Apoyo psicosocial en emergencias y desastres

Guía para equipos de respuesta

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

Apoyo psicosocial en emergencias y desastres

Guía para equipos de respuesta

Área de Preparativos para Situaciones de
Emergencia y Socorro en Casos de Desastre

Panamá • junio 2010

INTRODUCCIÓN

Esta guía práctica de salud mental y apoyo psicosocial ha sido producida con un enfoque psicosocial y comunitario, en donde el centro de la intervención permita detectar y anticipar problemas y fortalezas con una perspectiva comunitaria. Lo psicosocial no es una dimensión aislada o separada que haya que considerar en la atención a los afectados por un desastre, es un concepto transversal a todas las decisiones que se toman para la respuesta en situaciones de emergencias o desastres.

Se ha diseñado para que sea una herramienta de fácil uso y aplicación para los equipos de respuesta en emergencias. De forma prioritaria va dirigida a los equipos de atención primaria de salud y a aquellas personas, instituciones u organizaciones que participan con estos equipos en las tareas de atención de emergencias y provisión de ayuda humanitaria. Explica lo que el personal de atención primaria de salud debe conocer para diagnosticar la situación de salud mental, evaluar las necesidades psicosociales y diseñar planes de acción. Dedica especial atención a algunos grupos vulnerables como niños, mujeres y ancianos.

Para la elaboración de la guía se han utilizado como principales referencias la **Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres**, publicada por la OPS/OMS en 2006 y la **Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes**, publicada por el Comité Permanente Interagencial (IASC, por sus siglas en inglés) en 2007.

La guía se ha construido en un proceso muy participativo, compartiendo los diferentes borradores con expertos de varios países de América Latina que pudieron contribuir con ideas y recomendaciones prácticas para ajustar y mejorar el contenido inicial.

I. Efectos de las emergencias y desastres en la salud mental y el bienestar psicosocial

¿Qué se necesita saber?

- El impacto psicosocial de cualquier emergencia o desastre depende de los siguientes factores:
  - La naturaleza del evento: Los eventos inesperados (terremoto), los ocasionados por el hombre (conflictos armados), los que implican una situación de estrés prolongada (desplazamiento forzado) y los de afectación colectiva general producen mayor impacto en la población.
  - El entorno y las circunstancias: Los desastres no escogen a las víctimas, no afectan al azar.
  - Las características de la personalidad y la vulnerabilidad individual de los sobrevivientes: Se valora en primer lugar la personalidad de los individuos y su capacidad de hacerle frente a los eventos catastróficos e inesperados.

En el cuadro siguiente se presentan algunas características de grupos de población más vulnerables.

Niñez	Mujeres	Ancianos	Otros grupos de riesgo
Aún no han construido las defensas suficientes para enfrentar las adversidades y dependen de la ayuda y el apoyo externo. Los más pequeños no tienen la capacidad de comprender plenamente lo que ocurre.	Suelen estar sometidas a condiciones sociales más adversas (en relación con los hombres) y a mayores riesgos para su salud. En situaciones de crisis asumen mayor responsabilidad en el cuidado y mantenimiento de la estabilidad familiar.	Con frecuencia viven en situaciones de privación y desesperanza. Padecen afecciones físicas o emocionales que ocasionan dependencia y sentimientos de minusvalía, disminuyendo su capacidad de adaptación y defensa.	Personas con enfermedad mental o física previa que ocasiona mayor vulnerabilidad del individuo.

Problemas psicosociales

¿Qué se necesita saber?

- Las situaciones de emergencias y desastres producen diversos problemas a nivel individual, familiar, comunal y social. En cada uno de éstos niveles, las emergencias y los desastres deterioran los mecanismos de protección de la persona y acrecientan los riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas. Los problemas pueden ser sociales o de conducta, a continuación se presenta una descripción de cada uno de ellos.

Problemas psicosociales	Problemas de conducta
1. Problemas sociales preexistentes (anteriores a la emergencia): extrema pobreza, pertenecer a un grupo que es objeto de discriminación, marginación y opresión política. 2. Problemas sociales inducidos por la emergencia: separación de los miembros de la familia, desintegración de las redes sociales, destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos, mayor violencia por motivos de género. 3. Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria: debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales.	1. Problemas preexistentes: trastornos mentales graves y abuso de alcohol. 2. Problemas inducidos por la emergencia: duelo, alteraciones emocionales, depresión y ansiedad, incluyendo trastorno por estrés postraumático. 3. Problemas inducidos por la asistencia humanitaria: ansiedad debido a la falta de información respecto a la distribución de alimentos.

Recuerde:

En situaciones de emergencias, todas las personas tienen mecanismos psicológicos para enfrentarse al estrés, dan prueba de resistencia (capacidad que tiene una persona de afrontar una situación desfavorable).

II. Primeras acciones de la respuesta

Las primeras 72 horas

¿Qué se necesita saber?

- Las medidas y decisiones que se tomen en las primeras 72 horas en una situación de emergencia sientan las bases para una respuesta eficaz durante las semanas siguientes. La responsabilidad principal de la respuesta ante una crisis le corresponde a las autoridades del país.

