

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

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias
Washington, D.C.: OPS © 2002
(Manuales y Guías sobre Desastres N° 1) –107p. –
ISBN 92 75 32421 2

I. Título

II. Autor

III. Series

1. SALUD MENTAL
2. EFECTOS DE DESASTRES EN LA SALUD
3. EMERGENCIAS EN DESASTRES
4. EVALUACION DE IMPACTO
5. TERRORISMO (DESASTRE)

LC HV593.O68p5

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

Una publicación del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, en colaboración con el Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, total o parcialmente, esta publicación, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes pueden dirigirse al Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA.

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la División de Ayuda Humanitaria Internacional de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (IHA/CIDA) y la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/USAID), y el Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Foto de portada: OPS/OMS

Contenido

Agradecimientos	.iii
Presentación	.v
Capítulo I. Antecedentes y consideraciones generales	.1
1.1 Consideraciones generales sobre la atención de la salud mental	.2
1.2 Desastres naturales	.3
1.3 Violencia y sus efectos psicosociales	.4
1.4 Terrorismo	.5
1.5 Vulnerabilidad psicosocial	.6
Capítulo II. Lecciones aprendidas	.9
2.1 Preparativos del sector salud para la protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias	.10
2.2 Manifestaciones psicosociales más frecuentes en los desastres naturales y conflictos sociales	.17
2.3 Mitos y realidades	.20
Capítulo III. Manifestaciones psicosociales y pautas generales de actuación	.21
3.1 Reacciones no patológicas ante eventos traumáticos en adultos	.21
3.2 Trastornos psíquicos más frecuentes	.25
3.3 Criterios generales para la remisión a un especialista, uso de medicamentos y hospitalización	.32
3.4 Actuaciones en situaciones específicas	.33
3.5 Los problemas psicosociales de la población infantil y juvenil	.41
3.6 Intervención en crisis	.49
3.7 El trabajo de grupos	.54
Capítulo IV. Hacia un plan de salud mental en situaciones de desastres	.57
4.1 Consideraciones generales para preparar un plan	.57
4.2 Principios básicos del plan	.66
4.3 Objetivos de un plan de salud mental	.67
4.4 Líneas de acción	.68
4.5 Comunicación social	.72
4.6 Capacitación	.75
4.7 Sostenibilidad y continuidad de las acciones	.77
4.8 Breves consideraciones sobre la etapa de recuperación psicosocial	.78
Conclusion. Principales desafíos y retos en la atención de salud mental	.85
Anexo. Esquema general de un plan de atención en salud mental en situaciones de emergencia y desastre	.87
Bibliografía	.93



AGRADECIMIENTOS

Esta obra es el resultado del esfuerzo colectivo de un numeroso grupo de personas e instituciones de América Latina y el Caribe. Su desarrollo ha sido producto de un proceso abierto y participativo con contribuciones y opiniones de más de 60 expertos.

De manera muy especial, deseamos agradecer la paciente e incansable contribución de Jorge Rodríguez, Consultor de Salud Mental de la OPS/OMS en Guatemala. Han tenido además una participación decisiva en la edición final Lorena Sáenz (Universidad de Costa Rica), Silvia Halsband (Consultora privada en Costa Rica) y Santiago Valero (Ministerio del Interior de Perú / Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres).

Por su apoyo profesional y técnico, y con el riesgo de omitir involuntariamente los nombres de otros expertos, deseamos expresar además nuestro agradecimiento a las siguientes personas:

Beristain, Carlos M (España)

Cohen, Hugo (OPS)

De la Torre, Alejandro (OPS)

Fernández, Luis (Comando Sur / USA)

Gómez, Claudia (Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Jarero, José Ignacio (Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis)

Martín, Ignacio (Solidaridad Internacional-Colombia)

Pewitt, Joseph O. (Cruz Roja Americana)

Quiroz, Nydia (UNICEF)

Romero, Cesar (UNICEF)

Salazar, Sandra (Solidaridad Internacional-Colombia)

Sein, Enrique (Universidad Nacional del Comahue / Neuquen, Argentina)

Zaccarelli, Mónica (OPSColombia)

Gracias a todos ellos esta obra es hoy una realidad.



