



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Ministerio de la Protección Social

**Guía de Atención
en Salud Mental
en Emergencias y Desastres
Versión preliminar, 2010**
(Selección de apartes)

**Elaborada por
Dr. José Abelardo Posada Villa, Psiquiatra**

PRESENTACIÓN

El Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y en especial el Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres del Sector de la Protección Social no tenían una guía que facilitara la respuesta a las emergencias y desastres en el componente de salud mental.

Por lo tanto, se hacía necesario disponer de una “caja de herramientas” de buenas prácticas, con ideas, sugerencias de trabajo conjunto y recomendaciones de cómo incluir el componente de salud mental de manera adecuada en la atención de emergencias y desastres.

Los eventos catastróficos que con frecuencia ocurren en el país son un desafío y una invitación para realizar acciones concretas por parte de los responsables de la organización de los servicios y la atención en salud mental. Los sentimientos de pérdida del bienestar y seguridad, que son elementos cruciales para una vida feliz y saludable, se afectan de manera dramática en estas situaciones. Mirando al futuro, esta guía puede ser de gran utilidad para disminuir las consecuencias negativas en la salud mental de la población en futuras emergencias y desastres.

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

Su elaboración partió de las experiencias y publicaciones de organismos nacionales e internacionales, tales como la Guía del Comité Permanente entre Agencias (Inter-Agency Standing Committee) IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, la Guía de Salud Mental en Situaciones de desastres de la OMS/OPS, la Guía Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias de la OMS/OPS y las experiencias y publicaciones de la Cruz Roja y del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de los Estados Unidos.

Durante 2009 se realizaron presentaciones de esta propuesta y se recogieron comentarios y sugerencias en talleres de dos días de duración realizados en cada una de las regiones del país (Atlántica, Pacífica, Nororiental, Sur Colombiana y Eje Cafetero) con representantes del sector salud (profesionales de los CRUE y profesionales de salud mental), ICBF, Policía, Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, ONG, universidades y líderes comunitarios y de otros sectores.

También se realizó una presentación a los coordinadores de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE en una reunión nacional, en la que se recibieron aportes y sugerencias.

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

MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA
Ministro de la Protección Social

SITUACIÓN

LOS DESASTRES: UNA HISTORIA RECURRENTE EN COLOMBIA

El país presenta el nivel de ocurrencia de desastres más alto en América Latina durante los últimos 30 años, al registrar en promedio 597.7 eventos por año. Entre los fenómenos que con mayor frecuencia originan desastres se encuentran las inundaciones con 36.8%, los deslizamientos de tierra con 25.5% e incendios urbanos con 7.6%. En su conjunto estos han causado 70% de todos los desastres de las últimas tres décadas.

Pero no sólo los grandes desastres naturales han generado las mayores pérdidas. En los últimos 30 años, los desastres de menor escala pero recurrentes han generado daños equivalentes a 2.227 millones de dólares y han dejado más de 9.000 muertos, 14.8 millones de personas afectadas, 89.000 viviendas destruidas y 185.000 averiadas y cerca de 3 millones de hectáreas de cultivos deteriorados.

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

Por otro lado, los efectos de la violencia y las lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud mental de la población, siendo los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, las que generan mayor morbimortalidad en el país.

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

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

El país cuenta con el Sistema de Emergencias Médicas, conformado por el conjunto de IPS, los servicios de Atención Pre hospitalaria, la Red de Urgencias, la Red de Transporte de Ambulancias, la Red de Comunicaciones, la Red Nacional de Centros de Reserva, la Red de Bancos de Sangre y los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE). Existen 24 CRUE, responsables de coordinar y regular la prestación de los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencias o desastres, en el territorio de su influencia.

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

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

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como organismo de cooperación técnica, participa activamente con las autoridades nacionales y territoriales en los procesos de preparación del personal de salud en los aspectos de prevención y respuesta ante una emergencia o desastre.