¿Qué hay que hacer?[1]

- Realizar una visita al lugar de la emergencia para llevar a cabo una evaluación preliminar. Verificar de inmediato la naturaleza y el alcance de la situación de emergencia mediante consultas con el personal, los funcionarios del gobierno, otras agencias u organizaciones locales, la población y los medios de comunicación y coordinar las evaluaciones de daños y análisis de necesidades iniciales de salud mental (EDAN-SM).

- Establecer contacto con todo el personal de salud mental y apoyo psicosocial a su alcance y verificar su disponibilidad, en caso necesario, solicitar personal adicional.

- Consultar el plan de preparación y respuesta en salud mental y apoyo psicosocial, adaptarlo a la situación y establecer un mecanismo de coordinación permanente.

- Diseñar intervenciones sobre la base de una información suficiente y fijar un calendario de actividades.

- Establecer un sistema para compartir los resultados y mejorar la práctica.

Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental y comunitaria

¿Qué se necesita saber?

- La evaluación rápida de la situación de salud mental después de un desastre o emergencia es parte de la evaluación de daños y análisis de necesidades de salud y debe facilitar las acciones prioritarias e inmediatas que se requieran en este campo. Le ayuda a:

1 Basado en la Guía IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial, matriz de intervención, punto 2. Diagnóstico de la situación, pág 24

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

- Para la EDAN en salud mental se toman como referencia los primeros 30 días.

- Hay tres etapas en el proceso de evaluación:

  Inicial: se efectúa en las primeras 72 horas posteriores al evento. La evaluación inicial es comunitaria, la comunidad participa en la primera respuesta a través de organizaciones comunitarias, grupos de socorro y salvamento o trabajadores de la salud del nivel primario. Esta información servirá de base para el análisis posterior especializado.

  Intermedia: registra la evolución de la situación de la salud mental en forma continua durante las primeras 4 semanas.

  Final: se lleva a cabo al finalizar la etapa intermedia.

  Las dos últimas etapas (la evaluación intermedia y la final) requieren la participación del personal de salud mental y apoyo psicosocial, que debe ampliar y complementar la evaluación inicial comunitaria.

Recuerde:

Al realizar la EDAN-SM se pueden detectar personas en albergues o refugios y grupos de población desplazada, por lo que se requiere establecer mecanismos de intervención empleando criterios participativos que involucren a todos y todas, con el objetivo de organizar y fortalecer la estructura social comunitaria.

III. Esferas de actuación y apoyo psicosocial

¿Qué se necesita saber?

- Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) es una expresión compuesta que se utiliza en ésta guía para describir cualquier tipo de acción y apoyo, cuyo propósito sea proteger o promover el bienestar psicosocial u ofrecer tratamiento a trastornos de la conducta.

¿Qué hay que hacer?

- Asuma que las respuestas emocionales son normales ante una situación anormalmente abrumadora.
- Integre componentes de ayuda humanitaria e intervenciones sociales (alimentación, educación, vivienda, trabajo, etc.) haciendo posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.
- Comprometa la participación activa de la comunidad, autoridades y grupos intersectoriales.
- Identifique e intervenga a tiempo las reacciones psicológicas para lograr una pronta recuperación. A continuación se presentan modelos de respuestas e intervenciones psicosociales que se pueden aplicar entre las 72 horas y los 3 meses.

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas	• Crisis emocionales. • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas. • Excitación aumentada o "parálisis" por el temor. • Ansiedad difusa. • Deseo-temor de conocer la realidad. • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra. • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas. • Ocasionalmente, estado de confusión aguda.	• Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental. • Socorro y protección. • Satisfacción de las necesidades básicas más inmediatas. • Primera ayuda psicológica.

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primer mes	• Aflicción, miedo y nerviosismo. • Tristeza. • Duelo. • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados). • Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito. • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral.	• Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental. • Ayuda humanitaria. • Facilitar las condiciones para que las personas de la comunidad se movilicen y tengan control sobre la respuesta a la emergencia en todos los sectores. • Enfocar el uso de recursos locales y apoyo de la comunidad. • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con psicopatología. • Intervenciones psicosociales individuales y grupales facilitando las condiciones para prácticas apropiadas, tomando en cuenta la cultura local. • Atención de casos con trastornos psíquicos.
2 a 3 meses	• Ansiedad que se va reduciendo. • Tristeza que persiste por más tiempo. • Tristeza o ansiedad no muy aparentes, pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, auto agresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos). • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas. • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, victimización o impunidad. • Síntomas somáticos que persisten. • Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático.	• Apoyo de la red social. • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados. • Intervención psicológica individual. • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional).
A partir de los 3 meses [1]	• Duelos patológicos. • Conductas que indican riesgo de suicidio. • Somatizaciones tardías [2]. • Cuadro de síntomas de estrés postraumático [3]. Esté alerta si los sobrevivientes presentan los siguientes síntomas: 1. Reviven repetidamente el trauma, a manera de recuerdos o pesadillas. 2. Muestran grave disminución del interés por lo que está pasando, aislamiento y afecto empobrecido (como "congelado"). 3. Excesiva respuesta a estímulos. 4. Trastornos del sueño. 5. Dificultad para concentrarse. 6. Sentimientos de culpa: por haber sobrevivido, por no haber evitado algo. 7. Evasión de actividades, lugares o personas que recuerdan el evento traumático. 8. Aumento de los síntomas cuando está en circunstancias que simbolizan el evento traumático o que se parecen al mismo.	Remita a tratamiento especializado si el cuadro no mejora o afecta notoriamente la vida cotidiana.

