

CAPITULO IV

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

4.1. Consideraciones generales para preparar un plan

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

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

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

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

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

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

Grandes problemas a priorizar

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

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

De lo anterior se derivan tres mensajes:

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

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

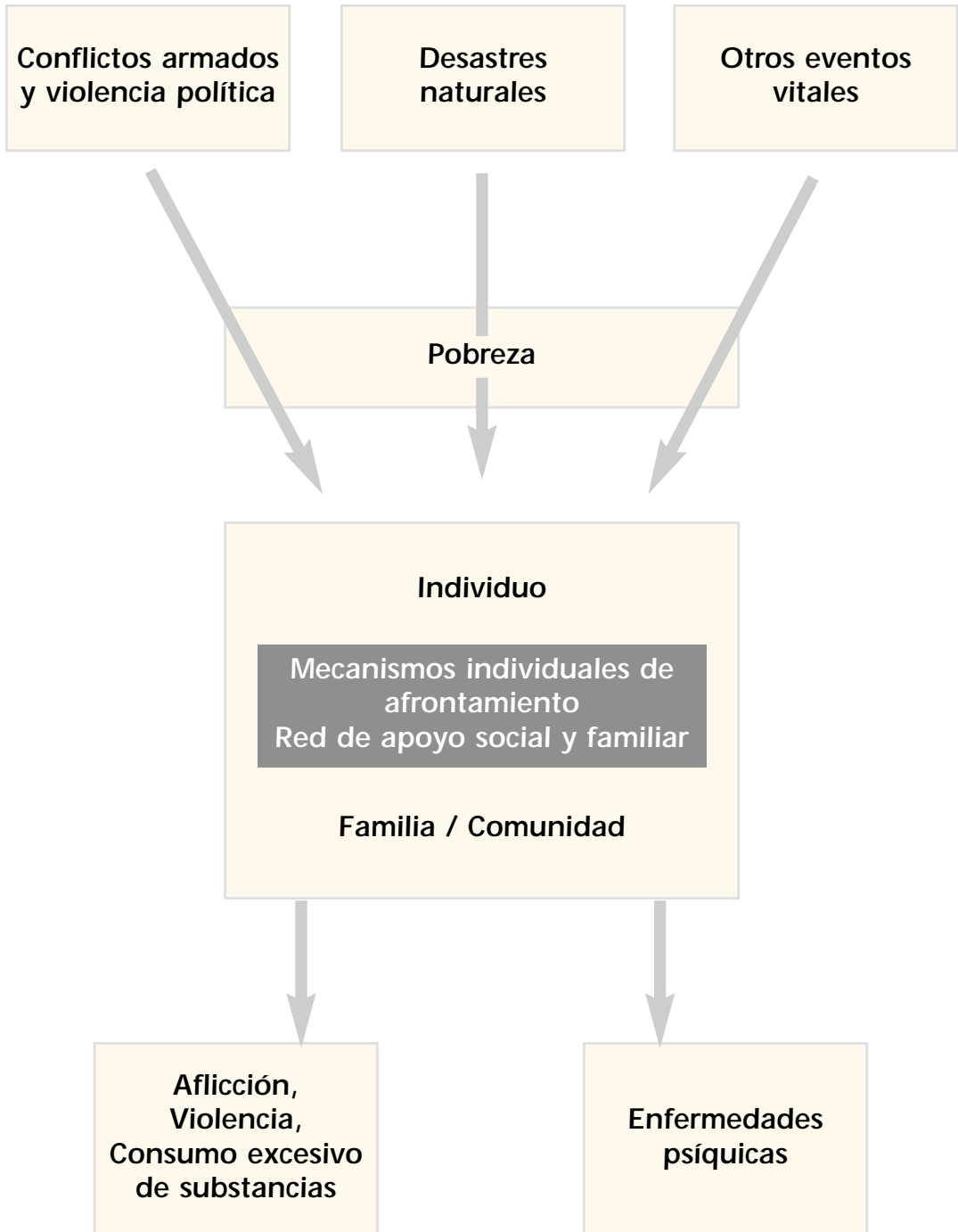
Para enfrentar esto el individuo dispone de los mecanismos individuales de afrontamiento que ha desarrollado a lo largo de la vida, pero también -y esto será muy importante- de las redes de apoyo familiar y social.

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

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

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

Salud Mental Dinámica situacional



Etapas en las actuaciones psicosociales en situaciones de emergencia

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

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

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

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

Algunas consideraciones generales sobre el tiempo:

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

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

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

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

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

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

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

Manifestaciones psicosociales ante situaciones de desastres naturales, según etapas.

¿Qué ocurre?

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

¿Qué se hace?

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

Manifestaciones clínicas

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

El tiempo en poblaciones afectadas por conflictos armados y desplazados.

