



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres



Protege a tu familia.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
¡Comprométete!

Programa de Reorganización Rediseño y
Modernización de las Redes de Prestación
de Servicios de Salud



**Prosperidad
para todos**

© Ministerio de la Protección Social
Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres

ISBN: 978-958-8717-02-9
Bogotá, Colombia
Julio de 2011

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Viceministerio de Salud y Bienestar
Grupo Atención de Emergencias y Desastres

Autora

[Deborah J. DeWolfe, Ph.D. MSPH](#)

Traducción y adaptación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

[José A. Posada Villa, MD*](#)
Médico cirujano, especialista en psiquiatría y en gerencia social
Asesor en Salud Mental del Ministerio de la Protección Social

Supervisora

[Diana Marcela Sánchez Alarcón](#)
Grupo Atención de Emergencias y Desastres
Ministerio de la Protección Social

Coordinación editorial

[Jannette Bonilla T.](#)
Consultora Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
Ministerio de la Protección Social

Diseño, impresión y acabados

[Impresol Ediciones Ltda](#)
www.impresolediciones.com

*Investigador principal del Estudio nacional de salud mental. Director de la especialización en Promoción en salud y desarrollo humano de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Profesor de psiquiatría comunitaria en la especialización de psiquiatría de la Clínica Montserrat – Universidad El Bosque. Miembro del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (OMS - Universidad de Harvard), de la World Federation for Mental Health, de la Academia Colombiana de Salud Pública y Seguridad Social, de la Asociación Colombiana de Psiquiatría y del Comité de Salud Mental de la Academia Nacional de Medicina.

La publicación de esta guía fue posible gracias al Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Contrato de préstamo BID 1525/OC-CO y 1742/OC-CO. Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social

www.minproteccionsocial.gov.co
Dirección: Carrera 13 # 32-76 Bogotá, D.C.
PBX (57-1) 3305000 Fax: (57-1) 3305050
Línea Gratuita de Atención al usuario: Desde Bogotá (57-1) 3305000 ext. 3380/81
Desde otras ciudades del país 018000-910097
Correo electrónico de atención al ciudadano:
atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Mauricio Santa María Salamanca
Ministro de la Protección Social

Beatriz Londoño Soto
Viceministra de Salud y Bienestar

Javier Humberto Gamboa Benavides
Viceministro Técnico

Ricardo Andrés Echeverri López
Viceministro de Relaciones Laborales

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Luis Fernando Correa Serna
Coordinador Grupo Atención de Emergencias y Desastres

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE en las distintas regiones de Colombia, al personal del ICBF, la Policía Nacional, los Bomberos, la Cruz Roja, la Defensa Civil; a los representantes de ONG, universidades y líderes comunitarios que en las jornadas realizadas a lo largo y ancho del país, presentaron comentarios y sugerencias a esta Guía de atención en salud mental en emergencias y desastres. A Luis Fernando Correa, por su apoyo incondicional para el desarrollo del proyecto, desde el Grupo Atención de Emergencias y Desastres del Ministerio de la Protección Social.

José A. Posada Villa, MD

Contenido

PRESENTACIÓN

La atención en salud mental en situaciones de emergencia: una prioridad	13
---	----

PRÓLOGO

Una historia recurrente en Colombia	15
---	----

INTRODUCCIÓN

1. Premisas fundamentales para enfrentar una situación de atención de emergencias	21
2. Intervenciones en salud mental: parte de la respuesta integral en las emergencias y los desastres	22
3. Propósito de esta Guía	22
4. Modalidades de la atención en Salud Mental	23
5. ¿Por qué la necesidad de un entrenamiento especial?	23

PARTE I

CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES

CAPÍTULO 1. Respuestas a las emergencias y los desastres	29
1. Características demográficas de la comunidad	30
2. Grupos culturales	30
3. Factores socioeconómicos	30
4. Recursos de salud mental	30
5. Funciones y responsabilidades de la entidad territorial en un desastre	30
6. Roles de las organizaciones no gubernamentales en un desastre	30
7. Organizaciones comunitarias	30
8. Respuesta a un desastre	31
9. Clasificación de los desastres	32
10. Características de los desastres	32
11. Características de los sobrevivientes	34
12. Mitigación de los efectos de los desastres	35
13. Fases del desastre	36
14. Proyección comunitaria	37
Bibliografía y lecturas recomendadas	39

PARTE II

POSIBLES REACCIONES Y RESPUESTAS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, SEGÚN GRUPOS DE RIESGO

CAPÍTULO 2. Reacciones a emergencias y desastres según los grupos de riesgo	43
1. Necesidades y reacciones comunes	44
2. Grupos de riesgo	45
Bibliografía y lecturas recomendadas	49

CAPÍTULO 3. Alternativas de respuesta ante las reacciones de cada grupo de riesgo	51
--	----

1. Reacciones a las emergencias y los desastres e intervenciones sugeridas	52
--	----

2. Los criterios generales para remisión al especialista	57
3. Servicios de atención en salud mental incluidos en el Plan Obligatorio de Salud	57
4. Instrumentos de tamización	60
Bibliografía y lecturas recomendadas	67

PARTE III

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN

CAPÍTULO 4. Prevención y manejo del estrés del equipo que presta atención	71
1. Apoyo a los profesionales de salud en desastres	72
2. Factores de riesgo	73
3. Dificultades que con alguna frecuencia presentan los miembros de los equipos al volver a la vida regular	73
4. Contexto organizacional	73
5. Contexto individual	73
6. Gestión de la carga laboral	73
7. Estructura efectiva de gestión y liderazgo	74
8. Propósitos y metas claras	74
9. Roles definidos funcionalmente	74
10. Apoyo al equipo	74
11. Plan para el manejo del estrés	74
12. Manejo de la carga de trabajo	75
13. Posibilidad de un estilo de vida balanceado	75
14. Estrategias de reducción del estrés	75
15. Autoconciencia	75
16. Signos y síntomas de estrés del profesional de salud	76
17. Indicadores comunes de malestar o disfunción en el equipo	78
18. Indicadores comunes de malestar o disfunción en la familia	78
19. Recompensas y disfrute del trabajo en emergencias y desastres	78
20. Orientaciones para las personas que trabajaron en la emergencia o desastre después de que regresan a la normalidad	78
Bibliografía y lecturas recomendadas	79

CAPÍTULO 5. Preparación del equipo de atención para enfrentar el desastre	81
1. Entrenamiento integral	82
2. Preparación de la capacitación	83
3. Selección del personal	83
4. ¿Quién debe asistir?	83
Bibliografía y lecturas recomendadas	84

PARTE IV

GUÍA DE CAPACITACIÓN PARA GRUPOS DE ATENCIÓN

CAPÍTULO 6. Perfil de un curso de capacitación integral	87
1. Visión global de la capacitación	88
2. Objetivos del curso	89
3. Capacitación integral	89
Actividades	91
Ayudas visuales	109
Fichas de orientación	119

CAPÍTULO 7. Necesidades y opciones de entrenamiento adicional	129
1. Entrenamiento para los “pares”	130
2. Entrenamiento para trabajadores de servicios sociales	131
3. Aspectos que se deben tener en cuenta para entrenamiento en campo	132

ANEXOS

1. Resumen de algunas normas relacionadas con salud mental	134
Constitución Política de Colombia	134
Ley 1122 de 2007	134
Artículo 65 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011	134
Decreto 919 de 1989. Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres	135
Decreto 976 de 1997	135
Decreto 173 de 1998	135
Decreto 3039 de 2007	135
Resolución 002 de 2003	136
Acuerdo 59 de 1997	136
Acuerdos 64 de 1997	136
Acuerdo 85 de 1997	137
Directiva Ministerial 1 de 1993	137
2. Los desastres en Colombia	138



LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: UNA PRIORIDAD

Los eventos catastróficos que con frecuencia ocurren en el país son un desafío y una invitación para realizar acciones concretas por parte de los responsables de la organización y atención de los servicios de salud. Los sentimientos de pérdida del bienestar y seguridad, que son elementos cruciales para una vida feliz y saludable, se afectan de manera dramática en una situación de emergencia. Por ello, dar una respuesta sistemática a la atención en salud mental ante estos eventos es una prioridad para el Gobierno Nacional en la coyuntura actual.

La Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres del Ministerio de la Protección Social es un aporte en esa dirección. El Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, y en especial, el Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres del Sector de la Protección Social, no tenían una guía que facilitara una respuesta adecuada en las emergencias y desastres en el componente de salud mental. Se hacía necesario disponer de una “caja de herramientas” con orientaciones, propuestas de buenas prácticas, sugerencias de trabajo conjunto de cómo incluir el componente de salud mental en la atención de emergencias y desastres.

Este documento guía es el resultado de un largo proceso de investigación, análisis y consulta con expertos en los temas de salud mental en situaciones de emergencia.

Su elaboración partió de las experiencias y publicaciones de organismos nacionales e internacionales, tales como la *Guía del Comité Permanente entre Agencias (Inter-Agency Standing Committee, IASC) sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*, la *Guía de salud mental en situaciones de desastres de la OMS/OPS*, la *Guía protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias de la OMS/OPS*, los *manuals de DEEP center (Disaster and Extreme Event Preparedness)*, y las experiencias y publicaciones de la Cruz Roja y del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de los Estados Unidos.

Durante 2009 se realizaron presentaciones de esta propuesta y se recogieron comentarios y sugerencias en talleres de dos días de duración realizados en cada una de las regiones del país: Atlántica, Pacífica, Nororiental, Surcolombiana y Eje Cafetero, con representantes del sector salud, profesionales de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE y de las áreas de salud mental de diferentes entidades, entre ellas, ICBF, Policía, Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, ONG, universidades y líderes comunitarios y de otros sectores.

En reunión nacional, los coordinadores de los CRUE, realizaron sus aportes y sugerencias.

El documento tiene cuatro partes y siete capítulos. La parte I presenta una descripción de las características de las situaciones de emergencias y desastres; la parte II ofrece un escenario de posibles reacciones y respuestas en las situaciones de emergencia, clasificadas por los distintos grupos de riesgo; la parte III contextualiza y describe los trabajos que debe realizar el personal que hace parte de los grupos de atención y la parte IV es una guía para brindar capacitación a los grupos de atención con diversas herramientas. Cada uno de los capítulos ofrece al final una relación de bibliografía de lecturas recomendadas sobre los temas abordados.

De esta forma, el Gobierno nacional pone a disposición de los equipos médicos y de profesionales del área de la salud, así como de las entidades territoriales y de todos los que de una u otra manera deben atender situaciones de emergencia en el país, esta herramienta que es un paso sustancial en la implementación del componente de salud mental en casos de emergencias y desastres.

Esperamos que sea divulgada y utilizada por quienes en el país tienen a cargo la valiosa y dedicada tarea de prestar atención en situaciones de emergencia.

Mauricio Santa María Salamanca
Ministro de la Protección Social

UNA HISTORIA RECURRENTE EN COLOMBIA

El país presenta el nivel de ocurrencia de desastres más alto en América Latina durante los últimos treinta años, al registrar en promedio 597,7 eventos por año. Entre los fenómenos que con mayor frecuencia originan desastres se encuentran las inundaciones con 36,8%, los deslizamientos de tierra con 25,5% y los incendios urbanos con 7,6%. En su conjunto, estos han causado 70% de todos los desastres de las últimas tres décadas.

Pero no solo los grandes desastres naturales han generado las mayores pérdidas. En estos treinta años, los desastres de menor escala pero recurrentes han ocasionado daños equivalentes a 2.227 millones de dólares y han dejado más de 9.000 muertos, 14,8 millones de personas afectadas, 89.000 viviendas destruidas y 185.000 averiadas y cerca de 3 millones de hectáreas de cultivos deteriorados.

En la situación de salud de la población general en Colombia, se destacan los problemas y trastornos mentales y de consumo de sustancias psicoactivas. Según el *Estudio nacional de salud mental* de 2003, al menos 40,1% de la población colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es de 16%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo los más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas los más prevalentes en los hombres.

Así mismo, los efectos de la violencia y las lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud mental de la población: son los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otra persona las que producen mayor morbilidad en el país.

Además, existen grupos poblacionales en situación de desplazamiento forzoso, grupos étnicos y población en situación de discapacidad que comparten, por condiciones étnicas, culturales o sociales, mayores vulnerabilidades que las observadas en la población general. Este fenómeno, por razones obvias, adquiere una mayor magnitud en situaciones de emergencias y desastres.

La Red Nacional de Atención de Emergencias

Por otra parte, el sector salud tiene una red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, que tienen la obligación ética y legal de atender a todas las personas víctimas de una situación de emergencia o desastre, además de contar con un Plan Hospitalario para Emergencias.

El país cuenta con el Sistema de Emergencias Médicas, conformado por el conjunto de IPS, los servicios de atención pre hospitalaria, la Red de Urgencias, la Red de Transporte de Ambulancias, la Red de Comunicaciones, la Red Nacional de Centros de Reserva, la Red de Bancos de Sangre y los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE). Existen 28 CRUE, responsables de coordinar y regular la prestación de los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencias o desastres, en el territorio de su influencia.

Las entidades promotoras de salud (EPS) cumplen un papel muy importante en garantizar la continuidad de la atención en salud a sus afiliados afectados en una situación de emergencia o desastre, una vez ha sido atendida la urgencia inicial.

La Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con las entidades territoriales, realiza la inspección, vigilancia y control de la prestación de los servicios de salud a la población afectada en situaciones de emergencia y desastres por parte de los prestadores de servicios de salud, así como el cumplimiento de las responsabilidades por parte de las entidades aseguradoras a sus afiliados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como organismo de cooperación técnica, participa activamente con las autoridades nacionales y territoriales en los pro-

cesos de preparación del personal de salud en los aspectos de prevención y respuesta ante una emergencia o desastre.

Los comités de prevención y atención en desastres del Sistema de la Protección Social tienen la responsabilidad de revisar sus planes para evaluar tanto la capacidad de respuesta como la pertinencia de los planes de salud mental en emergencias y desastres.

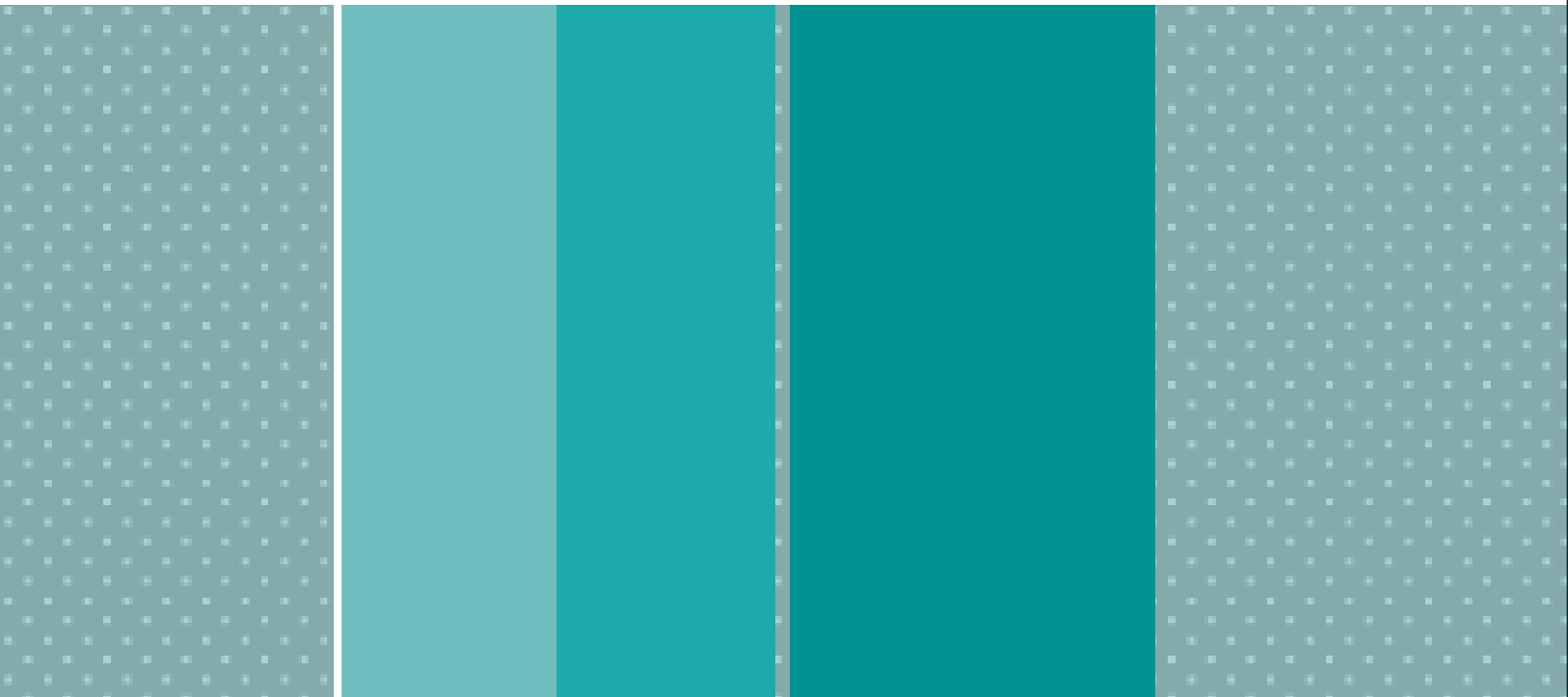
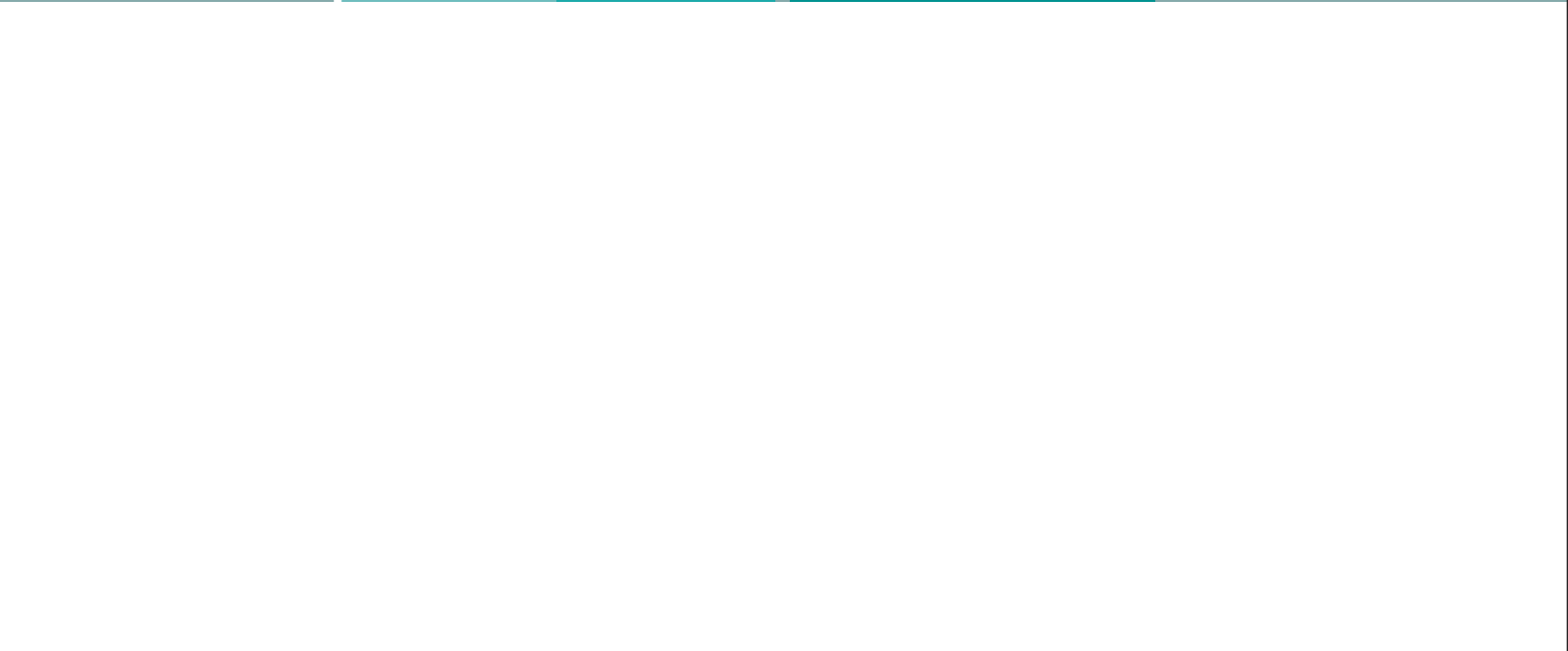
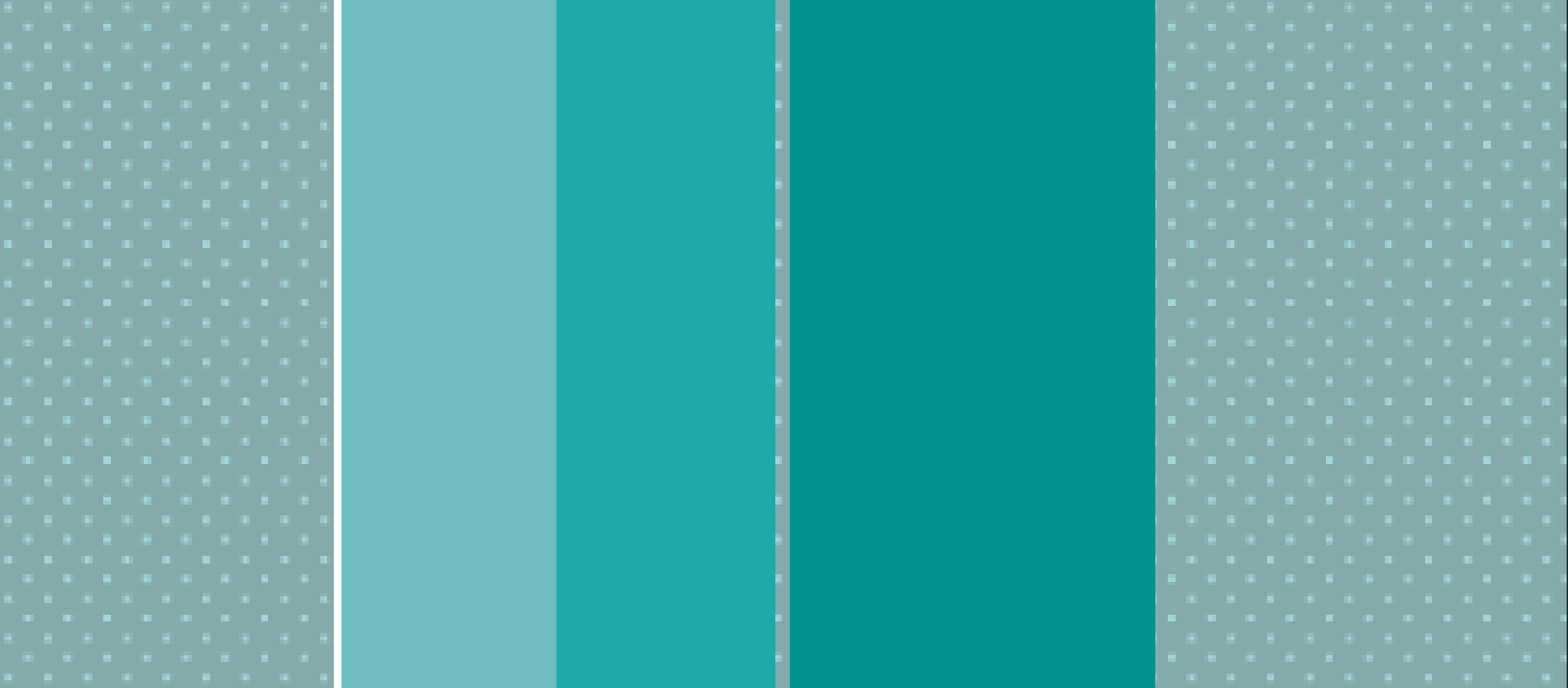
En general, el estado de los planes de salud mental en desastres que se conocen ha sido muy variable e incompleto. Prácticamente, todos los planes disponibles carecen de estos elementos clave que debe tener un plan integral y viable y, por otra parte, tanto el formato como el contenido varían entre los diferentes entes territoriales. Sin embargo, en algunos planes se encontraron elementos especialmente bien formulados, integrales y creativos.

Es claro que para el desarrollo de la atención en salud mental en emergencias y desastres, los recursos, tanto humanos como financieros, son elementos principales para una planeación y una implementación exitosas. Sin embargo, pocos comités regionales y locales de atención en desastres tienen al menos una persona cuya responsabilidad de tiempo completo sea la salud mental.

Teniendo en cuenta que los recursos para planeación del componente de salud mental en desastres son con frecuencia limitados y deben competir con otras prioridades, es interesante ver lo que puede lograrse en los municipios, distritos y departamentos con un equipo motivado en estos aspectos y con muy pequeñas cantidades de recursos.

Esperamos que esta guía sea un instrumento útil para todas las personas que en distintos lugares del país deben apoyar a otros grupos de compatriotas que atraviesan difíciles situaciones de emergencia.

Luis Fernando Correa Serna
Coordinador
Grupo Atención de Emergencias y Desastres
Ministerio de la Protección Social





Introducción





1. Premisas fundamentales para enfrentar la atención en una situación de desastre

La experiencia muestra que existe un grupo de premisas básicas que es necesario tener en cuenta cuando el personal de atención de emergencias se enfrenta a una situación particular. Algunas de las más importantes son las siguientes:

- Todo el que ha visto un desastre queda afectado por este.
- Hay dos tipos de trauma en los desastres:
 - individual y comunitario.
- La mayoría de las personas logran funcionar de manera más o menos adecuada durante y después de un desastre.
- El estrés en los desastres y las reacciones de duelo son respuestas normales a una situación anormal.
- Muchas de las reacciones emocionales de los sobrevivientes se derivan de problemas de supervivencia provocados por el desastre.
- La mayoría de las personas no son conscientes de que necesitan atención en salud mental después del desastre y no buscan estos servicios.
- Los sobrevivientes pueden rechazar todo tipo de ayuda.
- La ayuda en salud mental en desastres a menudo debe ser más de tipo práctico que de naturaleza psicológica.
- Los servicios de salud mental en desastres deben ser diseñados específicamente para las necesidades de las comunidades afectadas.
- Los trabajadores de salud mental deben dejar de lado los métodos utilizados en la formación clínica tradicional, evitar el uso de etiquetas (diagnósticos) de salud mental y mantener una actitud proactiva para intervenir con éxito en casos de desastre.
- Las intervenciones deben ser adecuadas para la fase del desastre.
- Las redes de apoyo social son cruciales para la recuperación.

La mayoría de las personas que están haciendo frente a las consecuencias de un desastre asumen las típicas reacciones de alguien que está luchando con las dificultades y las pérdidas causadas por el desastre y no se ve con necesidad de atención en salud mental; por lo tanto, es poco probable que la soliciten. Por este motivo, los trabajadores de la salud

mental en situaciones de desastre deben buscar de manera activa a los sobrevivientes para ofrecerles ayuda. Por otra parte, los sobrevivientes a menudo reaccionan de manera positiva a invitaciones como “hablar del estrés del desastre” y no a aquellas que ofrecen “ayuda psicológica” o “atención en salud mental”.

Para llegar a los sobrevivientes se requiere priorizar estrategias de tipo comunitario. Poco después del desastre, la comunidad generalmente se reúne en sitios de distribución de alimentos, albergues, sitios donde se efectúan reuniones informativas, etc.

Recordemos que los sobrevivientes responden a una preocupación genuina, a un oído atento o a la ayuda con la solución inmediata a problemas cotidianos.

La atención de salud mental en desastres debe adecuarse a la comunidad afectada. Esto significa que los trabajadores de salud mental sean culturalmente sensibles, proporcionen información en el lenguaje de la comunidad y trabajen hombro a hombro con los demás trabajadores de salud y las organizaciones y los líderes comunitarios.

En lo posible, es importante disponer de folletos e información sobre “reacciones de estrés normales en casos de desastre” y “cómo afrontar el estrés en situaciones de desastre”.

2. Intervenciones en salud mental: parte de la respuesta integral en las emergencias y los desastres

La recuperación de la salud mental es un área de especial interés para las instituciones encargadas de brindar ayuda simultáneamente con otras actividades como la coordinación, el diagnóstico y la evaluación, la protección social y de derechos humanos, la educación, la difusión de información, la seguridad alimentaria y nutricional, la educación, la organización y el apoyo a la comunidad, la provisión de albergues, el abastecimiento de agua y saneamiento, la reparación de casas y edificios y la reconstrucción de infraestructura vial y comunitaria.

Los equipos de salud y las personas de la comunidad solicitan cada vez mayor atención en los aspectos de salud mental antes, durante y después de las emergencias y los desastres, y los profesionales están más conscientes de la necesidad de ofrecer consejería, gestión de caso y consulta en este campo.

3. Propósito de esta Guía

Teniendo en consideración que cada situación de emergencia o desastre y cada comunidad son únicas, el país enfrenta un gran desafío cuando moviliza los recursos disponibles para ofrecer servicios de salud mental en estas circunstancias.

En términos generales, el objetivo de un plan de salud mental en emergencias y desastres es introducir el componente de salud mental en la atención en salud, con el objeto de eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir problemas y trastornos mentales, evitar o reducir el miedo y el sufrimiento de la población afectada, contribuir a prevenir y controlar los problemas sociales que se generan y atender a las personas afectadas por enfermedad mental.

El propósito fundamental de esta guía es presentar una revisión actualizada de la información esencial disponible, que incluye los siguientes aspectos:

- La forma en que las emergencias y desastres afectan a niñas, niños, jóvenes, adultos y personas de la tercera edad.

- La importancia de concebir y ejecutar los programas de atención a la medida de las comunidades.
- La descripción de las intervenciones de salud mental que han probado ser efectivas en estas situaciones.
- Las estrategias para prevenir y manejar el estrés en las personas que conforman los equipos de atención.
- La manera efectiva en que los administradores y profesionales en salud mental en emergencias y desastres pueden desarrollar un entrenamiento adecuado.

El entrenamiento específico en salud mental en emergencias y desastres es un factor crítico para todos los integrantes de los equipos comprometidos en programas de prevención y recuperación de la salud en este tipo de eventos.

4. Modalidades de la atención en Salud Mental

La primera corresponde a los denominados primeros auxilios mentales, que sirven para ayudar, de manera inmediata, a restaurar el equilibrio y la adaptación mental. Por lo general, los ofrecen personas no especialistas, que son ordinariamente las que entran en contacto con los supervivientes en los momentos inmediatamente posteriores a la emergencia o el desastre.

La segunda modalidad es la de intervención especializada o profesional en aquellos problemas o trastornos mentales que así lo requieren.

Los objetivos fundamentales de la atención en crisis son los siguientes:

- Aliviar el sufrimiento y los síntomas de descompensación mental.
- Estabilizar y proteger de un mayor estrés “naturalizando” la sensación de anormalidad o enfermedad.
- Restaurar las funciones mentales.
- Prevenir posibles complicaciones.
- Prevenir o mitigar el estrés postraumático.
- Facilitar y orientar la atención especializada si llega a ser necesaria.

Los programas de atención en crisis, bien sea en forma de primeros auxilios mentales o como intervención profesional, son realizados en general por personal del sector salud, voluntarios de las iglesias (por ejemplo Pastoral Social), personas que trabajan en centros de atención para la tercera edad, trabajadores de servicios sociales, policías, maestros y profesores, voluntarios y líderes comunitarios.

Esta Guía pretende facilitar material educativo para la capacitación sobre salud mental en emergencias y desastres, de tal manera que los equipos que ofrecen atención estén mejor preparados para servir a la población de sus áreas de influencia.

5. ¿Por qué la necesidad de un entrenamiento especial?

El entrenamiento específico en este campo es esencial porque la atención de salud mental en emergencias y desastres es muy diferente a las actividades tradicionales para las que han sido capacitados muchos profesionales de salud mental.

Una simple conversación que se enfoque a resolver problemas o que brinde apoyo, bien sea con la disculpa de un café o en un encuentro casual en un sitio donde se distribuyen agua o alimentos o en una reunión comunitaria, son el tipo de actividades

esenciales del trabajo de salud mental en emergencias y desastres. Pero la experiencia indica que unas orientaciones generales sobre intervención en crisis o manejo del estrés en incidentes críticos, aunque útil, no prepara a los profesionales en salud para las situaciones que surgen en la interacción con las comunidades que requieren ayuda después de una emergencia o desastre.

Muchas veces los servicios tradicionales de salud mental se limitan a atender a aquellas personas con enfermedad mental grave o persistente; con frecuencia, los profesionales no tienen experiencia en el manejo de poblaciones que pueden estar afrontando pérdidas, desorganización y en algunos casos grandes tragedias personales, familiares o comunitarias. Se ha observado que para muchos terapeutas acostumbrados a trabajar en el consultorio, dar apoyo emocional en las viviendas o en los albergues es muy difícil e incómodo.

El entrenamiento sobre atención en salud mental en emergencias y desastres pretende construir sobre cada una de las fortalezas y experiencias de los integrantes del equipo de salud y busca estructurar competencias adecuadas para asumir intervenciones específicas que sean apropiadas al contexto.

Por otra parte, los recién llegados al trabajo en emergencias y desastres en general se impresionan y desorientan con la “sopa de letras” de las siglas de organizaciones, centros y servicios involucrados que tienen que coordinar y con los cuales deben interactuar. Para muchos, el contexto político y administrativo del trabajo de atención en desastres es novedoso y sienten como si estuvieran operando en una cultura diferente.

El entrenamiento adecuado ofrece el contexto organizacional para el trabajo de atención en situaciones de emergencias y desastres, de tal manera que los equipos de salud puedan trasegar con mayor facilidad en este nuevo ambiente y utilizar de manera adecuada los recursos disponibles.

En los programas de atención en crisis, las personas de organizaciones que trabajan en las comunidades afectadas pueden ser una fuente muy útil y efectiva de apoyo para el trabajo comunitario. Estas personas, que representan grupos u organizaciones y que están atendiendo adultos mayores, afrocolombianos, indígenas, población rom, raizales o personas de diferentes grupos culturales, muchas veces facilitan la accesibilidad necesaria para realizar intervenciones oportunas y pertinentes. Aunque ellas sean “socorristas informales” o “agentes de salud mental comunitaria”, se facilita su adecuada integración en los programas de atención cuando se les ofrece entrenamiento específico sobre aspectos de salud mental en emergencias y desastres.

Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta es que las instituciones puedan ofrecer entrenamiento en salud mental en emergencias y desastres a aquellas personas que tienen la responsabilidad de administrar y supervisar los programas involucrados. La experiencia muestra que los malentendidos y conflictos, que muchas veces minan la efectividad de las acciones, pueden ser evitados cuando todo el recurso humano ha recibido entrenamiento en estos menesteres.

En consideración a la necesidad que tienen los equipos de salud para desarrollar rápidamente competencias en nuevos contextos, la presentación de los temas en esta Guía es focalizada y breve. Además, se sugieren lecturas adicionales que son listadas al final

de cada sección. Estas han sido seleccionadas porque ofrecen revisiones resumidas de investigaciones recientes y recomendaciones prácticas para la acción.