(1) Se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriores. Algunos problemas o trastornos pueden mantenerse pasados los 3 meses, por lo que requieran de atención especializada por parte del sistema sanitario local.

(2) Hoy se reconoce que estos no aparecen tan frecuentemente como se creía. Lo usual es que personas que han sobrevivido a situaciones de violencia o situaciones catastróficas experimenten solo algunos síntomas de aquellos que se han incluido tradicionalmente en el trastorno de estrés postraumático.

(3) Fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos.

IV. Primeros auxilios psicológicos

¿Qué se necesita saber?

- Los primeros auxilios psicológicos son la primera ayuda que se brinda a las personas que se encuentran afectadas ante una emergencia, crisis o desastre. Se brindan cuando las dolencias de la persona no obedecen a los daños físicos sino a las emociones de ese momento, tales como: miedo, tristeza, angustia, llanto y dolor.

- Las personas que brindan primeros auxilios psicológicos no necesitan ser profesionales en el campo de la salud mental. La técnica de primera ayuda es sencilla y práctica, pero requiere de un entrenamiento básico para su aplicación.

- Los objetivos de los primeros auxilios psicológicos son:
  - Proporcionar alivio al sufrimiento emocional de inmediato.
  - Reducir el riesgo de que las reacciones llamadas normales se transformen en algo más grave.
  - Ayudar a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia que padecen muchos de los que sobreviven a los desastres.

- La realidad de las circunstancias exige un enfoque breve, flexible, creativo y adaptable. Los componentes de los primeros auxilios psicológicos son:
  - Realizar contacto con las personas
  - Analizar el problema
  - Analizar las posibles soluciones
  - Ejecutar la acción concreta
  - Dar seguimiento
  - Estimulación
  - Ofrecer información

¿Qué hay que hacer?

- Lo primero es mantener una actitud de escucha abierta a lo que las personas manifiesten.

- Valore cuidadosamente las reacciones de las personas afectadas por el desastre e identifique con criterios claros a las que requieren una atención psicológica más urgente para ofrecerles un apoyo personalizado.

- La persona que está en estado de choque o conmoción debe ser alejada del ambiente traumático. Hay que hacerle sentir que está acompañada, sostenerle la mano, abrazarla, acariciarla, hablarle con tono afectuoso y sereno, llamándola por su nombre.

- Si la persona afectada está confundida o no tiene una idea clara de lo que le está sucediendo, el personal de primera respuesta debe mantenerse relajado y contestar las preguntas comunicando claramente que está actuando solidariamente para resolver sus problemas.

- Si la persona expresa sus sentimientos de dolor o frustración con un comportamiento agresivo, por ejemplo, golpeando objetos, acompáñela calmadamente, sin tratar de detenerla inmediatamente, a menos que la seguridad de ella misma o de otros corra peligro.

- Asegúrese de que la primera ayuda psicológica no interfiera, ni complique los primeros auxilios médicos.

- Apoyar en la solución de sus necesidades básicas y de supervivencia (alimentación, agua potable, abrigo, alojamiento, atención médica, etc.).

Recuerde:

✓ En situaciones de emergencias todas las personas tienen mecanismos psicológicos que dan prueba de resistencia y tienen capacidad de hacerle frente relativamente bien a la adversidad.

✓ La persona que realiza la primera ayuda psicológica requiere desarrollar actitudes que permitan establecer lazos psicológicos con las personas en crisis, ganar su confianza y demostrar disposición para ayudarlas.

✓ Combine los equipos de asistencia a los sobrevivientes tanto profesionales como para profesionales. Los trabajadores profesionales y paraprofesionales pueden coordinar sus esfuerzos con éxito a fin de brindar una respuesta de recuperación de catástrofes basada en las teorías sobre la crisis y las técnicas de intervención.

V. Manejo del duelo

¿Qué se necesita saber?

- Es normal que después de la muerte de uno o varios seres queridos haya tristeza, sufrimiento y aflicción. También cuando hay una pérdida importante de la salud como por ejemplo una amputación.

- El periodo de duelo es aquel en que la persona elabora lo sucedido, lo entiende, lo supera y vuelve a reconstruir su vida. Este es un proceso normal que no debe apresurarse, ni tratar de eliminarse, así como tampoco considerarlo como una enfermedad.

- En todas las sociedades existen ritos, normas y formas de expresión del duelo, que se derivan de diferentes concepciones de la vida y la muerte. La realización de los rituales que establece la cultura comunitaria es parte integral del proceso de recuperación de los sobrevivientes.

- El duelo se vivencia con una mezcla de tristeza, angustia, miedo e ira. En el momento más crítico llega a los extremos del dolor emocional muy intenso y la desesperación. Después viene el alivio progresivo y concluye con expresiones de confianza y esperanza renovadas.

