

ENFRENTANDO EL DESASTRE

UNA GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Preparado para Trabajadores en Salud Mental sin Fronteras

Por

John. H. Ehrenreich, Ph.D.

Agosto 1999

Traducido por Joseph O. Prewitt Diaz

Una Nota para Usar este Manual

? John H. Ehrenreich, 1999. Este manual es una guía para las intervenciones psicosociales para ayudar a las personas a enfrentarse con los efectos emocionales de desastres. Se otorga permiso para bajar de la computadora, revisar, resumir, traducir y/o reproducir cualquier porción de este manual para uso consistente con este propósito, pero no para venta o para usarse con propósitos comerciales. Por favor reconozca esta fuente si la usa, en su totalidad o en parte. Por favor envíenos reproducciones de cualquier traducción para que nosotros podamos hacerlas disponibles en situaciones futuras de desastre. Comentarios para mejorar este manual e informes sobre su uso también serán muy apreciados. Envíe comentarios y copias de traducciones a: John Ehrenreich, SUNY (Old Westbury), Box 210, Old Westbury, NY 11568, U.S.A. o jehrenreich@hotmail.com.

CONTENIDO

Introducción y Visión General	3
Capítulo 1. Consecuencias de Salud Mental del Desastre	8
Una Visión General de las Consecuencias Psicológicas del Desastre	8
Las Etapas de la Respuesta Psicológica al Desastre	12
Los Efectos del Desastre en Grupos Específicos de Población	21
Impactos Comunitarios y Sociales del Desastre	25
Capítulo II. Principios de la Intervención Psicosocial Después de un Desastre	28
Las Intervenciones Deberán Coincidir con la Fase del Desastre	28
Asuma que las Respuestas Emocionales al Desastre son Normales	31
La Estabilidad y la Seguridad Material Sustentan la Estabilidad Emocional	33
Integre la Asistencia Psicosocial con un Programa de Asistencia General	34
Las Intervenciones Deben tomar en cuenta la Cultura de las Personas	35
Las Intervenciones Directas tienen una Lógica Implícita	36
Los Niños Tienen Necesidades Especiales	40
Los Trabajadores de Rescate y Asistencia Tienen Necesidades Especiales	41
Capítulo III. Técnicas de Intervención Psicosocial	45
Evaluación y Encontrar Casos	45
Ejercicios de Deactivación de Estrés de Incidentes Críticos	47
Intervención en Crisis	52
Técnicas de Reducción de Estrés	55
Ejercicios de Deactivación	57
Técnicas Expresivas	59
Apéndice A: Instrumentos de Evaluación	63
Cuestionario de Auto-Evaluación	63
Listado de Síntomas Pediátricos	66
Cuestionario de “Extenuación Personal” de Voluntarios	72
Apéndice B: Escritos de Relajación	74
Apéndice C: Panfletos y Volantes	77
Los Niños y los Desastres	78
Enfrentando el Desastre	80
Enfrentando el Desastre: Una Guía para Voluntarios	82
Apéndice D: Otros Recursos	84

Introducción y Visión General

Las personas alrededor de todo el mundo conocen la destrucción producida por el clima, la devastación de un desastre geológico, el estrago de accidentes industriales y de transporte. Muchos también conocen la miseria del terrorismo y la guerra. En el último cuarto de siglo, más de 150 millones de personas al año han sido seriamente afectadas por un desastre.

Los efectos físicos de un desastre son generalmente obvios. Decenas o cientos o miles de personas pierden la vida. Los sobrevivientes sufren dolor e incapacidad. Hogares, lugares de trabajo equipos son dañados o destruidos. Los efectos emocionales a corto plazo de un desastre – miedo, ansiedad aguda, sentimientos de entumecimiento emocional y tristeza – también pueden ser obvios. Para muchas víctimas, estos efectos desvanecen con el tiempo. Pero para muchos otros, pueden haber efectos emocionales a largo plazo, tanto obvios como discretos.

Algunos de los efectos emocionales son respuestas directas al trauma del desastre. Otros efectos son respuestas a largo plazo de los efectos interpersonales, sociales y económicos del desastre. En cualquier caso, en la ausencia de tratamiento, casi el cincuenta por ciento o más de las víctimas de un desastre pueden desarrollar depresión duradera, ansiedad penetrante, desorden de estrés post-traumático u otras perturbaciones emocionales. *Incluso más que los efectos físicos de los desastres, los efectos emocionales causan sufrimiento, incapacidad duradera y pérdida de ingresos.*

No hay una receta única, aplicable universalmente para responder a los desastres. Los desastres vienen de muchas formas. Algunos, como los terremotos, huracanes y oleadas, son naturales; otros, como las guerras y los ataques terroristas, son causados por humanos. Algunos, como una violación o un incendio en un hogar, afectan solamente a una personas o a una familia; otros, como una bomba o un tornado, pueden afectar a cientos de personas o, como un terremoto o una guerra, pueden afectar comunidades y naciones enteras. Algunos, como los asaltos personales o la limpieza étnica, son infligidos intencionalmente a sus víctimas; otros, como los choques de aviones o accidentes industriales, a través del resultado de error humano o tecnológico, no son intencionados. Los desastres pueden durar poco, aunque sean devastadores, o, como es el caso de la hambruna y la guerra, pueden durar por años.

Tal vez la mayor fuente de variabilidad, tanto en los efectos de desastres y en las respuestas más apropiadas, surge de diferencias entre los países y culturas en donde ocurre el desastre. Hay dos componentes mayores de esta variabilidad.

Primero, el nivel y patrones de desarrollo económico varían de país en país. Los países ricos se enfrentan a desastres con recursos humanos y riquezas materiales, una infraestructura de salud médica y mental bien desarrollada, y un sistema eficiente de transporte y comunicación. Mientras estos no son protección en contra de efectos directos del desastre, facilitan en gran medida las respuestas al desastre. En contraste, a los países pobres les faltan estos recursos.

Segundo, muchas características de países pobres hacen a sus personas más vulnerables a los efectos de un desastre. Los hogares abajo del estándar son destruidos más fácilmente por los fuertes vientos de huracanes y ciclones. Las viviendas de los pobres, agrupadas en planicies de inundación y laderas inestables de las montañas, son especialmente vulnerables a las inundaciones. La deforestación desestabiliza las laderas de las montañas y contribuye a la devastación de las inundaciones. La malnutrición crónica y el estatus de salud pobre reducen la resistencia a enfermedades infecciosas en albergues y campos de refugiados. Las burocracias gubernamentales ineficientes, con poco personal y sin preparación hacen un mal manejo de los esfuerzos de asistencia.

Por estas razones, aunque los desastres no tienen más probabilidad de azotar a países pobres que a ricos, los países pobres del mundo comparten la carga abrumadora de las consecuencias humanas del desastre. África y Europa tienen como la misma población total. Pero de 1992 a 1996, en los países relativamente ricos de Europa, un promedio de 2352 personas por año son asesinadas y 54,820 fueron dejados sin hogar por desastres. Durante el mismo período, en los países más pobres de África, 7595 fueron asesinadas y 555, 858 fueron dejadas sin hogares. En este manual, no asumiremos que están disponibles extensos recursos pre existentes. A medida que estén disponibles, la tarea de respuesta se simplifica y se hace más fácil, pero aplican los mismos principios implícitos de respuesta a desastres, en todos lados del mundo.

Las variaciones culturales de un país a otro o incluso dentro de un país dado también pueden alterar el curso y las consecuencias de desastres. Ciertamente son importantes para planificar respuestas a desastres. Las comunidades en áreas donde regularmente azotan desastres (por ejemplo, las aldeas en planicies de inundación o en áreas frecuentemente azotadas por huracanes) frecuentemente evolucionan maneras tradicionales de entender y responder a desastres. Los patrones de estructura familiar en una comunidad y las divisiones sociales a lo largo de líneas de clase, étnicas, religiosas o raciales, pueden afectar patrones de ayuda mutua (o de recriminación mutua). Grupos culturales diferentes tienen varias creencias sobre la muerte y las lesiones y sobre la salud y la salud mental y pueden responder en maneras inesperadas a profesionales extranjeros de salud médica y mental. Las relaciones antagónicas entre las comunidades locales y las autoridades centrales pueden afectar las maneras en las que las advertencias extranjeras de un desastre inminente y los ofrecimientos extranjeros de asistencia son experimentados.

Sería tanto imposible como inapropiado dar sugerencias de cómo responder a cualquier posible variación de éstas. La habilidad para comprometer a las comunidades en un proceso de aprendizaje mutuo, para permitir a las personas definir sus propias necesidades y de respetar las creencias y tradiciones locales son tan esenciales como las habilidades específicas de salud mental. *Afortunadamente, los principios involucrados en la planificación de intervenciones parecen ampliamente aplicables y, con imaginación y sensibilidad, pueden adaptarse para usarse en una gran variedad de situaciones.*

Los desastres afectan no sólo a individuos, sino pueden romper la tela de la vida social en comunidades grandes, incluso en países enteros. Amenazan los lazos que unen a las personas unas a otras y a un sentido de comunidad. Debido a que tanto los desastres como las respuestas a desastres afectan a estratos sociales diferentes de diferente manera, pueden exacerbar las tensiones sociales (o, por el contrario, pueden temporalmente, al menos, unir a las comunidades).

