En situaciones de desastres y emergencias complejas se produce un deterioro del tejido social, una pérdida de la estructura de la vida familiar y un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, que pueden aumentar la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales.

Según sea la magnitud del evento y demás factores, se estima que entre la tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica; aunque no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría deben entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Después de una emergencia o desastre, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren atención durante un periodo prolongado en el que tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

En este contexto, el presente libro parte de la necesidad de un abordaje integral de los problemas psicológicos que trascienda la atención a la enfermedad y la reparación de los daños materiales. Es una guía práctica que facilita el quehacer de los trabajadores de la salud que laboran en situaciones de emergencia o desastre. Se describen las principales reacciones psicológicas y trastornos mentales que pueden aquejar a las víctimas de desastres, y las pautas para la atención individual o la remisión de quienes requieren asistencia especializada; se incorporan, también, las características más importantes de los problemas psicosociales de la infancia y las pautas para su manejo individual y de grupo.

El libro incluye los elementos básicos para la evaluación de los daños y el análisis de las necesidades en salud mental de las poblaciones afectadas por desastres o emergencias. Profundiza en las herramientas para el trabajo de los grupos psicoeducativos, de apoyo emocional y de ayuda mutua. Se proponen técnicas y procedimientos para la primera ayuda psicológica que el personal de los equipos de respuesta puede brindar, a la vez que aborda la importancia de la protección de la salud mental de los miembros de estos equipos.

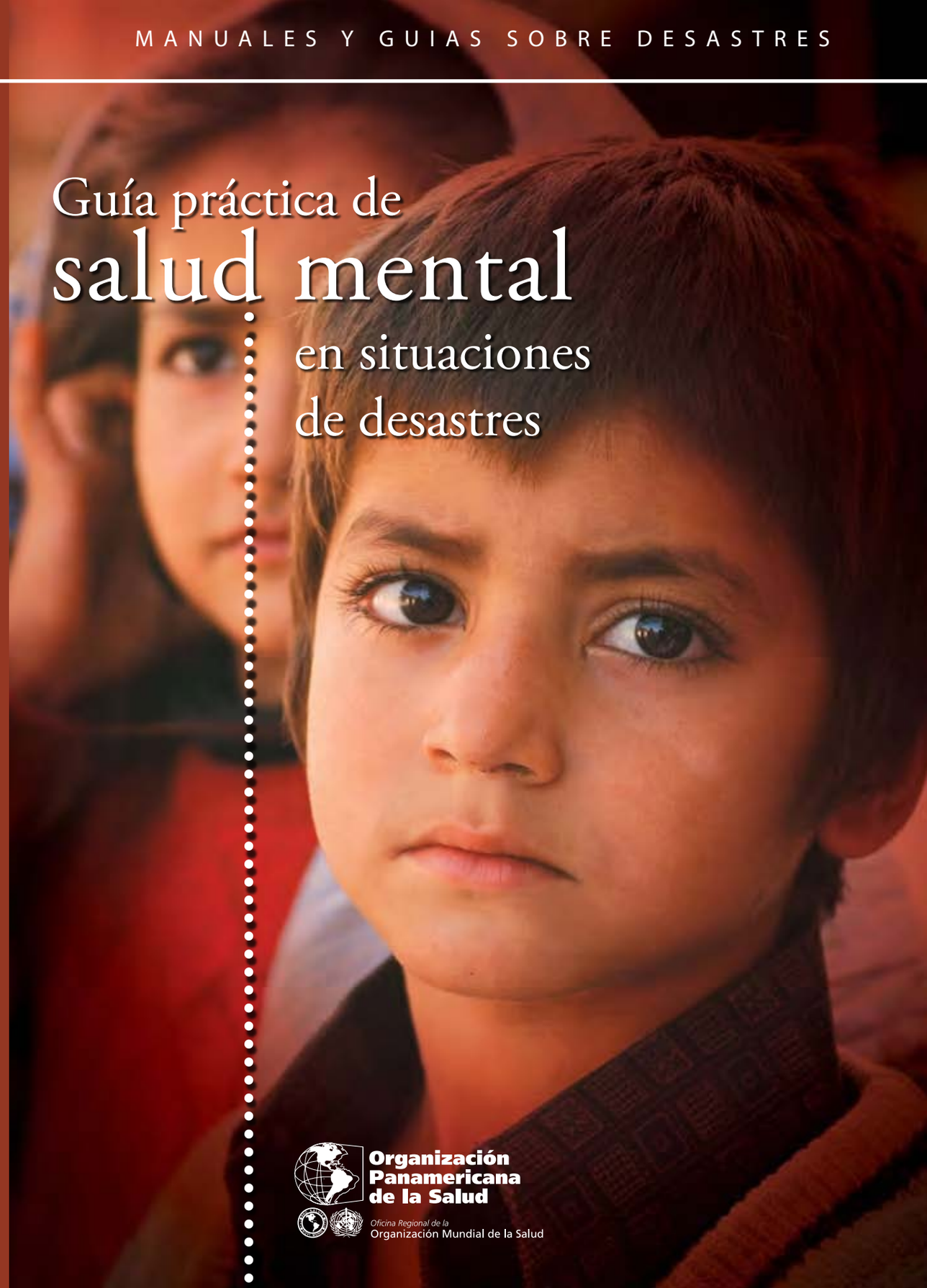
Esta guía aborda la situación de los desplazados y los sobrevivientes de los conflictos armados y hace énfasis en los elementos de ayuda humanitaria como pilar fundamental de los planes de ayuda psicosocial. Finalmente, dada la importancia del desarrollo de una buena estrategia de comunicación social como elemento fundamental para disminuir la ansiedad y contribuir a la estabilidad emocional de la población, se incluyen algunas pautas y recomendaciones al respecto.

El libro está dirigido al personal que trabaja en los equipos que deben brindar respuestas en situaciones de desastres y emergencia, en especial, para los trabajadores de atención primaria en salud y los agentes de ayuda humanitaria. También, puede resultarle útil a las instituciones del sector salud y a otras de la sociedad civil que prestan apoyo psicosocial a las comunidades afectadas por sucesos traumáticos. Esperamos que esta obra se constituya en una herramienta práctica para el desempeño y en material básico en los procesos de capacitación.

Esta publicación puede ser consultada en Internet en la dirección:
www.paho.org/desastres

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
disaster-publications@paho.org

GUÍA PRÁCTICA DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES



Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres

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

Guía práctica de salud mental en desastres

Serie Manuales y Guías sobre Desastres

Editores

Jorge Rodríguez
Mônica Zaccarelli Davoli
Ricardo Pérez
OPS/OMS

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

Washington, D.C. • Mayo 2006

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Guía práctica de salud mental en desastres
Washington, D.C.: OPS, © 2006. 189 p.
(Serie Manuales y Guías sobre Desastres)

ISBN

I. Título II. Serie

1.
2.
3.
4.

NLM

© Organización Panamericana de la Salud, 2006

Una publicación del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre y la Unidad de Salud Mental y Programas Especializados/Área de Tecnología y Prestación de Servicios de 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 Área 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 de la Division de Ayuda Humanitaria, Paz y Seguridad de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID) y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID).

Edición del texto: Carlos Arturo Hernández y Martha Rodríguez J.

INDICE

Índice iii
Introducción v
I. Los problemas psicosociales en situaciones de desastres y emergencias: un marco general de referencia 1
II. Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental en situaciones de desastres 9
III. Principales problemas psicosociales y trastornos psíquicos . . .41
IV. El manejo de grupos en situaciones de desastres 71
V. Problemas psicosociales de la niñez y la adolescencia 95
VI. Primera ayuda psicológica 125
VII. Protección de la salud mental en los equipos de respuesta . .135
VIII. La salud mental y el desplazamiento forzado 151
IX. La comunicación social en el manejo de los problemas psicosociales en situaciones de emergencia 167
X. Conclusiones 183

INTRODUCCIÓN

Los desastres naturales tienen la posibilidad de presentarse en cualquier país del mundo. Sin embargo, por múltiples razones, los países pobres sufren mucho más el impacto de los mismos: tienen menos recursos económicos y tecnológicos para su prevención y reconstrucción, y hay viviendas que se construyen en zonas de alto riesgo y son estructuralmente más frágiles. Además, usualmente existen altos índices de desnutrición y malas condiciones sanitarias y ambientales que incrementan la vulnerabilidad ante estos eventos traumáticos.

Los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo. En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental, a pesar de haberse demostrado que, en situaciones de desastres y emergencias complejas, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo; se puede aumentar en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufre alguna manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones

de gran significación o impacto. También, se ha demostrado que, después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

Sin embargo, en este contexto, son muchos los países de América Latina y el Caribe que presentan una baja cobertura y una pobre capacidad de respuesta de los programas y servicios de salud mental.

La respuesta institucional en el campo de la salud mental es compleja, ya que no solamente se trata de atender las consecuencias emocionales directas del evento (miedo, ansiedad, tristeza, rabia, etc.), sino, también, otros efectos indirectos en la dinámica interpersonal y social, así como en el entorno de las víctimas, en la medida en que se produce un deterioro del tejido social y una desestructuración de la vida familiar.

Todo este conjunto de efectos repercute extensamente en las condiciones y los proyectos de vida individuales y colectivos, alimenta el sufrimiento emocional de los sobrevivientes y, frecuentemente, establece círculos viciosos de violencia.

Por fortuna, en los últimos años ha aumentado el interés por el impacto de los desastres en la salud mental de las poblaciones afectadas y actualmente se ha hecho evidente la necesidad de un abordaje integral que trascienda la atención a la enfermedad y la reparación de los daños materiales.

En el año 2002, la OPS/OMS publicó el manual *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*, de especial utilidad como guía de planificación para el qué hacer" en situaciones de emergencia. El presente libro busca complementarlo y servir de compendio práctico de los procedimientos para la identificación y el manejo de las diferentes manifestaciones psicosociales (patológicas o no) que pueden presentar las víctimas de los desastres.

Los diferentes capítulos tienen un enfoque amplio e integral, con pautas prácticas de actuación, que facilitan el "cómo hacer" de los trabajadores de la salud que laboran en situaciones de emergencia. Se tienen en cuenta los elementos individuales y colectivos que deben conocerse al planear e implementar acciones concretas de intervención.

El segundo capítulo aborda los elementos básicos para la evaluación de daños y el análisis de necesidades en salud mental de las poblaciones afectadas por desastres o emergencias. Se describe una guía para la evaluación rápida en las primeras 72 horas y un procedimiento más amplio que desarrolla el equipo especializado en el primer mes después del suceso.

En el tercer capítulo se describen las principales reacciones psicológicas y trastornos mentales que pueden aquejar a las víctimas de desastres. Se definen criterios para el reconocimiento de los trastornos psíquicos más comunes y se recomiendan las pautas para la atención individual, así como para la remisión de quienes requieren asistencia especializada.

En el cuarto capítulo se profundiza en las herramientas para el trabajo grupal. Se hace referencia a los diferentes tipos de grupos y se describen con más detalle los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional, muy necesarios en situaciones de desastres y en cuya conducción deben estar entrenados los trabajadores de salud y otros agentes de ayuda humanitaria. También resulta importante la formación de grupos de ayuda mutua, sobre los cuales se hace una breve referencia.

El quinto capítulo profundiza en la descripción y las características más importantes de los problemas psicosociales de la infancia, y las pautas para su manejo individual y de grupo.

En el sexto capítulo se proponen técnicas y procedimientos para la primera ayuda psicológica que el personal de los equipos de respuesta debe brindar y son la primera línea de contacto con las víctimas directas.

El séptimo capítulo aborda el importante y crucial problema de la protección de la salud mental de los miembros de los equipos de respuesta; describe los problemas más comunes que los pueden afectar y recomienda pautas de actuación para su prevención y control.

En el octavo capítulo se abordan los problemas especiales que viven los desplazados y los sobrevivientes de los conflictos armados, y se hace énfasis en los elementos de ayuda humanitaria como pilar fundamental en los planes de ayuda psicosocial. También, se hacen algunas consideraciones breves sobre el complejo tema del terrorismo.

El noveno capítulo contiene pautas y recomendaciones para el desarrollo de una buena estrategia de comunicación social como elemento fundamental para disminuir la ansiedad y contribuir a la estabilidad emocional de la población. También aporta elementos prácticos de cómo organizar reuniones grupales de tipo informativo.

Finalmente, se ha incluido un décimo capítulo, a manera de conclusiones, que resume las líneas generales de acción en un plan de atención en salud mental en emergencias, los principios generales de actuación y las peculiaridades que tiene la atención de niños. Incluye algunas recomendaciones sobre el uso de las pruebas de tamizaje y concluye con algunas consideraciones de crucial importancia.

El libro está dirigido al personal que trabaja en los equipos que deben brindar respuestas en situaciones de desastres y emergencia; en especial, nos parece importante para los trabajadores de atención primaria en salud y los agentes de ayuda humanitaria. Puede resultarle útil a las instituciones del sector salud y a otras de la sociedad civil que prestan apoyo psicosocial a las comunidades afectadas por eventos traumáticos. Esperamos que esta obra pueda constituirse en una herramienta práctica para el desempeño y en material básico para los procesos de capacitación.

CAPÍTULO I
Los problemas psicosociales en situaciones de desastres y emergencias: marco general de referencia

En este capítulo nos referimos a algunos elementos conceptuales sobre el impacto psicosocial que producen los desastres en las personas, como marco general de referencia. Este breve resumen le puede servir al lector no especializado como base para una mejor comprensión de los capítulos posteriores.

Desde el punto de vista de la salud mental, las emergencias y los desastres implican una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada (1-5).

Por lo general, los desastres tienen consecuencias económicas, producen devastación, empobrecimiento, destrucción ambiental y de la infraestructura, y carencia de servicios básicos como agua potable y alimentos; pero, también, producen un deterioro en la vida de las personas y una desintegración de las familias y de la comunidad.

Cuando hablamos de impacto psicosocial, nos referimos a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de las víctimas. Estos efectos se relacionan con muchas variables, entre las que se encuentran las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social (3).

Construcción de defensas ante el estrés

Para una mejor comprensión de las consecuencias psicológicas de los eventos catastróficos resulta útil revisar brevemente la manera como las personas adquieren y desarrollan la capacidad de enfrentarse a las situaciones difíciles de la vida y cómo se preparan para sobrevivir exitosamente las experiencias dolorosas excepcionales.

En la vida diaria estamos permanentemente expuestos a situaciones conflictivas (a veces, repetitivas) que producen modificaciones emocionales en forma de ansiedad ("nervios"), miedo, tristeza, frustración o rabia, y que se acompañan de cambios en el funcionamiento corporal, como palpitaciones, tensión de los músculos, sensación de vacío en el estómago, etc. Son reacciones transitorias de duración variable que actúan como mecanismos de defensa y que, de alguna manera, nos alertan y preparan para enfrentarnos a la situación traumática (1, 2, 6).

Normalmente, esas respuestas al estrés se relacionan estrechamente con el aprendizaje y se convierten en un mecanismo de supervivencia y de alivio para la tensión emocional. La vivencia repetitiva de los pequeños traumas cotidianos y la comprobación de que pueden afrontarse permiten desarrollar una capacidad de tolerancia a la frustración y la esperanza de que se pueden superar los escollos. El proceso de aprendizaje permite desarrollar las defensas y el moldeamiento de una personalidad más fuerte y preparada para enfrentar y superar exitosamente las adversidades de la vida (6-8).

Este proceso ocurre en el ámbito de la familia y la comunidad que, en condiciones normales, se convierten en nichos que facilitan la maduración de los niños para llegar a ser adultos independientes y seguros. En la medida en que las relaciones interpersonales brindan seguridad y afecto, se facilita la construcción de sentimientos de confianza en sí mismo y en los demás, e ir armando un proyecto de vida optimista. La familia, como medio protector y modelo, permite al niño copiar y volver propios los comportamientos sanos de las personas mayores. De otra parte, el grupo social de pertenencia también genera redes de apoyo para las familias y los individuos.

La suma de toda esa experiencia durante la infancia y la adolescencia construye las bases de la personalidad y contribuye al desarrollo de lo que se conoce como "resiliencia"*, definida como la capacidad de resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y volver a acceder a una vida significativa y productiva. Esta capacidad no es estática sino permanentemente fluctuante en relación con las

* *Nota del editor:* aunque el término "resiliencia" (del inglés "resilience") no existe en español, hemos decidido dejarlo por su uso frecuente y aceptado en el ámbito de los desastres y porque su traducción literal "elasticidad" no refleja el concepto que se intenta explicar.

circunstancias que se van viviendo y trata de lograr un equilibrio entre los factores de riesgo y los elementos protectores.

Estos mecanismos de defensa, maduración y crecimiento personal no funcionan completamente cuando el individuo enfrenta situaciones que superan sus capacidades de adaptación y, entonces, hablamos de eventos traumáticos que generan crisis, en las cuales se rompe el equilibrio. Esto puede suceder en eventos catastróficos que representan amenazas extremas que rompen las defensas de manera brusca, o en circunstancias que se viven como agresiones repetitivas que se van acumulando y paulatinamente van debilitando las defensas hasta que se llega a un punto en el que se rompe el equilibrio. Cuando esto ocurre, aparecen reacciones más o menos duraderas, con expresiones corporales y psicológicas que ya no son protectoras, sino que conducen a alteraciones emocionales de gravedad variable y, en algunos casos, a verdaderas enfermedades mentales.

El impacto psicosocial de los eventos traumáticos

El impacto psicosocial de cualquier evento traumático depende de los siguientes factores (4):

- la naturaleza misma del evento,
- las características de la personalidad de las víctimas y
- el entorno y las circunstancias.

La naturaleza misma del evento. Por lo general, producen un mayor impacto los eventos inesperados, los ocasionados por el hombre, los que implican una situación de estrés prolongada y los de afectación colectiva.

Los eventos inesperados, como los terremotos, no dan tiempo a estrategias de prevención individuales o colectivas y, usualmente, generan sentimientos de impotencia y reacciones emocionales que inhiben las funciones defensivas que pudieran ser eficaces; por ello, son más frecuentes las reacciones de pánico paralizante o de huida, con graves modificaciones de la capacidad de reflexionar y tomar decisiones acertadas.

El origen humano del trauma, como es el caso de los conflictos armados o los actos terroristas (4, 9), potencializa el miedo y la ansiedad con sentimientos de rabia y odio, así como deseos de venganza, puesto que hay a quienes culpar; esto complica la reacción emocional y la elaboración del duelo. Además, cuando se

trata de violencia política, la búsqueda y la prestación de atención implican una situación de peligro, lo cual puede dar lugar a tardanzas e iniquidades que se convierten en factores secundarios de estrés y cierran un círculo vicioso de violencia y maltrato.

Cuando la situación traumática es prolongada, como en el caso de secuestros, desplazamientos forzados y en poblaciones que viven en cercanías de volcanes con posibilidades de erupción, generalmente, las personas se sienten sin posibilidades de escape, pronto retorno o de reubicación segura y digna. La víctima se siente atrapada e impotente y, fácilmente, llega a una fase de desesperanza y agotamiento de las defensas. Si, además, se agrega la tortura, la pérdida de las estructuras de las defensas es mucho más rápida. Es frecuente ver que, incluso la amenaza o la posibilidad de padecer dolor o de morir (la persona o sus seres queridos), debilita la fortaleza de cualquier persona razonablemente equilibrada.

Usualmente, en situaciones de crisis individuales, la víctima cuenta con el apoyo de quienes la rodean y de la estructura social. Cuando la emergencia es colectiva, el impacto es mucho mayor, pues no sólo se vive el drama personal sino el de los allegados y, además, se afecta la red familiar y social de apoyo. En estos casos, es frecuente la desorganización en el aprovechamiento de las fuentes de apoyo externo.

Las características de la personalidad y la vulnerabilidad individual de las víctimas (6, 8). Se valora, en primera instancia, la personalidad de los individuos y su capacidad de afrontamiento ante eventos catastróficos e inesperados. Podemos encontrar debilidades pero, también, muchas fortalezas que pueden ser estimuladas y aprovechadas. Además, las condiciones preexistentes dan lugar a grupos más vulnerables, como son los niños y los adolescentes, quienes aún no han construido las defensas suficientes para enfrentar la adversidad y dependen de la ayuda y el apoyo externos que pueden fallar en la situación traumática; y los más pequeños no tienen aún la capacidad de comprender plenamente lo que ocurre.

Los ancianos, por su parte, frecuentemente viven en situaciones de deprivación y desesperanza, y es frecuente que padezcan de afecciones físicas o emocionales que ocasionan dependencia y sentimientos de minusvalía, todo lo cual contribuye a disminuir sus capacidades de adaptación y defensa.

Las mujeres son un grupo vulnerable pues suelen estar sometidas a condiciones sociales más adversas (en relación con los hombres) y a mayores riesgos

para su salud. Además, en situaciones de crisis, suelen soportar la mayor responsabilidad en el cuidado y el mantenimiento de la estabilidad de la familia.

Otro grupo de alto riesgo son las personas con una enfermedad mental o física previa que ocasiona una mayor fragilidad del individuo.

Igualmente, es necesario destacar que la confluencia de múltiples situaciones traumáticas en individuos bien estructurados y emocionalmente fuertes puede debilitar sus defensas y hacerlos más vulnerables ante un nuevo trauma que ocurra antes de haber recuperado el equilibrio.

El entorno y las circunstancias (4, 7, 9). Aunque los desastres no escogen las víctimas, es evidente que no afectan al azar; siempre inciden más duramente en los más pobres, quienes tienen limitaciones de acceso a los servicios sociales y, en particular, a los de salud. Las comunidades pobres usualmente carecen de planes y recursos para prevenir y enfrentar las tragedias pues, incluso, carecen de redes de atención de lo cotidiano y ello las convierte en grupos de mayor riesgo que se encuentran en los límites de un equilibrio precario.

Los grupos sociales desestructurados o que han sufrido situaciones adversas repetitivas son más vulnerables.

La provisión de ayuda, cuando es precaria, desorganizada, tardía o se agota muy prontamente, puede constituirse en una circunstancia agravante de la problemática y puede generar conflictos sociales.

Finalmente, es necesario recordar que las minorías (raciales o religiosas, por ejemplo) a menudo están en condiciones previas de discriminación, con estructuras de soporte social precarias, y tienen el riesgo de ser tratadas inequitativamente en la atención de la emergencia.

La respuesta individual según fases

Para una mejor comprensión, dividimos la respuesta individual en fases (antes, durante y después del evento) (1, 3, 4, 7). No obstante, es necesario resaltar que, en la vida real, la delimitación entre estas etapas no siempre es tan clara.

Antes. En la fase de amenaza se produce miedo y una tensión emocional colectiva que prepara el enfrentamiento a la amenaza. Las reacciones individuales dependen de varios factores, entre los cuales está la experiencia previa. Pueden surgir actitudes de negación del peligro en las que la persona continúa con sus actividades cotidianas y no toma precauciones; en otros casos, aparecen acti-

tudes desafiantes, de gran desorganización, o comportamientos pasivos o agitados que resultan poco adaptativos.

Durante. Si la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad, los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores; se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central y pueden afectarse las respuestas inmunológicas. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida y presenta reacciones muy variadas que van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada y desde la anestesia sensorial al dolor extremo. Puede haber un estado de hiperalerta pero, más frecuentemente, hay moderados grados de confusión en la conciencia que se manifiestan como aturdimiento, desorientación y dificultad para pensar y tomar decisiones. Se pueden presentar diversos grados de disociación en los que el individuo se siente colocado en posición pasiva ante una realidad que es vivida como película ajena.

Después. Una vez pasado el evento agudo que, en algunos casos, puede prolongarse por horas, días y meses (volcanes, guerra), la víctima continúa experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo. Al miedo y a la ansiedad se suma una inestabilidad emocional sobre un trasfondo de tristeza e ira. La alteración emocional incide en el resto del funcionamiento psicosocial.

Pueden aparecer ideas o conductas inapropiadas, el sueño se hace irregular y poco reparador, disminuye el apetito, surgen la irritabilidad y los conflictos en las relaciones interpersonales, y se dificulta el cumplimiento de tareas habituales. Además, aparecen o se acentúan las quejas somáticas (dolores o molestias variados) y pueden surgir o agravarse las enfermedades preexistentes, puesto que se disminuyen globalmente las defensas o se hacen insuficientes las medidas de control.

Si el impacto es grave y colectivo, en esta fase ya se nota el daño en la cohesión familiar y social, lo cual dificulta obviamente la superación individual del trauma. Si a ello le sumamos la persistencia de la amenaza o la necesidad del desplazamiento, resulta fácil entender que los procesos de readaptación se postergan y las manifestaciones psíquicas corren el riesgo de agravarse y volverse secuelas permanentes.

La necesidad de manejar simultáneamente las emociones personales y las relaciones y compromisos interpersonales, y cumplir con las tareas de la vida diaria resulta abrumadora para las víctimas, que se confrontan permanentemente con la necesidad de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo.

Fase de readaptación. Las circunstancias ambientales y contextuales favorables facilitan que el individuo recupere la capacidad de asumir su cotidianidad y supere exitosamente las pérdidas. Sin embargo, no siempre sucede así y es frecuente que las reacciones psicosomáticas persistan y se hagan crónicas. También, aunque el temor y la ansiedad se vayan atenuando, persisten por mucho más tiempo la tristeza y la rabia; así mismo, surgen sentimientos de culpa por haber sobrevivido o no haber impedido la pérdida.

El ritmo de normalización emocional es muy variable; obviamente, los más frágiles demoran más en alcanzar un equilibrio. A este respecto, merecen especial mención los niños, porque la situación de pérdida de las estructuras entorpece un desarrollo normal y la construcción de defensas protectoras; también, suelen ser objeto de maltrato intrafamiliar, lo que, a la larga, los convierte en personas con dificultades para establecer vínculos afectivos duraderos y, eventualmente, en adultos a su vez generadores de violencia.

Consideraciones finales

Se ha demostrado que la intervención en salud mental en situaciones de desastre no puede limitarse a ampliar la cobertura de los servicios especializados. Junto a esto, es necesario elevar el nivel de resolución de los problemas psicosociales de los trabajadores de atención primaria en salud, socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios.

Este manual puede servir como guía práctica para el trabajo de campo en el "qué hacer" (individual y grupal) y, también, como base de referencia bibliográfica para procesos de capacitación que respondan a las necesidades de elevar la capacidad resolutiva en salud mental de los trabajadores de la salud y los equipos de primera respuesta.

Referencias

1. Cohen R. Reacciones individuales ante desastres naturales. *Bol Of Sanit Panam* 1985;98.
2. Lima B. La atención comunitaria en salud mental en víctimas de desastres. En: Levav I (edit.). *Temas de salud mental*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p.218-36.
3. Gerrity E, Flynn BW. Mental health consequences of disasters. En: Noji EK (edit.) *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press; 1997.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C., OPS/OMS; 2002. Serie de manuales y guías sobre desastres.
5. World Health Organization. *Psychosocial consequences of disasters. Prevention and management*. Geneve: Division of Mental Health, WHO; 1992.
6. Sandin B. El estrés. En: Belloch A, Sandin B, Ramos F (edit.) *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill; 1995.
7. Ehrenreich JH. *Enfrentando el desastre. Una guía para la intervención psicosocial*. Disponible de: jeherenreich@hotmail.com, 1999.
8. Slaikeu KA. *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México, D.F.: El Manual Moderno; 1995.
9. Organización Mundial de la Salud. *La salud mental de los refugiados*. Geneva: OMS, ACNUR; 1997

Lecturas recomendadas

Shalev AY. *Estrés traumático y sus consecuencias: manual para el personal de asistencia profesional*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

CAPÍTULO II
Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental en situaciones de desastres Guía de evaluación EDAN-SM

*Grupo de trabajo de Centroamérica**

La evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN) por el sector salud es una medida de gran importancia para la toma adecuada de decisiones en situaciones de desastres, que implica no sólo la salud de la población sino también las condiciones sanitarias existentes como consecuencia del suceso y la valoración del estado de los establecimientos de salud. No es un proceso fijo o estático; por el contrario, es dinámico y cambia diariamente, por lo cual debe realizarse con un carácter continuo y sistemático, mediante instrumentos confiables que faciliten la tarea de recopilación y análisis de la información (1).

La evaluación rápida de la situación de salud mental después de un desastre o emergencia es parte del EDAN de salud y se constituye en una herramienta que facilita definir, con la mayor objetividad posible, las acciones prioritarias e inmediatas que se requieran en este campo. Incluye el registro cuantitativo y cualititativo de la localización, extensión y gravedad de los efectos psicosociales que produce el acaecimiento; implica, también, determinar la situación de los servicios de salud mental y su capacidad funcional de respuesta.

* El documento base fue elaborado por Nadyezhda van Tuylen y Aura Marina López del Programa Nacional de Salud Mental de Guatemala. Participaron en la validación profesionales de los Ministerios de Salud y otras organizaciones de Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Panamá, con la asesoría y coordinación de Jorge Rodríguez y Alejandro Santander de la OPS/OMS

Para facilitar este trabajo, es conveniente disponer de guías prácticas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) publicó recientemente el Manual para la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud (1). El presente trabajo es una continuación de este esfuerzo.

La evaluación puede ser adelantada por personal de salud local o externo. El personal local, por residir en el mismo sitio, responde inmediatamente desplazándose de manera rápida; generalmente conocen la situación previa al desastre y disponen de mayores elementos de juicio sobre el verdadero impacto del suceso. Sin embargo, la vinculación emocional y la afectación personal pueden comprometer la objetividad de la evaluación. Por lo tanto, es importante que existan instrumentos previamente establecidos y que el personal externo especializado actúe en los procesos de evaluación, de manera conjunta y en forma coordinada con el personal local.

El personal que presumiblemente trabaje en la realización de la evaluación debe ser entrenado con antelación; uno de los requisitos es que esté preparado para trabajar bajo presión.

Para la evaluación en salud mental se toman como período de referencia los primeros 30 días, a partir de la presentación del suceso (periodos crítico y poscrítico inmediato). Este tiempo puede ser variable según la magnitud del desastre y las circunstancias específicas. Se definen tres etapas del proceso (2):

- Inicial: se efectúa en las primeras 72 horas posteriores al evento.
- Intermedia: registra la evolución de la situación de salud mental en forma continua durante las primeras cuatro semanas.
- Final: se lleva a cabo al finalizar la etapa intermedia.

La evaluación inicial es comunitaria. La comunidad participa de forma decisiva en la primera respuesta; por tanto, son las organizaciones comunitarias, los grupos de socorro, salvamento y ayuda, y los trabajadores de la salud del nivel primario los que deben efectuar la primera evaluación, la cual debe servir de base al proceso posterior de análisis especializado. Frecuentemente, las condiciones específicas del desastre pueden hacer difícil el proceso de evaluación en estos primeros momentos (acceso geográfico, magnitud del acaecimiento, aspectos culturales, etc.).

La evaluación inicial es básicamente cualitativa y general; es difícil trabajar en aspectos cuantitativos o muy específicos. Pretende identificar, de manera rápida, los problemas psicosociales. Es importante que se evidencien cuáles son

los factores que pueden influir de manera positiva o negativa en la salud mental de la población, el grado de atención a las necesidades básicas y los recursos disponibles.

Las evaluaciones intermedia y final son especializadas. Implican la participación del personal de salud mental, que debe ampliar y complementar la evaluación inicial comunitaria. Debe ser cualitativa y cuantitativa, definir con mayor precisión la situación existente y registrar las acciones tomadas.

El propósito es proporcionar un instrumento práctico para analizar los daños y evaluar las necesidades psicológicas y sociales de la población afectada por un desastre (natural o provocado por el hombre), en el periodo inmediato posterior al mismo (30 días).

Objetivos

1. Describir el impacto humano del evento adverso, destacando los aspectos culturales, las coyunturas políticas y las formas de organización social existentes en la población afectada.
2. Identificar la problemática de salud mental, incluidas la morbilidad y la mortalidad.
3. Evaluar las necesidades psicosociales prioritarias de la población afectada.
4. Describir las formas de respuestas institucionales (planes y servicios de salud mental existentes) y de la población; así como la eficacia de los mecanismos de afrontamiento.
5. Hacer recomendaciones para la acción.

Antes del suceso

En los preparativos para la respuesta (antes del desastre), se recomienda disponer de un diagnóstico o análisis actualizado de la situación de salud mental (3-5). Éste debe incluir un mapa de riesgos psicosociales y recursos de salud mental. Se sugiere que contenga lo siguiente.

1. Descripción de la población (aspectos cuantitativos y cualitativos), con énfasis en lo sociocultural

- Datos demográficos de la población
- Composición étnica y estructura social (etnias, clanes, grupos, etc.)
- Antecedentes históricos de la comunidad; relaciones entre los diferentes grupos; ¿cómo es la comunicación entre grupos y estratos sociales?
- Tradiciones, tabúes y rituales más comunes; aspectos de espiritualidad y religión
- Organización comunitaria existente y estructuras de apoyo psicosocial
- ¿Cómo funcionan los mecanismos de cohesión y solidaridad?
- Estructuras comunitarias para emergencias; experiencias en desastres previos
- Situación de los servicios educativos (escuelas)
- Liderazgos formales e informales
- Autoridades tradicionales
- Curanderos tradicionales

2. Aspectos generales de la economía local

3. Recursos, servicios y programas de salud mental existentes

- Instituciones que prestan servicios de salud mental en el área.
- Personal disponible (institucional y comunitario) capacitado en salud mental.
- Personal disponible, especializado en salud mental, con identificación de aquéllos con formación previa en emergencias.
- Equipos móviles de salud mental con los que se podría contar y su lugar de procedencia.
- Mecanismos de referencia y contrarreferencia
- Cobertura de la población por los servicios de salud mental

- Equipos de primera respuesta y cuáles tienen entrenamiento en salud mental.

4. Análisis breve de la situación psicosocial existente previa al evento traumático

- Datos de morbilidad y mortalidad, relacionados con la salud mental
- Conocimientos, actitudes y prácticas de la población ante los problemas de salud mental
- Vías de soluciones de conflictos y desacuerdos; formas de mediación
- Fortalezas y debilidades psicosociales de la población

El disponer de un análisis de la situación de salud mental previo al desastre facilita la evaluación que se debe realizar después del evento, la cual se podría hacer, entonces, con mayor precisión y calidad. En los planes de emergencias y en las salas situacionales debe incorporarse el componente salud mental. De no existir la información antes señalada, debe hacerse un esfuerzo por recopilar los datos prioritarios (que sean factibles de obtener).

Contenidos de la evaluación según etapas

Inicial, primeras 72 horas (anexo 1). Permite un conocimiento preliminar del impacto del desastre y trata de identificar las necesidades más inmediatas. La evaluación inicial se realiza mediante la observación directa y la recolección de información proveniente de los informantes clave de la comunidad (alcaldes, maestros, trabajadores de salud, líderes comunitarios, etc.).

Dado que los equipos de salud mental, salvo excepciones, no están en el lugar del suceso adverso, es el equipo de salud en el nivel primario el que debe tomar esa información y traducirla en posibles impactos psicosociales. En ese primer momento, los servicios de salud mental deben preparar la movilización del personal especializado y alistar los mecanismos de recopilación de información más detallada.

Se debe aplicar el formulario (anexo 1) que ofrece una apreciación global de tipo cualitativa y que puede ser diligenciado rápidamente. Este formulario se ha diseñado de tal manera que no ocupa más de dos páginas (una hoja); de esta forma, se trata de simplificar y agilizar el mecanismo de recolección de informa-

ción que debe ser llevado a cabo por personal no especializado, el cual está sobrecargado por múltiples tareas. Otro principio es que los aspectos considerados están descritos en un lenguaje sencillo y común (fácilmente comprensible); se evitó la confección de un anexo con criterios operativos que complicaría la recolección de los datos; por otro lado, se hace difícil establecer criterios muy cerrados para problemas cuya evaluación depende mucho de las circunstancias y de la apreciación subjetiva (más que de una medición de acuerdo con los estándares).

El formulario sugerido consiste de un listado de factores de riesgo a los que está expuesta la comunidad afectada, los factores protectores de que dispone, un inventario de recursos y el grado de resolución de las necesidades básicas, psicosociales e institucionales. Es una lista de verificación en términos de afirmaciones que se califican de acuerdo con la percepción del personal de salud del nivel primario, marcando en la casilla correspondiente.

Del mismo modo, contiene la apreciación de la información que está manejando la población y otros comentarios en forma de un análisis simple y preliminar. Finalmente, se deben establecer de manera muy resumida las conclusiones y recomendaciones pertinentes para la fase posterior. La evaluación preliminar se constituye en un informe que se remite o entrega a las autoridades o tomadores de decisiones correspondientes.

Se prevé que en las primeras 72 horas será difícil o casi imposible la recopilación de información cuantitativa de la morbilidad relacionada con la salud mental.

Contenidos de la evaluación (anexo1)

1. Descripción de la situación existente como consecuencia del evento adverso, con énfasis en el impacto humano que ha tenido.
2. Listado de factores de riesgo psicosocial y su calificación
3. Listado de factores protectores y su calificación
4. Listado preliminar de recursos humanos disponibles en el territorio (personal) con conocimientos de salud mental: psicólogos, psiquiatras, otros médicos entrenados, personal de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, estudiantes universitarios o de carreras técnicas, equipos de respuesta y otros.
5. Listado preliminar de recursos institucionales y materiales con que se cuenta: instalaciones o servicios de salud mental en el territorio, daños a la infraestructura de los mismos, fondos o recursos financieros, medi-

camentos (psicofármacos), juguetes o material de juego (para niños) y otros.

6. Identificación de necesidades y calificación a priori: a) necesidades básicas: vivienda, alimentación y seguridad; b) necesidades psicosociales: orientación, contacto con los miembros de la familia, apoyo emocional, apoyo social e institucional, educación para los niños, liderazgo, culturales y religiosas; y c) institucionales: movilización o incremento de personal especializado, capacitación y servicios de salud mental.
7. Apreciación de la información que está recibiendo la población tanto de los medios de comunicación como por informaciones grupales e individuales.
8. Otros comentarios que pueden incluir zonas geográficas de riesgo y localización de los grupos de población con mayor vulnerabilidad psicosocial; formas de expresión de las emociones y mecanismos de afrontamiento de los problemas por la población; cómo se enfrentan la violencia, las muertes y pérdidas, formas de duelo; a quiénes y cómo se solicita ayuda o apoyo psicológico.
9. Conclusiones y recomendaciones para los próximos 30 días

En los anexos aparecen los formularios sugeridos para facilitar la evaluación preliminar y la intermedia. Los mismos son un marco de referencia que puede adaptarse para cada país según sus condiciones específicas y el tipo de desastre. También se deben tener en cuenta los sistemas de información vigentes en el sector salud.

Intermedia, después de las primeras 72 horas hasta los 30 días (anexo 2). La evaluación intermedia continúa el seguimiento de la situación, descrito en la evaluación inicial, pero es un proceso sistemático y más detallado de recolección de información, aproximadamente, durante el primer mes, que contribuye a definir el plan de intervenciones en ese periodo. Hace un análisis de los daños a la salud mental, las necesidades psicosociales y los factores de riesgo, y de las acciones que se están realizando.

La evaluación intermedia es un proceso continuo durante el periodo poscrítico; se recomienda hacer cortes semanales que permitan establecer oportunamente las líneas de acción pertinentes. El periodo de treinta días que se está señalando es un estimado promedio, de acuerdo con la experiencia en casos, fundamentalmente, de desastres naturales; en la práctica, los equipos de salud mental y las

autoridades pueden acortar o prolongar esta etapa inmediata posterior al evento traumático.

En esta fase interviene el personal especializado en salud mental, junto con el equipo de salud del primer nivel de atención. Deben establecerse los mecanismos de registro de los datos, de manera que se recopile la información de las acciones en curso:

1. Casos de trastornos psíquicos atendidos (según sexo, edad y tipo de consulta)
2. Desglosar de acuerdo con el lugar donde se ofrece la atención (atención primaria en salud, hospitales u otros espacios):
   a. casos atendidos por personal especializado
   b. casos atendidos por personal no especializado
3. Morbilidad: clasificación de los casos atendidos según categorías diagnósticas. Se sugiere utilizar una agrupación amplia por síndromes (4, 6) ya que puede ser muy difícil obtener diagnósticos precisos usando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Estas categorías se especifican en la siguiente tabla.