PRESENTACIÓN

Los efectos de los desastres sobre la salud se manifiestan tanto en lo físico, lo mental y lo social. Tradicionalmente, se ha brindado una atención más detallada solo a los aspectos físicos y sociales. Los programas de salud en las emergencias se han dirigido básicamente a la atención médica inmediata, al problema de las enfermedades transmisibles, agua y saneamiento ambiental, así como los daños a la infraestructura sanitaria. Afortunadamente, en los últimos años, se ha comenzado a prestar atención al componente psicosocial, que siempre está presente en estas tragedias humanas, pero dimensionando lo psicosocial en un sentido amplio que abarca no solo la enfermedad psíquica, sino también otra gama de problemas como la aflicción, el duelo, las conductas violentas y el consumo excesivo de sustancias adictivas.

Esta guía responde a la preocupación e inquietud creciente mostrada por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la comunidad internacional en responder mejor al impacto de los desastres y emergencias en la salud mental de la población. Se ha abordado el tema tratando de eliminar muchos de los estigmas que aún existen –incluso entre profesionales de la salud– sobre las enfermedades mentales y otros problemas de la conducta humana.

Además de los desastres provocados por amenazas naturales, también los efectos generados por la violencia social masiva y las guerras han provocado un gran impacto sobre la salud mental de las personas que han tenido que huir presas del miedo, han sufrido heridas y mutilaciones, la muerte de seres queridos, y graves pérdidas económicas. Igualmente, la salud mental se ve afectada como resultado de los desplazamientos de grandes grupos humanos, de la vida en campamentos, o del hacinamiento en suburbios de muy difíciles condiciones sanitarias y económicas. En estas circunstancias las necesidades de atención psicosocial son especialmente altas debido al estrés al que la población está sometida y a los traumas específicos de grupos con mayor vulnerabilidad. En este contexto, son muchos los países de América Latina y el Caribe que además presentan una baja capacidad de respuesta a los problemas de salud mental en situaciones de emergencia.

Es indudable que en situaciones de emergencia debe esperarse un incremento de reacciones emocionales intensas. La gran mayoría de estas manifestaciones son normales, pero la baja cobertura de los programas de salud mental en esta región no permite una identificación rápida, en caso de desastres, de las personas que requieren de un apoyo especial. La literatura disponible y la experiencia nos enseñan que el abordaje temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo.

Este documento es el producto de consultas intensas con más de 60 expertos en el tema provenientes de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), de la Cruz Roja Americana, de UNICEF, del Comando Sur de las Fuerzas Armadas de EUA, así como de múltiples universidades, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Su objetivo es servir de guía práctica de planificación para actuar en el período agudo o crítico de la emergencia y no incluye el abordaje de los problemas psicosociales que surgen en el mediano y largo plazo (a partir del segundo o tercer mes), porque se parte del supuesto que

estos deben ser atendidos por los programas y servicios de salud regulares. Se ha orientado, sobre todo, al trabajo comunitario y promueve la coordinación entre las múltiples organizaciones que trabajan en el campo de la salud mental con enfoques, frecuentemente, diferentes.

Está dirigida especialmente a los gerentes de salud, personal profesional y técnico que tienen relación con el trabajo de salud mental, incluyendo a los ministerios de salud, cruz roja, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones de la sociedad que actúan en el campo de lo psicosocial en situaciones de desastres y emergencias.

Jean Luc Poncelet, Jefe Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre

José Miguel Caldos de Almeida, Jefe Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES GENERALES

En el contexto de este libro, consideramos emergencia una situación catastrófica o desastre que se produce por un evento natural (terremoto, erupción volcánica, huracán, deslave, grandes sequías, etc.), accidente tecnológico (ejemplo: explosión en una industria) o directamente provocada por el hombre (conflicto armado, ataque terrorista, accidentes por error humano, etc.) en la que se ve amenazada la vida de las personas o su integridad física y/o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano. Por lo general, se sobrecargan los recursos locales, que se tornan insuficientes, y quedan amenazadas la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad.