Debido a que los desastres afectan comunidades y sociedades, debido a que afectan a países diferentes y a culturas diferentes de diferente manera, y debido a que muchos de los efectos psicológicos de los desastres son creados o afectados por efectos directos sociales y económicos de un desastre, conceptualizaremos tanto los efectos del desastre y las respuestas apropiadas a un desastre no como puramente psicológicos ni como puramente sociales / económicos, sino como *psicosociales*.

* * * *

Este manual discute intervenciones psicosociales cuyo objetivo es mitigar los efectos emocionales de los desastres. Su uso es intencionado para los trabajadores de salud mental (siquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros consejeros), para los trabajadores de cuidado médico primario (doctores, enfermeras y otros proveedores de salud de la comunidad), para los voluntarios en desastres, para los maestros, líderes religiosos y líderes de la comunidad, y para oficiales gubernamentales y de organizaciones preocupadas con la respuesta a desastres. Puede servir como una guía de campo o puede ser utilizada como una base para programas de entrenamiento cortos o extensos sobre cómo responder a los efectos psicosociales de desastres.

El Capítulo I de este manual discute los *efectos* de desastres en la salud mental, incluyendo las varias etapas de respuestas a desastres y las respuestas de grupos particulares tales como niños. El Capítulo II se enfoca en los amplios *principios* implícitos de un amplio rango de intervenciones psicosociales. El Capítulo III describe varias *técnicas específicas* para responder a los efectos de salud mental de desastres que han sido de ayuda en una variedad de situaciones. Los Apéndices al final del manual incluyen una variedad de *materiales* que pueden ser útiles e información en *recursos* adicionales.

Para poder mantener este manual en un tamaño manejable, tuve que tomar ciertas decisiones:

1. A través del manual, el enfoque es en intervenciones a corto plazo cuyo objetivo es reducir angustia, mejorar el funcionamiento adaptivo de cara a las demandas prácticas y emocionales creadas por el desastre, y en la prevención de una discapacidad a largo plazo. Las intervenciones descritas pueden llevarse a cabo no sólo por trabajadores de salud mental, sino con entrenamientos cortos por maestros, curas, trabajadores sociales, enfermeras y otros trabajadores de salud. El manual no aborda el tratamiento intensivo de un desorden de estrés post-traumático, depresión y otras consecuencias emocionales a largo plazo

- establecidas debido a un desastre, que requiere un entrenamiento y/o una organización de servicios de salud mental más extensos.
2. El término “desastre” puede ser interpretado muy ampliamente para incluir una gran variedad de incidentes. En un extremo están los incidentes que afectan a una sola persona (por ejemplo, un asalto personal, un accidente de carro). En el otro extremo están las calamidades masivas que afectan a millones de personas a lo largo de un período de muchos años (por ejemplo, el genocidio en Rwanda, los huracanes e inundaciones en 1999 en Centroamérica). Este manual se enfoca más directamente en la parte media de este rango, en lo que podría llamarse un desastre “típico”: desastres que afectan al menos a unas pocas docenas de personas (por ejemplo, un accidente de bus que mata o lesiona a docenas de personas; un incendio en apartamentos dejando a varias personas desamparadas) hasta desastres que realmente son muy calamitosos pero que representan un episodio único de desastre (por ejemplo, un terremoto matando a decenas de miles de personas, una explosión en una planta química matando y lesionando a miles). Las observaciones y las técnicas en este manual aplican directamente a este “nivel medio” de desastres, aunque muchos de ellos pueden aplicarse, con modificación, tanto a traumas individuales como a desastres humanitarios complejos.
 3. Debido a que este manual tiene como intención ser una guía práctica, se listan recursos adicionales en los apéndices en lugar de un grupo comprensivo de referencias. Estos contienen una cantidad de riqueza de información adicional así como listados de referencia cualquiera que desea profundizar en temas particulares.
 4. Utilizo varios términos para indicar a las personas directa e indirectamente afectadas por el desastre y respondiendo al desastre. Aquellos quienes proveen servicios de rescate, cuidado médico post desastre y una amplia variedad de servicios de asistencia y reconstrucción (incluyendo manejar albergues y campos de refugiados, distribuir comida, arreglar las comunicaciones de seres queridos, ayudar en planes de reconstrucción y muchos, muchos otros servicios) los llamaré “voluntarios” sin importar sus papeles específicos. Más tarde en el manual, sugeriré que las personas que proveen servicios psicosociales (es decir, las personas a las cuales se les dirige este manual) deberán llamarse “trabajadores de servicio humano”, “consejeros comunitarios” o algún otro término que no implique que las respuestas emocionales a los desastres representan enfermedades mentales. Frecuentemente utilizaré el término “consejeros en desastres” como una etiqueta para este grupo de personas, sin importar su especialización profesional (o falta de ella) o sus papeles precisos al proveer asistencia psicosocial. Cuando discuto intervenciones para asistir a sobrevivientes, me referiré a los receptores de los servicios como “clientes”.

A través del manual, he utilizado los términos “víctima” y “sobreviviente” indistintamente para indicar individuos cuyas vidas han sido devastadas por el desastre. A pesar de mi uso descuidado de los dos términos, es bueno recordar la distinción hecha por Lourdes Ladrado-Ignacio y Antonio P. Perlas, quienes jugaron un papel central en la respuesta a una serie de terremotos, tifones y erupciones volcánicas en las Filipinas a principios de los 1990's, que sirve como el tema implícito de este manual:

El tema más básico en la intervención psicosocial después de los desastres es transformar a aquellos afectados de víctimas a sobrevivientes. Lo que diferencia a una víctima de un sobreviviente es que el primero se siente [sic] sujeto a una situación en la que no tiene control sobre su ambiente o sobre sí mismo, mientras un sobreviviente ha recobrado un sentido de control y es capaz de cumplir con las demandas de cualquier dificultad que lo confronta. Una víctima es pasiva y dependiente de otras; un sobreviviente no- es capaz de tomar un papel activo en los esfuerzos para ayudar a su comunidad y a sí mismo para recuperarse del desastre.

Capítulo I: Consecuencias de Salud Mental del Desastre

UNA VISIÓN GENERAL DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL DESASTRE

El jueves, 5 de marzo, 1987, ocurrieron dos terremotos en Ecuador, como a 85 kilómetros de la ciudad capital, Quito. Fuertes lluvias en las semanas anteriores habían suavizado la tierra en el área circundante y el terremoto causó deslizamientos masivos de tierra en las laderas de las montañas. Los escombros hicieron presas en los ríos, causando inundaciones repentinas y destruyendo aldeas a lo largo de las riberas y contaminando el suministro de agua a través de la región. La carretera principal uniendo la región con el resto de Ecuador, así como los caminos secundarios, fueron destruidos. Los oleoductos que unen los principales campos de petróleo del país con los puertos fueron cerrados, cortando el ingreso de petróleo de la nación un 50%. Miles de personas quedaron sin trabajo. Los ríos, fuente primaria de agua, transporte y alimentación y la tierra agrícola, la fuente de manutención de miles de personas, se tornó inutilizable. Más de 70,000 hogares, así como escuelas, hospitales y edificios públicos quedaron nivelados. Murieron mil personas y otras cinco mil quedaron sin hogar.

* * *

En la noche del 23 de diciembre, 1984, la ciudad de Bhopal al centro de la India fue cubierta con una nube de metil isocianato, un gas venenoso que se había derramado de un tanque en la fábrica de Union Carbide India Ltd. Alrededor de media noche, las personas viento abajo de la fábrica se despertaron con sentimientos de sofoque, irritación intensa y vómitos. El pánico cundió. Las personas corrían desesperadamente para escapar del gas. Muchos murieron en el lugar; otros cayeron mientras corrían escapando. Incluso otros llegaron a un lugar seguro sólo después de horas de correr. Alrededor de 300,000 personas fueron expuestas al gas asesino. Como 2500 murieron.

(Los breves recuentos de los desastres en Ecuador y Bhopal son extraídos de los artículos de L.K. Comfort y por R.S. Murthy en el Revista Internacional de Salud Mental, 1990)

* * *

Imagínese a usted y a su familia como víctimas de un desastre: un terremoto, un tornado, una inundación, un choque de avión en su comunidad, la amenaza de una fundición en una planta nuclear cercana, un ataque terrorista. ¿Qué pasa a aquellos que pasan por un desastre?

Casi instantáneamente, en respuesta a lo visto y a lo oído en el evento en sí, nuestro corazón palpita fuertemente, nuestra boca se seca, nuestros músculos se tensan, nuestros

nervios se alertan, sentimos una ansiedad intensa o miedo o terror. Si ha habido poca o ninguna advertencia, puede que no entendamos lo que nos está pasando. Dominan el shock, un sentido de irrealidad y el miedo. Mucho después del evento, lo visto, lo oído, lo olido y los sentimientos del evento persisten como imágenes indelebles en nuestra memoria.