Categoría por síndromes	Manifestaciones fundamentales
Estrés agudo/cuadros predominantemente ansiosos.	Nerviosismo, temblor, angustia, miedo, aflicción, revivir el momento traumático, intranquilidad, insomnio, trastornos del apetito, temor a la recidiva o réplica
Cuadros depresivos.	Tristeza, llanto frecuente, baja autoestima, pérdida del sentido de la vida, trastornos del sueño, insomnio, falta de apetito; pueden existir ideas suicidas.
Ideación o conducta suicida.	Pocos deseos de vivir o ideas suicidas definidas, existencia de planes para consumar el suicidio, actos suicidas fallidos; frecuentemente coexisten manifestaciones de depresión.
Psicosis.	Alucinaciones, ideas delirantes, conductas extrañas o evidentemente anormales que evidencian desconexión con la realidad; puede existir agitación y violencia.
Consumo indebido de sustancias psicoactivas.	Inicio o aumento en el consumo de alcohol u otras drogas, como consecuencia del evento.
Epilepsia y cuadros orgánicos con manifestaciones confusionales o sin ellas.	Convulsiones o cuadros de confusión mental/desorientación (no saber en dónde está momentáneamente, quién es, qué pasó, etc.) asociados a infecciones, intoxicaciones, traumas craneales, etc.

Categoría por síndromes	Manifestaciones fundamentales
Trastornos emocionales y conductuales de la niñez.	Enuresis, encopresis, aislamiento, miedo, hiperactividad, agresividad, cambios de conducta evidentes, trastornos del sueño o la alimentación, conductas regresivas y aparición de dificultades en el aprendizaje.
Manifestaciones emocionales no definidamente patológicas.	Nerviosismo, tensión, tristeza, preocupación, aflicción, temores, pensamientos desordenados, síntomas somáticos, sentimientos de culpa, irritabilidad, recuerdos persistentes, frustración, problemas de sueño y alimentación, cambios en las formas habituales de conducta, ruptura conyugal, otros.
Conductas violentas.	Agresiones, maltrato a miembros de la familia, ira, cólera, enojo, rabia; la conducta violenta puede darse en el seno de grupos delictivos.
Cuadros somáticos en que los factores emocionales juegan un papel etiopatogénico importante.	Diabetes, hipertensión arterial, dermatitis, asma u otras enfermedades psicosomáticas.

4. Número de referencias a psicólogos o psiquiatras u otros profesionales de salud mental existentes
5. Mortalidad por causas relacionadas directa e indirectamente con la salud mental:
   a. muertes violentas (suicidios, homicidios, violencia intrafamiliar y accidentes)
   b. muertes relacionadas con alcohol o consumo de drogas
6. Actividades grupales:
   a. psicoeducativas o de apoyo emocional: numero de sesiones y participantes
   b. terapéuticas ofrecidas por personal especializado: número de sesiones y participantes
7. Atención a población infantil mediante actividades grupales (con padres y con menores, o mediante los maestros): número de sesiones y participantes.
8. Capacitación: público objetivo, número de sesiones, participantes, lugares donde se desarrolló y temáticas desarrolladas.
9. Atención a miembros de los equipos de respuesta por personal especializado: casos atendidos individualmente y actividades grupales.

10. Identificación de grupos de población en riesgo o que requieren mayor atención de salud mental.
11. Identificación de problemas y necesidades institucionales y de recursos humanos, así como el grado de solución que van teniendo.
12. Población desplazada y refugiada: problemática psicosocial y atención que están recibiendo.
13. Análisis de la información que está recibiendo la población, por diferentes vías.
14. Análisis de la coordinación interinstitucional desarrollada, de acuerdo con los actores que intervinieron en el evento; proyecciones para su consolidación.
15. Análisis de la sostenibilidad de las acciones desplegadas hasta ese momento
16. Consideraciones finales del periodo evaluado; incluye un análisis cualitativo de la situación de salud mental (actitudes y prácticas de la población, mecanismos de afrontamiento, vivencia del duelo, soluciones de conflictos, fortalezas y debilidades de la comunidad; factores de riesgo y protectores, grado de satisfacción de las principales necesidades de la gente que se va logrando).

Final del periodo poscrítico (aproximadamente a los 30 días). Permite analizar la situación de salud mental después del período poscrítico, así como una evolución de las apreciaciones realizadas. Debe ofrecer una visión global con una profundización especializada que facilite plantear las líneas de acción para la fase subsiguiente de recuperación. El informe final se divulga y discute con los responsables y tomadores de decisiones del sector salud.

Se recomienda estructurar un informe cuantitativo y cualitativo que contenga:

- Evaluación de los planes, servicios y recursos de salud mental existentes y su funcionamiento en la emergencia:
  - Políticas y planes de salud mental previos al evento traumático. Responsabilidades en los planes y operatividad de los mismos. ¿Se han adaptado estos planes a la situación de desastre?, ¿han funcionado los mecanismos previstos?
  - Recursos humanos
  - Presupuesto disponible para las acciones de salud mental

- Proyectos adicionales

- Evaluación cualitativa de la situación de salud mental/evolución durante el primer mes, tomando como base el análisis inicial; identificación de daños y grado de satisfacción de las necesidades (básicas y psicosociales); balance de los factores de riesgo y protectores al final del período.
- Datos disponibles de morbilidad y mortalidad.
- Resumen estadístico de las acciones de salud mental desarrolladas durante el primer mes (según el esquema propuesto en la etapa intermedia).
- Instituciones y servicios que se encuentran funcionando, así como los recursos disponibles; daños a la infraestructura de los servicios de salud mental que aún persisten.
- Situación de salud mental de la población desplazada o refugiada; albergues o refugios a los 30 días.
- Coordinación interinstitucional desarrollada y proyecciones para su consolidación.
- Analizar la sostenibilidad de las acciones en salud mental desplegadas hasta ese momento.
- Las conclusiones deben contener la identificación de los principales problemas detectados y las necesidades al terminar esta etapa, así como recomendaciones y aspectos a priorizar en el siguiente período de recuperación. El informe debe ofrecer una síntesis de la evolución de la situación durante el primer mes.

Criterios sobre los tamizajes

Las encuestas o pruebas hechas para detectar casos después del suceso traumático pueden ser de utilidad si se dan ciertas condiciones para su realización. Una de las ventajas es que llaman la atención sobre los enfermos no identificados, para atenderlos oportunamente y prevenir una morbilidad de larga evolución. Muchos autores (7) insisten en que no deben existir objeciones intrínsecas para aplicar pruebas de este tipo, de manera rutinaria, en grupos de población que han sufrido grandes traumas o en los cuales se anticipan elevados índices de trastornos psíquicos. Sin embargo, el tema no deja de ser discutible y aún existen interrogan-

tes para poder responder definitivamente sobre la efectividad del procedimiento.

Un obstáculo para el tamizaje puede ser el costo y la factibilidad del mismo; sobre todo cuando se pretende aplicar de manera rutinaria a grandes grupos de población. Esta dificultad sería menor si se aplicara sólo a grupos en riesgo muy bien seleccionados (por ejemplo, miembros de los equipos de respuesta).

Ahora bien, la falta de pruebas de detección de casos nos pone frente a la limitación de que siempre habrá una cantidad importante de personas que requieren atención y no fueron identificadas de manera precoz.

Recomendaciones (4, 7)

- Este procedimiento puede ser útil para detectar problemas como: niveles altos y sostenidos de estrés que pueden ser indicativos de complicaciones futuras, depresión, abuso de alcohol o drogas y disfunción importante en la vida cotidiana.
- No debe hacerse un tamizaje antes de las primeras cuatro semanas, dado que las posibilidades de recuperación espontánea son muy altas en esa fase y se puede sobre estimar la problemática existente.
- Se recomienda aplicar sólo en grupos en riesgo muy bien seleccionados, que hayan sufrido grandes traumas o en los cuales se anticipan elevados índices de trastornos psíquicos.

Seguimiento y vigilancia

El seguimiento depende en gran medida del uso de indicadores fiables y de la construcción de una línea basal que permita evaluar los avances.

Una base importante sería la existencia de un sistema previo (en condiciones de normalidad) de vigilancia y recolección de información. Lamentablemente, en muchos casos, los sistemas de salud no disponen de buenos mecanismos de información en el campo de la salud mental, lo que hace más difícil instaurarlos o fortalecerlos en casos de emergencias.

La información básica procede de los equipos de salud del primer nivel de atención como eje fundamental de la asistencia sanitaria. Los datos que se pueden obtener en los hospitales miden, fundamentalmente, el incremento de los casos vis-

tos en urgencias y la morbilidad por demanda satisfecha en ese nivel; pero no reflejan la verdadera problemática psicosocial que sufre la población afectada.

Mucha de la información disponible en situaciones de emergencia tiene un carácter cualitativo y se obtiene mediante entrevistas rápidas con informantes clave o en reuniones comunitarias. Esta información no sólo se refiere a la morbilidad existente, sino también a toda la gama de problemas psicosociales que afligen a la gente en esos momentos y que afectan su misma supervivencia.

Dada la situación en que se desarrolla la atención de emergencias, la mayoría de los indicadores son, básicamente, de estructura y proceso. Los indicadores de impacto son evaluables en el mediano y el largo plazo y se obtienen, en algunos casos, mediante investigaciones puntuales o específicamente diseñadas para tales efectos.

Los indicadores de impacto requieren de información previa (línea basal), a partir de la cual se miden las modificaciones que pueden atribuirse a las acciones implementadas; por ejemplo:

- Modificaciones en los índices de incidencia y prevalencia de determinadas patologías (depresión, suicidio, alcoholismo, etc.). Esto sólo se puede medir como indicador de impacto si se dispone de una línea basal previa confiable; de lo contrario, en muchos casos se observa un incremento de la morbilidad debido a una mayor accesibilidad a los servicios o al mejoramiento de los sistemas de registro.
- Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas capacitadas (trabajadores de la salud y otros)
- Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad
- Modificaciones en la percepción de la población sobre la organización de los servicios y su eficiencia
- Indicadores escolares (retención y promoción)
- Mejoría de la calidad de vida de la población y otros indicadores indirectos (calidad de vida, socioeconómicos, etc.)

Algunos indicadores se pueden obtener mediante registros continuos. No obstante, en la mayoría de los casos se hace mediante análisis cualitativo, investigaciones puntuales o sitios centinelas. El esquema de recolección de información recomendado (anexos 1 y 2) facilita la obtención de los indicadores fundamentales.

Obstáculos y problemas más comunes (3, 4, 9)

Aunque el objetivo del EDAN es reducir al mínimo las dificultades y problemas en la evaluación de la situación, deben conocerse cuáles son los obstáculos más frecuentes:

- No se dispone de un diagnóstico o información previos de carácter confiable.
- Existe el riesgo de que la información recolectada pueda ser irrelevante o no confiable, o estar influenciada por opiniones políticas, de grupos particulares o por informes de prensa.
- En ocasiones, la información puede ser inexacta, de manera deliberada o no.
- Los medios de comunicación pueden ser sensacionalistas o tender a generalizar situaciones particulares de mucho impacto humano.
- A veces es difícil separar el rumor de los hechos objetivos.
- Existen factores personales que facilitan el sesgo: historia personal de los miembros del equipo que realiza la evaluación, sus condiciones emocionales y su capacidad intelectual en el momento de trabajo.
- No se han cruzado las diferentes fuentes de información.
- No hay disponibilidad de los informantes clave.
- La evaluación se efectúa tardíamente.
- Los recursos son insuficientes o hay problemas logísticos que dificultan la recolección de información.
- Hay poca preparación de los equipos que realizan la evaluación, mala distribución del trabajo o responsabilidades poco definidas.

Consideraciones finales

- La evaluación de daños y el análisis de las necesidades de salud mental en situaciones de desastres son necesarias para determinar las intervenciones que se deben desarrollar en la población afectada; y deben ser el producto de la cooperación entre diversas organizaciones y personas.
- La evaluación de salud mental es parte integral del EDAN en salud.

- Las impresiones personales iniciales pueden ser útiles, pero deben mantenerse separadas del resto de la información colectada. También, es necesario evitar las generalizaciones rápidas.
- Deben existir herramientas previas que faciliten el trabajo y se deben utilizar categorías estandarizadas.
- El personal que realiza la evaluación debe permanecer neutral y comparar los diferentes puntos de vista para acercarse a la realidad de la manera más objetiva posible.
- La situación en los primeros momentos puede ser caótica y requiere de flexibilidad en el proceso de recolección; pueden existir áreas de difícil acceso o sobre las cuales no se disponga de información, en contraste con otras. Es posible que no se puedan seguir todos los pasos del proceso en un orden lógico.
- Deben seleccionarse cuidadosamente los informantes clave.
- Deben asegurarse diferentes fuentes de información que cubran todos los niveles y grupos: autoridades centrales y locales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, grupos comunitarios organizados, fuerzas de seguridad, cuerpos de socorro y salvamento, instituciones religiosas, etc.
- La información debe recolectarse cuidadosamente, pero de una manera rápida.
- En el orden de la salud mental, los más afectados o de riesgo no son los más visibles, frecuentemente, en un primer momento.
- Las necesidades de los enfermos mentales de larga evolución o ya conocidos (antes del desastre) deben ser separadas de los problemas psicosociales derivados directamente del evento traumático.
- Las preguntas e investigaciones adelantadas deben ser muy cuidadosas para evitar la impertinencia o que resulten amenazantes para el entrevistado.
- El análisis debe ser tan específico como sea posible y hay que definir prioridades y cómo afrontarlas.
- Se deben evitar los informes voluminosos.
- Hay que separar las recomendaciones rápidas para la acción inmediata de un reporte más detallado que puede ser el informe evaluativo de

los treinta primeros días. Este último es un trabajo más específico y de mayor reflexión.

- Se deben definir las estrategias recomendadas, al menos, para los próximos 3 a 6 meses.

Anexo 1

Evaluación preliminar de los daños y análisis de las necesidades en salud mental y comunitaria

Fecha del informe: Fecha del suceso:	Tipo de suceso: Población total estimada previamente:	Responsable del informe:	Institución:
Colonia, cantón, aldea:	Municipio:	Departamento o provincia:	

	A. LISTADO DE FACTORES DE RIESGO (evaluación culitativa)	Gravedad, marque el color correspondiente			
	ROJO (GRAVE) / AMARILLO (MEDIO) / VERDE (BAJO) / BLANCO (No existe)	G	M	B	NE
1	Gran número de heridos o lesionados.				
2	Gran número de cadáveres.				
3	Desorden social (pleitos bochinches).				
4	Enfrentamientos étnicos, políticos, religiosos o de otra índole.				
5	Grupos violentos, delictivos o destructores.				
6	Violencia en el seno de las familias.				
7	Violaciones sexuales.				
8	Secuestros				
9	Víctimas de tortura.				
10	Desaparecidos (como producto del acaecimiento o por grupos irregulares.				
11	Grupos de población desplazada.				
12	Personas en albergues o refugios.				
13	Separación de familias.				
14	Personas con mucha aflicción, alarmados, con miedo u otras reacciones emocionales como consecuencia del suceso.				
15	Consumo o abuso de alcohol, drogas o ambos.				
16	Personas con trastornos mentales evidentes.				
17	Desintegración de las organizaciones comunitarias.				
18	Inconformidad comunitaria por las acciones de ayuda o humanitarias.				
19	Rechazo de la población a cooperar.				
20	Información insuficiente o poco confiable.				
21	Exisencia de rumores o chismes.				
22	Equipos de respuesta afectados.				

Anexo 1 (cont.)

	B. LISTADO DE FACORES PROTECTORES	Marque en la casilla	
	Existe o no existe	SI	NO
23	Organización comunitaria previa al desastre.		
24	Grupos de ciudadanos que participan activamente en la solución de los problemas derivados del desastre.		
25	Acceso a información confiable y sistemática.		
26	Miembros de la comunidad capacitados en salud mental.		
27	Servicios sociales disponibles.		
28	Servicios de salud mental disponibles.		
29	Programas externos de ayuda humanitaria funcionando.		
30	Ayuda gubernamental.		
31	Otros		

Comentarios sobre:

a) La información que está recibiendo la población (medios de comunicación masiva, medios oficiales, informaciones locales, rumores, chismes, etc.).

b) Otras consideraciones.

Anexo 1 (cont.)

	C. LISTADO DE RECURSOS (Disponibles en el lugar)		
	HUMANOS	**ESCRIBA LA CANTIDAD**	
31	Psicólogos		
32	Psiquiatras		
33	Médicos con entrenamiento en salud mental.		
34	Personal de enfermería con entrenamiento en salud mental.		
35	Trabajadores sociales.		
36	Terapistas ocupacionales.		
37	Estudiantes de la salud mental (psicología, trabajo social, etc.).		
38	Otros		
	MATERIALES	**SI**	**NO**
39	Medicamentos (para trastornos nerviosos).		
40	Juegos o juguetes.		
41	Instalaciones y servicios de salud mental.		
42	Otros		
	ECONÓMICOS	**SI**	**NO**
43	Fondos disponibles para acciones de salud.		

Anexo 1 (cont.)

	D. LISTADO DE NECESIDADES		
	ROJO (sin resolver) / AZUL (resuelto)	Gravedad del problema (marque el color)	
	PSICOSOCIALES	R	A
44	Orientación e información.		
45	Contacto y apoyo entre los miembros de la familia.		
46	Apoyo emocional.		
47	Apoyo social e institucional.		
48	Continuidad de la educación para los niños y jovenes.		
49	Liderazgo		
50	Necesidades culturales (acorde con las costumbres y tradiciones locales.		
51	Necesidades religiosas o espirituales.		
	INSTITUCIONALES		
52	Movilización o incremento de personal.		
53	Capacitación y entrenamiento.		
54	Apertura de servicios de atención mental.		
	BÁSICAS: (Comentarios sobre el grado de satisfacción de vivienda, alimentación, agua y seguridad)		

CONSIDERACIONES FINALES Y ACCIONES POR REALIZAR:

_____

_____

_____

_____

Anexo 2

Esquema propuesto para la recopilación de información durante el primer mes

Entidad que informa: _____
Período: _____

I. Apreciación evolutiva de la evaluación inicial

Debe resumirse la evolución de la situación desde el momento de la evaluación inicial hasta el corte semanal, enfocando:

1. principales problemas psicosociales,
2. factores protectores y de riesgo, y
3. grado de satisfacción de las necesidades.

II. Resumen estadístico de las acciones desarrolladas

1. Casos con trastornos psíquicos atendidos, según tipo de consulta, sexo y grupo de edad

Grupos de edad*	Casos nuevos		Consultas nuevas		Total	
	M	F	M	F	M	F
0 a 9						
10 a 19						
20 a 59						
60 y más						
Total						

* Los rangos de los grupos de edades se dan sólo a manera de un ejemplo. Cada país debe adaptarlos a su sistema de información.

2. Casos vistos por lugares y según tipo de personal (especializado o no especializado)

Personal que atiende	Hospitales		APS		Otros	
	M	F	M	F	M	F
Psiquiatras						
Psicólogos						
Técnicos de salud mental						
Personal no especializado						
Total						

3. Morbilidad

Categorías por síndromes	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Estrés agudo/ansiedad									
Depresión									
Conducta suicida									
Psicosis									
Consumo indebido de sustancias psicoactivas									
Epilepsia y cuadros orgánicos o confusionales									
Trastornos emocionales y conductuales de la niñez									

Categorías por síndromes	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Manifestaciones emocionales no definidamente patológicas									
Conductas violentas									
Trastornos psicosomáticos									
Total									

4. Número de casos referidos a psicólogos o psiquiatras. Evaluación del funcionamiento de los mecanismo de referencia y contrarreferencia.

_____

_____

5. Mortalidad

Causa	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Suicidio									
Homicidio									
Accidentes									
Violencia intrafamiliar									
Muertes relacionadas con el alcohol u otras drogas									
Otras (especificar)									
Total									

6. Actividades grupales psicoeducativas/de apoyo emocional y terapéuticas

Tipo de actividad	No. de sesiones	No. de participantes
Reuniones psicoeducativas o de apoyo emocional por personal no especializado		
Reuniones psicoeducativas o de apoyo emocional por personal especializado		
Grupos terapéuticos (por personal especializado)		

7. Atención a la población infantil

Tipo de actividad	No. de sesiones	No. de participantes
Actividades con grupos de niños		
Actividades con grupos de padres		

8. Capacitación desarrollada por el equipo especializado

Público objetivo	No. de participantes	Porcentaje capacitado en relación con el total
Trabajadores de la salud		
Agentes comunitarios		
Equipos de respuesta		
Maestros		
Otro personal		
Total de capacitación		

Observaciones sobre lugares en donde se desarrolló la capacitación y las temáticas:

_____

_____

_____

9. Atención a miembros por equipos de respuesta

A. Casos atendidos individualmente: ____

B. Actividades grupales: ____ Participantes: ____

C. Trabajadores de los equipos de respuesta:

¿Qué tipo de manifestaciones tienen:

_____

_____

_____

¿Qué acciones se han tomado?

_____

_____

_____

Nota: Se recomienda que los cortes evaluativos semanales tomen hasta el punto 9.

III. Identificación de grupos de población que requieren mayor atención en salud mental

Calificación de PRIORIDAD: / 1 Bajo / 2 Medio / 3 Alto

Grupo	Prioridad	Comentarios
Lesionados o afectados directamente.		
Familias que sufrieron los efectos directos del desastre o que tuvieron pérdidas (humanas y materiales).		
Personas que presenciaron muertes o situaciones de alto impacto humano/grupos en los que hubo muertes masivas.		
Niños.		
Adolescentes.		
Menores sin familias, huérfanos y niños de la calle.		
Adolescentes sin familias o que han tenido que asumir la jefatura de la misma.		
Ancianos .		
Mujeres, con especial énfasis en viudas, mujeres cabeza de familia y mujeres abandonadas.		
Sobrevivientes de la violencia, en sus diferentes modalidades.		
Personas con antecedentes de trastornos psíquicos.		
Personas con discapacidades (diferenciadas).		
Miembros de equipos de respuesta (especificar).		

IV. Instituciones, servicios y recursos

1. Instituciones y servicios en funcionamiento

Servicio de salud mental en funcionamiento	Observaciones
Ministerio de Salud	
Seguro Social	
Otras organizaciones gubernamentales	
Organizaciones no gubernamentales	
Universidades	
Otros	

2. **Daños a la infraestructura de los servicios de salud mental que aún persisten:**

_____

_____

_____

3. **Evaluación del funcionamiento de planes y servicios:**

_____

_____

4. **Recursos humanos/disponibles/necesidades**

_____

_____

_____

Personal/ institución	Ministerio de Salud	Seguro Social	Sector Privado	ONG	OG	Total disponible	Total necesario
Psiquiatra							
Psicólogo							
Trabajador social							
Enfermería							
Terapeuta ocupacional							
Estudiantes							
Total							

V. Problemática psicosocial de la población desplazada, refugiada o albergada (breve descripción cualitativa):

_____

_____

_____

VI. Análisis de la coordinación interinstitucional desarrollada, de acuerdo con los actores que intervinieron en el evento. Proyecciones para su consolidación

_____

_____

_____

VII. Análisis de la sostenibilidad de las acciones desplegadas hasta ese momento

_____

_____

_____

VII. Consideraciones finales

_____

_____

_____

Criterios operativos

Este formulario debe considerarse como un esquema sugerido. Los países deben adaptarlo a sus requerimientos, normas, y a su sistema de registro y vigilancia en salud. Los criterios y definiciones operativas se adaptarían en este sentido.

Casos atendidos según tipo de consulta

- ***Caso nuevo.*** Es aquél que llega por primera vez a la institución o servicio de salud mental con ocasión del evento (no ha tenido atención de salud mental en el último año).
- ***Consultas nuevas.*** Es aquél paciente que es visto después de ser atendido como caso nuevo o aquéllos que habían sido vistos durante el último año.

Actividades grupales

- Reunión grupal psicoeducativa y de apoyo emocional: tres o más personas que se reúnen con un facilitador capacitado para ofrecerles orientación, compartir experiencias y recibir apoyo emocional.
- Grupo de terapia: tres o más personas portadores de trastornos psíquicos que se reúnen con un profesional de salud mental con un objetivo terapéutico.

Las reuniones grupales pueden ser de una sesión o de varias, en sucesión. Los grupos pueden ser abiertos o cerrados.

Atención a población infantil

- Actividades con niños: son actividades grupales realizadas con niños en la escuela o espacios comunitarios.
- Actividades con padres: son actividades grupales realizadas con padres, en la escuela o en otro espacio comunitario.

Capacitación

Es una actividad colectiva de entrenamiento y difusión del conocimiento; es especialmente necesaria para el personal que actúa posteriormente ejecutando acciones de salud mental o como multiplicadores. Generalmente son: trabajadores de salud, agentes comunitarios, miembros de equipos de respuesta y maestros. Debe existir un programa de capacitación con estándares mínimos de cumplimiento del mismo; esto permite definir cuántas personas están realmente capacitadas y qué porcentaje representan en relación con el universo total, por ejemplo, porcentaje de médicos de APS entrenados en salud mental en situaciones de emergencia.

Indicaciones para recopilar e informar las actividades grupales

En cada actividad participan un número de personas. Posteriormente, se suman los asistentes. Indicaciones para recopilar e informar las actividades grupales:
En cada actividad participan un número de personas. Posteriormente se suman actividades y participantes:

Ejemplo:	**Capacitación**	
	Actividad No. 1	40 participantes
	Actividad No. 2	20 participantes
Total	2 actividades	60 participantes

En este caso no importa que una misma persona participe varias veces, pues se supone que son acciones independientes que se suman.

Calificación de los grupos prioritarios

Implica determinar prioridades de grupos de población (alta, media o baja al marcarla con el color o número correspondiente) y que, por ende, necesitan acciones de intervención. En la casilla de observaciones, se deben especificar las características de los grupos marcados.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastre*. Quito, Ecuador: OPS: 2004. Serie de Manuales y Guías sobre Desastres, No. 4
2. Oficina para la Asistencia de Desastres en América Latina y el Caribe. *Manual de campo para la evaluación de daños y análisis de necesidades*. Managua: USAID; 2001.
3. Caldas JM, Rodríguez J. The Latin American and Caribbean Experience. En: World Psychiatric Association. *Disaster and mental health*. West Sussex, England: John Wiley and Sons, Ltd.; 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS; 2002. Serie de manuales y guías sobre desastres.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado en Colombia*. Documento de trabajo, Bogotá, Colombia, 2001.
6. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en la atención primaria*. Madrid, España: MEDITOR; 1996.
7. Ursano RJ et al. *Terrorism and disaster*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2003.
8. World Health Organization. *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems. Emergencies* (WHO-AIMS-E 1.0) (draft). Geneva: WHO; 2005.
9. World Health Organization. *Rapid assesment of mental health needs of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations*. Geneva: WHO; 2001.

Lecturas recomendadas

Cohen R. "Salud mental para víctimas de desastres". En: Organización Panamericana de la Salud. *Manual para trabajadores*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno; 1999.

Cohen R. *Salud mental para víctimas de desastres. Guía para Instructores*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno/OPS; 1999.

Kohn R, Levav I et al. *El huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: un estudio en Tegucigalpa*, Honduras. Comunicación personal. Tegucigalpa, Honduras; 2002.

Organización Mundial de la Salud. *La salud mental en las emergencias*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías/Organización Mundial de la Salud; 2003.

Prewitt J, Saballos M. *Salud psicosocial en un desastre complejo: el efecto del huracán Mitch en Nicaragua*. Ciudad de Guatemala: Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica; 2000.

Rodríguez J, Bergonzoli G, Levav I. "Violencia política y salud mental en Guatemala". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2002;48:43-9.

Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental Simón Bolívar. *Consecuencias psicosociales de los desastres: la experiencia latinoamericana*. Chicago, Illinois: Centro de la Familia Hispánica; 1989; Serie de Monografías Clínicas No. 2.

CAPÍTULO III
Principales problemas psicosociales y principales pautas para su atención

María Cristina de Taborda

Las víctimas de desastres, por lo general, han vivido experiencias y pérdidas muy graves. A pesar de todo, inicialmente debe asumirse que sus respuestas emocionales son normales ante una situación anormalmente abrumadora y que tienden a recuperarse espontáneamente en el curso de algunos días o semanas.

La atención psicosocial busca aliviar o controlar los efectos del trauma y restablecer el equilibrio, evitando la revictimización. El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades. Debe tener un enfoque comunitario,y estar basada en la identificación y el control de los riesgos específicos de las personas afectadas. Los niveles y las modalidades de intervención pueden ser variados: psicológicos o sociales, individuales, familiares o grupales.

El concepto de atención psicosocial a poblaciones afectadas por los desastres trasciende el de la atención clínica psiquiátrica. Debe integrar componentes indispensables de ayuda humanitaria e intervenciones sociales de diferente índole (coherentes con las necesidades básicas de seguridad personal, alimentación,

educación, vivienda, trabajo, etc.) que hagan posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.

La atención psicosocial no es solamente responsabilidad del sector salud y tampoco se restringe a las acciones de los equipos de salud mental. Compromete a las autoridades, es intersectorial y requiere de la participación activa de la comunidad.

Sin embargo, es importante conocer que la morbilidad psiquiátrica tiende a aumentar en poblaciones víctimas de desastres de gran magnitud, especialmente si la persona era vulnerable, si se presenta una grave pérdida de la estructura familiar y social, o si las necesidades básicas cotidianas no son atendidas oportunamente y existen importantes barreras para el acceso a bienes y servicios indispensables para la reconstrucción de sus vidas.

Los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben contemplar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial, como parte del abordaje humano de la población afectada por el desastre. Deben ser lo suficientemente sensibles y competentes para utilizar los recursos disponibles en función de intervenciones de apoyo emocional y para detectar a quienes presentan síntomas y signos que sobrepasan los límites de lo "esperado o normal". Esto permite realizar un diagnóstico precoz y una remisión oportuna al profesional especializado, si fuere necesario.

Las víctimas, usualmente, no tienen la necesidad sentida de apoyo psicológico, no aceptan sufrir de una enfermedad mental y no demandan los servicios de salud mental, por el estigma sociocultural que esto significa. Por lo tanto, puede ser útil divulgar, por todos los medios posibles y usando los recursos de la comunidad, que existen alternativas de ofertas de "ayuda para superar las dificultades emocionales y el sufrimiento que pueden estar experimentando muchas de las personas que han vivido el desastre". Para ello, resulta indispensable insertar la atención psicosocial como parte de las acciones cotidianas que prestan los servicios de salud (en especial, la atención primaria) y los organismos de ayuda humanitaria. Además, previendo que pueden aparecer casos complicados que requieran su remisión a una atención más individualizada y especializada, es indispensable contar con posibilidades y mecanismos claros de remisión a otras instancias especializadas.

Este capítulo está dirigido, fundamentalmente, al personal no especializado, como trabajadores de ayuda humanitaria y equipos de atención primaria en salud. En su primera parte, resume los principales problemas psicosociales y las

pautas básicas de actuación por parte del personal de respuesta. La segunda parte trata de los principales trastornos psíquicos que pueden observarse en las víctimas de desastres, los criterios básicos y las herramientas para identificarlos, así como las pautas para la ayuda profesional individual (médico general) en los adultos; igualmente, los criterios que indican la necesidad de intervención o de remisión al especialista.

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

En el caso de desastres, el impacto emocional esperable varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento.

El siguiente cuadro ayuda a recordar cuáles son los cambios psicológicos esperables y cuáles son las intervenciones psicológicas y sociales destinadas a la más pronta recuperación y, eventualmente, a la detección precoz y el manejo básico de trastornos mentales.

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas	• Crisis emocionales • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas • Excitación aumentada o "parálisis" por el temor • Ansiedad difusa • Deseo-temor de conocer la realidad • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas • Ocasionalmente, estado de confusión aguda	• Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Socorro y protección • Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas • Primera ayuda psicológica
Primer mes	• Aflicción y miedo; nerviosismo • Tristeza • Duelo • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados)	• Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Ayuda humanitaria • Apoyo de la red social

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primer mes (cont.)	• Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral	• Acompañamiento personal a casos en riesgo • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con sicopatología • Intervenciones psicosociales individuales y grupales • Atención de casos con trastornos psíquicos
2 a 3 meses	• Ansiedad que se va reduciendo • Tristeza que persiste por más tiempo • Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autogresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos) • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad • Síntomas somáticos que persisten • Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático	• Apoyo de la red social • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados • Intervención psicológica individual • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional)

A partir de los tres meses. En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Por ejemplo, una tristeza que se va aliviando y que sólo reaparece temporalmente en los aniversarios o fechas especiales.

Sin embargo, pueden existir señales de riesgo como:

- duelos que no se superen;
- riesgo de suicidio;
- síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos, y
- síntomas de estrés postraumático.

Eventualmente, se han observado algunas personas que aparentemente han reaccionado con gran equilibrio y comienzan a presentar síntomas después del año.

En esta etapa, la intervención de salud mental debe estar dirigida a la detección de nuevos casos sintomáticos, la remisión de casos complejos para atención especializada y la inserción de aquéllos que lo requieran en los servicios regulares.

La intervención psicológica individual en adultos

La intervención psicológica individual (en personas adultas) es uno de los componentes de la atención psicosocial; pero, lo esencial es que no se puede visualizar como un trabajo aislado. El éxito de la asistencia psicológica individual depende, en gran medida, de que se ofrezca en el marco de la ayuda humanitaria, así como de un conjunto de intervenciones psicosociales, la mayoría de tipo grupal.

Si bien en situaciones de desastres el eje de las intervenciones psicosociales debe ser grupal, en un número importante de casos es necesario prestar, también, atenciones individuales, para profundizar en la asistencia de quienes parecen requerirlo así (detección de riesgos, mejor evaluación y ayuda de personas sintomáticas en precario equilibrio o con acentuada vulnerabilidad, y detección de enfermos).

Objetivos de las intervenciones psicológicas individuales

1. Ayudar a la víctima o persona afectada a enfrentarse y entender su nueva realidad, y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones (psicológicas y somáticas).
2. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
3. Brindar apoyo emocional, aliviando la aflicción y el sufrimiento.
4. Reforzar la autoestima.
5. Detectar y tratar, o remitir los enfermos.

Premisas fundamentales de la intervención psicológica

1. Debe estar acorde con las diferentes fases del desastre, recordando que existen "tiempos individuales y culturales" en las comunidades.
2. Adecuarse al contexto social y cultural implica el reconocimiento, la comprensión y el aprovechamiento de las tradiciones y las fortalezas históricas de las comunidades.
3. Debe asumirse que los sobrevivientes muestran reacciones emocionales que pueden ser exageradas pero que, en principio, son normales por haber sido anormalmente vulnerados.
4. Apoyarse en las fortalezas de los sobrevivientes.
5. Tener propósitos lógicos y acordes con las necesidades reales de las personas afectadas.
6. Focalizarse especialmente en los más vulnerables, no sólo en los que en teoría lo son (menores, ancianos, discapacitados, etc.) sino, también, en aquéllos que en la práctica se detectan como tales.
7. Las intervenciones psicológicas se desarrollan por diferentes instancias y actores, e están integradas a lo cotidiano (no como "una receta o un tratamiento"). Deben llevarse a efecto en el escenario comunitario, vinculadas a los programas de apoyo social que se implementan.
8. La implementación de procesos grupales de apoyo mutuo, la socialización y la reconstrucción de proyectos de vida familiares o colectivos complementan la intervención psicológica individual.
9. Debe trabajarse en la identificación de vulnerabilidades y riesgos.
10. Unos de sus objetivos básicos son la detección y la asistencia a los sintomáticos o enfermos, y su oportuna referencia si fuere necesario.

Estrategias para la intervención psicológica individual y cómo establecer una relación de ayuda

Qué hacer	Cómo hacerlo
Crear un clima de confianza y seguridad	• Estar disponible cuando lo necesiten. • Adoptar una actitud amable y cortés, evitando los extremos de frialdad o formalismo *versus* paternalismo.
Establecer una buena comunicación	• Aprender a escuchar sin interrumpir y demostrando interés; utilizar algunos gestos de asentimiento o formular algunas preguntas sobre lo que está expresando. • Respetar el silencio o las explosiones emocionales; esperar en silencio a que pueda controlarse. • Identificar y adaptar el trato y el lenguaje a las características culturales y la edad: "don Alvaro" o "señora Ramírez" y "usted", "vos" o "tú", según lo que se use. • Adaptar el ritmo de la conversación a las características de las personas ancianas que se cansan más rápido y pueden tener dificultades sensoriales.
Fomentar el respeto y la tolerancia	• Entender, aceptar y respetar a la persona con sus características. • Tratar de razonar con lógica y utilizar el sentido común sin imponer criterios. • No ponerse de ejemplo, ni comparar situaciones. • No predisponerse con las personas, aprender a manejar las situaciones y mantener el dominio sobre las propias emociones. • Nunca perder el control ni responder con agresividad.
Brindar apoyo emocional	• Buscar la reunificación de las familias. • Gestionar el apoyo, la solidaridad y la ayuda de la familia y de las organizaciones comunitarias existentes. • Asegurar el acompañamiento y el cuidado personal en el periodo inmediato posterior al evento traumático, especialmente para quienes han quedado solos y han tenido más pérdidas; asegurar su continuidad. • Facilitar que las personas, cuando lo deseen, hablen del desastre, de sus reacciones emocionales y de su condición actual. El hablar no sólo alivia sino que, también, puede ayudar a una mejor comprensión de las experiencias dolorosas y al descubrimiento de estrategias de solución. • Asegurar la provisión de información clara, coherente, oportuna y veraz.
Entender y aliviar los síntomas	• No restar importancia a los síntomas actuales, sino ayudar a la persona a entenderlos y afrontarlos. • Permitir (pero no forzar) la expresión de sentimientos. • Explorar lo que las personas piensan acerca de la expresión abierta de sentimientos, para contrarrestar la creencia de que ello implica debilidad. • Señalar la relación que los síntomas y su reacción tienen con la situación vivida y con las circunstancias actuales.

Qué hacer	Cómo hacerlo
Entender y aliviar los síntomas (cont.)	• Asegurar que se irán aliviando con el tiempo, aunque puedan aparecer recrudecimientos temporales. Promover el reconocimiento de las evidencias de progreso por parte del paciente. • Facilitar y promover el reconocimiento de expresiones encubiertas de sentimientos a manera de modificaciones de conducta (agresividad, consumo de alcohol o drogas, por ejemplo) o de síntomas físicos y ayudar a la persona a entender las relaciones y a adoptar mejores medios de expresión. • Hacer seguimiento para evaluar la naturaleza normal o patológica de su evolución.
Reforzar la autoestima	• Analizar, junto con la víctima, las ideas negativas e invitarla a hacer también un inventario de elementos positivos, intentando un balance más equilibrado. Recordar y enfatizar que, a pesar del desastre, son personas que tienen fortalezas que han sido probadas en el pasado. • Sugerir y orientar hacia posibilidades de solución, alentando a las personas a asumir un compromiso activo en la toma de decisiones y en su implementación. Es muy importante combatir la sensación de haber perdido el control sobre su propia vida, de manera que pasen de víctimas pasivas y dependientes a sobrevivientes capaces de enfrentarse a su destino. • Promover que se mantenga o retome el estilo habitual de vida de la persona. • Promover el reinicio de las actividades sociales, tales como prácticas religiosas, deportivas, recreativas, etc. Esto puede generar culpa; en tal caso, insistir en que es indispensable que su vida se normalice lo más pronto posible y, además, que distraerse es importante para contrarrestar los síntomas. • Enfatizar y reforzar el hecho de que cuenta con apoyo familiar y social para la recuperación. • Orientar sobre el acceso a los recursos de apoyo y ayuda, proveyendo información clara.
Elaborar los duelos	• Emplear todos los recursos enunciados a propósito del apoyo emocional, aliviar los síntomas y fortalecer la autoestima. • Intentar averiguar las reacciones previas ante situaciones de duelo, lo cual dará una idea de cuál es la manera como la persona se ha "defendido" antes. • Con cuidado, en la medida en que la situación emocional del paciente lo permita, ayudar a superar la negación, confrontando a la persona con la realidad y ayudándola a analizar las perspectivas de una vida que debe continuar, a pesar de la pérdida. • En caso de muerte de familiares, reforzar los recuerdos positivos del fallecido.