En las grandes emergencias se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

El término emergencia compleja se ha usado para expresar más claramente el carácter agravado y la presencia de diversos factores y condiciones que complican la situación existente en determinadas catástrofes; el ejemplo más claro y típico son los conflictos armados. En las emergencias complejas hay, por lo general, efectos devastadores con secuelas de mediano y largo plazo. Se define la existencia de una crisis humanitaria, donde se producen violaciones de los derechos humanos; el derecho a la vida, la integridad personal, la libre circulación, la vivienda digna, la educación, la salud y la propiedad privada, no se respetan o son simple letra muerta.

Los conflictos armados son el tipo de catástrofe –causada por el hombre– más devastadora y abominable; entre sus efectos más complejos está el de las poblaciones desplazadas, con serias implicaciones políticas, económicas, sociales, legales y sanitarias. El recrudecimiento cada vez mayor de la violencia en todas sus modalidades, facilita que la misma se perpetúe e introduzca en el tejido social como una forma habitual de conducta, y crea efectos que pueden perdurar en varias generaciones.

Las emergencias complejas requieren de intervenciones humanitarias para aliviar sus efectos, para apoyar la pacificación, y tutelar los derechos de los más débiles.

En el orden individual se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social.

El término emergencia médica se reserva para aquellos casos que requieren de una atención profesional inmediata debido al riesgo que puede tener su vida, la existencia de sufrimiento intenso o por la aparición de complicaciones.

Desde la perspectiva de la salud mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada. Se espera un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos psíquicos. Se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica. Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicosociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría deben entenderse como reac-

ciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Por otro lado, aparecen problemas de orden social que deben también ser solucionados.

Desde el punto de vista de la salud mental, en grandes emergencias toda la población puede considerarse que sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida, directa o indirectamente. Por otro lado, el término salud mental ha sido dimensionado en una amplia faceta de campos como son:

- ◆ Ayuda humanitaria y social.
- ◆ Consejería a la población y grupos de riesgo.
- ◆ Comunicación social.
- ◆ Manejo de instituciones y servicios psiquiátricos.
- ◆ Identificación y tratamiento de casos con trastornos psíquicos.

Los efectos de los desastres naturales y los conflictos armados están más marcados en las poblaciones pobres que son el sector más vulnerable, viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

Se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Esto nos pone frente al problema de fortalecer los servicios de salud mental con base comunitaria. Un ejemplo de lo anterior es Centroamérica, territorio devastado por guerras civiles y desastres naturales en un contexto de marcada pobreza. Países como Guatemala, El Salvador y Nicaragua han tenido que enfrentar el reto de la atención y recuperación psicosocial con visión de mediano y largo plazo.

La experiencia adquirida (24)(38) ha demostrado que los planes de salud mental no pueden limitarse a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados. Junto a esto, es necesario desarrollar un proceso de capacitación que permita elevar el nivel de resolutivez de los trabajadores de atención primaria en salud, socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios.

Las acciones deben tener un carácter integral que abarque no solo lo curativo, sino que incluyan también perfiles preventivos y rehabilitatorios. En la atención a las enfermedades físicas, además, es necesario abordar la dimensión humana del problema. Se requiere desechar el modelo medicalizado o psicologizado en la intervención de una problemática con un alto contenido social.

Por todo lo señalado anteriormente, se considera conveniente introducir el componente psicosocial en los planes de gestión de riesgos del sector salud ante situaciones de desastres naturales y otras emergencias. A su vez, las acciones de salud mental deben resultar coherentes con las políticas nacionales de salud que se están impulsando en el país, lo cual garantizará su continuidad y sostenibilidad.

1.1 Consideraciones generales sobre la atención de la salud mental

Salud mental es el término amplio que utilizamos y que implica las diferentes facetas del proceso salud-enfermedad con sus aspectos sociales que tanto influyen en el bienestar de la población. Es decir la enfermedad, las manifestaciones emocionales como la aflicción,

que pueden considerarse normales, las conductas problemáticas o desadaptadas (como la violencia y el consumo de sustancias) y el conjunto de la dinámica psicosocial individual y colectiva que se desarrolla en situaciones de emergencias. Así mismo nos referimos, también, en el orden de la prestación de servicios a las acciones que se ejecutan en lo preventivo, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.