A medida que nuestro shock y terror se disipan, aparecen los efectos a largo plazo. El desastre es un reto a nuestras asunciones y creencias básicas. La mayoría de nosotros, la mayor parte del tiempo, creemos que nuestro mundo personal es predecible, benevolente y significativo. Asumimos que podemos confiar en nosotros mismos y en otras personas y que podemos enfrentarnos a la adversidad.

El desastre destruye esas creencias. Nos volvemos conscientes de nuestra vulnerabilidad. Nos sentimos impotentes y desesperanzados. Nos desesperanzamos en nuestra inhabilidad para tomar decisiones y para actuar de maneras que podrían hacer alguna diferencia a nuestras familias y a nosotros mismos.

Inmediatamente después del desastre, nos apesaramos por la muerte de seres queridos y nos maravillamos de nuestra propia sobrevivencia. También nos apesaramos por nuestro hogar, por cosas personales atesoradas, por documentos perdidos, por vecindarios familiares perdidos. Si el desastre ha interrumpido las actividades de subsistencia tradicional de la comunidad o la comunidad en sí, podemos sentir sentimientos intensos de pérdida unidos a nuestra identidad cultural y social también. La pérdida de nuestro mundo personal, de un sentido de seguridad, de la creencia en nosotros mismos, en la confiabilidad de otros o incluso en la benevolencia de Dios no son sólo pensamientos; desatan sentimientos profundos de pérdida y tristeza.

En los días y semanas después del desastre, podemos experimentar una amplia variedad de perturbaciones emocionales. Para algunos, dominan la tristeza crónica, la depresión, la ansiedad o la culpa. Para otros, prevalecen la dificultad para controlar el enojo, la sospecha, la irritabilidad y la hostilidad. Otros evitan o se retraen de otras personas. Para muchos, el sueño es interrumpido por pesadillas, las horas despiertas por memorias recurrentes en las que se sienten como si el desastre está sucediendo una vez más. No pocos comienzan a abusar de drogas o alcohol.

Hay muchas variaciones culturales en los patrones precisos en las que aparecen los síntomas relacionados con el desastre, pero informes de países tan diversos como China, Japón, Sri Lanka, México, Colombia, Armenia, Sur África, las Filipinas, Fiji, Inglaterra, Australia y los Estados Unidos, entre otros, muestran que las respuestas emocionales al desastre son ampliamente similares en todos lados del mundo.

Traumatización Secundaria: No sólo los que experimentan directamente el desastre (las víctimas “primarias”) sienten sus efectos emocionales. Las “víctimas secundarias” – las familias de aquellos directamente afectados, los testigos y observadores, y los voluntarios que buscan rescatar a las víctimas primarias, también pueden experimentar efectos emocionales serios. Los voluntarios de salud médica y mental y los oficiales de

asistencia que subsecuentemente trabajan con víctimas primarias y secundarias están constantemente expuestos a efectos físicos y emocionales del desastre en otros y pueden ser víctimas ellos mismos de “traumatización vicaria o indirecta”.

El “Segundo Desastre”: La fuente principal de trauma emocional es, por supuesto, el desastre en sí. Pero las fuentes de traumatización no terminan cuando el desastre termina (en un sentido literal) y cuando las víctimas han sido rescatadas. Después del desastre viene el “segundo desastre”— los efectos de la respuesta al desastre.

La rápida afluencia de ayudantes con buenas intenciones, que deben ser alimentados y albergados, aumenta la confusión y la competencia de los escasos recursos. En algunas instancias, personas pobres de fuera del área del desastre han llegado a un área de desastre buscando su propia parte de la comida y de los suministros que agencias de asistencia están proveyendo para víctimas del desastre. Esto incrementan el peso en los voluntarios en desastre y en la comunidad ya azotada.

Aquellos forzados a tomar refugio en un albergue por períodos cortos o largos de tiempo son forzados a confrontarse con las consecuencias del desastre de una manera progresiva e inexorable. A las pérdidas personales y materiales, ahora agregamos pérdida de privacidad, pérdida de comunidad, pérdida de independencia, pérdida de familiaridad con el ambiente y pérdida de la certeza con respecto al futuro. Los papeles familiares y los papeles del trabajo ordinario son interrumpidos. La pobre sanitización, albergues inadecuados, agua y comida contaminadas pueden producir epidemias, con extensas enfermedades y muerte resultante. En el albergue, los asaltos personales y las violaciones pueden poner en peligro a las mujeres, a los ancianos y a otras personas vulnerables.

A medida que pasan las semanas y los meses, el enojo hacia lo lento de la reconstrucción o a la corrupción que previene que lleguen suministros de asistencia a las víctimas pueden sumarse a la aflicción. En algunas instancias, como Nicaragua después del terremoto de 1972 o México después del terremoto de 1985, tal insatisfacción produjo inquietud política generalizada.

Efectos Tardíos del Desastre: algunos efectos emocionales del desastre pueden no aparecer hasta después de un retraso considerable. Para algunas víctimas, el alivio inicial de haber sido rescatado y el optimismo inicial sobre los prospectos de la recuperación, pueden producir una “etapa de luna de miel”. En un período de meses o incluso años, esto puede dar lugar a una realización de que las pérdidas personales o materiales son irreversibles. Los seres queridos que murieron no regresarán. Las rupturas en la familia son permanentes. Los viejos trabajos no reaparecerán. Ha ocurrido una reducción a largo plazo del estándar de vida. Pueden aparecer ahora la depresión y la ansiedad por primera vez en algunas víctimas, y los índices de suicidio incrementan.

Otras víctimas del desastre parecen estar inicialmente “bien”. Sin embargo, esto puede ser una ilusión. Para protegerse a sí mismos, pueden suprimir o inhibir el procesamiento del impacto del desastre sobre ellos. Después de una demora (considerable a veces), los

estímulos asociados con el desastre pueden desatar memorias, sacando material precisamente suprimido de regreso a la conciencia. Como resultado, las respuestas psicológicas al desastre pueden aparecer “repentinamente”, meses o incluso años después.

LA FRECUENCIA DE EFECTOS PSICOLÓGICOS ADVERSOS DESPUÉS DE UN DESASTRE

A pesar de que las figuras precisas varían de situación en situación, se espera que hasta un noventa por ciento o incluso más víctimas puedan exhibir al menos algunos efectos psicológicos desfavorables en las horas inmediatamente después de un desastre. En la mayoría de los casos, los síntomas subsidian gradualmente en las siguientes semanas. Para doce semanas después del desastre, sin embargo, del veinte al cincuenta por ciento o incluso más todavía pueden mostrar signos significativos de angustia. El número que muestra síntomas generalmente continúa bajando, pero continúan apareciendo respuestas tardías o respuestas a consecuencias subsiguientes. *Usualmente, mientras la mayoría de las víctimas de desastres están relativamente libres de angustia hacia un año o dos del evento, un cuarto o más de las víctimas todavía pueden mostrar síntomas significativos incluso entonces y algunas víctimas que antes habían estado libres de síntomas pueden mostrar angustia por primera vez un año o dos después del desastre.* Los aniversarios de los desastres pueden ser especialmente tiempos difíciles para muchos sobrevivientes, con una reaparición temporal pero inesperada de síntomas que se pensaban estaban seguros en el pasado. Los informes de angustia emocional extendida diez años o más después de desastres tales como la inundación de 1972 en Buffalo Creek (Estados Unidos) e intermitente en campos de concentración Nazis, han sido bien substanciados.

La frecuencia de fuertes respuestas psicológicas, cognitivas y emocionales a desastres indica que éstas son respuestas *normales* a una *situación extrema*, no un signo de “enfermedad mental” o de “debilidad moral”. Sin embargo, los síntomas experimentados por muchas víctimas en los días y semanas después de un desastre son una fuente de angustia significativa y pueden interferir con su habilidad para reconstruir sus vidas. Si no se enfrentan y son resueltas relativamente rápido, se convierten en fuentes en progreso de angustia y disfunción, con efectos devastadores para el individuo, su familia y su sociedad.

Factores que Afectan la Vulnerabilidad hacia Efectos Psicológicos Adversos

No todos son igualmente afectados por un desastre, y no todos los desastres son tan devastadores en términos psicológicos. Varios factores pueden incrementar el riesgo de consecuencias psicológicas adversas:

- ? Mientras más severo el desastre y mientras más terribles y extremas las experiencias del individuo, mayor la probabilidad de efectos psicológicos difundidos y duraderos. En casos extremos (es decir, los campos de concentración Nazis, el genocidio en Ruanda, los “campos de matanza” de Camboya), virtualmente todos los expuestos a eventos traumáticos sufren efectos duraderos.