Los Comités de Prevención y Atención en Desastres del Sistema de la Protección Social tienen la responsabilidad de revisar sus planes para evaluar tanto la capacidad de respuesta como la pertinencia de los planes de salud mental en emergencias y desastres.

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

Es claro que para el desarrollo de la atención en salud mental en emergencias y desastres, los recursos, tanto humanos como financieros, son elementos claves para una planeación e implementación exitosas. Sin embargo, pocos Comités Regionales y Locales de Atención en Desastres tienen al menos una persona cuya responsabilidad de tiempo completo sea salud mental.

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

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

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Coordinador

Grupo de Atención en Emergencias y Desastres

Ministerio de la Protección Social

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

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

a mayoría de las personas que están haciendo frente a las consecuencias de un desastre son normales, con las típicas reacciones de alguien que está luchando con las dificultades y las pérdidas causada por el desastre y que no se ven con necesidad de atención en salud mental; por lo tanto es poco probable que así lo soliciten. Por este motivo, los trabajadores de la salud mental en situaciones de desastre deben buscar de manera activa a los sobrevivientes para ofrecerles ayuda. Por otra parte, los sobrevivientes a menudo reaccionan de manera positiva a invitaciones como “hablar del estrés del desastre” y no a aquellas que ofrecen “ayuda psicológica” o “atención en salud mental”. Para llegar a los sobrevivientes se requiere priorizar estrategias de tipo comunitario. Poco después del desastre, la comunidad generalmente se reúne en sitios de distribución de alimentos, albergues, sitios donde se efectúan reuniones informativas, etc.

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

La atención de salud mental en desastres debe adecuarse a la comunidad afectada. Esto significa que los trabajadores de salud sean culturalmente sensibles, proporcionen información en el lenguaje de la

comunidad y trabajan hombro a hombro con los trabajadores de salud y las organizaciones y líderes comunitarios.

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

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

Las intervenciones en salud mental hacen parte de la respuesta integral a las emergencias y los desastres, tanto en el corto como en el mediano y largo plazo.

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

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

1.2 Los Desastres en Colombia

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

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

1899 - Nariño. El Volcán Doña Juana hace erupción, en este evento mueren 50 personas.

1906 - Pacífico colombiano. Zona de Tumaco. Un tsunami asola las costas, matando a 25 personas. Es tristemente célebre por ser uno de los sismos más grandes ocurridos en este siglo (9.2 de Richter).

1917 - Bogotá, en la noche ocurre un terremoto. Es tal vez de los últimos por un largo periodo de tiempo en Bogotá.

1950 - Terremoto en el Norte de Santander, el cual mata a 126 personas.

1956 - Explosión de dinamita en Cali.

1962 - Terremoto en la zona cafetera.

1967 - Terremoto en la zona de Huila.

1973 - Incendio en la torre de Avianca –Bogotá. Mueren cerca de 25 personas. Luego de apagado el incendio, la gente se seguía lanzando desde los pisos superiores.

1974 - Quebrada Blanca. Un alud cubre a los obreros que se encontraban trabajando en el túnel y el puente sobre el río Quebrada Blanca.

1979 - 37 muertos y 493 heridos por un terremoto que ocurrió en la zona cafetera (Manizales, Pereira y Armenia).

1980 - Corrales en Sincelejo. Las tribunas se encontraban atiborradas de personas y no soportaron el peso. Mueren 50 personas.

1981- En el río Calafita en Saravena, Arauca, una chalupa se hunde y mueren 55 personas.

1981 - 15 muertos en Ibagué por una tribuna del estadio que cede al peso de los participantes en un evento deportivo.

1981 - 4 muertos en un estadio de Ibagué por una pena máxima no sancionada.

1982 - 24 personas muertas y 160 heridas en el estadio Pascual Guerrero – Cali, porque orinaron desde las tribunas superiores, la gente en la estampida encontró una puerta cerrada, todos murieron aplastados.