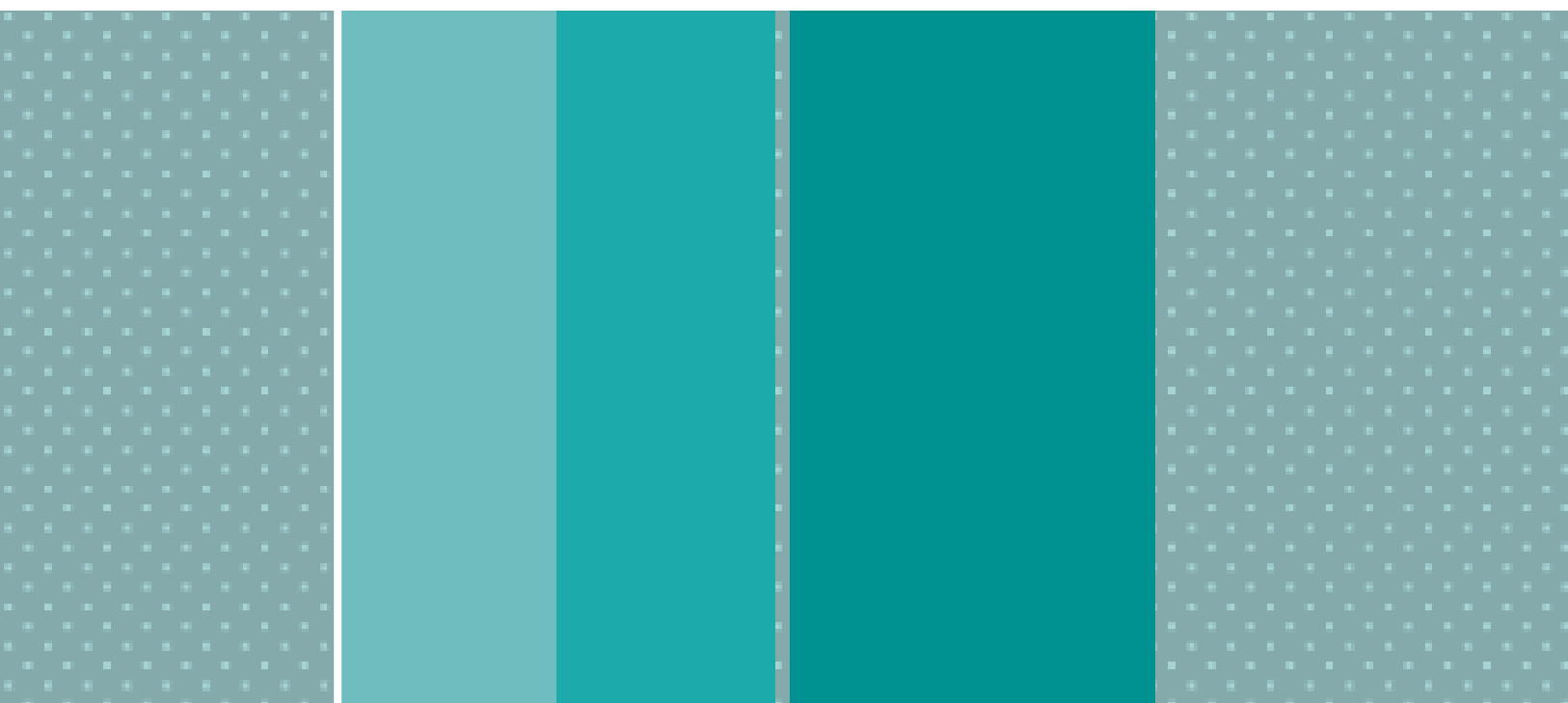
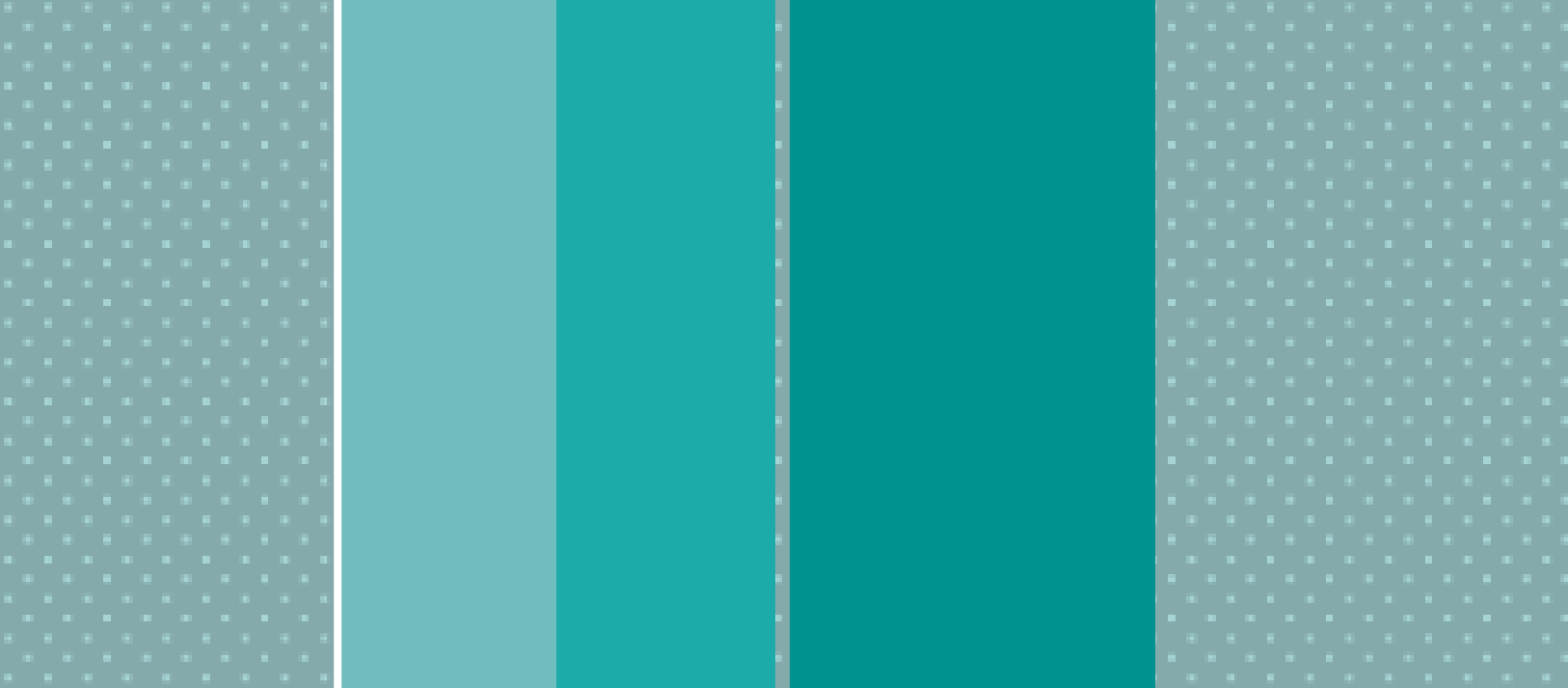
En la parte IV se propone un curso corto de entrenamiento integral, que describe las habilidades específicas, los conocimientos y las actitudes requeridas para la atención en salud mental en emergencias y desastres.





Parte I

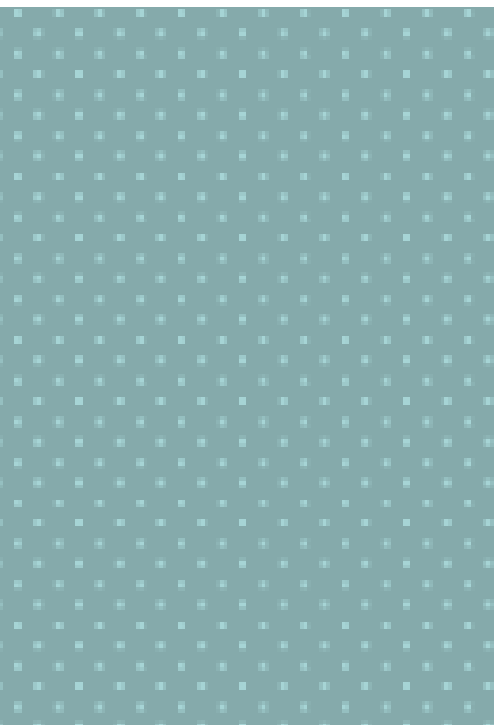
Características de las situaciones de emergencias y desastres





CAPÍTULO 1

Respuestas a las emergencias y los desastres



RESPUESTAS A LAS EMERGENCIAS Y LOS DESASTRES

Esta es una breve síntesis de los aspectos más destacados de la información relacionada con salud mental en situaciones de desastres.

Qué se debe hacer en las primeras cuatro semanas de un desastre

- Satisfacer necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestido...)
- Proporcionar primeros auxilios mentales
- Evaluar las necesidades
- Vigilar el entorno de recuperación
- Divulgar y difundir información
- Proporcionar asistencia técnica y capacitación
- Promover la resiliencia, el afrontamiento y la recuperación
- Hacer “triage”
- Proporcionar tratamiento

Los siguientes aspectos deben ser tenidos en cuenta en el plan de respuesta de salud mental en desastres y pueden ayudar al equipo a prepararse mejor:

1. Características demográficas de la comunidad

- ¿Quiénes son las personas más vulnerables en la comunidad? ¿Dónde viven?
- ¿Qué tipo de familias viven en la comunidad?
- ¿Cómo se pueden identificar los individuos y cómo hacerles seguimiento?
- ¿Cuáles son las normas y procedimientos para recoger, mantener y revisar los datos demográficos del área afectada por un desastre?

2. Grupos culturales

- ¿Qué grupos culturales (étnicos, raciales y religiosos) viven en la comunidad?
- ¿Dónde viven y cuáles son sus necesidades especiales?
- ¿Cuáles son sus valores, creencias y lengua?
- ¿Quién conoce bien la cultura o es un líder reconocido por la comunidad?

3. Factores socioeconómicos

- ¿Se conocen los grupos socioeconómicos con necesidades especiales?
- ¿Cuántos viven en alquiler? ¿Cuántos en sus propias casas?
- ¿Tiene la comunidad aspectos económicos especia-

les que pueden afectar a las personas en su vulnerabilidad a los desastres?

4. Recursos de salud mental

- ¿Qué proveedores de servicios de salud mental tiene la comunidad? ¿Qué servicios se ofrecen?
- ¿Qué deficiencias, tales como la falta de competencia cultural, pueden afectar la atención en desastre?
- ¿Cómo podrían utilizarse los recursos de salud mental de la comunidad en los diferentes tipos de desastres?

5. Funciones y responsabilidades de la entidad territorial en un desastre

- ¿Cuáles son las funciones de respuesta de los niveles municipales, distritales, departamentales y nacional en casos de desastre?
- ¿Cómo se relacionan entre sí los niveles locales, distritales, departamentales y nacional?
- ¿Quién va a dirigir la respuesta durante las distintas fases de un desastre?
- ¿Qué acuerdos de ayuda mutua existen?
- ¿Cómo pueden integrarse los servicios de salud mental en la respuesta de los entes gubernamentales en casos de desastre?

6. Roles de las organizaciones no gubernamentales en un desastre

¿Cuáles son las funciones de la Cruz Roja Colombiana (CRC), Defensa Civil (DC), Bomberos y otras organizaciones de socorro en situaciones de desastres?

- ¿Qué recursos ofrecen los organismos no gubernamentales y cómo se pueden integrar a los esfuerzos de los servicios locales de salud mental?
- ¿Qué acuerdos de ayuda mutua existen?
- ¿Cómo pueden colaborar los profesionales de salud mental con los esfuerzos de socorro en casos de desastre?

7. Organizaciones comunitarias

- ¿Qué recursos puede proporcionar la comunidad antes, durante o después de un desastre?
- ¿Los grupos comunitarios tienen acuerdos de ayuda mutua con la entidad territorial o las instituciones del Estado?
- ¿Quiénes son los informantes clave de la comunidad afectada?
- ¿Tiene un directorio de los recursos de grupos culturales, potenciales voluntarios e informantes de la comunidad?
- ¿Los socios comunitarios participan en todas las fases de preparación, respuesta y recuperación?

8. Respuesta a un desastre

Las reacciones de un sobreviviente a una emergencia o desastre y su adecuada recuperación están determinadas por factores inherentes al fenómeno en sí y otros del contexto. Todos ellos contribuyen de manera sustancial a los efectos a corto, mediano y largo plazo. El desastre tiene características tales como la velocidad de aparición o la ubicación geográfica, que generan respuestas de alguna manera predecibles en los sobrevivientes. Pero, por otra parte, cada sobreviviente tiene una combinación de cualidades y vulnerabilidades que pueden mitigar o exacerbar el estrés. Además, se debe tener en cuenta que en la comunidad afectada pueden existir estructuras de soporte social y recursos que facilitan o apoyan la recuperación.

Esta sección describe aspectos fundamentales asociados con cada factor. Como se muestra más adelante, las emergencias y los desastres golpean de manera inevitable a todos los sobrevivientes tanto desde el punto de vista emocional como social. Los administradores y los profesionales de salud mental en emergencias y desastres pueden evaluar de manera relativamente fácil a las comunidades cuando disponen de una visión “macro” de los factores interactuantes, lo que les permitirá diseñar intervenciones efectivas.

Fase pre evento

- Establecer relaciones con los funcionarios de emergencias y desastres, de salud pública, con las EPS e IPS y con las partes interesadas de la comunidad, así como con las autoridades educativas.
- Identificar los posibles canales alternativos de información con las comunidades.
- Realizar vigilancia de comportamientos saludables (en busca de una mejor salud física y mental).
- Identificar las poblaciones y características especiales relacionadas con la recuperación.
- Colaborar con los funcionarios de emergencias y desastres, de salud pública y de los grupos de coordinación de la atención de la emergencia.
- Entrenar profesionales de salud en general y de grupos organizados de la comunidad calificados para realizar intervenciones que incluyan primeros auxilios mentales.
- Entrenar y hacer ejercicios conjuntos de planes de preparación bajo la guía y orientación de las autoridades de emergencias y desastres.
- Preparar educación pública y material informativo para la comunicación de riesgos.



Fase de respuesta

- Apoyar en el desarrollo de la comunicación de riesgos.
- Poner en práctica los elementos de seguridad básica en consideración a las necesidades de seguridad de las poblaciones objetivo.
- Realizar primeros auxilios mentales en el sitio de impacto.
- Distribuir la información educativa adecuada para la situación.
- Ofrecer asistencia técnica, asesoría y entrenamiento a los administradores de la respuesta de emergencia.



Fase de recuperación

- Realizar vigilancia y evaluación de necesidades en las comunidades afectadas.
- Vigilar las nuevas necesidades de poblaciones especiales.
- Basado en la experiencia de campo, realizar inter-

venciones para apoyar los procesos de recuperación natural, fomentar la capacidad de recuperación y el tratamiento de situaciones de extrema necesidad.

- Fomentar y mejorar la capacidad de las redes de apoyo social.
- Promover la disponibilidad de recursos para la recuperación.
- Anticipar y planificar para hacer frente a los recuerdos del trauma.

9. Clasificación de los desastres

Una de las clasificaciones aceptadas en el ámbito internacional (DEEP, Center for Disaster Epidemiology & Emergency Preparedness) es la siguiente:

Desastres naturales

- Hidrometeorológicos
 - Inundaciones y relacionados
 - Derrumbes-flujos de lodo
 - Avalanchas
 - Vientos
 - Ciclones tropicales (huracanes, ciclones, tifones, tormentas tropicales)
 - Tornados
 - Tormentas (de rayos, de invierno).
- Geofísicos
 - Terremotos
 - Erupciones volcánicas
 - Tsunamis-ondas tidal.
- Sequías y relacionados
 - Temperaturas extremas
 - Incendios forestales
 - Sequías
 - Infestación de insectos.



Emergencias complejas

Muchas clases de desastres no permiten ser clasificados fácilmente en las categorías presentadas, por su escala, duración y la capacidad de causar crisis humanitarias o amenazas a la supervivencia global a gran escala.

Las emergencias complejas son eventos multidimensionales de larga duración, que frecuentemente nacen de eventos intencionalmente generados como la guerra.



Desastres globales

La idea de una catástrofe global es un tema que crea inquietud con el reconocimiento de la amenaza que representa por ejemplo, el calentamiento global.

Desastres antrópicos

- No intencionales-tecnológicos
 - Accidentes industriales
 - Accidentes de transporte
 - Destrucción ecológica-ambiental
 - Misceláneos.
- Intencionales
 - Guerra declarada
 - Guerra civil
 - Conflicto interno
 - Reuniones y manifestaciones masivas violentas
 - Terrorismo.



10. Características de los desastres

Para los fines de esta guía, se pueden clasificar los desastres de la siguiente manera:

- Naturales versus de origen humano
- Grado de impacto personal
- Tamaño y focalización
- Impacto visible versus invisible
- Probabilidad de recurrencia.

Cada una de estas características, bien sea de nivel individual o colectivo, tienen el potencial de definir e influir en la naturaleza, intensidad y duración del estrés posdesastre.

Naturales versus de origen humano

Si bien las investigaciones realizadas no coinciden en relación con cuál tipo de emergencia o desastre produce mayor impacto emocional, sí hay consenso en que las reacciones psicológicas son únicas en cada persona. En las emergencias y los desastres de origen antrópico, tales

como bombas y otros actos de terrorismo, accidentes tecnológicos o accidentes aéreos, los sobrevivientes protestan de manera marcada contra la violencia y los errores humanos deliberados, como posibles agentes causales.

La percepción de que los eventos eran prevenibles, la percepción de “maldad” por parte de otro ser humano, la culpa, la rabia y los años de litigio prolongado están asociados con un largo y tortuoso periodo de recuperación.

En un desastre natural, muchas veces, el agente causal es visto como algo que se sale del control humano y que no hay maldad o mala intención. Sin embargo, para algunos, aceptar la destrucción en masa como “un acto de Dios” es fácil, mientras que para otros el asunto es más complicado.

En realidad, no hay una separación clara entre los factores causales naturales y humanos. Muchos desastres ocurren o se empeoran por la interacción de ambos factores. Por ejemplo, un accidente aéreo puede resultar de la interacción de malas condiciones atmosféricas y de un error del piloto y los sobrevivientes experimentan reacciones relacionadas con cada aspecto implicado.

Grado de impacto personal

Las investigaciones han mostrado de manera consistente que mientras mayor exposición personal tenga un sobreviviente al impacto de la emergencia o desastre, mayores son sus reacciones posdesastre. La muerte de miembros de la familia, la pérdida de alguien del hogar o la destrucción de su propia comunidad ejemplifican factores de alto impacto. En cada uno de estos, los procesos de duelo y trauma definen los efectos y la extensión de la duración del periodo de recuperación. A mayor exposición, los sobrevivientes experimentan más ansiedad, depresión, tristeza, síntomas postrauma, síntomas somáticos y, según algunos estudios, abuso de alcohol y drogas.

Tamaño y focalización

Como sucede con el grado de impacto personal, existe una relación dosis-respuesta entre el nivel de devastación comunitaria y el impacto mental. Cuando la comunidad entera es destruida, desaparece todo lo que le es familiar a las personas, y los sobrevivientes se encuentran desorientados –en el sentido más básico de la palabra–. Los investigadores han encontrado altos niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático, síntomas somáticos y estrés generalizado asociados con este tipo de situaciones. Vale la pena anotar que cuando alguna construcción

La muerte de miembros de la familia, la pérdida de alguien del hogar o la destrucción de su propia comunidad ejemplifican factores de alto impacto. En cada uno de estos, los procesos de duelo y trauma definen los efectos y la extensión de la duración del periodo de recuperación.

comunitaria queda intacta (por ejemplo, la alcaldía, la escuela, la iglesia, el centro deportivo, el centro comercial), los sobrevivientes quedan con la sensación de que la recuperación es posible. Igual sucede con los roles familiares, de trabajador, de ama de casa o de estudiante, que tienen más probabilidad de mantenerse cuando las estructuras e instituciones permanecen en el espacio y el tiempo.

Impacto visible versus invisible

Muchos desastres tienen claramente definido un punto final que señala el comienzo del periodo de recuperación. Después de que un vendaval, un huracán o un incendio forestal han afectado un área geográfica, la comunidad observa el grado de destrucción física y comienza la recuperación y proceso de reconstrucción. Hay la percepción clara de que la emergencia o el desastre han pasado y la “curación” puede comenzar.

Sin embargo, esto es diferente en los eventos tecnológicos como accidentes con sustancias tóxicas o contaminantes que pueden ser emergencias o desastres “silenciosos” que no muestran daño visual o tienen un “nivel bajo de posibilidad de observación”.

En estas situaciones, las consecuencias en la salud, por ejemplo un mayor riesgo de cáncer o de defectos congénitos, pueden continuar por décadas. Este lapso de impacto prolongado, con un final no claro, dificulta el proceso de recuperación ya que los sobrevivientes sufren los efectos del estrés crónico y la ansiedad debidos al largo periodo de anticipación del daño, el miedo y la amenaza.

El punto final del desastre también puede ser ambiguo en algunos desastres naturales. En un terremoto, las réplicas mantienen a los sobrevivientes con el temor de que “el

Cuando la emergencia o el desastre tienen un patrón estacional, tal como ocurre con las **inundaciones** o los **incendios forestales**, los sobrevivientes tienen temor de ser golpeados de nuevo por la calamidad antes de que la temporada termine.

grande ya llega”. Las avalanchas repetidas y los deslizamientos de tierra pueden continuar por meses durante una temporada de invierno. Si no hay un daño físico que pueda ser observado de manera evidente, pueden pasar semanas o meses antes de que los sobrevivientes sientan que el desastre realmente ha sido superado.

Probabilidad de recurrencia

Cuando la emergencia o el desastre tiene un patrón estacional, tal como ocurre con las inundaciones o los incendios forestales, los sobrevivientes tienen temor de ser golpeados de nuevo por la calamidad antes de que la temporada termine. Durante la parte del año que es de bajo riesgo, las comunidades reconstruyen. La vegetación crece de nuevo y los recuerdos visuales del desastre disminuyen. Al año siguiente, por la misma época, los pobladores recuerdan que el área es de riesgo potencial y nuevamente aparece el estrés, el estado de alerta y la zozobra.

Después de terremotos e inundaciones, la probabilidad inmediata de recurrencia es percibida como alta. Las réplicas que siguen a un terremoto o el incremento de riesgo debido a saturación del suelo y daño de las estructuras de control de las inundaciones mantienen a muchos sobrevivientes ansiosos y preocupados. En áreas geográficas bajas propensas a nuevas inundaciones, los sobrevivientes se pueden mantener en el limbo, esperando ayuda gubernamental o la reconstrucción de sus casas. Esta situación puede ser especialmente amenazadora e inductora de rabia cuando la estación de inundaciones del siguiente año se acerca y las decisiones o reparaciones no han sido realizadas.

Las cinco características –desastre natural versus de origen humano; grado de impacto personal; tamaño y focalización; impacto visible versus poco visible y la probabilidad de recurrencia– contribuyen a dinámicas que tienen potenciales implicaciones mentales.

También vale la pena tener en cuenta que en las situaciones de desplazamiento poblacional se distinguen tres grandes grupos con características diferentes, en términos de la atención que deben recibir:

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

A su vez, las poblaciones desplazadas pueden subdividirse en varias categorías:

- Asentadas
- Reubicadas
- Refugiadas
- Retornadas
- Albergadas.

Para las intervenciones en este tipo de emergencias complejas se deben tener en cuenta elementos clave como los que a continuación se enumeran:

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

A continuación, nos centraremos en las características de los sobrevivientes que pueden mitigar o agravar los resultados del estrés en las emergencias y desastres.

11. Características de los sobrevivientes

Una emergencia o desastre afecta de manera indiscriminada a todos los que están en esta situación. Es posible que algunas emergencias o desastres, tales como un tsunami o un deslizamiento de tierra, destruyan desproporcionadamente propiedades de personas ricas, mientras que otros desastres, como un terremoto o una inundación, pueden destruir casas estructuralmente débiles de gente pobre. El desastre puede afectar miles o millones de personas en un área urbana densamente poblada o afectar comparativamente un pequeño número de personas en un área rural con población dispersa.

Cada sobreviviente experimenta el desastre a través de su propia mirada. El significado que el sobreviviente asigna al desastre, la personalidad y el estilo para afrontar las situaciones difíciles, la visión del mundo y las creencias espirituales contribuyen a la manera como la persona percibe, enfrenta y se recupera de los desastres. Las ex-

perencias previas de pérdidas, emergencias o desastres pueden facilitar o comprometer la forma de lidiar con la situación debido a aspectos no resueltos asociados con aquellos eventos pasados.

El hecho de tener suficientes recursos financieros y ser capaz de beneficiarse de una red de apoyo social neutraliza los efectos potencialmente devastadores de una emergencia o desastre y ayuda de manera importante a la recuperación del proceso. Un factor protector adicional es la capacidad para tolerar y afrontar la desorganización y las pérdidas. En contraste, los factores de vulnerabilidad incluyen problemas de salud o emocionales preexistentes y situaciones vitales estresantes que sean concurrentes. Además, las experiencias culturales y los antecedentes étnicos pueden facilitar o interferir con la capacidad del sobreviviente para engancharse con las tareas de mitigación y superación de la emergencia o el desastre.

Los hallazgos de las investigaciones son inconsistentes con respecto al impacto psicológico según el género y la edad. Sin embargo, los patrones socioculturales determinan muchas veces que los hombres y las mujeres reaccionen de manera diferente: los hombres tienden a reprimir y a guardar la angustia, el dolor y el miedo y las mujeres exteriorizan con más facilidad sus sentimientos y buscan más apoyo para ellas y sus familias.

Hay algunos indicios que indican que aquellas personas que están entre los cuarenta y sesenta años pueden tener más riesgo por la exigencia que representa la crianza de los niños, las actividades laborales y los cuidados con los familiares de mayor edad.

Las experiencias de trabajo con adultos mayores han mostrado que muchos se encuentran aislados, carecen de redes de apoyo y son percibidos como una carga, no son tomados en cuenta como personas activas y productivas, se les mantiene desinformados con la disculpa de “no preocuparlos o angustiarlos” y no se les consulta cuando se toman decisiones sobre su vida y pertenencias.

También se ha demostrado que un sobreviviente soltero, viudo o divorciado puede ser más vulnerable que aquellos que están casados o viven en pareja, pero también se ha observado que hay un incremento en los conflictos de pareja después de los desastres.

Hay que agregar a esto la alta vulnerabilidad que desarrollan las personas que quedan solas como cabeza de familia

El significado que el sobreviviente asigna al desastre, la personalidad y el estilo para afrontar las situaciones difíciles, la visión del mundo y las creencias espirituales contribuyen a la manera como la persona percibe, enfrenta y se recupera de los desastres.

respondiendo por sus hijos y buscando la supervivencia económica en trabajos inestables y mal remunerados (ver la parte II para mayor información sobre las reacciones de desastres de potenciales grupos de riesgo).

12. Mitigación de los efectos de los desastres

Cuando los esfuerzos para la mitigación de los efectos de las emergencias y los desastres son “a la medida” de la comunidad que es atendida, se incrementa el acceso de los sobrevivientes a la ayuda disponible. Esto implica que la información debe estar en un lenguaje asequible a través de la prensa, la radio y la televisión, que los profesionales de salud sean respetuosos de las diferencias, que se trabaje con líderes comunitarios confiables, que las barreras sean identificadas y manejadas y que se hagan todos los esfuerzos para que los sobrevivientes tengan acceso a los recursos para su recuperación.

Algunas experiencias exitosas que han probado su validez en situaciones de emergencias y desastres son las siguientes:

- No separar las víctimas del resto de la comunidad para su atención.
- Desarrollar servicios de base comunitaria que cubran las necesidades de todos, lo cual no excluye que personas con mayor riesgo puedan recibir prioridad en la atención.
- Acompañamiento de carácter grupal en los momentos más significativos y especiales.
- Manejo del trauma y de la muerte en el contexto de las tradiciones y costumbres de la comunidad.

Los equipos de salud mental en desastres pueden identificar sobrevivientes que no están recibiendo servicios o reconocer incompatibilidades entre las actividades de socorro y las necesidades de la comunidad afectada por la emergencia o el desastre; cuando los sobrevivientes, por

Las relaciones entre **las fases de desastre cambian en el tiempo**. Las experiencias y **necesidades** de los sobrevivientes y de la comunidad **son diferentes** en la primera semana después del desastre comparadas con aquellas que se dan a los tres meses.

sus limitaciones, son incapaces de acceder a los servicios, los trabajadores de salud mental pueden y deben ayudarlos para vencer las barreras personales o institucionales.

Las relaciones entre las fases de desastre cambian en el tiempo. Las experiencias y necesidades de los sobrevivientes y de la comunidad son diferentes en la primera semana después del desastre comparadas con aquellas que se dan a los tres meses. Los esfuerzos de mitigación de las emergencias y los desastres, incluidos los programas de salud mental, deben mantener la conciencia de cada momento y acomodarse a las fases basadas en el tiempo de la respuesta a los desastres.

13. Fases del desastre

Tanto la respuesta de la comunidad como la de las personas individualmente consideradas a los desastres tienden a pasar por una serie de fases. La interacción de los procesos mentales con los eventos externos define estas fases. Ejemplos de eventos externos importantes son la conclusión de la fase de respuesta de emergencia, la evaluación del daño o la recepción de ayudas económicas. A continuación se presenta una recopilación de fases desarrollada por diferentes expertos en desastres. Estas fases particulares han sido seleccionadas y descritas por su relevancia para los administradores y equipos al atender la recuperación en las situaciones de desastre.

Fase de advertencia o amenaza

Los desastres varían en la cantidad de advertencias que recibe la comunidad antes de que ellos ocurran. Por ejemplo, los terremotos golpean típicamente sin aviso previo, mientras que los huracanes e inundaciones, por lo general, llegan con horas o días de advertencia. Cuando no hay aviso previo, los sobrevivientes pueden sentirse más vulnerables, inseguros y temerosos de estas tragedias impredecibles. La percepción de que no tienen control sobre

la situación para protegerse o proteger a sus seres queridos puede ser profundamente estresante.

Pero, además, cuando la gente no pone atención a las advertencias y sufre pérdidas como resultado de ello, pueden sentirse culpables.

Fase de impacto

El periodo de impacto de un desastre puede transcurrir de manera lenta, como el asociado a ciertos tipos de inundación, o abrupto, violento, peligroso y destructivo, como el que ocurre con terremotos o explosiones.

El tamaño del foco, de la destrucción comunitaria y de las pérdidas personales asociadas con el desastre, puede explicar la magnitud de los efectos mentales.

Según las características del incidente, las reacciones fluctúan de inhibida y paralizante, como de shock, a las menos comunes expresiones de pánico o disociación. En general, las personas responden inicialmente con confusión e incredulidad y se concentran en la supervivencia y el bienestar físico y personal suyo y de sus seres queridos. Cuando las familias están en diferentes localizaciones geográficas durante el impacto de una emergencia o desastre (por ejemplo, niños en la escuela, adultos en el trabajo), los sobrevivientes experimentan considerable ansiedad hasta que están reunidos.

Rescate o fase heroica

En esta fase, son prioritarias las consecuencias inmediatas, la supervivencia, el rescate de víctimas y la búsqueda de seguridad. Puede ser necesaria la evacuación a albergues u otros hogares. Para algunos, la desorientación posimpacto da pie a que la adrenalina induzca comportamientos para salvar vidas y proteger la propiedad. Pero si bien el nivel de actividad puede ser alto, la efectividad es frecuentemente baja, pues puede estar alterada la capacidad para evaluar los riesgos. En esta fase, el altruismo es alto.

Las condiciones asociadas con la evacuación y la relocalización tienen un gran significado emocional. Cuando hay peligro físico o separación familiar durante el proceso de evacuación, los sobrevivientes frecuentemente experimentan reacciones postrauma, y si las familias no están juntas debido a los requerimientos de los albergues o a otros factores, un foco ansioso sobre el bienestar de los que no están presentes puede distraer de la atención necesaria para la solución de problemas inmediatos.

Fase de alivio o luna de miel

Desde una semana a meses después del desastre, la ayuda gubernamental y de grupos voluntarios generalmente está

disponible y los lazos comunitarios se ponen de manifiesto como resultado de la participación en la experiencia catastrófica y del hecho de dar y recibir apoyo comunitario.

Los sobrevivientes muchas veces experimentan un pequeño periodo de sensación de optimismo pensando que la ayuda que recibirán solucionará todo. Cuando los profesionales de salud son visibles y percibidos como de ayuda en esta fase, son más fácilmente aceptados y así logran desarrollar una base firme desde la cual pueden ofrecer apoyo en las difíciles fases posteriores.

Fase de inventario

Con el tiempo, los sobrevivientes comienzan a reconocer los límites de la ayuda disponible para la emergencia o el desastre y están exhaustos debido a las enormes y múltiples demandas del medio, de las presiones económicas y del estrés de la reubicación o de vivir en un sitio afectado por el evento. En esta situación se pasa fácilmente del optimismo irreal inicialmente experimentado al desaliento y la fatiga.

Fase de desilusión

Cuando los organismos de ayuda y los grupos de voluntarios comienzan a irse, los sobrevivientes se sienten abandonados y resentidos. La realidad de las pérdidas y los límites y los términos de la ayuda disponible se vuelven más palpables. En esta fase, los sobrevivientes calculan la diferencia entre la ayuda que han recibido y lo que ellos requieren para lograr de nuevo las condiciones y estilos de vida previos a la emergencia o al desastre. En este ambiente, los factores estresantes abundan, tales como discordias familiares, pérdidas financieras, disputas burocráticas, falta de tiempo, reconstrucción del hogar, reubicación y falta de recreación y tiempo libre. Los problemas de salud y las exacerbaciones de enfermedades preexistentes van emergiendo y retroalimentando el estrés y la fatiga.

Las comunidades menos afectadas por las emergencias y los desastres van retornando a sus quehaceres y negocios cotidianos y esto desanima y aliena a los sobrevivientes. Pueden aflorar malestar y resentimiento cuando los sobrevivientes reciben apoyo económico que perciben como injusto para su situación personal o familiar y las divisiones y hostilidad entre los vecinos minan la cohesión y el soporte comunitario.

Fase de reconstrucción o recuperación

La reconstrucción de las propiedades y la recuperación del bienestar mental pueden continuar por años después del desastre. Los sobrevivientes tienen claro que necesitarán

Cuando los organismos de ayuda y los grupos de voluntarios comienzan a irse, los sobrevivientes se sienten abandonados y resentidos. **La realidad de las pérdidas y los límites y los términos de la ayuda disponible se vuelven más palpables.**

resolver los problemas para reconstruir ellos mismos sus casas, negocios y proyectos de vida y van asumiendo gradualmente la responsabilidad de hacerlo.

Con la construcción de nuevas casas, edificios y carreteras, viene otro nivel de reconocimiento de pérdidas. Los sobrevivientes están enfrentados con la necesidad de reajustarse y reintegrarse en un nuevo entorno, cuando todavía continúan añorando lo perdido. Las fuentes de apoyo emocional dentro de la familia pueden estar exhaustas y el apoyo social puede estar debilitado.

Cuando las personas llegan a ser conscientes del significado, el crecimiento personal y las oportunidades de desarrollo que brindan estas experiencias, a pesar de las pérdidas y el dolor, se puede decir que van por el camino de la recuperación. Si bien las emergencias y los desastres pueden producir graves pérdidas que cambian la vida, también conllevan la oportunidad de reconocer las fortalezas personales y reexaminar las prioridades de la existencia.

Los individuos y las comunidades progresan a través de esas fases a diferentes ritmos, según el tipo de emergencia o desastre y el grado y la naturaleza de la exposición a ellos. Esta progresión no necesariamente es lineal o secuencial, ya que cada persona y cada comunidad tienen características únicas para el proceso de recuperación. Las variables individuales tales como la resiliencia emocional, el apoyo social y los recursos financieros influyen en la capacidad del sobreviviente para moverse durante el proceso.

14. Proyección comunitaria

Los abordajes integrales que ofrecen ayuda práctica en la resolución de problemas y acceso a los recursos son claves para el éxito del programa. Es esencial que los servicios tengan la flexibilidad para enganchar a los sobrevivientes a las posibilidades de ayuda disponibles en la comunidad.

Los programas deben hacer presencia temprana (elemento que es vital), desarrollar estrategias creativas para contactar a los sobrevivientes donde ellos se encuentran y brindarles seguimiento en su proceso de recuperación.

Muchas personas que están afrontando las consecuencias de una emergencia o un desastre no se ven ellas mismas con necesidad de atención en salud mental y es poco probable que la soliciten. En términos generales, las personas que están reaccionando a una emergencia o desastre tienden a tener poca paciencia y no sienten la necesidad de apoyo emocional.

Esto obedece a que muchas veces los términos como “psicoterapia” o “consejería psicológica” son culturalmente rechazados (“si me envían al profesional de la salud mental es porque creen que estoy loco”). Recordemos que los sobrevivientes son, la gran mayoría, personas normales que funcionan bien y que simplemente están bajo un estrés emocional temporal.

Los profesionales de salud mental en emergencias y desastres deben buscar a los sobrevivientes y no esperar que los sobrevivientes lleguen a ellos. Esto significa estar visibles en el sitio afectado por el desastre, muchas veces llamando puerta a puerta para ver si requieren ayuda; establecer relaciones con “los porteros de la comunidad”, como los dueños de la tienda de la esquina o el que atiende en el bar o el salón de belleza del lugar, ya que son una fuente importante para que remitan personas con necesidades de atención. Es útil asistir a los sitios donde se están distribuyendo las ayudas comunitarias, como puestos de Policía, Defensa Civil, Cruz Roja, iglesias, escuelas o centros comunitarios, para poder entrar en contacto con la población local y dar información sobre salud mental.

Parte del abordaje integral son los materiales educativos que describen y enfatizan la normalidad de las reacciones y que son de gran ayuda para los sobrevivientes de las emergencias y los desastres. Se debe dar también educación más amplia a través de los medios: radio, prensa, televisión y boletines comunitarios que llegan a personas, que de otra manera no recibirían la información.

Los trabajadores en salud mental en emergencias y desastres con toda probabilidad encuentran personas luchando con la desorganización y pérdida causada por el desastre. Sin embargo, los síntomas psicológicos relacionados con los desastres que permitan hacer un diagnóstico son raros.