- ? Algunos tipos de desastre tienen más probabilidad de producir efectos adversos que otros. En general, las consecuencias psicológicas de los desastres que son infligidos intencionalmente por otros (es decir, asaltos, ataques terroristas, guerra) son mayores que aquellos desastres que pudieron ser producidos por actividades humanas pero que no fueron intencionales (es decir, choques de aviones, explosiones industriales). Estos en cambio tienen más probabilidades de producir efectos adversos que los desastres puramente naturales (es decir, huracanes, tornados).
- ? Las mujeres (especialmente madres de niños pequeños), los niños de edades de cinco a diez, y las personas con una historia previa de enfermedades mentales o ajuste social pobre, parecen ser más vulnerables que otros grupos. Aquellos con una experiencia personal previa de trauma, ya sea individual (por ejemplo, una violación) o colectiva (por ejemplo, un terremoto, genocidio) también son usualmente más vulnerables.
- ? Ciertos tipos específicos de experiencias de desastres son especialmente traumáticos. Estos incluyen ser testigo de la muerte de un ser querido, perder un hijo adolescente o adulto joven y ser enterrado o atrapado.
- ? Contrariamente, la disponibilidad de redes de apoyo social / familias, amigos y comunidades que apoyen, reducen la probabilidad de efectos adversos duraderos. Y aquellos que han enfrentado con éxito el trauma en el pasado pueden soportar desastres subsecuentes mejor, como si estuvieran “inoculados” contra el estrés. Para una minoría de víctimas, el reto de un desastre puede realmente ser positivo y puede llevar a incrementar la habilidad para enfrentarse con los futuros retos de la vida.
- ? Mientras más severo el desastre, menos importan las características de los individuos. En desastres muy severos, virtualmente todos muestran respuestas emocionales adversas. En desastres relativamente más suaves, las diferencias en vulnerabilidad de los diferentes individuos pueden ser de mayor importancia.

LAS ETAPAS DE RESPUESTA PSICOLÓGICA A DESASTRES

Es costumbre conceptualizar la secuela de un desastre en términos de una serie de etapas de fases, cada una de las cuales tienen sus propias características. Estas fases, nos apresuramos a decir, no son rígidas. Hay mucha variación en cada etapa y las etapas se transponen.

La Etapa de “Rescate”

En las primeras horas o días después del desastre, la mayoría de la actividad de asistencia se enfoca en rescatar a víctimas y buscar estabilizar la situación. Las víctimas deben ser albergadas, arropadas, debe dárseles atención médica, y proveérseles de comida y agua.

Durante la etapa de rescate, pueden verse varios patrones de respuesta emocional. Las víctimas pueden cambiarse de un patrón a otro. Algunas víctimas no muestran ninguno de estos patrones.

- ? “Entumecimiento” psíquico: Las víctimas pueden parecer asustadas, atontadas, confundidas, apáticas. La calma superficial es seguida de negación o intentos de aislarse de sí mismos. Las víctimas pueden reportar sentimientos de irrealidad: “Esto no está sucediendo.” Pueden responder a los ayudantes de una manera pasiva y dócil, o pueden ser rebeldes y antagónicos a medida que tratan de recobrar un sentido de control personal. Este patrón de respuesta es usualmente transitorio y puede ser seguido por (o precedido por) una excitación aumentada (ver abajo).
- ? Excitación aumentada: la víctima experimenta sentimientos de miedo, acompañados de una excitación fisiológica: el corazón late con fuerza, tensión muscular, dolores musculares, perturbaciones gastrointestinales. Pueden hacer actividad excesiva y pueden expresar una variedad de miedos racionales o irracionales. Este patrón de respuesta es probablemente transitorio y puede ser seguido por (o precedido por) entumecimiento psíquico (ver arriba).
- ? Ansiedad difusa: Las víctimas pueden mostrar signos de ansiedad difusa: una respuesta de asombro exagerada, inhabilidad para relajarse, inhabilidad para tomar decisiones. Pueden expresar sentimientos de abandono, una pérdida del sentido y seguridad y una añoranza por alivio. Pueden ser como un autómata siguiendo con las actividades diarias.
- ? Culpa del sobreviviente: Las víctimas pueden culparse a sí mismas o sentir vergüenza de haber sobrevivido, cuando otros no lo hicieron. Puede haber una preocupación con pensamientos sobre el desastre y meditación sobre sus propias actividades: ¿Pudieron haber actuado de diferente manera?
- ? Conflictos sobre crianza: Las víctimas pueden ser dependientes de otras, y a la vez sospechosas, y pueden sentir que nadie puede entender por lo que han pasado. Algunas víctimas pueden sentir la necesidad de distanciarse emocionalmente de otros y de mantener un “cara dura”; pueden estar irritables de frente a la compasión. Otros pueden sentir un fuerte deseo de estar con otros todo el tiempo.
- ? Ambivalencia: Algunas víctimas pueden mostrar ambivalencia sobre aprender qué pasó con sus familias o posesiones.
- ? Inestabilidad afectiva y cognoscitiva: Algunas víctimas pueden mostrar enojo y agresividad repentinas, o por el contrario, apatía y falta de energía y habilidad para movilizarse ellos mismos. Son comunes los sentimientos de vulnerabilidad y las ilusiones de lo que pasó.
- ? Ocasionalmente, las víctimas aparecen en un estado de confusión aguda. También pueden aparecer reacciones histéricas y síntomas sicóticos tales como ilusiones, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento excesivamente desorganizado. Estos pueden ser aislados y de corta duración o pueden constituir una “Psicosis Reactiva Breve”.

- ? La mayoría de las víctimas actúan apropiadamente, para protegerse a sí mismos y a sus seres queridos. En la mayoría de los desastres, a pesar de la mitología de lo contrario, las víctimas muestran poco pánico y pueden emprender actos heroicos o altruistas.

Síntomas Post-traumáticos

- ? Tristeza, pesar, depresión, desesperanza
- ? Ansiedad, nerviosismo, asustarse fácilmente, preocupación
- ? Desorientación, confusión
- ? Rigidez y obsesividad, o vacilación y ambivalencia
- ? Sentimientos de impotencia y vulnerabilidad
- ? Dependencia, adherencia; o alternativamente, retraimiento social
- ? Sospecha, hipervigilancia, miedo al daño, paranoia
- ? Perturbaciones del sueño: insomnio, malos sueños, pesadillas
- ? Irritabilidad, hostilidad, enojo
- ? Malhumor, arranques repentinos de emoción
- ? Inquietud
- ? Dificultades de concentración; pérdida de memoria
- ? Quejas somáticas: dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales, sudores y escalofríos, temblores, fatiga, pérdida de cabello, cambios en el ciclo menstrual, pérdida de deseo sexual, cambios al oír o ver, dolor muscular difuso
- ? Pensamientos intrusivos: sueños recurrentes, “revivir” la experiencia, frecuentemente acompañados de ansiedad
- ? Evadir pensamientos sobre el desastre y evadir lugares y fotografías
- ? Sonidos que le recuerdan a la víctima del desastre; evadir discutir sobre él
- ? Problemas en funcionamiento interpersonal; mayor conflicto matrimonial
- ? Mayor consumo de drogas y alcohol
- ? Quejas cognoscitivas: dificultad concentrándose, recordando; pensamiento lento
- ? Dificultad para tomar decisiones y planificar / sentirse aislado, abandonado
- ? Experiencias dissociativas: sentimientos de estar desprendido del propio cuerpo o de las propias experiencias, como si no le están pasando a usted
- ? Sentimientos de ineffectividad, vergüenza, desesperanza
- ? Comportamiento auto-destructivo e impulsivo
- ? Ideas o intentos suicidas
- ? La “impresión de muerte”: preocupación con imágenes de la muerte

Muchos de estos comportamientos tienen una calidad adaptiva. Aseguran sobrevivencia a corto tiempo y permiten a la víctima asimilar información a un ritmo controlable. Pero los síntomas en sí pueden ser percibidos por las víctimas como socialmente inapropiadas, como una fuente de vergüenza, culpa y fracaso, como una evidencia de inadecuación. Los cuidadores y los voluntarios de rescate, en cambio, pueden responder con irritación o retraimiento hacia las víctimas.

La Etapa de “Inventario”

Media vez la situación ha sido estabilizada, la atención se torna a las soluciones a largo plazo. Los esfuerzos heroicos de rescate dan lugar a maneras burocratizadas de ayuda. En el transcurso del siguiente año o dieciocho meses, la asistencia organizada del exterior gradualmente disminuye y la realidad de sus pérdidas recae en las víctimas.

En las primeras semanas después del desastre, las víctimas pueden pasar a través de una fase de “luna de miel”, caracterizada por el alivio de estar seguro y el optimismo sobre el futuro. Pero en las semanas que siguen, deben hacer un avalúo más realista de las consecuencias duraderas del desastre. Puede adentrarse la desilusión. Se sienten los efectos del “segundo desastre”.

Durante esta fase, cualquiera de una gran variedad de síntomas post-traumáticos aparecen.

Cualquiera de estos síntomas puede aparecer aislado, pero frecuentemente las víctimas muestran un número de estos síntomas. Son comunes varios grupos distintos de síntomas. Varios de estos – “Desorden de Estrés Post-traumático”, “Desorden de Ansiedad Generalizada”, “Congoja Anormal”, “Depresión Post-traumática” – merecen especial atención. Además, pueden aparecer muchos patrones restringidos a culturas particulares.

