◆ Gestionar la compra y distribución de materiales expresivos y lúdicos para los albergues y escuelas.
- ◆ Entrenar al personal de salud, maestros y otros facilitadores de la propia población para que desarrollen actividades grupales con niños y sean capaces de identificar, manejar o referir los casos con problemas psicosociales importantes.

7. Organización comunitaria, participación social y autoresponsabilidad

Es necesario favorecer la organización comunitaria y la participación de la población como entes activos y no sólo como receptores pasivos de ayuda. En otras palabras, convertir a la gente en protagonistas de su propia recuperación y la de otros. También coordinar entre las organizaciones que prestan sus servicios en el ámbito local, así como promover las labores de auto-ayuda y ayuda mutua.

Para lograr una adecuada participación y apoyo comunitario en nuestras acciones es imprescindible el conocimiento previo y el respeto hacia las tradiciones y valores culturales de las poblaciones afectadas. En esto pueden jugar un importante papel los voluntarios, líderes y agentes comunitarios locales.

También el desarrollo de proyectos productivos es importante en la etapa de recuperación psicosocial.

8. Comunicación Social

Para evitar y/o reducir el miedo y la aflicción de la población, las estrategias de comunicación social son esenciales. Debe asesorarse y recomendar a los líderes y autoridades del gobierno y la sociedad para que actúen mediante sus declaraciones públicas, transmitiendo calma y reduciendo el temor y la incertidumbre.

Algunas recomendaciones útiles son las siguientes:

- ◆ Actitud veraz y seria, pero que a la vez infunda calma y serenidad para enfrentar la problemática existente.
- ◆ Brindar la mayor orientación posible a la población, en especial a aquellos que residen en las zonas afectadas. Ofrecer toda la información disponible sobre las labores de ayuda y salvamento que se vienen efectuando.
- ◆ Siempre que sea posible debe utilizarse información escrita, tipo boletines, para las labores de divulgación y orientación que se ofrecen a la población. Debe ser lo más concreta y uniforme posible, a los efectos de evitar cualquier tipo de distorsión o contradicción.

Por su importancia, este tema será ampliado en otro epígrafe de este capítulo.

9. Coordinación intersectorial e interinstitucional

Esta es una de línea de trabajo de gran importancia en el campo de la salud mental. Muchas acciones se desarrollan por numerosas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, agencias extranjeras e instituciones que no son, incluso, del sector salud, de ahí la importancia de concertar esfuerzos y alianzas.

La coordinación intersectorial e interinstitucional implica la existencia de un organismo permanente responsable de la concertación entre los ejes horizontal y vertical, con una visión integral. Debe asumir, en tiempos normales, la planificación de escenarios y planes alternativos ante probables catástrofes, ser ejecutor durante la emergencia, considerando la continuidad y sostenibilidad de las acciones.

Es recomendable que esta estructura coordinadora sea dirigida a los diferentes niveles por el sector público e integre a todos los actores. Las autoridades locales (alcaldes) debidamente capacitadas, deberán ejercer el rol coordinador en esa instancia.

Los problemas más frecuentes en la coordinación son:

- ◆ Diferencias o poca definición de objetivos y metas comunes.
- ◆ Duplicidad de esfuerzos y espacios no cubiertos.
- ◆ Falta de voluntad de algunos actores para establecer planes concertados.
- ◆ Verticalismo y falta de coordinación con redes locales.
- ◆ Acciones puntuales sin estrategias de continuidad.
- ◆ Falta de claridad en los roles y lo que se espera de cada organización.

Recomendaciones:

- ◆ En cada país y en el ámbito local deben identificarse los actores e instituciones que participan en la planificación y ejecución de acciones psicosociales.
- ◆ La coordinación debe concebirse como un proceso sistemático y permanente, congruente con un abordaje de gestión de riesgo.
- ◆ Las actuaciones de emergencia deben tener siempre un enfoque psicosocial que permita el abordaje integral de estas tragedias humanas.
- ◆ Salud mental implica el desarrollo de acciones en diferentes campos de manera concertada (atención clínica, derechos humanos, solución de necesidades básicas, etc.).
- ◆ Uno de los objetivos fundamentales de la coordinación es garantizar el fortalecimiento de las capacidades locales y la sostenibilidad de los planes iniciados. Es importante el análisis de recursos, fortalezas y debilidades para desarrollar los procesos de continuación sobre bases reales.
- ◆ Deben desarrollarse criterios básicos o mínimos para garantizar la calidad de la atención y la respuesta social por las instituciones y actores implicados. Introducción de criterios consensuados de calidad y efectividad de la atención. Las instituciones que no cumplan con estos criterios deben ser excluidas.
- ◆ La coordinación tiene que tener en cuenta la voz de las personas afectadas, para crear relaciones de confianza y credibilidad de la gente.
- ◆ Existen diferentes niveles de coordinación, pero la coordinación operativa se da localmente.

10. Coherencia de las acciones de salud mental con el Plan de Emergencia del Sector y el Estado

La asistencia psicosocial se debe enmarcar en las medidas generales de ayuda a la población que está atravesando por momentos difíciles. Los planes de salud mental requieren estar acordes con los programas de emergencia del estado y en especial del sector salud.

4.5 Comunicación social

"La prevención de los desastres comienza con la información" (44). Esta frase por sí sola privilegia el tema de la comunicación social en la fase de preparación y prevención, así como en la reducción de riesgos.

Existen diferentes formas de comunicación social, más allá de la importancia y consideraciones acerca del emisor/receptor. Es necesario abordar el significado del mensaje desde la construcción del sentido que de él mismo hacen las propias comunidades. La comunicación trasciende lo verbal para pasar a lo no verbal y lo simbólico.

Debe abandonarse la visión de los desastres o emergencias como hechos aislados y comprenderlos como parte de nuestra realidad cotidiana. Los medios de comunicación pueden jugar un papel importante en desarrollar una perspectiva de gestión de riesgo y cambiar la improvisación por un esfuerzo permanente y organizado.

En nuestra región se han desarrollado, en los últimos años, varias reuniones sobre "desastres y el papel de los medios de comunicación". No pretendemos en este trabajo agotar el tema o repetir mucha información disponible en otras publicaciones, más bien sintetizar algunos elementos esenciales y relacionarlos con la salud mental.

El diagnóstico psicosocial implica evaluar las necesidades de información de la población y la diferencia existente con lo disponible. Determinar lo que es necesario para la orientación de las personas y lograr, en alguna medida, un cambio de las prácticas sociales e individuales. Es importante analizar el contexto cultural, las costumbres, la visión de los líderes para luego definir el rumbo de las estrategias de comunicación, a fin de contribuir al desarrollo comunitario. Deben tener en cuenta las características de los grupos metas. Por ejemplo, edades predominantes, sexo, nivel educacional, ocupación, etc. Es necesario identificar, de manera participativa, no solo problemas sino también posibles soluciones.

El diagnóstico implica analizar la percepción de los riesgos por la población y las organizaciones involucradas. También determinar los contenidos, modalidades y formas de recepción de la información.

El diseño de una plan de comunicación implica definir -a partir de ese momento- de que manera se abordará el tema, el contenido de los mensajes, el personal involucrado en el trabajo, medios a utilizar y el público meta.

En los modelos de comunicación existen dos variantes principales:

- ◆ Vertical y directiva: elaborado desde la perspectiva de un grupo de expertos y validado por los mismos. Esta modalidad es rápida y permite disponer de un banco de mensajes que pueden ser utilizados con relativa rapidez.
- ◆ Participativa: la información se elabora y difunde de acuerdo a criterios consensuados entre expertos institucionales, personal de los medios y representantes de la comunidad. Puede adecuarse más a las condiciones y circunstancias locales predominantes en ese momento.