- Tenga presente que el proceso de duelo implica: liberarse o dejar atrás la relación con la persona u objeto perdido, adaptarse al mundo en otras condiciones y el esfuerzo por establecer nuevas relaciones.

- El modo de afrontar la pérdida y llevar el duelo adecuadamente está en estrecha relación con factores tales como:

  - La personalidad del sobreviviente y la fortaleza de sus mecanismos de afrontamiento.
  - La relación con la persona perdida.
  - Las circunstancias en que ocurrieron los hechos.
  - Red de apoyo social (familia, amigos y comunidad).

- Tenga presente las manifestaciones psicológicas más frecuentes como las presentadas en el siguiente cuadro:

Recuerdos muy vivos y reiterativos del fallecido y de lo ocurrido.	Nerviosismo.	Miedo y tristeza.	Llanto, deseos de morir.
Problemas con el sueño y el apetito.	Problemas de memoria y para la concentración mental.	Pocas motivaciones y dificultades para retornar al nivel normal de actividad.	Tendencia al aislamiento.
Mezcla de sentimientos o emociones (como, reproche a sí mismo, inculpar a otros, frustración, impotencia, enojo, sentirse abrumado etc.).	Descuido del aspecto e higiene personal.	Manifestaciones corporales diversas no específicas (como mareos, náuseas, dolor de cabeza, opresión precordial, temblores, dificultad para respirar, palpitaciones, sequedad en la boca).	Fatiga.

- En condiciones de grandes catástrofes el duelo supone la necesidad de enfrentar otras muchas pérdidas y tiene un sentido más amplio y comunitario; implica la ruptura de un proyecto de vida, con una dimensión no sólo familiar sino también social, económica y política.

- Tenga en cuenta que con el tiempo, se ha fijado en 3 a 12 meses, la persona acepta la realidad y se dispone a continuar su vida, se atenúan los síntomas hasta que logra un equilibrio emocional y se establecen alternativas de solución.

¿Qué hay que hacer?

- Intente animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida.

- Ayúdele a fortalecer la autoestima.

- Averigue las reacciones previas frente al duelo, lo cual da una idea de cómo las personas se han defendido antes.

- Ayude a superar la negación, confrontando a la persona con la realidad y ayudándole a analizar las perspectivas de una vida que debe continuar, a pesar de la pérdida.

- Refuerce los recuerdos positivos del fallecido.

- Apoye los rituales de aceptación.

- Reinicie las actividades sociales, como prácticas religiosas, deportivas, recreación familiar, etc.

Recuerde

Se puede hablar de duelo patológico cuando: los síntomas perduran más de 12 meses, tienen tendencia a empeorar o provocar exagerado sufrimiento de manera permanente o existe riesgo de complicaciones, como suicidio o consumo exagerado de alcohol.

VI. Salud mental y apoyo psicosocial en albergues

¿Qué se necesita saber?

- Proveer albergues seguros y adecuados en situaciones de emergencias y desastres brinda a la población bienestar y disminuye el estrés.
- En algunas situaciones las personas albergadas o desplazadas pueden alojarse en viviendas de familiares quienes proporcionan no sólo refugio sino también apoyo social.
- El cambio de vivienda siempre es inquietante para toda la familia, especialmente para los niños.
- Tenga en cuenta que los promotores comunitarios o responsables directivos de los albergues no son especialestas en salud mental o apoyo psicosocial.
- El personal que trabaja en albergue debe tener un enfoque amplio e integral y debe asumir una actitud de "escucha responsable".
- Las redes de apoyo familiar y social y la organización comunitaria en los albergues son de suma importancia para enfrentar y afrontar los problemas.
- Capacitar a la comunidad en salud mental y apoyo psicosocial ayuda a que esta pueda generar sus propias fortalezas y disminuir su vulnerabilidad.[2]

Información para proteger a niños, niñas y adolescentes en albergues

- Trate de mantenerse aseado, al igual que a sus hijos/as. En la medida de lo posible, lave su ropa.
- Vele por su hijo/hija u otros niños/as, no tomen agua contaminada y no toquen materiales y substancias peligrosas.
- Vele por que los niños, niñas y adolescentes jueguen y se recreen en lugares seguros y apropiados.
- Permita que los niños y niñas se expresen y den a conocer sus opiniones o sus temores.
- Tranquilice a sus hijos/as. Hágales sentir que usted está a su lado y que ellos están seguros.
- Enseñe a su niño y niña su nombre y de dónde proviene.
- Si ve que un niño o una niña está solo, apunte o recuerde su nombre, el nombre de sus padres y proveniencia. Repórtelo con algún voluntario o coordinador. Si no hay nadie, busque comunicarse con alguna autoridad.
- Si conoce al niño o niña que está solo, por ser su familiar o vecino en la comunidad, quédese con él o ella mientras encuentra a su familia.
- Vele por todos los niños y niñas. Si alguien los maltrata o les hacen daño, repórtelos con el/la coordinador/a del albergue.
- Organice con otros actividades de deporte, juegos y canciones

2 UNICEF. El retorno de la alegría. (2006). Un programa de emergencia de recuperación psicosocial para niños, niñas, adolescentes y sus familias afectados por desastres naturales. Manual para capacitación de capacitadores. Colombia

VII. Protección a la niñez y acceso a educación segura

¿Qué se necesita saber?