Qué hacer	Cómo hacerlo
Elaborar los duelos (cont.)	• Apoyar la identificación del cadáver y la sepultura individual. • Apoyar y ayudar a elaborar rituales de aceptación. Por ejemplo, poner una cruz en el lugar presumible de la muerte, hacer novenario, etc. • Reiniciar las actividades sociales, como prácticas religiosas, deportivas, recreación familiar, etc.

El duelo. El manejo del duelo tiene una especial importancia en situaciones de desastres y emergencias, en las cuales frecuentemente se experimentan grandes pérdidas. Toda persona que sufre algún tipo de pérdida tiene un proceso natural de cambios emocionales, llamado proceso de duelo, que usualmente termina con la recuperación del equilibrio psíquico. Aparte de las pérdidas por sí mismas (familiares, amigos, objetos, propiedades, costumbres, etc.), el duelo en los desastres abarca también las consecuencias de las pérdidas como soledad, desamparo, necesidad de adoptar nuevas formas de vida y de cambiar responsabilidades.

Algunas manifestaciones del duelo son:

- Tristeza
- Ansiedad ("nervios")
- En algunos casos, puede existir negación ante la magnitud de la pérdida; la víctima no acepta la situación, como si no hubiera ocurrido.
- Agresividad o ira al advertir las consecuencias de las pérdidas; generalmente, se traduce en culpar o maltratar a otros sin justificación.
- Sensación de desprotección, con miedo al futuro y a que la situación se repita, lo cual igualmente se va aliviando.

Con el tiempo, que de una manera aproximada se ha fijado en 3 a 12 meses, la persona acepta la realidad y se dispone a continuar la vida, se van atenuando los síntomas hasta lograr un equilibrio emocional y se establecen alternativas adaptativas de solución a su condición.

Se puede pensar en un duelo patológico cuando:

- los síntomas perduran excesivamente (más de 12 semanas);
- tienen tendencia a empeorar o provocan exagerado sufrimiento de manera permanente, o
- existe riesgo de complicaciones, como suicidio o consumo exagerado de alcohol.

El duelo patológico debe ser tratado como con un trastorno depresivo.

Evaluación de la salud mental por médicos de atención primaria en salud

Los pasos para la evaluación de una posible patología psíquica en los sobrevivientes de los desastres son:

- realizar una entrevista abierta de tipo individual;
- analizar los antecedentes de la persona (en especial, los aspectos psicosociales), comparando la situación antes y después del desastre;
- entrevistarse con familiares o amigos, y
- realizar un examen mental mínimo.

Pautas básicas para la entrevista individual (1)

- Garantizar un ambiente adecuado y tranquilo para la entrevista.
- Procurar que ambos se puedan sentar cómodamente y en una posición en que el entrevistado lo pueda mirar a la cara directamente y usted pueda responder mirándolo a los ojos.
- Si la persona está acostada por razones de salud, preguntar si puede sentarse y ayudarla a hacerlo, asegurándose de que esté cómoda.
- Adaptar el tiempo de la entrevista a las condiciones de salud del entrevistado.
- Aunque es importante tener un cierto orden en la entrevista, se puede ir modificando el plan de la misma de acuerdo con las circunstancias.
- Evitar las interrupciones frecuentes.
- Siempre que sea posible, es preferible agotar un tema antes de pasar a otro, e ir de lo más simple a lo más complejo. Anotar si hay un tema específico que el entrevistado elude.
- Una vez que la persona haya hablado libremente, comenzar con las preguntas pertinentes de acuerdo con el caso, tanto para aclarar mejor lo relatado como para averiguar sobre aspectos que no hayan sido tratados espontáneamente o hayan sido eludidos.

- Tratar de no comenzar las preguntas en "¿Por qué?" puesto que ello puede ser interpretado como una intención de crítica o cuestionamiento directo.
- Mantener un orden lógico y coherente en las preguntas.
- A veces las personas se muestran reticentes cuando se les pregunta por antecedentes o aspectos más íntimos o que parecieran no tener relación con lo que actualmente les sucede. Entonces, resulta útil comentar que el deseo es ayudarle y que será mas fácil hacerlo si se conocen mejor los detalles de su vida, a través de lo que él pueda contarle. Como regla general, se recomienda que los datos familiares y personales, así como la existencia de problemas emocionales anteriores al desastre, se recolecten posteriormente.
- No forzar las respuestas, respetar los silencios.
- No pretender agotar todo el tema en una sola entrevista, pueden quedar aspectos o informaciones pendientes que pueden ser tratados en otras citas, cuando haya una mayor confianza o menor alteración emocional.
- En la entrevista, debe analizarse la presentación personal y la actitud del sujeto, en referencia a sus antecedentes y a su situación actual, y la manera como reacciona a la entrevista: ¿cómo está vestido?, ¿su arreglo personal concuerda con sus antecedentes?, ¿hay alguna explicación para que su apariencia sea inadecuada o extraña? Recuerde que, en el caso de víctimas de desastres, puede estar en condiciones muy precarias (pobreza, sin servicios básicos, etc.) que determinan una apariencia que puede ser interpretada como de descuido deliberado.
- Sintetizar los elementos fundamentales de lo contado, ordenándolos y después, en una pausa, explicar lo que se ha entendido. Ejemplo: "Si le he entendido bien, usted ha tenido…" o "Me da la impresión de que usted se siente…". Permitir que la persona corrija y complemente, si la apreciación ha sido errada o incompleta. Concluir la entrevista con un comentario positivo y acordando una nueva entrevista.

Hacer una entrevista familiar siempre resulta útil para complementar y aclarar aspectos de la información aportada y para buscar cooperación de la familia en el manejo. Es indispensable en el caso de los que ocultan información o de quien está muy perturbado. Es prudente comentar al entrevistado que se desea también conversar con otras personas que lo conozcan y buscar su aprobación.

Se recomienda resumir en la primera entrevista lo que ya se conoce de la persona luego del desastre, empezando por los problemas actuales, la experiencia del desastre, sus reacciones emocionales y lo relacionado con el apoyo social y comunitario, los cuales serán, por supuesto, la mayor preocupación del paciente.

Identificación de factores que implican mayores riesgos psicosociales en personas afectadas. La identificación y calificación del riesgo psicosocial de una persona afectada por una situación de desastre implica evaluar cuidadosamente:

- las circunstancias en que transcurrió el evento traumático;
- los antecedentes personales;
- la evolución de los síntomas y signos;
- la manera como el sobreviviente responde a las diversas modalidades de ayuda humanitaria y atención psicosocial, y
- el comportamiento en la vida cotidiana.

Las personas que tienen mayor madurez emocional, variados intereses y relaciones, y diversos objetivos afectivos, superan con mayor facilidad la crisis aguda en un plazo de 4 a 6 semanas, hasta la superación total en unos 6 a 12 meses.

Se debe recordar que el funcionamiento psicológico se refleja en la manera como la persona se comporta en su vida cotidiana y que es factible que muchas alteraciones sintomáticas y condiciones de riesgo no se puedan identificar en la entrevista. De ahí la importancia de lo que hayan percibido en su conducta cotidiana quienes viven con él o quienes le han brindado ayuda en la comunidad.

La existencia de una patología psiquiátrica implica una condición de riesgo per se; también, implica una decisión clínica por parte del médico general (tratarlo o remitirlo). Por ello es necesario:

- Detectar el síntoma o conducta anormal, así como definir que la reacción, en un principio, fue coherente con su situación, pero después, se ha convertido en exagerada por su intensidad o prolongación en el tiempo, o que muestra características agregadas muy patológicas y por ello amerita un manejo médico más específico.
- Decidir si tiene un carácter de urgencia y se debe remitir a un servicio hospitalario que cuente con mayores recursos.

- Decidir si puede manejarlo en la consulta de medicina general de la atención primaria o se refiere a un servicio especializado de salud mental.

Recopilación de antecedentes personales, en especial de índole psicosocial (1-3). Los antecedentes personales pueden ser una condición de riesgo en situaciones de desastres y emergencias. Muchos pueden ser útiles para manejarlos como factores de riesgo o protección. Se recomienda poner especial atención a las personas que, antes del desastre:

- estaban viviendo una situación de duelo no superado,
- se encontraban mentalmente enfermas,
- tenían una enfermedad física crónica, dolorosa o con algún grado de invalidez, o
- tenían historia de dificultades de adaptación (problemas en la escuela o colegio, problemas en el trabajo, dificultades en las relaciones con parientes o vecinos, con la autoridad, etc.).

Generalmente, los antecedentes se obtienen en la propia entrevista con la persona afectada o mediante familiares y amigos. Comprenden los datos básicos de la historia personal y de su entorno familiar y social antes del desastre.

Resulta importante destacar los siguientes elementos:

- Datos familiares;
  - Antecedentes de enfermedades, incluso las psiquiátricas y neurológicas;
  - Funcionamiento familiar;
  - Presencia de conductas violentas o abuso de alcohol en el medio familiar.
- Datos personales:
  - Rasgos importantes de desarrollo en la infancia, incluido el rendimiento escolar, para tener una idea global del nivel de inteligencia de la persona
  - Adaptación social y laboral en las diferentes etapas de la vida
  - Información sobre rasgos de personalidad (sociabilidad, conflictos interpersonales, patrones de reacción a conflictos y estabilidad en relaciones y empleos)

- Creencias y valores, por ejemplo, religiosos (que pueden ser un factor protector)
- Hábitos de recreación y uso del tiempo libre
- Antecedentes patológicos (enfermedades físicas o mentales), con especial mención de las enfermedades crónicas o de larga evolución, para evaluar el estado previo de salud y la existencia de secuelas o de trastornos.
- Antecedentes de consumo de alcohol o drogas.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres (1, 3-7)

Más que a diagnósticos específicos (según los sistemas habituales de clasificación, como el DSM IV o CIE 10), en este capítulo nos referiremos a grandes conjuntos de síntomas o síndromes que aparecen más frecuentemente en situaciones de eventos traumáticos. Ésta es, generalmente, una forma más práctica de que los médicos generales u otros técnicos de la atención primaria aborden la nosología.

Trastorno de ansiedad. Se caracteriza por una sensación de temor inmotivado, que habitualmente se describe como "nervios". Se recomienda identificar, al menos, tres de los siguientes grupos de síntomas:

- Ansiedad: miedo injustificado permanente, por crisis o ambos, preocupaciones excesivas ante cosas sin importancia y pesimismo.
- Intranquilidad: "No puede quedarse quieto".
- Irritabilidad e impaciencia (la familia relata que se ha vuelto de mal genio).
- Síntomas físicos: sudor, palpitaciones, manos frías y húmedas, oleadas de calor y frío, micción frecuente, crisis de diarrea, rubor, palidez, respiración agitada, tensión muscular, temblor, dolor muscular y fatiga por la misma tensión y la dificultad para relajarse.
- Se vuelven muy "alertas", se sobresaltan por cualquier estímulo, hay pobre concentración, insomnio o sueño interrumpido o poco reparador.
- Las manifestaciones de ansiedad descritas anteriormente las experimenta diariamente, al menos, durante un mes. Debe descartarse que el

paciente esté tomando café en exceso o algún medicamento que cause ansiedad.

Pautas generales de atención

- Brindar apoyo afectivo: hablar con voz tranquila y asegurarle que se va a mejorar.
- Reflexionar con el paciente sobre las causas posibles de su ansiedad, analizarlas y tratar de ordenarlas según la gravedad y, luego, evaluar posibilidades de solución, paso por paso.
- Ayudarlo a diferenciar aquellos problemas que el paciente cree que se le van a presentar en el futuro, pero que es posible que no ocurran, para que aprenda a no dejarse abrumar por temores injustificados.
- Buscar la comprensión y la solidaridad familiares: explicar la naturaleza del trastorno, orientar sobre su manejo (que no lo regañen ni lo culpen, por el contrario, que lo acompañen, lo oigan, etc.).
- Enseñar técnicas de canalización de la ansiedad que debe ensayar hasta descubrir las que resulten útiles específicamente: respirar pausadamente, desarrollar algún ejercicio o actividad que le ayude a relajarse y a "quemar" la ansiedad.
- Enseñar y practicar una técnica sencilla de relajación.
- Recomendar que no beba estimulantes como el café y el té.
- Aconsejar el consumo de substancias naturales de uso común que ayudan a controlar la ansiedad, como infusiones de tilo o manzanilla, etc.

Pautas para el tratamiento médico

- Descartar que el paciente tenga otra patología de base que ocasione ansiedad. Si éste es el caso, tratarla.
- Si con las recomendaciones anteriormente enunciadas no se logra un control de los síntomas, valorar la necesidad de suministrarle ansiolíticos por corto tiempo y valorando el riesgo de dependencia. Se sugiere usar preferentemente productos naturales más inocuos como la valeriana o la pasiflora. Generalmente, no se recomienda que en la atención primaria se dispensen benzodiacepinas en situaciones de desastres.
- Analizar si la ansiedad está encubriendo un síndrome depresivo asociado, en cuyo caso se debe tratar el paciente fundamentalmente como

afecto de una depresión ansiosa, y sería posible administrarle un antidepresivo también con efectos sedativos (amitriptilina, por ejemplo).

Crisis de pánico. Las crisis de pánico no son frecuentes en situaciones de desastres, contrario a lo que muchos piensan. La aparición de estos cuadros se observa en situaciones específicas, como ataques terroristas de gran magnitud y de tipo súbito.

En las crisis de pánico, la angustia se manifiesta en forma aguda como un temor aplastante o desesperante y se acompaña de una sensación de enloquecimiento o muerte inminentes. La angustia se retroalimenta en la medida en que el paciente es conciente y malinterpreta los síntomas físicos, por lo cual usualmente consulta a servicios de urgencia.

Se debe pensar en crisis de pánico cuando la persona tenga crisis de temor muy grave e inmotivado, de aparición repentina y corta duración (pocos minutos), acompañadas, al menos, de cuatro de los siguientes síntomas:

- palpitaciones, taquicardia o "sacudidas del corazón",
- sudoración, escalofrío u oleada de calor,
- temblor,
- sensación de ahogo o falta de aire,
- sensación de atoramiento,
- mareo, vértigo o sensación de inestabilidad (como si se le moviera el piso),
- náuseas o malestar como sensación de vacío en el abdomen,
- miedo a perder el control o a enloquecer,
- miedo a morir repentinamente,
- sensaciones de hormigueo o adormecimiento,
- sentirse raro, diferente, "como otro", o que todo se vuelve diferente a su alrededor, o
- una vez presentada una crisis, el miedo suele volver a aparecer (miedo al miedo); por eso, la ansiedad se convierte casi en permanente con una gravedad variable.

Pautas generales de atención médica

La crisis de pánico es un trastorno que requiere de manejo médico, puede persistir en el tiempo e invalidar, en gran medida, a la persona. Puede complicarse con otros miedos anormales a cosas o circunstancias específicas (fobias).

- En caso de asistir a una persona en pánico, acompañarlo y, si está muy inquieto, permitir su movilización en un espacio determinado acordado.
- Practicar un examen clínico para descartar una patología orgánica.
- Apoyarlo en el control de los síntomas: instruirlo y ensayar con él actividades que ayuden a contrarrestar la hiperventilación (aconsejar que respire despacio y lentamente, idealmente, dentro de una bolsa de papel) y a controlar la ansiedad aguda y crónica (relajación, ejercicio, etc.).
- Explicarle la necesidad de tomar la medicación indicada e iniciar tratamiento (fundamentalmente, antidepresivos y, en caso indispensable y solamente de manera muy temporal, ansiolíticos).
- Valorar su remisión, una vez controlados los síntomas más agudos, a una consulta de psiquiatría.

Depresión. La reacción de tristeza ante cualquier tipo de pérdida es normal, pero debe ser proporcional a la misma e irse aliviando con el paso del tiempo. Esa tristeza se convierte en una enfermedad cuando se prolonga en el tiempo, se acompaña de ideas de culpa intensa e inmotivada, se acentúa en lugar de aliviarse o interfiere mucho en la vida cotidiana de las personas.

Se debe pensar en depresión cuando se presentan las siguientes situaciones:

- La persona muestra un estado de ánimo muy triste que persiste, al menos, dos semanas, tiende a ponerse peor y se refleja en un aspecto melancólico y tendencia al llanto.
- Por la tristeza, generalmente no desea moverse y por ello disminuye su actividad, a veces, hasta el punto de no querer levantarse.
- Además de tristeza, frecuentemente existe ansiedad y, en ese caso, se muestra inquieto y, a veces, irritable e impaciente, incluso agresivo.
- La tristeza causa desinterés en las cosas, incluso las que lo podrían alegrar.
- Además, presenta, por lo menos, cuatro de los siguientes síntomas o signos:
  - pérdida o aumento de apetito (cambios de peso),

- disminución o, más raramente, aumento de sueño (sin embargo, poco reparador),
- interrupciones en el sueño, especialmente en horas de la madrugada,
- pérdida de energía o cansancio desproporcionado,
- sentimientos de culpa, desamor y minusvalía,
- pérdida global de la autoestima,
- dificultad de concentración que se traduce en fallas en la atención, en la capacidad de memorizar y en dificultad para hacer su trabajo diario,
- ideas de muerte, de que no lo quieren, de culpa, de suicidio,
- desinterés por las actividades rutinarias y la sexualidad,
- si tiene tendencia a beber, no es raro que, estando deprimido o ansioso, aumente el consumo, o
- deseos de morir, conductas peligrosas, ideas o intento de suicidio.

Pautas de atención

- Brindarle apoyo, confianza y seguridad; explicarle la causa del trastorno que ahora presenta y para el cual hay tratamiento; asegurarle su voluntad de ayuda y anunciarle que probablemente puede necesitar medicamentos.
- Permitir que la persona hable libremente y exprese sus sentimientos, "que se desahogue", no impedir que llore y respetar los silencios o si no desea hablar de algo específicamente.
- No profundizar, inicialmente, en temas que le puedan resultar dolorosos, pero no impedir que hable de ellos, si así lo desea. Explorar si tiene ideas de muerte o de suicidio. No es cierto que hablar de ello aumente el riesgo de que el paciente empiece a pensar en matarse, en cambio, sí es muy grave que usted no se entere. Además, el paciente suele aliviarse si puede hablar de ello con alguien que trate de entenderlo.
- Si el paciente no habla de muerte pero usted lo nota muy triste, debe pensar en el riesgo de suicidio, también. Hay que indagar con los familiares si ha tenido intentos antes o si hay algo en su conducta que

pueda calificarse como intento de hacerse daño: beber exageradamente, asumir grandes riesgos (al conducir, mostrándose desafiante, etc.).

- No culpabilizar al paciente, ni siquiera si se ha mostrado agresivo con usted, con otros o consigo mismo. En respuesta, analizar sus actitudes para que entienda su naturaleza agresiva y la relación con la tristeza, y para explorar maneras de canalizar la ansiedad y la tristeza de una manera menos dañina: hablando, haciendo ejercicio y con tratamiento formulado por el médico.
- Si expresa sentimientos de culpa, ayudarlo a revisar minuciosamente lo ocurrido de tal manera que entienda que la responsabilidad no es suya.
- Alentarlo a que haga su vida lo más normalmente posible: comer aunque no tenga hambre, seguir con sus normas de aseo y cuidado personal, esforzarse en cumplir con sus obligaciones.
- Estimular la actividad física de cualquier tipo. El ejercicio tiene efectos beneficiosos para la ansiedad y la depresión.
- Buscar la comprensión y el apoyo de la familia, explicando la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento.

Juzgue si es alto el riesgo de suicidio:

- si la depresión es grave;
- si hay antecedentes familiares de suicidio;
- si ha tenido intentos previos de suicidio, en especial, si han sido graves;
- si, además de la tristeza, tiene mucha ansiedad;
- si ha sido siempre una persona impulsiva, que no piensa mucho para actuar;
- si tiene antecedentes de consumir alcohol u cualquier otra droga;
- si es adolescente o anciano;
- si vive solo o no tiene parientes que lo apoyen;
- si padece de alguna enfermedad crónica, en especial, si le causa discapacidad;
- si ha tenido grandes pérdidas como consecuencia del desastre, en especial, seres queridos.

Pautas de manejo de una persona con alto riesgo de suicidio

En principio, siga todas las recomendaciones generales anteriormente enunciadas a propósito del duelo y la depresión.

Además, siga las siguientes pautas:

- Si el paciente no habla de matarse pero usted lo nota muy triste, pregúntele directamente si ha pensado en morirse y, luego, si ha pensado en matarse y cómo.
- Permítale al paciente que hable de sus ideas e intenciones; nunca las minusvalore.
- No regañe, critique ni censure; tampoco se burle ni desafíe.
- Haga la observación de que usted entiende que se sienta triste, pero que siempre hay esperanza de que la situación se mejore y, sobre todo, que se alivie su tristeza.
- De acuerdo con la realidad del paciente, analice con él las razones que tiene para seguir viviendo y el impacto que su muerte podría causar en su familia.
- Ofrezca apoyo, intente llegar a un acuerdo de que no tomará ninguna decisión fundamental por el momento e inicie tratamiento médico. Asegure una vigilancia permanente e inicie el tratamiento.
- Hable con la familia y adviértale que en toda depresión grave, como el caso del paciente, existe el riesgo de suicidio y que, por lo tanto, deben ponerlo en tratamiento, acompañarlo y disminuir los riesgos que pueda tener (armas, venenos, etc.).

La depresión clínica debe tratarse con medicamentos antidepresivos que pueden ser prescritos por el médico general. Si después de cuatro a seis semanas de tratamiento con una adecuada medicación (amitriptilina, por ejemplo) persisten los síntomas, se impone la remisión a un médico psiquiatra.

Trastornos orgánicos de causa predominantente psíquica. Tal como se ha mencionado anteriormente, la ansiedad se acompaña de cambios transitorios en el funcionamiento corporal, como aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, sudoración, aumento de la tensión arterial, cambios en la digestión, etc.

Si la situación de estrés y la ansiedad que la acompaña son muy agudas y si, además, se prolongan en el tiempo, esos cambios se vuelven permanentes y

ocasionan daños en diferentes partes del cuerpo, apareciendo lo que se llama enfermedades psicosomáticas.

A menudo ocurre que cuando la ansiedad comienza a "descargarse" o canalizarse a través de síntomas somáticos, ya el paciente no la siente tanto y consulta por la sintomatología somática. Además, usualmente reconoce que, cuando los problemas se acentúan, aumentan los síntomas orgánicos y las alteraciones en los patrones cotidianos de vida como el sueño, el apetito, la vida sexual, etc.

El tipo de daño depende de cierta susceptibilidad personal y por ello encontramos que las diferentes personas desarrollan enfermedades específicamente en alguno de los sistemas: la piel, el sistema digestivo, el respiratorio, el cardiovascular, etc.

Cuando un paciente que ha sido víctima de un desastre presenta repetidamente síntomas y signos somáticos resistentes a las medidas terapéuticas, hay que pensar que pueden ser de origen emocional. Entre los más frecuentes se citan:

- dolores variados y refractarios al tratamiento médico;
- mareo, vértigo o náuseas;
- síntomas que afectan la piel, como erupciones, picazón, ardor, etc.;
- hipertensión arterial, síntomas del aparato cardiovascular, etc.;
- problemas funcionales de diversa índole: diarrea o estreñimiento, impotencia, frigidez, falta de aire, etc.

Pautas de atención

- Averiguar si los síntomas aparecieron o se acentuaron a raíz de la situación traumática. La gran mayoría de las veces, son alteraciones transitorias que ceden al mejorar la situación real del afectado y en la medida en que su estado emocional se equilibra.
- Es indispensable realizar un examen físico completo y, si fuere necesario, exámenes de laboratorio.
- Empezar un tratamiento médico integral que, obviamente, además de los procedimientos y medicamentos específicos para el trastorno, incluya el manejo del componente emocional de base.
- Todas las recomendaciones hechas a propósito del manejo del duelo, la ansiedad y la depresión son útiles para el control de los trastornos orgánicos de base emocional.

Trastorno de estrés postraumático. Actualmente se reconoce que el llamado trastorno de estrés postraumático *(post-traumatic stress disorder, PTSD)* no

aparece tan frecuentemente como usualmente se presumía. No se justifica la búsqueda incesante de esta patología en situaciones de desastres y emergencias, y no debe diagnosticarse si no se cumplen todas las condiciones que los sistemas de clasificación y diagnóstico recomiendan. Hay autores que han puesto en duda la verdadera existencia de esta patología o la consideran propia de determinados contextos culturales y políticos en países desarrollados.

Lo más usual, en nuestro medio, es que algunas personas que han sido víctimas de violencia o situaciones especialmente catastróficas experimenten algunos síntomas aislados de los que tradicionalmente se han incluido en el PTSD, como los siguientes:

- Revive repetidamente el trauma, a manera de recuerdos o pesadillas.
- Muestra grave disminución del interés por lo que está pasando, sentimiento de estar aislado de los demás, afecto empobrecido (como "congelado").
- Excesiva respuesta a estímulos.
- Trastornos del sueño.
- Dificultad para concentrarse.
- Sentimientos de culpa: por haber sobrevivido, por no haber evitado algo.
- Evitación de actividades, lugares o personas que recuerdan el evento traumático.
- Aumento de los síntomas cuando está en circunstancias que simbolizan el evento traumático o se parecen al mismo.

Pautas de atención a los síntomas de estrés postraumático

- Usar las sugeridas para ansiedad y depresión.
- Remitir a tratamiento especializado si el cuadro no mejora o afecta notoriamente su vida cotidiana.

Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (*7*). Las situaciones de desastres pueden conducir al inicio o el aumento en la ingestión de alcohol, lo cual trae muchas consecuencias dañinas, no sólo en la salud de la persona afectada, sino también en su economía, en sus relaciones interpersonales y en el ámbito familiar. Es un problema que afecta a ambos sexos, pero es más frecuente en hombres. A menudo, condiciona situaciones de violencia y está vinculado o enmascara trastornos como la depresión.

Es frecuente que quienes tienen problemas por consumo de alcohol los nieguen o minimicen, especialmente en culturas permisivas con gran aceptación social de su consumo.

Es necesario pensar en problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, después de un evento traumático, cuando se observan:

- alteraciones en el funcionamiento social, como peleas o conductas violentas con familiares y amigos, ausentismo laboral, problemas delictivos, o
- consumo excesivo en grupos, de acuerdo con las apreciaciones de la comunidad.

En este capítulo, más que abordar el problema desde un punto de vista clínico (para lo cual existen numerosas obras que se pueden consultar), nos referiremos a su manejo mediante intervenciones sociales y grupales.

Pautas generales de manejo del problema del alcoholismo en situaciones de desastres

Identificar problemas o daños asociados con el consumo excesivo de alcohol:

- violencia;
- depresión o conducta suicida o ambas; en ocasiones, se observa que personas muy afligidas, tensas o deprimidas por la situación traumática y las pérdidas sufridas, buscan el alcohol como mecanismo de escape;
- conductas sexuales desordenadas y de riesgo;
- daños a la salud física;
- afectaciones a la economía familiar y comunitaria, o
- desorden social.

Se debe analizar si el problema es anterior al desastre o si es de aparición reciente, en cuyo caso debe usted asegurarse de que la persona no tenga otro trastorno o problema que lo esté impulsando a beber.

Una de las líneas de acción que se debe priorizar en situaciones de desastres es la prevención primaria. Las intervenciones de promoción de la salud y prevención específica pueden ser muy valiosas y evitar la aparición o reducir el impacto del problema del alcoholismo. Entre ellas, se consideran las siguientes.

- Satisfacción de necesidades básicas de la población afectada, en especial, alimentación, agua, seguridad y alojamiento.

- No separar las familias ni las comunidades.
- Facilitar las prácticas religiosas y culturales.
- Protección de los derechos humanos.
- Primera ayuda psicológica a quienes la requieren.
- Crear conciencia en la población sobre el problema del alcoholismo y sus efectos dañinos.
- Restablecer las actividades educativas y recreativas (propias de la comunidad).
- Entrenar el personal de ayuda humanitaria y de salud en la identificación precoz de los factores de riesgo.
- Medidas para el control de la oferta (expendios de alcohol), de común acuerdo con la comunidad. Debe observarse si alguna medida de este tipo no deriva en la fabricación y distribución clandestina de alcohol.

Entre las intervenciones dirigidas a la atención del daño, se consideran las siguientes:

- Entrenar al personal de salud para la identificación temprana y el manejo inicial de "casos".
- Vincular las intervenciones dirigidas hacia las conductas violentas con las acciones sobre el alcoholismo.
- Favorecer los grupos de ayuda mutua.
- Poner a disposición de las poblaciones afectadas por el desastre los servicios dedicados a la atención de pacientes con alcoholismo. Restablecer los programas (gubernamentales o no gubernamentales) que existían antes de la emergencia.
- En caso de que no existan programas o servicios especializados en el tema de las adicciones, los servicios de salud mental desarrollados en la emergencia deben responder a las necesidades existentes.
- Establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- En la medida que la situación se estabiliza, fortalecer y ampliar la capacidad resolutiva de los servicios de salud en el tema del alcoholismo y otras adicciones.

Conductas violentas (7). La violencia es una forma de respuesta humana frecuente ante situaciones de frustración (como las que generan los desastres), que puede volverse habitual e invadir el ámbito familiar, convirtiéndose en un pro-

blema social que influye negativamente en la familia y, muy especialmente, en los más vulnerables, como los niños, las mujeres, los ancianos y los discapacitados.

La violencia causa sufrimiento o daño en lo físico, lo psicológico y lo social. El impacto de la violencia incluye repercusiones inmediatas, a corto, a mediano y a largo plazo, como las que se mencionan a continuación.

Las personas maltratadas experimentan sufrimiento, aflicción, tristeza, ansiedad, rabia y fatiga crónica. Las condiciones repetidas de violencia inesperada e injustificada, generan frustración, temor y ansiedad permanentes y, a la larga, sentimientos de desamparo y desesperanza, y pueden organizarse como trastornos psiquiátricos. Además, el sufrimiento puede expresarse con síntomas o enfermedades psicosomáticas; también puede estar relacionado con el alcoholismo.

Las consecuencias psicológicas de la violencia afectan tanto a los directamente maltratados como a quienes presencian los actos violentos. Cuando los niños se ven sometidos a presenciar repetidamente actos de violencia, tienen mayor probabilidad de aceptar la violencia como "parte normal de la convivencia".

Es común que la violencia se oculte; por ello, es importante estar atentos a los indicios que hacen sospechar maltrato intrafamiliar. Entre ellos, se consideran los siguientes:

- La víctima ha consultado en varias ocasiones alegando accidentes, pero presenta daños físicos que no concuerdan con la supuesta causa accidental relatada.
- La víctima se niega a hablar o muestra reservas o vergüenza al contar lo que ha ocurrido o existe una demora inexplicable en buscar la ayuda médica.
- La víctima es acompañada de algún miembro de la familia u amigo que insiste en estar cerca de ella, de tal manera que impide hablar en privado con ella.
- La víctima manifiesta deseos de no regresar a la casa o temor por la seguridad de otros miembros de la familia.

En situaciones de desastres, las formas más frecuentes de violencia son: violencia basada en género, maltrato a menores, desorden social por grupos más o menos organizados y alteración del orden en los albergues (incluyendo riñas y violencia intrafamiliar).

Pautas generales de actuación

- Actividades de promoción de la salud y prevención específica (como las detalladas en el consumo excesivo de alcohol).
- Entrenamiento de los trabajadores humanitarios y de la salud para que sean capaces de identificar precozmente y manejar las víctimas de la violencia.
- Promover socialmente (por la propia comunidad) la identificación de las familias o individuos con conductas agresivas o violentas para planificar la forma de ayudarlos oportunamente.
- Proteger especialmente a los más vulnerables (por ejemplo, niños, mujeres y ancianos).
- Apoyar la existencia de dispositivos legales y de seguridad, así como orientar a la comunidad sobre su utilización.
- Trabajar en conjunto con los maestros para la identificación y el manejo de las situaciones de violencia que afectan a los niños.
- Prestar especial atención a los albergues y refugios.
- Favorecer los mecanismos de negociación e intermediación para la resolución de conflictos, en especial, los derivados de la situación de la emergencia (como demandas por la no solución de necesidades básicas).
- Evaluar y planear con la propia comunidad y sus líderes la problemática, los recursos disponibles y las posibles maneras de enfrentarlo.
- Las instituciones del sector salud deben establecer relaciones de trabajo con instituciones como comisarías de familia, institutos de protección familiar, etc.
- Los servicios de salud mental deben prepararse para dar respuesta a la problemática de la violencia en situaciones de emergencia.

Remision de casos a servicios especializados

- Ante graves traumas emocionales puede haber alteraciones transitorias en la conciencia (capacidad de darse cuenta y entender quién es uno mismo y quiénes lo rodean, y de saber dónde y cuándo está). El caso puede remitirse si el trastorno persiste o aparece días después del evento traumático; si el cuadro es muy agudo y variable en el curso de

horas, y se alternan períodos de lucidez con períodos en los que se nota "muy perdido", es probable que tenga un trasfondo orgánico. Si existe sospecha de una lesión orgánica cerebral, debe enviarse a un servicio de urgencia hospitalario.

- Personas que presentan complicaciones graves de intoxicación aguda o crónica por alcohol o drogas o quienes muestran síndrome de abstinencia. Necesitan manejo especializado quienes ponen en grave riesgo su propia salud y la de quienes los rodean.
- Casos en los que se sospecha una posible psicosis ("locura").
- Personas que presentan graves alteraciones en el afecto: tienen riesgo de suicidio, expresan deseos de matar a otras personas, se muestran muy aislados, se muestran con reacciones excesivas y anormales, o agitación y agresividad graves.
- Cualquier trastorno psíquico que persiste a lo largo del tiempo (a pesar de la ayuda psicosocial recibida), sufrimiento intenso y dificultades persistentes para la readaptación familiar y social; así como riesgo de complicaciones (como el suicidio).

Recomendaciones finales

- Los gobiernos y la sociedad civil deben colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los desastres y desarrollar recursos para una intervención psicosocial pertinente.
- Atención psicosocial significa, en primer término, garantizar la atención humanitaria y la satisfacción de las necesidades básicas de los afectados.
- Evitar que la ayuda para el sufrimiento sea brindada por psicólogos o por médicos exclusivamente.
- Lograr que lo psicosocial se convierta en un eje transversal que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia.
- Garantizar el acompañamiento de las víctimas, especialmente de los más vulnerables y de los más afectados.
- La atención psicológica individual es necesaria para la asistencia de determinados casos, pero siempre debe estar enmarcada y vinculada a la ayuda humanitaria y al trabajo de grupos como herramienta fundamental en éstos.

- Fortalecer los procesos de coordinación multisectorial e interinstitucional.
- Impulsar la formación y capacitación del personal de salud y ayuda humanitaria en el campo de la salud mental.
- Encarar los desafíos éticos que implica una atención sin discriminaciones y evitar la revictimización.
- Promover la difusión de información y el intercambio de las experiencias y lecciones aprendidas.

Referencias

1. Gómez C et al. *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2002.
2. Lima B, Lozano J, Luna J, Pai S, Santacruz H. *Manual para la atención primaria en salud mental para víctimas de desastres*. Bogotá, Colombia:1986.
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS; 2001. Serie de manuales sobre desastres.
4. Cohen R. *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores humanitarios*. Bogotá: El Manual Moderno; 2000.
5. Organización Mundial de la Salud, *La salud mental de los refugiados*. Ginebra: OMS; 1997.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Capacitación en salud mental: los trastornos psiquiátricos, su identificación y manejo*. Módulo de profundización para médicos y enfermeras. Bogotá: OPS; 2003.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto en Colombia*. Documento de trabajo, Bogotá: OPS; 2001.

Lecturas recomendadas

CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.

Ehrenreich J. *Enfrentando el desastre, una guía para la intervención psicosocial*. Disponible en: jehrenreich@hotmail.com, 1999.

Ministerio de Salud Pública de Guatemala. *Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención: trastornos psíquicos, alcoholismo, violencia intrafamiliar*. Ciudad de Guatemala: Ministerio de Salud Pública de Guatemala.

Organización Mundial de la Salud. *Programa SUPRE: prevención del suicidio. Módulos: un instrumento para médicos generales y un instrumento para trabajadores de atención primaria*. Ginebra: OMS; 2001.

Organización Panamericana de la Salud. *Manejo de cadáveres en situaciones de desastre*. Washington, D.C.: OPS; 2004. Serie manuales y guías sobre desastres.

Rodríguez J, Hernández A. *Psicoterapia: una relación de ayuda. Ciudad de Guatemala*: Empretec; 1999.

Shalev AY. *Estrés traumatico y sus consecuencias. Manual para el personal de asistencia profesional*. Washington, D.C.: OPS; 2000.

CAPÍTULO IV
El manejo de grupos en situaciones de desastre

Jorge Rodríguez, Guillermo Barrientos y Paula Lomba

En los últimos años se ha desarrollado un número creciente de modalidades de intervención en salud para atender las consecuencias de los desastres, entre las que se distinguen los procedimientos grupales orientados a la recuperación psicológica y social de la población (1).

Hay tres razones fundamentales para trabajar con grupos en situaciones de desastre:

1. La cantidad de personas afectadas y necesitadas de ayuda psicosocial, como consecuencia de los desastres, hace imposible la atención individual.
2. La mayoría de ellas no necesita una atención individual y profesional.
3. Las técnicas de intervención grupal han demostrado ser útiles para la mitigación de los efectos psicológicos de los desastres y para la preparación de las personas en su recuperación.

En razón de lo anterior, resulta evidente que los trabajadores de la salud, los miembros de los equipos de respuesta y muchos de los que intervienen en la

mitigación de los efectos de los desastres deben tener conocimientos mínimos de trabajo con grupos, como herramienta necesaria para ejercer adecuadamente su labor y liderazgo.

También, es necesario enfatizar que debe existir un equilibrio adecuado entre las intervenciones de tipo individual y las de carácter grupal.

Al igual que en otros tipos de intervenciones, en lo grupal se debe tomar en cuenta (1, 2):

- el tipo de desastre y sus características,
- el escenario comunitario y el contexto cultural,
- el modo de expresión de las emociones y los conflictos,
- la prioridad de los problemas, y
- el modo tradicional de afrontar los eventos traumáticos.

Desde el punto de vista de la salud mental, los objetivos del trabajo con grupos son amplios y diversos, pero es posible resumirlos en:

- informar y orientar verazmente;
- mejorar y estabilizar las condiciones psíquicas de los integrantes del grupo;
- aumentar las capacidades de las personas para afrontar y resolver las más variadas situaciones en la etapa posterior al desastre, y
- favorecer el retorno a la normalidad.

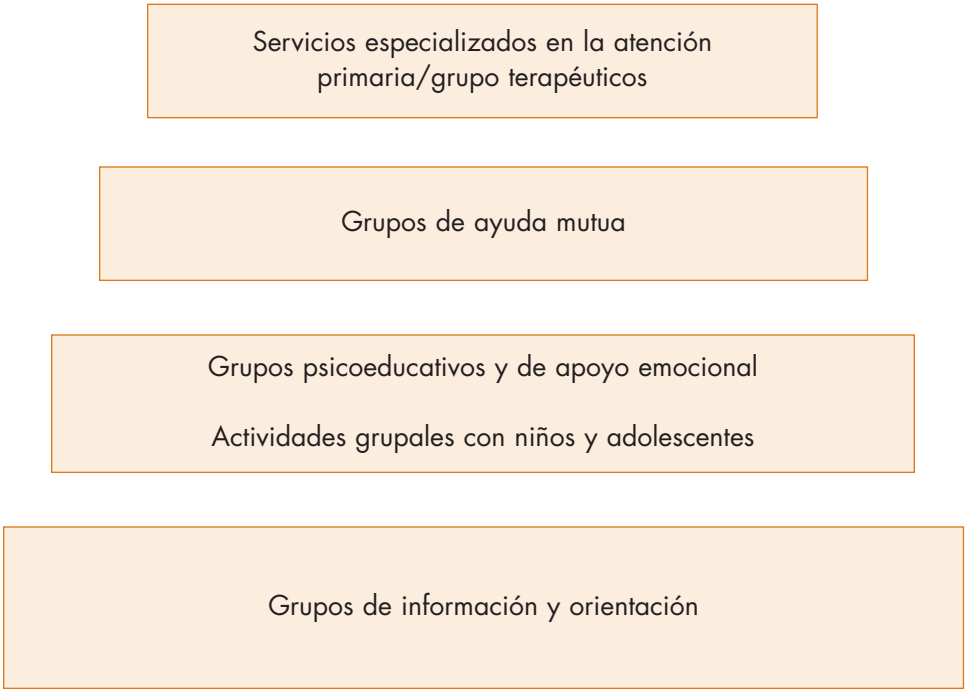
De acuerdo con sus propósitos, los grupos se pueden clasificar en: informativos y de orientación, psicoeducativos y de apoyo emocional, autoayuda y ayuda mutua, y terapéuticos.