Ambos métodos no deben verse como antagónicos y excluyentes, debe plantearse una utilización combinada, aprovechando las ventajas de cada uno.

Las estrategias de comunicación social pueden incluir las campañas como programas estructurados a corto y mediano plazo. Tienen objetivos y públicos metas bien definidos y se utilizan especialmente en el periodo preincidente, para trabajar en prevención.

Todo proceso de comunicación social, incluidas las campañas, deben tener previsto un mecanismo de evaluación (reuniones grupales, encuestas, sondeos, etc.) que permita determinar quienes recibieron el mensaje, como fue recibido e interpretado, si los contenidos y canales fueron los adecuados, si se han modificado las actitudes y prácticas así como la percepción del riesgo y cuales son los nuevos requerimientos de información.

Dentro de las estrategias de trabajo en esta área no debe soslayarse la relación del sector salud con los medios de comunicación. Se resalta la necesidad de establecer un diálogo sistemático, así como efectuar actividades de capacitación e información con los directivos y trabajadores de los medios. El tema psicosocial es un aspecto de especial importancia para discutir.

Un ejemplo de lo anterior son los siguientes aspectos:

- ◆ Evitar la publicación de hechos demasiados violentos, impactantes, sensacionalistas o de los cuales no se tenga absoluta certeza.
- ◆ Tener conciencia de que tipo de información puede producir daño en el estado emocional de la población.
- ◆ Evaluar los mensajes positivos que puedan insuflar ánimo y apoyo a la gente en momentos difíciles.
- ◆ Evitar la revictimización.

En ocasiones, es necesario también que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales cambien su actitud hacia los medios, facilitando canales de entendimiento, valorando el papel de éstos y tratando de desarrollar acciones concertadas.

En casos de conflictos armados, los medios de comunicación, frecuentemente, manejan la información favoreciendo en alguna forma a uno u otro actor. También están atrapados en una dicotomía; por un lado, son empresas privadas, por lo general, con intereses de lucro y competitivas, pero por otra parte, ofrecen un servicio público que implica una responsabilidad social. Un objetivo estratégico es tratar de combinar ambos propósitos logrando un tratamiento serio y responsable de la información, tanto la preventiva como la que se produce durante y después del incidente.

El profesional de la comunicación se convierte en un puente entre las instituciones, las autoridades, los expertos y la población. Recordar que la responsabilidad de la información que llega al público es compartida entre la fuente informativa y el comunicador.

La información comunitaria y el mensaje cara a cara

En estrategias de comunicación no sólo debemos pensar en los grandes medios de comunicación. En el ámbito local deben establecerse planes informativos a la comunidad, que serán responsabilidad de los líderes y organizaciones a este nivel. Esto se hace mediante reuniones grupales o comunitarias que no deben ser sólo informativas sino que impliquen la participación de la gente, preguntas y respuestas, planteamientos de problemas, propuestas de soluciones, etc. Esto es lo que podría llamarse "información interactiva".

Otro aspecto es la comunicación cara a cara, la que se establece entre dos personas o con una familia. Se da cotidianamente en situaciones de desastres entre las autoridades locales y los afectados, en los albergues, etc. Los líderes tienen que estar preparados para la información oportuna y veraz combinada con la orientación, mediación y resolución de conflictos.

En el caso de desplazados, el manejo de una información adecuada con comunidades receptoras tiene un carácter preventivo. Frecuentemente, se generan estigmas y sentimientos acerca de las personas en situación de desplazamiento [mensajes como: "si los sacaron o se fue, sería por algo (...), etc."].

Desde el punto de vista psicosocial, el rumor, el chisme, la desorientación y la falta de información son los factores que más pueden contribuir a aumentar la aflicción, la ansiedad y promover conductas desordenadas, favorece los liderazgos negativos y las actuaciones violentas. El rumor es un elemento disociador de los grupos humanos y tiene un impacto sobre las relaciones sociales, puede ser un arma o estrategia psicológica de guerra. Su manejo y la reducción de sus efectos es necesario como elemento de recuperación psicosocial.

El uso del humor en las estrategias de comunicación social, tanto en lo individual como en el ámbito comunitario, adecuado al contexto cultural, social y a las circunstancias específicas, puede ser un factor de recuperación. Existen experiencias sobre el manejo de versos, canciones, coplas, etc.

La información a los niños y jóvenes tiene características muy específicas. En este sentido debe insertarse el tema en el sistema educativo. La escuela crea lazos de comunicación entre los maestros, niños y padres. Se debe reforzar el componente lúdico, manteniendo el juego como un factor que favorece la comunicación.

Deben diferenciarse diferentes planos en la comunicación que se produce en el nivel local:

- ◆ Individual, en el proceso de atención a casos y sus familias.
- ◆ A grupos específicos.
- ◆ Comunitaria, orientada a clarificar situaciones y reducir el rumor.
- ◆ A los equipos institucionales de respuesta.

Algunas recomendaciones en las actuaciones en comunicación social:

- ◆ Evaluar las necesidades de información de la comunidad.
- ◆ Conceder importancia a la información sobre derechos, deberes, acceso a servicios y programas, seguridad social, etc. Los temas de educación, salud y recursos económicos son especialmente importantes.
- ◆ La información general para el país debe tener especificidades en lo regional, así como respetar la cultura y tradiciones de la comunidad. Los líderes comunitarios deben estar implicados en el diseño, construcción y difusión de los mensajes.
- ◆ La comunicación debe tener un abordaje humano que sensibilice al que informa y al que recibe el mensaje.
- ◆ Documentar y difundir las experiencias y lecciones aprendidas.

4.6 Capacitación

Los planes de capacitación para la actuación en salud mental, en situaciones de desastres u otras emergencias, en condiciones ideales, deben desarrollarse en el periodo de normalidad, previo a la ocurrencia de cualquier evento de este tipo. Si bien existen principios generales, cada país y territorio debe diseñar sus propias estrategias y planes acorde con sus realidades y características socioculturales.

Un principio importante es que la capacitación debe ser específica según niveles de atención y grupos a los cuales va dirigida. Los abordajes difieren, por ejemplo, cuando se trabaja con médicos del nivel hospitalario a cuando se capacita a voluntarios o agentes comunitarios. Se recomienda que se utilicen técnicas participativas y procedimientos donde se vincule la realidad práctica con los temas impartidos.

En el trabajo de capacitación puede ser útil y necesario capacitar y entrenar a un grupo de instructores-facilitadores para que actúen como catalizadores y multiplicadores en cascada. Posteriormente, estos podrán asesorar y supervisar, de forma continua y sistemática, el proceso a los diferentes niveles del sistema. Así, las personas capacitadas se sentirán seguras en su labor y desempeño, al ser apoyadas durante varios meses.

En muchas ocasiones, ante la ocurrencia de una emergencia, nos encontramos con la realidad de que las personas e instituciones no están preparadas para afrontarla, no se han desarrollado previamente actividades de capacitación y subsisten muchos mitos o prejuicios. También en Latinoamérica los sistemas de salud no han desarrollado suficientemente los servicios de salud mental con una visión comunitaria.

Una estrategia en la emergencia es el desarrollo de procesos de "capacitación de urgencia" y en paralelo con las acciones de salud mental. Los propios profesionales especializados que se movilizan pueden desarrollar acciones de entrenamiento en los servicios y comunidades (in situ).