- Las situaciones de emergencias pueden generar: desplazamientos, falta de acceso a la asistencia humanitaria básica, romper las estructuras familiares y sociales, violencia y falta de acceso a servicios básicos. Precisamente, son éstas algunas de las causas que conducen a graves deficiencias en la protección de la infancia contra la violencia, la explotación, los malos tratos y el abandono.

- Entre los seres humanos, la capacidad de adaptación está marcada por las diferentes etapas de su desarrollo biológico, roles sociales y por el acceso a recursos y conocimientos. Es por ello que las condiciones de vulnerabilidad varían también con relación a la edad, lo cual se evidencia más si consideramos los factores de protección y de riesgo entre los niños de distintas edades.

- En el caso de los niños y niñas, las emergencias pueden producir trastornos importantes por la rapidez con que ocurren los cambios y la manera en que son afectados. A las pérdidas directas del entorno familiar y vecinal hay que agregar múltiples factores indirectos que hacen más difícil el entorno, debilitan la autoestima, hacen más precarias las condiciones de vida y alteran las perspectivas de desarrollo futuro.

- Es importante asegurar la continuidad de las actividades educativas después de una emergencia, debido a que ayuda a:
  - Reducir el estrés psicosocial, le da un sentido de seguridad por el retorno a su grupo.
  - Ofrece la oportunidad de atender las necesidades inmediatas.
  - Ayuda a prepararse para situaciones futuras.
  - Permite que los padres y madres reestablezcan su vida familiar.

A continuación se presentan algunas de las reacciones psicológicas en niños, niñas y adolescentes que enfrentan situaciones de emergencias y desastres.

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
0 a 2 años	▸ Excitación ▸ Gritos y llanto frecuentes ▸ Apego exagerado a los padres (no toleran separarse). ▸ No duermen o se despiertan frecuentemente. ▸ Reaccionan exageradamente ante todo tipo de estímulo y es difícil tranquilizarlos.	▸ Trastornos del sueño. ▸ Pérdida de apetito ▸ Apego excesivo a los padres ▸ Apatía. ▸ Conductas regresivas.	▸ Alteraciones del sueño. ▸ Aumenta la tolerancia a la separación física. ▸ Llanto injustificado.

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

¿Qué hay que hacer?[3]

- Observar y escuchar: Esté atento a lo que dicen los niños y niñas, tanto verbalmente como a través de su comportamiento. Observe lo que hacen mientras usted esté hablando o mientras están jugando solos o con otros.
- Iniciar tan pronto como sea posible las actividades de apoyo y recuperación emocional.
- Disponer de información sobre la niñez de la comunidad.
- Promover espacios de aprendizajes protegidos.
- Hablar sobre lo ocurrido.
- Disponer de tiempo y paciencia.
- Proveer seguridad y confianza reestablecer la cotidianidad a la mayor brevedad.
- Respetar las diferencias.
- No separar a los niños de sus padres.
- Permitir la expresión de los sentimientos, pensamientos y recuerdos.
- Ayude a la familia y a los maestros.[4]
- Hable con los padres o con otros adultos que conocen al niño o niña. Pregúntele si está comportándose de manera diferente en algún sentido, ¿han ocurrido cambios en su personalidad, en sus hábitos personales o en su concepto de la vida? o ¿piensan los adultos que el niño o niña necesita ayuda?.
- Hable con el niño o niña sobre las cosas diarias y observe cómo responde. Préstele atención. ¿Escucha y comprende lo que le está diciendo?, ¿tiene un nivel de compresión satisfactorio? ¿parece el niño o niña perturbado o confundido (a)? ¿es capaz de concentrarse?.
- Observe al niño o niña mientras juega y observe si lo hace de forma apropiada para su edad, ¿juega de forma similar a la de otros niños o niñas o lo hace de forma diferente?.

3 Para más detalles referirse a: Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington DC 2006. Serie manuales y guías sobre desastres No. 7. Capítulo V.

4 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Macksoud, M. (1993). Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la Guerra. Manual para padres, madres y maestros. New York.

VIII. Personas con discapacidades

¿Qué se necesita saber?

- Las personas con discapacidades tienen limitaciones físicas o psíquicas que afectan o limitan sus actividades de la vida diaria y que pueden requerir adaptaciones especiales.
- Estas personas tienen necesidades precisas, cada grupo está en alto riesgo ante un desastre. Los patrones normales de cuidado o asistencia que reciben y sus propias adaptaciones normales para producir niveles aceptables de funcionamiento son interrumpidos por desastres.
- En situaciones de emergencias o desastres los suministros de medicinas, aparatos de asistencia tales como sillas de ruedas, cuidadores, familiares y programas de tratamiento pueden no estar disponibles.
- El estrés puede exacerbar la enfermedad mental pre-existente.
- Los mentalmente enfermos o con retrasos en su desarrollo también pueden tener menos recursos de enfrentamiento adaptativo disponible y menos habilidad para movilizar ayuda para ellos mismos.
- Son especialmente vulnerables a la marginalización, al aislamiento y a la "victimización secundaria".
- Están en un gran riesgo de malnutrición, enfermedades infecciosas (por ejemplo, en una situación en un albergue) y de los efectos de falta de cuidado adecuado de la salud post-desastre.