La representación en una pirámide de los diferentes tipos de grupo puede quedar conformada así:

1. Una base ancha: grandes grupos de personas, con quienes se establece un primer contacto y a quienes se les brinda información y orientación.
2. Un segundo nivel, más estrecho, los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional, dirigidos a colectivos más específicos y homogéneos, que requieren algún soporte psicológico.
3. Los grupos de ayuda mutua, integrados en algunos casos por personas que han estado formando parte inicialmente de los grupos anteriores y

que tienen condiciones mínimas de motivación para agruparse con sentido de autonomía.

4. Por último, en la cúspide de la pirámide, los grupos terapéuticos dirigidos a personas portadoras de trastornos psíquicos. Se ofrecen por servicios de atención especializada.



En muchos casos puede existir una continuidad entre los grupos de información, los psicoeducativos, los de ayuda mutua y los terapéuticos, los cuales difieren en sus objetivos específicos y más inmediatos, pero coinciden en sus propósitos más generales. No siempre es posible establecer límites estrictos entre los diferentes tipos de intervención grupal ya que una modalidad siempre está conectada, en alguna medida, con otra (3, 4).

En este capítulo se trabaja sobre los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional y los de ayuda mutua. Los grupos de información se abordan en el capítulo de comunicación y los terapéuticos se corresponden con procedimientos técnicos más complejos y deben ser manejados por especialistas de salud mental, lo cual no es el propósito de este libro.

Características diferenciales entre los grupos informativos, los de apoyo emocional y los terapéuticos

Grupos informativos	Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional	Grupos terapéuticos
Público objetivo/composición Casi siempre heterogéneos: población afectada.	Se recomienda cierto criterio de homogeneidad.	Se integran por selección previa: personas con patología psíquica diagnosticada.
Facilitador Es un informador, casi siempre una autoridad, líder o un comunicador social.	Debe ser un personal con entrenamiento mínimo: generalmente un trabajador de salud o de ayuda humanitaria.	Es un profesional de salud mental que actúa como terapeuta.
Intercambio Es limitado y, esencialmente, uni-direccional: informador-población; menos participativo y más directivo.	Es más profundo y bidireccional: facilitador-grupo-facilitador; más participativo y menos directivo.	Se rige por procedimientos técnicos especializados, bajo el principio general de la no dirección.
Objetivo clave Es informar y orientar. Se ofrece la información disponible en ese momento, la cual tiene un carácter de orientación básica para la comunidad.	Ofrecer apoyo emocional para controlar los efectos psicológicos del suceso. La información es un objetivo complementario; es más específica y dirigida a los intereses del grupo.	Lograr una mejoría clínica sustancial. La información no es un elemento central de la terapia de grupo.
Efectos esperados Desvirtuar la información distorsionada o confusa. Mejorar la orientación de la población. Ofrecer información veraz y confiable, que tiene como efecto el alivio de la aflicción, la ansiedad y el estrés.	Superar los problemas psicológicos de los individuos y facilitar su reintegración a las actividades cotidianas. Desarrollar modalidades de afrontamiento para la situación particular en que viven.	Curar, mejorar o estabilizar las manifestaciones psicopatológicas.
Tiempos Sesión única; su continuidad está determinada por las necesidades de información; el escenario y el informador pueden cambiar.	Tienen continuidad; es recomendable realizar varias sesiones para alcanzar los objetivos, pero limitadas dentro del período poscrítico inmediato.	La terapia es un proceso de mediano o largo plazo, cuyos tiempos se rigen por criterios técnicos.

Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional

Apoyo emocional significa ayuda para disminuir o controlar la aflicción, el miedo, la tristeza y otras manifestaciones que conforman la respuesta emocional normal ante las situaciones de gran impacto. *Educación* es la transmisión de conocimientos básicos sobre el desastre y sus efectos psicosociales; es lograr que el trabajo de grupo se convierta, en alguna medida, en un proceso de aprendizaje para los afectados.

Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional se integran con personas que necesitan ayuda psicosocial, comparten problemas o intereses similares derivados de la situación creada por el evento traumático y, eventualmente, pueden coincidir en cuanto a atributos comunes (por ejemplo, grupos de adolescentes).

El trabajo con este tipo de grupo se desarrolla, fundamentalmente, en el período poscrítico inmediato (hasta tres meses). Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional juegan un importante papel en los primeros días y semanas después del desastre, cuando existen altos niveles de afectación psicológica; en la medida en que las personas se reintegran a la rutina diaria y la vida retorna a la normalidad, los mismos van perdiendo protagonismo y son sustituidos por los grupos de ayuda mutua y grupos terapéuticos.

Un elemento fundamental es que se trata de grupos que pueden y deben ser facilitados por personal no especializado, por ejemplo, trabajadores de atención primaria y personal de ayuda humanitaria. Un entrenamiento corto y bien diseñado puede ser suficiente para preparar facilitadores que conduzcan estos grupos; lo idóneo es preparar este personal antes del desastre, de manera que puedan recibir actualizaciones periódicas y prácticas en servicios que les permitan mejorar sus habilidades.

Los grupos de apoyo emocional no deben ser de sesión única, sino que es recomendable que se trabaje durante varias sesiones, relacionadas entre sí, con un papel central y de conducción por parte del facilitador. En algunos casos, el facilitador, progresivamente, puede ser sustituido por participantes del grupo con características de liderazgo, entre los que pueden encontrarse, clérigos, líderes no formales, voluntarios y otros que forman parte de la comunidad afectada o estén ligados a ella por factores culturales; en este proceso el grupo puede evolucionar hacía un grupo de autoayuda y ayuda mutua.

Los objetivos son los siguientes:

1. Evaluar las necesidades psicosociales del grupo.
2. Ofrecer información sobre el desastre y los efectos psicosociales más comúnmente observados.
3. Contribuir a reducir o controlar la aflicción, el sufrimiento, la tristeza y la ansiedad que aparecen como consecuencia del suceso traumático, fortaleciendo las capacidades y destrezas para el afrontamiento de los problemas.
4. Impulsar la integración a las actividades cotidianas en el seno de la familia y su comunidad.
5. Identificar a aquéllos que necesitan intervención especializada y remitirlos a los servicios correspondientes.

Estos objetivos pueden ser modificados en el transcurso del trabajo de grupo, según se alcancen algunos y surjan otros nuevos. Como se señaló anteriormente, los objetivos pueden acercarse frecuentemente a propósitos terapéuticos; existe una línea divisoria que no siempre está completamente definida, por cuanto el apoyo emocional es indudablemente una acción, en alguna medida, de tipo terapéutica.

Integración del grupo, escenarios y factores socioculturales. Se recomienda que los grupos educativos y de apoyo emocional se integren, preferentemente, con los miembros más vulnerables de la comunidad, pero que, también, sean más moldeables y receptivos a la intervención en crisis; pueden ser niños, adolescentes, ancianos, discapacitados y otros. En ellos es más factible la aceptación del apoyo emocional, la atemperación de las respuestas y el desarrollo de nuevos patrones de conducta y manejo de las emociones. No obstante, este tipo de procedimiento también puede ser útil en otros grupos de personas afectadas por el desastre.

Los escenarios pueden ser diversos: escuelas, locales comunitarios, albergues y sedes institucionales. En definitiva, son espacios disponibles, accesibles y con condiciones mínimas de privacidad y confort para efectuar las actividades de grupo. Hay que tener en cuenta que otras reuniones comunitarias pueden usar los mismos locales, por lo que es necesario coordinar para evitar interferencias.

Las técnicas empleadas han de ser lo suficientemente flexibles para incorporar los patrones culturales prevalecientes en la comunidad o en el grupo en particular. En cada contexto comunitario existen patrones históricos de afrontamiento a los eventos traumáticos y muchos de ellos han resultado exitosos en situaciones de

desastres. El empleo de personajes propios de la cultura, animales simbólicos y antecedentes de solución de problemas similares son ejemplos de cómo los factores culturales pueden facilitar la recuperación. En otras ocasiones, los elementos mágicos religiosos y las creencias sobre las causas y consecuencias del desastre pueden actuar como factores negativos e interferir con la recuperación del grupo; en estos casos, es necesario manejar la situación creada con prudencia, negociando y buscando aliados entre los miembros de la comunidad y sus líderes para demostrar la certeza de las apreciaciones del facilitador.

Estructura. Dos tipos de estructura pueden considerarse como opciones (4, 5):

1. *Estructura abierta y continua:* significa que los miembros del grupo asisten o dejan de asistir según sus necesidades. El grupo se reúne cada cierto tiempo a lo largo del periodo previsto. Se convierte en un recurso con el que cuentan las personas en la comunidad.
   - Ventajas. La naturaleza del grupo lo hace accesible y disponible para los miembros de la comunidad, en caso de necesidad. Los participantes no necesitan tener un compromiso continuo, lo que puede ser abrumador en las etapas tempranas del desastre.
   - Desventajas. Puede ser complicado mantener la motivación de grupos abiertos. El número de miembros fluctúa mucho. "Comercializar" o pasar la voz acerca del grupo es una función continua y que se puede convertir en difícil.
2. *Estructura cerrada:* significa que el grupo se constituye entre la primera y la segunda reunión con las personas que hayan asistido; después, no se aceptan nuevos integrantes. Generalmente, se establece un tiempo específico, por ejemplo 8 a 10 sesiones; también, se establecen un programa específico y reglas claras de trabajo. La misma gente asistirá cada sesión.
   - Ventajas. El límite de tiempo acordado define claramente el inicio y el final del proceso. Los participantes llegan a conocerse y a confiar entre sí; esto ayuda a establecer fuertes relaciones interpersonales que pueden sobrepasar los límites del grupo. Se pueden trabajar más a profundidad la problemática personal y la de la comunidad.
   - Desventajas. La estructura limita la remisión y el ingreso de nuevas personas al grupo. En comunidades pequeñas y en las difíciles

condiciones de un desastre, puede ser difícil reclutar miembros que estén comprometidos a completar un programa. Se requiere de un facilitador más experimentado y con fuerte reconocimiento de la población.

Uno de los riesgos en ambos tipos de grupos es que algunas personas pueden quedar atascadas dentro del grupo, en vez de tratar de remediar sus propios problemas y progresar en su recuperación.

Aspectos metodológicos. Los grupos de apoyo emocional pueden beneficiarse de diversas técnicas que dependen de los conocimientos y las destrezas del facilitador, por ejemplo, relajación, uso de la música, etc. El criterio de inclusión es amplio; se pueden sumar procedimientos y recursos didácticos o terapéuticos en un marco ordenado y sistemático en el que se conserven los objetivos primarios del grupo y las líneas generales de trabajo. Sin embargo, un principio es que no se puede permitir que alguien monopolice el trabajo del grupo, centrándolo en una sola técnica o procedimiento específico.

Desde el punto de vista metodológico, los elementos esenciales son los siguientes:

- Definir la estructura y las reglas de las reuniones del grupo.
- Asegurar la continuidad del trabajo por un tiempo limitado (que se establece con antelación).
- Propiciar un clima de seguridad y confianza.
- Fomentar la participación de los miembros del grupo.
- El conductor del grupo actúa como un facilitador que cataliza el proceso en un marco general de no dirección.

Número de integrantes del grupo. Se recomienda que no sea menor de 8 personas para facilitar un intercambio mínimo, ni mayor de 30, pues se hace difícil de manejar y se limita la participación.

Tiempo de las sesiones. Es alrededor de una hora, aunque en la etapa inicial se puede ser flexible. Nunca es recomendable que se extienda más de dos horas.

Frecuencia de las sesiones. Lo más común es semanal, pero puede acortarse el tiempo si así lo deciden los participantes; un plazo mayor puede contribuir a que no se consolide el grupo.

Duración del proceso. Debe enmarcarse en el periodo inmediato al evento traumático y básicamente durante las primeras cuatros semanas. En caso de

facilitadores experimentados y grupos en los que se evidencia la necesidad de continuidad, puede extenderse hasta tres meses.

Líneas de trabajo. Es muy importante que el coordinador-facilitador del colectivo tenga conocimientos básicos sobre salud mental y de manejo de grupos para poder conducir correctamente el proceso. Las líneas de trabajo se agrupan en dos categorías:

1. Educación e información
   - Proporciona información veraz y confiable sobre el desastre, en especial, aborda las situaciones que más interesan al grupo.
   - Desmitifica informaciones erróneas, alarmistas y de contenido mágico, teniendo en cuenta el contexto sociocultural.
   - Informa sobre las posibilidades de repeticiones o réplicas.
   - Transmite recomendaciones y sugerencias para el enfrentamiento de la situación actual.
   - Considera las perspectivas del traslado a los albergues y la vida en ellos.
   - Trata de lograr una mejor comprensión de las acciones tomadas por las autoridades desde la fase de impacto hasta el momento actual, siendo realista y sin convertirse en un vocero oficial. Se puede transmitir a las autoridades las críticas o señalamientos realizados.
   - Discute o analiza el papel que puede jugar cada uno de los miembros del grupo en las etapas de recuperación. Estimula la participación y la solidaridad.
   - Transmite información sobre los principales problemas psicosociales que se producen en casos de desastres, con especial énfasis en las reacciones psicológicas normales ante la catástrofe, las manifestaciones de duelo y las señales de complicaciones o de posibles enfermedades psíquicas. Debe abordarse con especificidad la problemática de los grupos vulnerables, en especial, los menores y adultos mayores. Hay que explicar que, también, es frecuente el aumento de síntomas físicos, de la más variada gama, que son expresión de las tensiones.
2. Apoyo emocional (1, 6, 7)
   - Estimula la comunicación directa y abierta entre el facilitador y el grupo.

- Favorece la integración y cohesión del grupo.
- Posibilita el intercambio de experiencias entre los integrantes del grupo, estimulando la reflexión colectiva sobre las preocupaciones existentes.
- Facilita la expresión de emociones y sentimientos de los participantes: miedos, culpabilidad, soledad, sensación de abandono, duelos por pérdidas, etc.
- Identifica y aborda las "pérdidas" como causales directas del duelo o la aflicción. En los desastres ocurren numerosas pérdidas, que no sólo son humanas sino también materiales. También aparecen problemas sociales como disfunción familiar, ruptura de redes de apoyo, imposibilidad de realizar actividades habituales, interrupción de las clases y otras. La importancia o la prioridad con las que se traten estos temas dependen de las necesidades que exprese el grupo en las sesiones iniciales.
- Aborda las preocupaciones por el retorno a la rutina diaria de la vida: la escuela, el trabajo y la vida en el albergue. Fomenta el reordenamiento de la dinámica de la vida cotidiana, con el consecuente reacomodo necesario ante las nuevas circunstancias.

El propósito es que se genere una dinámica en la cual los miembros del grupo intercambien apoyo, orientación, experiencias en los modos de afrontamiento a situaciones extremas y sobre la recuperación de su comunidad, favoreciendo aspectos tales como:

- la autorresponsabilidad de sus integrantes;
- la recuperación de la autoestima;
- los sentimientos de solidaridad;
- un clima de confianza, cordialidad y seguridad;
- el apoyo y la participación en las redes sociales existentes, y
- el establecimiento de relaciones con otros grupos y organizaciones, gubernamentales o no gubernamentales.

Formato para reuniones. Existen dos formatos básicos:

Estructurado o formal. Existe un programa mínimo y un procedimiento establecido que se respetan en cada reunión. Un formato estructurado no necesita ser totalmente restrictivo, sino que puede incluir algunos elementos de flexibilidad.

Tiene como ventaja que ofrece a los miembros más seguridad, ya que saben qué esperar a lo largo de la sesión.

Un esquema sugerido podría ser el siguiente.

- Bienvenida.
- Presentación de los participantes: debe utilizarse al inicio de la jornada para conocerse mutuamente y facilitar la integración. Si son grupos abiertos, se suelen presentar los nuevos asistentes de cada sesión.
- Exposición sobre los objetivos y reglas de funcionamiento del grupo (en la primera y la segunda sesiones).
- Dinámica de animación: se puede desarrollar al inicio de las sesiones para crear un ambiente interactivo, fraterno y de confianza; también, después de momentos intensos y de cansancio para la integración y el descanso. Sin embargo, no debe abusarse de las dinámicas de animación que pueden afectar la seriedad del trabajo.
- Un resumen sobre lo acontecido en el grupo hasta el momento (en las sesiones previas).
- Información sobre el desastre o educativa sobre un tema solicitado por el grupo, que puede ser impartida por un invitado.
- Intercambio de experiencias y reflexión sobre los problemas (individuales o colectivos): implica la organización y la planificación de tareas en el colectivo, así como la definición de metas por cumplir por el grupo o algunos de sus miembros, previo acuerdo consensuado. La evaluación del cumplimiento debe ser flexible, evitando la exigencia extrema (que puede producir tensión) o la superficialidad (que denota lo inútil de los acuerdos). Este recurso puede convertirse en un instrumento importante de aprendizaje y progreso del grupo, y debe vincularse con la situación concreta que están viviendo como consecuencia del desastre. El ejercicio debe ser democrático y permitir una amplia participación.
- Análisis o síntesis: implica recopilar las ideas fundamentales, ordenarlas y sintetizarlas. Se promueve la discusión y se busca establecer relaciones causa-efecto.Siempre debe hacerse un ejercicio de síntesis (resumen o recapitulación) al final de la sesión.
- Planeación de la próxima reunión.

- Después de finalizar la sesión, es recomendable que haya un espacio de conversación informal y socialización.

No estructurado o informal. No tiene una agenda establecida; el grupo discute cualquier tema que surja de las necesidades de los participantes. Es más común usar este formato en grupos abiertos. Aun en este tipo de formato, el facilitador debe llevar control de algunos aspectos mínimos de orden y sistematización de la reunión para evitar que se convierta en un proceso caótico.

Roles y responsabilidades. Se necesita realizar tareas antes, durante y después de las reuniones. Es necesario que los miembros del grupo compartan obligaciones y responsabilidades de forma organizada y espontánea; esto fortalece el sentido de identidad y pertenencia al grupo.

El facilitador, por supuesto, tiene una responsabilidad central en la conducción del grupo. Es el responsable de iniciar y facilitar la reunión, de acuerdo con el programa establecido. Como parte de sus funciones, organiza la discusión del tema, concede la palabra, señala si exceden el tiempo en sus intervenciones, evita el desorden o las interrupciones frecuentes; trata, finalmente, de ordenar y clarificar las discusiones.

Sin embargo, existen otras tareas que pueden distribuirse entre los miembros, por ejemplo:

- recoger la llave y abrir la puerta para la reunión;
- alistar el salón para la reunión o dejarlo en el mismo estado que estaba antes;
- involucrarse en proporcionar información al grupo;
- organizar encuentros sociales, culturales o deportivos, y
- controlar el cumplimiento de los acuerdos.

Etapas en el desarrollo del trabajo de grupo (4)

Primera etapa. La etapa inicial puede durar una o más sesiones. En esta etapa, con una buena motivación e información previa, se comienzan a expresar los principales problemas psicológicos, como ansiedad, temor, tristeza, culpas. También, se plantean los problemas más urgentes por resolver, como alojamiento, alimentación, seguridad, ayuda de las autoridades, preocupaciones en los albergues, retorno a clases, el trabajo y los relacionados con las posibilidades de repetición del desastre en el corto plazo.

Frente a un planteamiento individual, se debe explorar si el mismo también preocupa a otros miembros del grupo, si el modo de sentirlo es igual o semejante, así como cuáles son las posibles soluciones. Se trata de un ejercicio de ventilación por el colectivo, evitando que la reunión se convierta en un reclamo de situaciones que debe resolver el facilitador. No olvidar que lo fundamental es que los integrantes sean capaces de apoyarse mutuamente y fortalecer sus capacidades de afrontamiento de los problemas que los aquejan.

En esta etapa es importante consolidar la comunicación entre los miembros del colectivo; todos se enriquecen con las experiencias de los demás. Esto crea una dinámica ágil en las reuniones y se logran la motivación y la cohesión del grupo.

Segunda etapa. Después de las sesiones iniciales, se consolida la dinámica del grupo que se hace capaz de escuchar, reflexionar y atender los más variados problemas que se presentan, con una significativa participación de todos sus integrantes. El facilitador debe propiciar progresivamente que el grupo gane una mayor autonomía y favorecer que sus miembros vayan asumiendo un papel más protagónico.

Es posible que el facilitador vaya teniendo un papel menos activo y estimulando la participación de otros. Las cuestiones por tratar se refieren cada vez menos a las situaciones críticas o de urgente solución de la etapa anterior y se incorporan nuevos temas surgidos de la cambiante situación de la fase de recuperación.

Por ejemplo, el traslado de los damnificados a un albergue (aunque sea provisional) plantea nuevos problemas, como el tiempo real de permanencia, el espacio vital disponible (necesidad de compartir lugares como la cocina y el baño), el mantenimiento de la unidad familiar, la ocupación de los albergados, el aumento del consumo de alcohol, etc.

Los problemas psicológicos iniciales y las señales de sufrimiento pueden diminuir en la medida que transcurren las primeras semanas y las personas tienen un proceso de recuperación natural; también, el grupo y otras acciones desplegadas pueden haber contribuido a mejorar la estabilidad emocional de las personas. Sin embargo, en este segundo momento, pueden surgir otras quejas derivadas de las nuevas condiciones de vida. Por otro lado, las reacciones que en un primer momento se interpretaron como comprensibles o normales, pueden pasar a ser consideradas como patológicas en la medida que se prolongan en el tiempo o por su agravamiento. Es posible que el facilitador requiera remitir algunos casos a otras instancias o servicios especializados.

En esta etapa, cuando el grupo es abierto, puede haber crecido tanto que se haga inoperante; en ese caso, se puede multiplicar el grupo, o sea, originar dos o más grupos a partir del inicial. Lo contrario es que el grupo se haya disuelto por una baja participación, lo que ocurre, generalmente, cuando el trabajo del facilitador no ha sido bueno o no ha logrado una adecuada motivación.

Tercera etapa. El grupo ha alcanzado un buen nivel de cohesión y maduración; se evidencia más autonomía en el funcionamiento; se formalizan acuerdos y se toman decisiones sobre las cuestiones discutidas. También, se inician otras actividades fuera de las sesiones periódicas y es posible que se establezcan relaciones con otras instancias de la red de apoyo social. El grupo está en capacidad de brindar apoyo personalizado a los integrantes que lo necesiten.

En esta etapa final se pueden tener varias alternativas:

- Aquellas personas con problemas psíquicos más complejos podrán pasar a grupos terapéuticos.
- Partiendo de la decisión del grupo, éste se puede transformar en un grupo de autoayuda y ayuda mutua con plena autonomía y otros alcances. En este caso, la permanencia del facilitador como dirigente del grupo puede crear una situación de dependencia de sus integrantes a sus directrices y, por tanto, se convierte en un freno en el propósito de lograr mayor y mejores modalidades de afrontamiento a las situaciones que demanda la cotidianidad y las condiciones creadas en el periodo de recuperación.

Reglas básicas para el funcionamiento del grupo. El grupo necesita establecer un conjunto de reglas para el buen funcionamiento de las reuniones. El establecimiento de límites permite a los miembros saber qué esperar del grupo y ayuda a proporcionar un lugar seguro para que la gente se reúna. Dentro del grupo, se le solicita a la persona que se exprese abiertamente, con frecuencia frente a personas extrañas, sentimientos y emociones que rara vez otros conocen, inclusive los miembros de la familia. Es necesario leer estas reglas al inicio del trabajo y luego recordarlas periódicamente si fuere necesario.

A continuación, se enumeran las más importantes:

- Los miembros del grupo respetan el principio de la confidencialidad. Los ideas, sentimientos y experiencias compartidas por el grupo permanecerán dentro de él, lo cual significa que los miembros cuentan con la garantía de la privacidad de lo que se discuta.

- Los miembros del grupo no asumen que los pensamientos o sentimientos expresados sean correctos o incorrectos. No se hacen juicios de valor al respecto.
- Los miembros del grupo no juzgan ni critican a otros miembros; mostrarán comprensión y tolerancia.
- Los integrantes del grupo asisten como personas que comparten una situación similar de sufrimiento como consecuencia del evento traumático, por lo que están en la capacidad de comprende mejor a los demás. El grupo no se reúne por simple simpatía entre sus miembros, sino que comparte, además, la necesidad de ayuda psicosocial.
- Los miembros del grupo tienen derecho a compartir ideas y sentimientos, o pueden permanecer callados. Deben intervenir en la reunión cuando lo deseen y, así mismo, pueden retirarse cuando lo decidan.
- Se respeta y acepta lo que los miembros tienen en común y lo que es particular para cada uno.
- Se respeta el derecho de todos los miembros a tener el mismo tiempo para expresarse sin interrupciones.

Selección y capacitación de los facilitadores. Es recomendable que en los planes de preparación se prevea la capacitación de trabajadores que puedan actuar como facilitadores de grupos de apoyo emocional en situaciones de desastres. Su selección debe ser cuidadosa y hecha con tiempo suficiente, lo que asegura que el perfil del personal sea compatible con este tipo de actividad. Generalmente, los seleccionados son profesionales y técnicos de la atención primaria o trabajadores de ayuda humanitaria, con un grado importante de reconocimiento en el seno de su comunidad.

Estos son procedimientos sencillos no especializados, pero que requieren de un entrenamiento mínimo en los principios técnicos correspondientes (4, 8, 9). Según la experiencia, un programa de capacitación con estos objetivos requiere un mínimo de 40 horas, el cual debe constar de información teórica, empleo de técnicas participativas, dramatizaciones, simulación de situaciones similares y algunas actividades de práctica de servicios con grupos formados y bajo supervisión de los entrenadores.

Las características de trabajo de estos grupos, en los que se abordan problemas emocionales y de alto contenido humano, hacen imprescindible comenzar el entrenamiento por el conocimiento de sí mismo que tenga el futuro facilitador, sus

fortalezas y debilidades. ¿Cuál es su real disponibilidad para ofrecer ayuda solidaria a otros en las difíciles condiciones de la emergencia? ¿Está dispuesto a sacrificar su tranquilidad por lograr la de los demás? ¿Sabe cuáles son sus características de personalidad? De los conocimientos y habilidades del facilitador depende, en gran parte, el éxito del trabajo.

Un esquema mínimo de entrenamiento puede comprender los siguientes temas:

- El facilitador del grupo: características de su personalidad, cómo superar las limitantes y alcanzar los mínimos deseables.
- Papel de la comunidad y los agentes comunitarios; los liderazgos.
- Los desastres y sus efectos psicológicos y sociales; respuestas normales ante el desastre; factores protectores y de riesgo.
- Identificación e intervención en los principales problemas psicosociales.
- Identificación de las necesidades de los grupos más vulnerables.
- La dinámica de grupo; técnicas de participación y motivación.
- Solución de conflictos: principios de negociación para mejores resultados.
- La participación del grupo en la solución de los problemas presentados.

El debriefing. El *debriefing* es un procedimiento que facilita la descarga emocional de tipo catártica, y favorece la ventilación, el recuerdo y el análisis del suceso, inmediatamente después de que ocurre. El *debriefing* de sesión única fue de las intervenciones de grupo que gozó de más popularidad y aceptación en las situaciones de desastres. Actualmente, numerosos expertos no recomiendan su empleo; la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud también han fijado una posición crítica en este tema (10).

No hay evidencia disponible para recomendar el *debriefing* psicológico en una sesión, como intervención básica en la población después de una situación de desastre. Parece ser que esta técnica y sus diferentes variables no son efectivas y pueden ser contraproducentes al disminuir la tendencia a la recuperación natural. En los estudios de seguimiento no se ha demostrado que evite o disminuya la morbilidad por trastornos mentales en los individuos tratados de esta manera.

No existen pruebas de que este procedimiento, que fue aparentemente útil en el contexto militar en donde se originó, lo sea en su traslado al medio civil en

situaciones de desastres o gran estrés. No obstante, aún es posible encontrar profesionales y organizaciones que la emplean.

Los grupos de autoayuda y ayuda mutua

Los colectivos de ayuda mutua forman parte de la trilogía de intervenciones grupales. Existen antecedentes de la formación de estos grupos en situaciones en las que se necesita la participación activa de los afectados, lo cual facilita que la atención profesional o institucional cuente con un complemento necesario.

Las experiencias exitosas corresponden a grupos de ayuda mutua dedicados a enfrentar problemas frecuentes que afectan a los miembros de una comunidad. Son más conocidos los dirigidos al enfrentamiento de las adicciones, particularmente el alcohol, como es el caso de alcohólicos anónimos; aunque también los hay dedicados a las enfermedades mentales de larga evolución como la esquizofrenia (11), en los que participan enfermos y familiares, y para sobrevivientes de un suicidio (5).

El concepto de autoayuda y ayuda mutua se vincula a las acciones que emprenden los individuos o familias con el fin de fomentar y restaurar su propia salud, y para evitar o limitar las secuelas de una enfermedad. En ellas se aplica un conjunto de conocimientos, experiencias y destrezas acumulados tanto por los profesionales de la salud como por la población.

Los grupos de ayuda mutua están conformados por individuos que están personalmente afectados por un problema o condición específica. Son dirigidos por sus propios miembros, lo cual significa que son quienes directamente sufren el problema los que controlan las actividades y prioridades de su grupo (4, 5, 12).

Identificación de la necesidad. En los desastres y las emergencias se conforman por un colectivo de personas afectadas por el suceso traumático y que afrontan situaciones comunes, como pérdidas humanas y materiales, desempleo, falta de vivienda y otros. La problemática compartida, así como el deseo de resolverla, es la principal motivación para la formación del grupo.

Formación del grupo

- Puede partir de la iniciativa de las propias personas.
- Puede derivarse de los grupos de apoyo emocional.
- Puede ser convocada por el personal de salud u otros con funciones de ayuda humanitaria.
- Puede ser sugerida por organizaciones comunitarias o de las instancias responsables de la disminución de los efectos del impacto.

La convocatoria puede ser inmediata después del desastre o en la etapa de recuperación. Los primeros integrantes de un grupo de este tipo deben ser personas que tengan sensibilidad para la problemática humana y gocen de prestigio en su comunidad, siempre rigiéndose por el principio de voluntariedad. Éste será el núcleo de enganche y sus integrantes están llamados a jugar un importante papel en el desarrollo del grupo y su extensión.

Se consideran estructuras grupales voluntarias, con un número variable de miembros que tienen como premisa superar la situación derivada del desastre y participar en la recuperación de la comunidad a la que pertenecen. Tienen autonomía en su funcionamiento, aunque en sus momentos iniciales pueden contar con la asesoría y la facilitación de algún personal o profesional con conocimientos sobre el tema.

Los grupos de ayuda mutua pueden:

- proporcionar preparación de la comunidad para el afrontamiento de futuros desastres;
- participar en las acciones para la superación de las consecuencias del desastre, tanto individuales como colectivas;
- establecer relaciones de colaboración y ayuda entre sus miembros;
- realizar abogamiento y defensa de sus derechos;
- realizar gestiones y establecer relaciones de trabajo con entidades gubernamentales y no gubernamentales;
- contribuir a proteger la salud mental;
- apoyar la restitución de la vida cotidiana y normal de la comunidad;

Su funcionamiento puede extenderse en el tiempo y llegar a constituir uno de los elementos básicos de las nuevas redes de apoyo social que surgen después de los desastres, en conjunto con las organizaciones no gubernamentales y los entes de la sociedad civil.

En ocasiones, en la misma comunidad afectada, existen ya grupos formados que se activan inmediatamente después del desastre y pueden actuar como catalizadores para ayudar a otros colectivos. Los grupos tradicionales de la comunidad tienen la ventaja de su integración previa y mayor cohesión interna, pero muchas veces éstos colapsan por el desastre (13).

Esquema operativo (4, 5)

Metas. El grupo necesita establecer sus metas usando un planteamiento que describa el propósito general o la visión del grupo.

Objetivos. Son un conjunto de enunciados claros que definen las áreas sobre las cuales el grupo desea centrarse.

- Lograr que la solución de los problemas derivados del desastre y la rehabilitación de la comunidad se alcancen en parte por la participación de los miembros del grupo, en contacto con las autoridades y por acciones entre iguales.
- Incrementar la autoestima y la responsabilidad de sus miembros en la solución de los problemas planteados por el grupo.

Como objetivos colaterales deseables, desde el punto de vista de la salud mental, están los siguientes:

- Lograr la más pronta recuperación psicológica de las personas afectadas y evitar que las respuestas emocionales normales ante el desastre se conviertan en patológicas.
- Identificar a los individuos que necesitan una ayuda especializada o individual.

Estructura. En los primeros momentos, el grupo de ayuda mutua puede ser facilitado o dirigido por un líder formal o un facilitador entrenado para ello, pero también puede ser iniciado por un maestro, líder no formal de la comunidad u otra persona motivada e interesada. Los integrantes del grupo inicial, una vez estructurado en sus primeras etapas, deben motivar a otras personas para que se integren al mismo. Cuando sus actividades se hacen sostenibles, se pasa a elegir, libremente, una directiva del grupo, que se encarga de su conducción, citación para las reuniones, periodicidad, propuesta de formas de organización, posibles finanzas, acciones concretas por seguir dentro del grupo y su extensión al medio social, y otras cuestiones que garantizan la sostenibilidad en el tiempo del trabajo (meses o años).

Preguntas frecuentes que formulan quienes desean formar un grupo de ayuda mutua

¿Dónde y cómo comienzo?	Averigüe si hay alguna organización trabajando en su comunidad como consecuencia del desastre, que lo pueda ayudar o asesorar. Puede recurrir a los servicios de salud, organizaciones no gubernamentales u organizaciones comunitarias. Empiece por identificar a las personas que usted cree puedan formar parte del grupo, convóquelas y tenga un primer contacto con ellas.
¿Qué pasa si no hay interés en la comunidad?	Debe aliarse con un pequeño grupo de personas con interés y cierta capacidad de movilización; ellos lo pueden ayudar mucho.
¿Cómo consigo que vengan a la primera reunión?	Haga publicidad a su primera reunión, divúlguela. Además, cite personalmente o por diferentes vías, a un grupo mínimo de personas que usted esté casi seguro que asistirán.
¿Cómo empiezo esa primera reunión?	Reciba cordialmente a los asistentes y asegúrese de que se inscriban en una hoja de papel, poniendo sus datos. Procure que alguien lo ayude.
¿De qué hablamos en esa primera actividad?	Que las personas se presenten. Explique por qué quiere formar este grupo y qué objetivos persigue. Facilite que todos hablen, sin forzarlos, y estimule que todos aporten opiniones. Vaya haciendo acuerdos que le faciliten el enganche con las próximas reuniones.
¿Qué temas se tratarán en el grupo a lo largo del proceso?	Pueden ser variados: • Debate sobre problemas planteados en el grupo. • Planes de acción, concretos, para resolver problemas del grupo o la comunidad. • Charlas informativas o educativas que se consideren necesarias. Se invita a conferencistas.
¿Quién debe dirigir el grupo?	En la fase inicial puede pedir la ayuda de alguna organización o profesional con experiencia en el tema. Posteriormente, el grupo elige su directiva.

A continuación se anotan algunos asuntos específicos que debe resolver el grupo:

- Elegir un nombre y su posible personería jurídica o representatividad pública.
- Definir bien su propósito y metas.
- Afiliar a sus miembros y proponer criterios de admisión.
- Evaluar finanzas y gastos.
- Promover la participación externa, en especial, de profesionales.
- Establecer comunicaciones.
- Formular aspectos prácticos de funcionamiento.
- El papel de los servicios y los profesionales de salud mental en los diferentes tipos de grupos

Informativos. Deben desarrollar, junto con los comunicadores sociales, actividades de capacitación o asesoría dirigidas a las instituciones que trabajarán en la respuesta en situaciones de desastres. Apoyan y asesoran a las autoridades y líderes en el desarrollo de estrategias y planes de comunicación social, así como en el desarrollo de las propias reuniones informativas.

De apoyo emocional. Capacitan a trabajadores de la salud o personal de ayuda humanitaria para que puedan organizar y facilitar estos grupos en situaciones de desastre. Asesoran en el terreno el desarrollo de los mismos.

De ayuda mutua. Fomentan la formación de este tipo de grupos y cooperan en su desarrollo inicial. Participan, a solicitud del grupo, con actividades sobre temas de salud mental que les puedan resultar útiles.

Terapéuticos. Actúan como conductores/terapeutas de estos grupos. Entrenan al personal de atención primaria en salud y facilitadores de grupos psicoeducativos para que identifiquen casos con patología psíquica y que requieran ser referidos a atención especializada.

Consideraciones finales

- Se ha demostrado que, en situaciones de desastre y emergencia, se produce un incremento de la morbilidad psiquiátrica y otros problemas psicológicos y sociales. Los procedimientos grupales son una modalidad de intervención que se ha desarrollado con el objetivo de atender estas consecuencias psicosociales.

- Existen razones que justifican y hacen recomendable trabajar con grupos; entre otras, que la mayoría de las personas no necesita una atención individual profesional y se beneficia más mediante la participación en grupos.
- Mediante el trabajo de grupo se alivian los efectos psicológicos negativos del desastre, se aumentan las capacidades de las personas para afrontar o resolver las más variadas situaciones en la etapa posterior al desastre y se preparan para su reintegración a la vida cotidiana.
- Los grupos se clasifican según sus objetivos: informativos y de orientación, psicoeducativos y de apoyo emocional, autoayuda y ayuda mutua, y terapéuticos.
- Dar apoyo emocional significa ayudar para disminuir o controlar la aflicción, los miedos, la tristeza y otras manifestaciones psicológicas derivadas de situaciones de gran impacto. Educación es transmitir conocimientos básicos sobre el desastre y sus efectos psicosociales.
- Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional se integran con personas que necesitan ayuda psicosocial, comparten problemas o intereses similares derivados de la situación creada por el evento traumático y, eventualmente, pueden coincidir en cuanto a atributos comunes.
- Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional pueden y deben ser facilitados por personal no especializado como, por ejemplo, trabajadores de atención primaria y personal de ayuda humanitaria. Un entrenamiento corto y bien diseñado puede ser suficiente para preparar facilitadores que conduzcan estos grupos.
- Los grupos de apoyo emocional pueden beneficiarse de diversas técnicas que dependen de los conocimientos y destrezas del facilitador. Sin embargo, un principio es que no se puede permitir que nadie monopolice el trabajo del grupo centrándolo en una sola técnica o procedimiento específico.
- No hay evidencia disponible para recomendar el *debriefing* psicológico en una sesión, como intervención básica en la población después de un evento traumatico.
- El concepto de autoayuda y ayuda mutua se vincula a las acciones que pueden emprender los individuos y comunidades con el fin de recuperarse después de un desastre.
- Los servicios de salud mental tienen un importante papel que jugar en la organización y el desarrollo de grupos en el periodo posterior a un desastre.