Capacitación comunitaria

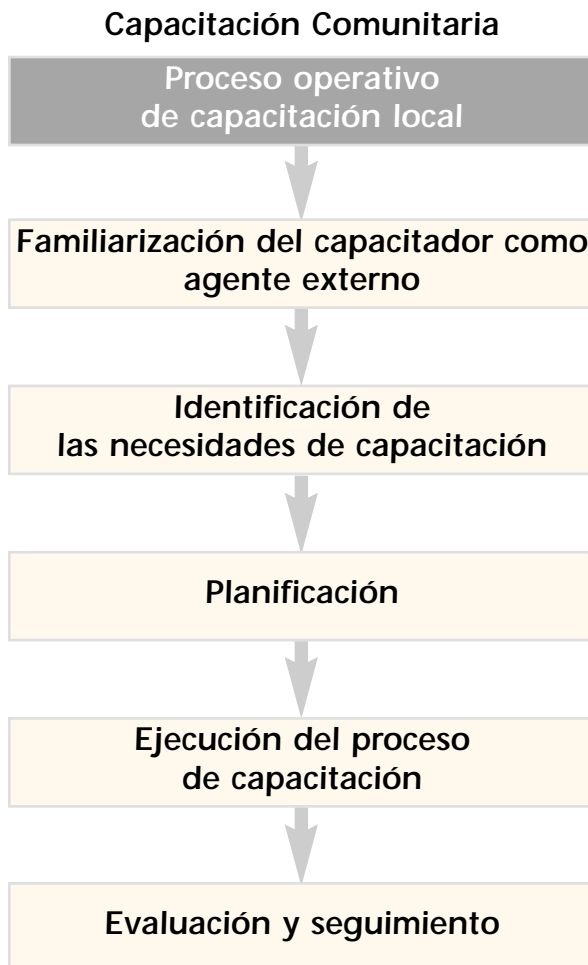
La capacitación comunitaria en la temática de salud mental es un proceso dinámico de formación que fortalece la persona y la colectividad. Se fundamenta en la identificación de necesidades y de los recursos disponibles. También es multidimensional, en la medida que se relaciona con otras áreas de abordaje (comunicación social, derechos humanos, organización y desarrollo, etc.).

El objetivo de la capacitación comunitaria es que las personas, mediante el aprendizaje y a partir de sus fortalezas, generen sus propias estrategias para la disminución de su vulnerabilidad. En el proceso de capacitación deben intervenir, en la medida de lo posible, equipos multidisciplinarios, quienes compartirán sus conocimientos en el proceso de construcción y fortalecimiento de las redes sociales.

Se distinguen tres momentos importantes en el proceso operativo de capacitación en el ámbito local:

- ◆ Familiarización del capacitador como agente externo:
 - Contacto con "informantes claves".
 - Contacto con grupos organizados.
 - Contacto con instituciones.

- Observación y registro sistemático.
- Consulta fuentes documentales.
- ◆ Determinación de las necesidades de capacitación, mediante:
 - Encuestas, cuestionarios, entrevistas.
 - Reuniones grupales.
 - Observación participante.
- ◆ Planificación y ejecución del proceso de capacitación:
 - Definición de contenidos a impartir, modalidades de trabajo y grupos metas.
 - Jerarquización de prioridades.
 - Desarrollos de pilotajes.
 - Trabajo en equipo, cuando sea posible.
 - Análisis y evaluación de los resultados de la capacitación.
 - Establecer criterios de seguimiento para valorar los cambios en el individuo y la comunidad.



A continuación esquematizamos un módulo de capacitación que puede ser adaptable a trabajadores de la atención primaria en salud y/o agentes comunitarios.

I. Aspectos generales e introductorios.

- ◆ Los desastres naturales y otras emergencias complejas. Sus efectos sociales, económicos y en la salud humana.
- ◆ Etapas de una emergencia. Su descripción.
- ◆ Conflictos armados y poblaciones desplazadas.
- ◆ Papel de la comunidad y agentes comunitarios.
- ◆ Liderazgos.
- ◆ Relaciones humanas y resolución de conflictos.

II. Salud mental.

- ◆ Diagnóstico situacional.
- ◆ Factores de riesgo y protectores.
- ◆ Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos.
- ◆ Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales.
- ◆ Violencia y alcoholismo.
- ◆ Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez y juventud.
- ◆ Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.
- ◆ Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

III. Aspectos específicos.

- ◆ Comunicación social: estrategias, pautas para la elaboración y difusión de mensajes, comunicación cara a cara y de base comunitaria.
- ◆ Atención a poblaciones albergadas, refugiadas y desplazadas.
- ◆ Grupos de autoayuda y organización comunitaria.

4.7 Sostenibilidad y continuidad de las acciones

Para que las intervenciones sean sostenibles en el tiempo es indispensable partir de la necesidad real y sentida que surja de la población afectada y no de un paquete prediseñado por agentes ajenos a la comunidad.

La continuidad de los proyectos se ve afectada, en algunas ocasiones, por la ausencia de indicadores de salud mental que permitan realizar una evaluación de efectividad e impacto de la intervención. Estos indicadores deberían ser cuantitativos y cualitativos, por medio de registros continuos, sitios centinelas e investigaciones puntuales. Es recomendable una convergencia sistemática de los diferentes actores en espacios de análisis situacional integral de la emergencia.

La capacitación se convierte en una estrategia de primer orden, de mediano y largo plazo, para el sostenimiento de las acciones. Es fundamental identificar y seleccionar personal permanente (especializado y no especializado) que tenga un compromiso real con la comunidad y que garantice la multiplicación. La capacitación debe ser pertinente, sistemática y que implique el acompañamiento de los agentes comunitarios.

De igual manera, se considera que dentro de los factores que favorecen la continuidad y sostenibilidad de los planes están la organización, el fortalecimiento y empoderamiento comunitario.

El sostenimiento de las acciones debe verse desde varios puntos de vista: comunidad beneficiada, organizaciones de ayuda, fuentes de financiamiento y estructura del Estado; se debe considerar que quienes permanecerán en el terreno a largo plazo son las organizaciones locales y las instituciones del Estado.

Por esta razón, es necesario garantizar la sostenibilidad mediante la institucionalización de las acciones dentro de los planes del sector salud. Si el país dispone de un programa de salud mental sólido y con visión comunitaria, será una excelente plataforma para avanzar o proyectar tareas de mediano y largo plazo que den continuidad a las acciones de la emergencia.

4.8 Breves consideraciones sobre la etapa de recuperación psicosocial

La fase de recuperación se inicia, aproximadamente, 30 días después de un desastre natural. Es decir, una vez concluido el periodo post-crítico en donde se desarrollaron las labores de rescate y salvamento y en la cual todavía predominaba el impacto y aturdimiento propio de la catástrofe.

En situaciones de conflictos armados y poblaciones desplazadas, la delimitación -como se explicó anteriormente- no es tan clara. La recuperación psicosocial se produce en paralelo con las acciones más emergentes que se van desarrollando en los desplazamientos o acciones bélicas. En ocasiones, una comunidad que atravesó por sucesos traumáticos (un desplazamiento, masacres, muertes o amenazas, etc.) y que aparentemente esta en recuperación, es afectada por un nuevo hecho como consecuencia de la dinámica de la guerra que continúa.

En la práctica, la recuperación se desarrolla en paralelo con las acciones de salud mental que se despliegan desde el primer momento, las cuales deben tener un sentido integral que abarque la atención, pero simultáneamente la promoción de salud y la rehabilitación.