1983 - Cauca, Popayán. 300 muertos por terremoto que afectó toda la zona del sur occidente del país.

1983 - Guavio. 150 obreros mueren en un alud de tierra. Se realizan operaciones de rescate, luego de una hora de ocurrido el alud, ocurre uno nuevo y una brigada de rescate queda sepultada.

1985 - Tragedia del Volcán Nevado del Ruiz – Manizales. Desaparición de Armero. Más de 20000 muertos

1987 - Derrumbe en Medellín, un barrio en sus cercanías queda enterrado, es Villa Tina.

1988 - San Andrés. Huracán Joan azota la zona.

1989 - Un suceso muy parecido al de 1980, en la corraleja – Sincelejo . 24 heridos.

1989-1993 - Escalada de bombas en Colombia.

1994 - Terremoto con epicentro en Toribío, Cauca. Un área afectada de aproximadamente 400 Km². Varios pueblos arrasado por la avalancha y varias comunidades indígenas trasladadas de su hogar.

1995 - Terremoto ocurrido en el eje cafetero; son afectadas Armenia y Pereira.

1995 - Derrumbe en Fredonia, Antioquia. Un barrio es sepultado.

2002 - Bojayá (Chocó). Al menos 60 muertos y 145 desaparecidos en un ataque de las FARC.

2006 - Inundaciones en Chocó y Valle del Cauca: 150 muertos y 221.000 afectados.

2007 - Inundaciones en Antioquia, Risaralda, Cundinamarca: 35 muertos y más de 1.000.000 afectados.

2008 - Terremoto en Quetame - Meta: 11 muertos.

2008 - Erupción volcánica del volcán nevado del Huila: en Belalcázar: 9 muertos y 104.000 afectados.

2009 - Inundación en Tumaco y Barbacoas: 23 muertos y 31.250 afectados.

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

1.3 Propósito de esta guía

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

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

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

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

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

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

La atención en crisis tiene dos modalidades:

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

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

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

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

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

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

1.4 ¿Por qué la necesidad de un entrenamiento especial?

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

Una simple conversación que se enfoque a resolver problemas o que brinde apoyo, bien sea con la disculpa de un café o en un encuentro casual en un sitio donde se distribuyen agua o alimentos o en una reunión comunitaria, son el tipo de actividades esenciales del trabajo de salud mental en emergencias y desastres. Pero la experiencia indica que unas orientaciones generales sobre intervención en crisis o manejo del estrés en incidentes críticos aunque útil, no prepara a los profesionales en salud para las situaciones que surgen en la interacción con las comunidades que requieren ayuda después de una emergencia o desastre.

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

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

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

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

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

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

Teniendo en cuenta la necesidad que tienen los equipos de salud para desarrollar rápidamente competencias en nuevos contextos, la presentación de los temas son focalizadas y breves. Además se sugieren lecturas adicionales que son listadas al final de cada sección. Estas han sido seleccionadas porque ofrecen revisiones resumidas de investigaciones recientes y recomendaciones prácticas para la acción.

En la sección 6 se propone un curso corto de entrenamiento integral, que describe las habilidades específicas, los conocimientos y las actitudes requeridas para la atención en salud mental en emergencias y desastres.

Sección 2

Respuesta a las emergencias y desastres

2.11 Características de los sobrevivientes

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

Cada sobreviviente experimenta el desastre a través de su propia mirada. El significado que el sobreviviente asigna al desastre, la personalidad y el estilo para afrontar las situaciones difíciles, la visión del mundo y las creencias espirituales contribuyen a la manera como la persona percibe, enfrenta y se recupera de los desastres. Las experiencias previas de pérdidas, emergencias o desastres, pueden facilitar o comprometer la forma de lidiar con la situación debido a aspectos no resueltos asociados con aquellos eventos pasados.