Referencias

1. OPS/OMS. *Protección a la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington: OPS/OMS; 2002. Serie de manuales y guías sobre desastres, No. 1.
2. Rodríguez J. Aspectos psicológicos. En: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (edit.). *Manejo de cadáveres en situaciones de desastre*. Washington: OPS/OMS; 2004. p.119-39. Serie manuales y guías sobre desastres, No. 5.
3. Prewitt JO. *Apoyo psicológico en desastres, un modelo para Guatemala*. Guatemala: Imprenta Otto Master; 2002.
4. Rodríguez J et al. *El componente psicosocial de la salud humana*. Guatemala. (Guatemala): OPS/OMS y el Ministerio de Salud; 2000.
5. OMS. *Prevención del suicidio. ¿Cómo iniciar un grupo de sobrevivientes?* Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS; 2000.
6. Rodríguez J, Ruiz P. *Recuperando la esperanza*. Guatemala (Guatemala): OPS/OMS; 2001.
7. Valero S. *Psicología en emergencia y desastre*. Perú: Editorial San Marcos; 2002.
8. Bustillo G, Vargas L. *Técnicas participativas para la educación popular*, Tomo 1. México: Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario; 1990.
9. Moreno Ceballos N. *Asistencia psicológica a niños víctimas de desastres*. Santo Domingo (República Dominicana): Editorial Buho; 2000.
10. OMS. *Single session psychological debriefing not recommended*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneve: OMS; 2004.
11. Magliano L et al. *Efectividad de una forma de intervención psicoeducativa sobre familias de pacientes esquizofrénicos*. World Psychiatry (edición en español) 2005; 3(1):45-9.
12. Rodríguez J, Bergonzoli G, Levav I. Violencia política y salud mental en Guatemala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2002;48(1-4):43-9.
13. Cohen R. *Salud mental para víctimas de desastres*. México, D.F.: Editorial Manual Moderno; 1999.

Lecturas recomendadas

Caldas de Almeida JM. "Mental health services for victims of disasters in developing countries: a challenge and an opportunity". *World Psychiatry 2002*;1(3):155-7.

Caldas JM, Rodríguez J. *The Latin American and Caribbean Experience. England*: John Willey & Sons Ltd.; 2005.

Prewitt JO. *Primeros auxílios psicológicos*. Guatemala: Imprenta Otto Master; 2001.

Shye D. *Autocuidados en salud mental*. Washington: División de Promoción y Prevención de la Salud, OPS; 1996.

Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE. *Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2003.

Weiss MG, Sarraceno B et al. "Mental health in the aftermath of disasters". *J Nerv Mental Dis*. 2003;19:611-5.

CAPÍTULO V
Atención psicosocial a la infancia y la adolescencia

Germán Casas Nieto

Mucho se conoce acerca de la capacidad de adaptación de los niños. Por tener personalidades en formación, los niños tienen una potencialidad innata de aprendizaje, están en continuo desarrollo y deben enfrentar diariamente, en el proceso de superación de cada etapa de su vida, nuevos retos, exigencias y necesidades que los impulsan hacia el crecimiento y las adquisiciones cognoscitivas y afectivas. Esto supone una cierta ventaja sobre los adultos en cuanto a su posibilidad de adaptación y afrontamiento de situaciones nuevas. En efecto, esta capacidad de los niños, fruto de su condición de seres en desarrollo, es una competencia que se puede aprovechar en situaciones de crisis. Los niños entienden que las situaciones son difíciles, ven el peligro y reaccionan, pero así mismo, aprenden de lo que viven y de lo que ven.

Sin embargo, esta misma condición puede generar un aumento de la vulnerabilidad. Se ha pensado erróneamente que los niños y los adolescentes no sufren con la misma intensidad las consecuencias psicológicas de situaciones especialmente traumáticas. De hecho, se presumía que, dadas sus reacciones tan dife-

rentes a las de los adultos, tenían una cierta protección. Actualmente, esta creencia se ha desvirtuado claramente y los menores son considerados un grupo de alto riesgo en casos de desastres y emergencias.

En investigaciones realizadas en poblaciones afectadas por eventos catastróficos, se ha documentado que, en niños y adolescentes, las secuelas psicológicas suelen ser frecuentes y afectar de manera directa el desarrollo físico, mental y social (1).

Comparativamente con los adultos, reaccionan de una forma diferente, ven el mundo y enfrentan las situaciones de peligro de manera distinta. La forma como afrontan los eventos traumáticos y como se adaptan a las situaciones extremas depende de la edad de cada niño, de su posibilidad de comprensión, de los eventos vitales a los cuales han estado sometidos y de la medida en que fallan la protección y la seguridad que el entorno familiar les suele dar. Los más pequeños (menores de 5 años) tienen mayor riesgo de sufrir secuelas psicológicas, gastan más tiempo en resolver las consecuencias emocionales y tienen toda una vida por delante para convivir con ellas. Por ello, no podemos partir del principio de que toda intervención eficaz para los adultos lo será también para los niños y adolescentes (2-4). Sin embargo, sí es importante considerar variables culturales de la comunidad, que los niños también comparten.

Las reacciones, en su gran mayoría, son respuestas esperadas; es decir, aun cuando son manifestaciones intensas de sufrimiento psicológico y requieren de atención psicosocial, usualmente no son patológicas y la gran mayoría se resuelve en periodos cortos (2). En ocasiones, la falta de información de los padres y las familias, la ausencia de comprensión por parte de los maestros y la confusión a la que se enfrentan los mismos niños pueden generar que algunas de estas reacciones se compliquen tempranamente y generen secuelas y sufrimiento.

Por otra parte, por considerarlos población vulnerable, no se puede cometer el error de limitar la ayuda psicológica solamente a los menores de edad. Cualquier plan de intervención debe considerar acciones para los demás miembros de la familia y la comunidad afectada.

Al atender a los menores de edad luego de un desastre, los objetivos fundamentales son los siguientes (5, 6):

- Disminuir el sufrimiento psicológico originado por el evento traumático.
- Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecten su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás

y la manera como enfrenten situaciones difíciles en el futuro.

- Reincorporar los niños y adolescentes a sus actividades cotidianas, en especial, en el seno de la familia y la escuela.

En cuanto a las construcciones culturales y el devenir histórico, los niños tienen un papel fundamental en la memoria y el porvenir de una comunidad. La infancia representa la posibilidad de traspasar principios sociales y culturales entre generaciones.

En este capítulo, resumimos las principales reacciones psicológicas esperadas en los niños y adolescentes, y hacemos las recomendaciones básicas para su atención psicosocial.

Resumen de las principales reacciones psicológicas de los niños y adolescentes ante situaciones de desastres y emergencias (1, 2, 5-7)

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
0 a 2 años	• Excitación • Gritos y llanto frecuentes • Apego exagerado a los padres (no toleran separarse). • No se duermen o se despiertan frecuentemente. • Reaccionan exageradamente ante todo tipo de estímulo y es dificil tranquilizarlos.	• Trastornos del sueño. • Pérdida de apetito • Apego excesivo a los padres • Apatía. • Conductas regresivas.	• Alteraciones del sueño. • Aunque aumenta la tolerancia a la separación física. • Llanto injustificado.
3 a 5 años	• Cambios en el comportamiento, pasividad, irritabilidad, inquietud. • Temor exagerado por cualquier estímulo, especialmente los que recuerdan el suceso.	• Conducta regresiva: se orinan en la cama, hablan a media lengua, se chupan el dedo. • No toleran estar solos. • Juegan repetidamente al suceso traumático.	• Rechazan la escuela o la guardería. • Dolores de cabeza y del cuerpo. • Se niegan a comer o comen en exceso.

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
3 a 5 años (cont.)	• Desorientación espacial (no reconocen dónde están). • Alteraciones del sueño: insomnio, se despiertan angustiados, etc.	• Pérdida o aumento del apetito. • Trastornos del sueño • Pérdida del habla o tartamudeo. • Miedos específicos: a seres o situaciones reales (animales u oscuridad), o fantásticas (brujas, etc.).	• Juegan repetidamente al suceso traumático.
6 a 11 años	• Cambios en el comportamiento: pasividad. • Agresividad, irritabilidad. • Confusión (se ven perplejos) y con desorientación (no reconocen fecha, lugar, etc.). • Llanto frecuente. • Conductas regresivas. • Problemas del lenguaje.	• Miedo injustificado. • Dificultad para permanecer quietos. • Dificultad para centrar la atención. • Dolores de cabeza y otras quejas somáticas. • Juegan repetidamente al suceso traumático.	• Dificultad de concentración en la escuela. • Rechazan ir a la escuela. • Sienten culpa o suponen que el desastre sucedió por un comportamiento o pensamiento previo. • Parecen retraídos o tímidos. • Juegan repetidamente al suceso traumático.
12 a 18 años	• Confusión y desorientación. • Rechazo a hablar y aislamiento. • Parecen ausentes o distraídos.	• Pérdida de apetito. • Pérdida de sueño. • Dolores de cabeza y del cuerpo. • Pérdida de interés por las actividades comunes.	• Rebelión contra la familia o la autoridad en general. • Problemas de comportamiento. • Huida de la casa • Rechazo a la escuela.

Dado que los menores permanecen una gran cantidad de su tiempo en los ambientes escolares, es importante conocer cuáles reacciones esperables pueden presentarse en los alumnos que han sufrido el impacto de un desastre y retornan a las actividades académicas. A continuación ofrecemos una información resumida, pero útil y necesaria, para maestros, autoridades escolares, psicólogos y orientadores pedagógicos, llamados todos a jugar un papel de importancia crucial en la atención psicosocial de los menores.

Reacciones en el aula (escuela) (6)

Grupo escolar	Reacción esperada en el aula
Preescolares (menores de cinco años)	• Rechazo a ir o quedarse en la guardería o escuela. • Rechazo a seguir las instrucciones o las actividades del aula • Cambio importante del comportamiento comparado con el anterior al suceso: pasividad, aislamiento o pataletas, agresividad o presencia de conductas ya superadas (regresivas), como chuparse el dedo, falta de control de esfínteres, hablar a media lengua, etc.
Escolares de primaria (5 a 11 años)	• Fallas en la atención y la concentración. • Hiperactividad • Parecen ausentes (responden poco y lentamente). • Inquietud • Rechazo a la escuela. • Dificultades de memoria que interfieren con el aprendizaje.
Escolares de secundaria (12 a 18 años)	• Rechazo a retomar las actividades escolares. • Ausentismo escolar • Hiperactividad • Irritabilidad • Fallas en atención y concentración. • Cambios acentuados en la personalidad: aislamiento, gran timidez. • Cambio en el comportamiento.

Si los síntomas persisten luego de tres meses o si se acentúan a pesar de la atención, debe pensarse en la necesidad de una evaluación más profunda para definir la remisión a tratamiento especializado. Igualmente, se impone la remisión a un especialista cuando se detectan signos y síntomas de alarma.

Recomendaciones generales para la atención psicosocial a la infancia y adolescencia en situaciones de desastres y emergencias

Las siguientes diez premisas básicas deben tenerse en cuenta al programar las intervenciones psicosociales dirigidas a los menores (2, 3, 5, 6, 8, 9):

1. Iniciar tan pronto como sea posible las actividades de apoyo y recuperación emocional

- Iniciar las actividades de recuperación, en la fase inmediata después del evento, puede reducir la posibilidad de complicaciones psicológicas.
- En las primeras 72 horas, se deben brindar primeros auxilios emocionales fundamentados en un acompañamiento permanente. El acompañamiento debe extenderse todo el tiempo que sea necesario para los que hayan quedado solos y sufrido las mayores pérdidas.
- La atención psicosocial se debe insertar en las actividades cotidianas de asistencia humanitaria y social, idealmente en el ambiente escolar.
- Es necesario explicar a los padres lo que se planea hacer con los menores, buscando su aprobación y cooperación. Bajo ninguna circunstancia se deben ejecutar actividades en contra de la voluntad de los padres.

2. Disponer de información sobre los niños y adolescentes de la comunidad

- Determinar la cantidad de niños en la comunidad, cuántos jóvenes, cuántos van a la escuela, cuántos están vacunados, cuántos tienen acceso a los servicios básicos, si existe o no desnutrición, etc.
- Identificar y contactar a las autoridades locales, servicios de salud, así como a los responsables de las instituciones de tipo social o relacionadas con la atención a menores, para obtener una información lo más completa posible, en especial, los factores de riesgo y protección; así como evaluar los recursos existentes para la atención y el cuidado de la niñez.

3. Proteger a los niños

- Es necesario conocer los riesgos a los cuales se enfrentan; pensar en la posibilidad de que haya habido pérdida de sus referentes de ubicación, lo cual dificulta la orientación y la forma de contactarse con sus seres queridos.

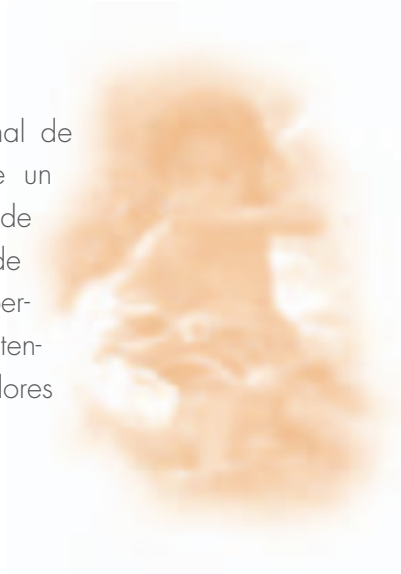
- La evaluación de riesgos debe ser continuada, en la medida en que algunos persisten o se acentúan con el transcurrir del tiempo o porque otros riesgos nuevos surgen luego del desastre (discriminación, precarias condiciones sanitarias, etc.).
- Específicamente, en situaciones de desastres y emergencias los niños suelen ser víctimas de maltratos con mayor frecuencia. Por ello, es necesario implementar acciones de prevención, detección y protección del abuso infantil.
- Es indispensable disponer de un dispositivo para la ubicación y la protección de los niños perdidos. Las personas que se encargan de la atención psicosocial deben tener conocimiento de los sistemas de información y de atención en estos casos.

4. Hablar sobre lo ocurrido

- La confusión y la desorientación que se observan en los adultos en las primeras fases del desastre son propias también de los niños. A los menores es necesario hablarles de acuerdo con su capacidad de comprensión; los mensajes deben ser claros y adaptados a su edad y contexto cultural.
- Los niños pueden entender cualquier situación por desastrosa que ésta sea. Es necesario explicar la naturaleza de lo ocurrido, las causas y la realidad de la situación existente; no hay que exagerar ni engañar, pues la mentira genera desconfianza y, eventualmente, mayor confusión.

5. Disponer de tiempo y paciencia

- El proceso de recuperación emocional de los niños que han sido víctimas de un desastre requiere de una gran dosis de sensibilidad y paciencia por parte de los padres (a pesar de su afectación personal), los maestros, el personal de atención primaria en salud y los trabajadores de ayuda humanitaria.



- Debe esperarse que la inseguridad, los temores y la aflicción se atenúen lentamente con el tiempo.

6. Proveer seguridad y confianza

- Se debe asegurar un acompañamiento permanente de los niños y, especialmente, de los más pequeños y los más afectados, idealmente por los padres o cuidadores habituales. Si ellos faltan, hay que buscar personas competentes y sensibles que asuman este papel.
- Los niños obtienen seguridad de los espacios físicos, en especial, si son conocidos. Si la tragedia destruyó sus propios espacios, es necesario encontrar otro cómodo y seguro donde el niño pueda sentirse tranquilo; esto fomenta la confianza y facilita la comunicación.
- Hay que explicarles repetidamente las medidas de seguridad; una vez se encuentren en un lugar apropiado, hablarles de la seguridad que les proveen sus padres, el sitio de acogida y los organismos de socorro. Todo esto ayuda a restablecer la confianza del menor en sí mismo.
- La seguridad depende, en gran medida, de la información y el conocimiento acerca de lo que pasó, cómo pasó y dónde están los suyos.

7. Restablecer la cotidianidad a la mayor brevedad posible

- El desastre afecta de manera importante las rutinas cotidianas. Esto genera una situación temporal de inestabilidad que afecta la recuperación y el restablecimiento de los mecanismos de adaptación y aprendizaje, y las interacciones con el entorno. Por esta razón, es recomendable restablecer las rutinas y las actividades, en especial, las hogareñas y escolares.
- Una vez se determine que el espacio escolar es adecuado para el ingreso de los niños, las actividades escolares son las que ofrecen mejores resultados para la recuperación. Para ello, es fundamental asegurar el concurso de maestros suficientemente sensibilizados y capacitados.
- Si las instituciones escolares no pueden reiniciar actividades en un tiempo breve (lo cual depende en ocasiones de las estructuras físicas), debe

tenerse en cuenta un dispositivo de escolarización transitorio en los lugares de albergue o acogida.

- Es importante la ocupación productiva del tiempo libre y agrupar los niños en conjuntos para desarrollar actividades acordes con la edad, la comunidad de intereses, etc. Esto es importante para recuperar la autoestima y facilitar la socialización; pueden ser actividades muy efectivas en la recuperación.

8. Respetar las diferencias

- Debemos respetar las diferencias culturales. Las creencias y tradiciones de la comunidad, inclusive la religión, también son compartidas por los menores y deben atenderse en los procesos de reconstrucción de la vida familiar y comunitaria.
- No se deben criticar ni desvirtuar las creencias, de manera directa. El desastre no puede ser aprovechado para cambiar o debatir las prácticas tradicionales de la comunidad afectada.
- No aplicar estrategias prediseñadas sin adaptarlas a las condiciones culturales propias de la comunidad, pues puede generarse no solamente rechazo, en especial de los padres, sino también mayor confusión e incertidumbre en los niños.

9. No separar a los niños de sus padres

- Es necesario recordar que los padres y la familia, en general, son el nicho de protección y seguridad natural para los niños.
- Separar a los niños para ingresarlos en actividades no suele ser bien aceptado, ni por los padres ni por los propios menores; esto implica necesariamente involucrar a los padres en las actividades con los menores, al menos con los más pequeños.
- La ansiedad por la separación suele ser una de las reacciones psicológicas más frecuentes en situaciones de emergencia, en especial, en niños pequeños.
- Los niños son, por lo general, una vía para involucrar o enganchar a los padres en acciones de atención y recuperación psicosocial después de un desastre.

- Es recomendable planificar actividades conjuntas o simultáneas (menores y padres) en los ambientes escolares, servicios de salud u otros escenarios comunitarios.

10. Permitir la expresión de los sentimientos, pensamientos y recuerdos

- Se recomienda ser tolerantes y comprensivos con el relato y la expresión de los sentimientos por parte de los niños. No debe incentivarse el olvido o impedir el llanto y la expresión de emociones.
- Debemos escuchar con atención cada vez que el niño desee hablar de lo sucedido, de cómo se siente y de qué piensa al respecto.
- Sin embargo, es necesario destacar que no es recomendable obligar o estimular a los menores a hablar o recordar (si no lo desean o no lo hacen espontáneamente).

Las siguientes recomendaciones, acordes con las alteraciones específicas que se evidencien, son útiles para los padres y maestros (6, 9, 10).

Alteración obervada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Trastornos de sueño	• Tranquilícelos. • Firmeza sobre la hora de dormir • Acompáñelo un rato. • Luz tenue prendida • Acuda si se despierta por completo y asustado (pesadilla), tranquilícelo; si lo recuerda al día siguiente, hablen de la causa del temor. Si no se despierta por completo (terror), no lo despierte, pues no lo recordará al día siguiente.	Detecte el problema (por ejemplo, se observa que el niño está excesivamente cansado).
Apego excesivo	• Tranquilícelo. • Permitale la cercanía física y consiéntalo. • Prepare al niño cuando haya separación: a dónde va, cuándo regresa. Asegúrele compañía.	Permita la presencia de los padres en el aula, por un tiempo, disminuyendo este tiempo poco a poco.

Alteración obervada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Incontinencia	• Evite el castigo o la burla. • Cambie las ropas y tranquilícelo. • Limitación de líquidos en la noche • Llévelo al baño antes de dormir y en el curso de la noche. • Resalte satisfacción cuando no se orine (dígaselo, anote en un calendario los días en que no se orina, etc.) • Luz tenue prendida	• No permita la burla o el rechazo de compañeros. • Reinicie la actividad escolar lo más pronto posible.
Otras conductas regresivas	• No lo castigue (ignórelas). • Distráigalo.	• Distráigalo. • Ignórelas.
Problemas escolares	• Busque la rápida reinserción escolar. • No lo castigue por las deficiencias, pero sí prémielo por cualquier adelanto. • Busque normalizar la vida en el hogar. • Manténgase firme sobre un horario racional para estudiar.	• Rápida reinserción escolar • Presencia parcial de padres (con los más pequeños) • Apoyo especial cuando baja el rendimiento; ponga al niño en primera fila, atención individual al final del día, etc. • Fomente la participación. • Recompense los logros. • Impida la discriminación.
Ansiedad	• Tranquilícelos. • No les trasmita la ansiedad de los adultos. • Explicaciones claras y sinceras sobre la situación pasada y la presente (evite hacer presunciones sobre el futuro incierto). • Explore con el niño estrategias de manejo (respiración, ejercicios, etc.). • Paulatino enfrentamiento a situaciones de temor, acompañamiento	• Recuerde que la ansiedad interfiere con la atención y concentración y ocasiona inquietud. • Recompense las conductas positivas: permanecer en su pupitre, obedecer instrucciones, etc. • Periódicamente, haga con el niño un balance de los logros (reconocimiento y refuerzo de lo positivo) e ignore las conductas negativas.
Agresividad	• Dé ejemplo de control. • No castigue físicamente ni con gritos; el mejor castigo es la indiferencia o la actitud neutra (sin disminución del afecto). • Aclare firmemente que no se permitirá la agresión a otros.	• No permita conductas agresivas. • Declare la tregua. • Explique qué conducta se desea y espera. • Recompense los logros. • Castigue con la indiferencia.

Alteración obervada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Agresividad (cont.)	• Declare la tregua: haga caso omiso de la agresión, pero exija aislamiento en sitio supervisado por corto tiempo, "hasta que te puedas controlar". • Hágale saber qué tipo de conducta se desea y espera de su parte. • Fomente la canalización del exceso de energía, ansiedad e ira con estrategias no dañinas. • Recompense los logros alcanzados en el autocontrol (abrazos, estampitas, calcomanías, etc.).	
Rebeldía Hostilidad Temeridad	• Paciencia • Firmeza y oposición a conductas inaceptables. • Ambiente familiar con normas claras • Fomente la comunicación.	• Modelo de conducta • Posibilidad de ayuda externa a la familia
Dolores y quejas somáticas	• Descarte una afección orgánica; si es necesario, consulta a un servicio de salud. • Establezca la relación entre lo que ocurre y los síntomas. • No permita la manipulación a través de los síntomas.	• Avísele a los padres y facilite la ayuda médica.
Duelo	• Permita que el niño perciba su propia tristeza. • Permita la expresión libre de sentimientos y recuerdos (tristeza, ira, culpa) y hable de ello en el grupo familiar. • Provea acompañamiento y manifestaciones afectivas. • No oculte la realidad. • No fomente la negación, hable de las pérdidas señalando su carácter definitivo, a pesar de lo cual es necesario "seguir adelante" y tratar de normalizar la vida lo más pronto posible, lo cual incluye las actividades sociales conjuntas e individuales.	• Informe a los compañeros cuando el alumno se incorpore a las clases. Explíqueles brevemente las reacciones normales que presentará. • Dé apoyo emocional • Facilite espacios para hablar de manera individual), pero no permita que se centre la atención en el niño. • Promueva su participación en actividades regulares educativas y recreativas. • Vigile la evolución y detecte signos de alarma (tristeza que se acentúa, ideas de muerte, de suicidio, etc.).

Alteración obervada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Duelo (cont.)	• Permita la participación en los ritos de duelo (entierro, eventos religiosos en caso de muerte, etc.). • Contrarreste la ira y culpa posibles, explicando las circunstancias reales de la pérdida (o la muerte). • Permita a los adolescentes elaborar el duelo antes de asumir nuevas responsabilidades.	• Establezca contacto con los padres y coordine acciones.

Es fundamental la estrecha comunicación entre los padres y maestros. Las expectativas y métodos de ayuda en el hogar y en la escuela deben ser coherentes entre sí.

Es necesario, como regla general, evitar el castigo físico, los gritos y las amenazas. Si es necesario establecer algún castigo, lo más conveniente es adoptar por un tiempo corto una actitud de indiferencia, explicando que se está molesto o triste. Debe tenerse especial cuidado de no manifestar disminución de afecto ("así no te quiero"), amenazas de abandono o actitudes que culpan ("por tu culpa estoy enfermo", "me vas a matar de una rabia", etc.).

El trabajo grupal con los niños y adolescentes

Generalmente, los recursos especializados de salud mental, en muchos países, son escasos o limitados. Además, se ha demostrado que la gran mayoría de los menores afectados por un evento traumático (como un desastre) no necesariamente requieren de una atención individual especializada o médica. Por otro lado, resulta muy importante el papel que puede jugar la familia, los maestros, el personal de ayuda humanitaria y los trabajadores de atención primaria en salud.

Es posible entrenar personal, como promotores de salud, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, agentes de ayuda humanitaria y voluntarios, para que desarrolle acciones de atención y recuperación psicosocial con los menores. Éste es, precisamente, el objetivo fundamental de este libro: ofrecer herramientas básicas para asegurar la protección de la salud mental fuera de los escenarios institucionales y desde la propia comunidad.

En situaciones de emergencia, se recomienda priorizar las actividades de grupos que garantizan una mayor cobertura, generan un alto impacto y permiten un mejor uso de los recursos calificados disponibles. Además, la población infantil y juvenil responde muy bien a las técnicas de intervención grupal. Las actividades sugeridas, obviamente, se deben adaptar a las situaciones específicas de cada territorio, así como a los contextos comunitarios y culturales.

Recomendaciones generales para el trabajo de grupos (8)

- La organización del tiempo de los niños es una medida de primer orden para su recuperación psicosocial. En este marco se deben planificar las actividades de grupo.
- El trabajo en grupos es una manera de favorecer la socialización y la interacción de los menores entre sí.
- El trabajo de grupos apoya la superación del duelo y el retorno a la normalidad.
- La metodología de trabajo con los niños no debe ser excesivamente profesional. Se requiere aplicar modelos flexibles que utilicen los conocimientos y las prácticas tradicionales de las comunidades, así como las propias formas naturales de expresión del niño.
- Los agentes de trabajo con los niños y facilitadores de grupos no son, solamente, los profesionales o técnicos.
    - 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. Las mujeres pueden ser muy importantes, para apoyar el trabajo de grupo con los menores.
    - Los jóvenes se estiman como excelentes agentes para la recuperación psicosocial de otros niños, a causa de la natural relación existente entre ellos; es evidente lo cercano que está aún el adolescente de la niñez; la comunicación entre ellos es más fluida y la brecha generacional aún no es muy amplia. La técnica "niño a niño" ha sido implementada en muchos experiencias exitosas, especialmente en situaciones de emergencias.
    - Los jóvenes que aprenden a relacionarse con los niños, cuando sean padres se comunicarán mejor con ellos, dejando a un lado el maltrato.

- Los jóvenes que han participado en procesos de atención psicosocial han logrado ellos mismos una paz interior, que parte del ejercicio de escuchar testimonios, comparar con sus propias experiencias y ayudar a otros.
- El maestro es un agente de trabajo con niños que debe ser debidamente capacitado para el manejo de grupos.
- Los trabajadores de atención primaria deben actuar en el ámbito de lo psicosocial, al igual que en los aspectos físicos de la salud. Muchos de ellos pueden apoyar el trabajo de grupos, en especial, en los albergues y refugios.

- Los ambientes de trabajo con grupos de niños deben ser amplios y no restringidos a los muros institucionales. Los espacios comunitarios alternativos y las escuelas deben ser aprovechados; los consultorios deben dar paso a escenarios no convencionales donde grupos de niños interactúen y jueguen.
- La alegría de los niños llena los barrios y contagia a los adultos.
- Es necesario desarrollar y aplicar instrumentos concretos para el trabajo grupal con los niños. Algunas modalidades que han demostrado su eficacia son las siguientes:
  - La narrativa de cuentos es un recurso muy utilizado, combinada con canciones y escenificaciones.
  - El teatro de títeres ayuda a los niños y jóvenes a proyectarse y expresarse de una manera más libre.
  - Los juegos y las técnicas dinámicas-expresivas son instrumentos de primer orden para el trabajo con niños. Los menores se proyectan a través del juego, los dibujos, la escritura, la plástica, etc. Se reestructuran los acontecimientos impactantes para que se les encuentre una lógica temporal.
- Existen diversos programas de trabajo grupal con niños, muchos de los cuales han sido validados en la práctica de situaciones de desastres y emergencias complejas (conflictos armados). Las metodologías, aunque varían en la forma, y algunos contenidos se sustentan en los mismos principios enunciados en este capítulo.

Las actividades grupales las clasificamos en:

- grupos psicoinformativos y
- grupos de atención y recuperación psicosocial.

Similitudes y diferencias entre los grupos psicoinformativos y los de atención y recuperación psicosocial

Grupos psicoinformativos	Grupos de atención y recuperación psicosocial
Objetivo básico Informar y orientar. Secundariamente, esto genera tranquilidad y reducción de la aflicción.	La recuperación emocional de los menores y su reincorporación a la vida cotidiana.
Facilitador Requiere un entrenamiento simple.	Requiere un entrenamiento previo más amplio, con cierta práctica de servicios.
Escenarios Espacios cotidianos de desempeño, idealmente alrededor de actividades escolares o recreativas.	Idem.
Apoyo externo Usualmente no se requiere.	Se recomienda que personal especializado o con conocimientos de salud mental apoye y supervise los grupos.
Dinámica Se centra en la información, preferentemente con auxilio de medios audiovisuales, combinada con juegos o actividades deportivas.	Se centra en el desarrollo de actividades expresivas, así como de acompañamiento a los menores. Se pueden trabajar problemas específicos como el duelo. Los juegos, deportes y otras formas de diversión son un complemento.
Identificación de signos de alarma Puede ser un resultado de la actividad, pero no es un elemento central.	Es uno de los propósitos básicos del grupo.
Trabajo con los padres Es recomendable que se les suministre información a los padres, paralelamente.	El trabajo con padres y maestros es un complemento imprescindible en el trabajo de estos grupos.
Tiempo Los grupos informativos son de corta duración. Desaparecen antes de los 30 días o se convierten en grupos de apoyo psicosocial.	Deben tener una continuidad en el tiempo (entre uno y tres meses). Posteriormente, pueden quedar insertadas algunas actividades, conducidas por los maestros, en el marco de la escuela. La mayoría de las metodologías existentes manejan un ciclo previamente programado.

Grupos psicoinformativos

Objetivos

- Orientar y ofrecer información sobre el desastre.
- Explicar los riesgos psicosociales existentes y las reacciones emocionales esperadas en los menores.
- Reducir la aflicción y confusión en los menores y sus padres.

Escenarios. Deben programarse en los espacios cotidianos de desempeño, idealmente, alrededor de actividades escolares o recreativas.

Facilitadores. Es un personal entrenado. Cuando se trata de niños, es posible capacitar jóvenes adolescentes para que sean capaces de desarrollar actividades grupales. Es recomendable contar, al menos, con dos facilitadores: uno para dirigir la actividad y otro para observarla y registrar lo ocurrido.

Público objetivo. Las actividades grupales de tipo informativo tienen gran importancia en la primera fase posterior al desastre. Pueden estar dirigidas a:

- los niños y adolescentes,
- los padres y
- los maestros.

Dirigida a los niños. Un error frecuente es pensar que los niños no requieren o no entienden la información, por lo que frecuentemente se les excluye de ésta. La realidad es todo lo contrario. Es necesario organizar reuniones informativas en los propios escenarios naturales del niño (como la escuela). Es necesario explicar de manera breve, veraz y que resulte útil al menor; éste necesita saber qué ha sucedido y cuál es la posible evolución de la situación. También hay que contrarrestar el rumor, la confusión y el pánico entre los niños (6).

Igualmente, se les hace una anticipación de los que les puede ocurrir a ellos mismos; se les habla de manera convincente y sosegada de la manera como posiblemente se están sintiendo y como pueden sentirse y reaccionar en el futuro cercano. Se busca disminuir la ansiedad a través de una familiarización con sus propias reacciones emocionales, de acuerdo con la edad. Se debe insistir en que son reacciones normales en estos momentos, aunque no todos los niños las presentan. Esta información se debe acompañar de recomendaciones útiles sobre cómo afrontarlas.

Es necesario informar a los niños mayores sobre los lugares donde se puede buscar apoyo, qué sitios son seguros y qué sitios no, de quién recibir ayuda, de quién no, etc.

El contenido y los métodos de trabajo deben estar en relación con la edad de los menores; es recomendable que se usen medios audiovisuales (como dibujos, películas, etc.) que hacen más atractivo y fluido el trabajo del colectivo. Generalmente, este tipo de reunión grupal se combina con actividades deportivas, culturales o simplemente recreativas. Los niños mayores de cinco años son los que más se benefician de los grupos informativos.

Dirigidas a los padres. La información a los niños debe ser complementada con reuniones paralelas dirigidas a los padres. Son, también, actividades de orientación, información y anticipación. Las explicaciones deben ser precisas, concretas, breves, gráficas y sin vocabulario técnico o muy elaborado. Es necesario abordar los cambios que ellos pueden esperar en la conducta de sus hijos como reacción normal ante el desastre.

Se recomienda que se fomente la participación activa de los padres y se invite a compartir información acerca de cómo creen que reaccionan los niños y lo que han notado en sus propios hijos.

Se debe hacer énfasis en la necesidad de comprensión, tolerancia y apoyo. Las siguientes recomendaciones para los padres pueden ser compartidas en el seno de estas reuniones (5, 8, 10):

- Disponga de tiempo y paciencia para su hijo. Recuerde que él lo necesita en estos momentos, más que a ninguna otra persona. Esté siempre dispuesto a oírle con atención.
- Trátelo con cariño, consiéntalo, dígale cuánto lo quiere y lo importante que él es para usted. Las manifestaciones de afecto fortalecen la seguridad.
- Hable con su hijo, sin mentirle pero sin exagerar. Trate de explicarle lo que pasó en términos que él pueda entender.
- Permítale expresar sus sentimientos, en especial, el miedo y el llanto. Acójalo y abrácelo.
- No se moleste si su hijo o hija quiere estar más tiempo con usted o si protesta cuando intentan separarlo. Permita que esté con usted demostrándole cariño, esto le dará seguridad. Cuando tenga que separarse, prepárelo siempre con antelación, explicándole a dónde va y cuándo va a regresar. Asegúrese de dejarlo con alguien conocido.
- En principio, no se alarme por los cambios de conducta, usualmente son normales ante una situación excesivamente impactante. Sólo si esas

conductas no van desapareciendo con el paso del tiempo, si muestra muchos problemas en la escuela o si sigue muy triste o callado, busque ayuda psicológica. Si tiene dudas al respecto o si desea orientación de cómo manejar la situación, busque asesoría en los servicios sociales de la comunidad (servicio de salud, escuelas, etc.).

- Es muy importante tratar de normalizar lo más pronto posible la vida familiar, lo más parecida posible a como era antes del desastre.
- Tan pronto como sea posible, permita y favorezca que su hijo vuelva a la escuela. Establezca contacto personal con los maestros.
- Procure no trasmitir sus propios temores y ansiedad a sus hijos. Analice si usted mismo necesita ayuda y búsquela.

El contacto con los padres no solamente es importante para orientarlos en su trato con los hijos, sino para coordinar acciones y, además, para explorar la posibilidad de riesgos para los niños en el ámbito familiar, que hayan podido surgir o agravarse (como, por ejemplo, abandono afectivo, maltrato, etc.).

Resulta útil entregar información escrita con recomendaciones y la información acerca de los síntomas de alarma.

Dirigidas a los maestros y autoridades escolares (6, 10). Los maestros son, por definición, agentes psicopedagógicos familiarizados con el desarrollo de los niños y los patrones de normalidad. Usualmente, su vocación, formación y experiencia los han dotado de una gran capacidad de comprensión y habilidades no solamente pedagógicas, sino también, aquéllas que facilitan la relación y la comunicación con los menores. Sus competencias son fundamentales para brindar apoyo emocional a los alumnos y para detectar posibles signos de falta de recuperación o de complicaciones.

Los maestros pueden tener dificultades para enfrentar nuevamente el trabajo con sus alumnos luego de una situación catastrófica. A veces, se sienten abrumados por la responsabilidad que tienen con los niños gravemente impactados y pueden tener dudas acerca de cómo enfrentarlos. Las actividades con ellos pretenden fomentar su participación y responder a interrogantes sobre las estrategias de atención a los menores. Lo más común es que las actividades informativas a los maestros deriven o se conviertan, en el corto plazo, en procesos de capacitación, los cuales deben ser apoyados por los equipos de salud mental.

Otras actividades educativas e informativas. Existen otras formas de llegar con información necesaria para los menores, padres, maestros y para el personal

que se compromete en la atención psicosocial a los menores afectados por los desastres. La utilización de los medios de comunicación local y nacional (radio, prensa, televisión) es un excelente ejemplo. Recomendamos consultar el capítulo de comunicación social en este mismo volumen, para encontrar más información al respecto.

Grupos de atención y recuperación psicosocial

Al igual que para los grupos psicoinformativos, son actividades que deben desarrollarse en el marco de las actividades cotidianas de los menores, idealmente, alrededor de la escuela y los albergues. Deben adaptarse a las necesidades específicas y el contexto.

Objetivos

- Ofrecer acompañamiento y apoyo emocional a los menores y favorecer su recuperación en el corto plazo.
- Evaluar el progreso de los niños en su readaptación a la vida cotidiana.
- Identificar la existencia de signos de alarma, para realizar una evaluación más individualizada.
- Determinar los casos que requieran la remisión a evaluación especializada.

Escenarios. Se deben aprovechar los espacios naturales de agrupación de los menores, como escuelas y locales comunitarios.

Periodicidad. Se realiza, al menos, una sesión semanal (pueden ser más).

Duración. No debe ser menor de 30 días ni mayor de 90 días. En ese tiempo se supone que se hayan alcanzado los objetivos básicos y los posibles "casos" hayan sido remitidos para evaluación especializada. Posteriormente, pueden quedar organizadas actividades de seguimiento insertadas en el marco de la comunidad y la escuela.

Facilitadores. Se necesitan, al menos, dos facilitadores: uno dirige la actividad y el otro observa y anota las reacciones y el comportamiento de los niños. Al menos uno de los facilitadores debe tener un entrenamiento formal y cierta experiencia de trabajo con grupos de niños. Este tipo de grupo debe ser apoyado y supervisado por profesionales de la salud mental.

Reglas básicas para las actividades grupales de atención y recuperación psicosocial (2, 5, 11)

- Aspectos organizativos
  - Estructurar una agenda de la reunión del grupo. Todas las actividades deben tener inicio (introducción), desarrollo y conclusión.
  - El facilitador debe llevar un registro de los participantes (identidad y residencia), así como el referente a los padres o responsables para poder establecer contacto con ellos.
  - Registrar el desarrollo de la actividad.
- No son simples actividades para la utilización del tiempo libre (recreativas), aunque deben ser atractivas y combinarse con el juego.
- No reemplazan el tratamiento especializado de los niños que lo requieren.
- Deben adecuarse al contexto cultural y a la edad (más específicamente, al grado de desarrollo de los niños).
- Facilitar la expresión espontánea de sentimientos y pensamientos de los niños. Aunque no debe forzarse la expresión de sentimientos ni la vivencia repetida de lo ocurrido.
- Favorecer la participación activa de los padres en este proceso de recuperación psicosocial.
- Se debe guardar y exigir confidencialidad y prudencia con lo manifestado en las actividades.
- No hay que llegar a conclusiones clínicas ni emitir juicios diagnósticos con los materiales de trabajo de los niños, en especial, los dibujos o los juegos, los cuales siempre deben considerarse más como instrumentos expresivos que como herramientas de diagnóstico (6, 11).

Actividades para niños preescolares (3 a 5 años). Como a los niños muy pequeños les resulta difícil separarse de los padres, debemos integrar al menos a uno de los padres en la actividad.

Lo ideal es programar actividades de pequeños grupos, que incluyan entre cinco y doce niños por sesión. En estas sesiones, se debe facilitar la expresión mediante actividades lúdicas (de juego) y expresivas (como moldeado con plastilina). Los dibujos, ampliamente utilizados en el trabajo con los menores, deben reservarse para niños más grandes que tengan un desarrollo grafo-motriz más

elaborado.

En algunos casos, se hace necesario realizar actividades de grandes grupos, en especial, cuando no se cuenta con personal suficiente o cuando la convocatoria genera una presencia importante de niños y padres que se debe aprovechar. En este caso, la opción es realizar una actividad informativa con los padres y, simultáneamente, realizar una actividad de recuperación psicosocial con los niños.

Actividades para niños escolares (6 a 11 años). En este grupo de edad, se recomiendan actividades de pequeños grupos, como en los preescolares; sin embargo, las actividades de grandes grupos también se pueden realizar con los escolares, aprovechando su agrupación y organización habitual en la escuela.