Si bien en la etapa inmediata al desastre o evento traumático existe, por lo general, mucho de confusión y desorganización, posteriormente puede haber un mayor nivel de planificación y un accionar más organizado.

En los desastres naturales se debe realizar una re-evaluación de la situación existente 30 días después del mismo, para determinar las acciones y prioridades en el periodo de recuperación. Precisar, especialmente, albergues que permanecen, comunidades de reasentados y territorios con más afectaciones.

Por lo general, en la etapa de recuperación, aparecen nuevos factores de riesgo. A lo que se añaden las debilidades institucionales y sociales existentes, pueden citarse:

- ◆ Pobreza, desempleo, subempleo y reducción de ingresos económicos a la familia.
- ◆ Carencia de alojamiento por destrucción de viviendas y reasentamientos precarios.

- ◆ Incomunicación de las comunidades.
- ◆ Uso limitado o inexistencia de prácticas de conservación del medio ambiente.
- ◆ Limitada información relacionada con la emergencia.
- ◆ Debilidades y/o limitada capacidad institucional para afrontar la situación.
- ◆ Interrupción de clases en las escuelas.
- ◆ Incremento del trabajo infantil.
- ◆ Incremento de la morbilidad, con potencial permanente de enfermedades epidémicas y desnutrición.
- ◆ Incremento de la violencia intrafamiliar y del alcoholismo.

A continuación describimos algunos aspectos específicos de lo que ocurre en la fase de recuperación:

- ◆ En este momento se produce un conocimiento y evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas. Al inicio de este periodo se mantienen como no resueltos muchos problemas, tal vez la mayoría.
- ◆ Uno de los problemas más importantes que se enfrentará es la población que permanece albergada o refugiada, y aquellos grupos que han sido desplazados, reubicados y reasentados.
- ◆ Se resalta en especial las conductas agresivas contra autoridades e instituciones y los actos de rebeldía y/o de delincuencia.
- ◆ Debe tenerse en cuenta los liderazgos positivos o negativos que surgen en los grupos, especialmente de albergados o refugiados.
- ◆ Se debe esperar un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos psíquicos, como estrés postraumático, depresión, ansiedad, consumo excesivo de alcohol, combinación de los anteriores o trastornos previos que se exacerban. Aunque debe destacarse, como se señalaba anteriormente, que no todos los problemas psicosociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades.

¿Qué se hace?:

En sentido general, se continúan y se consolidan las medidas de la fase de emergencia crítica. En función de la estructura social, los individuos y el grado de pérdidas se inicia el proceso lento y progresivo de la recuperación. La primera y principal medida de recuperación psicosocial es la rápida reincorporación de la población a sus actividades cotidianas y de los niños a la escuela.

Se pueden resumir las acciones operativas más generales en los siguientes aspectos:

- ◆ Fortalecer la organización comunitaria y enfatizar en la autoresponsabilidad. Es necesario reestructurar la dinámica comunitaria y evaluar los liderazgos, favoreciendo la participación de la gente en la toma de decisiones.
- ◆ Transmitir organización, seguridad, autoridad, moral y ánimo, recuperando la confianza en la mayoría a corto y mediano plazo. Fortalecer la iniciativa, autoestima y enfrentar un proyecto de vida.
- ◆ Favorecer el reinicio de las rutinas y apoyo al sentido de "normalidad".
- ◆ Información adecuada y sistemática.

- ◆ Asesoría permanente mediante programación de visitas a los territorios afectados.
- ◆ Mantener coordinación entre las instituciones que laboran en la recuperación psicosocial. En especial, establecer los mecanismos de cooperación para los primeros seis meses.
- ◆ Continuar movilizando los recursos especializados disponibles, en especial en el interior del país, y lograr que participen activamente en la recuperación psicosocial. Fortalecer la red de atención en salud mental, de base comunitaria, para tratar de dar cobertura a la mayor parte del territorio nacional.
- ◆ Atención a casos específicos y apoyo a familias en procesos de duelo prolongado.
- ◆ Identificar individuos, familias o grupos en riesgo para ofrecerle una atención diferenciada.
- ◆ Establecer claramente el sistema de referencia y contra-referencia de casos.
- ◆ Fortalecimiento de los grupos de apoyo mutuo.
- ◆ Evitar la separación de las familias y en especial de los niños, así como no segregar o separar a las personas con problemas psíquicos.
- ◆ Continuar desarrollando las tareas de educación para la salud y capacitación.
- ◆ Deben controlarse los actos violentos y la desorganización social, para evitar su propagación.
- ◆ Evaluar cuidadosamente los procesos de traslados y reasentamientos de la población. Para aquellos que se resisten a dejar sus casas y lugares de residencia, especialmente en las zonas rurales, es recomendable, salvo riesgo de vida inminente, no forzar su traslado. En ocasiones, los albergues responden más a las necesidades organizacionales de las instituciones que a las necesidades reales de los propios damnificados. En estas situaciones, deben favorecerse acciones de diálogo, negociación y búsqueda de alternativas, promoviéndose el apoyo a cada familia en su propia parcela de tierra.
- ◆ Atender de manera sistemática a las personas albergadas durante periodos prolongados y las comunidades reasentadas.
- ◆ Favorecer el desarrollo de proyectos productivos que fomentan la actividad ocupacional socialmente útil, ofrecen soluciones a las necesidades económicas y de subsistencia de la gente, así como estimulan la solidaridad y cooperación.
- ◆ Analizar y controlar el impacto de la ayuda humanitaria durante la emergencia. Evaluación de las expectativas y su grado de cumplimiento.
- ◆ Evaluar factores ligados al comportamiento colectivo (en especial el miedo y los rumores), así como los mecanismos de afrontamiento colectivo e individual y el proceso de asimilación del evento traumático (cohesión, conflictos, fatalismo, afrontamiento instrumental, etc.).
- ◆ Adaptación de las acciones al contexto cultural.

Reiteramos el principio de que la atención psicosocial comienza con la ayuda material organizada y el apoyo social que reciben los damnificados. Son decisivas las medidas económicas y sociales en diferentes escalas para asegurar una definitiva y total recuperación. La sostenibilidad se logra en la medida que las acciones desarrolladas durante la emergencia se introducen (en la fase de recuperación) dentro de los planes de las instituciones y estructuras propias del país.

Los proyectos productivos como una estrategia de recuperación psicosocial

El concepto de proyecto productivo se diferencia del de terapia ocupacional. Las actividades productivas generan autonomía, así como opciones de retorno, reubicación o de asentamiento; fundamentalmente, conducen a la recuperación psicosocial de las personas y la estabilización social. La organización comunitaria se articula con las actividades productivas y éstas, a su vez, fortalecen la estructura social existente.

No sólo tienen una función económica, también fortalecen la capacidad creativa y asociativa de las personas involucradas, así como establecen un entramado de relaciones con el entorno inmediato.

En los desplazamientos poblacionales es frecuente que se produzcan tensiones y conflictos, especialmente con las comunidades receptoras. Cuando se compite por recursos escasos, la tensión puede llegar a niveles muy altos. En estos casos es necesario hacer sostenible la hospitalidad reforzando las acciones para que las comunidades receptoras no se agoten, una manera es facilitando el despegue de la vida económica.

