

MANUALES Y GUIAS SOBRE DESASTRES

Protección de la salud mental

en situaciones
de desastres
y emergencias



DESASTRES
FUNDACIONES
FUNDACIONES

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



Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud

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

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

Washington, D.C., Agosto 2002

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

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

1.5 Vulnerabilidad psicosocial

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

Género

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

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

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

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

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

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

La población infantil y juvenil

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

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

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

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

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

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

Poblaciones desplazadas, refugiados y emigrantes

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

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

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

CAPÍTULO III

MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES Y PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN

3.1 Reacciones no patológicas ante eventos traumáticos en personas adultas

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

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

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

Compartiendo experiencias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas recomendaciones útiles para los afectados, sus familiares y amigos

Para los afectados:

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

Para los familiares y amigos de los afectados:

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

3.2 Trastornos psíquicos más frecuentes

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

Trastornos depresivos y/o de ansiedad

Manifestaciones clínicas:

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

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

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

Pautas de actuación:

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

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

Trastorno por estrés agudo

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

Manifestaciones clínicas:

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

Pautas de actuación:

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

Conducta o ideación suicida

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

Factores o condiciones que incrementan el riesgo suicida:

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

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

Pautas de actuación:

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

Trastornos disociativos o de conversión

Manifestaciones clínicas:

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

Pautas de actuación:

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

Trastorno psicótico agudo

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

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

Sus manifestaciones clínicas son:

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

Deben considerarse como posibles causas orgánicas las siguientes:

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

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

Pautas de actuación:

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

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

Los estados de pánico

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

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

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

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

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

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

Pautas de actuación:

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

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

Trastorno por estrés postraumático

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

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

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

Pautas de actuación:

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

Consideraciones generales sobre la atención clínica a los trastornos psíquicos

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

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

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

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

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

Entre los portadores de trastornos psíquicos encontramos los siguientes grupos:

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

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

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

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

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

Uso de medicamentos:

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

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

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

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

Criterios de hospitalización:

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

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

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

3.4 Actuaciones en situaciones específicas

Atención a los albergados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas medidas importantes son las siguientes:

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

Atención a las poblaciones desplazadas

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

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

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

- ◇ Asentados.
- ◇ Retornados.
- ◇ Reubicados.
- ◇ Albergados.
- ◇ Refugiados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el individuo:

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

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

En el equipo:

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

En la familia:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5 Los problemas psicosociales de la población infantil y juvenil

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

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

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

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

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

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

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

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

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