¿Qué hay que hacer?

- Activar o establecer un grupo intersectorial de coordinación de salud mental y apoyo psicosocial para cuidados competentes y comprensión de su vulnerabilidad particular.
- Vincularse con servicios de salud existentes para velar por la atención básica de la salud física y mental a lo largo de la emergencia.
- Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas.

IX. Intervención psicológica individual en adultos mayores

¿Qué se necesita saber?

- Los adultos mayores pueden ser especialmente vulnerables durante e inmediatamente después de un evento crítico. Es más probable que tengan impedimentos físicos, vivan solos y carezcan de ayuda y de otros recursos. Pueden tener que afrontar el *shock* de perder todo lo que habían conseguido en la vida: casa, familia, empleo y seguridad.

- Hay que tener en cuenta que:

Los adultos mayores tienen dificultad en:	▸ Evacuar. ▸ Responder a anuncios públicos. ▸ Reconocer peligros. ▸ Buscar cuidado médico. ▸ Usar recursos. ▸ Estar parados en línea-agua/alimento.
Cuentan con recursos para atender a los desastres:	▸ Destrezas. ▸ Experiencia. ▸ Tiempo. ▸ Perspectiva histórica.
Reacciones típicas en los adultos mayores:	▸ Aumento de los recuerdos relacionados con el pasado y los amigos, y deseo de volver a conectarse con ellos. ▸ Mayor dependencia de la familia y rechazo de la asistencia proveniente de las autoridades. ▸ Miedo a morir. ▸ Visión deprimente del futuro (la vida nunca será tan buena como en el pasado). ▸ Regresión (en general un retorno temporal a un estado previo, habitualmente peor). ▸ Sentimiento de múltiples pérdidas (personales, materiales, de la dignidad, de la esperanza en el futuro). ▸ Desorientación, debido a la interrupción de la rutina. ▸ Utilización de la negación como reacción defensiva normal. ▸ Reacción inmediata de miedo, seguida de ira y frustración cuando no son capaces de controlar la situación. ▸ Dificultades de concentración y comunicación. ▸ Reacciones fisiológicas (especialmente trastornos del sueño y del apetito).

¿Qué hay que hacer?

- Procurar un entorno seguro.
- Asegurarse de que no estén aislados e identificar los vínculos y relaciones estables.
- Explicar que las reacciones experimentadas son normales.
- Hablar del evento de forma objetiva.
- Brindar apoyo y promover la confianza facilitándole acceso a los servicios asistenciales.
- Ayudarlos a mantener el sentido de identidad y a contribuir a preservar la cohesión de la comunidad.
- Brindar oportunidades de que generen una sensación de continuidad cultural e historia (tomando en cuenta las diferencias culturales).
- Establecer rutinas.
- Generar oportunidades de que se sientan útiles y valorados.

Recuerde:

Las personas mayores se enfrentan a situaciones particularmente peligrosas por el aumento considerable de conflictos y desastres naturales, sin embargo, no siempre son identificados como grupos vulnerables. Los derechos de las personas mayores, sus necesidades y sus capacidades deben ser reconocidos por todos los programas de emergencia. [5]

5 Para ampliar este punto le recomendamos visitar la página de Helpage International: http://www.helpage.org/es/Emergencias

X. Problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal humanitario

¿Qué se necesita saber?

- El estrés en trabajadores humanitarios no es señal de debilidad o vulnerabilidad, es una reacción natural del ser humano cuando enfrenta situaciones como vivencia excesiva del sufrimiento humano, muertes traumáticas, situaciones amenazantes para su propia integridad física, la pérdida de compañeros, entre otros factores.

- Existen factores de riesgo que influyen en la eficiencia del trabajador o equipo de respuesta y que favorecen la aparición de problemas psicosociales. Entre ellos tenga presente:

Factores individuales

- Enfermedades crónicas.
- Problemas o situaciones previas que provocaron estrés.
- La edad: los más jóvenes están más propensos a sufrir problemas emocionales que los mayores.
- Pérdidas personales o lesiones.
- El personal de respuesta puede resultar lesionado.

Factores interpersonales

- Las responsabilidades laborales pueden generar situaciones de conflicto con la familia.
- El tiempo prolongado de separación puede generar sentimientos de nostalgia y de abandono.
- Muchas peculiaridades propias de cada personalidad (humor negro, conducta desconfiada, tardanza, mal humor, etc.) pueden causar conflictos cuando el grupo está bajo presión prolongada.