El término psicosocial se ha usado más para significar la dinámica y la gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situaciones de desastres y algunos autores e instituciones lo refieren básicamente a lo no patológico, desde una visión humanística, más que sanitarista.

La visión de la atención de salud mental no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, debe ser amplia y dimensionarse más allá del evento originador en cuestión.

El proceso busca la participación de los diversos actores implicados en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. En el plano operativo se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales.

Es necesario generar espacios comunitarios en donde se socializa el impacto de manera que permita re-elaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis. Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar que las demandas vengan a los servicios de salud. Esto puede ser importante para identificar los problemas psicosociales y sus principales indicadores colectivos (conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia y el abuso de drogas o alcohol).

Una de las principales funciones del personal de salud (especializado y no especializado) es propiciar espacios de apoyo mutuo en donde actúa como facilitador de procesos grupales donde se comparten experiencias y promueven la autoayuda; también identificar recursos personales y colectivos que facilitan la adaptación eficaz, así como disminuir la dependencia externa.

El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Debe ser oportuno y efectivo a fin de mitigar la crisis y la post-crisis, fomentando la autonomía y la independencia.

1.2 Desastres naturales

En el periodo de 1967 a 1991, se calculó que unos tres mil millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales (13). Se ha demostrado que en los países pobres, como consecuencia de los desastres, el número de personas afectadas y muertas es mayor que en los industrializados.

La génesis de los desastres naturales está en relación, en muchas ocasiones, con factores globales de orden económico y ambiental. Por ejemplo, el aumento de las inundaciones en Bangladesh es, en parte, consecuencia de las deforestaciones en Nepal (13). Las hambrunas masivas pueden considerarse verdaderos desastres y se originan por fenómenos naturales como las sequías, pero además por otras condicionantes de tipo económico, político y social.

A manera de ejemplo, en la región podemos citar la catástrofe de Armero (Colombia, 1985) donde la erupción volcánica, el deslizamiento de lava, tierra, rocas, árboles y el con-

secuente sepultamiento de un amplio territorio provocó la muerte del 80% de la población (30.000 habitantes), dejó sin hogar a unos 100.000 habitantes de las regiones aledañas y lesionados a muchos de ellos. En este caso, fueron enviados equipos de salud mental para que laboraran en la atención a los damnificados y en su recuperación. Se evidenció la presencia de cuadros de ansiedad y depresión mayor entre seis meses y un año después del desastre, también se evaluaron problemas de consumo excesivo de alcohol y drogas, así como comportamientos violentos y desadaptativos, con los consecuentes trastornos en la vida familiar y social (52).

1.3 Violencia y sus efectos psicosociales

En años recientes, se han incrementado los conflictos armados internos en países pobres, donde la mayoría de las víctimas no son militares sino civiles. Los analistas políticos coinciden en que aumentarán estos enfrentamientos en los próximos años, muchos tendrán su origen en rivalidades étnicas, conflictos nacionalistas, disputas sobre recursos ambientales y económicos, tensiones religiosas, movimientos separatistas, etc.

En muchas de estas guerras que se califican como de baja intensidad— es común el abuso y atropello sobre la vida y propiedades de la gente, en especial aquellos más humildes. Por ejemplo, en El Salvador y Guatemala las fuerzas gubernamentales aterrorizaron durante largos años a sus poblaciones imponiendo una cultura del miedo y el terror. Actualmente, en Colombia se libra un conflicto armado de varias décadas de duración donde el común denominador es la violación de los derechos humanos de la población.

Los conflictos armados prolongados son causa de un conjunto de problemas sociales, económicos y de salud física y mental. Sus secuelas son enormes: descalabro económico, pobreza generalizada, escasez de alimentos y agua potable, destrucción ambiental, deterioro de las formas de vida locales, desintegración de las familias, desarraigo y trastornos psíquicos de diferente índole.