Manifestaciones clínicas en las diferentes fases de las emergencias

Fase de advertencia o amenaza (horas o días previos)

A continuación se describen las principales manifestaciones clínicas en las diferentes fases o etapas:

- Angustia
- Inseguridad
- Vigilancia obsesiva.

Fase de impacto (evento y 72 horas posteriores)

- Crisis
- Estrés agudo
- Reacciones colectivas de agitación
- Reacciones de ansiedad - depresión
- Trastornos disociativos
- Reacciones de agitación o episodios psicóticos
- Reactivación de trastornos mentales preexistentes.

Fase de rescate o fase heroica

- Alto nivel de actividad
- Pobre percepción de riesgos
- Altruismo.

Fase de alivio o luna de miel

- Cohesión comunitaria
- Capacidad para dar y recibir apoyo
- Optimismo.

Fases de inventario y de desilusión (treinta días)

- Estrés agudo
- Depresión - ansiedad
- Reactivación de trastornos mentales preexistentes
- Abuso de alcohol y drogas
- Diferentes manifestaciones de violencia.

Fase de reconstrucción o recuperación (después del primer mes)

- Trastorno de estrés postraumático
- Otros trastornos mentales tardíos o complicados
- Alcoholismo y otras adicciones a sustancias psicoactivas
- Diferentes manifestaciones de violencia.

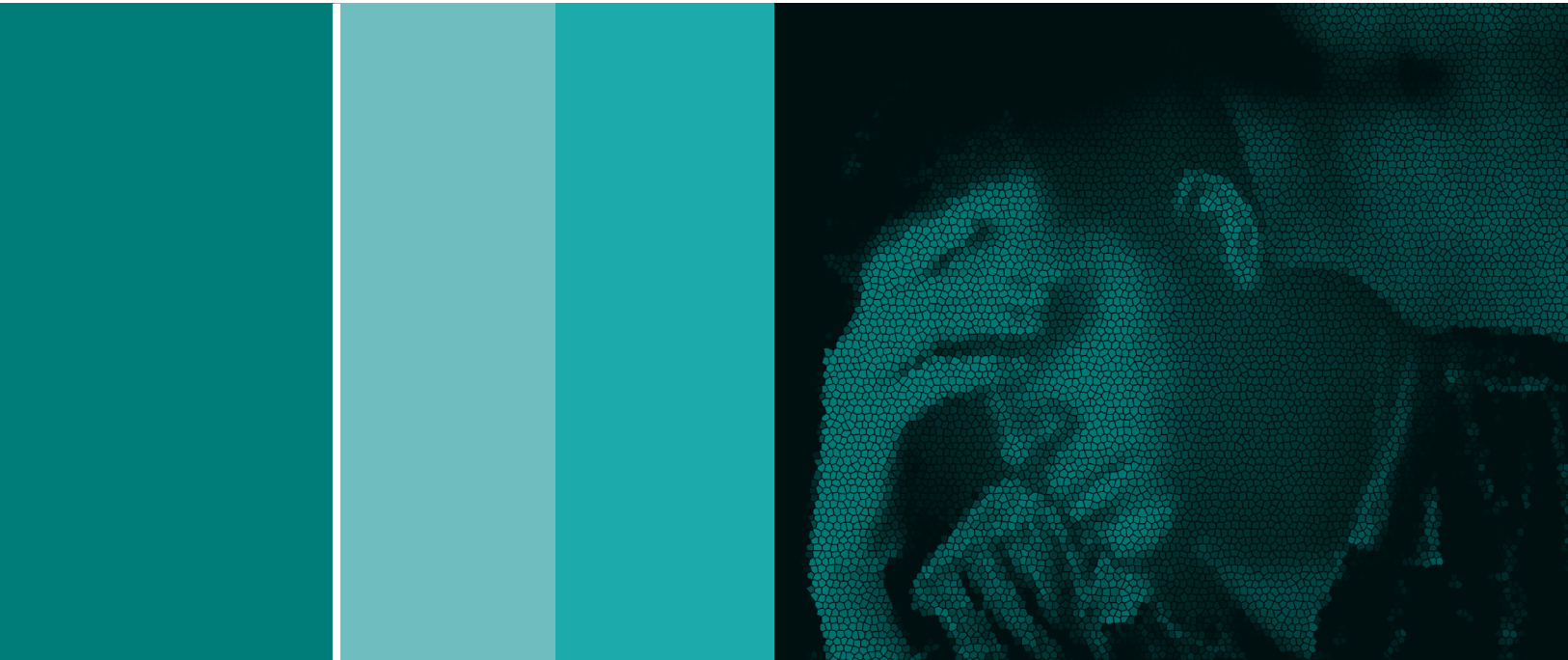
Las personas fluctúan en la capacidad para reconocer sus propias necesidades, aceptar los problemas y buscar ayuda. Pueden, por ejemplo, sentir que es degradante pedir ropa o buscar un préstamo de emergencia. Estas dificultades pueden ser manejadas por personal de contacto que tiene la información adecuada, en el momento adecuado, para la persona adecuada y que pueden animar a la búsqueda de ayuda.

Los programas de salud mental en emergencias y desastres deben ser diseñados de manera proactiva y para la comunidad afectada. Las principales dimensiones que deben ser tenidas en cuenta son: grupos étnicos y culturales, lenguaje, sector rural o urbano, percepciones acerca de dar y recibir ayuda y personas con quienes hay más probabilidades de lograr credibilidad por parte de las poblaciones afectadas. El acceso y aceptación se ganan más rápidamente cuando el programa de salud mental en desastres coordina y colabora con organizaciones locales en las que confía la población.



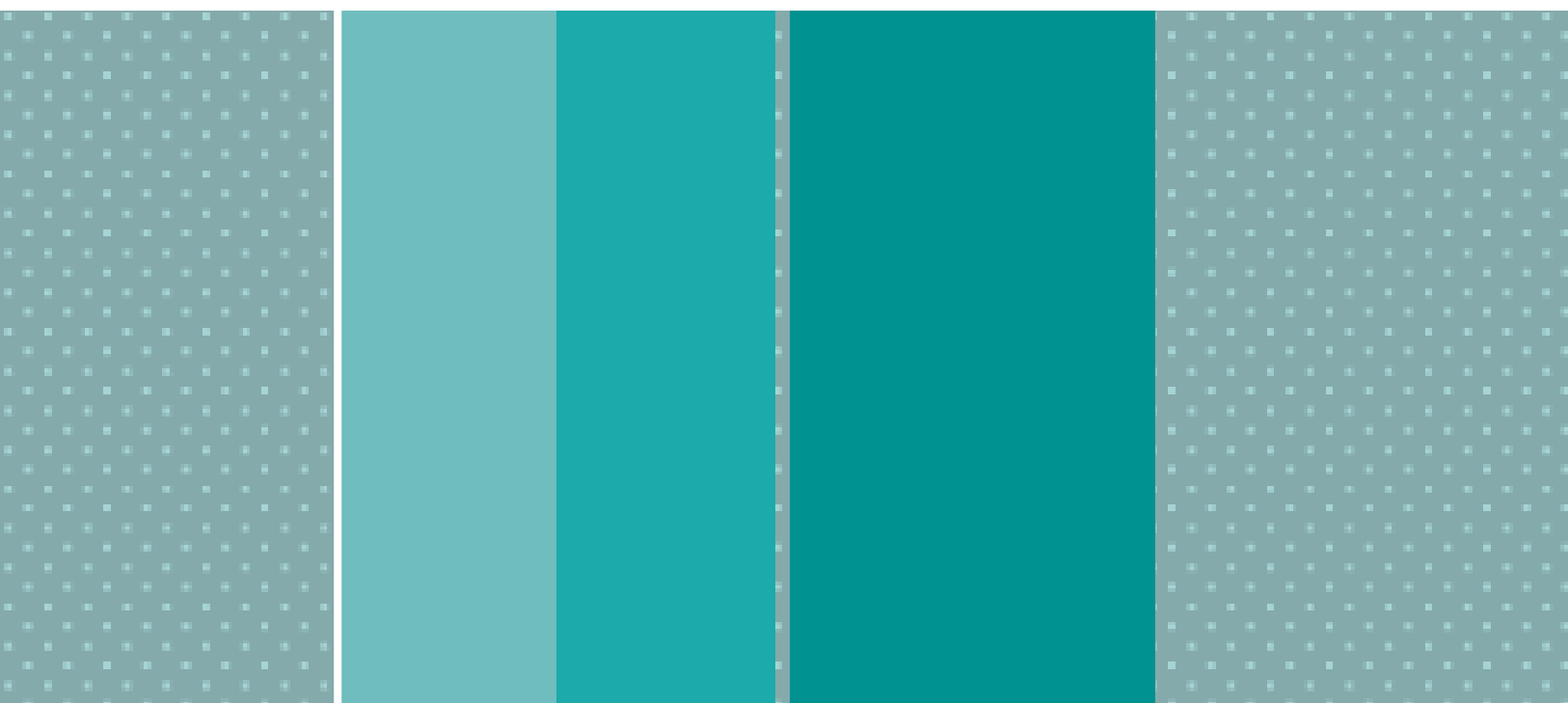
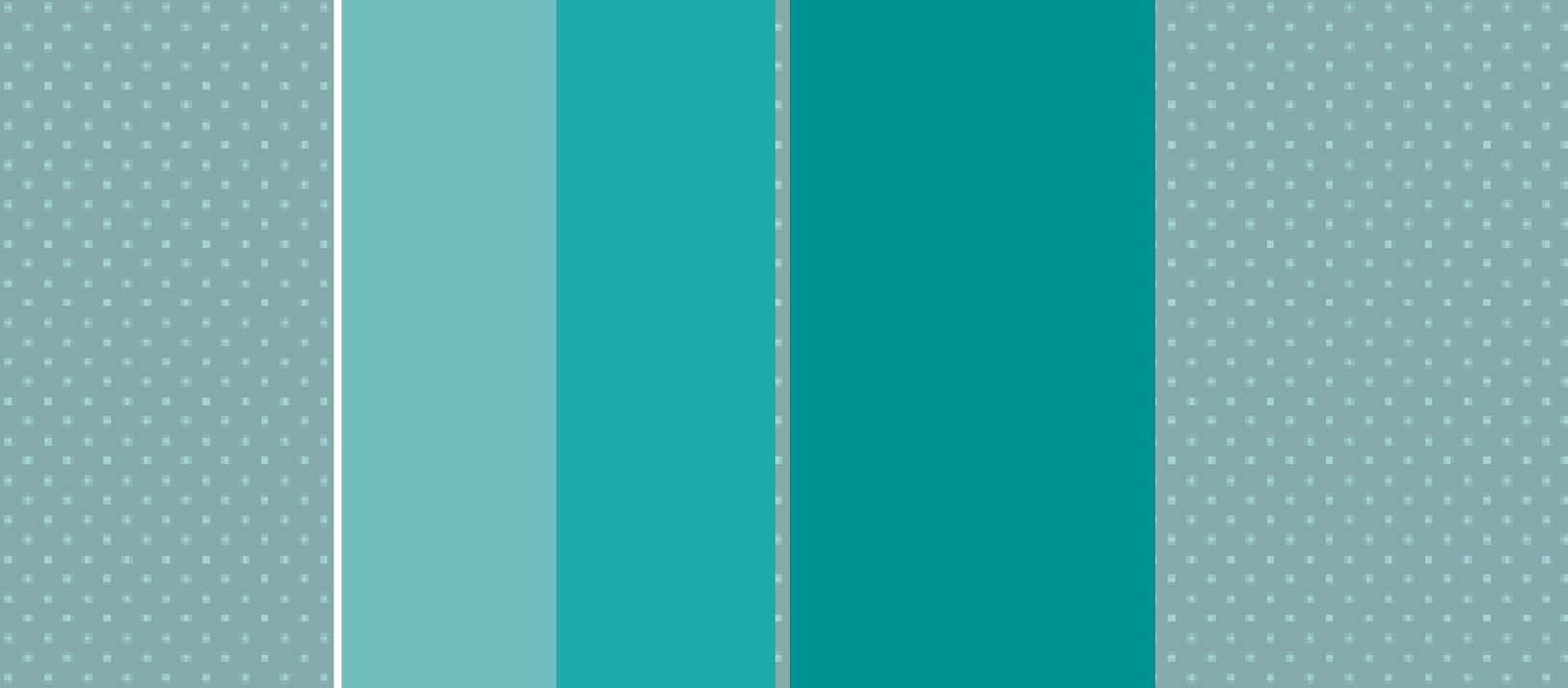
Bibliografía y lecturas recomendadas

1. Berren, M. R., Santiago, J. R., Beigel, A., & Timmons, S. A. (1989). A classification scheme for disasters. En: Gist, R. & Lubin, B. (Eds.), *Psychological Aspects of Disaster*. New York: John Wiley & Sons.
2. Center for Mental Health Services (1994). *Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, publication (SMA) 94-3010.
3. Cohen, R. E. (1990). Post-disaster mobilization and crisis counseling: Guidelines and techniques for developing crisis-oriented services for disaster victims. En: Roberts, A. R. (Ed.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*. California: Wadsworth.
4. Davidson, L. M. & Baum, A. (1994). Psychophysiological aspects of chronic stress following trauma. En: Ursano, R. J., McCaughey, B. G., & Fullerton, C. S. (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Great Britain: Cambridge University Press.
5. Department of Health and Human Services (2000). *Training Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters*. Washington, D.C.
6. Green, B. L. & Solomon, S. D. (1995). The mental health impact of natural and technological disasters. In Freedy, J. R. & Hobfoll, S. E. (Eds.), *Traumatic Stress: From Theory to Practice*. New York: Plenum.
7. Kohn, R. & Levav, I. (1990). Bereavement in disaster: An overview of the research. *International Journal of Mental Health*, 19(2), 61-76.
8. McFarlane, A. C. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. En: van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: Guilford Press.
9. Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS-OMS.
10. Solomon, S. D. & Green, B. L. (1992). Mental health effects of natural and human-made disasters. *PTSD Research Quarterly*, 3(1) 1-8.
11. Ursano, R. J., McCaughey, B. G., & Fullerton, C. S. (Eds.) (1994). *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Great Britain: Cambridge University Press.
12. Weisaeth, L. (1994). Psychological and psychiatric aspects of technological disasters. En: Ursano, R. J., McCaughey, B. G., & Fullerton, C. S. (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Great Britain: Cambridge University Press.



Parte II

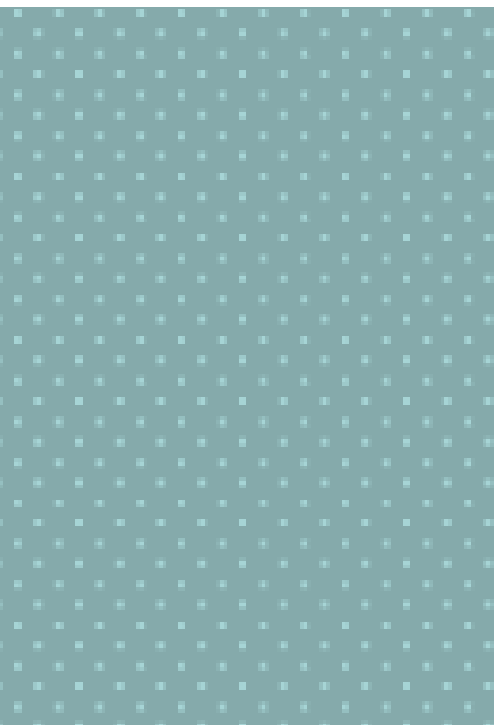
Características de las situaciones de emergencias y desastres





CAPÍTULO 2

Reacciones a emergencias y desastres según los grupos de riesgo



Se sabe que la mayoría de los sobrevivientes son “resilientes” y con el tiempo pueden asimilar sus experiencias de desastre y pérdidas y dar continuidad a su proyecto de vida.

Aunque las personas en una situación de emergencia o desastre reaccionan por lo común de manera similar, con alguna frecuencia pueden presentar reacciones

específicas que en buena medida dependen de la edad, los antecedentes étnicos y culturales, el nivel socioeconómico y la vulnerabilidad física y mental preexistentes.

Los profesionales de salud están mejor preparados para brindar intervenciones efectivas cuando tienen claridad de la manera como los factores demográficos y de salud interactúan con el estrés en estas situaciones.

Esta sección describe los principales grupos poblacionales, ofrece sugerencias para intervenciones específicas en salud mental en situaciones de emergencias y desastres y se especifican aspectos comunes y reacciones importantes ante estas situaciones.

Factores que definen la respuesta psicosocial a los desastres

Exposición a factores	Factores individuales	Factores familiares	Factores comunitarios - sociales
Intensidad y duración de la exposición	Edad	Respuesta parental Síntomas parentales	Comunidad escolar
Participación directa en el desastre	Género	Atmósfera familiar	Redes de apoyo social
Separación de los seres queridos y cuidadores	Desarrollo cognitivo y emocional	Sobreprotección parental	Nivel socioeconómico comunitario
Conocer a alguien que ha quedado herido o muerto	Presencia de psicopatología pre desastre	Separación de padres y compañeros	Estructuras políticas y de gobierno
Lesiones personales	Historia de exposición a eventos traumáticos	Respuesta prohibitiva a las regresiones	Cultura - etnicidad
Exposición a muertes brutales o escenas grotescas	Apreciación subjetiva del factor estresante	Reversión del rol de dependencia	
Peligro para la vida	Apoyo social		
Exposición a través de los medios	Efectividad de estilos de afrontamiento y adaptación		

1. Necesidades y reacciones comunes

Primero revisemos algunos pensamientos, sentimientos y comportamientos comunes a todas aquellas personas que experimentan emergencias y desastres:

- Preocupaciones en relación con la supervivencia.
- Duelo por pérdida de personas queridas y bienes valiosos y significativos.
- Miedo y ansiedad relacionados con su propia seguridad y la de las personas queridas.
- Trastornos del sueño, que con frecuencia incluyen pesadillas y recuerdos del desastre.
- Preocupaciones relacionadas con la reubicación, el aislamiento o la posible situación de promiscuidad en las nuevas condiciones de vida.
- Necesidad de hablar acerca de lo sucedido y de los sentimientos asociados con la emergencia o el desastre.
- Necesidad de sentirse parte de la comunidad y de sus esfuerzos de recuperación

Factores de riesgo individuales

- Género
- Historia de separación o ansiedad de separación
- Desarrollo cognitivo o emocional limitado
- Habilidades de afrontamiento pre desastre limitadas
- Sensación subjetiva negativa del factor estresante
- Historia de trastornos psiquiátricos
- Exposición previa a eventos traumáticos
- Habilidad limitada para utilizar el apoyo de los cuidadores
- Efectividad limitada de habilidades adaptativas y de afrontamiento

2. Grupos de riesgo

Cada comunidad afectada tiene una composición étnica, una historia previa de otros desastres y eventos traumáticos y unas representaciones culturales particulares; por lo tanto, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Grupos de edad
- Grupos étnicos
- Personas con enfermedad mental grave y persistente
- Grupos en situación de discapacidad
- Servicios sociales y de apoyo a los trabajadores en emergencias y desastres.

Se sabe que la mayoría de los sobrevivientes son “resilientes” y con el tiempo pueden asimilar sus experiencias de desastre y pérdidas y dar continuidad a su proyecto de vida. Sin embargo, aquellos que tienen problemas de salud física o mental o financieros de cierta importancia tienen mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, intentos de suicidio o una exacerbación de los problemas mentales preexistentes.

Cuando las personas han sufrido pérdidas graves (por ejemplo, muerte de un ser querido, destrucción del hogar o de la comunidad), sus reacciones se expresan más intensamente y por un mayor periodo. Sin embargo, la mayor parte de las reacciones descritas en emergencias y desastres, normalmente, se resuelven con el paso del tiempo si se ofrece suficiente apoyo emocional y se facilita la recuperación física.

Grupos de edad

Cada etapa del ciclo vital está acompañada por cambios en la capacidad de afrontar las consecuencias de una emer-

Los niños y las niñas son más vulnerables cuando han experimentado otro tipo de estrés en los meses precedentes al desastre, tales como separación de los padres, desplazamiento o muerte de un miembro de la familia o pérdida de una mascota muy querida.

gencia o desastre y hay vulnerabilidades relacionadas con cada momento de este.

Para los niños y las niñas, su edad y desarrollo determinan la capacidad cognitiva para entender qué está ocurriendo a su alrededor y regular sus reacciones emocionales.

Los niños y las niñas son más vulnerables cuando han experimentado otro tipo de estrés en los meses precedentes al desastre, tales como separación de los padres, desplazamiento o muerte de un miembro de la familia o pérdida de una mascota muy querida.

En los adultos, predomina el estrés asociado con la desorganización familiar, los problemas económicos y la sobrecarga laboral.

Para los adultos mayores, los aspectos que tienen que ver con la salud, la estabilidad financiera y la vida independiente se vuelven de primera línea.

Los grupos de edad considerados en esta sección son:

- Preescolares (1-5 años)
- Niños y niñas (6-11 años)
- Preadolescentes y adolescentes (12-18 años)
- Adultos
- Adultos mayores

Las reacciones y los problemas varían dependiendo de la fase del periodo posdesastre. Algunos de los problemas analizados pueden aparecer inmediatamente, pero muchos aparecen meses o años después.

En lo posible, **los niños y las niñas más pequeños** deben permanecer con personas con las que ellos se sientan como en **familia**.

Preescolares (1-5 años)

Los niños y las niñas pequeños ven el mundo desde la perspectiva de la predictibilidad, la estabilidad y la disponibilidad de sus cuidadores. La desorganización en cualquiera de estos aspectos causa estrés.

Los niños y las niñas en edad preescolar con frecuencia sienten impotencia y miedo frente a las emergencias y los desastres, especialmente si son separados de sus padres. Por su edad y tamaño, son incapaces de protegerse a sí mismos o proteger a otros. Como resultado, pueden sentir considerable ansiedad e inseguridad.

Los preescolares generalmente carecen de las habilidades verbales y conceptuales necesarias para entender y manejar efectivamente el estrés repentino e inesperado y generalmente miran en sus padres y hermanos mayores los modelos de conducta a seguir y esperan que se les brinde comodidad y estabilidad.

Las investigaciones han demostrado que las reacciones de los niños y las niñas están más relacionadas con la manera como sus familiares y cuidadores están afrontando la emergencia o el desastre que con las características objetivas de este.

Aquellos que han perdido uno o ambos padres son especialmente vulnerables. La pérdida de un familiar, un amigo o una mascota muy querida son también eventos que producen problemas emocionales y necesitan oportunidades para expresar su duelo. Uno de los mayores miedos de los niños y las niñas es al abandono, de tal manera que necesitan reaseguramiento frecuente de que serán cuidados.

Los preescolares expresan su perturbación a través de comportamientos regresivos tales como chupar dedo, orinarse en la cama, vivir pegados al papá y a la mamá o volver a sentir miedo a la oscuridad y no querer ir a dormir solos. Con frecuencia, tienen problemas para dormir y pesadillas. Estas dificultades deben entenderse como expresiones normales de ansiedad causadas por la desorganización de sus rutinas familiares y de un mundo que percibían previamente como seguro.

Como proceso natural, los niños y las niñas pequeños tratarán de aliviar las experiencias traumáticas mediante sus actividades lúdicas.

Los niños y las niñas deben ser animados para que verbalicen sus preguntas, sentimientos y malentendidos acerca de la emergencia o el desastre, de tal manera que los adultos puedan escuchar y explicar.

El alivio de la ansiedad y el miedo se logran restableciendo la sensación de seguridad del niño o la niña. El reaseguramiento verbal, la comodidad física, la mayor atención, los rituales agradables al ir a acostarse y las rutinas en el momento de tomar los alimentos son de gran utilidad. En lo posible, los niños y las niñas más pequeños deben permanecer con personas con las que ellos se sientan como en familia.

Niños y niñas (6-11 años)

Los niños y las niñas en edad escolar ya tienen más desarrollo en su capacidad cognitiva y esto permite entender los peligros que implican para la familia y su entorno las emergencias y los desastres y, por tanto, es más probable que entiendan los eventos que están ocurriendo y que tenga mayor efecto el papel mitigador de la preparación para estas situaciones.

Pero, por otro lado, este nivel de conciencia también puede contribuir a una mayor preocupación y temor por los miembros de la familia que están en riesgo de trauma y muerte. Los niños y las niñas en esta edad tienen una gran necesidad de entender qué está sucediendo y los pasos concretos que deben dar para protegerse y prepararse para el futuro.

Estos niños y niñas generalmente tienen relaciones especiales con amigos, compañeros y mascotas. Cuando la emergencia o el desastre causan pérdidas de personas importantes para ellos, bien sea por muerte o reubicación, pueden llegar a afligirse profundamente. Recorremos que ellos experimentan todo el rango de las emociones humanas, pero pueden no tener las palabras o significados para expresar sus sentimientos. Los adultos pueden ayudarlos a expresar estas poderosas emociones por medio del diálogo, el juego, las actividades artísticas y culturales y otras actividades de recuperación y preparación apropiadas para su edad.

Los niños y las niñas de edad escolar también manifiestan su ansiedad a través de conductas regresivas. A veces es difícil para los padres ver que sus hijos vuelven

a comportamientos que solo son apropiados en niños y niñas de menor edad, pero esto tiene un propósito funcional inicial que hay que entender. Estas conductas incluyen irritabilidad, quejas, peleas con amigos y hermanos, competencia por la atención de los padres o rechazo a ir a la escuela o al colegio. Son comunes los problemas al momento de irse a dormir causados por las pesadillas y el miedo a dormir solos o en la oscuridad.

Algunas veces el comportamiento puede ser el de “niño bueno” porque están temerosos de ser una carga para sus padres o causar mayores dificultades a la familia. También pueden manifestar estrés en la escuela o el colegio con problemas de concentración, disminución en el desempeño académico, agresión hacia los compañeros de clase o evitación de actividades sociales.

Algunos niños y niñas pueden tener reacciones somáticas y buscar atención de la enfermera de la escuela por dolores de estómago, dolores de cabeza, náusea u otras molestias.

Preadolescentes y adolescentes (12-18 años)

En este grupo de edad, por lo general, se tiene una gran necesidad de parecer competente ante las personas que los rodean, especialmente con su familia y amigos, y por lo tanto se esfuerzan en el manejo de los conflictos relacionados con la independencia de sus padres, por un lado, y el deseo de mantener la dependencia natural de la niñez, por el otro. Además, es muy importante para ellos sentir la aprobación y aceptación de los amigos y necesitan sentir que sus ansiedades y miedos son compartidos por sus pares.

El estrés en las emergencias y los desastres puede ser internalizado y expresado a través de síntomas psicósomáticos tales como molestias gastrointestinales, dolores de cabeza, problemas de la piel, dolores y molestias vagas. Los problemas del sueño como insomnio, terrores nocturnos o sueño excesivo pueden señalar dificultades emocionales. Asimismo, hay un mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas en un intento de manejar la ansiedad y las pérdidas.

También pueden presentar comportamientos como discusiones con los padres, escaparse del hogar o hacer pequeños robos. Otros adolescentes pueden expresar su estrés sacándoles el cuerpo a los amigos o a la familia y abandonando actividades que disfrutaban previamente.

Igualmente, se puede ver afectado el desempeño escolar y muchas veces, cuando hay una gran destrucción del

Con el paso del tiempo, esta **sobrecarga de estrés** puede manifestarse a través de **síntomas físicos** como dolores de cabeza, incremento de la presión arterial, problemas gastrointestinales y trastornos del sueño.

hogar o de la comunidad a causa de la emergencia o el desastre, el adolescente puede llegar a posponer la etapa del desarrollo que implica su salida del hogar.

Adultos

Los adultos concentran su atención en la familia, el hogar, el trabajo y la seguridad económica. Hay que recordar que muchos de ellos están involucrados también en el cuidado de parientes ancianos. La vida anterior a la emergencia o desastre muchas veces involucra mantener un balance, a veces precario, por las exigencias de la vida diaria. Después, el equilibrio se pierde con la aparición de enormes demandas para recuperar el tiempo, las finanzas y el bienestar físico y emocional. En esta situación, los niños y las niñas muestran especial necesidad de atención y de continuidad en las rutinas familiares, ya que los padres no tienen suficiente tiempo para hacer todo lo que acostumbraban. Esta situación se da con especial frecuencia en las mujeres separadas, divorciadas o viudas cabeza de hogar y que son una población frecuente en este tipo de eventos y de especial vulnerabilidad mental.

Con el paso del tiempo, esta sobrecarga de estrés puede manifestarse a través de síntomas físicos como dolores de cabeza, incremento de la presión arterial, problemas gastrointestinales y trastornos del sueño. Las reacciones somáticas están especialmente presentes en aquellos que son menos capaces de sentir y expresar sus emociones.

Hay que tener en cuenta que diferentes factores culturales, de género o emocionales pueden interferir con la expresión emocional y la búsqueda de apoyo social.

Las reacciones con frecuencia oscilan entre el aletargamiento y las expresiones de mucha intensidad emocio-

El abandono de los entornos familiares es especialmente difícil para aquellas personas que experimentan déficits auditivos, visuales o de memoria, porque dependen de conocer los referentes ambientales para continuar viviendo de una manera más o menos independiente.

nal. Son comunes la ansiedad y la depresión, así como la lucha a brazo partido, tanto con las preocupaciones acerca del futuro como con el duelo por las pérdidas en el hogar, las modificaciones en su estilo de vida o en su entorno comunitario. En estos casos se incrementa la rabia y la frustración en relación con el apoyo recibido, y algunas veces se observa un desplazamiento de la rabia de una manera menos racional, preguntándose por qué la emergencia o el desastre les sucedió precisamente a ellos y por qué no fue posible prevenirla o controlarla.

Adultos mayores

En el transcurso normal de la vida, los adultos mayores por lo general han enfrentado dificultades previas y pueden haber tenido un ajuste exitoso a las pérdidas de empleo, familia, hogar, personas queridas o capacidades físicas.

Algunos, por el hecho de haber afrontado estas pérdidas previas, tienen una resiliencia fortalecida. En otros, las pérdidas pasadas pueden haber acabado con las reservas individuales y la emergencia o desastre se vuelve un golpe abrumador para ellos. Muchas veces, en estas situaciones, pueden resultar destruidas posesiones irremplazables y de gran valor sentimental como fotografías o recuerdos heredados por generaciones. Pueden llegar a perder mascotas o sitios familiares que han disfrutado durante años. Los profesionales de salud deben reconocer el significado especial de estas pérdidas en el caso de que ellos muestren aflicción por dicha causa.

Los adultos mayores con ingresos limitados tienden a residir en viviendas que son vulnerables a las emergencias y desastres por la localización y antigüedad de las edificaciones, y si hay limitaciones financieras, y a ellas se suma la edad, es posible que no estén en capacidad

de asumir la reparación de su vivienda. El abandono de los entornos familiares es especialmente difícil para aquellas personas que experimentan déficits auditivos, visuales o de memoria, porque dependen de conocer los referentes ambientales para continuar viviendo de una manera más o menos independiente.

Muchos adultos mayores temen que si dejan conocer que tienen problemas físicos, sensoriales o mentales, se arriesgan a perder la independencia o ser institucionalizados. Como resultado de ello, pueden disimular la verdadera gravedad de sus problemas y necesidades.

Además, pueden continuar viviendo en condiciones inadecuadas tanto en lo que tiene que ver con la estructura física como la sanitaria, porque no tienen la fortaleza física, el vigor o la capacidad cognitiva para afrontar el desastre de manera adecuada.

Los profesionales de salud en emergencias y desastres deben evaluar cuidadosamente la extensión integral de los problemas vitales enfrentados por las personas de la tercera edad sobrevivientes. Muchas veces, ofrecer asistencia práctica concreta permite a los adultos mayores vivir de manera más independiente.

Una gran proporción de personas de la tercera edad sufre de enfermedades crónicas que pueden aumentar su gravedad con el estrés producido por las emergencias y los desastres, en especial cuando la recuperación del evento se extiende por meses. Se debe tener en cuenta que los ancianos tienen mayores probabilidades de estar tomando medicamentos y que estos, en muchas ocasiones, deben ser conseguidos rápidamente después del desastre.

Por otra parte, si bien los adultos mayores pueden tener mayor necesidad de los diferentes servicios de recuperación, con frecuencia rechazan la ayuda ya que la perciben como “limosna”. Los programas de salud en emergencias y desastres pueden hacer un mejor papel en este campo cuando trabajan hombro a hombro con organizaciones reconocidas que generan confianza y que emplean a otros adultos mayores como colaboradores.

Factores de riesgo familiares

Pre evento

- Atmósfera familiar
- Psicopatología en los padres
- Sobreprotección
- Padres disfuncionales
- Inestabilidad de pareja
- Hogar con un solo padre
- Bajo nivel socioeconómico
- Historia familiar de predisposición a sentir irritabilidad, depresión y ansiedad

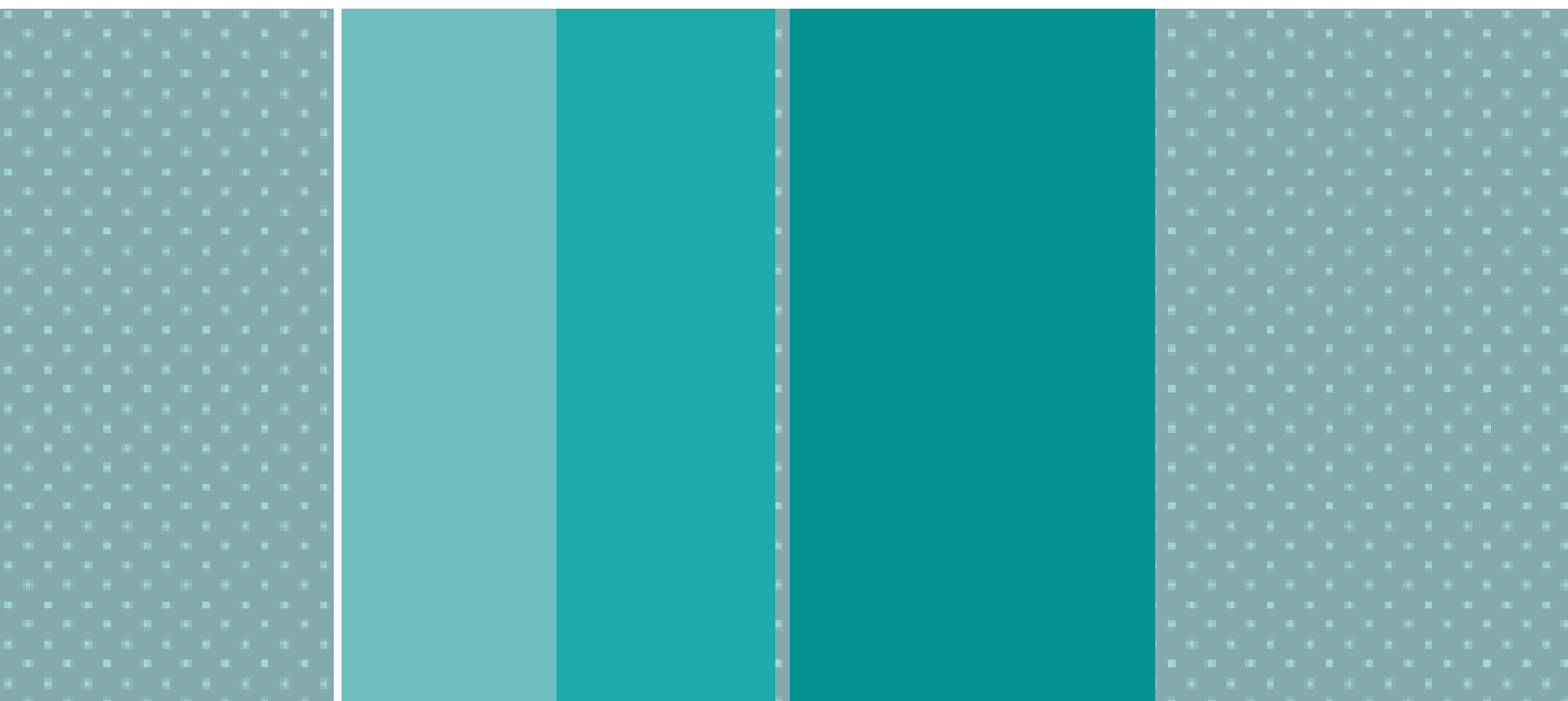
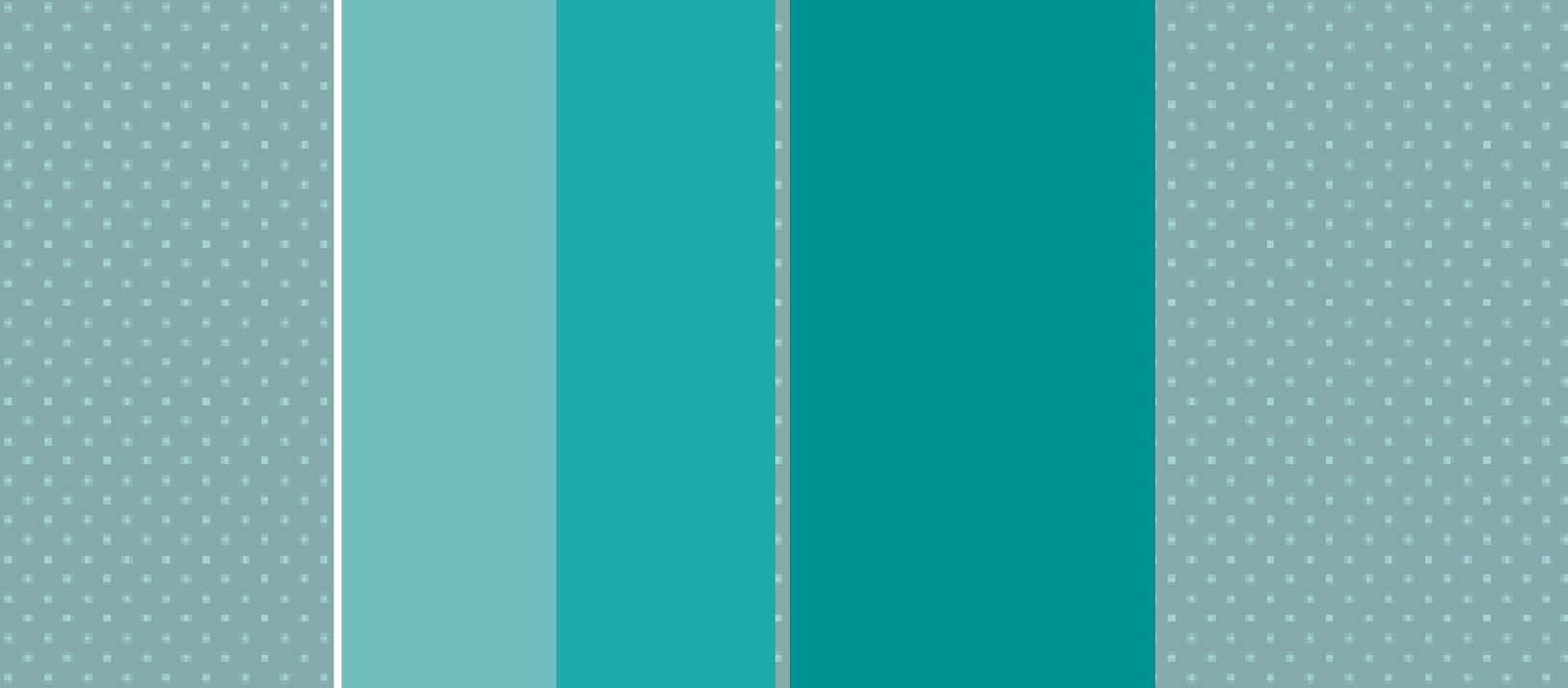
Pos evento

- Síntomas de los padres
- Separación de padres, cuidadores o compañeros
- Respuesta prohibitiva a la regresión
- Reversión de roles de dependencia
- Múltiples factores estresantes (pérdida de familiares, el hogar, propiedades o financieras)
- Desplazamiento prolongado
- Separación crónica de familia y amigos
- Estrés marital
- Disminución del apoyo social percibido
- Estrés financiero (desempleo)

Bibliografía y lecturas recomendadas

1. Department of Health and Human Services (2000). Training manual for mental health and human service workers in Major Disasters. Washington, D.C.
2. Gerrity, E.T. and Steinglass, P. Relocation stress following natural disasters. En: Ursano R.J., Mc Caughey, B.G., and Fullerton C.S.(Eds). Individual and Community Responses to Trauma and Disaster. The Structure of Human Chaos. Great Britain: Cambridge University Press.