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

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

Hay algunos indicios que indican que aquellas personas que están entre los 40 y 60 años pueden tener más riesgo por la exigencia que representa la crianza de los niños, las actividades laborales y los cuidados con los familiares de mayor edad.

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

También se ha demostrado que un sobreviviente soltero, viudo o divorciado puede ser más vulnerable que aquellos que están casados o viven en pareja, pero también se ha observado que hay

un incremento en los conflictos de pareja después de los desastres. Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres 37

Hay que agregar a esto, la alta vulnerabilidad que desarrollan las personas que quedan solas, como cabeza de familia, respondiendo por sus hijos y buscando la supervivencia económica en trabajos inestables y mal remunerados (ver la sección 3 para mayor información sobre las reacciones de desastres de potenciales grupos de riesgo).

2.12 Mitigación de los efectos de los desastres

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

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

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

Los equipos de salud mental en desastres pueden identificar sobrevivientes que no están recibiendo servicios o reconocer incompatibilidades entre las actividades de socorro y las necesidades de la comunidad afectada por la emergencia o el desastre y cuando los sobrevivientes, por sus limitaciones, son incapaces de acceder a los servicios, los trabajadores de salud mental pueden y deben ayudarlos para vencer las barreras personales. Las relaciones entre las fases de desastre cambian a través del tiempo. Las experiencias y necesidades de los sobrevivientes y de la comunidad son diferentes en la primera semana después del desastre si se compara con aquellas que se dan a los tres meses.

2.1.3. Fases del desastre

- 2.1.3.1 Fase de advertencia o amenaza
- 2.1.3.2 Fase de impacto
- 2.1.3.3 Rescate o fase heroica
- 2.1.3.4 Fase de alivio o luna de miel
- 2.1.3.5 Fase de inventario
- 2.1.3.6 Fase de desilusión
- 2.1.3.7 Fase de reconstrucción o recuperación

2.13.7 Fase de reconstrucción o recuperación

La reconstrucción de las propiedades y la recuperación del bienestar mental pueden continuar por años después del desastre. Los sobrevivientes tienen claro que necesitarán resolver los problemas para reconstruir ellos mismos sus casas, negocios y proyectos de vida y van asumiendo gradualmente la responsabilidad de hacerlo.

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

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

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

2.14 Proyección comunitaria

Los abordajes integrales que ofrecen ayuda práctica en la resolución de problemas y acceso a los recursos, son claves para el éxito del programa. Es esencial que los servicios tengan la flexibilidad para enganchar a los sobrevivientes a las posibilidades de ayuda disponibles en la comunidad. Los programas deben hacer presencia temprana, (cosa que es vital), desarrollar estrategias creativas para contactar a los sobrevivientes donde ellos se encuentran y brindarles seguimiento en su proceso de recuperación.

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

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

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

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

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

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

Fase de advertencia o amenaza (horas o días previos)

- ☒ Angustia
- ☒ Inseguridad
- ☒ Vigilancia obsesiva

Fase de impacto (evento y 72 horas posteriores)

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

Fase de rescate o fase heroica

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

Fase de alivio o luna de miel

- ☒ Cohesión comunitaria
- ☒ Dar y recibir apoyo
- ☒ Optimismo

Fases de inventario y de desilusión (30 días)

- ☒ Estrés agudo
- ☒ Depresión – ansiedad
- ☒ Reactivación de trastornos mentales preexistentes
- ☒ Abuso de alcohol y drogas

☒ Diferentes manifestaciones de violencia.

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

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

SECCIÓN 3.

REACCIONES A EMERGENCIAS Y DESASTRES POR GRUPOS DE RIESGO

Aunque las personas en una situación de emergencia o desastre reaccionan por lo común de manera similar, con alguna frecuencia pueden presentar reacciones específicas que en buena medida dependen de la edad, los antecedentes étnicos y culturales, el nivel socioeconómico y la vulnerabilidad física y mental preexistentes.