La estrategia incluye el acompañamiento psicosocial en torno al proyecto productivo. De tal manera se responde a muchas manifestaciones psicosociales que presentan las personas desplazadas:

- ◆ Dificultades en el comportamiento (depresión, miedo, angustia).
- ◆ Deterioro de la autoestima, autonomía, iniciativa, etc.
- ◆ Problemas para proyectarse al futuro.
- ◆ Dificultades para interactuar con los otros.

Los proyectos productivos permiten:

- ◆ Responder a las necesidades alimenticias y económicas.
- ◆ Reposicionamiento del sujeto dentro de una actividad laboral, que le devuelve su capacidad de hacer y le permite resignificar las circunstancias.
- ◆ Ofrecer ayuda humanitaria sin generar dependencia ni asistencialismo.
- ◆ Trabajar los sentimientos generados por el desplazamiento sin un revestimiento clínico, sino más bien desde una actividad común para ellos.
- ◆ Mejorar la percepción de las comunidades receptoras otorgándoles a las personas en situación de desplazamiento una condición productiva frente a su estigmatización.
- ◆ Fomentar bases para la identificación y desarrollo de actividades futuras.
- ◆ Generar opciones para la reconstrucción del tejido social.
- ◆ Contribuir a la estabilidad emocional del sujeto, a partir de un espacio que posibilita el desarrollo de herramientas personales y brinda condiciones de dignidad, recuperación de la autoestima y perspectivas de futuro.

En lo operativo, se diseña un esquema participativo grupal y en casos especiales se realiza atención individualizada. El grupo facilita la resolución de conflictos, toma acuerdos y concerta decisiones, así mismo comparten experiencias y sentimientos, crean lazos de solidaridad que facilitan asumir las situaciones vividas y las nuevas condiciones.

A través de la actividad productiva se trabajan los miedos y secuelas. El acompañamiento en el trabajo se refuerza con actividades específicas como talleres de reflexión, conversatorios o actividades recreativas. Por otro lado, se atienden las necesidades psicoafectivas de la población más vulnerable.

Proyectos de ayuda humanitaria a población desplazada por la violencia en Colombia.

(Experiencia en Buenaventura) (20).

En Buenaventura, Valle del Cauca, Colombia se convocó a 120 familias alrededor de una actividad económica que es la cría de pollos de engorde, gallinas ponedoras, peces y cerdos. Las personas se organizaron en cinco grupos; cuatro, conformados por 28 personas y uno, por ocho personas. Este último, estaba constituido por ancianos que no podían realizar trabajos físicos y que eran solidariamente apoyados por todos sus compañeros al permitirles participar de las ganancias del proyecto.

Cada grupo eligió un coordinador y repartió diferentes funciones entre sus miembros. En sus turnos se reunían para programar y luego evaluar el trabajo realizado; durante esos encuentros se acompañaba al grupo para la identificación y resolución de las diferentes situaciones como incumplimientos, chismes, problemas, desánimo del grupo, etc.

Los coordinadores de cada grupo conformaron un comité operativo que se reunía semanalmente. Mensualmente, se convocaba la asamblea general, en la cual se socializaban las dificultades presentadas y buscaban opciones de solución.

El reparto de la producción (huevos, pollos, gallinas, peces y cerdos) y utilidades, así como la comercialización se acordó de forma concertada: autoconsumo, ventas, fondo de ahorro y reinversiones para aumentar la producción.

Finalizada la intervención, cuatro de los grupos continuaron con un menor número de familias actividades agropecuarias en espacios gestionados por ellos mismos. Las demás familias prefirieron iniciar proyectos unifamiliares o microgrupales en diferentes actividades, que aún continúan con más o menos éxito en un 68% de los casos.

Algunos de los resultados obtenidos:

- ◆ Al iniciar la intervención, las personas mostraban una actitud pasiva; al finalizar el proceso, la mayoría tenían un nivel de participación y decisión alta.
- ◆ Se disminuyeron los niveles de angustia, al resolverse, en parte, las necesidades de alimentación y recuperarse la condición productiva. La obtención de rendimientos supone un incentivo fundamental y esto lo diferencia de una terapia ocupacional.
- ◆ Con la búsqueda de soluciones a los problemas del proyecto, se promovió el desarrollo de los recursos individuales. El trabajo les exigió coordinarse con sus compañeros, compartir y resolver problemas juntos.
- ◆ Se pudo trabajar las pérdidas y las limitaciones desde la posibilidad real de poder hacer algo nuevo y construir para sí mismos.

* Proyectos financiados por la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea –ECHO- y ejecutados por la Fundación Española para la Cooperación Solidaridad Internacional.

- ◆ Se pudo observar en los participantes una mejoría en la autoestima, autonomía, capacidad de expresión, seguridad, iniciativa, vínculos de solidaridad, empoderamiento personal y sobre todo se dejaron bases para la construcción de un futuro que pudiese partir de sus propias posibilidades.

En una evaluación general de los resultados finales podemos señalar que del mismo modo que las actividades productivas (por la dimensión de la inversión) no solucionaron completamente el problema de ingresos familiares, tampoco en el plano psicosocial se resuelven todas las circunstancias adversas que la población desplazada enfrenta. Sin embargo, la atención psicosocial integrada a un proyecto productivo facilita que el sujeto resignifique el hecho violento y contribuye a que adquiera herramientas para superar las dificultades.



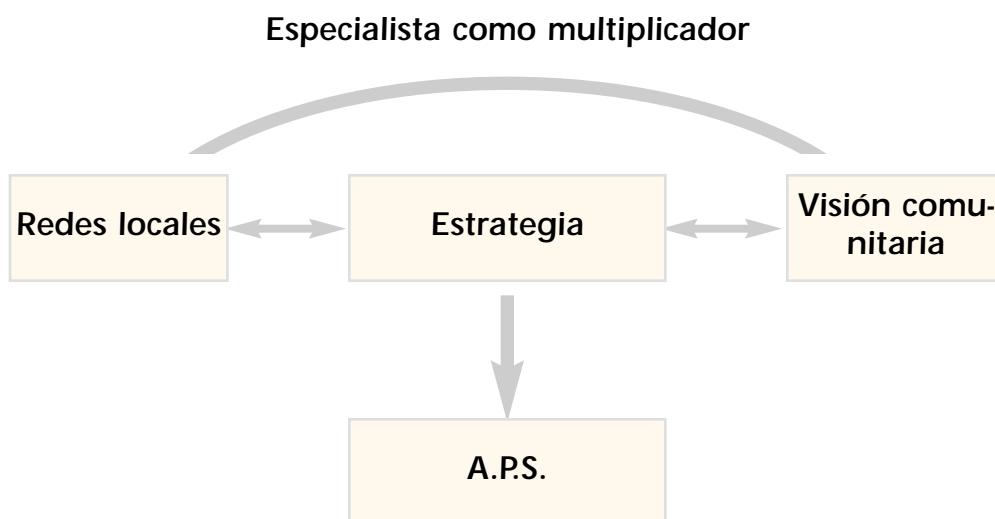
CONCLUSIÓN:

Principales desafíos y retos en la atención de salud mental

Las condiciones culturales y socioeconómicas de nuestros países de América Latina y el Caribe no permiten que se repliquen los modelos de naciones desarrolladas. No hay psiquiatras u otros profesionales de la salud mental suficientemente entrenados para atender el número de individuos supuestamente afectados en situaciones de emergencia; por otro lado, no parece conveniente ni necesario que la mayoría de los problemas de salud mental reciban una atención medicalizada. Por esto, resulta estratégico el concepto de transferencia de tecnología, lo que permitirá que el especialista actúe como multiplicador.