En este rango de edad, se puede utilizar el dibujo, la pasta para moldear (plastilina) y otras formas de expresión gráfica. También, es amplio el rango de juegos y actividades recreativas y deportivas que pueden combinarse.

Actividades para adolescentes. Las actividades de recuperación psicosocial para adolescentes deben aprovechar la tendencia grupal propia de esa edad. Idealmente, se debe trabajar en el aula de clase o en los grupos naturales ya establecidos (grupos de amigos y del barrio, grupos deportivos, etc.), designando un tiempo específico y periódico.

La motivación es fundamental; se pueden identificar líderes del mismo grupo para motivarlos y darles responsabilidades dentro de las dinámicas.

En ocasiones, algunos adolescentes se muestran esquivos y evitan la participación en grupos. En estos casos, se recurre a actividades informativas y se sugiere el trabajo con ellos de manera individual, sobre todo si se observan signos de alarma.

Atención individual de apoyo. Como complemento de las actividades grupales, los maestros y otro personal de atención psicosocial pueden y deben establecer una relación individual sistemática con los niños y jóvenes víctimas de los desastres, en especial, con aquéllos en condiciones de riesgo o con síntomas de alarma.

La relación individual de apoyo psicosocial está basada en los siguientes principios.

- Estar disponible cuando el niño lo necesite y acompañarlo personalmente.
- Buscar espacios de interacción.

- Escuchar al menor con respeto, atención y tolerancia.
- Ampliarle la información acerca del desastre y sus riesgos, así como sobre las reacciones emocionales esperables.
- Facilitar la expresión de recuerdos, creencias y expectativas, que aparece espontáneamente.
- Facilitar la elaboración del duelo.
- Fortalecer la autoestima y la confianza en los demás.
- Apoyar las actividades rutinarias que ayudan a reconstruir la confianza, el optimismo y los lazos afectivos.

Signos de alarma según la edad en los diferentes contextos

Los signos de alarma son situaciones que indican que el niño requiere una evaluación individual y permiten determinar si se debe remitir para ser atendido por un profesional de la salud mental (6, 12).

Grupo de edad	Signos psicológicos de alarma	Signos fisiológicos de alarma	Signos de alarma en el contexto escolar
0 a 2 años	• Pérdida del apetito o rechazo persistente de la comida. • Permanece mudo; excesiva pasividad o silencio. • Excesiva inquietud • Desconocimiento, rechazo o evitación de la madre. • Evitación del contacto visual. • Autoestimulación, balanceo o giro permanente de la cabeza.	• Pérdida significativa de peso. • Vómitos, náuseas y rechazo al alimento de manera persistente.	

Grupo de edad	Signos psicológicos de alarma	Signos fisiológicos de alarma	Signos de alarma en el contexto escolar
3 a 5 años	• Rechazo al contacto. • Autoagresión • Aislamiento • Permanente silencio. • Manifiestación de deseos de morirse.	• Autolesiones • Pérdida significativa de peso o sin ganancia de peso para la edad.	• Rechazo total a la escuela. • Autoestimulación o balanceo permanentes. • Pérdida de la comunicación (no habla ni intenta comunicarse de otra forma).
6 a 11 años	• Deseos de huir de la casa o morirse. • Aislamiento y tristeza persistentes.	• Pérdida de peso significativa. • Quejas somáticas frecuentes, se enferma todo el tiempo. • Presencia de lesiones autoinflingidas, como morderse, golpearse, arrancarse el pelo, etc.	• Rechazo total a la escuela. • Crisis grave de ansiedad (pánico) al estar en la escuela. • Desorientación (no sabe dónde está, no reconoce a las personas). • Pérdida de contacto con la realidad.
12 a 18 años	• Deseos de huir de la casa o morirse. • Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. • Presencia de conductas antisociales como robo, hurto, riñas graves, etc. • Comportamiento sexual promiscuo o perverso.	• Pérdida de peso significativa. • Evidencia de intoxicación con substancias psicoactivas o alcohol. • Intento de suicidio. • Sintomatología somática persistente: diarrea, constipación, dolor epigástrico, etc.	• Manifestación de deseos de morir o matarse. • Agresividad grave contra otros o contra sí mismo (autolesionarse o intentos de suicidio). • Consumo de alcohol u otras substancias psicoactivas.

Al detectar cualquiera de los signos de alarma, el personal que participa en la atención psicosocial debe hacer lo siguiente:

- Hacer un contacto individual e identificar mejor los síntomas y signos.
- Compartir opiniones con los padres y buscar su colaboración.
- Definir si existe una posible causa orgánica que pueda explicar la alteración en el niño y, si existen dudas al respecto, asegurar su evaluación médica.

- Analizar si los signos se presentan en los diferentes contextos de las actividades cotidianas del menor (familia, escuela y comunidad).
- En caso de consumo de alcohol u otras substancias psicoactivas, tratar de determinar si se sabe de distribución ilegal de las mismas.
- Determinar el riesgo y el grado de urgencia.
- Analizar y decidir si los signos son lo suficientemente persistentes y consistentes como para realizar una remisión a evaluación especializada.
- Estar atento a los resultados de la evaluación especializada y atender a las instrucciones del especialista para el seguimiento cotidiano del paciente en su medio (por ejemplo, los maestros en el aula escolar).

No debemos pensar en la referencia únicamente como una necesidad de medicación del niño. No existe evidencia clara de que la utilización de psicofármacos sea efectiva en los niños para mitigar o aliviar los síntomas más frecuentes en una reacción a un evento catastrófico. En caso de que esta posibilidad se contemple, se debe referir el niño a personal médico con experiencia en el manejo de dichos medicamentos.

Recomendaciones para realizar una remisión a consulta especializada

- Asegurarse de que el menor requiere realmente del servicio especializado.
- Es necesario conocer los dispositivos de salud mental que existen en la comunidad (servicios para niños, ubicación, condiciones, mecanismos y requisitos de acceso).
- Explicar al niño y a la familia por qué, a dónde y cómo va a ser referido. Referir al niño no significa abandonarlo: es necesario ser cuidadoso para no dar la impresión de abandono del niño.
- Si existen protocolos o procedimientos estandarizados para realizar las referencias, deben usarse.
- Escribir claramente los datos de identificación del menor y de los padres o cuidadores, y la dirección donde se encuentra el niño. Describir su estado actual y las razones por las que requiere la remisión.

- Informar al profesional de la entidad a la cual va a hacer la remisión, sobre la llegada del niño, su estado y la necesidad del servicio.
- De ser posible, acompañar al niño o asegurarse que va a ir en compañía de un adulto responsable.
- Exigir al profesional especializado un documento formal de contrarreferencia con los resultados y las recomendaciones para el seguimiento.
- Mantener un registro de las remisiones y los resultados.
- Asegurar el seguimiento de los casos remitidos.

Recomendaciones básicas para la atención terapéutica especializada de niños en situaciones de emergencia

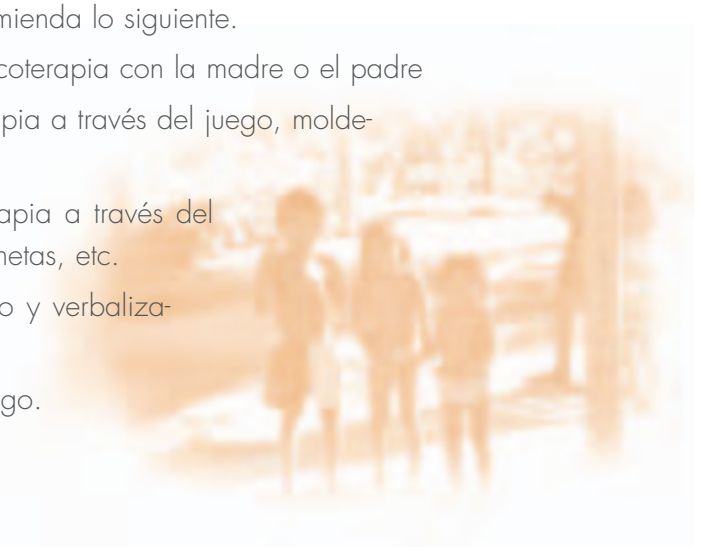
El objetivo del presente manual no es abordar la atención terapéutica especializada, por lo que sólo hacemos una muy breve referencia al tema.

Toda terapia debe reunir las siguientes condiciones: 1) voluntaria; b) confidencial; c) breve y d) autorizada por los padres.

Cada profesional determina las técnicas más adecuadas. Sin embargo, como principio general, estos procedimientos deben ser breves en el tiempo, estar limitados más bien al aquí y el ahora (la problemática del evento traumático), atender a los signos de alarma y corresponder al contexto de la comunidad y la cultura.

Los grupos terapéuticos tienen en cuenta la edad y el desarrollo psicosocial de los niños. En general, se recomienda lo siguiente.

- Hasta los 2 años: psicoterapia con la madre o el padre
- 3 a 5 años: psicoterapia a través del juego, moldeado o simbólico
- 5 a 8 años: psicoterapia a través del dibujo, juegos, marionetas, etc.
- 9 a 12 años: diálogo y verbalización, juego de roles.
- 12 años o más: diálogo.



Consideraciones finales

- Los niños son especialmente vulnerables a los efectos de los desastres. Su patrón de reacción es diferente al de los adultos y depende de muchos factores, especialmente de la edad y de la presencia de un núcleo familiar protector.
- El impacto emocional a menudo se expresa por alteraciones de la conducta.
- Resulta indispensable que los padres y todos los que se ocupan de la atención de los niños afectados por una situación de desastre, conozcan bien cuáles son las reacciones típicas esperables y, además, aprendan a reconocer los signos de alarma que indican que la recuperación de los menores no es normal y probablemente requieren de una atención individualizada o la intervención de especialistas. Los maestros tiene un papel protagónico de especial importancia.
- Es fundamental la evaluación permanente de los riesgos y el diseño de estrategias para su control.
- En la atención psicosocial a los menores es esencial asegurar: la satisfacción de necesidades básicas, la protección y el acompañamiento, así como la normalización de la vida (incluida la reinserción escolar) en el más corto plazo posible. También, es importante la reunificación del grupo familiar.
- Las intervenciones de salud mental dirigidas a menores son, usualmente, sencillas, grupales y deben ser implementadas en el marco de las actividades cotidianas de los niños. En ese sentido, el escenario escolar es privilegiado.
- Las actividades grupales pueden ser complementadas, en casos de riesgo o con signos de alarma, con la atención individual por parte de maestros, agentes comunitarios y trabajadores de atención primaria.
- Las intervenciones grupales (no especializadas) las clasificamos en dos categorías: psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.

√Las acciones de intervención psicosocial deben adaptarse al momento que los niños están viviendo (de acuerdo con el tiempo transcurrido luego del desastre) y, obviamente, según la edad. Deben ser atractivas

y motivantes para los menores, por lo que es usual que se combinen con juegos, competencias deportivas y otras.

- Es fundamental que las actividades se adapten a las realidades culturales de las poblaciones afectadas y a los recursos comunitarios disponibles, así como que cuenten con la aprobación y el apoyo de los padres.
- Es necesario desarrollar programas de entrenamiento y capacitación de manera que se desarrollen las competencias necesarias para la atención psicosocial de menores a los maestros, trabajadores de salud y personal de ayuda humanitaria.

Referencias

1. Santacruz H, Ardila S. Estudio longitudinal de secuelas psicológicas en damnificados del terremoto del eje cafetero. *Rev Col Psiq*. 2003.
2. Moro M, Bobet T. *Comprendre et soigner le troumatissme en situation humanitaire*. Paris: Medecins Sans Frontieres; 2001.
3. Medecins Sans Frontieres. *Soigner malgé tout. Enfants, Adolescents*. Paris: Editions La Presse Sauvage; 2002.
4. Casas G. "__" En: *Soigner malgé tout. Adolescens dans la rue : soigner comme meme*. Paris : Editions La Presse Sauvage; 2002.
5. American Academy of Child and Adolescents Psychiatry. *Helping children after disasters*. Information for the family. American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 2003. Disponible en: aacap.org: family information
6. Macksoud M. *Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la guerra*. Nueva York: UNICEF; 1993.
7. Green BL. Evaluating the effects of disasters. Psychological assessment. *A Journal Consulting and Clinical Psychology* 1991;3:538-46.
8. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie de manuales sobre desastres. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
9. Ospina MB, Casas G. Qualitative analysis of the drawing of children victimized by a disaster as a discourse about the traumatic experience: the case of the Colombian earthquake (1999). *The Promised Children*, 2000 IACAPP World Congress. Disponible en: www.kenes.com/childhood/sci, 130.
10. Unicef. *Retorno a la alegría*. UNICEF; 2002.
11. La Greca AM. *Through the eyes of a child: obtaining self-reports from children and adolescents*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1990.
12. Frederick CJ, Pynoos R, Nader K. *Reaction index to psychic trauma, Form C (child)*. Los Ángeles, CA: UCLA; 1992.

Lecturas recomendadas

Palacio M. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los niños en emergencias complejas o situaciones de desastre*. Bogotá: OPS, OMS; 2003.

OPS/OMS, J. Jenkins

CAPÍTULO VI
Primera ayuda psicológica

Santiago Valero

Los sentimientos que experimentan las personas frente a los eventos adversos son reacciones ordinarias a situaciones extraordinarias; responden con una variedad de patrones individuales y no se conoce, con absoluta certeza, si estas reacciones son universales o si varían de una cultura a otra (1). Lo cierto es que necesitan ayuda psicológica y social para recuperar cuanto antes el control de sus propias vidas y participar activamente en su recuperación. La primera ayuda psicológica es la intervención que se lleva a cabo en una persona en crisis, por un miembro de un equipo de respuesta o por una persona de la comunidad para aliviar las tensiones creadas por un suceso que amenaza la vida o la seguridad del individuo o su entorno; se brinda en la misma escena de los acontecimientos.

La técnica de primera ayuda psicológica es sencilla y práctica; no es un procedimiento especializado, pero se requiere un entrenamiento básico para su aplicación. Por esta razón, se debe capacitar el personal que potencialmente podría intervenir en la primera respuesta en situaciones de desastres.

Con respecto a este capítulo, es especialmente importante trabajar en la preparación de los trabajadores de atención primaria en salud y de los equipos institucionales de respuesta y ayuda humanitaria.

Objetivos de la primera ayuda psicológica

Objetivo general de la primera ayuda psicológica. Ayudar en forma inmediata a las personas afectadas a mitigar el impacto emocional de un evento adverso.

Objetivos específicos

1. Contribuir a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia.
2. Reducir la tensión y la aflicción.
3. Ayudar a los sobrevivientes a tomar los pasos prácticos para resolver los problemas urgentes causados por el desastre.
4. Favorecer el desarrollo de actividades solidarias y de ayuda mutua.
5. Preservar una zona de seguridad interpersonal para las víctimas.
6. Facilitar el descanso de los supervivientes.
7. Proveer contacto social con familiares y amigos.
8. Asistir a las víctimas para localizar y verificar el estado de sus seres queridos.

Actitudes de quien va ayudar

Los que prestan la primera ayuda psicológica requieren desarrollar ciertas actitudes que les permitan establecer lazos psicológicos con las personas en crisis, ganar su confianza y demostrar su disposición para ayudarlas.

A continuación, se hace un resumen de las más importantes:

- Actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme; la persona asistida no espera que el personal de ayuda se sume a su crisis sino que la ayude a superarla.
- Evite ser crítico. No enjuicie ni sermonee.
- Actitud de escucha responsable, que permita que la persona afectada se exprese hablando o llorando; éste es el mejor recurso (catártico) en la asistencia psicológica de urgencia.

- Una actitud que facilite la empatía significa que la víctima percibe que el auxiliador la comprende y entiende; es esencial para lograr la aceptación del afectado.
- No trate de resolver, responder o aclarar todas las preguntas o afirmaciones que la persona haga en ese momento sobre aspectos como las causas del desastre y "la mala suerte que le ha tocado".
- No intente calmar a la persona afectada convenciéndola de que está equivocada en sus juicios o apreciaciones.
- No intente modificar las conductas defensivas, como el no aceptar los acontecimientos o las pérdidas sufridas; constituyen una especie de defensa psicológica inicial, la cual conserva el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda.
- Autocontrol: el que ayuda debe controlar su propio comportamiento.
- Disposición para trabajar en equipo.

Una comunicación efectiva se basa en la escucha responsable (2)

La comunicación efectiva no es una competición de quién gana o pierde. La clave es la actitud de escucha responsable.

- Escuchar significa dejar hablar libremente a la otra persona.
- Escuchar significa percibir tanto el contenido como los sentimientos.
- Escuchar requiere sensibilidad.
- Escuchar ayuda a establecer la confianza entre las partes.
- Escuchar permite relajarse al que habla.
- Escuchar manteniendo el contacto visual directo.

Principios básicos generales o pautas para la actuación (2-4)

- La primera ayuda emocional a los sobrevivientes de un desastre está directamente relacionada con la solución de sus necesidades básicas y de supervivencia (alimentación, agua potable, abrigo, alojamiento, atención médica, etc.). Los trabajadores de la salud y de ayuda huma-

nitaria deben tener en cuenta este elemento cuando se interviene en los primeros momentos posteriores al evento traumático.

- Valore cuidadosamente las reacciones de las personas afectadas por el desastre e identifique con criterios claros a las que requieren una atención psicológica más urgente y ofrecerles un apoyo personalizado.
- Asegúrese de que la primera ayuda psicológica no interfiera ni complique los primeros auxilios médicos.
- Elimine o reduzca la hiperactividad. La persona, generalmente, realiza numerosas actividades sin terminar ninguna; puede ser muy crítico o conflictivo y poco paciente. Se le deben asignar algunas actividades de poca complejidad.
- Evite la inmovilidad. La persona que no puede moverse debe ser ayudada cuando existe la seguridad de que no hay ninguna razón física que lo justifique. Se debe hablarle, sentarla en un lugar seguro y asegurarse de que esté abrigada.
- Elimine la posibilidad de pánico. El pánico no es la conducta esperada o típica de la población. Sin embargo, la persona en estado de pánico debe ser tratada con firmeza, pero siempre con respeto, sin gritarle. Si hay más personas presentes, deben ser apartadas. Hay que evitar que el sujeto en pánico corra, abrazándolo fuertemente, no dejarlo solo y traer sus pensamientos a asuntos cotidianos.
- Aparte a la persona apática. La persona apática no molesta pero debe ser situada en un lugar seguro, resguardándola del frío.
- La persona que está en estado de choque o conmoción debe ser alejada del ambiente traumático. Hay que hacerle sentir que está acompañada, sostenerle la mano, abrazarla, acariciarla, hablarle con tono afectuoso y sereno, llamándola por su nombre.
- Si la persona expresa sus sentimientos de dolor o frustración con un comportamiento agresivo, por ejemplo, golpeando objetos, acompáñela calmadamente, sin tratar de detenerla inmediatamente, a menos que la seguridad de ella misma o de otros corra peligro.
- Si la persona afectada está confusa o no tiene una impresión clara de lo que le está sucediendo, el personal de primera respuesta debe contestar las preguntas comunicando claramente que está actuando solidariamente para resolver sus problemas.

- Evite los relatos con detalles horripilantes, pero tampoco tratar de minimizar lo sucedido como "si aquí no hubiera pasado nada".
- Estimule y favorezca que las personas afectadas se incorporen a las tareas de ayuda mutua entre sí, tan pronto como sea posible.
- El contacto físico facilita las cosas y crea una sensación inmediata de seguridad, por ejemplo, si se le coloca la mano en su hombro mientras se le escucha. No obstante, se debe proceder con cautela en la proximidad a una persona afectada, ya que hay personas o culturas a las que puede resultarles incómodo un contacto excesivo.
- Actuar con calma tiene un efecto tranquilizador sobre las personas afectadas. La calma es casi tan contagiosa como el nerviosismo; es necesario hablar sosegadamente y en tono normal.
- La soledad crea sentimientos opresivos. Siempre que sea posible, se debe permanecer junto a la persona afectada y decirle que dispone del tiempo suficiente para ayudarla; no deje a la víctima sola o, al menos, asegúrese de que alguien esté con ella. Evite correr de un lugar a otro.
- Evite comentarios inadecuados, por ejemplo, decir que la ambulancia tarda demasiado o que hay que apresurarse en llegar al hospital.
- Facilite que la persona afectada se desahogue; el llanto puede ser un buen ejemplo, es un poderoso alivio para los sentimientos y evita sentirse extremadamente opresivo. Se debe proteger la intimidad de la persona que desee llorar.
- Evite los curiosos. Las personas afectadas, por lo general, están incomodas por la posibilidad de que otros lo contemplen en la expresión de sus sentimientos; la ayuda debe consistir en apartar a la persona afectada y llevarla a un lugar con cierta privacidad.
- Si la víctima demanda información sobre su situación personal es necesario:
    - Explicar lo que se le está haciendo de forma que lo entienda, evitando palabras técnicas y de alto contenido emocional.
    - Se pueden usar los siguientes mensajes: "Esto duele un poco, o esto no duele", "Te vamos a poner un vendaje", "Vamos a subirte a la ambulancia", "Luego te llevaremos al hospital" "Si te pongo esto, estarás más cómodo".

- Si la víctima solicita información sobre otras personas afectadas por el desastre y existe la certeza de que la situación no es muy grave, se debe adoptar una actitud tranquilizadora. Se puede decir: "Están siendo atendidos", "Mis compañeros están con ellos", "Cuando sepa algo, ya se lo diré".
- Si existen signos claros de fallecimiento (personas cubiertas con mantas) y la víctima tiene acceso visual a la situación, ante la demanda de información, ofrezca una información objetiva.
- Evite comentarios como "Puedo imaginarme por lo que has pasado". Es mejor "Debe haber sido terrible" o "Debe ser muy duro para usted superarlo".

Diez reglas de lo que no se debe hacer (2, 5)

1. **No** aconsejar.
2. **No** ponerse de ejemplo (el auxiliador).
3. **No** enfatizar excesivamente los aspectos positivos. Frases como "Podría haber sido peor" pueden ser contraproducentes.
4. **No** minimizar el hecho; la frase "No pasa nada" suele ser negativa.
5. **No** bromear, la ironía puede ser ofensiva o contraproducente.
6. **No** dramatizar; si la persona llora, el auxiliador no tiene por qué hacerlo.
7. **No** engañar a la víctima, ni fingir.
8. **No** favorecer la actitud de culparse.
9. **No** actuar defensivamente.
10. **No** favorecer dependencias directas del afectado con el auxiliador.

La seguridad en la primera ayuda psicológica (4)

Las situaciones de emergencias pueden, eventualmente, generar conductas violentas que involucren diferentes actores. En ocasiones, se ha observado que ciudadanos tranquilos y cooperativos pueden adoptar conductas inapropiadas o violentas. Por consiguiente, la intervención en estas circunstancias demanda que los miembros de los equipos de respuesta adopten algunas medidas básicas de seguridad.

- No permitir que la atención de una crisis sea una sorpresa para el afectado. El que presta la ayuda debe identificarse, señalar el motivo de su presencia y verbalizar sus intenciones de ayuda.
- Prever posibles actos hostiles o agresiones. Se recomienda evaluar cuidadosamente el entorno. Frecuentemente, algunos familiares o amigos pueden estar muy alterados emocionalmente o estar bajo los efectos de bebidas alcohólicas.
- Prever vías de salida rápidas del lugar de trabajo, si fuere necesario.
- Tomar medidas de protección ante la presencia de animales o mascotas potencialmente agresivas ante extraños.
- No permitir ser abrumado por las llamadas de auxilio. Es frecuente que muchas personas al mismo tiempo quieran solicitar ayuda, así como dar sugerencias u órdenes.
- Intervenir en pareja, siempre que sea posible, es una regla básica de seguridad.

Intervención de primeros auxilios emocionales con grupos especiales

Con niños (6). Los niños no reaccionan como lo hacen las personas adultas y sus respuestas emocionales van a estar en relación directa con las reacciones de los adultos que son significativos para ellos; son muy perceptivos a los cambios emocionales en ellos. Así mismo, no tienen el mismo nivel de abstracción como para poder comprender racionalmente los acontecimientos o verbalizar sus requerimientos emocionales, los cuales varían según la edad.

A continuación presentamos algunos criterios generales que pueden servir para ayudar a los niños en situaciones de crisis:

- El contacto físico es importante con los menores, por ejemplo, abrazarlos.
- Recomendar que los padres acompañen a los niños.
- Reafirmarles frecuentemente que están seguros y a salvo.
- Hablar con ellos sobre lo acontecido de forma simple.
- Facilitar que hablen sobre lo ocurrido, si desean hacerlo.
- No minimizar ni exagerar la situación.

- No hablar a los niños sobre los miedos de los adultos hacia el futuro.
- No hacer promesas que no se puedan cumplir.
- No decir que los muertos están felices en el cielo, ya que pueden desear morir para ir con esa persona.
- El tema de la muerte debe de ser tratado concretamente, decirles que ésta es permanente y que causa una gran tristeza. Si no es necesario, no debe hablarse de las muertes ocurridas.
- Dar a los niños tareas apropiadas para su edad.
- Mantener las rutinas familiares y sociales propias de su edad y contexto.

Con ancianos (7). Brindar la primera ayuda a los ancianos demanda un conocimiento de sus principales limitaciones y necesidades, así como una predisposición a actuar con respeto y comprensión.

A continuación, se exponen algunos aspectos importantes.

- Tener paciencia.
- No mostrar una excesiva confianza.
- No intentar suplir o ayudar en cosas que ellos pueden hacer.
- No aceptar ningún obsequio.
- Muchos se sienten solos y ansiosos de poder comunicarse; favorecer la escucha responsable.
- No dejarlos solos, procurar que se queden con personas de su confianza o familiares.

Situaciones especiales (3). La intervención con grupos especiales requiere una buena comunicación y demostrarles que se está dispuesto a ayudarles. Las personas con discapacidades requieren intervenciones que se adapten a cada tipo de limitación.

- *Deficiencias motrices*. Preguntar en qué y cómo se le puede ayudar. Adaptarnos a su ritmo de movimiento y adoptar una postura que resulte cómoda para ambos. No le hable como a un niño. Facilitarle que pueda llevar consigo cualquier dispositivo que use para el desplazamiento. Siempre explique a dónde se le lleva y por qué.
- *Deficiencia sensorial*. Situarse de forma que se le vea la cara al que brinda la ayuda. Hablar despacio vocalizando, usar lenguaje no ver-

bal, repetir las veces que haga falta; si tiene hipoacusia, eleve el volumen de su voz, pero, si es sordo, por más que grite no va a oír.

- *Ceguera*. No gritar al hablar: no es sordo. Preguntar en qué y cómo se le puede ayudar. Ofrecer el brazo y caminar a paso lento, anticiparle obstáculos; si se va a sentar, tomar su mano y ponerla encima del asiento; no usar conceptos espaciales que no comprenda (aquí, allí): use derecha, izquierda.

Conclusiones

- La primera ayuda psicológica la pueden brindar personas debidamente entrenadas, aunque este material está especialmente dirigido a trabajadores de atención primaria en salud y miembros de los equipos de respuesta.
- El objetivo principal es lograr, en el menor tiempo posible, que la persona afectada retome el control de sus emociones y participe en su propia recuperación.
- La primera ayuda psicológica se basa principalmente en saber escuchar, establecer un contacto físico afectivo y respetuoso, y permitir el desahogo emocional de la persona afectada.
- Las víctimas necesitan información sobre lo ocurrido, sobre lo que está pasando, sobre lo que se les está haciendo y sobre el estado de sus familiares.
- Actuar con calma y no mentir en la información son principios básicos.
- Los niños requieren una intervención orientada básicamente a brindarles una sensación de seguridad, afecto y protección.
- Con los ancianos, la intervención se orienta a la comprensión y la paciencia para poder escucharlos y comprender sus necesidades.
- Los grupos especialmente vulnerables, como las personas con discapacidades, requieren intervenciones que se adapten a cada tipo de limitación.

Referencias

1. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Informe mundial sobre desastres*. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 1998.
2. Prewitt Díaz J. *Primeros auxilios psicológicos*. 2001.
3. Cruz Roja Cubana. *Primeros auxilios psicológicos y apoyo humano. Manual del Instructor*. La Habana (Cuba): Cruz Roja Cubana; 2003.
4. Federal Emergency Management. Agency *EMS Safety, Techniques and applications*. United States Fire Administration; 1991.
5. Rodríguez J, Hernández A. *La relación terapéutica de ayuda*. Bogotá (Colombia): OPS/CIDA; 2003.
6. Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis. *Primeros auxilios emocionales*. Disponible en: www.amamecrisis.com.mx.
7. Cruz Roja Colombiana, Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA. *Sistema Nacional de Atención y Prevención de Desastres*. Santafé de Bogotá: Cruz Roja Colombiana y SENA; 1991.

Lecturas recomendadas

Valero S. *Psicología en emergencias y desastres*. Lima (Perú): Editorial San Marcos; 2001.

CAPÍTULO VII
Protección de la salud mental en los equipos de respuesta

Santiago Valero

No existe ningún tipo de entrenamiento que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas y cantidades importantes de lesionados y cadáveres en el marco de una situación de desastre, sea afectada en el orden psíquico. Los trabajadores de emergencias enfrentan situaciones específicas, como pueden ser la falla en la misión, la vivencia de excesivo sufrimiento humano, las muertes traumáticas, los cuerpos mutilados o quemados, las situaciones amenazantes para su propia integridad física, la pérdida de compañeros de equipo o presenciar accidentes masivos (1, 2).

Entendemos como equipos de primera respuesta al conjunto de personas que integran una determinada organización y prestan sus servicios en los momentos iniciales en situaciones de emergencias o desastres en diferentes funciones de primera línea, como ayuda humanitaria y servicios de salud, y otras labores operativas de campo, como el combate de incendios, el rescate de personas, la atención de heridos, etc. Todas las personas que realizan este tipo de trabajo, ya sea por largo tiempo o durante una sola experiencia, son vulnerables al estrés (3).

El estrés agudo es uno de los riesgos ocupacionales más graves en el servicio de emergencias, porque afecta la salud y el desempeño en el trabajo, así como la vida familiar y espiritual.

El evento traumático puede producir una serie de reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas, y tiene el potencial de interferir en las habilidades para actuar en el lugar de las operaciones en forma inmediata o, posteriormente, en el retorno a la rutina laboral y familiar (2). Los problemas emocionales también pueden promover el mayor consumo de alcohol o drogas.

Es responsabilidad de los líderes proteger no solamente la salud física sino también la salud mental de los integrantes de los equipos de respuesta como única garantía para cumplir con éxito las tareas y proteger al personal contra los efectos destructivos del estrés.

El trabajo en desastres y emergencias incluye el enfrentamiento a situaciones estresantes, como las siguientes (4):

- Largas horas de esfuerzo continuo.
- Lucha contra el tiempo por salvar vidas.
- Trabajo en ambientes adversos (estructuras colapsadas, derrames químicos, etc.).
- Trabajo en condiciones climáticas adversas (lluvias persistentes, réplicas de sismos y otras).
- Labores pesadas (como remoción de escombros).
- Presión por tener que trabajar ante la presencia de periodistas.
- Equipo inadecuado o insuficiente.
- Alteración en el ritmo diario de vida (como dormir y comer).
- Labor de *triage* (procedimiento utilizado para clasificar a los heridos, lesionados y afectados, en el lugar del incidente, según su gravedad y prioridad para la atención y evacuación).
- Servicios públicos esenciales destruidos.
- Presión por parte del público por encontrar a sus familiares desaparecidos.
- Información confusa o contradictoria, rumor o desinformación.

Factores de riesgo

Existen condiciones que influyen en la eficiencia de los equipos de respuesta y que favorecen la aparición de problemas psicosociales. A continuación abordamos algunos de ellos (4).

Factores individuales

- Enfermedades crónicas como asma, cardiopatías, hipertensión arterial, úlceras y diabetes, entre otras.
- Problemas o situaciones previas que provocaron estrés, por ejemplo, la pérdida del empleo, conflictos familiares, divorcio, enfermedades de algún miembro de la familia, etc. Las experiencias traumáticas anteriores vulneran la capacidad de resistencia y pueden dar lugar a reacciones violentas o incapacitantes.
- La edad: los más jóvenes están más propensos a sufrir problemas emocionales que los mayores (2). Se recomienda que los adolescentes y jóvenes sean destinados a labores administrativas u organizativas y se evite exponerlos a situaciones de gran sufrimiento humano.
- Pérdidas personales o lesiones: en ocasiones, los integrantes de los equipos de ayuda han perdido familiares cercanos o bienes personales en el desastre; esta situación los puede incapacitar para tomar decisiones objetivas o hacer perder la concentración necesaria para realizar sus labores.
- El personal de respuesta puede resultar lesionado por las labores encomendadas y tener que ser retirado del lugar; los sentimientos de frustración y de culpa pueden ser muy grandes al sentir que no pueden seguir realizando las acciones para las cuales han sido preparados.
- Las primeras personas que llegan a la emergencia, o los que tienen mayor contacto con las víctimas, tienen más problemas psicológicos que los que van llegando posteriormente debido, fundamentalmente, al impacto visual que puede ejercer la magnitud de la devastación sufrida y el estado en que se encuentren las personas o los cadáveres.

Factores interpersonales

- Las responsabilidades laborales pueden generar situaciones de conflicto con la familia, por ejemplo, por un lado, querer participar en las labores de la emergencia, y, por otro, la presión familiar para que se cumpla con las responsabilidades, en especial, si se tienen hijos pequeños o familiares enfermos.
- El tiempo prolongado de separación de los integrantes de los equipos de respuesta de sus estructuras de soporte social (familia, comunidad, amigos, etc.) puede generar sentimientos de nostalgia y de haber sido olvidados.
- Muchas peculiaridades propias de cada personalidad (humor negro, conducta desconfiada, tardanza, mal humor, etc.) son normalmente aceptadas; sin embargo, en situaciones de emergencias y cuando los colectivos están bajo presión prolongada, pueden causar conflictos interpersonales.

Factores comunitarios

- Los medios de comunicación social y los curiosos en la escena de la emergencia pueden contribuir a aumentar la presión emocional sobre los equipos de respuesta.
- La presencia de grupos armados o de violencia política hace que el desempeñar labores humanitarias incremente el riesgo y la tensión, en especial, si hay antecedentes de violaciones de los derechos humanos, secuestros y muertes que involucran también a los integrantes de los equipos de respuesta.

Factores propios del desastre

- El tipo de desastre afecta de diferentes formas a la comunidad. Un desastre de tipo tecnológico produce más estrés para las víctimas y los equipos de respuesta que los desastres naturales; causan gran sentimiento de cólera porque, tal vez, podría haberse evitarse. También, produce mayor temor e incertidumbre porque el agente causante del desastre (fuga radioactiva, contaminación química, etc.) no puede verse, es de difícil control y sus efectos duran mucho tiempo.

- Los desastres que suceden de noche producen más víctimas y problemas emocionales que los que ocurren durante el día, porque la gente está dormida; su respuesta inicial es más lenta y más confusa, lo que dificulta la orientación y la evacuación.
- La duración del desastre también es un factor que afecta, no solamente a la población, sino también a los equipos de respuesta.
- El grado de incertidumbre y la presencia de réplicas en el caso de los grandes sismos, la inestabilidad de estructuras colapsadas, la presencia de materiales peligrosos que no son registrados por los sentidos, los rumores de grupos armados en la zona o la amenaza de ataques son, entre otras, condiciones que influyen sobre los equipos de respuesta.
- El cambio repentino del aspecto físico de la comunidad (cuando el evento adverso ha sido muy devastador) tiende a dificultar la comprensión de lo acontecido y tiene un fuerte impacto psicológico sobre los sobrevivientes y los equipos de respuesta.
- Las situaciones que generan las emergencias complejas representan una amenaza permanente a la integridad física de la población y de los equipos de respuesta.

Estímulos traumáticos. A través de sus experiencias, los integrantes de los equipos de respuesta han aprendido una serie de estrategias para evitar quedar inmovilizados por las escenas de un desastre. Sin embargo, hay algunos estímulos traumáticos que afectan seriamente a este personal como, por ejemplo, los siguientes:

- Entrar en contacto directo con víctimas durante un tiempo prolongado, mientras luchan por lograr su rescate o atención; en ocasiones, algunas de ellas mueren.
- Encontrar cadáveres de niños o con graves heridas; el personal tiende a identificarse con ellos, en especial, si tienen hijos con edades similares.
- La presencia de gran número de cadáveres, en especial, si están seriamente mutilados o tienen varios días, o si descubren conocidos entre ellos.

Problemas de organización. Son aquéllos provenientes de la misma organización de la estructura en la cual interactúa el trabajador y son característicos de las situaciones de desastres (4).

- Ausencia de un lugar dónde descansar, déficit en el suministro oportuno de agua potable y comida, ausencia de servicios higiénicos y de privacidad.
- Falla en la misión (rescatar personas con vida, apagar un incendio, llegar en forma oportuna con la ayuda humanitaria, etc.), especialmente, si se presentó por descuido, impericia, agotamiento o confusión en las órdenes.
- Presión ocupacional: la necesidad de cumplir con muchas tareas en forma rápida y oportuna.
- Demandas del trabajo que requiere de un gran esfuerzo físico y mental por tiempo prolongado y en condiciones adversas. Además, exige de precisión de criterios, juicio, habilidad para elaborar cálculos y decidir muchas veces entre la vida y la muerte.
- Interferencia en sus funciones: se presenta cuando equipos de respuesta de diferentes instituciones trabajan juntos por primera vez o cuando existe rivalidad entre ellos. Puede ocurrir que intenten imponer sus propios estilos y procedimientos o traten de captar la atención de los medios de comunicación social.
- Bajas recompensas: los integrantes de los equipos de respuesta son extremadamente sensibles al reconocimiento de tipo social (no necesariamente material); tienden a reaccionar con elevados niveles de frustración cuando no son reconocidos en forma oportuna.
- Conflicto en las funciones: cuando el trabajador se enfrenta ante situaciones de difícil decisión, como es el caso del personal que tiene que decidir entre su trabajo y su participación en una emergencia de larga duración, entre su responsabilidad familiar y su ausencia prolongada por las demandas de un desastre, o cuando se tiene que actuar como jefe o como amigo.
- Ambigüedad en la función: cuando los trabajadores de los equipos de desastre se encuentran en una atmósfera de confusión e incertidumbre, en relación con el tipo de trabajo que tienen que realizar, el alcance de sus responsabilidades o los objetivos por cumplir, debido a la inexistencia de planes o que estos no son aplicables.
- Incomodidad en la función: cuando el personal tiene que realizar tareas para las cuales no han sido preparados.

Señales de afectación psicológica en el personal de los equipos de respuesta (5)

Que requieren una acción correctiva inmediata	Que no requieren una acción correctiva inmediata
Aspecto físico • dolor en el pecho • dificultad respiratoria • presión arterial alta • arritmia cardiaca • señales de choque • deshidratación excesiva • vértigo • vómito excesivo	**Aspecto físico** • náuseas • malestar estomacal • temblor • sudoración profusa • diarrea • aceleración del pulso • dolores musculares • boca seca • alteraciones del sueño • sobresaltos • problemas en la visión • fatiga
Aspecto cognitivo • dificultad para tomar decisiones • estado hiperalerta • confusión mental generalizada • desorientación en persona, tiempo o lugar • dificultad para nombrar artículos familiares • dificultad para reconocer a personas familiares	**Aspecto cognitivo** • turbación • dificultad para el cálculo • concentración deficiente • tendencia a culpar a terceras personas • dificultad para mantener la atención
Aspecto emocional • reacciones fóbicas • pérdida del control emocional • reacciones de pánico • emociones impropias	**Aspecto emocional** • pesar • tristeza • extrañamiento
Aspecto conductual • violencia • actos antisociales • labilidad emocional, como llorar por cualquier cosa • explosiones de enojo	**Aspecto conductual** • cambio en la forma habitual de actuar • alejamiento • suspicacia • cambios en su comunicación interpersonal • cambios en las relaciones interpersonales

Que requieren una acción correctiva inmediata	Que no requieren una acción correctiva inmediata
Aspecto conductual (cont.) • extrema hiperactividad	**Aspecto conductual** (cont.) • aumento o disminución del apetito • aumento en el consumo de tabaco o alcohol • estado hiperalerta • excesivo silencio • comportamiento inusitado
Estrategia de intervención Cualquiera de estos síntomas demandan, por lo general, el relevo del trabajador o su evacuación a un centro asistencial.	**Estrategia de intervención** Se recomienda un repliegue a una zona de descanso acompañado de un proceso de apoyo psicológico o la inserción a un programa de actividades preventivas de manejo del estrés posterior al incidente traumático.