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

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

FACTORES QUE DEFINEN LA RESPUESTA PSICOSOCIAL A LOS DESASTRES

Exposición a factores	Factores individuales	Factores familiares	Factores Comunitarios/sociales
<ul style="list-style-type: none">- Intensidad y duración de la exposición- Participación directa en el desastre- Separación de los seres queridos y cuidadores- Conocer a alguien que ha quedado herido o muerto- Lesiones personales- Exposición a muertes brutales o escenas grotescas- Peligro para la vida- Exposición a través de los medios	<ul style="list-style-type: none">- Edad- Género- Desarrollo cognitivo y emocional- Presencia de psicopatología pre desastre- Historia de exposición a eventos traumáticos- Apreciación subjetiva del factor estresante- Apoyo social- Efectividad de estilos de afrontamiento y adaptación	<ul style="list-style-type: none">- Respuesta parental- Síntomas parentales- Atmosfera familiar- Sobreprotección parental- Separación de padres y compañeros- Respuesta prohibitiva a las regresiones- Reversión del rol de dependencia	<ul style="list-style-type: none">- Comunidad escolar- Redes de apoyo social- Nivel socio-económico comunitario- Estructuras políticas y de gobierno- Cultura/etnicidad

3.1 Necesidades y reacciones comunes

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

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

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES
Género femenino o masculino
<input type="checkbox"/> Historia de separación o ansiedad de separación
<input type="checkbox"/> Desarrollo cognitivo o emocional limitado
<input type="checkbox"/> Habilidades de afrontamiento pre desastre limitadas
<input type="checkbox"/> Sensación subjetiva negativa del factor estresante
<input type="checkbox"/> Historia de trastornos psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Exposición previa a eventos traumáticos
<input type="checkbox"/> Habilidad limitada para producir y usar el apoyo de los cuidadores
<input type="checkbox"/> Efectividad limitada de habilidades adaptativas y de afrontamiento

3.2 Grupos de riesgo

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

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

Se sabe que la mayoría de los sobrevivientes son “resilientes” y con el tiempo pueden asimilar sus experiencias de desastre y pérdidas.

3.2.1 Grupos de edad

Cada etapa del ciclo vital está acompañada por cambios en la capacidad de afrontar las consecuencias de una emergencia o desastre y dar continuidad a su proyecto de vida. Sin embargo aquellos que tienen problemas de salud física o mental o financieros de cierta importancia, tienen mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, síntomas de estrés post traumático, intentos de suicidio o una exacerbación de los problemas mentales preexistentes.

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

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

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

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

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

Los grupos de edad considerados en esta sección son:

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

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

3.2.1.1 Preescolares (1-5 años)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.1.2 Niños y niñas (6-11 años)

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

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

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

Los niños y niñas de edad escolar también manifiestan su ansiedad a través de conductas regresivas. A veces es difícil para los padres ver que sus hijos vuelven a comportamientos que solo son apropiados en niños y niñas de menor edad, pero esto tiene un propósito funcional inicial que hay que entender. Estas conductas incluyen: irritabilidad, quejas, peleas con amigos y hermanos, competencia por la atención de los padres o rechazo a ir a la escuela o colegio. Son comunes los problemas al momento de irse a dormir causados por las pesadillas y el miedo a dormir solos o en la oscuridad.

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

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

3.2.1.3 Preadolescentes y adolescentes (12-18 años)

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

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

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

Igualmente se puede ver afectado el desempeño escolar y muchas veces, cuando hay una gran destrucción del hogar o de la comunidad a causa de la emergencia o el desastre, el adolescente puede llegar a posponer la etapa del desarrollo que implica su salida del hogar.