Un reto que se impone a los países es la desconcentración, en periodos de normalidad, de los recursos hacia la atención primaria en salud (APS). Para esto es necesario desarrollar programas de formación de este personal con una visión comunitaria. Un riesgo frecuente es que los servicios especializados se trasladan al nivel comunitario de forma vertical sin relación alguna con la red de APS, es necesario remarcar la necesidad de la integración horizontal.

Desafíos y retos en la atención de salud mental



La participación e integración de la medicina tradicional en la oferta de servicios de salud mental ha sido limitada. Si bien se realizan esfuerzos localizados, estos requieren de difusión y en algunos casos de una adecuada validación.

En América Latina, por lo general, nos encontramos con una estructura de los servicios de salud mental que no se corresponde con las necesidades. Se dispone de hospitales psiquiátricos que funcionan con un modelo tradicional o manicomial, ubicado en la capital o grandes ciudades y que concentran una buena parte de los recursos humanos. La participación de la APS en la oferta de servicios de salud mental y la disponibilidad de recursos especializados en este nivel es muy limitada.

Como respuesta a esta problemática, desde 1990, la OPS apoyó la "Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica", a la cual se han sumado la casi totalidad de países de la Región. La Declaración de Caracas (1990) enfatiza que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Recomendaciones finales:

- ◆ Los gobiernos y la sociedad civil deben colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los desastres naturales, conflictos armados y otras emergencias.
- ◆ Evitar una "psicologización" de la ayuda o una medicalización del sufrimiento.
- ◆ Desarrollar un modelo de atención comunitaria en salud mental.
- ◆ Desarrollar el trabajo de prevención, estimular los recursos autóctonos y reconstruir las redes sociales. Se debe enfatizar en la eliminación o reducción de condicionantes y elementos estresores, a la vez que se estimulan los factores protectores y de apoyo.
- ◆ Actuar sobre el comportamiento colectivo y lograr una comprensión adecuada de la relación entre salud mental y derechos humanos.
- ◆ Compromiso para el acompañamiento de la gente, sistemático y desde una perspectiva humanitaria.
- ◆ Lograr que lo psicosocial se convierta en un eje transversal que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia.
- ◆ Fortalecer los procesos de coordinación multisectorial e interinstitucional.
- ◆ Apoyar los procesos de formación y recalificación del personal.
- ◆ Desafíos éticos.
- ◆ Promover la difusión de información y el intercambio de las experiencias y lecciones aprendidas.

El camino está abierto y el tema de la salud mental en situaciones de emergencia ya aparece en las agendas de los gobiernos y la sociedad civil.

ANEXO

PROPUESTA DE UN ESQUEMA PARA UN PLAN DE ATENCION EN SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES

I. Introducción

Caracterización general del país.

Antecedentes y riesgos de desastres naturales.

Otras emergencias que potencialmente puedan enfrentarse.

Estado de salud mental de la población y efectos de los eventos traumáticos más frecuentes.

Experiencias adquiridas en el país en el campo de la salud mental y en actuaciones en situaciones de emergencia.

II. Marco teórico conceptual

Conceptos de gestión de riesgo.

Modelo de servicios comunitarios en salud mental.

Impacto de los desastres naturales en la salud mental de la población.

La violencia y sus efectos psicosociales.

Terrorismo.

Vulnerabilidad psicosocial y grupos de riesgo.

Poblaciones desplazadas, albergadas y refugiadas.

El papel de la familia y las redes de soporte social.

Los principales actores.

Papel del personal de salud no especializado, agentes comunitarios, socorristas, rescatistas y personal de ayuda humanitaria.

III. Bases legales y fundamentos del Plan

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata /1978.

Declaración de Caracas /1991.

Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS/OMS sobre Salud Mental, de 1997 y 2001.

Derecho Internacional Humanitario/Comité Internacional de la Cruz Roja.

Declaración Universal de los Derechos del Niño.

Política Nacional de Salud.

Política Sectorial y/o Programa Nacional de Salud Mental.

Plan Nacional de Salud en Situaciones de Emergencias y Desastres.

Plan Estatal Nacional de Actuación en Emergencias y Desastres.

Instrumentos de políticas.

IV. Objetivos

Objetivo general:

Reducir el riesgo psicosocial de la población e introducir el componente salud mental en la atención sanitaria en situaciones de desastres y otras emergencias.

Objetivos específicos:

1. Eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales en una situación de emergencia.
2. Evitar y/o reducir el miedo y la aflicción en la población.
3. Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población, en especial en los más afectados, albergados y desplazados.
4. Reducir, atender y rehabilitar los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta del desastre o emergencia.

V. Líneas de acción y tareas específicas

1. Diagnóstico preliminar rápido.

Evaluación general y sociodemográfica de la comunidad:

- ◆ Caracterización general del territorio (extensión, principales poblados o aldeas, vías de comunicación, economía, niveles de pobreza existentes, etc.)
- ◆ Descripción demográfica de la población.
- ◆ Identificación de los principales características socio culturales de la comunidad.
- ◆ Identificación de organización y redes de soporte social.

Identificar necesidades y problemas de la población afectada y/o en riesgo:

- ◆ Necesidades físicas y alimentarias.
- ◆ Amenazas predominantes.
- ◆ Vulnerabilidades.
- ◆ Conflictos sociales.

Evaluación del sistema de salud:

- ◆ Instituciones y recursos en el sector salud. Niveles de cobertura y accesibilidad a los servicios.
- ◆ Actualización del inventario de recursos especializados que puedan ser movilizados en forma inmediata y oportuna.
- ◆ Identificación de planes de contingencia existentes y/o en ejecución.

Establecimiento de prioridades y grupos metas para la actuación inmediata.

2. Atención psicosocial por personal no especializado (trabajadores de la atención primaria en salud, promotores comunitarios, maestros, socorristas, personal voluntario y de ayuda humanitaria).

- ◆ Identificación de los recursos disponibles y su utilización.

- ◆ Evaluación de los conocimientos y técnicas empleadas.
- ◆ Organización y supervisión del trabajo del personal no especializado.
- ◆ Implementación de planes emergentes de entrenamiento in situ, y en paralelo con las intervenciones.

3. Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos más complejos.

- ◆ Organización de los servicios y definiciones de sus acciones en los siguientes niveles:
 - Hospital psiquiátrico o servicio de psiquiatría en hospital general.
 - Servicios de salud mental de la atención primaria en salud.
 - Equipos especializados de tipo móvil o ubicados transitoriamente en lugares seleccionados.
 - Otras unidades o servicios de salud mental en diferentes instituciones (ONGs. y OG)
- ◆ Establecimiento o actualización de los mecanismos de referencia y contrareferencia.

4. Atención priorizada a grupos de riesgo de alta vulnerabilidad.

- ◆ Identificación de grupos de alta vulnerabilidad en el territorio en cuestión.
- ◆ Atención a mujeres y ancianos.
- ◆ Atención a niños(as) y adolescentes.
- ◆ Atención a albergados, desplazados y/o refugiados.
- ◆ Atención a equipos de primera respuesta

5. Capacitación y transferencia de tecnología.

- ◆ Plan de capacitación para la actuación en situación de emergencia previsto en condiciones de normalidad y acciones emergentes de entrenamiento ante la catástrofe.
- ◆ Capacitación a trabajadores de atención primaria.
- ◆ Capacitación al personal de albergues y refugios, voluntarios, socorristas y personal de ayuda humanitaria.
- ◆ Capacitación a maestros.
- ◆ Continuidad y seguimiento del proceso.