CAPÍTULO 3

Alternativas de respuesta
ante las reacciones de cada
grupo de riesgo

1. Reacciones e intervenciones sugeridas



Preescolares 1-5 años	
Síntomas físicos, comportamentales y emocionales	Opciones de intervención
<ul style="list-style-type: none"> • Volver a orinarse en la cama, chupar dedo • No querer hablar de lo que pasó • No querer separarse de los padres o de los adultos que los protegen • Miedo generalizado (temor a todo) • No querer dormir solos • Llanto frecuente • Pérdida del apetito • Dolores de estómago • Náuseas • Sueños desagradables, pesadillas, se despiertan con frecuencia • Dificultad para hablar • Tics • Angustia por no entender lo que significa la muerte • Esperar el regreso de la persona muerta • Irritabilidad • Explosiones de rabia • Tristeza • Aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decir con frecuencia que están juntos y a salvo • Brindar comodidad física • Poner en práctica actividades agradables al momento de ir a la cama • Evitar separar a los niños y las niñas de los padres o de otros cuidadores • Hablar con ellos sobre el desastre de una manera sencilla y honesta • No minimizar ni exagerar la situación • Mantenerlos informados de lo que pueda afectarles • Decir que sus reacciones son normales en esas situaciones • Permitir al niño o la niña dormir en el cuarto de los padres de manera temporal • Animar la expresión de pensamientos y sentimientos que tienen que ver con pérdidas (por ejemplo, muerte de personas o mascotas, pérdida de juguetes muy queridos) • Controlar la exposición a traumas de la emergencia o el desastre a través de los medios masivos de comunicación • Animar la expresión a través de actividades lúdicas • Contar cómo se siente estar en el desastre.
Niños y niñas 6-11 años	
Síntomas físicos, comportamentales y emocionales	Opciones de intervención
<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse preocupado, responsable o culpable por el evento • Comportamientos agresivos en el hogar y la escuela • Hiperactividad o comportamientos inapropiados • Quejadera, vivir pegado a los demás, actuar como un niño o niña de menor edad • Competencia con los hermanos por la atención de los padres • Cambios en el apetito • Miedo de no poder controlar sus sentimientos • Dolores de cabeza • Dolores de estómago • Trastornos del sueño, pesadillas • Problemas para prestar atención y aprender • Disminución del desempeño escolar • Ausentismo escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • No descargar en los niños y las niñas los miedos y temores • Aceptar los sentimientos de los menores • Disminuir las expectativas de desempeño en el hogar y la escuela de manera temporal • Establecer de manera amable pero firme límites para los comportamientos y las actuaciones impulsivas (“acting out”) • Reconocer y premiar con palabras de aceptación cuando los niños y las niñas se comportan de manera responsable. • Escuchar a los niños y las niñas el recuento repetido de la situación vivida en la emergencia o desastre • Ensayar con ellos medidas de seguridad para futuras emergencias o desastres

Continuación

Niños y niñas 6-11 años

Síntomas físicos, comportamentales y emocionales	Opciones de intervención
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento de amigos y familiares • Ataques de rabia • Preocupación extrema por el proceso de recuperación de los padres y evitar molestar a estos con sus propias angustias • Preocupación obsesiva con el desastre y por la seguridad • Sentir miedo de estar solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar, con la participación de sus compañeros, programas escolares de manejo de emergencias y desastres, actividades expresivas, educación en desastres, planes de preparación e identificación de niños y niñas en riesgo • Decir a los niños y las niñas que informen a sus padres y maestros cuando sus pensamientos y sentimientos no les permitan desarrollar de manera adecuada sus actividades escolares.



Preadolescente y adolescente 12-18 años

Síntomas físicos, comportamentales y emocionales	Opciones de intervención
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de culpa por haber sobrevivido • Desinterés por la vida • Disminución del desempeño escolar • Rebeldía en el hogar y la escuela o el colegio • Disminución de los comportamientos responsables • Inquietud o disminución en el nivel de energía, apatía • Conductas delincuenciales • Deseos prematuros de sentirse adulto (abandonar la escuela, buscar trabajo, casarse, tener un hijo) • Aislamiento social • Cambios en el apetito • Dolores de cabeza • Problemas gastrointestinales • Erupciones en la piel • Molestias y dolores vagos • Trastornos del sueño • Pérdida de interés en actividades sociales y recreativas con los amigos y compañeros • Tristeza o depresión • Oposición a la autoridad • Sentimientos de no ser adecuados y sensación de desamparo • Conductas autodestructivas • Tendencia a tener o provocar accidentes • Ideas y planes de venganza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar de manera realista de lo que se pudo y no se pudo hacer ante la situación de desastre • Disminuir las exigencias del desempeño en el hogar y la escuela de manera temporal • Fomentar los grupos de jóvenes para conversar sobre el evento y los sentimientos relacionados con este • Evitar las discusiones sobre los sentimientos con respecto a sus padres • Animar a la actividad física • Ayudar a entender que muchas conductas pueden ser un intento de evitar los sentimientos que despertó el evento • Pedirles que no hagan cambios drásticos en su vida • Ensayar medidas de seguridad familiar en caso de futuros desastres • Animar a retomar las actividades sociales, deportivas, culturales, etc. • Animar a la participación en las actividades de rehabilitación comunitaria y trabajos de recuperación • Desarrollar programas escolares para brindar apoyo entre compañeros, planes de preparación, recuperación comunitaria a través de trabajo voluntario, identificación de los jóvenes en riesgo • Lograr que hablen de sus posibles planes de venganza, en caso de que exista un presunto culpable de la tragedia. Analizar con ellos las posibles consecuencias y buscar otras soluciones constructivas.

Factores que incrementan la resiliencia en niños y adolescentes

• Factores protectores individuales

- Capacidad de reconocer oportunidades en la adversidad
- Habilidad para desarrollar capacidades para la solución de problemas y de afrontamiento emocional
- Buenas habilidades sociales con pares y adultos
- Conciencia personal de fortalezas y limitaciones
- Sentimiento de empatía por los demás - la capacidad de meterse en los zapatos del otro
- Locus de control interno - creer que los esfuerzos que uno haga marcarán la diferencia
- Sentido del humor
- Auto concepto positivo
- Autoconfianza
- Flexibilidad cognitiva
- Emociones positivas (optimismo, sentido del humor, interés, gozo)
- Habilidad para interactuar de manera positiva con otras personas
- Afrontamiento activo
- Ejercicio físico
- Espiritualidad

• Factores protectores familiares

- Ambiente familiar positivo
- Buenas relaciones entre padres e hijos
- Armonía entre los padres
- Un rol valorado en el hogar

• Factores protectores comunitarios

- Redes de apoyo social fuertes
- Familia extensa que brinda apoyo
- Buenas relaciones con los pares
- Influencias comunitarias que ofrecen modelos de roles positivos
- Roles sociales valorados, tales como ser empleado, voluntario o reconocimiento de que ayuda a los vecinos
- Membrecía en una comunidad religiosa
- Actividades extracurriculares



Adultos

Síntomas físicos, comportamentales y emocionales

- Problemas del sueño
- Evitación de recuerdos
- Excesivo nivel de actividad
- Llanto fácil
- Incremento de conflictos familiares
- Híper vigilancia
- Aislamiento, evitación
- Fatiga, cansancio
- Molestias gastrointestinales
- Cambios en el apetito
- Molestias somáticas
- Empeoramiento de problemas de salud preexistentes
- Depresión, tristeza
- Irritabilidad, rabia
- Ansiedad, miedo
- Desespero, desesperanza
- Culpa
- Cambios en el estado de ánimo.

Opciones de intervención

- Dar apoyo: escuchar y dar la oportunidad para hablar acerca de las experiencias de la emergencia o el desastre
- Ayudar en la priorización y solución de problemas
- Ofrecer información sobre el estrés en emergencias y desastres, las reacciones que genera en los niños y las niñas y demás familiares y cómo afrontarlas
- Dar información sobre sitios a dónde referir a las personas cuando sea necesario
- Ofrecer ayuda para facilitar la comunicación y el funcionamiento adecuado entre los miembros de la familia
- Evaluar y remitir a atención especializada cuando esté indicado.

Adultos mayores	
Síntomas físicos, comportamentales y emocionales	Opciones de intervención
<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a abandonar el hogar • Miedo de ser institucionalizado • Evitación y aislamiento • Limitaciones en la movilidad • Problemas para ajustarse a la reubicación • Susplicacia • Agitación, rabia • Depresión • Empeoramiento de enfermedades crónicas • Trastornos del sueño • Problemas de memoria • Síntomas somáticos • Mayor susceptibilidad a los cambios de temperatura ambiental • Limitaciones físicas y sensoriales (para ver u oír) que interfieren con la recuperación • Desespero por las pérdidas • Apatía • Confusión, desorientación • Ansiedad en los ambientes que no le son familiares • Vergüenza por la sensación de recibir “limosnas”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en el restablecimiento de los contactos familiares y sociales • Brindar confianza de manera intensa y persistente • Dar información orientadora • Dar especial atención a una adecuada reubicación residencial • Usar múltiples métodos de evaluación para problemas que pueden ser sub diagnosticados • Dar apoyo para recuperar sus posesiones más preciadas • Dar apoyo para obtener ayuda médica y financiera • Animar a que converse sobre las pérdidas causadas por la emergencia o el desastre y la expresión de emociones • Ofrecer y facilitar información sobre apoyo en emergencias y desastres • Comprometer a los proveedores de transporte, servicios, programas de alimentos, salud domiciliaria y visitas al hogar para que brinden ayuda cuando sea necesaria.

Grupos étnicos

Los programas de salud mental en emergencias y desastres deben responder de manera específica y sensible a los diferentes grupos afectados. En muchas ocasiones, los grupos étnicos pueden ser los más afectados dadas las condiciones socioeconómicas que fuerzan a la comunidad a vivir en hogares y zonas que son particularmente vulnerables.

Las barreras del lenguaje, la sospecha y duda sobre los programas gubernamentales generadas por experiencias previas, el rechazo a las interferencias exteriores y los valores culturales diferentes contribuyen a las dificultades para establecer comunicación y lograr aceptación al implementar programas de atención en emergencias y desastres con estas comunidades que muchas veces son orgullosas y no quieren buscar o aceptar ayuda, en especial de los profesionales de salud mental.

La sensibilidad cultural se logra cuando la información y los procedimientos aplicados en emergencias y desastres se traducen al lenguaje utilizado por estas comunidades y están disponibles en formatos no escritos cuando ello sea necesario. Hay que recordar que las emociones intensas son experimentadas y expresadas en el lenguaje primario de la persona, de tal manera que se debe buscar que los equipos

incluyan trabajadores bilingües, biculturales y traductores, que sean capaces de interactuar de manera más efectiva con los sobrevivientes de las emergencias y los desastres de estos grupos. En la medida en que sea posible, es mejor trabajar con traductores entrenados que con miembros de la familia de los supervivientes, especialmente niños y niñas, por la privacidad que se necesita en los temas de salud mental y la importancia de preservar los roles familiares.

Los grupos étnicos tienen considerables variaciones con respecto a las percepciones sobre las pérdidas, la muerte, el concepto de hogar, las prácticas espirituales, el uso de palabras particulares, el sufrimiento, las celebraciones, la salud mental, la ayuda, el papel de la familia, a quién se considera como parte de la familia y quién toma las decisiones. Los ancianos y la familia extensa cumplen un papel significativo en algunas culturas, mientras que en otras las familias nucleares aisladas son las que toman las determinaciones.

Es esencial que los equipos de salud en emergencias y desastres aprendan de los líderes y trabajadores de los servicios sociales autóctonos sobre la comunidad que están atendiendo, sus normas culturales, tradiciones, historia local y políticas comunitarias.

Los programas de salud mental en emergencias y desastres deben responder de manera específica y sensible a los diferentes grupos afectados. En muchas ocasiones, los grupos étnicos pueden ser los más afectados dadas las condiciones socioeconómicas que fuerzan a la comunidad a vivir en hogares y zonas que son particularmente vulnerables.

Durante la fase de desarrollo del programa, se deben establecer relaciones de trabajo con organizaciones, proveedores de servicios y líderes de la comunidad que tienen credibilidad y se debe ser respetuoso, no prejuizar, estar bien informado y hacer seguimiento a través de los planes establecidos, ya que esto es de suma importancia para la labor encomendada.

Grupos socioeconómicos

Muchas personas acomodadas de clase media y alta viven sintiéndose seguros y se ven a sí mismos como invulnerables a las tragedias asociadas con las emergencias y los desastres, pues, teniendo en cuenta sus recursos financieros y nivel de vida, pueden haber estado protegidos de las crisis en el pasado y tener seguros para “protección” en el futuro.

Estos grupos poblacionales generalmente están más acostumbrados a planear y controlar los eventos vitales que a sobreponerse a los eventos inesperados. Pero, de todos modos, el impacto, la sorpresa y la rabia son los sentimientos que predominan a medida que comienzan a hacer conciencia de la realidad de las pérdidas.

Es poco probable que las familias de altos ingresos tengan antecedentes de haber utilizado los servicios sociales. Sin embargo, para aquellos que se ven obligados a hacerlo, aceptar ropa, comida, dinero o albergue, muchas veces es difícil, y si bien pueden necesitar ayuda de emergencia inicialmente, lo común es que tengan recursos sociales, familiares y de otro tipo que apoyan con rapidez y neutralizan el impacto económico.

Las familias acomodadas en general confían en un profesional conocido para solicitar apoyo. Muchas veces es el

médico de familia, el párroco o el psicoterapeuta. En estos casos, los programas de salud mental en emergencias y desastres se enfocan en educar a los profesionales de salud en la atención en salud mental y a los líderes religiosos y comunitarios en todo lo relacionado con el estrés en las emergencias y desastres, porque estas personas son las que muy probablemente darán atención a los sobrevivientes de clases altas. Los programas de recuperación pueden también coordinar grupos de consejería y apoyo en salud mental en emergencias y desastres a través de entidades reconocidas y confiables.

En contraste, los sobrevivientes de bajos ingresos tienen pocos recursos y grandes vulnerabilidades preexistentes cuando los golpean los desastres. Aunque en algunos aspectos pueden tener más habilidades para sobrevivir a las crisis que las personas de clases sociales altas, frecuentemente tienen poca disponibilidad de apoyo de familiares y amigos y no tienen cobertura de seguros o ahorros económicos. Sin esto, el proceso de recuperación es más arduo y prolongado y algunas veces casi imposible.

Los programas de ayuda estatales están diseñados para dar solución a las necesidades graves y urgentes. Lo que se proponen estos programas no es reemplazar todas las pérdidas. Sin seguros, las familias pobres pueden tener necesidades básicas no satisfechas y deben ser remitidas a organizaciones de socorro. Si estas familias están viviendo en arriendo, pueden estar enfrentadas a inmanejables incrementos en los costos después de que los dueños han invertido dinero para reparar sus propiedades. Además, pueden estar desubicadas en albergues temporales y despojadas de sus apoyos sociales, cosa que no es deseable. La reubicación también puede hacer muchas veces muy difícil el acceso a medios de transporte y trabajo.

Enfrentados con estos múltiples cambios y la ayuda que disminuye paulatinamente, los sobrevivientes de emergencias y desastres que tienen bajos ingresos suelen sentirse sobrecargados. Para aquellos con habilidades limitadas de lectura y escritura, obtener información adecuada y llenar los múltiples papeles y formatos que se usan en estas ocasiones es difícil. Los profesionales de salud en desastres son más efectivos cuando dan apoyo para resolver problemas concretos que facilitan manejar necesidades prioritarias. Por lo tanto, estos profesionales deben ser conocedores de todas las posibilidades de recursos comunitarios disponibles para personas con limitaciones económicas y enganchar activamente estas fuentes de recursos con las personas necesitadas.

Factores estresantes comunitarios - sociales	
Pre evento	Pos evento
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar • Nivel de preparación • Falta de un sistema de manejo de emergencias y desastres • Falta de liderazgo del gobierno civil • Disparidades étnicas y raciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de infraestructura comunitaria • Pérdida de servicios de salud • Deterioro del apoyo social • Atención de los medios • Cierre de escuelas y colegios • Falla real o percibida de la respuesta gubernamental

Personas con trastornos mentales crónicos

Las experiencias de campo han mostrado que los sobrevivientes de emergencias y desastres con enfermedad mental funcionan relativamente bien después de que ocurre el evento, siempre y cuando se les siga brindando la atención adecuada. Las personas con trastorno mental tienen la misma capacidad de “sobrepasar a la situación” y comportarse heroicamente que la población general durante el momento inmediato del desastre. Muchos demuestran una gran capacidad para manejar el estrés sin una exacerbación de su enfermedad mental, especialmente cuando tienen la posibilidad de mantener el tratamiento con sus medicamentos.

Sin embargo, muchos sobrevivientes con enfermedad mental han logrado solo un pequeño balance de su estado mental al momento del desastre. El estrés agregado rompe este equilibrio y, para algunos, puede ser necesario un soporte adicional de psicoterapia, medicamentos u hospitalización para lograr nuevamente la estabilidad.

Muchas personas con trastorno mental son vulnerables a cambios repentinos en sus ambientes y rutinas. Los equipos de salud necesitan ser conscientes de cómo están siendo percibidos los servicios de atención en emergencias y desastres y construir puentes que faciliten el acceso a los servicios y las remisiones cuando ellas sean necesarias. Los servicios de salud mental diseñados para la población general son igualmente benéficos para aquellos con trastorno mental y debemos recordar que el estrés de los desastres afecta a todos los grupos sin distinción.

Las personas con trastornos mentales en emergencias y desastres se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Las que tienen vulnerabilidad previa a la emergencia o desastre
- Las que sufren cuadros reactivos al evento
- Las que presentan una respuesta tardía
- Las que han sido pacientes psiquiátricos, cuya situación puede agravarse en el evento.

Las experiencias de campo han mostrado que los **sobrevivientes de emergencias y desastres con enfermedad mental funcionan relativamente bien** después de que ocurre el evento, siempre y cuando se les siga brindando la **atención adecuada.**

En estos casos, debe examinarse la pertinencia de intervenciones individuales, familiares, grupales y sociales, según sea necesario.

2. Los criterios generales para remisión al especialista

- Riesgo de suicidio
- Episodios psicóticos
- Trastorno de estrés postraumático
- Gran sufrimiento por la intensidad del trastorno
- Síntomas persistentes o graves que no han mejorado con el manejo inicial
- Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral, escolar o social
- Coexistencia de alcoholismo o drogadicción.

3. Servicios de atención en salud mental incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)

Acuerdo 008 de enero de 2010 de la Comisión Reguladora de Salud (CRES)

Este Acuerdo que entró en vigencia desde enero de 2010 abre una serie de posibilidades de intervención en salud mental desde el POS, que hasta ahora no eran posibles en el Sistema.

Los **equipos de salud** necesitan ser conscientes de cómo están siendo percibidos los servicios de atención en emergencias y desastres y construir puentes que **faciliten el acceso a los servicios** y las remisiones cuando ellas sean necesarias.

El Acuerdo habla del principio y enfoque de integralidad del Plan Obligatorio de Salud: Principio mediante el cual los servicios que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a los necesarios para brindar educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención definidos en el presente acuerdo, conforme lo definido en las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y con especial énfasis en las acciones de promoción y prevención.

El artículo 28 habla de la cobertura de atención de urgencias psiquiátricas: el POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado incluyen la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en el servicio de urgencias y en observación, las primeras 24 horas y solo en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad. La atención ulterior será

cubierta según las condiciones de cada régimen descritas en dicho Acuerdo.

Otras definiciones importantes en el tema son las siguientes:

Urgencia: “la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona, por cualquier causa, con cualquier grado de severidad que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud a fin (sic) de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras”.

Cobertura de atención de urgencias psiquiátricas: El POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado incluye la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en el servicio de urgencias y en observación. Esta cubre las primeras 24 horas, en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad. La atención ulterior será cubierta según las condiciones de cada régimen descritas en el Acuerdo.

Intervenciones de nivel 1: Son las prestaciones asistenciales o servicios en salud, que las EPS deben garantizar de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica, mediante el diseño y organización de la red de prestación de servicios de salud.

De igual forma, el Acuerdo 04 de 2009 y el 011 de 2010 garantizan que los niños y las niñas de 0 a 18 años, afiliados al régimen subsidiado, reciben los mismos beneficios en la atención en salud que los niños de esas edades del régimen contributivo.



Servicios de salud mental incluidos en el POS

Los servicios de salud mental cubiertos por el POS, de mayor importancia para la aplicación de esta Guía, son los siguientes. Se presentan en sus respectivos códigos.

890108	Atención (visita) domiciliaria, por psicología
890109	Atención (visita) domiciliaria, por trabajo social
890114	Atención (visita) domiciliaria, por promotor de la salud
890116	Atención (visita) domiciliaria, por otro profesional de la salud
940301	Evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta
940900	Determinación del estado mental por psicología
943500	Intervención en crisis
990206	Educación individual en salud, por psicología
944904	Intervención en salud mental comunitaria, por psicología

Otros servicios de menor utilidad para la implementación de la Guía, pero complementarios para la atención de un pequeño porcentaje de sobrevivientes a desastres que requieren una atención más especializada, son:

890208	Consulta de primera vez por psicología
890308	Consulta de control o de seguimiento por psicología
890308	Consulta de control o de seguimiento por psicología
890608	Asistencia intrahospitalaria por psicología
940200	Administración (aplicación) de prueba de personalidad (cualquier tipo)
941100	Determinación del estado mental por psiquiatría
943101	Psicoterapia individual por psiquiatría
943102	Psicoterapia individual por psicología
944001	Psicoterapia de pareja por psiquiatría
944002	Psicoterapia de pareja por psicología
944101	Psicoterapia familiar por psiquiatría
944102	Psicoterapia familiar por psicología
944201	Psicoterapia de grupo por psiquiatría
944202	Psicoterapia de grupo por psicología
944902	Intervención en salud mental comunitaria, por psiquiatría
S12701	Internación en unidad de salud mental, complejidad baja
S12710	Internación en unidad de salud mental, complejidad mediana
S12720	Internación en unidad de salud mental, complejidad alta
S12800	Internación parcial en hospital (hospital día)

Fuente: www.pos.gov.co

Con el fin de aportar al diagnóstico de cada uno de los grupos de riesgo, esta guía ofrece un conjunto de **instrumentos de tamización** que ayudarán a los grupos de atención a **establecer** de mejor forma el **diagnóstico** de salud mental en cada una de las personas afectadas por el **desastre o situación de emergencia**.

4. Instrumentos de tamización

Con el fin de aportar al diagnóstico de cada uno de los grupos de riesgo, esta guía ofrece un conjunto de instrumentos de tamización que ayudarán a los grupos de atención a establecer de mejor forma el diagnóstico de salud mental en cada una de las personas afectadas por el desastre o situación de emergencia. Estos instrumentos son:

- Cuestionario de síntomas SRQ
- Cuestionario de síntomas para niños y niñas RQC
- Apgar familiar
- Prueba Cage
- Test de ansiedad de Zung
- Test de depresión de Zung
- Índice de calidad de vida
- PC-PTSD



Cuestionario de síntomas SRQ		
Pregunta	Si	No
1.	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	
2.	¿Tiene mal apetito?	
3.	¿Duerme mal?	
4.	¿Se asusta con facilidad?	
5.	¿Sufre de temblor de manos?	
6.	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	
7.	¿Sufre de mala digestión?	
8.	¿No puede pensar con claridad?	
9.	¿Se siente triste?	
10.	¿Llora usted con mucha frecuencia?	
11.	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?	
16.	¿Siente que usted es una persona inútil?	
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?	
19.	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	
20.	¿Se cansa con facilidad?	
21.	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	
22.	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	
23.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	
24.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	
25.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	
26.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?	
27.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?	
28.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?	
29.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	
30.	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta Sí, se debe hacer evaluación especializada.

Cuestionario de síntomas para niños y niñas RQC			
Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5 a 15 años.			
Síntomas		Si	No
1.	¿El lenguaje del(a) niño(a) es anormal en alguna forma?		
2.	¿El(la) niño(a) duerme mal?		
3.	¿Ha tenido el(la) niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4.	¿Sufre el(la) niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		
5.	¿El(la) niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		
6.	¿Ha robado cosas de la casa?		
7.	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		
8.	¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		
9.	¿El(la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		
10.	¿El(la) niño(a) se orina o defeca en la ropa?		
Una respuesta positiva, o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.			

Apgar familiar					
Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive solo(a), su "familia" consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes. Para cada pregunta, marcar solo una equis (X) donde le parezca que aplica para usted durante los seis últimos meses.					
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me siento satisfecho(a) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho(a) con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho(a) con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho(a) con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho(a) con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	0	1	2	3	4
Puntuaciones de 15 o menos indican algún grado de disfunción familiar.					

Prueba CAGE		
Para detectar posibles casos de abuso o dependencia del alcohol		
Pregunta	Si	No
¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?		
¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?		
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?		
¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?		

- 0-1** Bebedor social
- 2** Consumo de riesgo
- 3** Consumo perjudicial
- 4** Dependencia alcohólica

Las puntuaciones iguales o superiores a dos sugieren consumo problemático de alcohol (abuso o dependencia).



Test de ansiedad de Zung					
Para detectar posibles casos de trastorno de ansiedad					
Por favor, complete el cuestionario considerando solamente cómo se ha sentido durante los últimos treinta días.					
Pregunta		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1.	Se ha sentido últimamente más nervioso(a) y ansioso(a)	1	2	3	4
2.	Se ha sentido temeroso(a) sin razón	1	2	3	4
3.	Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico	1	2	3	4
4.	Ha sentido que se está derrumbando	1	2	3	4
5.	Ha sentido que nada malo va a pasar / que todo va bien	4	3	2	1
6.	Se ha sentido tembloroso(a)	1	2	3	4
7.	Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza	1	2	3	4
8.	Se ha sentido débil y se cansa fácilmente	1	2	3	4
9.	Se ha sentido calmado(a) y puede mantenerse quieto(a)	4	3	2	1
10.	Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente	1	2	3	4
11.	Se ha sentido últimamente mareado(a)	1	2	3	4
12.	Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo	1	2	3	4
13.	Ha podido respirar con facilidad	4	3	2	1
14.	Ha sentido hormigueo / falta de sensibilidad en los dedos	1	2	3	4
15.	Ha sentido náuseas y malestar en el estómago	1	2	3	4
16.	Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal	1	2	3	4
17.	Ha sentido sus manos secas y calientes	4	3	2	1
18.	Se ha ruborizado con frecuencia	1	2	3	4
19.	Ha dormido bien y descansado toda la noche	4	3	2	1
20.	Ha tenido pesadillas	1	2	3	4

Las puntuaciones de 40 o más sugieren posible caso de trastorno de ansiedad.

Test de depresión de Zung

Para detectar posibles casos de trastorno depresivo

Por favor complete el cuestionario considerando solamente cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas.

Pregunta	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Se ha sentido triste y decaído(a)	1	2	3	4
2. Ha tenido ganas de llorar o ha llorado	1	2	3	4
3. Ha tenido palpitaciones	1	2	3	4
4. Se ha sentido cansado(a) sin razón aparente	1	2	3	4
5. Ha tenido la mente tan despejada como siempre	4	3	2	1
6. Le ha sido fácil hacer las cosas como antes	4	3	2	1
7. Se ha sentido inquieto(a), intranquilo(a)	1	2	3	4
8. Se ha sentido más irritable que de costumbre	1	2	3	4
9. Ha disfrutado las actividades cotidianas	4	3	2	1
10. Ha encontrado agradable vivir	4	3	2	1

Veinte o más puntos detectan posible caso.



Índice de calidad de vida

Responda cómo se ha sentido durante el último mes.

1. Sentirse lleno(a) de energía, sin dolores ni problemas físicos

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Sentirse bien consigo mismo(a)

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Desempeñar su trabajo, tareas escolares o tareas domésticas

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Relacionarse bien con la familia, amigos y grupos

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

6. Disponer de personas en quienes confiar, que le proporcionen ayuda

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc.

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

9. Sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10. Sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Veinte o más puntos detectan posible caso.

PC-PTSD

Tamización para trastorno de estrés postraumático en atención primaria

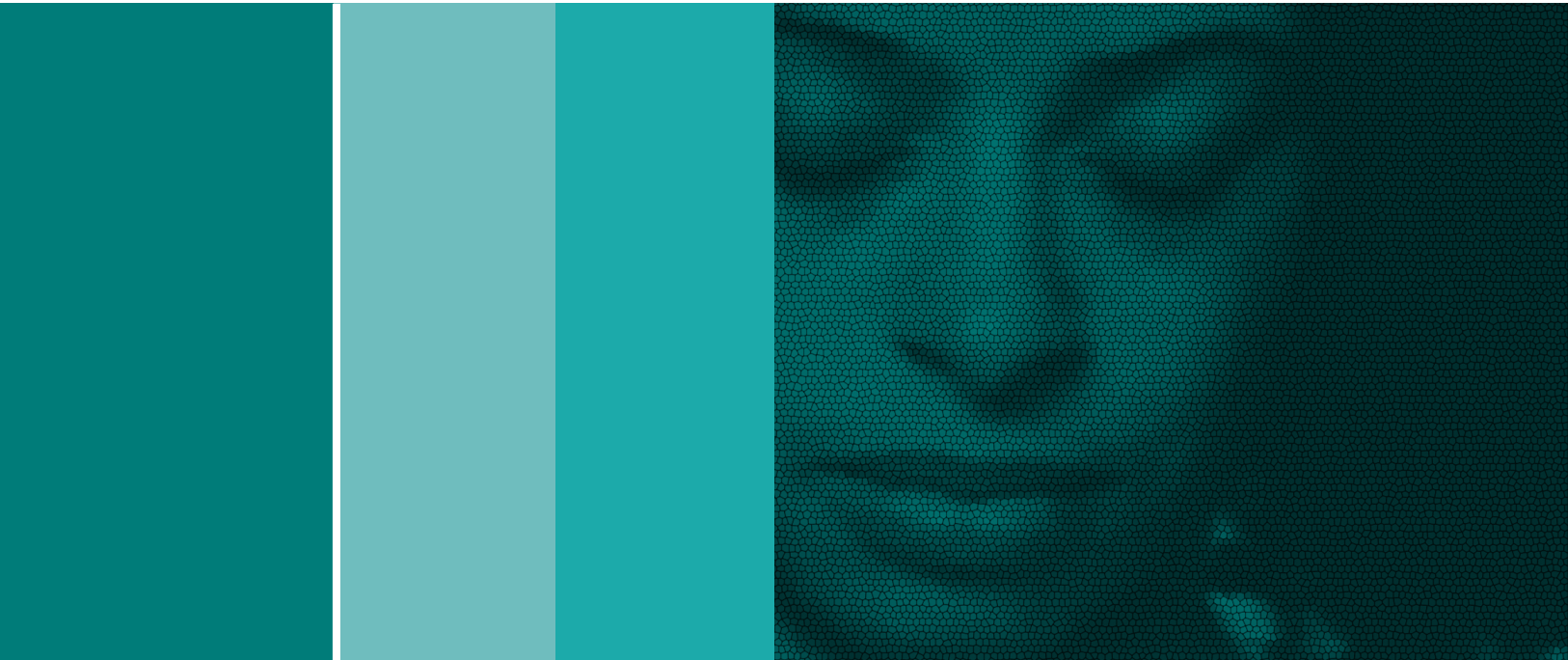
En su vida, usted ha tenido cualquier tipo de experiencia tan aterradorante, tan horrible, o que lo alteraron de tal forma que en el último mes usted:

Pregunta	Si	No
1. ¿Ha tenido pesadillas sobre ello, o ha pensado al respecto cuando no quería hacerlo?		
2. ¿Tratado de no pensar sobre ello o cambió el curso que llevaba para evitar situaciones que le recuerden el hecho?		
3. ¿Se encontraba siempre en guardia, prevenido, o se sobresaltaba fácilmente?		
4. ¿Se sintió como embotado emocionalmente o ausente con respecto a otras personas, actividades, o al ambiente que lo rodea?		

Se considera positivo si contesta Sí a tres ítems.