Desorden de Estrés Post-traumático: Los síntomas característicos del Desorden de Estrés Post-traumático incluyen

- (a) Re-experimentación persistente del evento traumático: recolecciones recurrentes e intrusivas de los eventos del desastre; sueños acongojantes recurrentes en las que se recrea el evento; angustia psicológica intensa o reactividad fisiológica a la exposición de señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático; o experiencias en las que la víctima actúa o se siente como si el evento está ocurriendo realmente otra vez. (En niños, el juego repetitivo en las que se expresan los temas o aspectos del trauma puede ocurrir; también pueden llevarse a cabo re-actuaciones de los eventos específicos de trauma, y pueden haber sueños aterradorizantes sin contenido reconocible).
- (b) Evasión persistente del estímulo asociado con el trauma y el entumecimiento de la respuesta general: esfuerzos para evitar pensamientos o sentimientos o conversaciones sobre el desastre; esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que recuerden a la víctima del trauma; inhabilidad para recordar partes importantes de la experiencia de desastre; disminución marcada de interés o participación en actividades significativas; sentimientos de separación o aislamiento de otros; rango restringido de afecto; o un sentido de un futuro acortado, sin expectativas de una vida o tiempo de vida normal.

- (c) Síntomas persistentes de excitación incrementada: dificultad para dormir o mantenerse dormido; irritabilidad o arranques de enojo; dificultad para concentrarse; hipervigilancia; respuestas de susto exageradas.

Este grupo general de síntomas ha sido reportado en cada parte del mundo. En partes del mundo menos industrializadas y entre las personas provenientes de estas áreas, los síntomas de evasión y entumecimiento han sido reportados como menos comunes y los estados disociativos y como de trance, en el que los componentes del evento son revividos y la persona se comporta como si estuviera experimentando los eventos en ese momento, puede ser más común.

Desorden de Ansiedad Generalizada: Los síntomas característicos del Desorden de Ansiedad Generalizada incluyen

- (a) Ansiedad y preocupación persistente y excesiva sobre una variedad de eventos o actividades (no exclusivamente sobre el desastre y sus consecuencias)
- (b) La persona encuentra difícil controlar la preocupación y la preocupación está más allá de la proporción de la realidad. Interfiere con la atención a tareas.
- (c) La ansiedad y la preocupación son asociadas con síntomas tales como inquietud o sentirse nervioso; fatigarse fácilmente; dificultad concentrándose o que la mente se ponga en blanco; irritabilidad; tensión muscular; y dificultad durmiéndose o manteniéndose dormido

A pesar de que los individuos con Desorden de Ansiedad Generalizada no siempre pueden identificar sus preocupaciones como “excesivas”, la angustia subjetiva debido a una constante preocupación puede afectarles en las áreas sociales, ocupacionales, matrimoniales u otras áreas de funcionamiento. También están comúnmente presentes los síntomas somáticos (por ejemplo, manos frías y húmedas, boca seca, náusea o diarrea, frecuencia urinaria) y los síntomas depresivos.

Hay una variación cultural considerable en como es expresada la ansiedad. En algunas culturas, puede ser expresada más a través de síntomas somáticos, en otras a través de síntomas cognoscitivos. Los niños pueden revelar sus ansiedades a través de preocupación sobre su competencia (por ejemplo, en el colegio), preocupaciones excesivas sobre la puntualidad, sobre entusiastas para buscar aprobación y un estilo personal dócil y perfeccionista.

Congoja Anormal: Normalmente, después de la muerte de un ser querido, se esperan una secuencia de etapas de congoja. Frecuentemente, la primera respuesta es incredulidad y negación. Los sentimientos de entumecimiento pueden dar un respiro y permitir que la realidad se absorba lentamente. Luego, cuando comenzamos a darnos cuenta de la realidad y del significado de la pérdida, pueden aparecer sentimientos de congoja, una añoranza por la persona perdida, enojo hacia la pérdida, y una ansiedad

hacia las propias habilidades para enfrentarse sin ellos. Continúa un período de pesadumbre, mientras revisamos nuestras memorias del ser querido perdido, y luego gradualmente dejamos ir los lazos psicológicos y nos liberamos de por vida de la persona que ha partido. Todas las culturas tiene rituales que, aunque varíen mucho, parecen destinadas a facilitar este proceso.

Sin embargo, el trauma puede interferir con la habilidad de pasar por el proceso normalmente. Las propias lesiones de la víctima, la pérdida de apoyos sociales y comunidades familiares, la culpa del sobreviviente y el propio trauma psicológico de la víctima pueden interferir con tanto los rituales esperados como con el proceso interno de pesadumbre. Los recuerdos de los difuntos pueden desatar las propias memorias de la víctima del desastre. La meditación post-traumática puede bloquear a la víctima de confrontar los recuerdos y pensamientos que son centrales para el pesar. El entumecimiento post-traumático puede interferir con que la víctima se comprometa en interacciones sociales de apoyo.

También pueden haber otros obstáculos prácticos para decir adiós. Por ejemplo, los procesos legales pueden retrasar los preparativos del funeral o las preocupaciones sobre que el apesarado vea el cuerpo del difunto debido a lesiones sufridas en el desastre puede llevar a que el apesarado no tenga la oportunidad de ver el cuerpo. La mayoría de los estudios han indicado que no viendo el cuerpo del difunto puede contribuir a congoja anormal y que ver el cuerpo, inclusive cuando está desfigurado, no es dañino inherentemente. Pocas víctimas a las que se les ha permitido ver los restos y han aceptado el ofrecimiento, lamentan haberlo visto.

Estos obstáculos psicológicos y prácticos a una respuesta “normal” debido a la muerte de un ser querido pueden contribuir a la falta de sentimientos de cierre o permiten fantasías mágicas de que la persona difunta no ha, de hecho, muerto. Cualquiera de varios síndromes de congoja anormal pueden aparecer. *(Nota: Diferentes culturas varían ampliamente con respecto a lo que es “esperado” después de la muerte de un ser querido. Entre algunas personas, no son bien vistas las expresiones de emoción. Entre otras, se esperan las expresiones públicas de emoción y se sospecha de la falta de emoción expresada abiertamente. En algunas culturas, se espera que las personas se apesaren públicamente sólo brevemente y luego regresen a sus actividades normales. En otras, se espera un período de pesar prolongado. La evaluación del significado de los siguientes patrones depende de una conscientización de cuáles son las normas culturales en esa cultura en particular.)*

- (a) Tristeza inhibida: El apesarado exhibe un patrón caracterizado por entumecimiento psíquico, sobre control y contención de emociones, poca muestra de afecto. Pueden verse como que lo “están enfrentando bien”, pero este patrón en asociado después con síntomas de depresión y ansiedad.
- (b) Tristeza distorsionada: El apesarado muestra un enojo y hostilidad intensas dominando sobre su tristeza y culpa. Este enojo puede ser dirigido a

cualquiera con que el apesarado asocia la muerte del difunto (por ejemplo, voluntarios).

- (c) Tristeza crónica: los sentimientos de tristeza y pérdida no se disipan. No paran los llantos frecuentes ni la preocupación con la pérdida.
- (d) Depresión: el apesarado entra en una depresión, con tristeza, congoja prolongadas y un sentimiento de que no vale la pena continuar con la vida. Pueden aparecer perturbaciones en el sueño y en el apetito. El apesarado puede tener fantasías activas de ser reunido con el difunto y pueden ocurrir ideas o intentos de suicidio.
- (e) Culpa excesiva: El apesarado puede mostrar auto-recriminación excesiva o preocupaciones de culpa, que eclipsan su tristeza. Pueden ocurrir comportamientos auto-destructivos, sin ser comportamientos de suicidio abiertamente expresados, tales como accidentes frecuentes o beber en exceso.

Depresión Post-traumática: La depresión extensa es uno de los hallazgos más comunes en estudios de personas traumatizadas aguda o crónicamente. Frecuentemente ocurre en combinación con el Desorden de Estrés Post-traumático. El trauma puede producir o exacerbar una depresión ya existente.

Síntomas comunes de depresión incluyen tristeza, lentitud de movimientos, insomnio (o hiperinsomnio), fatiga o pérdida de energía, disminución del apetito (o apetito excesivo), dificultades para concentrarse, apatía y sentimientos de impotencia, anhedonia (marcadamente una disminución en el interés y en el placer por las actividades de la vida), retraimiento social, reflexiones de culpa, sentimientos de impotencia, abandono y cambio de vida irrevocable, preocupaciones con la pérdida e irritabilidad. En algunos casos, la persona puede negar estar triste o puede quejarse de sentirse “blah” o de “no tener sentimientos”. Algunos individuos reportan quejas somáticas, incluyendo dolores generalizados, en lugar de tristeza. Pueden aparecer ideas o intentos de suicidio. Con los niños, las quejas somáticas, la irritabilidad y el retraimiento social son particularmente comunes.