Los estudios realizados (13) recientemente en diferentes regiones del mundo sobre la salud mental de los civiles afectados por la guerra han encontrado nuevos patrones de estrés y sufrimiento. Se incrementa el estrés agudo y transitorio (con excepción de los que han sufrido experiencias muy traumáticas como torturas, prisión, violaciones, etc.), pero por otro lado, el terror prevaleciente y continuado genera miedo generalizado, ansiedad extrema y otros síntomas que pueden convertirse en graves y de larga duración.

En colectivos o poblaciones sometidas a situaciones muy traumáticas como masacres se han observado señales de impacto como las siguientes (Caso Xamám, Guatemala, 1995)(6):

- ◆ Proceso de duelo masivo.
- ◆ Percepción de amenaza y miedo a la reexperiencia traumática.
- ◆ Criminalización y culpabilización.
- ◆ Desestructuración organizativa.
- ◆ Complejidad en la dinámica de los conflictos.
- ◆ La repercusión del proceso judicial (si existiera) y la posible impunidad.

Además, y contrario a lo que muchos piensan, los disturbios sociales se desarrollan, frecuentemente, bajo una dirección y con objetivos predeterminados. Debe visualizarse junto al daño psicológico individual, el daño social que incluye la desmoralización, destrucción de los modos de vida tradicionales y desarraigo de las comunidades.

Por lo general, los servicios locales de salud tienen grandes limitaciones de recursos que les impide abordar los problemas de salud mental derivados de la guerra. Los métodos occidentales clásicos basados en las terapias de corte individual y un enfoque clínico no se ajustan a las realidades. La experiencia ha demostrado que el mayor éxito se ha logrado con programas de base comunitaria, con la ayuda a las comunidades a permanecer unidas frente a la violencia, lo cual contribuye a minimizar sus efectos.

Es necesario ajustar los modelos de intervención a cada localidad y país, actuar en diversos ámbitos, pero fortaleciendo las intervenciones colectivas. Así mismo, evitar la desesperanza y analizar el fenómeno de la violencia en el marco del contexto político existente.

En los conflictos armados se identifican diversos actores como son:

- ◆ Las fuerzas armadas.
- ◆ Grupos guerrilleros insurgentes.
- ◆ Otras facciones armadas con intereses económicos o de control social (paramilitares, bandas delincuenciales, grupos privados, etc.).

Las víctimas más directas son:

- ◆ Personas que sufren amenazas personales y/o familiares.
- ◆ Familiares de asesinados o desaparecidos.
- ◆ Desplazados.
- ◆ Secuestrados y sus familias.
- ◆ Testigos y sobrevivientes de masacres u otros actos de guerra.

Algunas preguntas a realizarse en el tema de la violencia pueden ser:

- ◆ ¿Cuáles son los desafíos para una intervención psicosocial en circunstancias de recrudescimiento de una guerra?
- ◆ ¿Es posible hablar de prevención en un contexto de conflicto armado?
- ◆ ¿Cuáles son los límites de la intervención psicosocial?

1.4 Terrorismo

Después de los ataques del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, el tema del terrorismo se ha hecho más visible y adquirido mayor relevancia como un problema real, cercano y que seguirá afectando a la humanidad en el presente siglo.

Existen varias facetas que es necesario considerar. En primer término, el clima emocional que se crea con mayor intensidad -en algunos países o regiones donde la población visualiza como un riesgo permanente el ser víctima de un acto de terrorismo. Esa atmósfera incluye manifestaciones de inseguridad, desconfianza, vigilancia obsesiva de cualquier hecho sospechoso, desmoralización, miedo, etc., que indudablemente corroen el tejido social afectando su estructura y funcionamiento. También esto puede favorecer o exacerbar los odios y enfrentamientos étnicos, religiosos, políticos y nacionalistas que crea un caldo de cultivo explosivo en la sociedad. En segundo lugar, están las consecuencias psicosociales directas e indirectas (de corto, mediano y largo plazo) de la acción terrorista, cuando esta se ejecuta.

Los actos terroristas pueden ser de diversos tipos. Por ejemplo, altamente letales o riesgosos pero que se ejecutan silenciosamente y sin conocimiento de la víctima (como en la

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 Michel 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.