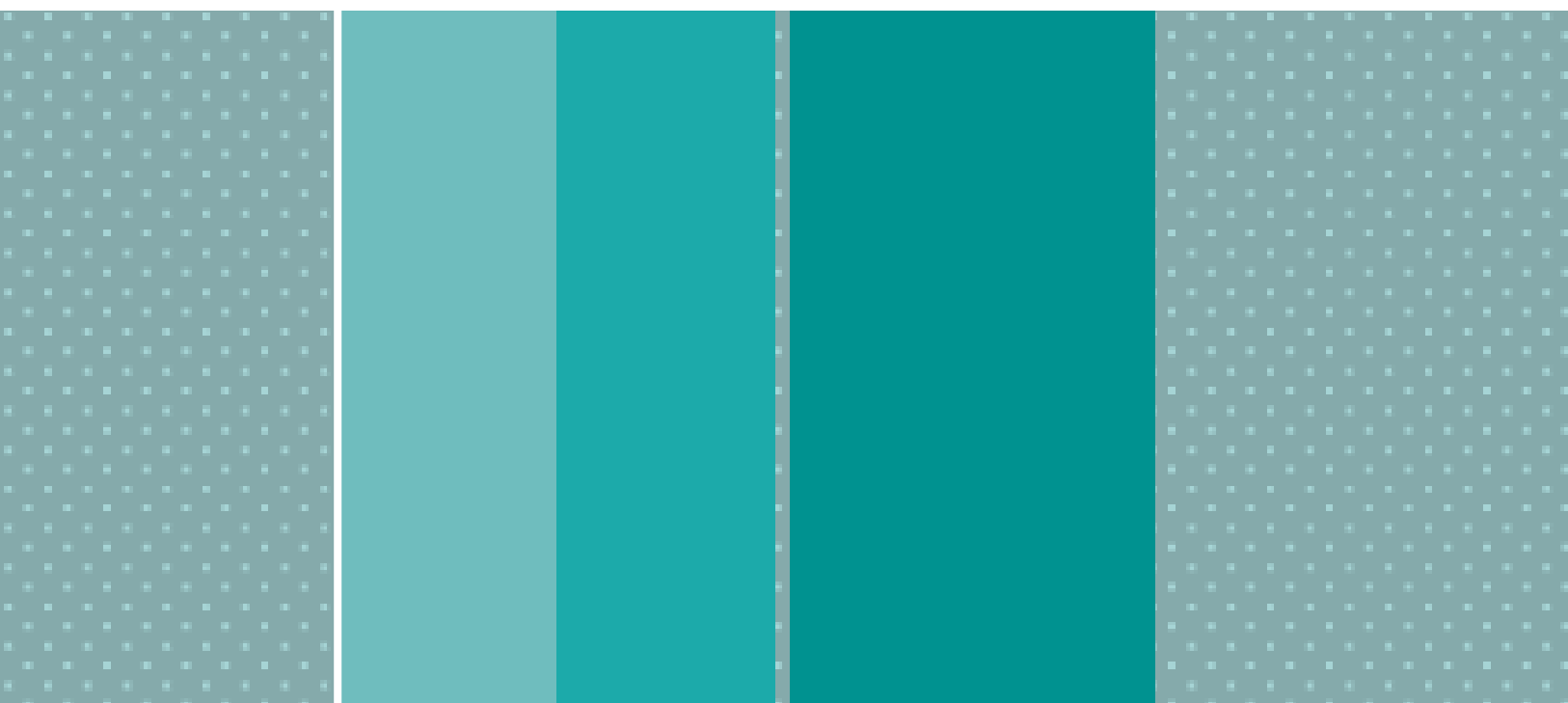
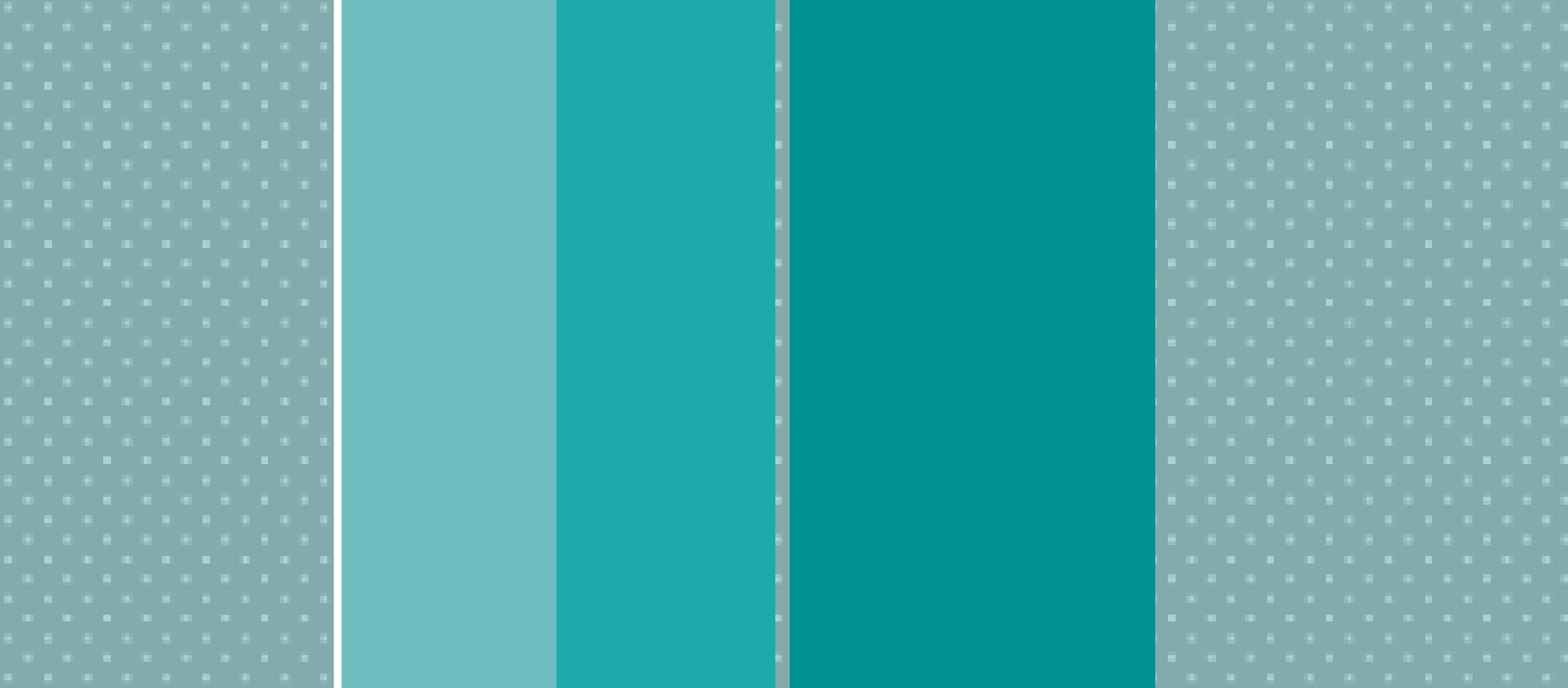
Bibliografía y lecturas recomendadas

- Center for Mental Health Services (1995). *Psychosocial Issues for Children and Families in Disasters: A Guide for the Primary Care Physician*. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services, publication (SMA) 95-3022.
- Center for Mental Health Services (1996). *Responding to the Needs of People with Serious and Persistent Mental Illness in Times of Major Disaster*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, publication (SMA) 96-3077.
- Department of Health and Human Services (2000). *Training Manual for mental Health and Human Service Workers in Major Disasters*. Washington, D.C.
- Gerrity, E. T. & Steinglass, P. (1994). Relocation stress following natural disasters. En: Ursano, R. J., McCaughey, B. G., & Fullerton, C. S. (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Great Britain: Cambridge University Press.
- Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C. & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 945-951.
- National Institute of Mental Health (1987). *Prevention and Control of Stress among Emergency Workers: A Pamphlet for Workers*. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services; publication (ADM) 90-1497.
- Norris, F. H., Phifer, J. F. & Kaniasty, K. (1994). Individual and community reactions to the Kentucky floods: Findings from a longitudinal study of older adults. En: Ursano, R. J., McCaughey, B. G., & Fullerton, C. S. (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Great Britain: Cambridge University Press.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS - OMS.
- Solomon, S. D. & Green, B. L. (1992). Mental health effects of natural and human-made disasters. *PTSD Research Quarterly*, 3 (1), 1-8.
- Ursano, R. J., McCaughey, B. G., & Fullerton, C. S. (Eds.) (1994). *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Great Britain: Cambridge University Press.
- U. S. Department of Health and Human Services (1994). *Action Plan of the Administration on Aging to Strengthen the Disaster Response Capacity to Serve Older People*. Rockville, MD.



PARTE III

Características del trabajo de los equipos de atención





CAPÍTULO 4

Prevención y manejo del estrés
del equipo que presta atención



Un **“principio fundamental”** de salud mental en emergencias y desastres establece que **“ninguno que vive un desastre deja de ser afectado por este”**. Experimentar la destrucción, trabajar en un ambiente caótico y tener limitados recursos disponibles genera una **situación muy estresante**.

El trabajo en salud mental en emergencias y desastres es, a veces, inevitablemente estresante. Las largas horas pendientes de las necesidades y demandas de los sobrevivientes, los roles ambiguos y la exposición al sufrimiento humano pueden afectar aún al más experimentado de los profesionales de salud. Un “principio fundamental” de salud mental en emergencias y desastres establece que “ninguno que vive un desastre deja de ser afectado por este”. Experimentar la destrucción, trabajar en un ambiente caótico y tener limitados recursos disponibles genera una situación muy estresante.

Estas condiciones requieren que los responsables de los equipos de atención diseñen un plan de prevención y manejo integral del estrés en el interior de los programas de atención en salud en situaciones de emergencias y desastres. Con frecuencia, el estrés del equipo es manejado como algo postergable. Los programas enfocan sus esfuerzos en las reacciones “normales” de los supervivientes de los eventos traumáticos y generalmente es poco lo que hacen para el manejo de los procesos emocionales que también ocurren en los equipos. Si bien, el trabajo en salud mental en emergencias y desastres tiene aspectos personales y profesionales gratificantes, también tiene el potencial de afectar de manera negativa.

El manejo preventivo del estrés en los equipos de atención se enfoca en dos contextos críticos: la organización y el individuo. Es posible que inicialmente no se vea claro en el plan de atención en salud mental en emergencias y desastres debido a la rápida movilización para manejar las necesidades de los sobrevivientes. Sin embargo, es importante que ese plan se estructure y funcione de una manera adecuada y rápida. Cada soco-

rrista que brinde atención será afectado dependiendo de la experiencia profesional, la historia personal y las vulnerabilidades. Es esencial un abordaje proactivo que enseñe y anime a tener en cuenta estrategias de reducción del estrés en los socorristas. Adoptar una perspectiva preventiva permite anticipar factores estresantes y hacer prevención de las crisis y no que simplemente se reaccione a ellas después de que ocurran.

1. Apoyo a los profesionales de salud en desastres

Los equipos de salud en todas las fases de atención de emergencias y desastres experimentan una presión considerable para dar satisfacción a las necesidades de los sobrevivientes y de la comunidad en general. En general, los socorristas son tan altruistas, compasivos y dedicados a la gente, que muchas veces tienen dificultad para reconocer cuándo es el momento de tomar un descanso en su trabajo. Para muchos, la respuesta a la emergencia o el desastre tiene mayor importancia que las otras responsabilidades y actividades.

Según el concepto de “vulnerabilidad universal” propuesto por Jeffrey Mitchell, no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que haga desaparecer completamente la posibilidad de que una persona que atiende víctimas primarias sea afectada por el trastorno de estrés postraumático (lo que se ha dado en llamar el “síndrome de la compasión”).

Como lo afirma el Centro Nacional para Trastorno de Estrés Postraumático de los Estados Unidos, uno de cada tres socorristas llega a presentar síntomas de este trastorno.

Los síntomas son:

- Re experimentación del acontecimiento traumático
- Intento de evitar estímulos asociados al evento traumático
- Disminución de la capacidad de respuesta al mundo que lo rodea
- Hiperactividad
- Ansiedad marcada
- Depresión marcada
- Disociación.

Cuando la comunidad retorna a un cierto nivel de normalidad, muchos socorristas, particularmente los voluntarios, vuelven a sus trabajos regulares. Sin em-

bargo, muchas veces quieren continuar con sus labores de atención y ayuda. Con el paso del tiempo, el resultado de este trabajo puede ser el síndrome de “burn out” o de agotamiento. Este estado de agotamiento, irritabilidad y fatiga avanza lentamente y sin advertencia previa y puede disminuir de manera marcada la efectividad y capacidad del individuo.

Muchas veces ocurre que lo que puede estar pasando es que estos socorristas están sacándole el cuerpo a problemas familiares con su trabajo continuado. Los coordinadores de los equipos de salud en desastres deben estar pendientes de los socorristas cuya capacidad de afrontamiento se ha erosionado debido a vulnerabilidades personales y que parecen estar patinando en su trabajo.

2. Factores de riesgo

- Falta de rigurosidad en la selección del personal
- Falta de preparación o entrenamiento
- Exposición prolongada a estrés o experiencias muy traumáticas
- Vulnerabilidad social: pobreza, desempleo
- Exposición simultánea a otros traumas como separación, divorcio, problemas de pareja
- Antecedentes de problemas físicos o mentales
- Sobredimensionar la capacidad de ofrecer soluciones
- Problemas organizacionales.

3. Dificultades que con alguna frecuencia presentan los miembros de los equipos al volver a la vida regular

- Dificultades para reintegrarse a su hogar, o conflictos con miembros de la familia
- Cambios repentinos del humor
- Deseo de mantener contacto con compañeros o víctimas del desastre
- Sentimientos de inquietud, desilusión, aburrimiento
- Irritabilidad
- Aislamiento familiar y social
- Conflictos con compañeros y amigos.

4. Contexto organizacional

Con una estructura y un plan organizacional que tengan en cuenta la prevención del estrés, se puede mitigar el potencial efecto negativo de este en las personas y los equipos. Si bien estos esfuerzos consumen tiempo, los beneficios a mediano y largo plazos se justifican por la reducción del reciclaje de los socorristas y por la

disminución de situaciones personales difíciles de manejar, así como por el incremento de la productividad y cohesión del grupo, lo que bien vale la pena.

Son cinco los aspectos necesarios para el diseño de un programa adecuado que priorice la salud organizacional:

- Estructura efectiva en términos de gestión y liderazgo
- Propósitos y metas claras
- Roles funcionales definidos
- Equipo de apoyo
- Plan para manejo del estrés.

5. Contexto individual

Las personas emocionalmente sanas y equilibradas están mejor equipadas para implementar y mantener una intervención de salud mental en emergencias y desastres.

Este tipo de programas deben dar el soporte y ofrecer las intervenciones que aseguren que el equipo se mantenga en un rango adecuado de “equilibrio y salud”. Hay que recordar que, al igual que las necesidades de las comunidades cambian a través del tiempo, también fluctúan las necesidades generadas por el estrés en los miembros de los equipos. A continuación se enumeran las cuatro habilidades básicas que se deben incluir cuando se diseña el componente de manejo del estrés en los equipos de salud.

6. Gestión de la carga laboral

- Estilo de vida equilibrado
- Estrategias para reducción del estrés
- Autoconciencia
- Métodos de prevención y manejo del estrés.

Los listados que se leen a continuación presentan sugerencias para prevención del estrés individual y organizacional en los equipos de respuesta. Lo que se pone en práctica para la respuesta en la fase inmediata puede ser aplicado también a la respuesta en el mediano y el largo plazos. Se incluyen aquí los abordajes para eliminar o minimizar factores estresantes y reacciones de estrés. Teniendo en cuenta que cada emergencia o desastre y cada respuesta en salud mental tiene diferentes componentes, los responsables de los programas necesitan tener en cuenta los siguientes aspectos para determinada localidad, recursos y desastre.

Las personas **emocionalmente sanas** y equilibradas están mejor equipadas para implementar y mantener una **intervención de salud mental en emergencias y desastres**.

7. Estructura efectiva de gestión y liderazgo

- Claridad sobre el conducto regular y a quién se reporta
- Disponibilidad y accesibilidad a supervisión clínica
- Turnos no mayores de doce horas con descansos de doce horas
- Reuniones de información al comienzo del turno, tanto con los miembros del equipo que terminan su labor como con los que entran en operación
- Recursos necesarios disponibles (por ejemplo, lápices, papel, formatos, material educativo)
- Herramientas de comunicación disponibles (por ejemplo, celulares, radios)
- Supervisores y directores de programas con habilidades de supervisión
- Estructura organizacional clara y funcional
- Dirección y realización del programa revisado y modificado cuando sea necesario.

8. Propósitos y metas claras

- Metas de intervención claramente definida y estrategias diseñadas para asignación de puestos de trabajo
- Necesidades comunitarias, foco y horizonte de programa bien definido
- Evaluación periódica de objetivos y estrategias de salud ocupacional
- Equipo entrenado y con supervisión para definir límites y hacer remisiones
- Retroalimentación al equipo sobre cumplimiento del programa.

9. Roles definidos funcionalmente

- Equipo orientado y entrenado con descripción escrita de roles para cada aspecto asignado
- Cuando el escenario esta bajo la jurisdicción de otra institución (por ejemplo Policía, Cruz Roja, Defen-

sa Civil, Bomberos), equipo informado de su función, contactos y expectativas

- Descripciones del trabajo y las expectativas para todos los cargos
- Roles de las instituciones participantes claros y realización de trabajo coordinado a través de contactos con la institución clave.

10. Apoyo al equipo

El personal que realice intervenciones de salud mental a los miembros de los equipos debe, en la medida de lo posible, pertenecer a la organización y conocer “desde adentro” las características de su trabajo.

Por otra parte, la ayuda debe tener en consideración las características y los patrones comportamentales del grupo, así como sus principios y valores.

Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta es la confidencialidad y el manejo ético de la información y de las situaciones de la organización e incluir a la familia en los procesos de ayuda.

- Sistema sencillo para realizar apoyo y monitoreo a reacciones de estrés
- Atmósfera positiva de colaboración y tolerancia (un “ambiente de trabajo agradable”)
- Trabajo en equipo que evite la presencia de profesionales trabajando aislados y con instituciones que actúan como rueda suelta
- Posibilidad de consulta informal de casos y solución de problemas
- Reuniones regulares y efectivas, con agendas productivas, trabajo interpersonal y desarrollo de programas creativos
- Consultoría y supervisión clínica
- Entrenamiento apropiado en campo.

11. Plan para el manejo del estrés

- Evaluar de manera regular el desempeño de los trabajadores
- Rotación en labores de bajo, mediano y alto nivel de estrés
- Descansos y tiempo libre
- Capacitación sobre signos y síntomas de estrés y estrategias de afrontamiento
- Disponibilidad de atención individual y grupal
- Plan de salida para trabajadores que dejan la operación: información, oportunidades para la crítica y reconocimiento formal de los servicios

- Educación acerca de los efectos del estrés a largo plazo en profesionales que trabajan en emergencias y desastres y la importancia del manejo de este
- Listado de comprobación (“lista de chequeo”) del programa incluyendo abordajes organizacionales e individuales e implementación del plan.
- Plan de intervenciones sobre el estrés en el trabajo y las reuniones
- Programa con cronograma, crítica constructiva, reconocimiento formal, celebraciones y apoyo con investigaciones.

12. Manejo de la carga de trabajo

- Niveles de prioridad de tareas en un plan de trabajo realista
- Carga de trabajo que no intenta dar respuesta a la emergencia o desastre simultáneamente con el desempeño del trabajo normal

- Planeación y tiempo de gestión que evite sobrecarga de trabajo (“no es tanto la cantidad, sino la calidad”)
- Revisión periódica de metas y actividades del programa para alcanzar los logros establecidos
- Revisión periódica para determinar la viabilidad del programa dirigido al talento humano.

13. Posibilidad de un estilo de vida balanceado

- Comida nutritiva, evitar exceso de comida “chatarra”, caféina, alcohol y tabaco
- Sueño y descanso adecuados, especialmente cuando se tienen turnos prolongados
- Contactos y comunicación permanente con la red de apoyo social primaria
- Relaciones familiares y sociales por fuera del programa
- Ejercicio, actividades recreativas, pasatiempos y cultivo de la espiritualidad
- Desestimular el sobre involucramiento en el trabajo

14. Estrategias de reducción del estrés

- Reducir la tensión física a través de ejercicios respiratorios, practicando la meditación o caminando
- Utilización del tiempo libre para el ejercicio, la lectura, escuchar música, tomar un baño, conversar con la familia, tener una comida especial para “recargar baterías”
- Hablar acerca de las emociones y reacciones con los compañeros de trabajo en los momentos apropiados
- Técnicas de relajación (por ejemplo yoga, meditación, imaginación guiada)
- Auto regulación mezclando actividades de alto y bajo estrés y dando atención solo y acompañado
- Hablar con los compañeros de trabajo, amigos, familia, cura, pastor o consejero acerca de las emociones y reacciones percibidas



15. Autoconciencia

- Reconocer signos tempranos de estrés y hacerles caso
- Aceptar que muchas veces la persona no puede autoevaluar reacciones de estrés problemáticas
- Evitar la sobre identificación con el duelo y el trauma de los supervivientes
- Identificar el trauma vicario o fatiga de compasión
- Exploración de motivaciones para ayudar (por ejemplo, gratificación personal, saber cuándo no está siendo útil “ayudar”)
- Entender las diferencias entre relaciones de ayuda profesional y relaciones de amistad
- Examen de los prejuicios personales y estereotipos culturales

- Reconocimiento del malestar que se manifiesta con el desespero, la desesperanza y la excesiva ansiedad, que interfiere con la capacidad de “estar” con el usuario
- Reconocimiento de la sobre identificación con la frustración, la rabia y la desesperanza de los supervivientes que dan como resultado una pérdida de perspectiva y de rol
- Reconocer cuándo las propias experiencias de desastre y pérdidas interfieren con la efectividad en la labor.

16. Signos y síntomas de estrés del profesional de salud

El interés en esta sección es describir métodos para prevenir y mitigar el estrés en los equipos de salud, para una

atención adecuada. Educar a los supervisores y al equipo sobre signos de estrés, posibilita que sean conscientes de ellos y le den el manejo apropiado.

Es importante analizar los signos y síntomas del estrés del personal de los equipos para lograr un reconocimiento temprano y ofrecer atención en los programas de salud mental en emergencias y desastres.

A continuación se relacionan las reacciones más comunes en los y las profesionales de la salud en situaciones de emergencia.

Las hay psicológicas y emocionales, cognitivas, físicas y comportamentales.

Reacciones de estrés comunes en profesionales de la salud en emergencias y desastres

Psicológicas y emocionales

- Sentimientos de heroísmo, invulnerabilidad y euforia
- Negación
- Sensación de frustración combinada con el deseo de controlar o solucionar todo
- Ansiedad y miedo
- Uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas
- Preocupación por su propia seguridad y la de otros
- Rabia e irritabilidad
- Cansancio
- Tristeza, duelo, depresión, desánimo
- Sueños desagradables
- Sentimiento de culpa o “culpa del sobreviviente”
- Sentimientos de agobio, desesperanza
- Sentimiento de aislamiento, de estar perdido o abandonado
- Apatía
- Identificación con los sobrevivientes
- Cambios en el estilo de vida.

Cognitivas

- Problemas de memoria
- Desorientación
- Confusión
- Entrecamiento del pensamiento y de la capacidad de comprensión
- Dificultades para hacer cálculos, establecer prioridades y tomar decisiones
- Dificultades de atención
- Pérdida de objetividad
- Incapacidad para dejar de pensar en el desastre
- Dificultad para la elaboración e integración de la experiencia.

Comportamentales

- Tendencia a la hiper actividad y la hiper alerta
- Cambios abruptos de actividad
- Disminución de la eficacia y la efectividad
- Dificultad para comunicarse
- Exagerado sentido del humor
- Ataques de rabia y discusiones frecuentes
- Incapacidad para descansar o “relajarse”
- Cambios en los hábitos alimenticios
- Cambios en los patrones de sueño
- Cambios en las costumbres íntimas y sexuales
- Cambios en el desempeño laboral
- Periodos de llanto
- Incremento del consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas
- Aislamiento social, silencio
- Vigilancia de la seguridad o del ambiente que lo rodea
- Evitación de actividades o lugares que hacen aflorar recuerdos
- Propensión a accidentes.

Físicas

- Incremento de los latidos cardíacos y la frecuencia respiratoria
- Incremento de la presión arterial
- Molestias estomacales, náuseas y diarrea
- Cambios en el apetito, pérdida o ganancia de peso
- Sudoración o escalofrío
- Temblor en manos y labios
- Temblores musculares
- Disminución de la agudeza auditiva
- Visión “en túnel”
- Sentimiento de descoordinación
- Dolores de cabeza
- Dolores lumbares
- Sensación de “nudo” en la garganta
- Fatiga
- Cambios en el ciclo menstrual
- Cambios en el deseo sexual
- Disminución de la resistencia a las infecciones
- Brotes alérgicos y artritis
- Caída del pelo.



El apoyo clínico supervisado es esencial cuando las personas que trabajan en emergencias y desastres se van quedando cortas en sus estrategias de afrontamiento.

Igual que con los sobrevivientes de emergencias y desastres, la pregunta clave es: ¿cómo saber si la reacción al estrés es exagerada? Muchas de las reacciones enumeradas son comúnmente experimentadas por miembros del equipo en emergencias y desastres con pocos efectos en el trabajo. Sin embargo, cuando cierto número de ellas son experimentadas simultáneamente y de manera intensa, se van a observar problemas en el desempeño. Bajo estas circunstancias, el miembro del equipo debe tomar un descanso, de pocas horas inicialmente y después mayor si es necesario. Si no siente que recupera el funcionamiento normal, entonces la persona debe ser relevada de su trabajo.

El apoyo clínico supervisado es esencial cuando las personas que trabajan en emergencias y desastres se van quedando cortas en sus estrategias de afrontamiento. La consejería de apoyo implica explorar el significado del trabajo teniendo en consideración las experiencias relacionadas y sus vulnerabilidades y estrategias de afrontamiento. Se pueden hacer sugerencias para actividades de reducción del estrés. Por lo general, los síntomas de estrés van desapareciendo paulatinamente a medida que el profesional no permanece mucho tiempo en la escena de la emergencia o desastre. Sin embargo, si esto no ocurre, entonces está indicada la intervención de los especialistas en salud mental.

Otros dos aspectos de gran importancia son los que tienen que ver con el equipo y con la familia del profesional de la salud.

17. Indicadores comunes de malestar o disfunción en el equipo

- Alianzas y relaciones de dependencia
- Formación de subgrupos
- Descalificación o subvaloración
- Incomodidad con el rol
- Ambigüedad con el rol
- Problemas de comunicación

- Conflictos interpersonales
- Problemas en la toma de decisiones.

18. Indicadores comunes de malestar o disfunción en la familia

- Relaciones inestables y alteraciones de la dinámica familiar
- Dificultades o tendencia a abandonar relaciones con miembros de la familia
- Tendencia a subvalorar las dificultades de la familia en relación con los sobrevivientes de la emergencia o desastre
- Pobre comunicación
- Violencia doméstica
- Temor o angustia de la familia con respecto al estilo de vida y a las condiciones de seguridad que exige el trabajo del voluntario o socorrista
- Intolerancia
- Chantaje afectivo.

19. Recompensas y disfrute del trabajo en emergencias y desastres

Muchos profesionales sienten que ayudar a los sobrevivientes y sus comunidades después de un desastre es muy estimulante. Los profesionales de salud en emergencias y desastres son testigos tanto del sufrimiento y del duelo como de la capacidad del espíritu humano para sobrevivir y salir adelante. Los socorristas frecuentemente descubren su participación como la más importante y de personal satisfacción en sus carreras.

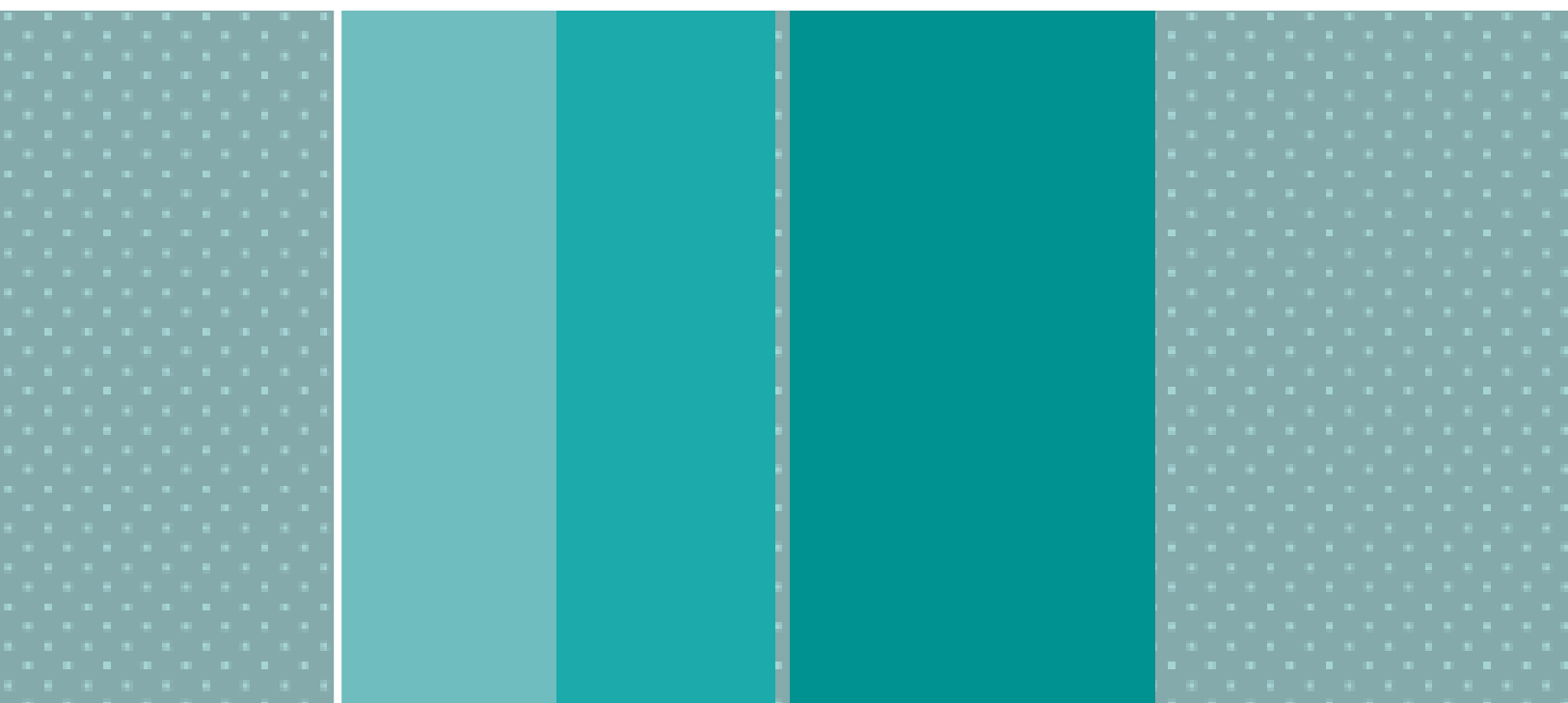
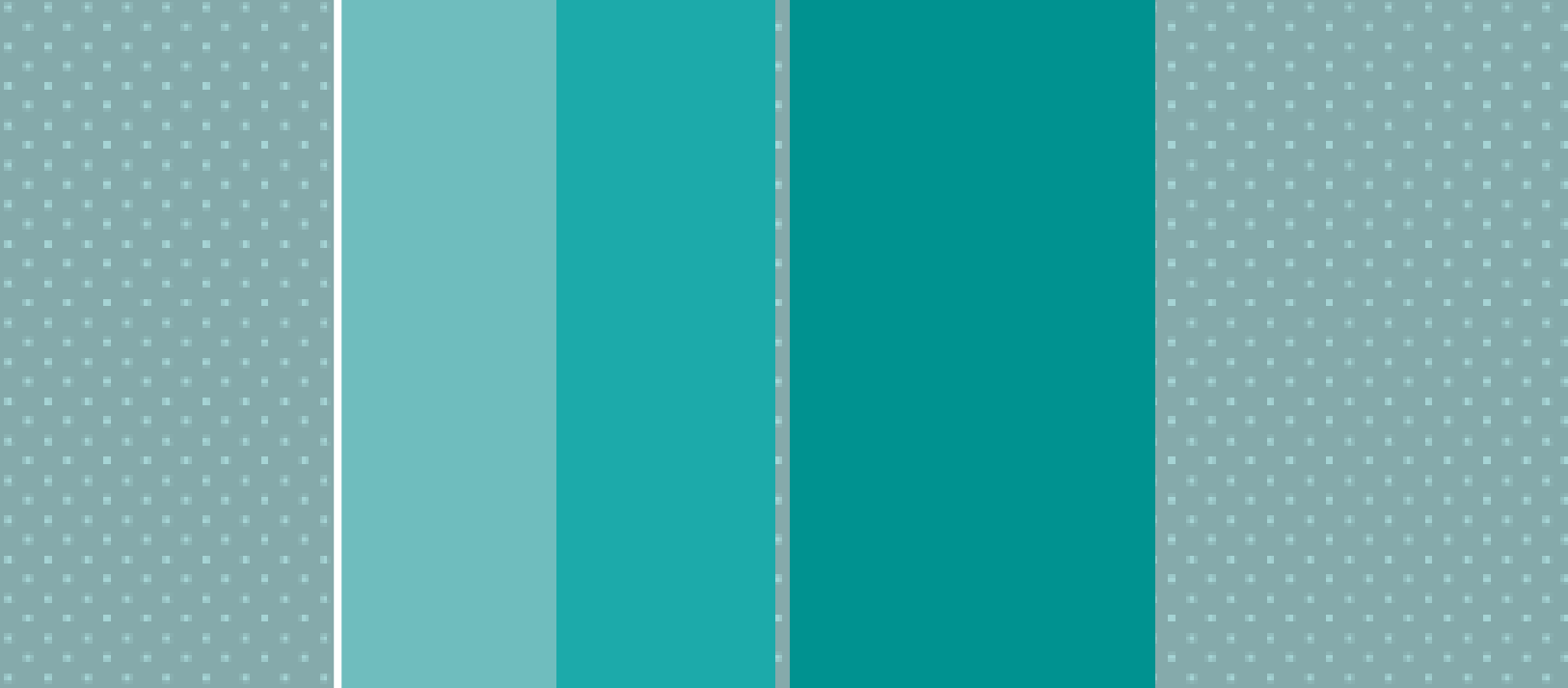
20. Orientaciones para las personas que trabajaron en la emergencia o desastre después de que regresan a la normalidad

- Regrese a la rutina lo antes posible
- Dedíquele tiempo a la familia
- Converse con los seres queridos sobre lo que sintieron mientras estuvo ausente
- Descanse y duerma lo suficiente
- Tome los alimentos de manera balanceada y regular
- Realice actividad física
- Utilice técnicas de relajación
- Cuídese de la automedicación con alcohol o sustancias psicoactivas
- Participe en reuniones familiares y sociales.

Bibliografía y lecturas recomendadas

1. Center for Mental Health Services (2000). *Field Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, publication (ADM) 90-537.
2. Center for Mental Health Services (1994). Support and stress management for disaster mental health staff. En: *Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, publication (SMA) 94-3010.
3. Department of Health and Human Services (2000). *Training Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters*. Washington, D.C.
4. Figley, C. R. (Ed.) (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those that Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
5. Mitchell, J. T. & Bray, G. P. (1990). *Emergency Services Stress: Guidelines for Preserving the Health and Careers of Emergency Services Personnel*. New Jersey: Prentice-Hall.
6. National Institute of Mental Health (1985). *Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress among Workers*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, publication (ADM) 87-1422.
7. Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS - OMS.
8. Pearlman, L. A. (1995). Self care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. En: Stamm, B. H. (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: Self Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. Maryland: Sidran.







CAPÍTULO 5

Preparación del equipo de
atención para enfrentar el desastre



La participación en un entrenamiento en salud mental en emergencias y desastres prepara al personal del programa para los aspectos organizacionales, procesales, emocionales y medioambientales, únicos de este tipo de trabajo.

Para ser un profesional eficaz en salud mental en emergencias y desastres, se debe ser flexible, tener facilidad para establecer relaciones, ser respetuoso de las diferencias y tolerante en las situaciones de ambigüedad y confusión. No todos se sienten satisfechos con los rigores del trabajo en momentos de emergencias y desastres.

La participación en un entrenamiento en salud mental en emergencias y desastres prepara al personal del programa para los aspectos organizacionales, procesales, emocionales y medioambientales, únicos de este tipo de trabajo. Si bien el personal nuevo generalmente llega con las habilidades pertinentes de sus actividades profesionales previas, el trabajo de salud mental en emergencias y desastres implica para la mayoría algunos desafíos significativamente diferentes.

El entrenamiento eficaz combina presentación de conferencias, películas en la que se ponen en práctica habilidades específicas, exploración del conocimiento de sí mismo, discusiones de grupo y aprendizaje experimental. Se exponen a los participantes los casos y películas que simulan las situaciones de emergencias y desastres, para que puedan explorar sus propias reacciones y lograr algún nivel de “inmunización psicológica” previa a la asignación a un evento.

Si es necesario involucrar a personas que también son sobrevivientes de la emergencia o desastre, estas deben pasar por una evaluación previa de tipo individual. De esta manera, el personal y los supervisores del programa pueden observar si sus reacciones a la emergencia o desastre interfieren con el funcionamiento como profesionales de salud mental en este tipo de situaciones. Debe advertirse a los miembros del personal que son sobrevivientes sobre su mayor vulnerabilidad y mante-

nerlos bajo supervisión estrecha y apoyo por parte de los coordinadores.