Actividades preventivas

El personal profesional especializado en salud mental que realice intervenciones psicosociales con los integrantes de los equipos de primera respuesta debe, en la medida de lo posible, pertenecer a sus filas y conocer internamente las características de su trabajo (3).

A continuación, se propone una serie de actividades para prevenir los efectos negativos del trabajo de los equipos de respuesta.

- Debe existir una cuidadosa selección de los postulantes a integrarse a los equipos de respuesta, con especial énfasis en el descarte de personas con trastornos de personalidad.
- Definir perfiles para cada tipo de especialidad o labor en el trabajo de respuesta, como son las labores de rescate, atención de salud, combate de incendios, manejo de materiales peligrosos y trabajo humanitario en emergencias complejas, entre otros, con la finalidad de poder designar al personal más idóneo para cada tipo de tarea.
- Pautar, como rutina anual, un proceso de evaluación en salud mental con la finalidad de identificar de manera oportuna el agotamiento emocional, los síntomas de estrés postraumático y otros trastornos psíquicos.
- Establecer anualmente actividades de prevención del estrés ocupacional y autocuidado de la salud mental orientado, diseñando y difundiendo materiales educativos de fácil lectura y comprensión.

- Incluir en las acciones de protección de la salud mental una amplia gama de trabajadores; un ejemplo puede ser el personal que se desempeña en las centrales telefónicas de emergencias.
- Extender los cuidados de la salud mental a las familias de los integrantes de los equipos de respuesta, con la finalidad de prevenir la violencia y otros conflictos familiares, así como para involucrarlas en el conocimiento del trabajo que realizan estos equipos y el estrés al cual están sujetos.
- Los programas de capacitación y entrenamiento deben evaluar la capacidad de los participantes para trabajar bajo presión, realizar labores en equipo, tolerar la frustración y manejar el miedo.
- Incluir temas relacionados con el autocuidado de la salud mental, en los contenidos temáticos.
- Enseñar a reconocer las reacciones psicológicas que requieren una acción correctiva inmediata, con la finalidad de dar el apoyo necesario en forma oportuna.
- Preparar un grupo de intervención en crisis conformado por personal con experiencia, que se encargará de dar la información a la familia, cuando un integrante de los equipos de respuesta resulte lesionado o fallezca en cumplimiento del servicio.

Alimentación

La alimentación para el personal involucrado en una misión prolongada debe ser de gran interés para los directivos de los equipos de respuesta, si desean tener al personal activo y funcionando.

Sugerencias

- Durante los períodos de estrés agudo o crónico, las fuentes de vitaminas y sales minerales en los alimentos pueden resultar insuficientes, por lo que se hace recomendable la ingestión de cantidades adicionales de vitaminas B y C.
- Se recomienda la ingestión periódica de líquidos, en especial, los que contengan electrolitos o jugos naturales, que pueden llevarse en cantimploras o termos.
- El personal de emergencias no necesita alimentos ricos en azúcares. Existe una tendencia a dar caramelos, dulces, gaseosas y chocolates a

los trabajadores de emergencia, con la falsa creencia de que esto ayuda a reponer energías. Se recomienda su sustitución por frutas.

- La cafeína puede aumentar el ritmo cardiaco, elevar la presión sanguínea y provocar una mayor demanda de oxígeno; su consumo excesivo puede causar dolores de cabeza, diarrea, inquietud, arritmia cardiaca, nerviosismo, irritabilidad e insomnio. Cualquier cantidad de cafeína mayor de 250 mg por día se considera excesiva y casi siempre ocasiona efectos negativos; algunas personas reaccionan negativamente a la cafeína a dosis menores. Se debe tener presente que cada taza contiene aproximadamente 110 mg de cafeína; a esta cantidad se agregan otras cantidades obtenidas de otras fuentes, como el chocolate, el té y las bebidas de cola. Se recomienda reducir o evitar el consumo de café, té, bebidas de cola o chocolate; es mejor sustituirlos por agua mineral, jugo de frutas o leche, sales hidratantes y electrolitos por vía oral.
- Las grasas no son una buena fuente de energía en situaciones de emergencia en la cuales el personal de respuesta está sometido, frecuentemente, a una elevada actividad física, ya que las grasas necesitan tomar oxígeno del cuerpo para poder desdoblarse.
- Es recomendable una alimentación alta en calorías con productos no perecederos, como frutas secas, avellanas, granos, nueces, etc.
- Recordar que, en una situación de estrés, la digestión se hace lenta por la redistribución de la sangre hacia los músculos y el cerebro; por consiguiente, una comida difícil de digerir o muy abundante puede traer problemas.
- Evitar el consumo de alcohol.

Actividad física

- Practicado como medida preventiva contra el estrés, el ejercicio físico exige cierta regularidad; 30 minutos, tres veces por semana, aportan efectos beneficiosos.
- Después de un periodo de servicio, no es recomendable dormir de inmediato; debería hacerse un poco de ejercicio físico antes.
- La actividad física metaboliza los subproductos de la reacción de estrés, los cuales, de otro modo, podrían ser nocivos (1).

- Sustancias como la noradrenalina hacen más vulnerable a la persona con respecto a las emociones negativas, como el miedo y la cólera; la actividad física ayuda a su metabolismo.

Pautas para el cuidado de la salud mental en operaciones de desastres

- Durante la fase de alarma, proporcionar al trabajador de respuesta toda la información posible sobre lo acontecido.
- Informar de manera regular a los miembros de los equipos de respuesta sobre el estado de sus familiares y su localización.
- Cada miembro de los equipos de respuesta debe desarrollar un sistema de acompañamiento con otro trabajador. Los dos deben estar vigilantes y atentos entre sí, preguntándose cómo se sienten, recordarse la hora de tomar sus alimentos y darse aliento mutuamente (6).
- En las operaciones de larga duración, los trabajadores deben tomar un tiempo de descanso, con la finalidad de evitar la fatiga emocional y los errores (7).
- Establecer una reunión en cada cambio de turno o de equipo para intercambiar información y comunicar qué es lo que está ocurriendo; esto también sirve como oportunidad para desfogar frustraciones y malas interpretaciones. Debe permitirse que se hable sobre los sentimientos y no censurarlos. Tener a quién recurrir y con quién hablar, alguien que pueda ofrecer consuelo, ayuda y sugerencias, protege del impacto negativo de los rigores y las vivencias de las operaciones de emergencias.
- Se sugiere que se realicen caminatas conjuntas lejos del área de trabajo, hablándose de temas comunes y no solamente lo referido al desastre.
- Organizar actividades sociales y practicar algún deporte, de preferencia no competitivo.
- Mantener el contacto con los amigos y la familia. Cuando se empacan las cosas para salir al lugar del desastre, es bueno incluir en el equipo artículos que le permitan mantener un contacto psicológico con la familia (fotos, tarjetas humorísticas, etc.).

- El contacto telefónico frecuente (cuando es posible) con la familia y las amistades es vital; permite intercambiar experiencias y saber cómo están sus seres queridos e impide que cuando se retorne al hogar se sienta como un extraño.
- Fomentar la integración del equipo de trabajo; si el individuo siente que cuenta con el apoyo del grupo, se verá protegido contra los efectos negativos del estrés.

Los equipos o profesionales de salud mental pueden y deben jugar un importante papel en la atención de los miembros de equipos de respuesta. Pueden observar el funcionamiento de los trabajadores, darles soporte, ofrecer atención especializada si se requiere y avisar a los líderes o tomadores de decisiones sobre el nivel de fatiga, así como de las reacciones de frustración o de fracaso.

Pautas para el cuidado de la salud mental al retornar a las acciones rutinarias

- Las técnicas de relajación, el manejo de la respiración profunda y la meditación ayudan en el proceso de recuperación y de retorno a la actividad rutinaria o la vida habitual (5); sin embargo, no se recomiendan cuando el personal tiene que continuar en las labores humanitarias o de rescate en poco tiempo.
- Involucrar a la familia contribuye a prevenir los conflictos en su interior; muchas personas guardan, por años, profundos resentimientos porque sus padres, hijos o parejas no les dedicaron tiempo, no les escucharon sus problemas o, simplemente, viven con el temor de que algo malo les pueda pasar en sus misiones humanitarias. La familia debe saber cuáles son las exigencias y las consecuencias sobre la salud física y mental del trabajo que realizan; así mismo, debe motivarse a las familias para que se conozcan entre sí y sean capaces de darse apoyo mutuo.
- Evitar el consumo de alcohol; si bien sus efectos iniciales son estimulantes, el efecto final es depresor y puede provocar la evocación masiva de recuerdos desagradables con el consiguiente malestar psicológico.
- Escribir relatos de los acontecimientos les ayuda a algunas personas a revalorar lo sucedido y darle un sentido a las labores que realizaron, y se convierte en una oportunidad para que expresen sus sentimientos al respecto.

Recomendaciones para los líderes de los equipos de respuesta

Los líderes o personas con responsabilidades en los equipos de respuesta deben tener presente las siguientes recomendaciones, con la finalidad de facilitar el trabajo, mantener la motivación y la moral, así como para cuidar la salud mental de sus subordinados y compañeros de tareas.

- El reconocimiento público y oportuno por el esfuerzo desplegado es muy importante para mantener la autoestima y la confianza del personal.
- Asegurar un mínimo de condiciones en el trabajo, como facilidades de servicios higiénicos, alimentación apropiada y oportuna, agua potable, un lugar de descanso lejos de la escena del desastre y establecer horarios de trabajo.
- No permitir que el personal retorne a su rutina diaria sin antes haber pasado por un proceso de apoyo psicológico, que consiste básicamente en dar la oportunidad para que puedan expresar libremente sus sentimientos, lo que piensan sobre lo ocurrido, las acciones que se han realizado y qué es lo que más les ha afectado en la labor realizada; así mismo, se les debe instruir sobre los posibles síntomas que pueden experimentar en los días subsiguientes y otras recomendaciones (por ejemplo, alimentación, ejercicios, etc.). Esta atención puede realizarla el personal de salud mental asignado al equipo de respuesta.
- En caso de que algún integrante de los equipos de respuesta sufra una lesión importante, debe ser atendido y evacuado inmediatamente. Su permanencia prolongada en el terreno de trabajo tiende a desmoralizar al resto de los integrantes.
- En caso de un incidente que involucre a un integrante de los equipos de respuesta, evite que la familia se entere por la prensa u otras vías alternas; debe movilizarse un grupo de intervención en crisis para informar y atender a la familia.
- Cuando no es posible rotar al personal porque la situación no lo permite, una estrategia alterna es la de reasignarlo a tareas diferentes. Esto facilita que se rompa la visión en túnel que frecuentemente acompaña a un estrés prolongado, que se presenta por el trabajo agotador.

- Se debe tener presente que los líderes también pueden afectarse emocionalmente. Un líder agotado puede fracasar en su labor de dirección.

Conclusiones

- Por las condiciones propias del trabajo que se realiza en situaciones de desastres y emergencia, todos los trabajadores de los equipos de respuesta se afectan psicológicamente en mayor o menor medida.
- La habilidad del personal disminuye por la fatiga y se comienza a cometer errores que pueden ser fatales.
- Los integrantes de los equipos de respuesta deben ayudarse entre sí a reconocer sentimientos de tristeza, duelo, agotamiento, etc.
- Los trabajadores deben ser rotados en sus tareas para evitar la exposición prolongada al estrés.
- El regreso al trabajo y a la vida familiar puede resultar difícil después de un desastre.
- Los equipos y profesionales de salud mental deben priorizar entre sus tareas la asistencia a los miembros de los equipos de respuesta.
- El ejercicio físico, practicado de manera regular, es una eficaz medida preventiva contra el estrés y aporta efectos beneficiosos.
- La alimentación para el personal involucrado en una misión prolongada debe ser de gran interés para los directivos de los equipos de respuesta, si desean tener al personal activo y funcionando.

Referencias

1. Mikolaj AA. *Stress management for the emergency care provider*. Pearson Prentice Hall; 2004.
2 Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". *Desastres, consecuencias psicosociales de los desastres: la experiencia latinoamericana*. Serie de Monografías Clínicas 1989.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Manuales y guías sobre desastres. Washington, D.C.: OPS; 2002.
4. National Institute of Mental Health, Center for Mental Health Studies of Emergencies. *Disaster work and mental health: prevention and control of stress among workers*. Washington, D.C.: Center for Mental Health, Studies of Emergencies; 1985.
5. Mitchell J, Bray G. *Emergency services stress, guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel*. New Jersey: Ed. Brady; 1990.
6. Valero S. *Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta*. Taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, julio de 2001.
7. Emergency Management Agency, *Stress management, model program for maintaining firefighter well-being*. United States Fire Administration. Federal, FA-100; 1991.

Lecturas recomendadas

Federal Emergency Management Agency. *EMS Safety, techniques and applications*, United States Fire Administration; 1991.

Valero S. *Psicología en emergencias y desastres*. Perú: Ed. San Marcos; 2003.

CAPÍTULO VIII
La salud mental y el deplazamiento forzado

Geert V. K. A. Haghebaert, Mônica Zaccarelli Davoli

Entendemos como poblaciones afectadas por el desplazamiento forzado a "las personas o grupos de personas que se han visto obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular, como resultado de un conflicto armado o para evitar sus efectos, de una situación de violencia generalizada o de violaciones de los derechos humanos" (1). Se incluyen aquí los refugiados (personas que cruzaron una frontera estatal internacionalmente reconocida) y los desplazados internos en relación con violencia o conflictos.

En términos cuantitativos, el número de personas afectadas por la violencia masiva, con su posible impacto en términos de salud pública, es abrumador. El Proyecto 1 billón se refiere a más de un billón de personas en 47 países (2). El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, refiere que existen 19,2 millones de personas de interés para esta organización en el mundo, de las cuales, 15 millones, aproximadamente (en el 2004), son desplazados o refugiados en relación con la violencia (3). En los años ochenta se refugiaron más de dos millones de personas en Centroamérica (4); en Colombia, país donde se

encuentra actualmente la mayoría de desplazados del continente americano, las cifras varían alrededor de 1,75 millones de personas en situación de desplazamiento, registrados (desde 1995 hasta finales del 2005) por el gobierno (5), y las estimaciones son de más de tres millones y medio (acumulativo desde 1985) (6) de personas desplazadas por el conflicto interno.

Según el proyecto global para los desplazados (7), los 25 millones de personas afectadas por desplazamiento interno en el mundo se caracterizan por una desproporcionada vulnerabilidad. Se estima que tres cuartas partes de ellos no cuentan con una asistencia adecuada de sus gobiernos.

En este capítulo se abordan los efectos en la salud mental del desplazamiento forzado. Por la relación que tiene la asistencia humanitaria con la protección de la salud mental, se hace una breve descripción de la misma en el contexto de emergencias complejas. Se describe la experiencia internacional con diferentes tipos de intervenciones. Finalmente, se aborda brevemente el problema del terrorismo y sus efectos en la salud mental.

Asistencia humanitaria y emergencias complejas

La asistencia humanitaria intenta "aliviar el sufrimiento humano como apoyo a los esfuerzos de los gobiernos o autoridades de facto" (8). El Proyecto Esfera constituye "un marco operativo para la rendición de cuentas respecto a las actividades de asistencia humanitaria" e incluye normas mínimas para la respuesta a los desastres en cinco sectores: abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, refugios y servicios de salud (este último incluye servicios sociales y de salud mental). En el primer capítulo del manual del proyecto Esfera, la Carta Humanitaria evoca los principios en que se basa la asistencia humanitaria: el derecho a vivir con dignidad, la distinción entre combatientes y no combatientes, y el principio de no devolución (9).

La ayuda humanitaria para las víctimas de desplazamiento forzado a menudo se lleva a cabo en una situación de emergencia compleja que se puede definir como: "una crisis crónica o aguda con violencia, desplazamiento de población, inseguridad alimentaria y aumento en la tasa de malnutrición y mortalidad, asistencia humanitaria a gran escala y riesgos para la seguridad del personal humanitario" (10). Las emergencias complejas se diferencian de los desastres naturales por un grupo de características; entre éstas se distingue que hay serias dificultades para la labor humanitaria: existe un colapso de las funciones del Estado, dificultad para

diferenciar entre combatientes y civiles, y violencia contra infraestructuras civiles. Las emergencias complejas suelen ser de una mayor duración que los desastres naturales; además, faltan mecanismos de rendición de cuentas y existe el posible desarrollo de una economía de guerra, el riesgo potencial de que la ayuda humanitaria prolongue el conflicto y que éste se complique por una multiplicidad de actores (11).

Tabla comparativa (según Hallam, adaptada por los autores)

Emergencias no complejas	Emergencias complejas
El éxito está en función del nivel de desarrollo e infraestructura.	El éxito está en función de una solución política.
Las deficiencias más importantes en salud pública (si existen) se hacen evidentes.	Las deficiencias en salud pública son catastróficas (inclusive la seguridad alimentaria).
La autoridad del gobierno se mantiene intacta.	La autoridad del gobierno está erosionada.
La primera respuesta es local, nacional o ambas. El gobierno pide asistencia internacional.	La respuesta local/nacional es difícil o inexistente. Se requiere una intervención humanitaria internacional.
Desplazamientos temporales posibles.	Desplazamientos masivos frecuentes.
La coordinación de la respuesta es nacional.	La coordinación de la respuesta requiere de una interacción civil-militar.

Dentro de este contexto, las afectaciones psicosociales de poblaciones en situación de desplazamiento forzado están ampliamente reconocidas -en términos de salud pública y en la práctica humanitaria- como un tema prioritario o de interés particular. No obstante, es necesario destacar que las diferentes intervenciones son tema de discusión a la luz de ciertos vacíos de conocimiento (12-14). En la literatura internacional se ha cuestionado la efectividad de las intervenciones psicosociales habituales en situaciones de violencia política prolongada.

Principales efectos del desplazamiento forzado en la salud mental de la población

Tradicionalmente, en los efectos psicosociales de la violencia y el desplazamiento forzado se describen "desde consecuencias traumáticas pasajeras a otras de prolongada duración" (14). Se basan en los mismos criterios de estrés posterior al desastre que se han manejado en este libro; en sentido general, se pueden categorizar como sigue (13).

- Psicofisiológicos: fatiga, náuseas, temblores finos, tics, sudoración profusa, escalofríos, mareos y trastornos gastrointestinales.
- De comportamiento: cambios del sueño y del apetito, abuso de sustancias, estado hiperalerta, cambios de comportamiento y llanto fácil.
- Emocionales: ansiedad, aflicción, depresión e irritabilidad.
- Cognitivos: dificultades para la toma de decisiones, confusión, falta de concentración y reducción del tiempo de atención.

A largo plazo, varios autores han señalado la posibilidad de pesadillas, disminución del deseo sexual, ansiedad, depresión, violencia doméstica y disminución de la capacidad de trabajo.

Es importante destacar que los síntomas como el insomnio, la ansiedad, la tristeza, el estado de alerta exagerado o las expresiones de desespero y los problemas del comportamiento deben interpretarse, no tanto como elementos patológicos, sino como reacciones normales ante situaciones extremas (15). Como se ha señalado anteriormente, la frecuencia del síndrome de estrés postraumático (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), es mucho menor de lo que habitualmente se había considerado, incluso en situaciones de conflictos armados y desplazamientos forzados (16). Tampoco hay evidencia de que aumente la incidencia de enfermedades psicóticas. El estrés y sus manifestaciones causados por eventos extremos se observan también en los trabajadores humanitarios y se consideran "perfectamente comprensibles o esperados" (17).

El enfoque exclusivamente médico-clínico y occidental, centrado en esquemas diagnósticos-terapéuticos, ha sido criticado como no basado en la evidencia, inapropiado y hasta nocivo (15, 16). En contraste con la información disponible sobre mortalidad, malnutrición y morbilidad por enfermedades infecciosas, encontramos la falta de datos epidemiológicos consistentes sobre problemas psicosociales y trastornos mentales; esto complica la toma de decisiones adecuadas para la intervención (18).

Para entender mejor los efectos del desplazamiento, Ager identifica cuatro fases en el proceso de desplazamiento forzado: una fase pre-desplazamiento, el desplazamiento mismo, una fase de alojamiento temporal o búsqueda de asilo y, finalmente, la reubicación o retorno (19). Cada una de esas fases lleva consigo retos específicos que pueden también afectar la salud mental, entendida en sus dimensiones psicológicas y sociales.

- Pueden existir, desde antes del desplazamiento, factores de riesgo personal (20, 21) o pretrauma, como problemas en la salud mental o de

violencia intrafamiliar; éstos, por lo general, no desaparecen con el desplazamiento y tienen que tomarse en cuenta durante la intervención. Aquí se incluyen también las historias de eventos traumáticos previos (por ejemplo, un desplazamiento anterior).

- El período antes del desplazamiento puede estar repleto de experiencias negativas de tipo social, económico, político e individual, con momentos de sufrimiento extremo (pérdida de familiares, miedo, inseguridad, pérdida de bienes), que muchas veces constituyen los mismos factores que llevan finalmente al desplazamiento.
- El dejar atrás su región o país significa confrontarse con un viaje peligroso, extenuante y una descapitalización o empobrecimiento a la luz de un futuro incierto. No obstante, el desplazamiento mismo significa también una búsqueda de protección; hasta puede ser preventivo, en forma similar a los sistemas de alerta temprana que funcionan en desastres naturales. En estas situaciones, las personas logran protegerse de lo peor.
- La fase de transición temporal lleva consigo nuevas rutinas, cambio del contexto cultural y, sobre todo, una larga espera buscando asistencia humanitaria o soluciones legales y económicas definitivas o transitorias, aunque muchas veces se vive una seguridad relativa en relación con la violencia que motivó el desplazamiento.
- Finalmente, el retorno o la reubicación confrontan al desplazado con un proceso de reajuste en un contexto cambiado y con condiciones que contrastan con el pasado personal y familiar en lo social y económico o, en el caso del retorno, hasta con las amenazas vividas anteriormente. A veces, esta fase no se lleva a cabo de forma satisfactoria por la espera de soluciones duraderas y se complica en temas como derechos de propiedad de bienes, así como tierras o derechos indígenas, como, por ejemplo, en México, Guatemala y Perú (22).

Lo anterior ilustra que el desplazamiento forzado lleva consigo muchos problemas que se convierten en factores de estrés y que pueden afectar la salud mental. La experiencia y la observación del trato de desplazados forzados en el mundo constituyeron la base y obligaron a las Naciones Unidas a pronunciarse sobre la necesidad de proteger a los desplazados, en los siguientes aspectos: garantía de seguridad y trato humano, privacidad y libertad de circulación, de comunicación, de pensamiento y de religión, empleo y educación, personería jurídica y

conocimiento del paradero de sus familiares, el derecho a alimentos esenciales y agua potable, alojamiento y vivienda básicos, vestido adecuado, así como servicios médicos y de saneamiento esenciales (1).

En el análisis de las necesidades psicosociales prioritarias de las personas en condiciones de desplazamiento forzado, se deben considerar todos estos elementos anteriormente señalados que son la base en el camino hacia una adecuada intervención y la recuperación de la normalidad.

Soacha/Colombia

Colombia vive la situación más significativa de desplazamiento forzado por la violencia en nuestro continente. Entre 1,6 millones (datos oficiales) y 3 millones (datos de la sociedad civil) de personas están en condición de desplazamiento (hasta mediados del 2005).

Soacha, una ciudad periférica del área metropolitana de Bogotá, ha servido como receptora de muchos colombianos en esta condición. Soacha ha sido, tradicionalmente, un municipio de pocos recursos comparados con las necesidades de su población históricamente pobre y vulnerable. Aquéllos en situación de desplazamiento, entonces, se vienen a sumar a esta situación generalizada de necesidades básicas insatisfechas y a competir con los residentes históricos por los pocos y precarios servicios públicos disponibles.

La ciudad vive una epidemia de violencia. Cuatro de las cinco primeras causas de mortalidad en la población de 15 a 44 años están relacionadas con la violencia.

Los trabajadores humanitarios refieren la falta de confianza de muchos desplazados para abrirse a la nueva comunidad en que viven. Ni siquiera quieren registrarse como desplazados por miedo a ser identificados por actores armados.

Posibles intervenciones

Básicamente, se distingue entre los programas que favorecen un abordaje individual con base en un modelo de morbilidad psíquica (por ejemplo, utilizando el modelo de la inadecuada reacción individual a un trauma que resulta en un síndrome de estrés postraumático) y los que miran, sobre todo, a la experiencia colectiva y social y, por ende, a las respuestas basadas en la comunidad (23).

Del análisis de los efectos del desplazamiento forzado se puede concluir que los proyectos de asistencia humanitaria en salud mental con un enfoque únicamente individual y médico-clínico no constituyen la respuesta apropiada ni relevante para asistir a las poblaciones afectadas por el desplazamiento debido a conflicto o violencia.

Al contrario, este enfoque psicopatológico es más la excepción que la regla si miramos la población en general. Varios autores (14) sugieren que los pro-

gramas que privilegian estrategias médicas enfocadas en un tratamiento "profesional" de tipo individual pueden causar más daño que efectos benéficos, porque pueden inhibir mecanismos de recuperación comunitaria. El empleo de un modelo terapéutico individual implica el riesgo de considerar a la víctima como enferma y convertirla en objeto de discriminación. Esto impide la comprensión de los eventos traumáticos originados por la violencia y el desplazamiento (26).

En concordancia con el Proyecto Esfera y la respuesta a desastres, planteamos que "se debe poner el énfasis en las intervenciones sociales", incluso hasta en la fase aguda (27): poner simbólicamente fin a la experiencia con acciones tan diversas como el acceso a vivienda, agua potable, alimentos y saneamiento y garantías de seguridad, pero, también, el juicio de un perpetrador (por ejemplo, genocida o victimario), la reunificación de familias y la rehabilitación económica son cruciales (28).

En el análisis de la "resiliencia" o "cómo la gente continúa con su vida", que hace *Médicos sin Fronteras*, se aprecian los factores de protección que influyen en las condiciones de la vida cotidiana, disminuyen los condicionantes de estrés y permiten autogestionar la solución de los problemas psicosociales. Los factores son físicos (asegurar alimentos, agua y protección física), mentales (seguridad, un entorno predecible), sociales (el acceso a mecanismos de apoyo diversos, así como la capacidad de movilizarlos y sostenerlos), espirituales (la capacidad de llevar a cabo rituales y de reconocer cambios de creencias) y morales (valores transcendentales). Estos elementos también se enfatizan en el manual de la Federación Internacional de la Cruz Roja, junto con "el retorno a la normalidad" con actividades escolares y culturales y oportunidades para jugar, charlar y trabajar (29).

En lo referente a la salud mental de las poblaciones desplazadas por el conflicto o la violencia, recomendamos un abordaje psicosocial definido como "la conexión entre los aspectos psicológicos de la vivencia personal (pensamientos, emociones y comportamiento) y las experiencias sociales en el sentido más amplio (relaciones, tradiciones y cultura)" (30). "La mayoría de las personas que experimentan aflicción, dolor y malestar primero buscan a otros alrededor para obtener consejos y sugerencias… La situación es la misma para todos" (31). El principio clave es "¡las personas y las comunidades tienen recursos!". Así es que el Movimiento de la Cruz Roja preconiza acciones que promueven la autoayuda comunitaria, aunque concientes de que el tejido social mismo está afectado y, a veces, se necesita un agente exterior para restaurar la confianza y poder comunicarse con seguridad (32).

Los temas clave en los cuales podría contribuir una intervención son:

- la salud física y mental de una persona, así como sus conocimientos y habilidades;
- ecología social (conexiones sociales y sistemas de apoyo mutuo), y
- cultura y valores (el contexto específico y la cultura de las comunidades que influyen en la forma como las personas experimentan, entienden y responden a los eventos traumáticos).

Toole sugiere una incorporación gradual de intervenciones de salud mental en un marco amplio, utilizando herramientas culturalmente apropiadas de evaluación de morbilidad psíquica, estudios de "resiliencia", apoyo a los mecanismos comunitarios y atención domiciliaria.

Se sugiere, como elemento fundamental del trabajo, la realización de una evaluación de daños y un análisis de necesidades psicosociales con métodos cuantitativos y cualitativos, de los cuales se debe hacer partícipes a los representantes de la comunidad. Las agencias humanitarias deben orientar sus esfuerzos hacia el apoyo a las respuestas que permiten a las comunidades afrontar el duelo, así como la rabia, la pérdida de identidad y el sentimiento de abandono.

Los análisis cualitativos de cómo entienden los desplazados los sufrimientos causados por los conflictos armados incluyen los recursos culturales, religiosos, sociales y personales en la reconstrucción de sus vidas. Existen diferencias en lo que se entiende que necesita un sobreviviente y cómo se le puede ayudar. Se recomienda basarse en perspectivas, recursos y estrategias locales de "resiliencia" y eso no sólo en la etapa de evaluación de fortalezas de las comunidades afectadas, sino también para el diseño de las intervenciones psícosociales, de tal manera que sean culturalmente apropiadas y relevantes (28).

Enfatizamos el trabajo intersectorial e interinstitucional en el marco de una estrategia común que permita la integración efectiva del componente de salud mental en la atención primaria. En situaciones de emergencias complejas y desplazamientos forzados, son importantes la disponibilidad de primeros auxilios psicológicos, el seguimiento de casos con trastornos mentales y el desarrollo de servicios basados en la comunidad.

Resumen de recomendaciones básicas para la actuación

1. Privilegiar las intervenciones sociales. La atención individual de tipo clínico no constituye la respuesta apropiada en salud mental para asistir a las poblaciones afectadas por el desplazamiento forzado. En situaciones de este tipo, es necesario enfatizar en las intervenciones colectivas basadas en la propia comunidad afectada.

2. Manejo adecuado de la memoria histórica

- El manejo adecuado de la memoria histórica es importante en los procesos de atención en salud mental en poblaciones que han sido víctimas de hechos tan graves como las violaciones masivas de los derechos humanos.
- No se ha demostrado que las personas que han vivido graves traumas psicológicos se recuperen más rápidamente cuando se intenta revivir, a toda costa y a todo costo (y, a veces, de manera sistemática a través del tiempo), sus recuerdos del evento.
- Es crucial un proceso donde se ponga fin simbólicamente a la experiencia y se mire hacia el futuro, iniciándose nuevos proyectos de vida. Esto, necesariamente, debe combinarse con acciones de restitución material y moral, mejoría de los niveles de vida, respeto de sus derechos humanos, dignificación de los muertos y desaparecidos, así como el imperio de la justicia y un estado de derecho que asegure el castigo de los victimarios.

3. Fortalecer los recursos comunitarios y favorecer las redes de apoyo social

- La "resiliencia" está directamente vinculada con los factores de protección que facilitan las condiciones de la vida cotidiana.
- Es necesario conectar las vivencias personales con las experiencias sociales en el sentido más amplio.
- Las personas y comunidades tienen recursos propios que les permite afrontar, en alguna medida, el evento traumático. Es necesario fortalecer estos mecanismos de ayuda mutua y autoayuda a nivel familiar y comunitario (redes de apoyo social). Hay que recordar que la mayoría de las personas que experimentan aflicción primero buscan a otros alrededor para obtener consejos y sugerencias.
- Las intervenciones de salud mental deben utilizar herramientas culturalmente significativas y apropiadas.

4. Apoyar las respuestas que permiten a las comunidades vivir sus procesos de duelos colectivos, familiares e individuales. Esto incluye comprender cómo entienden los desplazados los sufrimientos causados por el conflicto armado, así como identificar cómo incluyen los recursos culturales, religiosos, sociales y personales en la reconstrucción de sus vidas.

5. Enfatizar el trabajo intersectorial e interinstitucional. En situaciones de emergencias complejas y desplazamientos forzados, son importantes la disponibilidad de primeros auxilios psicológicos, el seguimiento de los casos con trastornos mentales y el desarrollo de servicios especializados basados en la comunidad.

Terrorismo

El fenómeno del terrorismo nos confronta con un factor fundamental de incertidumbre: no hay cómo protegerse. En contraste con los desastres naturales (como los huracanes), en el caso del terrorismo no es posible determinar un sitio de abrigo o buscar un refugio temporal.

En los países más desarrollados, la población está acostumbrada a un grado de seguridad alto, por lo que las amenazas que no se pueden identificar de dónde y cuándo vienen generan temor, pánico e inmovilismo en las poblaciones.

Varios estudios recientes realizados después del ataque terrorista en Londres, en julio del 2005, muestran que el nivel de malestar *(distress)* entre la población general es de alrededor del 30% (34). Este nivel es coincidente con el de malestar encontrado entre la población en países en conflicto. Por otro lado, el nivel de malestar encontrado entre la población musulmana (cuyos miembros han sido responsabilizados por los ataques) fue el doble, 71%. Esto lleva a los autores a concluir que la comunidad musulmana sufrió desproporcionadamente mayores niveles de estrés comparados con los encuestados de otros credos religiosos. Sin embargo, en esas poblaciones no blancas o musulmanas, no se evidenció un deseo de búsqueda de ayuda o consejería profesional (31).

Los expertos admiten que no se ha demostrado que las personas que han vivido graves traumas psicológicos se recuperen más rápidamente cuando se intenta revivir sus memorias del evento (32). Aparentemente, lo que hay es una necesidad de contactar miembros de la familia y hablar después sobre lo sucedido.

Los ataques terroristas tienden a incrementar el número de personas con quejas somáticas que parecen inexplicables. Estos síntomas, que pueden ser tomados como enfermedades orgánicas, son posiblemente manifestaciones fisiológicas de afectación psicológica causadas por un alto nivel de alerta; hay un miedo a lo desconocido, ya que los actos terroristas significan una amenaza que puede afectar indiscriminadamente (33). Los profesionales de la salud necesitan prepararse apropiadamente para evitar ignorar o subvalorar estos pacientes; lo fundamental es focalizarse en la preocupación del paciente y en el alivio de los síntomas (34).

En un atentado terrorista, a quien se ataca y, por lo tanto, quien se siente atacado, es la sociedad en su conjunto; por consiguiente, es necesario realizar actividades que devuelvan a la sociedad la confianza en sí misma, en sus profesionales y en sus responsables políticos y comunitarios (35). Las campañas públicas de información pueden ser una estrategia para combatir la amenaza psicoló-

gica de los ataques terroristas, en la medida en que ofrezcan información coherente y elementos de reflexión a las personas.

Consideraciones finales

- La necesidad de una atención específica de salud mental en situaciones de desplazamiento forzado no es un tema de discusión, actualmente; sin embargo, sí lo son los posibles modelos de intervención.
- Existe una amplia pluralidad en el entendimiento de los efectos en la salud mental del desplazamiento forzado por violencia y conflicto armado. Las manifestaciones pueden ir desde una reacción emocional transitoria comprensible hasta la patología individual o la disrupción socioeconómica de la comunidad.
- Por consiguiente, existen diferentes modelos de intervención. Estos diferentes enfoques van desde el tratamiento individual de la morbilidad psíquica hasta intervenciones sociales para mitigar el sufrimiento causado por la violación de los derechos humanos.
- La distinción entre necesidades psicológicas y sociales, y otras prioridades en emergencias complejas, es artificial. Lo psíquico-social funciona como un eje horizontal y confluye con otras prioridades como saneamiento, protección física, seguridad, inmunización y distribución de alimentos en las fases agudas y después de la emergencia.
- La atención psicosocial debe priorizar la protección y el fortalecimiento de los mecanismos de "resiliencia" de las comunidades.
- Debe evitarse convertir en problemas médicos las reacciones normales a situaciones extremas como el desplazamiento o el terrorismo.
- Los servicios de salud mental deben combinar lo médico-diagnóstico (la enfermedad) por una parte y lo sociocultural (el malestar) por otro lado. El reconocimiento de que existe una clara interacción entre lo social y lo personal en la comprensión y el abordaje de la salud mental en situaciones de desplazamiento, ofrece más oportunidades para una intervención efectiva.

Referencias

1. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. *Principios rectores de los desplazamientos internos*. E/CN.4/1998/53/ad.2*, 11 de febrero de 1998, p.5-14. Disponible en: www.acnur.org/biblioteca/pdf/ 0022.pdf.
2. Project 1 Billion. *Mental Health Action Plan. Report on International Congress of Ministers of Health for Mental Health and Post-Conflict Recovery*, Dec 3-4, 2004, Rome, Italy. Disponible en: Harvard University: www.news.harvard.edu/press/pressdoc/supplements/mentalhealth.pdf (citado el 15 de agosto de 2005).
3. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Refugees by Numbers*. Disponible en: UNHCR www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/basics/opendoc.htm?tbl=BASICS&id=3b028097c (citado el 19 de noviembre de 2005).
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *La hora de la paz. Desarrollo humano y salud mental. Experiencias en Centroamérica*. San Salvador: Programa de Desarrollo para Refugiados, Desplazados y Repatriados en Centroamérica, PRODERE; 1994.
5. Acción Social, Presidencia, República de Colombia. *Registro único de población desplazada*. Disponible en: www.red.gov.co/Programas/Apoyo_Integral_Desplazados/Registro_SUR/Registro_SUR_Marzo_2006/Registro_SUR_05042006_web_acumulado.htm, actualizada el 5 de abril de 2006, citada el 23 de abril de 2006.
6. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). *Comportamiento del desplazamiento 1985-2005*. Disponible en: www.codhes.org/cifra/GraficoTendencias1985_2005.jpg, actualizada el 26 de octubre de 2005, citada el 19 de noviembre de 2005.
7. Jens-Hagen Eschenbächer, Global IDP Project, Norwegian Refugee Council. *Internal displacement: the future of the collaborative response system*. Humanitarian Practice Network; 2005. Humanitarian exchange, No. 31.
8. United Nations Interagency Standing Committee. *Implementing the collaborative response to situations of internal displacement. Guidance for United Nations humanitarian and/or resident coordinators and country teams*. Geneva: United Nations; 2004. GE-00854-June2005, OCHA/IDP/2005/2. Disponible en: www.reliefweb.int/idp/docs/IASC_WG/IASC%20Policy%20Package%20English.pdf.

9. El Proyecto Esfera. *Manual Esfera*. Ginebra: Proyecto Esfera; 2004. p.18-20. Disponible en: www.sphereproject.org/content/view/27/84/lang,Spanish/.
10. Toole MJ, Waldman RJ. The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Annu Rev Public Health* 1997;18:283-312.
11. Hallam A. Evaluating humanitarian assistance programmes in complex emergencies. En: Borton J, Gibbons L, Longford S (eds.) *Relief and rehabilitation network*. London: ODI; 1988. Good Practice Review No.7, September 1998. Disponible en: www.odihpn.org/pdfbin/gpr7.pdf.
12. Medicins sans Frontieres. *Refugee health. An approach to emergency situations*. London: Macmillan; 1997. p.286-91.
13. Gerrity ET, Flynn BW. Consecuencias de los desastres en la salud mental. En: Noji EK (edit.). Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
14. Toole M. Emergencias complejas: refugiados y otras poblaciones. En: Noji EK (edit.). *Impacto de los desastres en la salud pública*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
15. Pupavac V. *Therapeutising refugees, pathologising populations: international psychosocial programmes in Kosovo. New issues in refugee research*. Geneva: United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). Working paper No.59, August, 2002.
16. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med* 1995;40:1073-82.
17. International Committee of the Red Cross. *Humanitarian action and armed conflict: coping with stress*. Geneve: ICRC; 2001.
18. Toole M. Improving psychosocial survival in complex emergencies. *Lancet* 2002;360:869.
19. Ager A. *Responding to the psychosocial needs of refugees*. Oxford: University of Oxford Centre for Refugee Studies; 2001. Disponible en: http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/pdfs/1_2.pdf, citado el 19 de noviembre de 2005.
20. Medicins sans Frontieres. *Mental health guidelines. A handbook for implementing mental health interventions in areas of mass violence*. Disponible en: www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealth guidelines.pdf.