6. Promoción y educación de la salud.

- ◆ Plan de educación para la salud en situación de emergencia previsto en condiciones de normalidad y acciones emergentes ante la catástrofe.
- ◆ Promoción y educación en albergues y con personal evacuado.
- ◆ Promoción y educación con familias altamente damnificadas.
- ◆ Promoción y educación priorizada con niños y adolescentes.
- ◆ Promoción y educación para los equipos de primera respuesta.

7. Organización comunitaria, participación social y auto responsabilidad.

- ◆ Identificación de organizaciones y líderes comunitarios.
- ◆ Motivación y organización de la población para la autoayuda y ayuda mutua.
- ◆ Participación de la población en la planificación y ejecución de las acciones en situaciones de emergencia.

8. Comunicación social.

- ◆ Integración de un sistema coherente de comunicación social.
- ◆ Diseño de mensajes a la población, a los diferentes niveles.
- ◆ Neutralización y manejo del rumor.

9. Coordinación intersectorial.

- ◆ Identificación y fortalecimiento de las organizaciones e instituciones que actúan de forma directa e indirecta en el campo de lo psicosocial.
- ◆ Definición y fortalecimiento de los mecanismos de cooperación y establecimiento de redes a los diferentes niveles.

10. Coherencia de las acciones de salud mental con el plan de emergencia del sector y del estado.

- ◆ Inclusión de aspectos de salud mental en el plan de emergencias del sector salud.
- ◆ Inclusión de aspectos de emergencias en el programa de salud mental.
- ◆ Participación del equipo o profesional de salud mental en las instancias coordinadoras del sector salud en situación de emergencia.

Recomendaciones:

- ◆ Evaluar disponibilidades financieras y de recursos, de manera que las metas y propósitos se hagan sobre bases realistas y objetivas.
- ◆ Definir responsable(es) de ejecución por cada actividad.
- ◆ Definición clara de las alianzas y las tareas de cooperación.
- ◆ El plan debe ser flexible y adecuarse a las condiciones locales.

VI. Cronograma

Delimitación, en el Plan, de las acciones según los tiempos o etapas de la situación de emergencia:

- ◆ Preparación.
- ◆ Período crítico o de la emergencia propiamente dicha.
- ◆ Período post-crítico.
- ◆ Recuperación psicosocial, que se vincula con los planes regulares.

VII. Organización y estructura del Plan

Debe estar en consonancia con la organización del programa de salud mental del sector salud o de la instancia correspondiente. Así mismo, establecer lo relacionado con la continuidad y sostenibilidad de las acciones en coherencia con los planes que funcionan de manera regular en el país o región en cuestión.

VIII. Control y evaluación

- ◆ Establecer un sistema de información para evaluar el proceso en desarrollo.
- ◆ Indicadores mínimos para la evaluación.
- ◆ Mecanismos claros de seguimiento y supervisión.



BIBLIOGRAFÍA

1. ACNUR y Red de Solidaridad Social. **Ley 387 sobre la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.** Publicación conjunta. Bogotá, Colombia, 1997.
2. ACNUR y Defensoría del Pueblo. **Principios rectores de los desplazamientos internos.** Publicación conjunta. Bogotá, Colombia, 1999.
3. ACNUR, Pastoral Social, CISP y ECHO. **El desplazamiento por la violencia en Colombia.** Publicación conjunta. Bogotá, Colombia, 2000.
4. ACNUR y OCHA. **Estado de situación del desplazamiento.** Editado por el Grupo Temático de Desplazamiento (GTD). Bogotá, Colombia, 2001.
5. Arroyabe, D. **Atención y recuperación en salud mental en poblaciones desplazadas.** Experiencia del CISP en Colombia. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
6. Beristain, C. **Atención psicosocial.** Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
7. Beristain, C., M. **Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas.** Editado por la Asociación Venezolana de Psicología Social. AVEPSO. Caracas, 2000.
8. Chávez, H. **atención primaria de la salud mental para poblaciones expuestas a desastres.** Editado por el Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador. 1999.
9. Cohen, H. **Intervención en crisis en situaciones de desastres naturales. Experiencias del terremoto de El Salvador.** Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001. Guatemala.
10. Cohen, R. **Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores.** Editorial El Manual Moderno/OPS. México, DF. 1999.
11. Cohen, R. **Salud Mental para víctimas de desastres. Guía para Instructores.** Editorial El Manual Moderno/OPS. México, DF, 1999
12. Colectivo de autores. CIE-10. **Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en la atención primaria.** Editado por la OMS (EDITOR). Madrid, España, 1996.
13. Desjarlais, R. y cols. **Salud mental en el mundo.** Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1997.
14. Everly, G. **Innovation in Disaster and Trauma Psychology.** Chevron, 1995.
15. Everly, G., Mitchell, J. **Critical Incident Stress Management.** Chevron, 1999.
16. Fernández, L. **Atención en salud mental: una perspectiva de las fuerzas armadas.** Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, Julio, 2001.

17. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". **Salud mental en el frente de desastres (Módulo de capacitación para agentes comunitarios)**. Lima, Perú, 2000.
18. Jarero, I. **Primeros auxilios emocionales**. Editado por la Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis. México, 1998.
19. Kohn, R., Levav, I. y cols. **El huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: Un estudio en Tegucigalpa, Honduras**. Pendiente de publicación.
20. Martín, I., Salazar, S. **La experiencia de proyectos productivos como una estrategia de recuperación psicosocial**. Ponencia presentada en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
21. Millán, H. **Violencia sociopolítica y sus efectos psicosociales**. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. **Normas de atención en salud mental y manual de referencia para la aplicación de las normas**. Editado por el MSPAS y la OPS. Guatemala, 1999.
23. Miranda, C. Salud mental y desastres. **Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres**. Guatemala, Julio, 2001.
24. Miranda, C., Rodríguez, J., de la Torre, A. **Salud mental y emergencias complejas**. Ponencia presentada en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
25. Mitchell, J., Everly, G. **Critical Incident Stress Debriefing**. Chevron, 1997.
26. Naciones Unidas, Asamblea General. **Promoción y protección de los derechos del niño**. Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños (Informe de la Sra. Graca Machel) (A/51/306). New York, 1996.
27. Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Editado por la OMS. Ginebra, 2001.
28. Organización Panamericana de la Salud, ECHO, ONGs. **Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado en Colombia**. Documento de trabajo preparado de manera conjunta. Bogotá, Colombia, 2001.
29. Organización Panamericana de la Salud. **Cartilla básica para la atención en salud de la población en condiciones de desplazamiento**. OPS/OMS: Bogotá, Colombia, 2001.
30. Organización Panamericana de la Salud. **Pautas generales para el desarrollo y diseño de estrategias en salud ante desplazamientos masivos**. OPS/OMS: Bogotá, Colombia, 2001.
31. Organización Panamericana de la Salud. **Asistencia humanitaria en casos de desastres. Guía para proveer ayuda eficaz**. OPS/OMS: Washington, 1999.
32. Poncelet, J. L. **Los desastres naturales desde la perspectiva del sector salud**. Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, Julio, 2001.