1. Entrenamiento integral

Inmediatamente después de la emergencia o desastre, los administradores deben identificar rápidamente al personal y desplegarlo para el trabajo de campo. Si no está disponible un grupo de profesionales en salud mental especializado en emergencias y desastres, entonces el entrenamiento se vuelve una prioridad. Incluso aquellos que han participado en desastres anteriores necesitan ser orientados para la crisis actual y en función a una respuesta específica. Se debe ofrecer un entrenamiento inicial de cuatro a ocho horas.

El entrenamiento integral se da generalmente después de que la mayor parte del personal se ha enrolado y hacia el final de la fase de respuesta inmediata al desastre. Esto puede ser de tres a seis semanas después del evento. Dependiendo del programa y del cronograma del personal, puede ser apropiado proporcionar el entrenamiento integral dos veces: una, entre las tres y las seis semanas y, de nuevo, después de tres o cuatro meses. El entrenamiento debe ser obligatorio para todo el personal y los voluntarios que estén involucrados en el programa, incluidos coordinadores y administradores. Este entrenamiento integral tiene varias funciones, además de proporcionar la información sobre las reacciones de las personas a situaciones de emergencia y desastre y los tipos de desastre. Las metas del entrenamiento en salud mental son:

- Desarrollar cohesión de grupo e identidad del programa
- Dar orientación sobre organizaciones involucradas con la atención de emergencias y desastres y su recuperación
- Establecer normas y procedimientos para el manejo del estrés del personal
- Comunicar las metas, misión y filosofía del programa
- Presentar el plan y los procedimientos para la vigilancia continua, consulta de caso y entrenamiento en campo
- Comunicar políticas y procedimientos del programa con respecto a la estructura organizacional, la dirección financiera y el programa de recolección de información
- Este puede ser un tiempo adecuado para formar un equipo de trabajo colaborador y aglutinado en el que el personal antiguo y nuevo se recicla, con procedimientos establecidos para supervisar el pro-

grama, manejar el estrés del personal y la estructura del programa a largo plazo

- Los equipos de salud necesitan entrenamiento que incluya el componente salud mental.

Este personal aporta una historia de vida y unas experiencias de trabajo que enriquecen el programa. Sin embargo, es importante que participen en el entrenamiento específico sobre habilidades, pautas de la intervención y cuándo y cómo hacer remisión de los casos que así lo requieran.

2. Preparación de la capacitación

La capacitación debe darse en un sitio cómodo y con el equipo audiovisual adecuado para el salón y el tamaño del grupo. Aunque menos de treinta participantes es un tamaño ideal para una capacitación, por razones de logística es posible que el grupo sea de mayor tamaño. Bajo esas circunstancias, es conveniente tener facilitadores adicionales para trabajar en subgrupos y dar la retroalimentación en algunos de los temas de la capacitación, lo que puede reforzar la profundidad del entrenamiento.

3. Selección del personal

En la respuesta inmediata al desastre, y teniendo en cuenta la importancia de entrenar y enviar a campo al personal rápidamente, a veces es necesario involucrar profesionales de salud mental del nivel local sin la experiencia adecuada en emergencias y desastres.

Aunque es preferible que tenga experiencia, a veces esto no es posible. Algunas alternativas de experiencia previa pueden ser: trabajo en intervención en crisis en un centro de salud mental, manejo de estrés en incidentes críticos, experiencia en salud mental comunitaria, experiencia profesional en trabajo clínico o práctica como educador.

La capacitación integral debe ser realizada por un profesional de salud mental con experiencia en emergencias y desastres. El capacitador no solo debe tener el conocimiento requerido para presentar el material. También debe ser un expositor carismático y muy experimentado en el procesamiento de emociones grupales. El capacitador debe poder modelar las habilidades (dar ejemplo a sus estudiantes).

Los capacitadores que vienen de afuera del área geográfica del desastre necesitarán familiarizarse con el impacto local del desastre, con los grupos de población

El entrenamiento debe ser obligatorio para todo el personal y los voluntarios que estén involucrados en el programa, incluidos coordinadores y administradores.

afectados, tener adecuada información sobre el daño causado y conocer los aspectos del desastre que tienen implicaciones emocionales. Para recoger esta información de base son útiles los informes o resúmenes del grupo de emergencias y desastres, los videos de las noticias y los artículos de los periódicos.

El programa de entrenamiento integral puede incluir otros capacitadores con especialización en ciertos temas clave, como por ejemplo el manejo de niños o personas de la tercera edad. Estos capacitadores también deben estar familiarizados con la recuperación a mediano y largo plazos, para que sus presentaciones sean pertinentes a las necesidades de los participantes. Generalmente, es bueno que personas que pertenecen al Grupo de Atención de Emergencias y Desastres o sus delegados implementen las partes de la capacitación que corresponde a los aspectos normativos y de los programas del Estado sobre ayuda en este tipo de eventos.

Cuando el programa es puesto en práctica para grupos étnicos específicos, se debe incluir la participación de esos grupos en la capacitación. Sus representantes pueden ser líderes de la comunidad, profesionales de bienestar social o educadores con sensibilidad hacia la cultura predominante en la zona de la emergencia o el desastre. Los miembros de esos grupos pueden contribuir mucho al proceso de capacitación.

4. ¿Quién debe asistir?

Cuando hay personas que no tienen una orientación adecuada de cómo se hace el trabajo de salud mental en emergencias y desastres, surgen conflictos y dificultades innecesarias. Por consiguiente, es esencial que todo el personal que no es del sector salud asista al entrenamiento conjuntamente con los profesionales en salud, los administradores y los coordinadores involucrados con el programa.

Con frecuencia, funcionarios del Grupo de Emergencias y Desastres, de la Cruz Roja Colombiana o de la Defensa Ci-

Cuando hay **personas que no tienen una orientación adecuada** de cómo se hace el trabajo de salud mental en emergencias y desastres, **surgen conflictos y dificultades innecesarias.**

vil pueden estar acompañando. Estas personas poseen por lo general información valiosa y una perspectiva más amplia de la situación. Su presencia y participación tienen la importancia del esfuerzo conjunto en la atención de la situación de emergencia o desastre.

Los administradores necesitan equilibrar la necesidad de un entrenamiento de grupo que dé cohesión versus la inclusión de personas de las diferentes instituciones involucradas y que en ocasiones son organizaciones a las que hay que acudir para hacer remisiones posteriormente. Como se discutirá en la parte IV, las capacitaciones pueden ser diseñadas para que un grupo amplio participe en el primer día, en las generalidades del programa, y que solo el personal que va a ofrecer atención directa a las víctimas reciba la capacitación los días restantes.

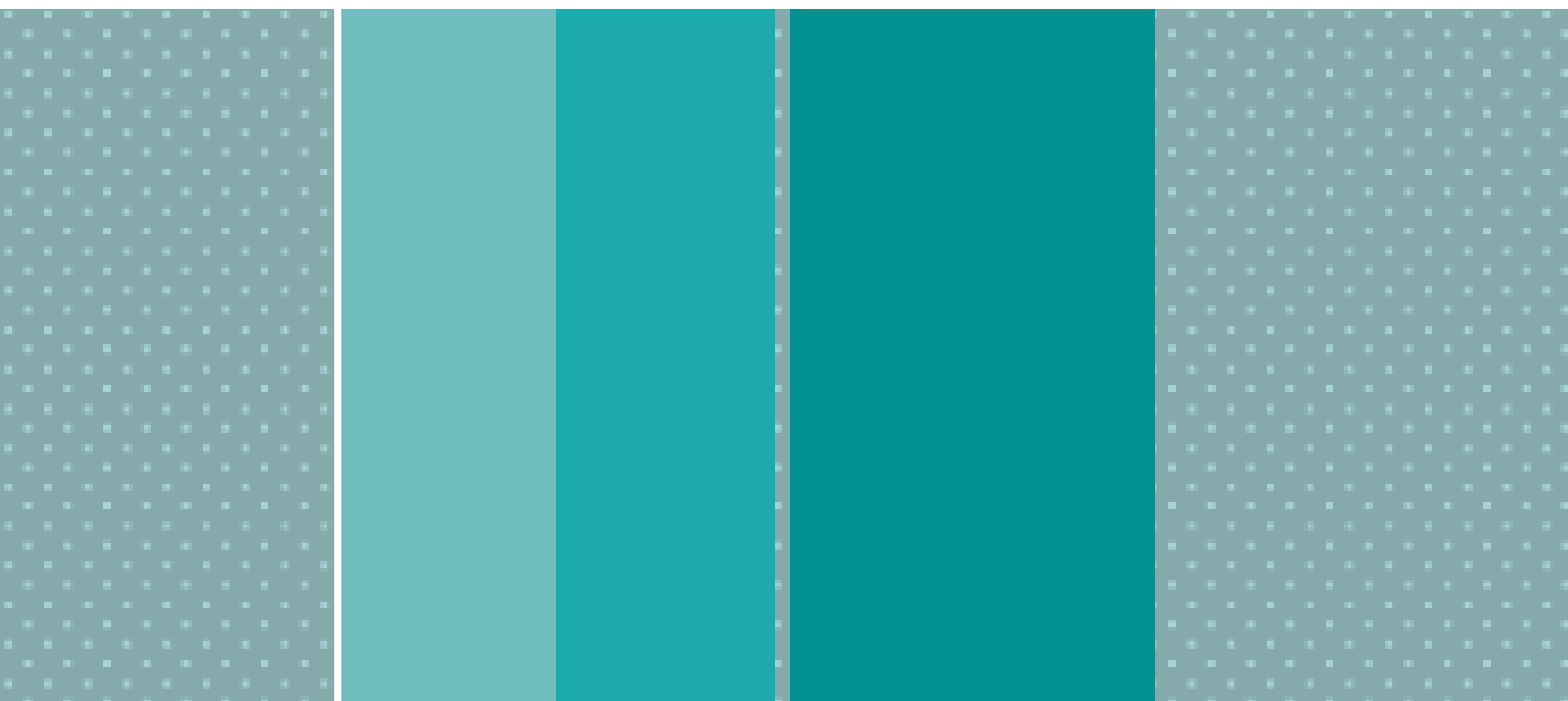
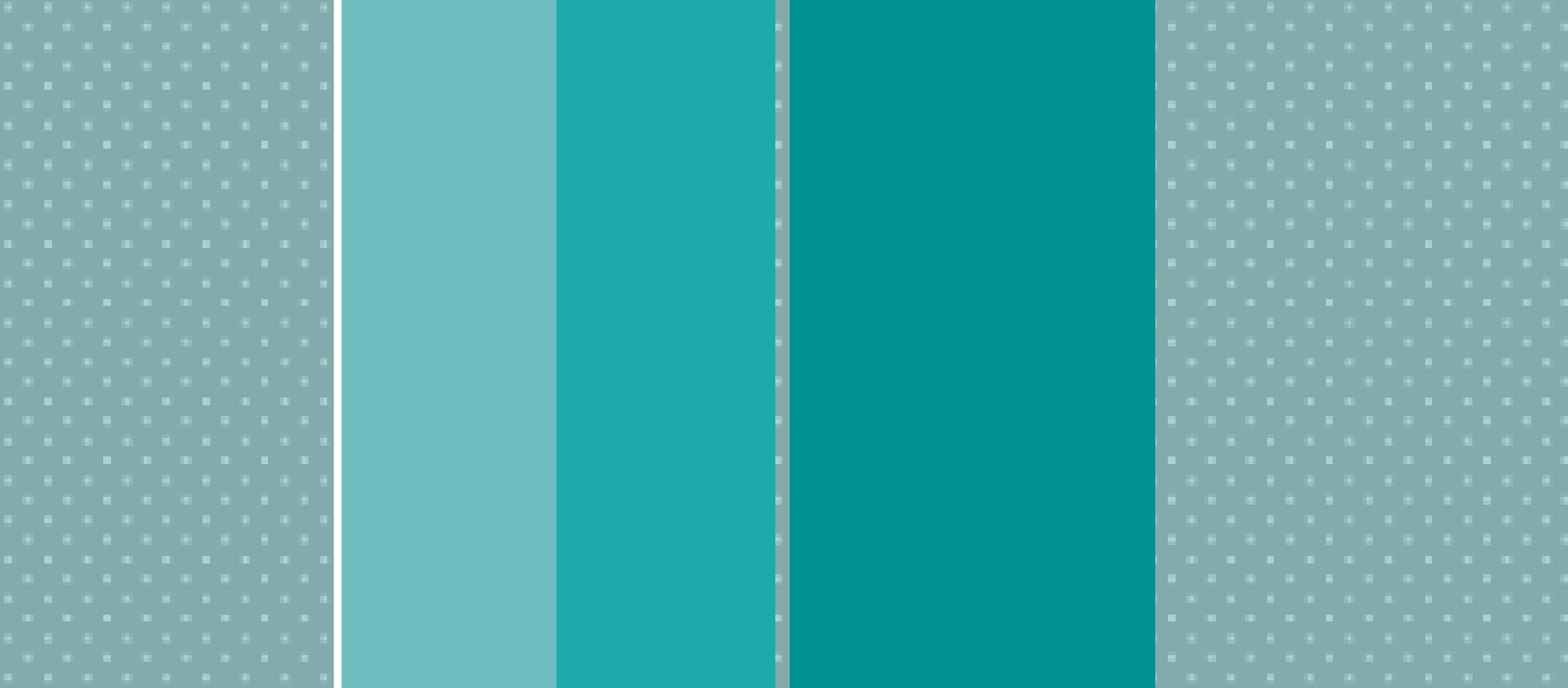
Bibliografía y lecturas recomendadas

1. Center for Mental Health Services. Field Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, publication (ADM) 90-537.
2. Center for Mental Health Services. Support and stress management for disaster mental health staff. En: Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; Publication No. (SMA) 94 - 3010, 1994.
3. Department of Health and Human Services. Training Manual for Health and Human Service Workers in Major Disasters. Washington, D.C., 2000.



PARTE IV

Guía de capacitación para grupos de atención





CAPÍTULO 6

Perfil de un curso
de capacitación integral



El capacitador debe animar a los participantes a **conocer sobre la emergencia o desastre que se disponen a atender. Para esto es útil **leer los informes oficiales y la información local**.**

Un curso de capacitación integral para atención en salud mental en emergencias y desastres debe incluir un programa de actualización. El curso puede durar entre dos y cuatro días, dependiendo de la profundidad y alcance del material presentado. Se supone que el capacitador tiene experiencia anterior en atención en salud mental en emergencias y desastres, particularmente en programas de recuperación a largo plazo, que ha participado en por lo menos un entrenamiento formal de este tipo y ha estudiado sobre el tema independientemente de su formación clásica en ciencias sociales, salud, salud mental o investigación. El entrenador también necesita tener conocimientos y experiencia en el manejo emocional de los grupos y poder modelar en el proceso de escucha, además de contar con excelente capacidad de empatía.

Este modelo de programa tiene once áreas organizadas en las “actividades” que se requieren, cada una de 30 minutos a 2,5 horas. Cada actividad se divide en cinco secciones:

1. Los temas que se van a tratar
2. Los objetivos
3. El tiempo requerido
4. Los materiales necesarios
5. Los procedimientos

La mayoría de las actividades tienen una mezcla equilibrada entre charlas, presentaciones con ayudas visuales, películas y ejercicios de experimentación. La actividad 10 enfatiza en la prevención, y la parte de dirección incluye varios ejercicios de grupo que pueden usarse cuando el entrenador quiera variar el ritmo de la capacitación.

Ejemplos de ayudas visuales y algunas sugerencias de folletos que pueden ser utilizados en el entrenamiento se han incluido al final de esta sección. Estos documentos solo proporcionan “los elementos esenciales”; el capacitador se debe animar a desarrollar su propio material

didáctico sobre el tema y ejemplos de casos para llevar la capacitación a un nivel más personalizado y específico.

Teniendo en cuenta que este entrenamiento integral puede realizarse entre tres y cuatro meses después del desastre, la charla adecuada para cada tema necesita ser adaptada a la fase de la respuesta de la emergencia o desastre; es decir, adecuada a lo que está pasando en el momento y que se anticipe a las necesidades del equipo. Las alternativas sugeridas para posteriores sesiones de entrenamiento se incluyen en las descripciones de los “procedimientos”. Además, el material debe presentarse del modo que sea más conveniente para los participantes. Para algunos grupos, se deben incluir más resultados de investigación en salud mental, mientras que para otros será pertinente hacer énfasis en otros temas de interés.

El capacitador debe animar a los participantes a conocer sobre la emergencia o desastre que se disponen a atender. Para esto es útil leer los informes oficiales y la información local. Este material puede usarse como ejemplo a lo largo de las discusiones de la capacitación. Aunque este entrenamiento se divide en once áreas de actividades específicas, un buen capacitador debe ser flexible y aprovechar las oportunidades que le brinda la capacitación cuando surgen en el proceso y en las discusiones de grupo.

Este plan de capacitación se presenta como sugerencia, proporciona un formato y algunas ideas que han funcionado con éxito en otros grupos. Los capacitadores experimentados tendrán su propio estilo para muchos de los temas que se van a tratar.

Las áreas tratadas son aquellas que se consideran necesarias en el plan de un curso de entrenamiento integral. Para algunos grupos y capacitadores, puede ser pertinente cambiar el orden de las actividades o salirse en parte de las sugerencias propuestas en esta guía. Recordemos la conveniencia de acudir a los expertos adecuados que puedan dirigir ciertas partes del entrenamiento (por ejemplo, funcionarios del CRUE o una persona del equipo que pertenece a un grupo étnico específico).

1. Visión global de la capacitación

La capacitación debe incluir las áreas pertinentes, sin olvidar los requerimientos de tiempo, y no debe extenderse más allá del horario normal de un día de trabajo, pero se supone que las preferencias del entrenador, la composición del grupo, las necesidades y la dinámica de la emergencia o desastre dictarán este nivel de especificidad.

2. Objetivos del curso

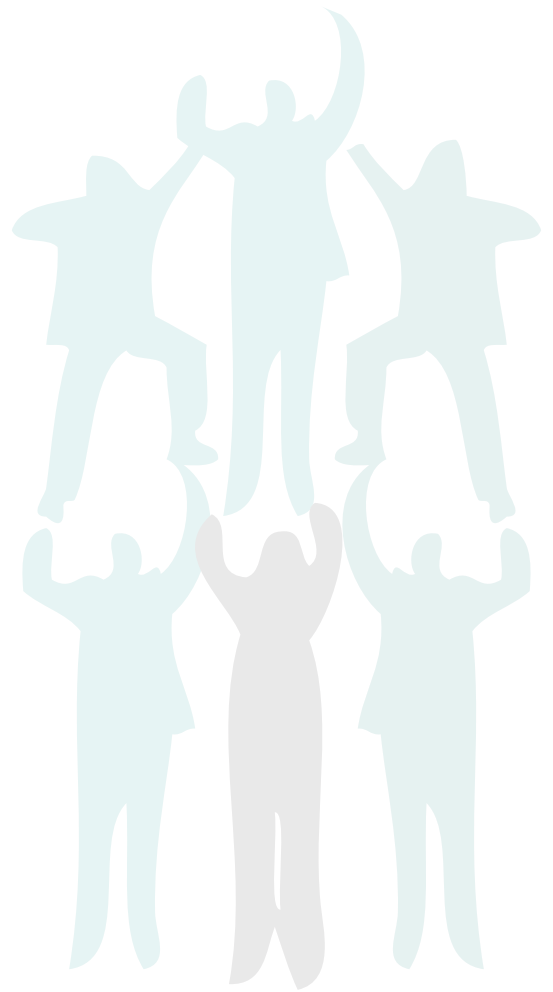
- Entender el comportamiento humano en una situación de emergencia o desastre, incluidos los patrones de respuesta individual a las crisis, las fases de los desastres, los grupos “en riesgo”, los conceptos de pérdida y duelo, la fase posdesastre y el proceso de recuperación.
- Comprender los aspectos organizacionales de las respuestas a las emergencias y desastres y su recuperación, incluidos roles importantes, responsabilidades y recursos, los programas de las instituciones locales, departamentales, distritales, nacionales y de voluntarios y, además, cómo llegar a los sobrevivientes de la emergencia o el desastre con los recursos y servicios apropiados.
- Conocer los conceptos fundamentales y los principios de salud mental en desastres, de tal manera que quede clara la diferencia que existe entre los servicios de atención en salud mental en emergencias y desastres y la atención psicoterapéutica tradicional, el espectro y los programas de salud mental necesarios en emergencias y desastres y los lugares apropiados para la atención en salud mental en estas circunstancias.
- Aprender cómo intervenir eficazmente las poblaciones especiales en situación de emergencia o desastre, incluyendo niños, niñas y jóvenes, las personas de la tercera edad, las personas con discapacidad, los grupos étnicos y culturales y las personas en situación de vulnerabilidad o aquellas que viven en la pobreza.

El entrenador también necesita tener **conocimientos** y experiencia en el **manejo emocional de los grupos** y poder modelar en el proceso de escucha, además de contar con excelente **capacidad de empatía**.

- Proporcionar ayuda apropiada en salud mental a los sobrevivientes y miembros de los equipos en un ambiente comunitario, con énfasis en intervención en crisis, terapias breves, estrategias para manejo del estrés postraumático, intervenciones apropiadas para la edad de los niños, las niñas y los jóvenes, entrevistas, consejería grupal, grupos de apoyo y técnicas de manejo del estrés.
- Proporcionar atención en salud mental en el nivel comunitario, con énfasis en la búsqueda de casos, educación en salud mental, consultoría, organización comunitaria y uso adecuado de los medios de comunicación.
- Comprender el estrés inherente al trabajo en emergencias y desastres y reconocer y manejar ese estrés consigo mismo y con los compañeros de trabajo.

3. Capacitación integral

A continuación se presenta el módulo de capacitación el cual contiene 11 actividades, 24 ayudas visuales y 7 fichas de orientación.



ACTIVIDADES

Contenidos de las actividades

- Actividad 1: Introducción
- Actividad 2: Información sobre desastres
- Actividad 3: Respuesta organizacional en red de trabajo
- Actividad 4: Fases de reacción a los desastres
- Actividad 5: Reacciones de los adultos a los desastres
- Actividad 6: Las intervenciones de salud mental en desastres
- Actividad 7: Los niños y las niñas en situaciones de desastre
- Actividad 8: Poblaciones especiales en desastres
- Actividad 9: Planeación de grupos de trabajo
- Actividad 10: Prevención y manejo del estrés
- Actividad 11: Implementación del programa



Actividad 1 Introducción



1

Aspectos tratados:

- Distribución de materiales
- Bienvenida y breve descripción general de la capacitación
- Presentación de los asistentes
- Los objetivos, la agenda y los materiales.

Objetivos:

1. Presentar a capacitadores y participantes
2. Repasar los objetivos, la agenda y los principios y valores subyacentes al entrenamiento
3. Empezar a construir equipo con los participantes
4. Modelar habilidades de escucha.

 Tiempo requerido: 1 hora.

Materiales:

- Manual de entrenamiento
- Escarapelas.

Procedimiento:

1. *Distribuir los materiales* (escarapelas, cartillas o folletos, etc.)

2. *Dar la bienvenida* y una breve descripción general, explicar la logística (por ejemplo, descansos, el almuerzo, los teléfonos, los baños...). Animar a la participación del grupo y expresar que las preguntas son bienvenidas.

3. *Presentaciones*: El capacitador se presenta resaltando su experiencia en emergencias y desastres. Los participantes se presentan dando el nombre, la institución a la que pertenecen, el trabajo actual, la ubicación en el programa de emergencias y desastres, la descripción de su experiencia en el desastre actual o desastres previos y las expectativas para la capacitación. El capacitador modela la escucha activa resaltando brevemente aspectos sobre la salud mental en emergencias y desastres.

4. *Metas y objetivos del entrenamiento*: Revisar las metas y objetivos para el entrenamiento. El capacitador toma en cuenta las expectativas expresadas por los participantes y aclara sobre aquellos aspectos que desean pero que no serán incluidos en la capacitación y cómo pueden satisfacerse otras necesidades de entrenamiento.

5. *La agenda y las técnicas de la capacitación*: Presentar la agenda de la capacitación en general y *comentar las técnicas de capacitación* (por ejemplo, charlas, discusiones en grupo, películas, ejercicios en grupos pequeños y juegos de roles). Comentar la razón y el valor de las técnicas utilizadas (por ejemplo, las personas aprenden haciendo, el trabajo en emergencias y desastres afecta a aquellos servicios de atención que comparten funciones y tareas y, por lo tanto, el apoyo mutuo es importante y aprendizaje para desarrollar nuevas habilidades).



2


Actividad 2 Información sobre desastres

Aspectos tratados:

- Definición de desastre
- Clasificación
- Tipos
- Información actual.

Objetivos:

1. Actualizar los participantes sobre las características de los desastres y sus implicaciones en la salud mental.
2. Incrementar la comprensión de los factores que en la actual emergencia o desastre pueden contribuir al estrés en grupos de la población local.
3. Dar orientación sobre el enfoque, la naturaleza del impacto, los datos de evaluación del daño, la población afectada y los esfuerzos de respuesta al desastre.

 Tiempo requerido: 1,5 horas.



Materiales:

- Cartillas de entrenamiento
- Ayudas visuales
- Películas que ilustren desastres similares, mapas que muestren las áreas afectadas por el desastre.



Procedimiento:

1. Definición de desastre: Presentar una definición de desastre (ver ayuda visual 1). Analizar cómo se diferencian los desastres de los traumas individuales, porque involucran comunidades enteras y frecuentemente afectan los sistemas de apoyo social.

2. Características de los desastres: Utilizando la ayuda visual 2, describir las características de los desastres y su potencial para producir efectos psicológicos y comunitarios. Enfocar la presentación sobre las características del desastre actual. La parte II de este manual ofrece información al respecto.

3. Tipos de desastre: Analizar los tipos de desastre con referencia al desastre actual (ver ayuda visual 3).

4. Descripción del desastre actual: Revisar la información disponible sobre el desastre actual incluyendo información del censo y de las poblaciones afectadas, áreas geográficas afectadas, información y evaluación del daño, una revisión del impacto del desastre y los esfuerzos preliminares de mitigación.

5. Mostrar los videos de cubrimiento de los noticieros sobre el desastre actual. Estos generalmente están disponibles en los canales de televisión y son muy útiles tanto para evocar en los participantes las experiencias de su participación en otros desastres como para orientar a los participantes en el evento que ha ocurrido.



2

Continuación

6. *Procesar las reacciones de las personas* que están recibiendo la capacitación. Dependiendo del tamaño del grupo, facilitar un grupo de discusión enfocándose en preguntas como:

- ¿Qué le vino a la mente cuando vio el video?
- ¿Qué reacciones podría esperar de personas que experimentaron el desastre?
- ¿Qué aspectos particulares de este desastre se puede esperar que se relacionen con efectos psicológicos?
- ¿Qué anticipa que serán las dificultades y desafíos para la comunidad en el proceso de recuperación?
- Para aquellos de ustedes que experimentaron directamente este desastre, ¿qué fue lo que les gustó ver en el video?

Si hay un subgrupo de participantes que experimentaron personalmente el desastre, trate de usar una técnica de “acuario”: El grupo “que tiene experiencia personal” forma un círculo interior y discute sus experiencias con el capacitador, mientras que el resto de participantes forman un círculo exterior y escuchan. No se trata de una terapia. Es una actividad con propósitos informativos. Esto también da la oportunidad para que el capacitador y el supervisor del programa continúen evaluando si hay miembros del equipo que pueden estar involucrados en procesos de recuperación personal, para capacitarlos de tal manera que puedan ayudar de manera efectiva y sin complicaciones.

Mostrar fotografías, artículos en periódicos y mapas del desastre. Esto puede ser una actividad grupal, en especial si hay presentes personas que hacen parte del equipo local. Puede ser una oportunidad para que ellos describan sus experiencias mientras se capacita el nuevo equipo.



Actividad 3

Respuesta organizacional en red de trabajo




3

Aspectos tratados:

- Instituciones nacionales, departamentales, distritales, locales y de voluntariado involucradas en respuesta a los desastres.
- Proceso de declaración de desastre
- Glosario de abreviaturas
- Respuesta local y recursos claves.

Objetivos:

1. Familiarizar a los participantes con desastres en el nivel local. Los funcionarios del Comité de Emergencias y Desastres de los niveles departamental y nacional, o del CRUE si están disponibles, pueden realizar buena parte de esta sesión.
2. Orientar a los participantes en el contexto organizacional de trabajo en emergencias y desastres y el rol de la consejería en crisis y de los equipos de salud mental en este contexto.
3. Informar a los participantes de la cronología de eventos involucrados en el proceso de declaración de emergencia o desastre.
4. Incrementar el conocimiento sobre recursos locales y contactos, así como la manera de acceder a ellos.

 Tiempo requerido: 1,5 horas.

Materiales:

- Cartilla temática

Procedimiento:

Analizar las cartillas del comité nacional o departamental de desastres sobre recursos locales, números telefónicos y manejo de procedimientos organizacionales en situaciones de desastre. Cuando el comité nacional o departamental está presente, es este el que debe realizar buena parte de la actividad.

Es también de utilidad para los participantes familiarizarse con los representantes de las diferentes instituciones y organizaciones, sobre todo de aquellas personas que son nuevas o poco conocidas.

Actividades de respuesta y recuperación nacional, departamental, distrital y local:

Presentar una cronología de la respuesta al desastre y el proceso de recuperación incluyendo aspectos como evacuaciones, albergues, carreteras y puentes cerrados, proceso de declaración de desastre local e instituciones responsables. Aproveche la presentación de la fase actual del desastre, de tal manera que los participantes estén familiarizados con la historia, así como con cuáles son los actores claves y cuáles son las actividades actuales relacionadas con la fase de recuperación. Una presentación informativa de la Cruz Roja, la Defensa Civil, la Policía, Bomberos u otra institución similar acerca de las reacciones y necesidades actuales de la población es muy útil.

Actividad 4

Fases de reacción a los desastres




4

Aspectos tratados:

- Reacciones de la comunidad a los desastres a través del tiempo
- Reacciones psicológicas relacionadas con las fases.

Objetivos:

1. Familiarizar a los participantes con el desarrollo secuencial de la respuesta de individuos y comunidad ante un desastre.
2. Introducir el concepto de que las intervenciones en salud mental necesitan ser relevantes en la fase de respuesta a los individuos y la comunidad.

 Tiempo requerido: 30 minutos.

Materiales requeridos:

- Manuales de entrenamiento
- Ayudas visuales.

Procedimiento::

1. *Fases de reacción comunitaria a un desastre:* Describir cada una de las seis fases de las reacciones comunitarias a los desastres. Consultar en la parte II de esta guía. Usar ayuda visual 4.

2. *Fases de reacciones psicológicas a un desastre:* Usando la ayuda visual 5, presentar las reacciones psicológicas que se relacionan con cada fase. Usar ejemplos de casos para ofrecer un aprendizaje amplio y profundo. Mientras analizan la gráfica, enfatizar también que los supervivientes son únicos en sus reacciones y algunos pueden no experimentar mucha emoción o tienen reacciones retardadas, mientras que otros pueden estar invadidos por la emoción (por ejemplo miedo, duda de sí mismos) y recordar que los participantes generalmente se desplazan adelante y atrás a través del proceso, pues este no tiene una progresión uniforme durante las diferentes etapas. Los participantes, en general, valoran la simplicidad de la gráfica, pero también es necesario advertir que deben ser cautelosos y que es solo una descripción general.



5

Actividad 5

Reacciones de los adultos a los desastres

Aspectos tratados:

- Película que represente las reacciones de los adultos
- Reflexión de los participantes
- Reacciones físicas, emocionales, cognitivas y comportamentales
- Trauma y proceso de duelo.

Tiempo requerido: 2 horas.

Materiales requeridos:

- Manuales de entrenamiento
- Ayudas visuales
- Película que permita apreciar la “psicología del desastre”.

Procedimiento:

1. Fases de las reacciones de los adultos a las emergencias y desastres: Mostrar la película después de la presentación previa sobre las fases de reacción psicológica. Invitar a los participantes a observar las reacciones que tienen los sobrevivientes así como los sentimientos que pueden ser activados por la película.

Dependiendo del tamaño del grupo, analizar la película en un grupo grande o en subgrupos. Primero, facilitar la discusión de las reacciones que los participantes vieron en la película y observar cómo van cambiando las reacciones con el paso del tiempo.

Analizar la interacción de la dinámica del desastre con las reacciones del sobreviviente (por ejemplo, duración del peligro, imágenes visuales, olores y sonidos, riesgos para la vida). Invitar a los participantes a comentar sobre estos aspectos y trabajar con charlas cortas sobre aspectos clave.

2. Reflexión de los participantes: Invitar a los participantes a explorar lo que los “toca” personalmente a medida que ven la película (qué sobrevivientes, qué situaciones y por qué los impactó). Usar esta discusión para modelar las habilidades de aceptación y escucha adecuadas y dejar el mensaje de que todos son “tocados” en lo personal en los momentos en que están haciendo el trabajo en desastres. Continuar con la charla acerca de las dinámicas de contratransferencia (en términos muy prácticos) e introducir la importancia del auto cuidado, el manejo del estrés y la consejería.

3. Tipos de reacciones en los adultos: Presentar las reacciones físicas, emocionales, cognitivas y comportamentales a los desastres usando las ayudas visuales 6, 7, 8 y 9.

Utilizar ejemplos de casos, ejemplos de las películas, ejemplos del desastre actual, ejemplos de las experiencias de los participantes y hallazgos de investigaciones. Revisar la parte III de esta guía.

Según el momento del entrenamiento, llamar la atención sobre las reacciones que son más relevantes en la fase actual. Enfatizar que la mayoría de estas reacciones son respuestas “normales” para la mayoría de los sobrevivientes y se resolverán con el tiempo, apoyo, información y recuperación física. La actividad 6 tratará sobre el momento en que las reacciones requieren atención profesional adicional.



5

Continuación

Si el entrenamiento es varios meses después del desastre, es adecuado focalizar en los aspectos de la recuperación a largo plazo (ver ayudas visuales 10 y 11).

4. Trauma y reacciones de duelo: Presentar las generalidades sobre trauma y reacciones de inquietud y miedo asociadas con los eventos traumáticos. La recuperación toma tiempo, así que los sobrevivientes deben pasar primero a través de sus reacciones de trauma agudo antes de trabajar en el proceso de pérdidas con duelo y procesos para personas que han sufrido pérdidas significativas (ver parte II). Teniendo en cuenta que las diferentes fases del proceso a veces se superponen, el impacto puede ser más devastador psicológicamente y el proceso de sanación más complejo y difícil. Si estos aspectos son especialmente relevantes para el actual desastre, podría realizarse un entrenamiento en campo el último día.



Actividad 6 Las intervenciones de salud mental en desastres



6

Aspectos tratados:

- Los conceptos fundamentales sobre salud mental en desastres
- Las intervenciones en salud mental
- La evaluación y la referencia
- La educación pública
- Las reuniones de grupo.

Objetivos:

1. Orientar a los participantes sobre la “normalidad” de los sobrevivientes y la “normalidad” de las reacciones de estrés en desastres y el momento en que se requiere remisión.
2. Ayudar a los miembros del equipo a reconocer las diferencias entre el trabajo de salud mental en desastres y las actividades más tradicionales del consultorio basadas en manejo de patología.

 Tiempo requerido: 4 horas.

Materiales requeridos:

- Manuales de entrenamiento
- Ayudas visuales
- Muestras de folletos y materiales de información pública
- Un caso
- Película

Procedimiento:

1. Los conceptos importantes de desastres en la atención en salud mental: La ayuda visual 12 enumera aquellos que corresponden específicamente a la atención de reparación. La parte I de esta guía tiene más información sobre *salud mental en desastres versus salud mental tradicional*: Analizar cómo la salud mental en desastres es diferente a las terapias tradicionales. Hacer énfasis en aspectos tales como, el equipo va al sobreviviente en lugar de que este venga al consultorio, la intervención se enfoca en lograr la solución del problema inmediato y se da énfasis en cómo “ayudar a resolver los problemas” y “hablar” sobre el estrés del desastre.

3. Las intervenciones de salud mental en desastres y posdesastres: Las ayudas visuales 13 y 14 proporcionan información sobre los escenarios asignados y los acercamientos específicos para cada una. Perfilar la presentación a los escenarios de recuperación del desastre actual, a las poblaciones y al cronograma de intervenciones. Usar ejemplos concretos de intervenciones apropiadas como valoración rápida y “triage”, intervención en crisis, reuniones de grupo y reuniones con la comunidad, educación sobre estrés en desastres, información y remisión, búsqueda de casos, servicios de asistencia pública a la comunidad, consejería breve individual y de grupo, gestión de caso y preparación para desastres.

4. Ejercicio de juego de roles: Facilitar ejercicios de juego de roles para las prácticas. Desarrollar guiones de casos que ejemplifican las situaciones pertinentes y la forma de los abordajes enseñados. El capacitador puede preparar un guión y modelar (dar un ejemplo) el abordaje primero y después dividir a los participantes en pares o tríos para la práctica del juego de roles. El enfoque puede hacerse enfatizando e incluyendo la intervención en crisis, la conversación estructurada sobre la experiencia del desastre o la



6

Continuación

educación sobre desastres. Los participantes necesitan tener claras sus ansiedades en la actuación para lograr aprendizajes. Al presentar varios tipos de intervenciones, describir y practicar.