En situaciones de conflictos armados se pueden dar varias situaciones:

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

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

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

Grupos de riesgo o alta vulnerabilidad

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

Factores condicionantes del riesgo:

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

Factores que puede favorecer la protección o incrementar el riesgo:

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

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

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

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

Grupos vulnerables de acuerdo al ciclo vital:

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

Grupos vulnerables por padecer de trastornos psíquicos o físicos previos:

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

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

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

Grupos vulnerables por las labores desempeñadas durante la emergencia:

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

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

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

El personal no especializado, agentes comunitarios y voluntarios

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

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

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

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

Los diferentes actores

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

Entre los actores más relevantes podemos citar:

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

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

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

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

4.2 Principios básicos del plan

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

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

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

4.3 Objetivos de un plan de salud mental

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

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

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

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

4.4 Líneas de acción

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

Las principales líneas de acción las sintetizamos a continuación:

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

1. Diagnóstico preliminar rápido

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

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

2. Atención psicosocial por personal no especializado

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

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

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

3. Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos

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

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

4. Atención priorizada a grupos de riesgo o alta vulnerabilidad

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

5. Capacitación y transferencia de tecnología

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

El tema se ampliará en otro epígrafe de este capítulo.

6. Promoción y educación para la salud

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

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

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

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

7. Organización comunitaria, participación social y autoresponsabilidad

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

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

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

8. Comunicación Social

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

Algunas recomendaciones útiles son las siguientes:

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

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

9. Coordinación intersectorial e interinstitucional

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

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

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

Los problemas más frecuentes en la coordinación son:

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

Recomendaciones:

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

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

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

4.5 Comunicación social

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

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

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

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

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

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

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

En los modelos de comunicación existen dos variantes principales:

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

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

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

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

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

Un ejemplo de lo anterior son los siguientes aspectos:

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

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

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

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

La información comunitaria y el mensaje cara a cara

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas recomendaciones en las actuaciones en comunicación social:

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

4.6 Capacitación

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

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

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

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

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

Capacitación comunitaria

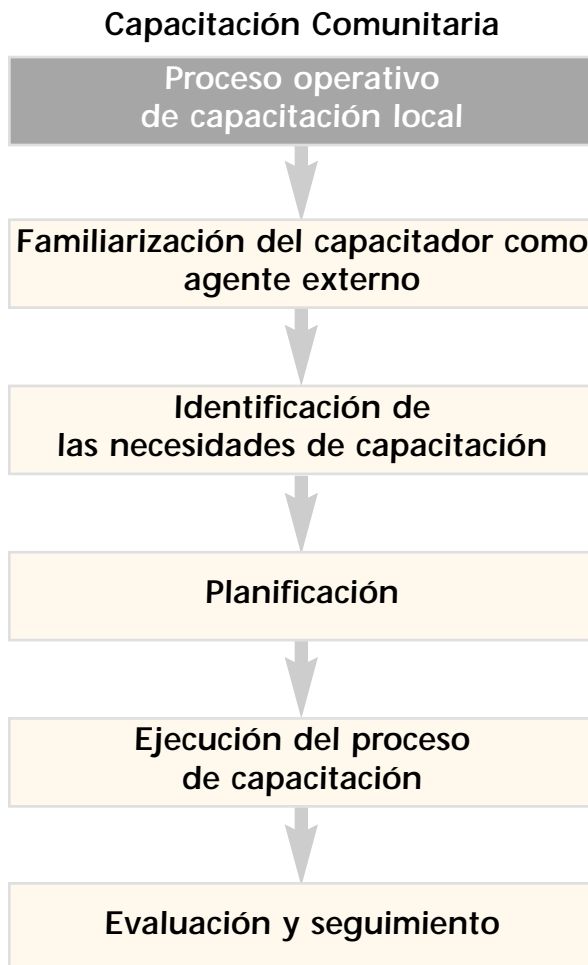
La capacitación comunitaria en la temática de salud mental es un proceso dinámico de formación que fortalece la persona y la colectividad. Se fundamenta en la identificación de necesidades y de los recursos disponibles. También es multidimensional, en la medida que se relaciona con otras áreas de abordaje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

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

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

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

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



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

I. Aspectos generales e introductorios.

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

II. Salud mental.

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

III. Aspectos específicos.

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

4.7 Sostenibilidad y continuidad de las acciones

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

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

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

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

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

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

4.8 Breves consideraciones sobre la etapa de recuperación psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué se hace?:

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

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

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

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

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

Los proyectos productivos como una estrategia de recuperación psicosocial

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

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

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

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

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

Los proyectos productivos permiten:

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

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

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

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

(Experiencia en Buenaventura) (20).

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

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

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

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

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

Algunos de los resultados obtenidos:

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

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

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

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