33. Prewitt, J. Atención psicosocial. **Experiencias de la Cruz Roja Americana**. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, Julio, 2001.
34. Prewitt, J. **Primeros auxilios psicológicos**. Editado por la Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica. Guatemala, 2001.
35. Prewitt, J., Saballos, M. **Salud psicosocial en un desastre complejo: el efecto del huracán Mitch en Nicaragua**. Editado por la Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica. Guatemala, 2000.
36. Prewitt, J. **Intervención en crisis. Proyecto de iniciativa de mitigación para Centroamérica**. Producido por IMCA/CAMI/Cruz Roja Americana. Guatemala, 2001 (Cortesía del Dr. J. Prewitt).
37. Quiros, N., Romero, C. **Experiencias de UNICEF en la recuperación psicoafectiva de los niños en situaciones de emergencia**. Compilación de los trabajos presentados en los Talleres sobre atención en salud mental en casos de desastres y emergencias. Guatemala, julio, 2001 y Bogotá, noviembre, 2001.
38. Rodríguez, J. **Principios básicos y organizativos de la atención en salud mental en situaciones de desastres**. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, julio, 2001.
39. Rodríguez, J. **Psicoterapia, una relación de ayuda**. Editado por EMPRETEC. Guatemala, 1999.
40. Rodríguez, J. y cols. **Recuperación psicosocial mediante expresiones dinámico creativas**. Módulo para trabajar con niños en edad escolar. Editado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Guatemala, 1999.
41. Rodríguez, J., Bergonzoli, G., Levav, I. **Violencia política y salud mental en Guatemala**. Inédito. Guatemala, 2001.
42. Rodríguez, J., Ruiz, P. **Recuperando la esperanza**. Editado por la OPS/OMS en Guatemala. Guatemala, 2001.
43. Saenz, L, Campos, A., Salas, J.M. **Desastres y salud mental. Una propuesta de evaluación e intervención en el ámbito comunitario**. Universidad de Costa Rica Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología. San José, Costa Rica, 2001.
44. Salazar, S. **Guía para la comunicación social y la prevención en desastres**. Editado por el DIRDN, Naciones Unidas. San José, Costa Rica, 1998.
45. Stein, E. **La experiencia de la Guerra de la Malvinas. Su impacto psicosocial en los veteranos de las Fuerzas Armadas Argentinas**. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
46. Stein, E. **El grupo operativo como instrumento de abordaje psicosocial en emergencias complejas**. Trabajo enviado al Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
47. Valero, S. **Psicología en emergencias y desastres. Una nueva especialidad**. Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
48. Valero, S. **Intervención psicológica en emergencias y desastres. Manual para el Psicólogo emergencista**. Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.

49. Valero, S. **Ayudando a ayudar. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta.** Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
50. Valero, S. **El manejo psicológico del duelo en situaciones de emergencia y desastres. Guía para el Psicólogo emergencista.** Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
51. Valero, S. **Técnicas psicológicas para el manejo de incidentes críticos en estrés.** Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
52. Varios autores. **Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana.** Serie de Monografías Clínicas No.2 Editado por el Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental Simón Bolívar, 1989.
53. Zaccarelli, M. **Poblaciones afectadas en situaciones de emergencias complejas, desde la perspectiva del sector salud.** Ponencia presentada en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.



**Programa de Preparativos para Emergencias y
Coordinación del Socorro en Casos de Desastres
Organización Panamericana de la Salud,
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud**



En 1976, la OPS crea este programa en respuesta a la solicitud planteada por los Países Miembros de establecer una unidad técnica para ayudar al sector salud a reforzar las actividades de preparativos, respuesta y mitigación para desastres.

Desde esa fecha su objetivo principal ha sido apoyar al sector salud con el fortalecimiento de los programas nacionales para la reducción de desastres, y su interacción con todos los sectores involucrados en la misma. En tres áreas principales se ha canalizado este apoyo:

En la parte de **preparativos**, además de la promoción constante para fortalecer estos programas en los ministerios de salud, las acciones de capacitación (a través de cientos de cursos y talleres) y la elaboración y distribución de materiales de capacitación (libros, diapositivas y videos) son actividades regulares del programa.

La parte de **mitigación** tiene también una relevancia especial, por cuanto invertir en preparación puede ser inútil, si cuando ocurre el desastre, el hospital o el centro de salud colapsan, justo en el momento de mayor necesidad. La OPS promueve y apoya su inclusión en los programas nacionales de reducción de desastres.

En la **respuesta** a los desastres, la OPS trabaja con los países afectados para: identificar y evaluar las necesidades y los daños, llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y control del agua potable, movilizar asistencia internacional y manejar los suministros humanitarios. La OPS ha establecido el Fondo Voluntario de Asistencia para Emergencias, que pretende recaudar dinero para apoyar las actividades post-desastre.

El Programa cuenta además con varios proyectos técnicos especiales: Mitigación de Desastres en Hospitales y Sistemas de Agua Potable, Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA), El uso de Internet para Desastres y Emergencias, y El Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) .

**Oficinas del Programa de Preparativos para Desastres
(información actualizada en junio de 2002)**

Sede Central

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
Tel: (202) 974-3434; Fax: (202) 775-4578
disaster@paho.org

Sudamérica

Apartado Postal 17-07-8982
Quito, Ecuador
Tel. (593-2) 246-0277 Fax (593-2) 225-6174
pedecu@ecu.ops-oms.org

Centroamérica

Apartado Postal 3745
San José 1000, Costa Rica
Tel: (506) 224-8692; Fax (506) 224-7758
pedcor@sol.racsa.co.cr

El Caribe

P.O.Box 508
Bridgetown, Barbados
Tel. (246) 436-6448; Fax (246) 436-6447
donaldsb@cpc.paho.org

Visite la página web: www.paho.org/desastres/



Centro Regional de Información sobre Desastres para América Latina y el Caribe

El manejo de los desastres es sobre todo manejo de información, y el objetivo del CRID es contribuir a que los países de América Latina y el Caribe tengan el mejor acceso posible a las fuentes y recursos de información sobre desastres, ayudando a sus usuarios a tomar las decisiones más adecuadas para la gestión y reducción de los efectos de los mismos.

El CRID cuenta con el soporte de seis organizaciones y agencias¹, y sus objetivos concretos son:

- Mejorar la recopilación, procesamiento y disseminación de información sobre desastres.
- Fortalecer las capacidades locales y nacionales para el establecimiento y mantenimiento de centros de información sobre desastres.
- Promover el uso de tecnologías de información.
- Apoyar el desarrollo del Sistema Regional de Información sobre Desastres.

El CRID presta los siguientes servicios:

- Búsquedas bibliográficas por Internet, CDROM, o por consulta directa en el Centro.
- Publicación y distribución de bibliografías (Bibliodes).
- Acceso directo vía Internet a una amplia colección de documentos en texto completo.
- Distribución de publicaciones y material de capacitación.
- Edición y distribución de materiales didácticos sobre gestión de unidades de información, metodología bibliográfica, thesaurus e Internet.
- Distribución masiva de materiales de información pública y técnica
- Asesoría técnica y capacitación para crear centros de información sobre desastres.

El CRID promueve y apoya el fortalecimiento de un sistema regional de información en América Latina y el Caribe a través de: el soporte técnico a centros nacionales y locales, el desarrollo de metodología, instrumentos y herramientas comunes, y la creación de servicios comunes.

Conozca el CRID en Internet, visite: www.crid.or.cr

Centro Regional de Información de Desastres (CRID)
Apartado Postal 3745-1000 San José, Costa Rica
Tel: (506) 296-3952, Fax: (506) 231-5973
crid@crid.or.cr

CRID, la mejor fuente de información sobre desastres en América Latina y el Caribe.

¹ La Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (UN/EIRD); la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica (CNE); la Federación Internacional de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y Media Luna Roja (IFRC); el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC) y la Oficina Regional de Emergencias de Médicos sin Fronteras (MSF).