3.2.1.4 Adultos

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

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

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

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

3.2.1.5 Adultos mayores

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

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

Los adultos mayores con ingresos limitados tienden a residir en viviendas que son vulnerables a las emergencias y desastres por la localización y antigüedad de las edificaciones y si hay limitaciones financieras y a esto se suma la edad, es posible que no estén en capacidad de asumir la reparación de su vivienda. El abandono de los entornos familiares es especialmente difícil para aquellas personas que experimentan déficits auditivos, visuales o de memoria, porque dependen de conocer los referentes ambientales para continuar viviendo de una manera más o menos independiente.

Muchos adultos mayores temen que si dejan conocer que tienen problemas físicos, sensoriales o mentales, arriesgan a perder la independencia o ser institucionalizados. Como resultado de ello, pueden disimular la verdadera gravedad de sus problemas y necesidades. Además pueden continuar viviendo en condiciones inadecuadas tanto en lo que tienen que ver con la estructura física como sanitaria, porque no tienen la fortaleza física, el vigor o la capacidad cognitiva para afrontar el desastre de manera adecuada.

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

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

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

FACTORES FAMILIARES

Pre-evento	Post-evento
<ul style="list-style-type: none"> - Atmosfera familiar - Psicopatología en los padres - Sobreprotección - Padres disfuncionales - Inestabilidad de pareja - Hogar con un solo padre - Bajo nivel socioeconómico - Historia familiar de predisposición a sentir irritabilidad, depresión y ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas de los padres - Separación de padres, cuidadores o compañeros - Respuesta prohibitiva a la regresión - Reversión de roles de dependencia - Múltiples factores estresantes (pérdida del hogar, de propiedades o financieras) - Desplazamiento prolongado - Separación crónica de familia y amigos - Estrés marital - Disminución del apoyo social percibido - Estrés financiero (desempleo)

3.3 Reacciones a las emergencias y los desastres e intervenciones sugeridas

3.3.1 Preescolar (1 - 5)

3.3.1.1 Síntomas físicos, comportamentales y emocionales:

- Volver a orinarse en la cama, chupar dedo
- No quieren hablar de lo que pasó
- No quieren separarse de los padres o de los adultos que los protegen
- Miedo generalizado (temor a todo)
- No quieren dormir solos
- Llanto frecuente
- Pérdida del apetito
- Dolores de estómago
- Náuseas
- Sueños desagradables, pesadillas, se despiertan con frecuencia
- Dificultad para hablar
- Tics
- Angustia por no entender lo que significa la muerte
- Esperar el regreso de la persona muerta
- Irritabilidad
- Explosiones de rabia
- Tristeza
- Aislamiento

3.3.1.2 Opciones de intervención:

- Decir con frecuencia que están juntos y a salvo
- Brindar comodidad física
- Poner en práctica actividades agradables al momento de ir a la cama
- Evitar separar a los niños y niñas de los padres o de otros cuidadores
- Hablar con ellos sobre el desastre de una manera sencilla y honesta
- No minimizar ni exagerar la situación
- Mantener informados de lo que pueda afectarlos
- Decir que sus reacciones son normales en esas situaciones
- Permitir al niño o niña dormir en el cuarto de los padres de manera temporal
- Animar la expresión de pensamientos y sentimientos que tienen que ver con pérdidas (p.ej. muerte de personas o mascotas, pérdida de juguetes muy queridos)
- Controlar la exposición a traumas de la emergencia o el desastre a través de los medios masivos de comunicación
- Animar la expresión a través de actividades lúdicas
- Contar cómo se siente estar en el desastre

3.3.2 Niños y niñas (6 - 11)

3.3.2.1 Síntomas físicos, comportamentales y emocionales:

- Sentirse preocupado, responsable o culpable por el evento
- Comportamientos agresivos en el hogar y la escuela
- Hiperactividad o comportamientos inapropiados
- Quejadera, vivir pegado a los demás, actuar como un niño o niña de menor edad
- Competencia con los hermanos por la atención de los padres
- Cambios en el apetito
- Miedo de no poder controlar sus sentimientos
- Dolores de cabeza
- Dolores de estómago
- Trastornos del sueño, pesadillas
- Problemas para prestar atención y aprender
- Disminución del desempeño escolar
- Ausentismo escolar
- Aislamiento de amigos y familiares
- Ataques de rabia
- Preocupación extrema por el proceso de recuperación de los padres y evitar molestar a estos con sus propias angustias
- Preocupación obsesiva con el desastre y por la seguridad
- Sentir miedo de estar solo.