En algunas culturas, la depresión puede ser experimentada grandemente en términos somáticos, en lugar de en la forma de tristeza o culpa. Pueden aparecer quejas de “nervios”, dolores de cabeza, dolor crónico generalizado, debilidad, cansancio, “inbalance”, problemas del “corazón”, sensaciones de “calor” o preocupaciones de tener un maleficio un embrujo, un hechizo.

Desordenes específicos de la cultura: Las fronteras entre la ansiedad, la depresión, la disociación y los desórdenes emocionales que tienen síntomas somáticos predominantemente son muy porosas. Las víctimas frecuentemente tienen síntomas que corren a través de estas categorías. En muchas sociedades y grupos culturales, los patrones tradicionales de expresión de angustia emocional toman la forma de combinaciones de síntomas que no tienen un equivalente exacto en categorías de estándar

internacionales de enfermedad mental. El término intermedio de respuesta a un desastre puede tomar la forma de una de estos “desordenes específicos de la cultura”. Estos pueden incluir, por ejemplo, *susto* y *ataques de nervios* (Latinoamérica y el Caribe), *amok* (el Pacífico Sur), *dhat* (India), y *latah* (Sureste de Asia y el Pacífico Sur).

(El *susto* es frecuente entre los Latinos en los Estados Unidos y entre las personas en México, Centroamérica y Sur América. Los síntomas típicos incluyen desórdenes en el apetito, sueño inadecuado o excesivo, sueños perturbadores, sentimientos de tristeza, falta de motivación, sentimientos de bajo auto valor, y síntomas somáticos. Los *Ataques de nervios* son reconocidos entre los Latinoamericanos, Latinos del Mediterráneo y los Latinos del Caribe. Los síntomas comúnmente reportados incluyen gritar incontrolablemente, ataques de llanto, temblores, calor del pecho que sube hasta la cabeza, agresión verbal y física, una sensación de estar fuera de control y algunas veces experiencias disociativas, episodios tipo convulsión o desmayos, y gestos suicidas. *Amok* es reconocido en Malasia y, bajo varios nombres, en las Filipinas, Puerto Rico y otros lados. Se describe como un episodio disociativo caracterizado por un período de tristeza seguido por arranques de comportamiento violento, agresivo y homicida dirigido a personas y objetos, terminando con el cansancio. *Dhat* es un término utilizado en India para describir un síndrome de ansiedad severa, dolores de cabeza y dolores corporales, pérdida de apetito, preocupaciones hipocondríacas asociadas con la descarga de semen, y sentimientos de debilidad y cansancio. *Latah*, que se encuentra bajo varios nombres en el Pacífico Sur y en el Sudeste de Asia, involucra hipersensibilidad a un miedo repentino, frecuentemente con una repetición aparentemente sin sentido y automática de las palabras o acciones de otros y comportamiento disociativo o como de trance.)

En muchas partes del mundo, el idioma convencional para expresar emoción puede ser somático (por ejemplo, fatiga crónica, dolores generalizados, perturbaciones gastrointestinales, sentimientos de “calor”) o miedos a enfermedades somáticas (por ejemplo, hipocondriasis, miedos a infecciones). En algunos grupos culturales, la angustia de un desastre también puede tomar la forma de un “desorden de trance”. Un “trance” es una alteración temporal y marcada en el estado de conciencia o una pérdida del sentido de identidad personal de costumbre, asociada con comportamientos o movimientos estereotipados que son experimentados como fuera del control de uno o por una conscientización de se angosta los alrededores inmediatos.

La etapa de “Reconstrucción”

Un año o más después del desastre, el enfoque cambia nuevamente. Un patrón nuevo y estable de vida pudo haber emergido. En un evento, la distinción entre asistencia en desastre y el patrón mayor de desarrollo social y económico comienza a disminuir y eventualmente desaparece.

Durante esta fase, a pesar de que muchas víctimas se pudieron haber recuperado por sí mismas, un número sustancial continúan mostrando síntomas muy parecidos a aquellos de la etapa anterior (“inventario”). Un número significativo que no estaba sintomático antes puede exhibir ahora síntomas serios de ansiedad y depresión, a medida que la

realidad y la permanencia de sus pérdidas se vuelven evidentes. El riesgo de suicidio puede incrementar en este momento. Otros síntomas característicos tardíos incluyen fatiga crónica, síntomas gastrointestinales crónicos, inhabilidad para trabajar, pérdida de interés en las actividades diarias y dificultad para pensar claramente.

La noción de “desorden de estrés post-traumático” descrito anteriormente deriva principalmente de observaciones de los síntomas de sobrevivientes de eventos traumáticos relativamente circunscritos. Un sinnúmero de estudios sugiere que los síndromes más complejos pueden aparecer en sobrevivientes de trauma prolongado, repetido e intenso, tales como aquellos que han sido rehenes, que han sido torturados repetidamente o expuestos a abuso físico o sexual personal crónico, que han sido internados en un campo de concentración o que han vivido por meses o años en una sociedad con estado crónico de guerra civil.

Entre las víctimas de tales desastres, puede aparecer un “síndrome del sobreviviente”. Las personas que muestran este síndrome han sido descritas como que caminan por la vida “sin una chispa”. Aparecen la depresión crónica y la culpa del sobreviviente, o, alternativamente, agresión crónica y una “adicción a odiar”. Están presentes el retraimiento social, perturbaciones del sueño, quejas somáticas, fatiga crónica, impedimento emocional, falta de iniciativa y inadaptación general social, personal y sexual. Se va el “gozo de la vida”, reemplazado por un “patrón penetrante de angustia tardía”. Son perturbadas las relaciones con los cónyuges e hijos, frecuentemente creando perturbaciones significativas en generaciones futuras.

Otras víctimas de traumas prolongados o repetitivos y severos han sido descritas como que exhiben “desorden de estrés post-traumático complejo”. Los síntomas de “desorden de estrés post-traumático complejo” incluyen:

- ? Alteraciones de la auto percepción (por ejemplo, vergüenza, culpa, sentido de violación, un sentido de diferencia de otros o impotencia)
- ? Dificultades para regular el afecto (por ejemplo, depresión persistente, preocupación suicida, auto lesiones, enojo explosivo)
- ? Alteraciones en la conciencia (por ejemplo, amnesia, estados disociativos transitorios, pensamientos intrusivos, preocupaciones)
- ? Dificultades en la relación con otros (por ejemplo, aislamiento, ruptura de relaciones íntimas, desconfianza persistente)
- ? Interrupciones en sistemas de significado (por ejemplo, pérdida de fe, un sentido de impotencia y angustia)
- ? Alteraciones en percepciones del perpetrador de las atrocidades (por ejemplo, una preocupación por la venganza, atribuciones irreales de poder total al perpetrador, o, paradójicamente, gratitud hacia el perpetrador)

EFFECTOS DEL DESASTRE EN GRUPOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN

Niños

Dos mitos son barreras potenciales para reconocer las respuestas de los niños al desastre y deben ser rechazadas: (1) que los niños son innatamente resilientes y se recuperarán rápidamente, incluso de trauma severo; y (2) que los niños, especialmente niños pequeños, no son afectados por un desastre a menos que sean perturbados por las respuestas de sus padres. Ambas creencias son falsas. Mucha evidencia indica que los niños experimentan los efectos del desastre doblemente. Incluso niños muy pequeños son directamente afectados por las experiencias de muerte, destrucción, terror, asalto personal físico y por experimentar la ausencia o la impotencia de los padres. También son indirectamente afectados a través de la identificación con los efectos del desastre en sus padres y en adultos en los que confían (tales como profesores) y por las reacciones de sus padres al desastre.

Otra barrera para reconocer las respuestas de los niños al desastre es la tendencia de los padres de interpretar erróneamente las reacciones de sus hijos. Para los padres que todavía están bajo estrés, el retraimiento de un niño, su regresión o mala conducta puede ser entendido como deseado. O, puede ser que los padres no deseen ser recordados de su propio trauma o, buscando alguna evidencia de que su vida está nuevamente bajo control, pueden tener la necesidad de ver todo como “bien”. En cualquier caso, pueden ignorar o negar evidencia de angustia en el niño. El niño, por su parte, puede sentirse ignorado, no validado o cuidado. Esto puede tener consecuencias a largo plazo para el desarrollo del niño. A corto plazo, sintiéndose inseguro, el niño puede inhibir la expresión de sus propios sentimientos, para no angustiarse ni alejar más a sus padres.

La mayoría de los niños responden de forma sensible y apropiada a un desastre, especialmente si experimentan la protección, apoyo y estabilidad de sus padres y otros adultos en quien confían. Sin embargo, como los adultos, pueden responder al desastre con una amplia variedad de síntomas. Sus respuestas son generalmente similares a aquellas de los adultos, pero pueden aparentar ser de una forma más directa, menos encubierta.

Entre los niños preescolares, los síntomas de ansiedad pueden aparecer de forma generalizada como miedos sobre separación, miedo a extraños, miedos de “monstruos” o animales, o perturbaciones del sueño. El niño también puede evitar situaciones o ambientes específicos, que pueden o no tener enlaces obvios con el desastre. Los niños pueden parecer preocupados con palabras o símbolos que pueden estar asociados con el desastre o pueden comprometerse en juegos compulsivamente repetitivos que representan parte de la experiencia de desastre. El niño puede mostrar una expresión limitada de emoción o puede aparecer un patrón estrecho de juego. Él o ella pueden retraerse socialmente o pueden perder habilidades de desarrollo previamente adquiridas (por ejemplo, entrenamiento para ir al baño).