5. Evaluación y remisión: Dar pautas claras para valoración y referencia. Si bien las reacciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales son consideradas “normales”, sus manifestaciones extremas son problemáticas y requieren la atención especializada adecuada. Analizar manifestaciones de deterioro y métodos para la intervención y remisión. Los participantes necesitan disponer de unos procedimientos para la consulta del caso y remisión.

6. Educación a la comunidad: Dar una charla sobre la importancia de diseminar la información acerca de las reacciones de estrés en los desastres y sugerencias de lo que se debe tener en cuenta. La educación de la comunidad es un elemento esencial de los programas de la recuperación. Utilizar muestras de folletos, carteles y artículos de otros programas. Demostrar cómo acceder a ejemplos vía internet. Analizar cómo se desarrollan y distribuyen los materiales. Si el tiempo lo permite, la discusión podría incluir la forma de acceder a la radio y la televisión y a los periódicos locales. Esto también podría ser entrenamiento de campo.

7. El manejo de una reunión de grupo: Hacer entrenamiento sobre el manejo de una reunión grupal y adaptaciones a reuniones de la comunidad o de voluntarios en la situación de desastre. Usar la ayuda visual 15 para mostrar los componentes de una intervención breve de grupo y que el énfasis en algunos componentes cambiará dependiendo del grupo, contexto y propósito. Deben designarse los profesionales de salud mental para dirigir las sesiones de grupo, cuando ellas se requieran, ensayar y entrenar. Los profesionales de salud mental se pueden concentrar en adquirir habilidades para reuniones de grupo y los otros profesionales hacer énfasis en los elementos esenciales para lograr habilidades de consejería y escucha.

8. Intervención con juego de roles en una reunión de grupo: Usar un fragmento de un guión del caso para proporcionar la oportunidad de hacer una demostración y practicar una intervención de reunión de grupo. El entrenador puede pedir a algunos participantes que asuman papeles de miembros de la comunidad después de un desastre y demostrar los componentes de la intervención. Como alternativa, se puede usar un fragmento de la película previamente mostrada o un aspecto del desastre actual. El capacitador también puede establecer un equipo de facilitadores para que los participantes practiquen dirigiendo partes de la sesión de grupo.

Actividad 7 Los niños y las niñas en situaciones de desastre



7

Aspectos tratados:

- Las reacciones relacionadas con la edad
- Las intervenciones apropiadas a la edad
- La coordinación con las escuelas y colegios
- Los libros para pintar y los proyectos especiales.

Objetivos:

1. Dar información sobre lo “normal” en los niños, las niñas y los jóvenes y las respuestas problemáticas al desastre, el estrés familiar y los métodos de valoración.
2. Ayudar a los participantes a entender las influencias del desarrollo para que puedan diseñar las intervenciones apropiadamente.
3. Identificar las estrategias para trabajar en las escuelas, los colegios y las instituciones infantiles.
4. Proporcionar ejemplos de proyectos creativos de otros programas de recuperación.

Tiempo requerido: 2 horas.



Materiales requeridos:

- Manuales de entrenamiento
- Ayudas visuales
- Películas
- Ejemplares de libros para colorear, proyectos expresivos en la escuela o colegio y proyectos conmemorativos (fotografías, carteles, dibujos, periódicos).



Procedimiento:

1. Reacciones de niños, niñas y jóvenes a los desastres: Repasar el material general en la parte II de esta guía e incluir materiales y recursos adicionales. Dar una charla sobre las reacciones de los niños, las niñas y los jóvenes a los desastres haciendo énfasis en las fases del desarrollo y el papel significativo de la familia. Identifique rasgos del desastre actual que tienen importancia para los niños (por ejemplo, testimonios de eventos aterradores, alto nivel de amenaza para la vida, la separación de los miembros de la familia, la pérdida de la comunidad escolar). Vea ayudas visuales 16, 17 y 18.

2. Factores de riesgo para los niños, las niñas y los jóvenes: Analizar las manifestaciones de estrés observado por los participantes en los niños, las niñas y los jóvenes en el desastre actual. Discutir las intervenciones con este grupo poblacional. Usar la ayuda visual 19 para analizar los factores de riesgo para él.

3. Intervenciones: Dar una charla sobre las intervenciones apropiadas con los niños, las niñas y los jóvenes en las diferentes fases. Vea folleto 2 para una apreciación global de las estrategias.

4. Demostración de las reacciones de los niños e intervenciones: Describir la recuperación a largo plazo para los niños, las niñas, los jóvenes y las familias. Analizar aspectos pertinentes en una película que trate el asunto y los pensamientos y reacciones que surgieron en los participantes.

5. Estrategia sistematizada del programa para evaluar las necesidades de este grupo de población: Si se prevé un alto estrés posdesastre en ellos debido a la dinámica del desastre (por ejemplo, alta mortalidad, gran número de niños, niñas y jóvenes que son testigos de escenas grotescas de destrucción), se requiere desarrollar una estrategia sistemática para evaluarlos. Teniendo en cuenta que los muchachos tienden a no mostrar la magnitud de su estrés posdesastre a los padres, deben incluirse estrategias alternas. Se



7

Continuación

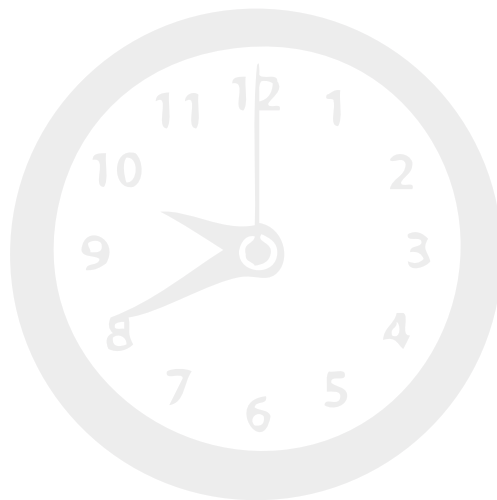
han desarrollado varias listas de control (listas de chequeo) para este propósito. Los participantes pueden practicar a través del juego de roles preguntándoles a padres y maestros, haciendo preguntas de niños o dirigiendo una entrevista breve.

6. Los procesos psicológicos: Usar la ayuda visual 20 y analizar los procesos psicológicos que un muchacho debe realizar para lograr integrar la experiencia del desastre y seguir adelante. Discutir cómo la fase de edad y desarrollo afectará la capacidad del niño, la niña o el joven para alcanzar estos logros y cómo afecta esto las estrategias de la intervención.

7. El sistema escolar: Analizar los métodos que permiten desarrollar proyectos conjuntos para los muchachos afectados por el desastre, con participación de escuelas y colegios. Trabajar con las escuelas y los centros educativos puede ser un desafío, especialmente en los meses posteriores al desastre. Primero, explicar la necesidad de acercarse de manera estratégica a las enfermeras escolares, psicólogos y psicopedagogos, maestros, coordinadores, directores, rectores y asociaciones de padres de familia. Utilizar los contactos del programa en las relaciones con el personal escolar.

Determinar lo que sería una buena estrategia de acercamiento para facilitar una relación activa. Esta podría ser la referencia de los niños, niñas y jóvenes y las familias de riesgo alto, la consultoría y entrenamiento con psicólogos y enfermeras y el entrenamiento de campo para los maestros.

8. La escuela y los proyectos comunitarios: La distribución de libros para colorear, la realización de proyectos de expresión artística y cultural y los actos conmemorativos cumplen un papel clave en el proceso. Comprometer a los participantes en una lluvia de ideas para realizar proyectos creativos e innovadores para intervenciones en las escuelas, colegios y comunidad.



Actividad 8

Poblaciones especiales en desastres



8

Aspectos tratados:

- Adultos mayores
- Grupos étnicos
- Grupos socioeconómicos
- Personas en situación de discapacidad.

Objetivos:

1. Identificar grupos de poblaciones especiales afectadas por el actual desastre.
2. Revisar los aspectos especiales asociados con cada grupo de riesgo potencial.
1. Entender cómo el estrés en las emergencias y desastres puede ser vivido y expresado por cada grupo.

Tiempo requerido: 2 horas.



Materiales requeridos:

- Folletos de entrenamiento
- Película.



Procedimiento:

1. *Adultos mayores:* Revisar la parte II. Mirar también el folleto 3. Mostrar partes seleccionadas de la película. Usar una película para mostrar aspectos esenciales y generar análisis de necesidades.

2. *Grupos étnicos:* Cuando hay grupos étnicos afectados por la emergencia o desastre, el equipo debe adquirir competencia cultural y lograr la aceptación por parte de estos grupos (ver la parte II para un breve análisis). El folleto 4 ofrece información adicional. Como se mencionó antes, representantes de estos grupos deben participar en el entrenamiento. Los miembros de la comunidad pueden compartir experiencias y conocimientos relacionados con la adecuación cultural del programa. Se debe ofrecer entrenamiento adicional sobre aspectos culturales y concientizar sobre estos temas en capacitación en campo.

3. *Grupos socioeconómicos pobres:* Cuando las personas con bajos ingresos económicos están afectadas por emergencias y desastres, frecuentemente enfrentan una crisis financiera inmediata. La parte II analiza brevemente estos aspectos. El equipo necesita conocer sobre los recursos disponibles de los gobiernos nacional, departamental, distrital y local y de las ONG, a quién llamar y a quién remitir.

4. *Personas en situación de discapacidad:* Las discapacidades que involucran dificultades de movilidad, audición o visión y dependencia de equipos especiales pueden contribuir a la sensación de vulnerabilidad y desamparo de los sobrevivientes. Ser incapaz de oír las advertencias de peligro o salir de la casa siendo evacuado por extraños, en general es muy estresante. Las personas en situación de discapacidad pueden estar especialmente ansiosas en relación con próximos desastres y se benefician del análisis de solución de problemas en relación con la preparación en casos de este tipo de eventos.

Actividad 9

Planeación de grupos de trabajo



9

Aspectos tratados:

- Planeación de grupos de trabajo con poblaciones especiales.

Objetivos:

1. Desarrollar planes estratégicos específicos para manejar las necesidades de salud mental en desastres de cada grupo identificado en la actividad 8.
2. Animar al equipo a asumir la planeación del programa.
3. Identificar áreas de experiencia e interés en los miembros de los equipos en relación con atención de grupos especiales.
4. Identificar estrategias de intervenciones sociales, construir relaciones con los líderes comunitarios e instituciones clave que disponen de recursos e intervenciones adecuadas para los diferentes grupos.

 Tiempo requerido: 1 hora.

Materiales requeridos:

- Folleto
- Papelógrafo
- Marcador.

Procedimiento:

1. Identificar poblaciones especiales: Identificar grupos que requieren programas especiales; por ejemplo, niños, adultos mayores, personas institucionalizadas, personas en situación de discapacidad y grupos étnicos. El grupo de trabajo debe enfocarse en el entrenamiento de trabajadores de servicios de bienestar social de la comunidad.

2. Grupos de trabajo en poblaciones especiales: Establecer “grupos de trabajo” de participantes por cada grupo de población. Distribuir tareas asignando plegables (ver ficha de orientación 5). Dar a los grupos 45 minutos para discutir aspectos y realizar lluvia de ideas para generar propuestas de intervención. Los grupos transcriben sus ideas al papelógrafo para presentación en plenaria. Los grupos presentan sus consideraciones e ideas y solicitan retroalimentación de la plenaria.

El capacitador hace comentarios sobre los resultados del grupo o sobre los temas tratados utilizando los momentos oportunos, según la dinámica de la actividad, y reconoce de manera entusiasta el trabajo de cada grupo.

El capacitador o el administrador del programa analiza las ideas del grupo de trabajo y cómo pueden ser implementadas o incorporadas en el programa.

Actividad 10

Prevención y manejo del estrés




10

Aspectos tratados:

- Factores estresantes y estrés en los equipos
- Intervenciones organizacionales e individuales
- Autoconciencia
- Estrategias para reducción del estrés.

Objetivos:

1. Dar información en relación con el estrés del trabajador y el síndrome de agotamiento (“burnout”).
2. Presentar y discutir intervenciones específicas organizacionales e individuales para prevenir y mitigar el estrés.
3. Fortalecer la cohesión y el apoyo grupal.
4. Identificar vulnerabilidades individuales al estrés y estrategias de prevención y manejo del mismo.

 Tiempo requerido: 2 horas (pueden intercalarse ejercicios a lo largo del curso de entrenamiento).



Materiales requeridos:

- Manuales de entrenamiento
- Ayudas visuales
- Papelógrafo
- Marcador.



Procedimiento:

1. Factores estresantes en el trabajo en desastres: Analizar los factores estresantes inherentes al trabajo en salud mental en desastres. Usar la ayuda visual 21, analizar las tres fuentes potenciales de estrés. Animar al grupo a identificar ejemplos de cada categoría.

2. Concepto de estrés: Presentar el concepto de “estrés” como algo que no es intrínsecamente bueno o malo. Las personas experimentan estrés cuando comienzan un nuevo trabajo, se casan, viajan al extranjero, tienen un cambio laboral, etc. En niveles adecuados, el estrés puede mejorar el desempeño. Cuando es mucho, puede erosionar el bienestar y la capacidad de afrontamiento. Usar la ayuda visual 22 para ilustrar que el estrés se puede prevenir y manejar.

3. Síntomas de estrés del trabajador: Revisar la lista de síntomas de estrés del trabajador en el folleto 6. Invitar a los participantes a identificar síntomas que han experimentado en el desastre actual o en el pasado con otras actividades humanitarias muy intensas. Después, animar a hacer un listado de estrategias de afrontamiento o reducción del estrés que usaron y que fueron útiles. Dividir a los participantes en grupos de tres e invitar a analizar sus respuestas a las preguntas anteriores. Este puede ser un buen momento para practicar habilidades de escucha y parafraseo, si han sido enseñadas previamente.

4. Estrategias de afrontamiento: Hacer una lista grupal de estrategias de afrontamiento en el papelógrafo, pidiendo a los miembros de cada grupo que le cuenten a la plenaria. Es el momento de mostrar que cuando se hace retroalimentación positiva y se dice “gracias” con frecuencia, esto se convierte en una poderosa manera de hacer intervención sobre el estrés grupal.

5. Abordajes organizacionales y grupales para prevenir y manejar el estrés: Utilizar las ayudas visuales 23 y 24 y presentar el material incluido en la parte III sobre formas organizacionales e individuales para



10

Continuación

prevenir y manejar el estrés. Los listados ofrecen ejemplos específicos de intervenciones. Las estrategias para reducción del estrés generadas en el ejercicio anterior por el grupo pueden ser usadas como ejemplos. Cuando se analicen las “intervenciones organizacionales”, el capacitador o el administrador del programa puede describir métodos que el programa está adoptando en esos momentos. Esto puede ser manejado en la actividad 11. Animar a la participación grupal durante la presentación para que den sugerencias e ideas.

6. Fortalecimiento de equipo: Facilitar el ejercicio de fortalecimiento del equipo. Primero, pedir a los participantes que señalen sus mejores experiencias como equipo (deportes, clubes, servicio, trabajo, etc.). Después, solicitar que reflexionen en silencio sobre las características del equipo y el rol que ellos cumplieron en este. El capacitador hace un listado de las características en el papelógrafo y resume en una pequeña charla acerca de lo que contribuye a equipos efectivos en el trabajo.

La fase siguiente del ejercicio de conformación de equipo puede requerir que las unidades de trabajo conformen pequeños grupos.

7. Discutir con el grupo los “principios de cómo trabajar juntos”: Un ejemplo puede ser: “nos comprometemos a tomar la iniciativa y participar en comunicaciones directas”; analizaremos los aspectos laborales con la persona involucrada cuando ello sea necesario; seremos responsables del manejo del tiempo y de los procesos laborales y trataremos al otro con respeto y consideración. Inicialmente, los participantes escribirán tres o cuatro principios que les gustaría poner en práctica. Entonces, se leen las listas y se combinan en una lista de posibilidades que reflejen todos los aportes. Luego, los participantes votan por las tres fundamentales. La lista se debe reducir a entre cinco y siete aspectos concretos. El capacitador entonces pregunta ¿hay algo en esta lista con lo que alguno no pueda vivir?

Después la lista se escribe y se publica de manera visible en las oficinas del programa. En las reuniones, los grupos pueden revisar cómo lo están logrando.

Una evaluación más formal puede ser la base para futuras intervenciones de fortalecimiento del equipo.



Complementos:

1. Ejercicios de autoconciencia. Los siguientes ejercicios de autoconciencia pueden ser incorporados en diferentes momentos del entrenamiento y como parte del entrenamiento de campo.

- Invitar a los participantes a completar el cuestionario de la ficha de orientación 7. Las respuestas pueden ser trabajadas en pequeños grupos con los compañeros de equipo.
- En grupos de diez a quince participantes, hacer análisis de la pregunta 2, ¿cuáles son (o espera que sean) los aspectos más estresantes o los que producen mayor satisfacción del trabajo en desastres? El líder escucha y parafrasea de manera respetuosa a medida que los participantes ofrecen sus respuestas, expresando lo “normal” de este estrés y analizando temas afines. Aspectos que pueden surgir son los siguientes: motivaciones para ayudar, prejuicios personales y estereotipos, malestar con las emociones intensas, sentimientos de inadecuación personal o profesional, dificultades en la relación con “la víctima o sobreviviente”, sentimientos asociados al hecho de establecer límites o sentimientos de que “no logra hacer lo suficiente”.

2. Ejercicios de reducción del estrés. Los siguientes ejercicios para disminución del estrés pueden ser realizados en diferentes momentos del entrenamiento.



10

Continuación

- Invitar al grupo a extender y recoger los brazos arriba y abajo y respirar profundamente con cada movimiento.
- Facilitar procesos de imaginación guiada. Los participantes deberán estar con los ojos cerrados, sentados de manera confortable, con luz suave, respiración profunda, relajación física y visualización de un sitio personal lleno de tranquilidad.
- Animar a los participantes a tomar un descanso de quince minutos. Los participantes deben salir a caminar observando la vegetación, sintiendo los olores, o sentarse y leer o escribir, o cerrar los ojos y meditar. Sugerir que el grupo mantenga silencio durante el descanso.
- Como tarea para la casa, animar a los participantes a realizar una actividad de auto cuidado; puede ser hacer ejercicio, leer un libro, tomar un baño, escribir en el diario, hacer yoga, trabajar en el jardín, etc. Al día siguiente, invite a los participantes a compartir lo que hicieron. De nuevo, reaccionar positivamente a los esfuerzos de los participantes.



Actividad 11 Implementación del programa




11

Aspectos tratados:

- Metas y estructura del programa
- Publicaciones disponibles
- Recolección e informe de datos.

Objetivos:

1. Orientar al equipo en los aspectos prioritarios, estructura organizacional y plan del programa.
2. Revisar y analizar las publicaciones así como su pertinencia para el actual programa de emergencias y desastres.
3. Revisar todos los formatos de recolección de datos del programa para asegurar la consistencia en los informes.
4. Describir los requerimientos de informes de servicios, gastos y responsabilidades del equipo.

 Tiempo requerido: 1,5 horas.

Materiales requeridos:

- Plegables (metas del programa, estructura organizacional, roles y responsabilidades de cada trabajo en el programa, guía de publicaciones, formatos de recolección de datos, programas de reuniones, tiempos para informes del programa...).

Procedimiento:

1. *Estructura y metas del programa:* El administrador del programa presenta los contenidos. El entrenador debe ser capaz de apoyar en la explicación de los elementos del programa y su importancia (por ejemplo, aclaraciones sobre las guías del programa, cómo evitar problemas en la recolección de datos).

2. *Oportunidad para supervisores:* Si hay varias unidades del programa dispersas geográficamente, con coordinadores para cada subgrupo, estos subgrupos pueden reunirse para analizar algunos de los aspectos anteriormente citados. Los supervisores tienen la posibilidad de discutir aspectos operativos y logísticos del programa.

3. *Fortalecimiento de equipo:* los ejercicios de conformación o fortalecimiento de equipo, que fueron descritos en la actividad 10, pueden ser apropiados en este momento.

4. *Clausura y evaluación del curso.*



AYUDAS VISUALES

Contenidos de ayudas visuales

1. Definición de desastre
2. Características de los desastres
3. Tipos de desastre
4. Fases de los desastres
5. Fases de las reacciones psicológicas ante un desastre
6. Reacciones físicas
7. Reacciones emocionales
8. Reacciones cognitivas
9. Reacciones comportamentales
10. Factores estresantes crónicos en desastres
11. Efectos a largo plazo del estrés por desastres
12. Conceptos clave
13. Intervenciones de salud mental en desastres
14. Intervenciones de salud mental postdesastre
15. Fases
16. Reacciones en niños y niñas preescolares
17. Reacciones en niños y niñas de edad escolar
18. Preadolescentes y adolescentes
19. Factores de riesgo en los niños y las niñas
20. Tareas para la recuperación psicológica
21. Factores estresantes en el trabajo en desastres
22. Fundamentos sobre estrés
23. Abordajes organizacionales
24. Abordajes individuales.



Ayuda 1



1

Definición de desastre

Un desastre es un evento, como un huracán, inundación, deslizamiento, accidente con materiales peligrosos, explosión, accidentes, guerra, accidentes de transporte, incendio, hambruna o una epidemia, que causa sufrimiento humano o crea necesidades humanas colectivas que requieren asistencia para aliviarlo.

Ayuda 2

Características de los desastres

- Natural versus de origen humano
- Grado de impacto personal
- Tamaño y alcance
- Impacto visible versus baja visibilidad
- Probabilidad de recurrencia.

2



Ayuda 3



3

Tipos de desastre

- Natural
- Tecnológico
- De salud
- Social.



1

Ayuda 4

Fases de los desastres

- Advertencia de amenaza
- Impacto
- Rescate o heroico
- Alivio o luna de miel
- Inventario
- Desilusión
- Reconstrucción y recuperación.



Ayuda 5

Fases de las reacciones psicológicas ante un desastre



2



Fuente: Zunin/Meyers

Ayuda 6



6

Reacciones físicas

- Fatiga, agotamiento
- Molestias gastrointestinales
- Cambios del apetito
- Sensación de opresión en garganta, pecho o estómago
- Empeoramiento de enfermedades crónicas
- Quejas somáticas.

Ayuda 7

Reacciones emocionales

- Depresión, tristeza
- Irritabilidad, rabia, resentimiento
- Ansiedad, miedo
- Desespero, desesperanza
- Culpa, pérdida de autoconfianza
- Cambios de estado de ánimo impredecibles.

7



Ayuda 8



8

Reacciones cognitivas

- Confusión, desorientación
- Sueños o pesadillas recurrentes
- Preocupación con el desastre
- Problemas para concentrarse y recordar cosas
- Dificultad para tomar decisiones
- Cuestionamiento de las creencias espirituales



9

Ayuda 9

Reacciones comportamentales

- Problemas de sueño
- Llanto fácil
- Evitación de recuerdos
- Excesivo nivel de actividad
- Incremento de conflictos con la familia
- Híper vigilancia, reacciones de sobresalto
- Aislamiento o evitación social.

Ayuda 10

Factores estresantes crónicos en desastres

- Ruptura familiar
- Sobrecarga de trabajo
- Diferencias por género
- Trabas burocráticas
- Problemas económicos.



10



11

Ayuda 11

Efectos a largo plazo del estrés por desastre

- Ansiedad y depresión
- Rabia, resentimiento y conflicto
- Incertidumbre en el futuro
- Duelo prolongado por las pérdidas
- Capacidad de resolución de problemas disminuida
- Aislamiento y desesperanza
- Problemas de salud
- Agotamiento físico y mental
- Cambios de estilo de vida.

Ayuda 12

Conceptos clave

- Reacciones normales a situaciones anormales
- Evitar términos y etiquetas psiquiátricas
- La ayuda debe ser práctica
- Asumir lo que le compete
- Enfocarse en fortalezas y potencialidades
- Animar al uso de redes de apoyo social
- Búsqueda activa de la comunidad
- Ser creativos en la ayuda.



12

Ayuda 13

Intervenciones de salud mental en desastres

- Evaluación rápida y “triage”
- Intervención en crisis
- Escucha de apoyo
- Aspectos de solución inmediata de problemas
- Educación acerca de estrés en desastres
- Consejería grupal y reuniones comunitarias
- Información y remisión.

13



Ayuda 14

Intervenciones de salud mental postdesastre

- Búsqueda de casos
- Gestión de caso
- Cartas, mensajes y llamadas telefónicas
- Educación pública a través de los medios
- Fortalecimiento comunitario
- Información y referencia.
- Consejería breve (individual y de grupo)

14



15

Ayuda 15

Fases

- Fase de hechos
- Fase de pensamientos
- Fase de reacciones y sentimientos
- Fase de educación
- Fase de acción - re-entrada.

Ayuda 16

Reacciones en niños y niñas pre escolares

- Problemas de sueño. Terrores nocturnos
- Ansiedad de separación
- Temores
- Apego exagerado
- Regresión
- Juego repetitivo.



16



Ayuda 17

Reacciones en niños y niñas de edad escolar

- Problemas de sueño, pesadillas
- Miedos acerca de la seguridad
- Preocupación con desastres
- Molestias físicas
- Depresión
- Ataques de rabia
- Disminución del desempeño académico
- Evitación de los pares.



17

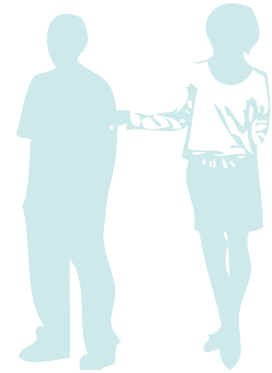


18

Ayuda 18

Preadolescentes y adolescentes

- Problemas de sueño
- Molestias físicas
- Evitación, aislamiento
- Conducta agresiva
- Deterioro del desempeño escolar
- Conductas de riesgo.



Ayuda 19

Factores de riesgo en los niños y las niñas

- Muerte o heridas graves en un miembro de la familia o un amigo cercano
- Presenciar destrucción grotesca
- Situaciones de peligro para la vida
- Separación de los padres
- Alto nivel de estrés familiar
- Eventos estresantes recientes
- Problemas previos de funcionamiento.

19



20

Ayuda 20

Tareas para la recuperación psicológica

- Aceptación del desastre y de las pérdidas
- Identificación, etiquetado y expresión de emociones
- Recuperar sentido de manejo y control
- Reasumir roles y actividades apropiadas para la edad.

(Pynoos & Nader, 1988)



21

Ayuda 21

Factores estresantes en el trabajo en desastres

- Relacionados con el evento
- Ocupacional
- Organizacional.

Ayuda 22

Fundamentos sobre estrés

El estrés es:

- Normal
- Necesario
- Productivo y destructivo
- Agudo y aplazado
- Acumulativo
- Identificable
- Prevenible y manejable.



22

Ayuda 23

Abordajes organizacionales

- Efectivo manejo de estructura y liderazgo
- Propósitos y metas claras
- Roles funcionalmente definidos
- Equipo de apoyo
- Plan para el manejo del estrés.

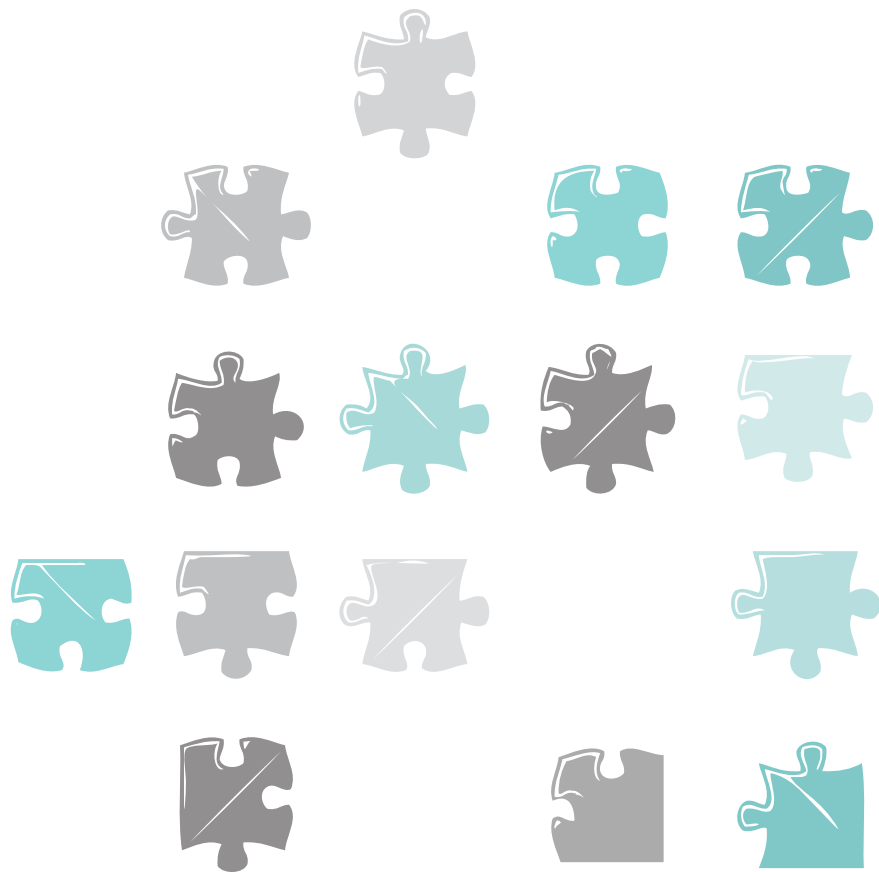
23

Ayuda 24

Abordajes individuales

- Manejo del exceso de trabajo
- Estilo de vida balanceado
- Estrategias de reducción del estrés
- Autoconciencia.

24



FICHAS DE ORIENTACIÓN

Contenidos de las fichas de orientación

1. Objetivos del curso de salud mental en emergencias y desastres
2. Intervenciones específicas en niños y niñas por grupos de edad
3. Aspectos especiales que se deben tener en cuenta con adultos mayores en desastres
4. Sensibilidad cultural y desastres
5. Planeación de trabajo grupal
6. Reacciones de estrés que son comunes en trabajadores en desastres
7. Auto cuidado del profesional.





Ficha 1

Objetivos del curso de salud mental en emergencias y desastres

1. Entender el comportamiento humano en emergencias y desastres, incluidos factores que afectan la respuesta individual a desastres, fases del desastre, grupos “en riesgo”, conceptos de pérdida y duelo, estrés posdesastre y proceso de recuperación en desastres.
2. Comprender los aspectos organizacionales de la respuesta y la recuperación en desastres, incluidos los roles principales, responsabilidades y recursos: locales, departamentales, distritales, nacionales y programas de voluntarios, y cómo lograr que los sobrevivientes de los desastres accedan a los recursos y servicios apropiados.
3. Hallar los conceptos clave y los principios de salud mental –incluidas las diferencias entre la atención de salud mental en las emergencias y desastres y la psicoterapia tradicional–, los tipos y diseños de programas de salud mental necesarios en desastres y los sitios apropiados para ofrecer servicios de salud mental.
4. Aprender cómo trabajar efectivamente con poblaciones especiales en situación de desastres, incluyendo niños, niñas y jóvenes, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, grupos étnicos y otras poblaciones vulnerables o personas que viven en la pobreza.
5. Ofrecer atención apropiada en salud mental a los sobrevivientes y equipos de salud en escenarios comunitarios, con énfasis en primeros auxilios mentales, intervención en crisis, terapia breve, estrategias de manejo del estrés postraumático, intervenciones para niños, niñas y adolescentes, apropiadas para su edad, consejería de grupo, grupos de apoyo y técnicas de manejo de estrés.
6. Ofrecer servicios de salud mental en el ámbito comunitario, con énfasis en detección de casos, educación en salud mental, consultoría, organización comunitaria y uso de medios de comunicación.
7. Comprender el estrés inherente al trabajo en emergencias y desastres y reconocer y manejar el estrés personal y de los integrantes del equipo.





Ficha 2

Intervenciones específicas en niños y niñas por grupos de edad

- a. Por grupo de edad
- b. En el hogar
- c. En la escuela u otras instituciones infantiles

Pre-escolares:

- Mantener las rutinas familiares
- Dar mayor confort físico y tranquilidad
- Evitar separaciones innecesarias
- Permitir al niño o niña que duerma en el cuarto de los padres temporalmente
- Animar la expresión de sentimientos a través del juego
- Controlar la exposición al trauma a través de medios masivos de comunicación
- Implementar un plan de seguridad en desastres
- Dibujar cuadros expresivos
- Contar historias de desastres y recuperación
- Usar libros de colorear con temas de desastres
- Leer libros sobre desastres y pérdidas
- Usar muñecos, títeres y juguetes en juegos que permitan revivir la situación
- Facilitar juegos grupales
- Hablar acerca de la seguridad y autoprotección en los desastres
- Maestros, enfermeras escolares y profesionales identifican niños estresados para evaluación y referencia
- Entrenamiento de campo sobre niños y desastres
- Línea amiga de crisis basada en la escuela
- Distribuir plegables educativos a los padres
- Animar a que se asuma nuevamente el rol escolar como estudiante.

Escolares:

- Dar atención adicional
- Establecer límites amables pero firmes para actuaciones impulsivas e inadecuadas
- Escuchar al niño o la niña contando la experiencia del desastre cuantas veces quiera
- Animar a la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto verbalmente como a través del juego
- Pedir que haga oficios estructurados y no muy difíciles en el hogar
- Ensayar medidas de seguridad para futuros desastres
- Hacer dibujos libres después de hablar sobre el desastre
- Hacer escritura libre después de hablar sobre el desastre; ejercicios de completar palabras
- Contar historias de desastres y recuperación
- Hacer juegos de roles sobre el tema de desastres
- Inventar juegos sobre desastres
- Realizar proyectos escolares o de ciencias para incrementar la comprensión y la capacidad de manejo de los desastres
- Hablar acerca de la seguridad, la protección y la preparación de la familia en desastres
- Enseñar técnicas para recuperar la calma (respiración profunda, visualización)
- Hacer visitas de campo al área afectada por el desastre
- Realizar intervenciones individuales o con pequeños grupos para muchachos en alto riesgo

Continuación



- Realizar discusiones grupales para expresar y “naturalizar” reacciones, corregir desinformación y animar al apoyo de pares.

Pre-adolescentes y adolescentes:

- Dar atención y dedicación especial
- Animar a hablar sobre la experiencia del desastre con los compañeros y adultos cercanos
- Evitar discutir sobre lo que sienten por los padres
- Sugerir que se involucren en trabajos de recuperación con la comunidad
- Animar a las actividades físicas
- Motivar a reasumir las actividades sociales y recreativas acostumbradas
- Practicar las medidas de seguridad familiar para futuros desastres
- Animar a los escolares para ayudar en la recuperación de la comunidad ayudando a otros
- Proyectos para conmemorar y recordar lo que se gana y lo que se pierde en el desastre
- Animar a hablar con compañeros y adultos sobre las pérdidas en el desastre
- Retomar los deportes y las actividades sociales cuando sea apropiado.



Ficha 3

Aspectos especiales que se deben tener en cuenta con adultos mayores en desastres



Rechazo a evacuar. Las investigaciones muestran que los adultos mayores tienen menos probabilidades de hacer caso de las advertencias, pueden demorar la evacuación o resistirse a abandonar sus hogares durante los desastres. La planeación y preparación para situaciones de desastres son especialmente críticas con este grupo.

Hogares vulnerables. Debido a las limitaciones en los ingresos, los adultos mayores tienden a vivir en residencias que son más susceptibles a los peligros de los desastres teniendo en cuenta la localización y antigüedad de las edificaciones.

Temor de ser institucionalizados. Muchos adultos mayores temen que si dejan notar la disminución de sus capacidades físicas o mentales estarán en riesgo de perder su independencia o ser institucionalizados y pueden disimular la gravedad de sus problemas y necesidades.

Pérdidas múltiples. Un adulto mayor puede haber perdido sus ingresos, trabajo, hogar, seres queridos y capacidades físicas antes del desastre. Para algunos, estas pérdidas previas pueden generar capacidad de afrontamiento y resiliencia. Para otros, estas pérdidas se suman a la actual. Los desastres algunas veces son un golpe final que hace que la recuperación sea especialmente difícil.

Significado de las pérdidas. Como resultado de un desastre, posesiones irremplazables como álbumes de fotos, recuerdos, objetos de valor u objetos sagrados que han pasado de generación en generación pueden ser destruidos y mascotas o jardines que han cuidado toda la vida se pueden perder. El significado especial de estas pérdidas debe ser reconocido para ayudar en la resolución del duelo.