21. The Johns Hopkins and International Federation of the Red Cross. *Public health guide for emergencies* (CD ROM). Geneva: International Federation of the Red Cross; 2002.

22. Norwegian Refugee Council. *Internal displacement: a global overview of trends and developments in 2005*. Geneva: Internal Displacement Monitoring Centre, Norwegian Refugee Council; 2006.

23. Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med*. 1999;48:1449-62.

24. El Proyecto Esfera. *Manual Esfera*. Ginebra: 2004. Capítulo 5, p.346-9. Disponible en: www.sphereproject.org/spanish/manual/htlm/7_cap5.htm#3.

25. Palmer I. Psychological aspects of providing medical humanitarian aid, ABC of conflict and disaster. *BMJ* 2005;331:152-4.

26. The Johns Hopkins and International Federation of the Red Cross. *Public health guide for emergencies*, (CD ROM). Disponible en: www.ifrc.org/cgi/pdf_pubshealth.pl?chapter12.pdf

27. The Psychosocial Working Group. *Psychosocial intervention in complex emergencies: a framework for practice*. Edinburgh: Queen Margaret University College; 2000. Disponible en: www.forcedmigration.org/psychosocial/PWGinfo.htm.

28. Eyber C, Ager A. Conselho: psychological healing in displaced communities in Angola. *Lancet*. 2002;360:871.

29. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Apoyo psicológico basado en la comunidad. Manual de formación*. Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja: 2003. Disponible en: www.ifrc.org/what/health/psycholog/bestpractices.asp, citado el 19 de noviembre de 2005.

30. Robin GJ, Brewin CR, Greenberg N, Simpson J, Wessly S. Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectorial survey of a representative sample of Londoners. *BMJ* 2005;331:606.

31. Medicins sans Frontieres. *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence*. Paris: Medicins sans Frontieres; 2005. p.18.

32. News roundup. New York debriefing is "a waste of time". *BMJ* 2002;324:10

33. Hassett A, Sigal L. Unforseen consequences of terrorism: medically unexplained symptoms in a time of fear. *Arch Intern Med*. 2002;162:1809-13.

34. Fischhoff B, Wessely S. "Managing patients with inexplicable health problems". *BMJ* 2003;326:595-7.

35. Soler MJ. *Intervención social ante una gran catástrofe. I Jornadas de Trabajo Social y Ciudadanía: Panorámica desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, 27 y 28 de octubre de 2004*. Disponible en:, www.munimadrid.es/Principal/ayuntamiento/ServMuni/servsociales/publicaciones/Catastrofe.pdf, citado el 25 de noviembre de 2005.

YO, niño necesito:
PARTICIPEMOS EN EL CONTROL DEL
CÓLERA

CAPÍTULO IX
La comunicación social en el manejo de los problemas psicosociales en situaciones de emergencia

Martha Rodríguez J.

Interrelaciones entre la comunicación social, los desastres y la salud mental

Muchos de los problemas de tipo psicosocial que aparecen en una emergencia o desastre podrían evitarse o reducirse haciendo un uso más eficiente del intercambio de información y de las estrategias de comunicación social.

La comunicación, en un sentido amplio, como base de las relaciones sociales, implica interacción, diálogo e intercambio de información entre actores que generan conocimientos y aprendizajes, y favorecen la toma de decisiones. El acto de informar se refiere más específicamente a la transmisión de datos, mientras que la comunicación es un proceso más complejo e interactivo que implica la respuesta de quien recibe el mensaje (1).

En situaciones de desastre, la información y la comunicación están presentes y son generadas por los socorristas, las autoridades o los medios de comunica-

ción. El intercambio de información entre las víctimas de desastres es lo más común y se produce de un modo directo, de persona a persona, o entre grupos de familias y de la comunidad. Sin embargo, nadie puede negar el papel trascendental que en situaciones de crisis juegan los medios de comunicación masivos como fuente de información tanto para las poblaciones afectadas como para las poblaciones externas (nacional e internacional).

Desde el punto de vista del sector salud, es importante preparar con anticipación un plan para el manejo de la información antes, durante y después de la emergencia, que posibilite un adecuado manejo de la crisis, incluida la protección de la salud mental.

En Cuba, en el caso de los huracanes, se ha logrado reducir el número de muertos mediante la coordinación interinstitucional entre los científicos, las autoridades y los medios de comunicación, el desarrollo de procesos de educación y comunicación hacia la población y la alerta temprana.

"En el 2004 Cuba mostró su eficacia para proteger la vida humana en los ciclones. En agosto, el huracán Charley dejó sólo un saldo de cuatro muertos y 70.000 viviendas gravemente dañadas. Un mes después, cuando el huracán Iván pasó por la isla, hubo que evacuar a más de 2'000.000 de personas, pero no hubo ningún muerto…

Unas 72 horas antes de la llegada de los ciclones, los medios de comunicación dan la alerta y los comités de protección civil verifican los refugios y los planes de evacuación. La instrucción de desastres forma parte del programa escolar y todos los años se hacen ejercicios de evacuación antes de que empiece la temporada de huracanes. La mayoría de los adultos tiene un buen nivel de educación y comprende lo que dicen los funcionarios y meteorólogos" (2).

En las comunidades, muchas veces surgen actitudes de negación o desafío al peligro que conducen a una falta de preparación para enfrentar la emergencia. Desde el ámbito de la comunicación, se puede ayudar para que la población pueda comprender la dimensión del riesgo, identificar las zonas de peligro y conocer las medidas para prevenir, mitigar y enfrentar de mejor manera un desastre; de esta forma, se contribuye a reducir el temor y la aflicción, evitar la desorganización y aliviar el sufrimiento de las personas afectadas. "Los damnificados necesitan información tanto como agua, alimentos, medicamentos o refugio. La información puede salvar vidas, recursos y medios de subsistencia" (3).

Algunas recomendaciones de la experiencia de Tamil Nadu, en India, después del tsunami, expresan la necesidad de celebrar consultas con los damnificados y apoyar procesos de comunicación con tecnologías simples, para que las prioridades de la población más vulnerable integren los programas de recuperación, así como reforzar los vínculos de información con redes locales (4).

El rumor, el chisme, las noticias sin confirmar o de carácter alarmista, y la falta de intercambio de información y coordinación entre las instituciones y la población afectada, son factores que contribuyen a aumentar los problemas psicosociales en situaciones de desastre. La población necesita conocer rápida y abiertamente sobre los principales problemas y soluciones, y cuáles son la situación real, los albergues disponibles, las amenazas, los mecanismos para integrarse a la reconstrucción, etc. Es indispensable lograr una comunicación efectiva con los damnificados para garantizar la confianza, la tranquilidad y una respuesta más adecuada.

"Además de limitar el acopio de la información, los organismos de ayuda podrían hacer más por informar a la población damnificada porque eso contribuye a suplir sus necesidades psicológicas... Después del tsunami, algunos organismos ayudaron a la gente en la búsqueda de parientes y amigos desaparecidos, utilizando teléfonos vía satélite. En Sri Lanka, la Cruz Roja Belga explicó las causas científicas del tsunami a los damnificados para acabar con la superstición de que había sido un castigo divino. La prensa local puede desempeñar un papel determinante en lo que se refiere a dar información vital a los damnificados..." (4, p.7).

Planificación de la comunicación como una herramienta de trabajo en el ámbito de la salud mental

El componente de la salud mental es uno de los elementos del plan de comunicación social del sector salud en situaciones de desastres e incluye estrategias y acciones que permiten disminuir el riesgo psicosocial y el impacto de los desastres en la salud mental de la población. Debe guardar coherencia con la estrategia global de comunicación del sector salud y debe estar en correspondencia con los planes generales de gestión del riesgo que se desarrollan interinstitucionalmente.

A continuación, se presentan las principales fases en la planificación de la comunicación (5), con algunas preguntas orientadoras que tendrán que adaptarse al tipo de evento, a las características de la afectación y a la realidad social y cultural de la población afectada.

Fase	Preguntas orientadoras
Diagnóstico de la situación	¿Cuál es el contexto social y cultural? ¿Cuáles son las principales percepciones frente al riesgo o el desastre? ¿Cuáles son los principales problemas psicosociales de la población? ¿Cuáles son las principales instituciones y coberturas en el sector salud que trabajan en el tema, y los recursos humanos? ¿Cuáles son los principales medios de comunicación, líderes, espacios de encuentro y materiales de comunicación disponibles?
Definición de propósitos y objetivos	¿Qué queremos lograr? ¿Para qué? ¿Dónde? ¿En qué tiempo?
Identificación del público objetivo	¿A quiénes están dirigidos los procesos de comunicación?
Principales actores	¿Con qué instituciones se va a llevar adelante el plan? ¿Con qué recursos humanos se cuenta?
Estrategia	¿Cómo se va a llevar adelante?
Soportes o herramientas de comunicación	¿Cuáles son los materiales con los que se cuenta para cumplir los objetivos propuestos?
Cronograma de actividades	¿Qué acciones se van a realizar de acuerdo con el objetivo y la estrategia definida? ¿En qué tiempo? ¿Con qué recursos? ¿Quién va a ser la institución o persona responsable de su ejecución y seguimiento?
Evaluación continua	¿Se cumplen los objetivos y resultados esperados?

El *diagnóstico de la situación* implica evaluar las necesidades de información y comunicación. Para esto es muy importante contar con los resultados de la evaluación de daños y el análisis de las necesidades en salud mental en situaciones de desastre (capítulo II). Se debe tener en cuenta el tipo de desastre, los factores culturales, religiosos y sociales de la comunidad afectada, entender sus percepciones, sentimientos y actitudes; también, identificar las modalidades y formas más frecuentes de recepción de la información. Es necesario detallar los medios de comunicación existentes en el territorio (radio, televisión, periódicos, revistas, etc.), los periodistas especializados en salud, así como los líderes y autoridades comuni-

tarias, religiosas y políticas que, en alguna medida, generan o influyen en la información y su difusión.

Los *objetivos* del componente salud mental en un plan de comunicación social para enfrentar una emergencia o un desastre son los siguientes:

- Apoyar la divulgación de información y el desarrollo de procesos de comunicación para disminuir los factores de riesgo psicosociales.
- Favorecer los cambios positivos de comportamiento, hábitos y actitudes de la comunidad.
- Propiciar diálogos, así como el intercambio de información e interacción entre los diferentes actores, para contribuir a reducir la tensión y la aflicción.

Ahora bien, cada evento adverso y cada momento del mismo nos obligan a plantear objetivos más específicos de acuerdo con las características y necesidades de la situación.

Los principales actores del proceso comunicativo en una situación de emergencia o desastre son la población afectada, los miembros del sector salud, el personal de otras instituciones (socorro y rescate, ayuda humanitaria, etc.), los medios de comunicación, el sector educativo, los gobiernos locales, la comunidad científica y la población en general.

Los *grupos específicos* a los cuales van dirigidas las acciones están determinados según el impacto psicosocial que ha tenido el desastre en cuestión a nivel individual, familiar o colectivo; debe tenerse especial atención con los niños y adolescentes, ancianos y mujeres. La definición de público objetivo permite delimitar el contenido y seleccionar los canales y medios que se van a utilizar.

Las *estrategias* deben ser flexibles y combinar adecuadamente los receptores y los medios de comunicación, enfatizando la importancia de las características propias de la comunidad. Existen muchas modalidades, por ejemplo: comunicación interpersonal individual o grupal; métodos basados en las tradiciones (teatro, títeres, canciones, cuentos), y medios de comunicación masivos (televisión, radio, prensa, electrónicos.) Las estrategias de comunicación social pueden incluir campañas y programas estructurados a corto y mediano plazo.

Las *herramientas* son los materiales o soportes de comunicación que permiten desarrollar las acciones y, por ende, cumplir con los objetivos. Pueden ser impresos, audiovisuales, radiales, electrónicos, etc.

Radionovela Réplicas en el corazón. EIRD, OPS/OMS, CEPREDENAC, UNDP

Es una serie de tres radionovelas que narran experiencias relacionadas con terremotos, deslizamientos y erupciones volcánicas. Las tres historias se desarrollan en diferentes localidades y enfatizan la importancia de aumentar la conciencia de las personas, respecto de escenarios donde se conjugan amenazas naturales, formas tradicionales de convivencia con el riesgo, los intereses particulares y la toma de decisiones.

Estas radionovelas, además de poder escucharse en emisoras, sirven como herramienta complementaria en los procesos de capacitación relacionados con el tema de desastres.

El cronograma de actividades delimita los límites de tiempo en los que se desarrollan las actividades, fijando los recursos y las responsabilidades de ejecución.

El proceso de comunicación social debe tener previsto un mecanismo de evaluación que permita determinar quiénes recibieron el mensaje, cómo 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 los nuevos requerimientos de información.

Principales estrategias de comunicación para apoyar el trabajo en el área de salud mental

Trabajo con los medios. Para trabajar con los medios de comunicación masivos es necesario conocer sus características y especificidades, sus métodos de trabajo, los condicionamientos de tiempo y los requisitos en el procesamiento de la información. La información que llega al público es una responsabilidad compartida entre los generadores de información y los medios de comunicación. Es muy importante que la institución de salud se prepare con anterioridad, establezca contactos y alianzas con los directivos de los medios y periodistas, para analizar en conjunto aspectos clave en la difusión de información que podrían ayudar a mantener la tranquilidad y reducir la ansiedad en tiempos de crisis.

En El Salvador, el 13 de enero de 2001 se inició una crisis sísmica con varios terremotos y numerosas réplicas que causaron graves efectos en la población, la infraestructura, las actividades productivas y el medio ambiente en gran parte del país.

"Las estaciones de radio tuvieron un papel relevante en cuanto a la transmisión de información, especialmente en las zonas rurales afectadas donde gran parte de la población no tiene acceso a un televisor y los pobladores se informaron por la radio local. A través de la radio se trasmitieron recomendaciones sanitarias; se logró que varias organizaciones locales se movilizaran para atender inventarios de daños, se informó constantemente sobre el estado de las rutas interurbanas y los avances de las obras para restituir las vías dañadas. La radio contribuyó a que la población tomara las medidas pertinentes y a que se buscasen soluciones alternas para su movilización extraurbana" (5).

Trabajo con el sector educativo. Si bien los medios de comunicación masivos cumplen un papel primordial en situaciones de crisis, son importantes las acciones que pueden adelantar el sector educativo, los líderes comunitarios, las iglesias y otras organizaciones de la sociedad civil. Teniendo en cuenta que muchas veces los desastres producen un colapso de las infraestructuras a través de las que operan los medios de comunicación masivos, el plan de comunicación debe contemplar otras alternativas como reuniones, asambleas, comunicación interpersonal, actividades educativas, etc.

La relación con el sector educativo formal es importante por las acciones que se puedan adelantar en escuelas y centros docentes. En ellos se puede interactuar con los padres de familia, estudiantes y maestros.

Como se ha expuesto anteriormente, el grupo de niños y adolescentes es considerado de alta vulnerabilidad en casos de desastres y tiene un mayor riesgo de sufrir secuelas psicológicas, además de que reaccionan y enfrentan estas situaciones de manera diferente. Dentro del plan de comunicación, se debe incluir el trabajo con las instituciones escolares, en donde se puedan planificar acciones para el conocimiento de los principales riesgos para los menores, efectos en la salud, acciones para enfrentar una posible emergencia o desastre, formas posibles de reacción frente a la posible amenaza de acuerdo con la edad, etc. Cuando el desastre ha sucedido, es importante que los niños tengan la información necesaria y se les faciliten espacios de expresión y acompañamiento.

Trabajo comunitario. Las autoridades y los líderes locales juegan un papel decisivo en las estrategias para una comunicación efectiva pues es el escenario comunitario en donde se decide el éxito de un buen trabajo de información que tenga un impacto positivo en la salud mental de la población. En el próximo epígrafe abordamos las formas de comunicación grupal que son fundamentales para el accionar a nivel comunitario.

Grupos de información. La información grupal directa es el modo de comunicación más frecuente e importante en las comunidades en situaciones de desastre para informar, enmendar referencias erróneas, rumores o mitos, y apoyar la organización de la población en la respuesta y la recuperación frente al desastre. Ofrecer información veraz y confiable tiene como efecto el alivio de la aflicción. Se puede llevar a cabo mediante reuniones, asambleas, talleres, al inicio o final de oficios religiosos, etc.

Conformación de los grupos. La convocatoria y el desarrollo de grupos para información y orientación son, muchas veces, espontáneos e inmediatos, dadas las necesidades de comunicación que se crean como consecuencia del desastre. Sin embargo, es necesario ser cuidadoso en la selección de las personas que fungirán como facilitadores/informadores, ya que deben contar con prestigio entre los pobladores y reconocido liderazgo, así como tener habilidades mínimas de comunicación.

- comunitario o de la población en general;
- grupos específicos: mujeres, niños, jóvenes, adultos mayores, discapacitados, equipos institucionales de respuesta, comunicadores sociales, etc.; y
- familiar, dirigido a casos de familias en situaciones específicas.

Consideraciones metodológicas para la operación de los grupos. Algunas consideraciones que se deben tener en cuenta para el desarrollo de los grupos de información directa son las siguientes.

- Las reuniones no deben tener un carácter informativo unidireccional (expositor-público), sino que deben ser participativas y facilitar el diálogo, el intercambio, las preguntas y respuestas, los planteamientos de problemas, las propuestas de soluciones, etc.
- Algunos temas importantes por tratar en estas reuniones son: situación del evento adverso, efectos en la comunidad, acceso a los servicios de salud, seguridad social, recursos para satisfacer las necesidades básicas de protección, alimentación, agua potable, higiene y alojamiento, entre otros.
- Se debe informar sobre las acciones tomadas por las autoridades, desde la fase de impacto hasta el momento actual; se debe precisar el papel de los participantes del grupo en la respuesta y la recuperación.

- En el caso de la necesidad del traslado de afectados a otros lugares, como refugios o albergues, es fundamental la explicación clara de las razones del desplazamiento, el porqué han sido seleccionados, el lugar, las condiciones, la organización, el probable tiempo de su permanencia y otras dudas que surjan.

Los grupos informativos tienen como propósito básico la orientación, pero, en ocasiones, es difícil establecer los límites con otros procedimientos como los grupos de apoyo emocional o ayuda mutua. Es indudable que la adecuada información va a constituir por sí misma una acción de soporte emocional. Por otro lado, en la medida en que las reuniones informativas se repitan, porque las circunstancias así lo requieren, se puede comenzar la conformación de los otros grupos mencionados.

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.

Selección del facilitador. El facilitador de la reunión debe tener capacidad de convocatoria y ser capaz de motivar a la población para que exprese sus problemas y dudas; debe escuchar con atención demostrando interés, así como lograr la participación activa en la respuesta a la emergencia o desastre y en la recuperación. Debe tener una actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme, con un buen conocimiento de la situación.

Los facilitadores deben disponer de una preparación previa (antes del desastre) en temas psicosociales. Pero en muchas ocasiones no ha sido así, por lo que se impone una capacitación rápida, directa y eminentemente práctica. Los profesionales de salud mental deben apoyar estos procesos y movilizarse con las autoridades, agentes comunitarios y trabajadores de atención primaria, acompañándolos en el terreno para apoyar las reuniones informativas.

Recomendaciones prácticas para las actividades de comunicación

Pautas generales para el sector salud

- Tener una actitud proactiva en la generación y difusión de la información, así como mantener una relación fluida y coordinada con los

medios de comunicación. El tener acceso impedirá que los periodistas busquen información en fuentes alternativas o que hagan evaluaciones independientes.

- Ofrecer toda la información y la orientación disponibles sobre las labores de ayuda y salvamento que se estén efectuando, de manera veraz y seria, que infunda calma, en especial a aquéllos que residen en las zonas afectadas. Se debe difundir información actualizada y confiable, por ejemplo, sobre heridos, fallecidos, centros de asistencia a los damnificados, acceso a servicios y programas, seguridad social, etc.
- En situaciones de crisis es fundamental ofrecer información continua a los medios y a la comunidad, aun cuando existan algunas dudas y lagunas. A veces, la oportunidad y la rapidez son más importantes que la exhaustividad.
- La información general debe respetar la cultura y las tradiciones de la comunidad, así como tener un abordaje humano que sensibilice al que informa y al que recibe el mensaje.
- Asesorar y recomendar a los líderes y autoridades del gobierno para que, en sus declaraciones públicas, transmitan calma para reducir el temor y la incertidumbre.
- No deben existir contradicciones en los mensajes informativos. Siempre que sea posible, debe utilizarse información escrita, tipo boletines, para las labores de divulgación y orientación que se ofrecen a la población.
- Reconocerlo cuando la información sea incierta o no esté disponible. Nunca guardar información en nombre del "interés público".
- Responder rápida, positiva y abiertamente a los cuestionamientos de los medios de comunicación y la comunidad en general. Las conferencias o declaraciones a la prensa son instrumentos muy adecuados en caso de desastres. Antes de dirigirse a los periodistas, es importante generar un clima de sinceridad y confianza mutua, y evitar la circulación de rumores.
- Se recomienda que sólo el vocero oficial de la institución hable con los medios de comunicación. Sin embargo, si se va a abordar el tema de salud mental, es deseable que los profesionales especializados y que estén trabajando en la respuesta, puedan acompañar al vocero para informar y aclarar dudas específicas.

- Documentar y difundir las experiencias y lecciones aprendidas. Para esto es necesario garantizar el registro y archivo de documentos, imágenes y videos de las acciones desarrolladas, pues esto aportará la información necesaria para la elaboración de mensajes y la posterior evaluación de la emergencia.

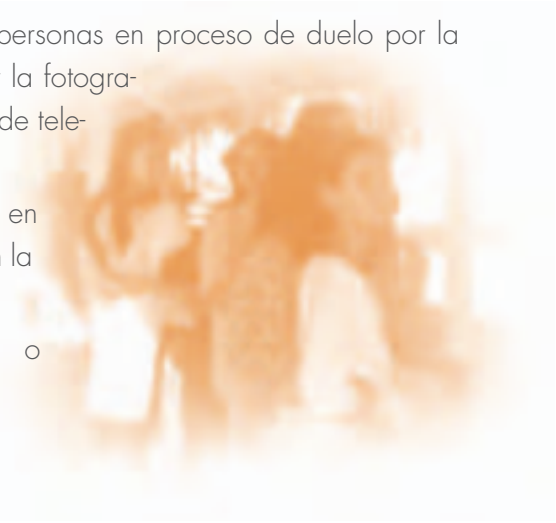
Pautas para los servicios y equipos de salud mental

- Capacitar al personal de los equipos de respuesta, trabajadores de la salud, educadores, trabajadoras sociales, voluntarios, líderes comunitarios y periodistas en las principales manifestaciones psicosociales que se presentan habitualmente en situaciones de desastres, así como en recomendaciones prácticas para facilitar la respuesta y la recuperación.
- Trabajar en conjunto con el equipo de comunicación social de la institución de salud, orientando las medidas que desde el punto psicosocial se deben tomar para evitar el pánico, la ansiedad y disminuir los efectos emocionales desestabilizadores.
- Apoyar al equipo de comunicación en la preparación de un paquete para la prensa, en el cual se incluyan orientaciones relacionadas con la reducción de los efectos psicosociales en la población.
- Apoyar la elaboración de productos de comunicación en audio, prensa y video para facilitar el trabajo en salud mental.
- Alentar la participación activa del conjunto de la comunidad.
- Evitar un lenguaje excesivamente técnico o especializado.

Recomendaciones para el trabajo de los periodistas y medios de comunicación

- La misión de los medios de comunicación, durante una crisis, es mantener al público bien y oportunamente informado.
- Ser crítico con las fuentes de noticias. Comprobar los hechos cuidadosamente y distinguir entre la información oficial de la institución encargada del manejo de la emergencia y los criterios individuales de expertos, comentarios, descripción de hechos e interpretaciones.

- Mantener un contacto sistemático con las instituciones de salud, para difundir información que ayude a mantener el equilibrio emocional de la población.
- Mantener informada a la población, de manera continua, sobre la evolución de la situación. Para esto es necesario transmitir en forma reiterada los mensajes importantes para la comunidad.
- Difundir información y mensajes positivos (de ánimo y apoyo) que eleven la moral y hagan sentir a la población damnificada que no está sola; es decir, buscar un equilibrio informativo, aun en momentos de crisis.
- Los medios de comunicación deben priorizar aspectos tales como el enfrentamiento de la situación, preservar vidas, desarrollar la solidaridad y evitar el aislamiento.
- Tener en cuenta los efectos psicológicos que el impacto de las imágenes genera en el público. No exponer innecesariamente imágenes cuya crudeza y dramatismo profundicen el impacto psicológico propio de la situación acaecida, incrementando las condiciones de vulnerabilidad de las personas.
- Controlar el tono de tragedia que puede tener la información sobre un desastre, evitando la repetición constante y morbosa de los hechos.
- No difundir noticias sin confirmar (rumores o insinuaciones), ni fomentar desacuerdos o enfrentamientos entre las diferentes instituciones que trabajan en la emergencia, o con la comunidad científica.
- Respetar la privacidad de los damnificados, heridos y familiares, así como la muerte y el dolor ajenos.
- Respetar los sentimientos de las personas en proceso de duelo por la pérdida de seres queridos (evitar la fotografías de primer plano o imágenes de televisión de víctimas o familiares).
- La transparencia y la oportunidad en la información no deben reñir con la prudencia y la cautela.
- No crear falsas expectativas o esperanzas.



Lineamientos para la elaboración de los mensajes

La información y los mensajes que se generen en las instituciones y en los medios de comunicación deben orientar la respuesta de la población y prevenir o disminuir el impacto emocional de un evento adverso.

Para el sector salud es importante tener previamente elaboradas algunas herramientas de comunicación que puedan servir para apoyar la respuesta a la emergencia. Sin embargo, un principio básico es que los mensajes se diseñen a partir de la evaluación de la situación existente, del impacto psicológico en la población, así como de los daños y necesidades de la comunidad.

Los principales elementos que se deben considerar son:

- Focalizar la información en la importancia de preservar la vida y la salud.
- Promover la solidaridad invitando a las personas que no fueron afectadas a tener un comportamiento positivo de ayuda a los más vulnerables, especialmente niños, adultos mayores, discapacitados y enfermos.
- Estimular que la población esté atenta a la información oficial y no actúe basándose en los rumores.
- Mantener informada a la población sobre los principales problemas, soluciones, necesidades y medidas que la población pueda adoptar (por ejemplo, servicios de salud disponibles, acceso a suministros y alimentos), especificando los lugares previstos para recibir ayuda.
- Tener en cuenta las tradiciones y percepciones sociales, culturales y religiosas, lo que lleva a generar mensajes que respetan las normas y valores de la población.
- Considerar aquellos territorios con gran diversidad cultural y étnica; si es necesario, se deben emitir los mensajes en todos los lenguajes y dialectos.
- Difundir la información esencial y necesaria; recordar que demasiada información puede confundir al público y oscurecer el mensaje central.
- Utilizar, cuando sea posible, fotos, dibujos o gráficos para explicar los mensajes.
- Realizar una validación de los mensajes y herramientas de comunicación antes de difundirlos públicamente.

- Es recomendable que los mensajes elaborados respondan de forma clara a las siguientes preguntas:
  - ¿Invita a la lectura, o a escucharlo, verlo y utilizarlo?
  - ¿Induce a realizar acciones positivas?
  - ¿Es claro y se entiende el contenido que se quiere transmitir?
  - ¿Los receptores se identifican con la situación y los personajes?
  - ¿Existen las condiciones y posibilidades para que los receptores puedan poner en práctica las indicaciones recibidas?

Ejemplos de mensajes a la población para apoyar la protección de la salud mental

- El temor, la desconfianza, la tristeza, la angustia, la incertidumbre, la dificultad para dormir, la irritabilidad, la falta de concentración, la falta o el exceso de apetito y las crisis de llanto son reacciones normales ante situaciones de desastre. La expresión de estos sentimientos le ayudará a recuperarse más prontamente.
- Para desahogarse busque una persona de confianza, cuéntele lo que siente y también escuche sus problemas. Usted también puede ayudar escuchando a otras personas.
- En situaciones de desastres, muchas veces los niños no pueden expresar fácilmente lo que sienten, por lo que es muy importante escucharlos, darles cariño, seguridad y jugar con ellos.
- Realice actividades con sus vecinos para apoyarse mutuamente y superar los problemas generados por el desastre.
- Busque ayuda en el centro de salud más cercano. No sufra callado ni a solas.
- Use solamente los medicamentos recomendados por personas autorizadas. Evite tomar "medicinas para los nervios" por su cuenta.
- No beba alcohol u otras drogas para evadir la situación o "sentirse mejor".

Consideraciones finales

- El adecuado manejo de la comunicación social contribuirá a reducir la incertidumbre y disminuir el impacto psicosocial del evento adverso.
- Frente a las reacciones de incertidumbre, temor y tensión generadas en un desastre, es importante desarrollar una adecuada estrategia de comunicación con un oportuno flujo de información.
- La comunicación social es un eje transversal en las acciones de preparación y atención de desastres y el tema de salud mental debe ser un componente del plan de comunicación en situaciones de desastres del sector salud.

- Las estrategias de comunicación e información se deben desarrollar internamente en la institución de salud, pero son fundamentales también las alianzas, especialmente con los medios de comunicación, el sector educativo y los gobiernos locales.
- La producción de información seria y responsable, pertinente y oportuna, que tenga en cuenta las implicaciones en la salud mental de la población, es un desafío de las instituciones involucradas en la respuesta y el manejo del desastre.
- Las estrategias y acciones que se implementen antes del desastre (como preparación) serán vitales para lograr una comunicación efectiva en los momentos críticos y generar una respuesta eficaz.
- La recuperación después de un evento adverso suele llevar un tiempo prolongado, por lo que es importante que las áreas de comunicación social y de salud mental del sector salud mantengan el tema en vigencia para promover la rehabilitación psicosocial y el retorno a las actividades cotidianas.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Guía de preparativos de salud frente a erupciones volcánicas. Módulo 5: La comunicación frente a erupciones volcánicas*. Quito: OPS; 2005.
2. Wisner B, Ruiz V, Laell A, Meyreles L. ¡Corra, avísele a sus vecinos! Alerta de huracanes en el Caribe. En: *Informe Mundial sobre Desastres* (resumen). Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2005. p.5.
3. Vaux T. ¿Datos o diálogo? El papel de la información en casos de desastre. En: *Informe Mundial sobre Desastres* (resumen). Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2005. p.5.
4. Jefferys A, Simha V, Samuel K, Kottegoda S. Eskeland L. Compartir información para la recuperación de Asia meriodional. En: *Informe Mundial sobre Desastres* (resumen). Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2005. p.23.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Terremotos en El Salvador*. Washington, D.C. OPS, 2002.

CAPÍTULO X
Conclusiones

Líneas generales de acción de un plan de atención de salud mental en emergencias

- ***Acciones previas de preparación.*** Comprenden la planificación y la organización de la respuesta, la capacitación del personal, etc.
- ***Evaluación preliminar rápida de los daños y las necesidades en salud mental***
- ***Atención psicosocial por personal no especializado.*** Los trabajadores de atención primaria en salud, los voluntarios, el personal socorrista y de ayuda humanitaria, y los agentes comunitarios son el contacto directo con la población y los que prestan la primera ayuda psicológica en el período crítico.
- ***Atención especializada.*** Debe reservarse para casos con trastornos psíquicos más complejos. Los servicios especializados deben estar vinculados con la atención primaria en salud.
- ***Capacitación en los principios básicos de atención psicosocial, intervención en crisis y primera ayuda emo-***

cional. Se les brinda a los agentes de la primera línea de contacto con las víctimas y sobrevivientes.

- ***Educación para la salud.*** La población debe conocer que muchas de las manifestaciones psicosociales que se presentan son respuestas emocionales normales ante el suceso e identificar aquellos problemas que requieran asistencia y el aprendizaje de algunas medidas simples para el afrontamiento de estas situaciones.
- ***Comunicación social.*** Una buena estrategia de información y orientación a la sociedad es esencial para fomentar la tranquilidad y reducir el miedo y la aflicción.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional
- Organización comunitaria, participación social y fomento de la autorresponsabilidad
- Sistema de registro de la información, indicadores y seguimiento

Principios generales de actuación

- Es necesario modificar el paradigma de atención en salud mental en situaciones de emergencia, privilegiando lo grupal y comunitario. Las respuestas institucionales más frecuentes han estado basadas en la atención psiquiátrica individual que es poco efectiva y sirve sólo a un número muy reducido de personas.
- La provisión de asistencia directa en albergues, escuelas y otros espacios comunitarios permite identificar tempranamente los problemas psicosociales y actuar activamente.
- Se debe evitar que el sufrimiento se torne un problema psicológico y que la atención de las víctimas se remita a los médicos.
- Se deben evitar las etiquetas diagnósticas.
- Se debe restringir la hospitalización a los casos estrictamente necesarios y por el menor tiempo posible. Igualmente, se debe restringir el uso de medicamentos, al mínimo posible.
- Se deben definir los criterios de remisión al especialista, como son: 1) los síntomas persistentes o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales o cuadros que generan gran sufrimiento; 2) las dificultades importantes en la vida cotidiana; 3) el riesgo de complicacio-

nes, en especial, el suicidio; 4) los problemas coexistentes, como el alcoholismo, y 5) los trastornos psiquiátrico graves, como las psicosis (poco frecuentes en estas condiciones).

- Después de un desastre de gran envergadura, se necesita brindar orientación para la inseguridad causada por miedos ante nuevos desastres o réplicas.
- Se deben tener en cuenta los valores, tradiciones y costumbres de la población, así como otras características de acuerdo con la edad, el sexo, el lugar de residencia, etc.
- La ubicación de los damnificados en albergues o refugios debe ser considerada una alternativa de último recurso, pues genera muchos problemas psicosociales.
- Los grupos más vulnerables deben recibir una atención específica. Los miembros de los equipos de respuesta son un grupo de riesgo que debe recibir atención prioritaria.
- Se deben apoyar las medidas generales que contribuyen a fomentar el orden y la tranquilidad.
- La ayuda humanitaria, la satisfacción de las necesidades básicas de los afectados y el establecimiento de contextos seguros son las primeras medidas de ayuda psicosocial.
- Se debe enfatizar el retorno a la normalidad tan pronto como sea posible, evitando la revictimización.
- El acompañamiento humano de carácter grupal en momentos significativos, como en las exhumaciones o en las morgues, es un abordaje que complementa las intervenciones clínicas y las medidas administrativas.
- El manejo de grandes cantidades de cadáveres debe ser cuidadoso y ético; hay que establecer una manera ordenada e individualizada de notificar las muertes y las desapariciones. Es importante evitar los entierros en fosas comunes y promover la identificación, el registro apropiado de los cadáveres y la entrega de los mismos a sus familiares.
- Es necesario que las vivencias del duelo adquieran diferentes formas de expresión, según la cultura. La ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquiere relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido.

- Se ha demostrado que los efectos en la salud mental de los conflictos armados prolongados pueden ser a mediano y largo plazo.
- En situaciones en las cuales han ocurrido grandes violaciones de los derechos humanos, torturas y masacres, se enfatiza en las intervenciones sociales para la reparación del tejido social: resarcimiento, atención humanitaria de los sobrevivientes, recuperación de la memoria colectiva, dignificación de las víctimas, así como las exhumaciones que puedan contribuir al esclarecimiento de los hechos y a facilitar el proceso de duelo.

Sobre la atención a los niños

Los tipos y modalidades de atención de las principales reacciones y problemas psicosociales en la infancia varían en un amplio rango, según la edad.

Qué hacer, en líneas muy generales

- Favorecer su retorno a las actividades habituales, en la familia, la escuela y la comunidad de pertenencia, así como vincularlos a actividades lúdicas, deportivas y recreativas.
- Los padres, familiares y maestros deben observar cuidadosamente e identificar tempranamente cualquier modificación en las conductas habituales de los menores.
- Facilitar espacios para la libre expresión y el intercambio entre los niños. Apoyarlos cuando quieran hablar y expresar sus sentimientos, así como escucharlos con atención; es necesario prever que el menor, en muchas ocasiones, no se siente seguro.
- Los espacios de atención psicológica al niño deben ser muy flexibles y centrados en sus propios escenarios, como la escuela o la comunidad. Debe reducirse al mínimo la atención clínica en el consultorio.
- Los jóvenes y las mujeres pueden jugar un papel importante en la atención a los niños y en su organización grupal.

Qué no hacer con los niños

- No forzarlos a hablar o expresar sus sentimientos. Las intervenciones de tipo catártico que promueven la memoria del trauma pueden resultar dañinas. Esto es diferente a proporcionarles espacios de libre expresión y acompañamiento.
- No imponerles ideas o formas de reaccionar o comportarse.
- No prescribir psicofármacos ni hospitalizar, salvo muy contadas excepciones que deben ser valoradas por un especialista.
- Evitar el exceso o sobrecarga de ayuda, sobre todo profesional o por diferentes equipos, en ocasiones, sin relación entre sí.

Sobre los tamizajes de poblaciones afectadas por los desastres

Las encuestas o pruebas para la detección de "casos", realizadas después de un evento traumático, pueden ser de utilidad y llamar la atención sobre enfermos que no se han identificado para prevenir una morbilidad de larga evolución. El costo y la factibilidad pueden ser obstáculos, sobre todo cuando se pretende aplicar de manera rutinaria a grandes grupos de población. Sin embargo, el tema no deja de ser discutible y aún existen interrogantes.

Recomendaciones

- El tamizaje puede ser útil para detectar problemas como: niveles de estrés, altos y sostenidos, que pueden ser indicativos de complicaciones futuras, depresión, abuso de alcohol o drogas y disfunción importante en la vida cotidiana.
- No se debe llevar a cabo un tamizaje antes de las primeras cuatro semanas, dado que las posibilidades de recuperación espontánea son muy altas en esa fase y se puede sobrestimar la problemática existente.
- Se recomienda aplicarlo solamente a los grupos en riesgo muy bien seleccionados que hayan sufrido grandes traumas o en los cuales se anticipen elevados índices de trastornos psíquicos.

Diez consideraciones básicas

1. En situaciones de desastres naturales y otras emergencias, se eleva la frecuencia de los trastornos psíquicos pero, también, de muchas otras manifestaciones emocionales que pueden considerarse como "respuestas normales ante situaciones anormales" (por ejemplo, la aflicción y el miedo). Además, se evidencian otros problemas como el consumo excesivo de alcohol y las conductas violentas.
2. Hay un pequeño grupo de personas que necesitan apoyo específico o tratamiento especializado y que requieren ser identificadas tempranamente.
3. En la actualidad, el concepto clásico de estrés postraumático está siendo muy criticado. No es aplicable a los países en vías de desarrollo; lo más frecuente es observar síntomas aislados de estrés postraumático, pero no el cuadro en su totalidad. La búsqueda específica y casi exclusiva del estrés postraumático es contraproducente.
4. No son recomendables los servicios especializados de tipo vertical y centrado en la atención al trauma. Los servicios de salud mental deben estar insertados en la red de atención primaria en salud, con un enfoque amplio y no centrado exclusivamente en el trauma.
5. La principal prioridad en el trabajo de salud mental es reintegrar a las personas a su vida normal.
6. El trabajo de apoyo psicológico indiscriminado, realizado por equipos del extranjero o por varios grupos de manera simultánea, es contraproducente.
7. El *debriefing* no es un procedimiento aconsejable como una intervención temprana después del trauma; actualmente, la mayoría de los especialistas lo consideran ineficaz (e, incluso, contraproducente), como técnica de trabajo individual o grupal.
8. Las grandes catástrofes tienen un impacto en la salud mental a mediano y largo plazo; las lesiones psicológicas no se curan tan fácilmente como las heridas. Por lo tanto, debe preverse el trabajo de recuperación después de la fase crítica.
9. La ayuda humanitaria y social es una parte importante del trabajo para mejorar la salud mental de las poblaciones afectadas por desastres, pero debe complementarse con otras intervenciones específicas. Sería

un error considerar que la atención de salud mental se restringe sólo a formas de ayuda o asistencia social.

10. Existen modalidades de intervenciones sociales y psicológicas que han sido consensuadas por la experiencia y en las que casi la totalidad de los expertos están de acuerdo. Un plan de acción de salud mental en situaciones de desastres debe fundamentarse en estos principios pragmáticos, flexibles y de amplia aceptación.