3.3.2.2 Opciones de intervención:

- No descargar en los niños y niñas los miedos y temores
- Aceptar los sentimientos de los menores
- Disminuir las expectativas de desempeño en el hogar y la escuela de manera temporal
- Establecer de manera amable pero firme límites para los comportamientos y actuaciones impulsivas (“acting out”)
- Reconocer y premiar con palabras de aceptación cuando los niños y niñas se comportan de manera responsable.
- Escuchar a los niños y niñas el recuento repetido de la situación vivida en la emergencia o desastre
- Ensayar con ellos medidas de seguridad para futuras emergencias o desastres
- Desarrollar, con la participación de sus compañeros, programas escolares de manejo de emergencias y desastres, actividades expresivas, educación en desastres, planes de preparación e identificación de niños y niñas en riesgo
- Decir a los niños y niñas que informen a sus padres y maestros cuando sus pensamientos y sentimientos no les permitan desarrollar de manera adecuada sus actividades escolares.

3.3.3 Pre-adolescente y adolescente (12 - 18)

3.3.3.1 Síntomas físicos, comportamentales y emocionales:

- Sentimiento de culpa por haber sobrevivido
- Desinterés por la vida
- Disminución del desempeño escolar
- Rebeldía en el hogar y la escuela o colegio
- Disminución de los comportamientos responsables
- Inquietud o disminución en el nivel de energía, apatía
- Conductas delincuenciales
- Deseos prematuros de sentirse adulto (abandonar la escuela, buscar trabajo, casarse, tener un hijo)
- Aislamiento social
- Cambios en el apetito
- Dolores de cabeza
- Problemas gastrointestinales
- Erupciones en la piel
- Molestias y dolores vagos
- Trastornos del sueño
- Pérdida de interés en actividades sociales y recreativas con los amigos y compañeros
- Tristeza o depresión
- Oposición a la autoridad
- Sentimientos de no ser adecuados y sensación de desamparo
- Conductas autodestructivas
- Tendencia a tener o provocar accidentes
- Ideas y planes de venganza

3.3.3.2 Opciones de intervención:

- Hablar de manera realista de lo que se pudo y no se pudo hacer ante la situación de desastre.
- Disminuir las exigencias del desempeño en el hogar y la escuela de manera temporal.
- Fomentar los grupos de jóvenes para conversar sobre el evento y los sentimientos relacionados con este.
- Evitar las discusiones sobre los sentimientos con respecto a sus padres.
- Animar a la actividad física.
- Ayudar a entender que muchas conductas pueden ser un intento de evitar los sentimientos que despierta el evento.
- Pedirles que no hagan cambios drásticos en su vida.
- Ensayar medidas de seguridad familiar en caso de futuros desastres.
- Animar a retomar las actividades sociales, deportivas, culturales, etc.
- Animar a la participación en las actividades de rehabilitación comunitaria y trabajos de recuperación.
- Desarrollar programas escolares para brindar apoyo entre compañeros, planes de preparación, recuperación comunitaria a través de trabajo voluntario, identificación de los jóvenes en riesgo.

- Lograr que hablen de sus posibles planes de venganza, en caso de que exista un presunto culpable de la tragedia. Analizar con ellos las posibles consecuencias y buscar otras soluciones constructivas.