Factores comunitarios

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

Factores propios del desastre

- Los desastres tecnológicos producen más estrés para las víctimas y los equipos de respuesta.
- Los desastres que ocurren de noche pueden producir más víctimas y problemas emocionales que los que ocurren durante el día, ya que las personas están dormidas.
- La duración del desastre.
- El grado de incertidumbre y la presencia de réplicas, la inestabilidad de estructuras colapsadas, los rumores de grupos armados en la zona o la amenaza de ataques.
- El cambio repentino del aspecto físico de la comunidad (si ha sido devastador, dificulta la comprensión de lo ocurrido y fuerte impacto psicológico).

Estímulos traumáticos	Problemas de organización
▸ Estar en contacto directo durante un tiempo prolongado con personas que mueren mientras son rescatados.	▸ Ausencia de un lugar dónde descansar.
▸ Encontrar niños muertos o con graves heridas. El personal tiende a identificarse con ellos, en especial si tienen hijos en edades similares.	▸ Falla en la misión (confusión en las órdenes).
▸ La presencia de gran cantidad de cadáveres, en especial, si están mutilados.	▸ Presión ocupacional.
	▸ Trabajo que requiere de un gran esfuerzo físico y mental por un tiempo prolongado.
	▸ Interferencia en las funciones.
	▸ Baja recompensa.
	▸ Conflicto en las funciones.

¿Qué hay que hacer?[6]

- Realizar actividades preventivas como:
  - Definir perfiles para cada tipo de especialidad o labor y pautar, como rutina anual, un proceso de evaluación en salud mental.
  - Incluir en las acciones de protección de la salud mental una amplia gama de trabajadores; un ejemplo puede ser el personal que se desempeña en las centrales telefónicas de emergencias.
  - Los programas de capacitación y entrenamiento deben evaluar la capacidad de los participantes para trabajar bajo presión, realizar labores en equipo, tolerar la frustración, manejar el miedo e incluir temas relacionados con el auto cuidado de la salud mental, en los contenidos temáticos.
- Realizar actividades para el cuidado del personal después que retorne la normalidad y se reintegre a la vida cotidiana tales como:

Red social y familiar	Vida saludable
▸ Buscar compañía y hablar con otras personas.	▸ Regresar a su rutina lo antes posible (después de haber pasado por un proceso de apoyo psicológico).
▸ Participar en actividades familiares y sociales.	▸ Realizar ejercicios físicos y de relajación.
▸ Observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos.	▸ Buscar contacto con la naturaleza.
▸ Reflexionar sobre la experiencia que ha vivido y lo que significa como parte de su vida.	▸ Descansar y dormir lo suficiente.
▸ Escribir relatos de los acontecimientos, ayudar a revalorar lo sucedido y darle sentido a las labores que realiza.	▸ Alimentarse de forma balanceada y regular.
	▸ No tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol o drogas.

6 Ver además Ficha de acciones 4-A Guía IASC de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, pág. 97.

ANEXO 1

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

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

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

ANEXO 1

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

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

Comentarios sobre:

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

b.) Otras consideraciones.

ANEXO 1

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

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

ANEXO 2

Lista de acciones que constituyen la respuesta mínima

Función o esfera	Lista de acciones
A. Funciones comunes a todas las esferas.	
1. Coordinación.	1.1 Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
2. Diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación.	2.1 Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud y apoyo psicosocial. 2.2 Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación.
3. Protección y normas de derechos humanos.	3.1 Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial. 3.2 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las deficiencias en los sistemas de resguardo, y responder a dichas amenazas, mediante medidas de protección social. 3.3 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las abusos mediante medidas de protección jurídica.
4. Recursos humanos.	4.1 Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local. 4.2 Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal. 4.3 Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria. 4.4 Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios.
B. Esferas básicas de salud mental y apoyo psicosocial.	
5. Organización comunitaria y apoyo a la comunidad.	5.1 Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores. 5.2 Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades. 5.3 Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas. 5.4 Facilitar el apoyo a los niños de corta edad (0 a 8 años) y a quienes los educan.

ANEXO 2

Lista de acciones que constituyen la respuesta mínima

Función o esfera	Lista de acciones
6. Servicios de salud.	6.1 Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud. 6.2 Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental. 6.3 Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones. 6.4 Informarse sobre los sistemas terapéuticos locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración. 6.5 Minimizar los daños derivados del consumo de alcohol y otras sustancias.
7. Educación.	7.1 Mejorar el acceso a una educación segura y que sea fuente de apoyo.
8. Difusión de información.	8.1 Proporcionar a las poblaciones afectadas información sobre la emergencia, el contexto y las actividades de ayuda, así como sobre sus derechos legales. 8.2 Proporcionar acceso a información sobre recursos y estrategias para hacer frente a la situación.
C. Consideraciones sociales en las esferas sectoriales.	
9. Seguridad alimentaria y nutrición.	9.1 Incluir consideraciones concretas de índole social y psicológica en la provisión de alimentos y apoyo nutricional (seguridad, dignidad con respeto a las prácticas culturales y a las funciones de los miembros de la familia).
10. Provisión de albergues y planificación de emplazamientos.	10.1 Incluir consideraciones sociales concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad, dignidad, asistencia cultural y socialmente apropiada).
11. Abastecimiento de agua y saneamiento.	11.1 Incluir consideraciones sociales concretas (acceso digno, culturalmente apropiado y seguro para todos) en el abastecimiento de agua y saneamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comité Permanente entre Organismos (IASC) / Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencias humanitarias y catástrofes. – Ginebra: IASC, 2007.-- http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_spanish.pdf

Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) / Albergues en Escuelas : ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Por qué?. – Panamá : EIRD; UNICEF, 2008.
http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17180/doc17180.htm

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja / Apoyo psicológico basado en la comunidad : Manual de formación. – Ginebra : FICR, 2003.
http://www.ifrc.org/Docs/pubs/health/psycholog/psp-manual-sp.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) / Manual para situaciones de emergencia sobre el terreno : Una guía para el personal de UNICEF. -- New York : UNICEF, 2005.
http://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Emergency_Field_Handbook_SP.PDF

Guatemala. Ministerio de Educación; Guatemala. Ministerio de Salud Pública; Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED). Secretaria Ejecutiva / Guía didáctica de apoyo psicosocial para niños y niñas ante situaciones de desastre. – Guatemala : CONRED, 2006.
http://www.unicef.org.gt/14comunicacion/paquete_gestionderiesgo/otros_materiales/guia_basica_apoyo_emocional_ninasyninos.pdf

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud / Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud mental en situaciones de desastres : Guía de evaluación EDAN-SM. – Guatemala : Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; OPS/OMS, 2006.
http://www.minsa.gob.ni/bns/salud_mental/doc/EDANversion9.pdf

HelpAge Internacional; UN High Commissioner for Refugees (UNHCR) / Personas mayores en desastres y crisis humanitarias: Líneas directrices para la mejor práctica. – London : HelpAge International, s.f.
http://www.helpage.org/es/Global/AmricaLatina-CentrodeDesarrolloRegional/Materiales

Macksoud, Mona / Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la Guerra : Manual para padres, madres y maestros. – New York : UNICEF, 1993.
http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Para_ayudar_ninos_frente_guerra.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud / Apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y desastres : Guía para equipos de respuesta. – Panamá : OPS/OMS, mayo 2010. (Borrador) (http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17999/doc17999-contenido.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud / Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. – Washington D.C. : OPS/OMS, 2006. – (Manuales y guías sobre desastres, 7)
http://www.helid.desastres.net/en/d/Js13489s/

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud / Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. – Quito : OPS/OMS, 2002. – (Manuales y guías sobre desastres, 1)
http://www.paho.org/spanish/dd/ped/SaludMental01.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH). Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) / Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. – Washington, D.C. : OPS/OMS, s.f.
http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17362/doc17362.htm

El Proyecto Esfera / Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastres. – Ginebra : El Proyecto Esfera, 2004.
http://www.sphereproject.org/content/view/27/84/lang,spanishf/

MEDIOS ELECTRÓNICOS CONSULTADOS EN INTERNET

Cohen, Raquel / Adultos mayores y desastres. Extraído el 8 de junio, 2009, de
Site: raquelcohendisaster.com/Materials/Adultos%20mayores.ppt

HelpAge international. Emergencia-Antecedentes. Extraído el 20 de junio, 2009, de: http://www.helpage.org/es/Emergencias

Revista de Psicotrauma. Vol. 2, nº 1, marzo 2003. Extraído el 20 de junio, 2009, de: http://www.psicotrauma.com.ar/indices.htm

Centro Regional de Información sobre Desastres América Latina y El Caribe. Extraído el 20 de junio, 2009, de **http://vcd.crid.or.cr/vcd/index.php/CAPACIDAD_DE_SEGUIR_ADELANTE_O_DE_ENFRENTAR**

Adultos Mayores y Desastres. Dra. Raquel Cohen. Extraído el 8 de junio, 2009, de
Site: **raquelcohendisaster.com/Materials/Adultos%20mayores.ppt.**

Revista de Psicotrauma. (2003,marzo) Vol. 2, nº 1. Extraído el 20 de junio, 2009, de **http://www.psicotrauma.com.ar/indices.htm**

Esta guía práctica de salud mental y apoyo psicosocial ha sido producida con un enfoque psicosocial y comunitario, de forma que la intervención permita detectar y anticipar problemas y fortalezas con una perspectiva comunitaria. Lo psicosocial no es una dimensión aislada o separada que haya que considerar en la atención a los afectados por un desastre, es un concepto transversal a todas las decisiones que se toman para la respuesta en situaciones de emergencias o desastres.

Se ha diseñado para que sea una herramienta de fácil uso y aplicación para los equipos de respuesta en emergencias. Explica lo que el personal de atención primaria de salud debe conocer para diagnosticar la situación de salud mental, evaluar las necesidades psicosociales y diseñar planes de acción. Dedica especial atención a algunos grupos vulnerables como niños, mujeres y ancianos.

Para la elaboración de la guía se han utilizado como principales referencias la "Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres", publicada por la OPS/OMS en 2006 y la "Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes," publicada por el Comité Permanente Interagencial (IASC, por sus siglas en inglés) en 2007.

Este documento puede ser consultado en Internet en:
www.paho.org/desastres

9 789275 331262

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

Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre

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

Con el apoyo financiero de:

USAID
EMBAJADA DE ESPAÑA EN PANAMÁ
aecid
Canadá