Pérdida sensorial. Los sentidos del olfato, el tacto, la visión y la audición de un adulto mayor pueden ser menos sensibles que los de la población general. Como resultado, se pueden sentir especialmente ansiosos al tener que abandonar un ambiente que es familiar. Puede que no sean capaces de oír lo que se les dice en un ambiente ruidoso o incluso llegar a comer alimentos descompuestos o en mal estado.

Enfermedades crónicas. Altos porcentajes de adultos mayores tienen enfermedades crónicas que pueden empeorar con el estrés del desastre, particularmente cuando la recuperación se prolonga en el tiempo. Por ejemplo, la artritis puede impedir que un adulto mayor permanezca de pie en una fila por largos periodos o los problemas de pensamiento o memoria afectar la capacidad de la persona para recordar o procesar información.

Medicamentos. Los adultos mayores tienen mayores probabilidades de estar tomando medicamentos que requieren adherencia al tratamiento después de un desastre.

Vulnerabilidad a la hipotermia o la hipertermia. Los adultos mayores son, con frecuencia, más susceptibles a los efectos del calor y del frío. Esto se vuelve crítico en los ambientes de desastre y posdesastre.

Trauma de reubicación. Los adultos mayores más frágiles que son reubicados sin tener en cuenta los procedimientos apropiados pueden enfermarse o aun morir. La reubicación en ambientes no familiares y la pérdida de los lazos familiares y comunitarios pueden terminar en desorientación y depresión.

Continuación



Síndrome de respuesta retardada. Los adultos mayores pueden no reaccionar rápidamente a las situaciones que afrontan, hecho que sí ocurre con los jóvenes. En desastres, esto significa, por ejemplo, que las fechas límites para entregar formatos y papeles o los plazos para ser elegible a algún programa deban ser ampliados.

Deterioro o limitación de la movilidad. Los adultos mayores muchas veces no son capaces de utilizar automóviles o de tener acceso a transporte público o privado. Esto puede limitar la oportunidad de reubicación, ir a albergues, a centros de atención u obtener comida, agua o medicamentos cuando son necesarios.

Limitaciones financieras. Debido a que los adultos mayores viven con ingresos fijos y limitados, no pueden financiar los gastos imprevistos que surgen después de un desastre, por ejemplo las reparaciones de sus hogares.

Nivel educativo. Los adultos mayores generalmente tienen un bajo nivel de escolaridad comparados con la población general. Esto puede generar dificultades al momento de llenar formatos y formularios o al buscar direcciones. La información pública dirigida a este grupo de edad debe ser difundida de múltiples maneras, incluidos medios no escritos.

Aislamiento. Algunos adultos mayores tienen redes de apoyo social limitadas y no están conectados con centros que atienden a personas de la tercera edad o iglesias. Este aislamiento puede contribuir a que no conozcan las fuentes de recursos disponibles y carecer de acceso a ayuda, por ejemplo para lavado y limpieza o reparaciones. La ayuda social en desastres debe priorizar a estas personas.

Victimización y criminalidad. Este aspecto debe ser tenido en cuenta, por ejemplo en los albergues o cuando están contratando personas para hacer arreglos en los hogares.

Burocracia. Los adultos mayores muchas veces no tienen experiencia con los sistemas burocráticos. Este aspecto es especialmente importante para aquellos que tenían una esposa o un esposo que se encargaba de estos menesteres.

Estigma de la "caridad". Muchos adultos mayores no usan ciertos servicios que tienen la connotación de ser de beneficencia o de "caridad". Se requiere convencerlos de que los servicios en los desastres que brinda el Estado provienen del pago de los impuestos y que tienen derecho a ellos.

Estigma de la enfermedad mental. Los adultos mayores pueden sentirse apenados porque están experimentando problemas mentales o porque no están familiarizados con la consejería como una forma de apoyo. El estrés emocional puede manifestarse en síntomas físicos, que de alguna manera perciben como preferibles a los síntomas mentales. Los servicios de salud mental deben enfatizar "el apoyo", "la conversación" y "la ayuda con recursos" y darle menos énfasis al diagnóstico o la psicopatología.

Ficha 4

Sensibilidad cultural y desastres



Los programas de recuperación de salud mental en desastres deben responder de una manera específica y sensible a los diferentes grupos culturales afectados por un desastre. En muchos desastres, los grupos étnicos pueden ser muy golpeados, si tenemos en cuenta que por sus condiciones socioeconómicas están obligados a vivir con bajos ingresos y casas en zonas subnormales que las hacen particularmente vulnerables a la destrucción. Las barreras del lenguaje, la incredulidad en los programas estatales debido a experiencias anteriores, el rechazo a las intromisiones o a la ayuda externa y los valores culturales diferentes, con frecuencia, contribuyen a la dificultad de lograr aceptación de los programas de salud mental propuestos.

La diversidad cultural incluye la clase social, el género, la raza y la etnia. Cada familia o individuo que recibe atención en un desastre debe ser visto en el contexto de su grupo cultural, étnico o racial y de la vivencia de ser parte de este grupo. El grado y naturaleza de aculturación es importante, ya que las influencias culturales se manifiestan con variaciones en cada grupo.

Para ser culturalmente sensibles y ofrecer los servicios apropiados, los equipos de salud mental en desastres deben ser conscientes de sus propios valores, actitudes y prejuicios (todos los tenemos), estar comprometidos en aprender acerca de las diferencias culturales y ser flexibles, creativos y respetuosos en nuestras intervenciones y abordajes.

Algunas consideraciones que se deben tener en cuenta cuando se establece contacto con grupos étnicos

Lenguaje, grado de comprensión del español y nivel de escolaridad. La sensibilidad del programa se logra cuando la información es traducida al lenguaje vernáculo o está disponible en formas no escritas. Cuando el español es el segundo lenguaje de la persona, las emociones son frecuentemente experimentadas y expresadas en el lenguaje materno. El uso de traductores entrenados, en especial con conocimientos de salud mental, es preferible a familiares o vecinos, por razones de privacidad y confidencialidad.

Experiencia de desplazamiento y situación de desplazado. El número de generaciones y de años en la zona y el grado de aculturación son información de importancia cuando se definen las estrategias para brindar servicios de salud mental en estas poblaciones. También la situación de conflicto armado, las condiciones de vida y el trauma en la zona de origen, así como las condiciones de desplazamiento, pueden afectar el afrontamiento en situaciones de desastre.

Valores familiares. Determinar quién está incluido en la "familia". Frecuentemente los ancianos y miembros de la familia extensa son considerados como parte de la unidad familiar y conforman la primera fila de apoyo. Aprender cómo es la toma de decisiones en la familia, cuáles son los roles de hombres y mujeres, de padres e hijos y de las generaciones mayores. Establecer quién debe ser incluido en la entrega de servicios sociales o en las sesiones de "consejería".

Valores y tradiciones culturales. Los grupos culturales tienen considerables variaciones con respecto a la percepción de las pérdidas, la muerte, el duelo, la propiedad, el hogar, la reconstrucción, la religión, las prácticas espirituales, la salud mental, los curanderos y la ayuda.

El desastre mismo puede ser visto como castigo, un acto de Dios o de seres malignos o el resultado de otro tipo de acciones humanas, naturales o sobrenaturales.

Continuación



Sugerencias:

- Aprender de los líderes locales, de los equipos sociales y de los miembros de la comunidad acerca de los valores, normas sociales, tradiciones, políticas comunitarias, etc.
- Involucrar, en lo posible, en el equipo de salud mental a los trabajadores de servicios sociales de la comunidad que son bilingües y biculturales. Involucrar a las personas de la comunidad en las que esta confía para ganar credibilidad.
- Dedicar tiempo y esfuerzos en ganar aceptación y buscar la posibilidad de alinear los esfuerzos con las instituciones y organizaciones aceptadas por la comunidad.
- No prejuizar. Ser genuino, respetuoso, bien informado y creíble por parte de la comunidad. Tener en cuenta tanto los aspectos verbales como no verbales de la comunicación y hacer modificaciones acordes con estas percepciones.
- Determinar las maneras más apropiadas y aceptables para presentarse y mostrar que los programas y servicios son culturalmente sensibles.
- Reconocer las variaciones culturales en la expresión de emociones, manifestaciones y descripción de los síntomas psicológicos, problemas mentales y de la percepción de lo que se considera una “consejería”.
- Trabajar la información y la educación comunitaria en el lenguaje apropiado y utilizar radio, televisión o anuncios en las iglesias en caso de que sea alto el nivel de analfabetismo.
- Enfocar en la solución de problemas y en soluciones concretas. Orientar a la acción y empoderar a las personas con educación y capacitación en habilidades.
- Apoyar la eliminación de barreras y dar asesoría para lograr este cometido.



Ficha 5

Planeación de trabajo grupal

Analizar las necesidades del grupo poblacional a través del tiempo. Hacer una lluvia de ideas de posibles intervenciones que sirvan al grupo, así como a grupos secundarios.

Tenga respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los puntos de contacto para gestionar su grupo? (iglesias, escuelas, clínicas...)
2. ¿Cuáles son las personas clave, los líderes grupales y las personas de acceso?
3. ¿Qué eventos significativos o hitos anticipa usted a través del tiempo?
4. ¿Qué programas han sido efectivos?

Haga una lluvia de ideas y considere las respuestas a las preguntas anteriores para generar posibilidades.



Ficha 6

Reacciones de estrés que son comunes en trabajadores en desastres

Emocionales:

- Sentimientos heroicos, de invulnerabilidad, euforia
- Negación
- Ansiedad y miedo
- Preocupación por la propia seguridad y la de otros
- Rabia
- Irritabilidad
- Imposibilidad de descansar
- Tristeza, depresión, duelo, cambios afectivos
- Sueños angustiantes
- Culpa o “culpa del sobreviviente”
- Sentimientos de estar sobrecargado, desesperanza
- Sentimientos de aislamiento, pérdida o abandono
- Apatía
- Identificación con los sobrevivientes

Cognitivas:

- Problemas de memoria
- Desorientación
- Confusión
- Lentitud en el pensamiento y la comprensión
- Dificultades para calcular, establecer prioridades y tomar decisiones
- Problemas para concentrarse
- Limitaciones en la capacidad de poner atención
- Pérdida de objetividad
- Incapacidad para dejar de pensar acerca del desastre

Comportamentales:

- Cambios de actividad
- Disminución de la eficiencia y la efectividad
- Dificultades en la comunicación
- Incremento del sentido del humor
- Crisis de rabia, discusiones frecuentes
- Incapacidad de descansar o “disminuir la marcha”
- Cambios en los patrones de sueño
- Cambios en los hábitos alimenticios
- Cambios en los patrones de intimidad y sexualidad
- Cambios en el desempeño laboral
- Periodos de llanto
- Incremento en el consumo de alcohol, tabaco o drogas
- Aislamiento social, silencio
- Vigilancia acerca de la seguridad o el ambiente
- Proclividad a los accidentes
- Evitación de actividades o sitios que desencadenan recuerdos



Físicos:

- Incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria
- Incremento de la presión arterial
- Molestias estomacales, náuseas y diarrea
- Cambios en el apetito; aumento o disminución de peso
- Sudoración profusa
- Temblor de manos y labios
- Tensión muscular
- Sensación de oído tapado
- Visión en túnel
- Sensación de descoordinación
- Dolores de espalda
- Sensación de “nudo en la garganta”

Fatiga

- Cambios en el ciclo menstrual
- Cambios en el deseo sexual
- Disminución de la resistencia a las infecciones
- Episodios de alergias o rinitis
- Caída del cabello
- Dolores de cabeza
- Dolores musculares



Ficha 7

Auto cuidado del profesional

1. ¿Qué es lo que más valora de trabajar en salud mental en desastres?
2. ¿Qué es (o espera que sea) lo más estresante y lo más agradable del trabajo en situaciones de desastre?
3. ¿Cómo sabe que está estresado?
4. ¿Cómo podrían saber los colegas que usted está estresado?
5. ¿Qué pueden hacer los otros por usted cuando está estresado?
6. ¿Qué puede hacer por usted mismo?

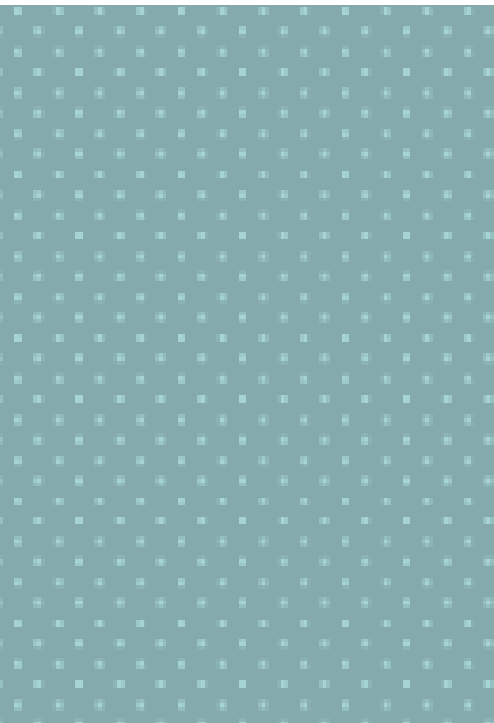
Recuerde:

Usted es el que menos puede ayudar a los otros cuando no se está cuidando a sí mismo (en otras palabras, “nadie da lo que no tiene”).



CAPÍTULO 7

Necesidades y opciones de entrenamiento adicional



El entrenamiento del equipo en consejería en crisis sirve a múltiples propósitos. En la fase inmediata de respuesta a desastres, el entrenamiento rápido da la necesaria información logística y para la intervención. Este entrenamiento es orientado a la acción, breve y repetido, cuando un nuevo equipo llega a operar.

Pero en los meses siguientes al desastre, las operaciones las debe realizar un grupo estable de trabajadores que permanecen durante todo el tiempo necesario. La estructura y los procedimientos organizacionales de un proyecto de consejería en crisis están definidos en este ámbito de trabajo y se parecen más a un programa permanente, que es lo opuesto a una respuesta de movilización rápida.

La consejería por “pares” de otros equipos distintos a los de salud es muy valiosa en los programas de recuperación de salud mental en desastres. Aunque estas personas tienen una amplia experiencia para su trabajo en el ámbito psicosocial, de todos modos necesitan entrenamiento adicional sobre habilidades en consejería y evaluación específica en salud mental en emergencias y desastres.

Este aparte examina necesidades de entrenamiento adicional más allá del entrenamiento integral resumido en el capítulo 6. Las opciones de capacitación incluidas en esta sección son las siguientes:

- Entrenamiento para “pares” que no son del sector salud
- Entrenamiento para trabajadores de servicios sociales
- Aspectos que se deben tener en cuenta para entrenamiento en campo

1. Entrenamiento para los “pares”

El equipo de “pares” que se puede dedicar a consejería puede ser encontrado en programas comunitarios ya existentes tales como servicios sociales para la tercera edad, programas apoyados por las diferentes iglesias, programas orientados a grupos étnicos, voluntarios de la Cruz Roja o de la Defensa Civil, Bomberos u otro tipo de voluntariado. Estos trabajadores deben reflejar las características demográficas y los grupos étnicos y culturales presentes en la comunidad afectada por el desastre. Se requiere que tengan unas sólidas habilidades de comunicación interpersonal, competencia para trabajar cooperativamente y habilidad para mantener la confidencialidad.

Cuando los equipos “pares” han participado en sesiones de entrenamiento sobre habilidades en consejería previamente, se deben empapar de información acerca de los

fundamentos y el contexto general de desastres y salud mental. Se sugiere un curso de entrenamiento inicial de dos días y realizar educación continuada regularmente, además de sesiones de supervisión.

Se recomiendan los siguientes temas en el entrenamiento de los equipos de “pares”.

Desarrollo de habilidades para consejería

1. Escucha activa. Utilizar lenguaje pre verbal, empatía, parafraseo, reflejar sentimientos, resumir, diferenciar contenidos y sentimientos, entre otros.
2. Contestar preguntas. Técnicas de entrevista, respuesta de preguntas abiertas y cerradas, focalizar con preguntas, evitar usar preguntas para dar opiniones o hacer juicios.
3. Dar apoyo y ánimo. Establecer “rapport”, empoderar (apoderar) al sobreviviente, dar retroalimentación positiva acerca de las fortalezas de afrontamiento, ofrecer sugerencias, evitar frases inútiles.

Intervenciones de consejería

1. Intervención en crisis. Evaluar la capacidad de vivir de manera independiente, evaluar el riesgo de suicidio, tranquilizar, construir esperanza, protocolos de respuesta inmediata, procedimientos para consultoría, referencia y seguimiento.
2. Escuchar las experiencias del desastre. Animar a que cuente (y recuente) las historias del desastre, explore sentimientos y reacciones. Educar acerca del estrés en desastres y estrategias saludables de afrontamiento.
3. Solución de problemas. Identificar y definir el problema, explorar sentimientos y reacciones, educar acerca del estrés en desastres y estrategias saludables de afrontamiento.

Autoconciencia

1. Motivaciones para ayudar. Explorar las experiencias personales diferenciando relaciones de ayuda versus de amistad y sobre identificación con los sobrevivientes.
2. Conciencia de sentimientos. Identificar y articular sentimientos, familiarizarse con el rango de “palabras sentimiento” y tolerar expresiones de emociones “desagradables”.
3. Estereotipos y valores. Explorar las desviaciones y prejuicios personales evitando la actitud de juzgar y promoviendo el respeto por las diferencias.

Evaluación de salud mental y otros problemas

Revisión básica sobre depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas, abuso infantil y de personas de la tercera edad, deterioro cognitivo o demencia (reconocimiento de síntomas, estrategias de evaluación inicial, procedimientos para consulta, referencia y seguimiento).

Consideraciones legales, éticas y administrativas del programa

1. Confidencialidad, normatividad y requerimientos de informes y procedimientos.
2. Mantenimiento de registros, informes del programa y monitoreo.
3. Enlace con los usuarios de servicios.
4. Prevención y manejo del estrés (capítulo 4).
5. Consultoría, supervisión y educación continuada.

El entrenamiento del equipo de “pares” enfatiza en que la ayuda a las personas tiene una posición privilegiada. Pero ayudar a alguien en situación de necesidad implica protegerse de problemas y ansiedades personales. Esta protección especial no puede ser hecha sin un sentido de verdad, una verdad que se construye con respeto mutuo e incluye el entendimiento explícito de que todas las discusiones son confidenciales y privadas. Este respeto mutuo también involucra aceptación de las experiencias, los pensamientos y los sentimientos de juicio o moralizantes.

Las habilidades de consejería se construyen a través de juego de roles, observación de modelos de roles, discusión de casos y dando y recibiendo retroalimentación. Todo esto ayuda al equipo de “pares” a ganar competencias. Tener guías claras para evaluación y referencia ayuda a los consejeros a funcionar dentro de los límites de su entrenamiento.

Los facilitadores del entrenamiento deben ser capaces de identificar y procesar sentimientos, evaluar y promover el desarrollo de habilidades de consejería, proveer procedimientos claros y concisos para afrontar situaciones cambiantes. El entrenamiento de consejeros “pares” debe ir integrado con consultas de caso y el desarrollo de habilidades de consejería.

Los trabajadores de servicios sociales pueden estar directamente involucrados en los procesos de atención en desas-

La consejería por “pares” de otros equipos distintos a los de salud es muy valiosa en los programas de recuperación de salud mental en desastres.

tres a través de instituciones y organizaciones nacionales, departamentales, distritales y locales, Fuerzas Armadas, Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos e iglesias, entre otras. Muchos se beneficiarán de un entrenamiento enfocado a aspectos de salud mental en desastres articulado a sus respectivos roles. Desarrollar una buena relación de trabajo con estas entidades para referencia mutua es un valor agregado de este entrenamiento.

Esta capacitación puede ser complementada de varias maneras. Representantes de las diferentes instituciones y organizaciones pueden asistir al curso integral de salud mental en desastres. Cuando esto ocurre, el capacitador debe redefinir el esquema de entrenamiento para que las instituciones representativas estén el primer día del entrenamiento o posiblemente solo por la mañana. La agenda de entrenamiento debe manejar de manera eficiente estas necesidades representativas de las instituciones externas mientras no comprometa las necesidades de capacitación del equipo de salud.

Otra alternativa es dar un espacio para el entrenamiento específico de cada grupo y manejar las necesidades particulares. Las actividades, las ayudas visuales y las fichas de orientación pueden ser usadas en el entrenamiento integral con las adaptaciones pertinentes.

2. Entrenamiento para trabajadores de servicios sociales

Un curso integral de entrenamiento es una muy buena base para el trabajo en salud mental en desastres. Pero a medida que el equipo se involucra con la comunidad afectada, es evidente que se necesita capacitación adicional. Estas necesidades identificadas pueden involucrar grupos de poblaciones particulares, aspectos específicos de recuperación del desastre en ese momento, aspectos específicos de salud mental o abuso de sustancias, o modificaciones necesarias de las estrategias de intervención. También, el manejo de temas tales como anticipación del comienzo de la siguiente temporada de desastres o las celebraciones de aniversario.

El entrenamiento de campo, asimismo, tiene la importante función de dar cohesión, apoyo social y moral y propiciar la creatividad. El foco puede ser el estudio de casos y nuevas soluciones a problemas que van surgiendo en el proceso. Algunas de las sugerencias e ideas de ejercicios en el capítulo 4, sobre prevención y manejo de estrés, pueden ser incluidas en este tipo de entrenamiento. Un capacitador con habilidades para este menester puede identificar aspectos organizacionales o procedimientos que pueden interferir con el bienestar del equipo o efectividad del programa y proponer intervenciones específicas.

3. Aspectos que se deben tener en cuenta para entrenamiento en campo

- Relaciones con los medios y la educación comunitaria en salud mental en desastres
- Habilidades para hablar en público en presentaciones sobre salud mental en desastres
- Intervenciones de manejo del estrés para sobrevivientes, trabajadores en desastres y equipo del programa

- Entrenamiento más profundo para atención de niños, niñas, adultos mayores y grupos étnicos o culturales en la comunidad
- Aspectos de estrés familiar después de un desastre
- Aspectos de recuperación e intervención a largo plazo en desastres
- Rol e intervenciones de salud mental con trastorno de estrés postraumático, problemas de abuso de alcohol y drogas
- Abordajes de intervención expresiva (arte, música, drama, escritura, proyectos comunitarios) con adultos, niños, niñas y adolescentes
- Grupos de apoyo y dinámicas grupales
- Organización comunitaria para manejar necesidades en desastres
- Reacciones de aniversario y eventos conmemorativos
- Aspectos especializados (recursos para referencias y necesidades no suplidas, seguros, etc.)
- Aspectos especiales del nivel local en el manejo de desastres (sistemas de advertencia, preparación para desastres, seguridad sísmica, etc.)
- Lecciones aprendidas.





Anexos



1. Resumen de algunas normas vigentes relacionadas con salud mental

Constitución Política de Colombia

En el artículo 47 dice que el Estado llevará a cabo una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

El artículo 49 determina que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además, dice que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares. Determina que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Deja a la ley señalar los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes sea gratuita y obligatoria y establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

En el artículo 95 se afirma que son deberes de la persona y del ciudadano: 1) respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios; 2) obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas; ... 4) defender y difundir los derechos humanos como fundamento de la convivencia pacífica; 5) participar en la vida política, cívica y comunitaria del país.

A su vez, el artículo 215 hace referencia a que cuando sobrevengan hechos que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por periodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario.

El artículo 366 dice que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado y que será objetivo fundamental de su

actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud.

Ley 1122 de 2007

Capítulo IV. El aseguramiento. En el artículo 14, organización del aseguramiento, literal k, se dice que es responsabilidad de los aseguradores la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro de las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

El artículo 23 se refiere a las obligaciones de las aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios y que las empresas promotoras de salud (EPS) deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios de las mismas.

En el artículo 26, parágrafo 2, se señala que la Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios.

El capítulo VI, que es el de salud pública, dice que este plan debe incluir (literal a) el perfil epidemiológico, la identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto, se tendrán en cuenta las investigaciones efectuadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada, en materia de salud mental, con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio; y en el literal k se determina que el plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

En su parágrafo 3, establece que el Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Artículo 65 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011:

Atención integral en salud mental: las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención

como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.

Decreto 919 de 1989. Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres

En su artículo 14 se dice que en los aspectos sanitarios de los planes de contingencia, el Ministerio de Salud (ahora Ministerio de la Protección Social) coordinará los programas de entrenamiento y capacitación para planes de contingencia en los aspectos de orden sanitario, bajo la vigilancia y control del Comité Técnico Nacional.

El artículo 16 establece, en aspectos prioritarios de la prevención, que los planes y actividades de prevención de desastres y calamidades otorgarán prioridad a la salud y al saneamiento ambiental.

El artículo 17, sobre primeros auxilios, dice que los primeros auxilios en situaciones de desastre deberán ser prestados por cualquier persona o entidad, bajo la coordinación y control de las entidades y organismos del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.

El artículo 57, cuando determina las funciones del Comité Operativo Nacional para Atención de Desastres, en su literal d habla de la atención primaria o básica a las personas afectadas. Señala que son funciones de los comités regionales y locales para la prevención y atención de desastres –y en el numeral 2, literal f, en relación con el Sistema Integrado de Información como parte del Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres–: realizar, promover y coordinar programas de capacitación, adecuación e información pública, con participación de la comunidad. En el mismo artículo, numeral 3, en relación con las situaciones de desastre, en su literal i, se determina también que deben aplicar los programas de educación, capacitación e información pública que se establezcan.

El artículo 62, literal j, relacionado con las funciones de las entidades territoriales, dice que son funciones de las entidades territoriales en relación con la prevención y atención de desastres: evaluar, por intermedio de las secretarías de salud, los aspectos de salud, la coordinación de las acciones médicas, el transporte de víctimas, la clasificación de heridos (triage), la provisión de suministros médicos, el saneamiento básico, la atención médica de albergues, la vigilancia nutricional, así como la vigilancia y el control epidemiológico.

Decreto 976 de 1997

Esta norma reglamenta el artículo 70 de la Ley 919 de 1989 y reconoce el fenómeno del desplazamiento masivo como un evento de naturaleza similar a los desastres y las calamidades.

Decreto 173 de 1998

Adopta el Plan Nacional para la Atención Integral para la Población Desplazada por la Violencia, articula la acción gubernamental en el orden nacional y territorial, formula, en el marco de los principios y objetivos definidos por la ley 387 de 1997, las acciones que el Gobierno nacional ejecutará en materia de prevención, atención humanitaria de emergencias y estabilización socioeconómica, en la perspectiva por la violencia.

Decreto 3039 de 2007 (Plan Nacional de Salud Pública)

Su artículo 2° determina que el Ministerio de la Protección Social deberá desarrollar, adoptar o ajustar los documentos técnicos y expedir los actos administrativos que se requieran para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 atendiendo las diferencias regionales, étnicas y culturales.

Además, este decreto establece las prioridades nacionales en salud e incluye en el numeral 4 la salud mental y las lesiones violentas evitables, y que estas prioridades son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud (EPS), en coherencia con los perfiles de salud territorial. A su vez, en el objetivo 4, que se refiere a mejorar la salud mental, determina en las metas nacionales en salud mental: adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el 100% de las entidades territoriales.

También es norma que como estrategias para mejorar la salud mental, en la línea de política número 1, correspondiente a la promoción de la salud y la calidad de vida, se tienen que conformar mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas; promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas con otros actores locales, así como la

construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las entidades promotoras de salud (EPS), el Ministerio de Educación, el Ministerio del Interior y Justicia, el Ministerio de Cultura y Deporte, las secretarías de desarrollo social, las personerías, las organizaciones internacionales y las organizaciones de base comunitaria. Además, establece la formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios conformados por actores institucionales (juez, inspector de policía, personero, docentes, policía, promotoras de salud, personal de salud, etc.) y comunitarios (líderes, madres comunitarias, Pastoral Social etc.) y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria y desarrollar estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada, al igual que promover capacidades en empresas y centros educativos para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención.

En las líneas de política números 2 y 3, que hacen referencia a la prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, determina la incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes tales como: Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), Familias en acción, comedores comunitarios, programas de crecimiento y desarrollo, escuelas de familia y escuelas saludables y programas para desplazados. Por otra parte, establece también que hay que promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda, diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental, ampliar el espectro de intervención de riesgo - población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de niños y adolescentes, garantizar el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento y al suministro de medicamentos, promover actividades de capacitación en salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas a los referentes institucionales de los niveles departamental y municipal, a los gestores locales de salud mental y a los grupos comunitarios.

Resolución 002 de 2003

Esta resolución crea, organiza y conforma, como parte del Viceministerio de Salud y Bienestar, el Grupo de Atención en Emergencias y Desastres y determina sus funciones de la siguiente manera: proponer, implantar y evaluar las políticas sobre la prevención, atención y mitigación de emergencias y desastres en salud; diseñar, revisar y actualizar, en coordinación con los demás grupos de la Dirección y dependencias del Ministerio, las normas técnicas relacionadas con la gestión de los servicios de urgencias, así como la prevención, atención y mitigación de emergencias y desastres en salud; diseñar, promover y ejecutar el Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres por parte del sector salud, de acuerdo con las orientaciones que impartan el Ministerio del Interior y de Justicia y la Dirección General para la Prevención y Atención de Desastres o quienes hagan sus veces; prestar asistencia técnica a las entidades territoriales y a los prestadores de servicios de salud en la formulación, ejecución y evaluación de los planes de emergencia en salud, en coordinación con otras dependencias del Ministerio; apoyar los procesos de organización y desarrollo de los centros reguladores de urgencias, articulados a la red de prestadores de servicios de salud, en coordinación con las entidades territoriales; coordinar y ejecutar, con la participación de las demás dependencias del Ministerio, de las entidades territoriales y de los demás sectores comprometidos, la prevención, atención y mitigación de las emergencias y desastres en salud; participar en la elaboración de estudios e investigaciones sobre amenazas, análisis de vulnerabilidad y evaluación de riesgos; analizar y mantener actualizada la información sobre los prestadores de servicios de salud en el país, en lo de su competencia, y las demás que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza de la dependencia.

Acuerdo 59 de 1997

Declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia y otorga el derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición de riesgos inherentes al desplazamiento.

Acuerdo 64 de 1997

Prioriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad y promoción del Fosyga provenientes del impuesto social a las armas, para la atención de trauma mayor ocasionado por la violencia, siendo el criterio de prioridad las zonas de conflicto armado y las regiones con mayores frecuencias de lesiones intencionales que causen discapacidad, morbilidad y mortalidad.

Acuerdo 85 de 1997

Adiciona al Acuerdo 59 la atención a las necesidades de salud derivadas de los riesgos inherentes al desplazamiento tales como los medioambientales, los nutricionales y los psicosociales.

Directiva Ministerial 1 de 1993

En su numeral 4, referido a la orientación general para atención de desastres y emergencias de actuar en función del desarrollo social y desde una perspectiva de promoción de la salud, se señala que es bien conocido que la vulnerabilidad a los desastres guarda relación con el precario estado de desarrollo social y económico. Son generalmente las poblaciones pobres y de bajo nivel de escolaridad las más afectadas por los desastres, debido al uso de viviendas inadecuadas y de técnicas incorrectas de construcción o a la existencia de asentamientos humanos en zonas de alto riesgo.

En consecuencia, dice esta directiva, para que las acciones del sector salud en materia de prevención de emergencias y desastres sean eficaces, deben abordarse desde la pers-

pectiva integral de la promoción de la salud, y a través de la cooperación intersectorial y la coordinación de todas las entidades involucradas en la solución del problema, y que esta perspectiva implica proyectar la acción de las instituciones de salud hacia la comunidad mediante la participación en los comités de emergencia, las juntas de salud y demás instancias de participación, en la formulación y análisis de mapas de riesgo en cada localidad y en la búsqueda de la concertación para la toma de decisiones saludables en el marco del desarrollo regional y local.

El numeral 5 de dicha directiva señala que en la capacitación y formación a profesionales de la salud, es necesario coordinar con el sector educativo la incorporación de contenidos en los currículos de todas las facultades de ciencias de la salud sobre manejo integral del medio ambiente, así como tecnologías y criterios para evitar, reducir y controlar el impacto de desastres y emergencias. Asimismo, es de alta prioridad promover la capacitación al personal directivo y operativo de los servicios de salud en esta materia y propiciar el intercambio de información y experiencias.





2. Los desastres en Colombia

Las emergencias y los desastres nunca son iguales. Sean por deslizamiento, terremoto, huracán o causados por el hombre, siempre tienen elementos intrínsecos únicos y este hecho tiene implicaciones emocionales para los sobrevivientes y las comunidades.

He aquí, citando y complementando a D. Pedreros en su documento “Administración de desastres. Experiencias en Colombia”, un ejemplo de la variedad de emergencias y desastres que azotaron a nuestro país en las últimas décadas, sin contar las inundaciones que han sido quizás las más frecuentes:

- 1899 Nariño. El volcán Doña Juana hace erupción. Mueren 50 personas.
- 1906 Pacífico colombiano. Zona de Tumaco. Un tsunami asola las costas y mueren 25 personas. Es tristemente célebre por ser uno de los sismos más grandes ocurridos en ese siglo (9,2 escala de Richter).
- 1917 Bogotá. En la noche ocurre un terremoto.
- 1950 Norte de Santander. Terremoto en el que mueren 126 personas.
- 1956 Cali. Explosión de dinamita.
- 1962 Zona cafetera. Terremoto.
- 1967 Zona de Huila. Terremoto.
- 1973 Bogotá. Incendio en la torre de Avianca. Mueren 25 personas. Luego de apagado el incendio, la gente se seguía lanzando desde los pisos superiores.
- 1974 Alud en Quebrada Blanca: cubre a los obreros que se encontraban trabajando en el túnel y el puente sobre el río Quebrada Blanca.
- 1979 Zona cafetera. Terremoto.: 37 muertos y 493 heridos (Manizales, Pereira y Armenia).
- 1980 Corralejas en Sincelejo. Las tribunas se encontraban atiborradas de personas y no soportaron el peso. Mueren 50 personas.
- 1981 En el río Calafita en Saravena, Arauca, una chalupa se hunde y mueren 55 personas.
- 1981 Ibagué: 15 muertos por una tribuna del estadio que cede al peso de los participantes en un evento deportivo.
- 1981 Ibagué: 4 muertos en un estadio por una pena máxima no sancionada.
- 1982 Calí: 24 personas muertas y 160 heridas en el estadio Pascual Guerrero, algunas personas orinaron desde las tribunas superiores; la gente en la estampida encontró una puerta cerrada y quienes murieron lo hicieron aplastados.
- 1983 Cauca, Popayán. 300 muertos por terremoto que afectó toda la zona del suroccidente del país.

- 1983 Guavio - Cundinamarca. 150 obreros mueren en un alud de tierra. Durante las operaciones de rescate ocurre un nuevo alud y una brigada de rescate queda sepultada.
- 1985 Armero - Tolima: avalancha del volcán Nevado del Ruiz, desaparece el municipio tolimense. Mueren más de 25.000 personas.
- 1987 Medellín: derrumbe en el barrio Villa Tina.
- 1988 San Andrés. Huracán Joan azota la zona.
- 1989 Sincelejo: un suceso muy parecido al de 1980. 24 heridos.
- 1989-1993 Escalada de bombas en Colombia.
- 1994 Terremoto con epicentro en Toribío, Cauca. Un área afectada de aproximadamente 400 km². Varios pueblos son arrasados por la avalancha y varias comunidades indígenas son trasladadas de su hogar.
- 1995 Eje Cafetero. Terremoto. Se afectan Armenia y Pereira.
- 1995 Fredonia, Antioquia. Derrumbe: un barrio es sepultado.
- 2002 Bojayá (Chocó). Al menos 60 muertos y 145 desaparecidos en un ataque de las FARC.
- 2006 Chocó y Valle del Cauca. Inundaciones: 150 muertos y 221.000 afectados.
- 2007 Antioquia, Risaralda y Cundinamarca. Inundaciones: 35 muertos y más de un millón de afectados.
- 2008 Quetame, Meta. Terremoto. 11 muertos.
- 2008 Nevado del Huila, en Belalcázar. Erupción del volcán. 9 muertos y 104.000 afectados.
- 2009 Inundación en Tumaco y Barbacoas: 23 muertos y 31.250 afectados.
- 2010-2011 Ola invernal: Más de 300 personas muertas, más de 2 millones de personas afectadas por la catástrofe, más de 3000 casas destruidas y más de 300.000 dañadas.

Esta lista, que no es exhaustiva pero sí indicativa del carácter variado y complejo de las clases de riesgos en Colombia, nos permite tener clara la necesidad de la visión amplia e integral de la atención en salud mental que requieren los equipos de atención en emergencias y desastres.



Este libro se terminó de imprimir en Julio de 2011
en los talleres de



Calle 78 N° 29B - 44 / pbx 2508244 / Bogotá, Colombia
www.impresoediciones.com / comercial@impresoediciones.com