FACTORES QUE INCREMENTAN LA RESILIENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Factores protectores individuales

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

Factores protectores familiares

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

Factores protectores comunitarios

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

3.3.4 Adultos

3.3.4.1 Síntomas físicos, comportamentales y emocionales:

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

3.3.4.2 Opciones de intervención:

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

3.3.5 Adultos mayores

3.3.5.1 Síntomas físicos, comportamentales y emocionales:

- Rechazo a abandonar el hogar.
- Miedo de ser institucionalizado.
- Evitación y aislamiento.
- Limitaciones en la movilidad.
- Problemas para ajustarse a la reubicación.
- Susplicacia.
- Agitación, rabia.

- Depresión.
- Empeoramiento de enfermedades crónicas.
- Trastornos del sueño.
- Problemas de memoria.
- Síntomas somáticos.
- Mayor susceptibilidad a los cambios de temperatura ambiental.
- Limitaciones físicas y sensoriales (para ver u oír) que interfieren con la recuperación.
- Desespero por las pérdidas.
- Apatía.
- Confusión, desorientación.
- Ansiedad en los ambientes que no le son familiares.
- Vergüenza por la sensación de recibir “limosnas”.

3.3.5.2 Opciones de intervención:

- Ayudar en el restablecimiento de los contactos familiares y sociales.
- Brindar confianza de manera intensa y persistente.
- Dar información orientadora.
- Dar especial atención a una adecuada reubicación residencial.
- Usar múltiples métodos de evaluación para problemas que pueden ser sub diagnosticados
- Dar apoyo para recuperar sus posesiones más preciadas.
- Dar apoyo para obtener ayuda médica y financiera.
- Animar a que converse sobre las pérdidas causadas por la emergencia o el desastre y la expresión de emociones.
- Ofrecer y facilitar información sobre apoyo en emergencias y desastres.
- Comprometer a los proveedores de transporte, servicios, programas de alimentos, salud domiciliaria y visitas al hogar para brinden ayuda cuando sea necesaria.

3.3.6 Grupos étnicos

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

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

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

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

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

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

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

3.3.7 Grupos socioeconómicos

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

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

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

Las familias acomodadas generalmente confían en un profesional conocido para solicitar apoyo. Muchas veces es el médico de familia, el párroco o el psicoterapeuta.

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

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

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

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

FACTORES ESTRESANTES COMUNITARIOS/SOCIALES	
Pre-evento	Post-evento
Ambiente familiar	Falta de infraestructura comunitaria
Nivel de preparación	Perdida de servicios de salud
Falta de un sistema de manejo de emergencias y desastres	Deterioro del apoyo social
Falta de liderazgo del gobierno civil	Atención de los medios
Disparidades étnicas y raciales	Cierre de escuelas y colegios
	Falla real o percibida de la respuesta gubernamental

3.3.8 Personas con trastornos mentales crónicos

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

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

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

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

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

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

3.4 Criterios generales para remisión al especialista:

- ☐ Riesgo de suicidio
- ☐ Episodios psicóticos

- ☒ Trastorno de estrés post traumático
- ☒ Gran sufrimiento por la intensidad del trastorno
- ☒ Síntomas persistentes o graves que no han mejorado con el manejo inicial
- ☒ Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral, escolar o social
- ☒ Coexistencia de alcoholismo o drogadicción

3.5 Apoyo a los profesionales de salud en desastres

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

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

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

Los síntomas son:

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

Cuando la comunidad retorna a un cierto nivel de normalidad, muchos socorristas, particularmente los voluntarios, vuelven a sus trabajos regulares. Sin embargo, muchas veces quieren continuar con sus labores de atención y ayuda. Con el paso del tiempo, el

resultado de este trabajo puede ser el síndrome de “burn out” o de agotamiento. Este estado de agotamiento, irritabilidad y fatiga avanza lentamente y sin advertencia previa y puede disminuir de manera marcada la efectividad y capacidad del individuo.

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

3.6 Factores de riesgo:

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

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

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