A medida que los niños se acercan a la adolescencia, sus respuestas se tornan más como respuestas de adultos. Hay mayores niveles de comportamientos agresivos, delincuencia, abuso de sustancias, y pueden ser evidentes comportamientos de toma de riesgos. Es menos probable que los adolescentes busquen asesoramiento.

Síntomas Mostrados por Niños en Edad Escolar

- ? Depresión
- ? Retraimiento
- ? Miedo generalizado, incluyendo pesadillas, fobias altamente específicas de estímulos asociados con el desastre
- ? Desafío
- ? Agresividad, “expresión sin inhibiciones”
- ? Resentimiento, sospecha, irritabilidad
- ? Quejas somáticas: dolor de cabeza, perturbaciones gastrointestinales, dolores generales. Estos pueden ser revelados por un patrón de ausencias repetidas a la escuela.
- ? Dificultades de concentración
- ? Recuerdos y pensamientos y sensaciones intrusivos, que pueden aparecer especialmente cuando el niño está aburrido o descansando o durmiéndose
- ? Sueños repetitivos
- ? Pérdida del sentido de control y de responsabilidad
- ? Pérdida del sentido del futuro
- ? Pérdida del sentido de individualidad e identidad
- ? Pérdida del sentido de expectativas razonables con respecto a interacciones interpersonales
- ? Pérdida del sentido de cuando él o ella tiene sentimientos de vergüenza
- ? Re actuaciones rituales de los aspectos del desastre en juego o dibujando o contando historias. En parte, esto puede ser entendido como un intento de superioridad. Los dibujos pueden tener imágenes del trauma y expresiones raras de imágenes inconscientes con elaboraciones y repeticiones.
- ? Re actuaciones cinestéticas de aspectos del desastre, gestos repetitivos o respuestas a la re actuación del desastre.
- ? Formación de presagios: el niño llega a creer que ciertos “signos” antes del desastre fueron advertencias de que él o ella deberían estar alertas por signos futuro de desastre
- ? Regresión: mojar la cama, manchar, apegarse, ansiedad de separación incrementada

Los niños de todas edades son fuertemente afectados por las respuestas de sus padres o de sus cuidadores hacia un desastre. Los niños son especialmente vulnerables a sentimientos de abandono cuando son separados de o pierden a sus padres. “Proteger” a los niños mandándolos lejos de la escena del desastre, por lo tanto separándolos de sus seres queridos, agrega el trauma de la separación al trauma del desastre.

Para un adulto, aunque los efectos del desastre pueden ser profundos y duraderos, se llevan a cabo en personalidades ya formadas. Para los niños, los efectos son magnificados por el hecho que la personalidad del niño todavía se está desarrollando. El niño tiene que construir su identidad dentro del marco del daño psicológico causado por el desastre. Cuando los síntomas producidos por el desastre no son tratados, o cuando el desastre está en progreso, ya sea debido a la destrucción forjada (por ejemplo, por un terremoto) o porque la fuente del trauma en sí es crónico (por ejemplo, guerra o relocalización de un campo de refugiados), las consecuencias son incluso más graves. El niño crece con el miedo y la ansiedad, con la experiencia de destrucción o crueldad o violencia, con separaciones del hogar y de la familia. La niñez en sí, con su juego, amor, y afecto normales se pierde. Las respuestas a largo plazo de niños que han sido crónicamente traumatizados pueden incluir una desensitización defensiva. Parecen fríos, insensibles, con falta de emoción hacia la vida diaria. La violencia puede llegar a verse como la norma, legítima. Un sentido del significado del futuro se pierde.

Los Ancianos

Los informes de las respuestas de los ancianos al desastre son inconsistentes. En algunos desastres, parecen no más vulnerables que personas más jóvenes. En otras, parecen más vulnerables. A pesar de la inconsistencia en estudios formales de investigación, hay razones para creer que los ancianos están en un riesgo mayor de los efectos emocionales adversos en los inicios de un desastre. La depresión y otras formas de angustia entre los ancianos son frecuentemente sobrevistas, en parte porque pueden no tomar exactamente el mismo patrón de síntomas que entre las personas más jóvenes. Por ejemplo, desorientación, pérdida de memoria, y distracción pueden ser signos de depresión en los ancianos. Los ancianos también son más vulnerables a ser victimizados. En el contexto de un estrés aumentado en la familia y en la comunidad, el cumplir con sus necesidades especiales puede tomar una prioridad menor. Un asunto en particular que puede aparecer son los sentimientos de que han perdido toda su vida (pérdida de hijos, hogares, cosas memorables) y que, debido a su edad, no hay suficiente tiempo en sus vidas para reconstruir y recrear. También es más probable que los ancianos sean físicamente discapacitados (ver abajo).

Los Discapacitados Físicamente, Mentalmente o en Desarrollo

A pesar de que las personas que son discapacitadas físicamente, enfermas mentalmente o retrasadas tienen necesidades precisas cada una, los tres grupos están en riesgo especialmente alto en los desastres. Para aquellos en cada grupo, los patrones normales de cuidado o asistencia que reciben y sus propias adaptaciones normales para producir niveles aceptables de funcionamiento son interrumpidos por desastres. Por ejemplo, los suministros de medicinas, aparatos de asistencia tales como sillas de ruedas, cuidadores familiares y programas anteriormente efectivos de tratamiento pueden no estar disponibles. Ambos tienen efectos directos e incrementan la ansiedad y el estrés. El estrés, a cambio, puede exacerbar la enfermedad mental pre-existente.

Aquellos que eran mentalmente enfermos o retrasados en su desarrollo también pueden tener menos recursos de enfrentamiento adaptivo disponible y menos habilidad para movilizar ayuda para ellos mismos. Son especialmente vulnerables a la marginalización, al aislamiento y a la “victimización secundaria”. Están en un gran riesgo de malnutrición, enfermedades infecciosas (por ejemplo, en una situación en un albergue) y de los efectos de falta de cuidado adecuado de la salud post-desastre.

Voluntarios en Desastres

Los voluntarios en desastres, incluyendo tanto aquellos involucrados en esfuerzos de rescate inmediatamente después de un desastre y aquellos involucrados en trabajo de asistencia a largo plazo, están en un gran riesgo de efectos emocionales adversos.

- ? Ellos mismos pueden ser víctimas primarias del desastre, con las mismas preocupaciones de las otras víctimas primarias.
- ? Son expuestos a experiencias espantosas (por ejemplo, recuperación de cuerpos), a las emociones poderosas y a historias asoladoras de las víctimas.
- ? Su tarea puede ser físicamente difícil, cansada o peligrosa.
- ? Las demandas de sus tareas pueden llevar a falta de sueño y fatiga crónica.
- ? Se enfrentan a una variedad de estreses en sus papeles, incluyendo una inhabilidad percibida de nunca hacer “suficiente”. Incluso si los límites de lo que pueden hacer son impuestos con realidad o por constreñimientos organizacionales o burocráticos más allá de su control (por ejemplo, falta de suministro, falta de fuerza humana), pueden culparse ellos mismos.
- ? Pueden sentir culpa sobre el acceso a comida, albergue y otros recursos que las víctimas primarias no tienen.
- ? Pueden sentir culpa sobre la necesidad de “evaluación inmediata” de sus propios esfuerzos y de otros.
- ? Están expuestos al enojo y aparente falta de gratitud de algunas víctimas.

Además, con respuestas post-traumáticas como las de las víctimas primarias del desastre, los voluntarios pueden evidenciar enojo, rabia, angustia, sentimientos de impotencia, culpa, terror o deseos de un lugar seguro. Estos sentimientos pueden ser angustiantes y pueden hacer que el trabajador sienta que hay algo malo con él. Su sentido del humor puede desgastarse, o pueden usar el “humor negro” como una manera de enfrentamiento. Se reduce la tolerancia de las fallas de otros y el enojo hacia otros voluntarios o víctimas puede sentirse como un ataque personal. Puede ser amenazada la creencia en Dios u otras creencias religiosas por un sentimiento de “¿Cómo pudo Dios dejar que esto pasara?” Después de un período prolongado de tiempo en el trabajo, puede aparecer evidencia de “extenuación personal”.

Los voluntarios en desastre se enfrentan con estrés adicional cuando completan sus tareas y regresan a casa, a su vida “regular”. Su experiencia ha divergido en una variedad de maneras de las experiencias de sus familias y con la ausencia de preparación, tanto los voluntarios como sus familias, pueden tener una variedad de conflictos y estreses matrimoniales y entre padre-hijo.

Respuestas emocionales angustiantes o problemáticas son extremadamente comunes entre los voluntarios en desastres. Por ejemplo, en un accidente de avión, más del ochenta por ciento de los voluntarios de rescate que tuvieron que lidiar con los cuerpos de las víctimas mostraron algún síntoma de estrés post-traumático, más de la mitad síntomas moderadamente severos. Casi dos años después del choque, un quinto de los voluntarios de rescate todavía estaban sintomáticos.

Síntomas de “Extenuación personal” Entre los Voluntarios

- ? Cansancio excesivo
- ? “Pérdida de espíritu”
- ? Inhabilidad para concentrarse
- ? Síntomas somáticos (por ejemplo, dolores de cabeza, perturbaciones gastrointestinales)
- ? Dificultades para dormir
- ? Creencias grandiosas sobre la propia importancia
- ? Comprometerse en comportamiento heroico pero irresponsable (aparentemente en los intereses de ayudar a otros)
- ? Descuido de la propia seguridad y necesidades físicas (por ejemplo, mostrando un estilo “macho” de no necesitar dormir, no necesitar descansos)
- ? Cinismo
- ? Ineficiencia
- ? Desconfianza en los compañeros de trabajo o supervisores
- ? Uso excesivo de alcohol, consumo de cafeína y fumar

Los voluntarios de rescate y de asistencia rara vez son preparados antes de tiempo ya sea para sus propias reacciones o para lidiar con las reacciones de las víctimas primarias. El proveer asistencia psicosocial a estos voluntarios y el proveerlos con albergue, comida y descanso adecuados, incluso cuando éstos no están disponibles para las víctimas mismas, es una alta prioridad en desastres. Puede parecer injusto, pero si los voluntarios de rescate y asistencia son incapaces de funcionar eficientemente, no pueden ayudar a nadie más.

IMPACTOS COMUNITARIOS Y SOCIALES DE LOS DESASTRES

Los desastres directamente afectaron a sus víctimas individuales. Pero más allá de esto, los desastres rasgan los tejidos de la vida social. Algunas veces es directo y total, como cuando, como resultado del desastre, las personas son forzadas a dejar su tierra y migrar a ciudades. En otros casos, la rápida afluencia de ayudantes, la presencia de oficiales de gobierno, la prensa y otros extranjeros (incluyendo curiosos), la afluencia de personas pobres de afuera del área del desastre hacia un área de desastre buscando su propia parte de la comida y otros suministros que proveen las agencias de asistencia a las víctimas del desastre, se combinan para romper aún más a la comunidad.

Pero incluso cuando la estructura formal de la comunidad es mantenida, el desastre puede romper los lazos que unen a las personas, en familias, comunidades, grupos de trabajo y sociedades completas. Cuando estos lazos son destruidos, los individuos que comprometen a los grupos afectados pierden a sus amigos, vecinos, una comunidad, una identidad social. Estos efectos colectivos del desastre pueden ser tan devastadores como los efectos individuales. Las consecuencias del desastre para familias, vecinos, comunidades y sociedades son muchas:

La dinámica de la familia puede ser alterada. Las muertes o discapacidades producidas por el desastre, separaciones familiares, y la dependencia en ayudantes puede socavar la autoridad de los sostenes tradicionales de la familia, suplantando actividades tradicionales en el hogar, y forzar a las personas fuera de sus papeles tradicionales hacia nuevos. Los síntomas de los miembros individuales de la familia afectan sus interacciones con otros miembros de la familia. La penetración íntima de una comunidad por extranjeros puede perturbar o retar prácticas tradicionales de cómo criar un niño y patrones tradicionales de relaciones hombre-mujer. Al comienzo de un desastre, aumenta el conflicto y la angustia matrimonial; puede ocurrir un incremento en el índice de divorcios en los meses después del desastre. En varias ocasiones, ha sido reportado un incremento en la violencia intrafamiliar (abuso de niños, abuso de cónyuges).

Los desastres pueden destruir físicamente instituciones importantes de la comunidad, tales como escuelas e iglesias, o pueden interrumpir su funcionamiento debido a los efectos directos del desastre en las personas responsables de estas instituciones, tales como maestros o padres. Los patrones tradicionales de autoridad se rompen junto con controles sociales de costumbre en el comportamiento individual. Varios estudios han mostrado un incremento en los índices de violencia, agresión, uso de drogas y alcohol de la comunidad y en el índice de convicciones legales al principio de un desastre.

Los desastres interrumpen la habilidad de las comunidades para llevar a cabo actividades de costumbre o tradicionales centrales a la identidad individual, comunitaria y social de las personas, desde el trabajo y actividades recreacionales hasta rituales acostumbrados. Algunas de estas interrupciones son temporales, pero otras son difíciles de revertir. Por ejemplo, una inundación puede dañar permanentemente tierra de cultivo, haciendo imposible el regreso a la agricultura tradicional, o un derrame de crudo en la costa puede permanentemente alterar los lugares de pesca tradicional. Con las personas forzadas de sus hogares y la tierra por períodos más cortos o más largos, con la pérdida de registros personales debido al desastre, aparecen oportunidades para vandalismo. Esto puede ser limitado a posesiones personales o puede llevar a la pérdida permanente de herramientas, animales y tierra. Las comunidades cuyos miembros ya no pueden sembrar su tierra tradicional, llevar a cabo actividades tradicionales de producción de artesanías, o cazar o pescar de maneras tradicionales, se rompen y su sentido de identidad es atacado.

Los desastres ponen tirantes los papeles sociales tradicionales de la comunidad, en los patrones de estatus social, y en el liderazgo. La policía, las agencias locales de vivienda, las facilidades locales de salud son abrumadas y enfrentan una nueva tarea de integrar su

trabajo con el de los voluntarios, frecuentemente de afuera del país. Puede haber enojo a las inequidades en la distribución de la ayuda post-desastre. Estas inequidades pueden exacerbar la brecha entre los ricos y los pobres. Las agencias de ayuda extranjera pueden amenazar los papeles tradicionales de las agencias e instituciones locales. Los expertos extranjeros pueden posar una amenaza para los profesionales locales. En el inicio de un desastre, pueden emerger nuevos líderes en una comunidad, debido al papel de estas personas al responder al desastre. Pueden surgir conflictos entre estos nuevos líderes y los líderes tradicionales de la comunidad.

La asistencia extranjera puede ser necesaria al inicio de un desastre, pero también puede promover un sentido de dependencia comunitaria. En cuanto que las necesidades de vida son suministradas del exterior, los incentivos para resumir las actividades de trabajo tradicionales se reducen. Esto no es sólo una cuestión de “dependencia” psicológica. La provisión de comida y otros suministros puede competir con la producción local, rompiendo precios tradicionales y salarios y dañando intentos de recrear los viejos patrones productivos. Sumándose a esto, el desastre en sí pudo haber destruido las herramientas, talleres, animales u otras necesidades de producción.

Los desastres pueden llevar, directa o indirectamente, a cambios permanentes en patrones productivos, especialmente patrones de dueños y uso de la tierra. Los cambios de agricultura de subsistencia a labor pagada, el vandalismo de la tierra, la migración y el desarraigo y los reestablecimientos juegan un papel.

Pueden aparecer separaciones en una comunidad a medida que se pierde la cohesión. Un peligro es el de chivo expiatorio, ya sea de individuos o de utilizar divisiones tradicionales en la comunidad (por ejemplo, a lo largo de líneas religiosas o étnicas).

En comunidades con una historia de desastres pasados, ya sea causados naturalmente o por el hombre, el trauma producido por un nuevo desastre puede volver a levantar viejos sentimientos. Pueden ser exacerbadas las memorias de genocidio, guerra civil, opresión social, o división racial o étnica y de sentimientos que produjeron, y sentimientos de marginalización e impotencia.

En algunas comunidades que han tenido que enfrentar desastres naturales repetidos tales como inundación, en una base más o menos regular, los desastres y la respuesta a ellos puede ser integrada dentro de los rituales de la comunidad y los sistemas de creencias, así como a la estructura de la comunidad y las personas pueden atribuir significado cultural a los desastres. Las comunidades pueden tener rituales tradicionales para enfrentar los efectos del desastre. No sólo el desastre, sino la intervención extranjera pueden interferir con estos rituales, respuestas y atribuciones de significado tradicionales y pueden ser experimentadas como una bendición ambigua o incluso como una fuente de estrés adicional.

Capítulo II: Principios de Intervención Psicosocial Después de Desastres

Una amplia variedad de técnicas específicas han sido utilizadas para proveer asistencia inmediata a la angustia y para prevenir o mitigar los efectos emocionales a largo plazo de los desastres. Más tarde en este manual (Parte III), se discutirán varias técnicas específicas. Para ser útiles, las técnicas tienen que ser adaptadas a una situación específica – el tipo de desastre, los recursos humanos y materiales disponibles, las especificaciones de la cultura y tradición local. Esta sección del manual se enfoca en los *principios* centrales que guían tanto las técnicas específicas como sus adaptaciones.

I. LAS INTERVENCIONES DEBERÁN CAZAR CON LA FASE DEL DESASTRE

Los tipos de respuesta que son ofrecidos deberán cazar con la fase de respuestas emocionales y las necesidades de las operaciones de asistencia en desastres.

La Fase de “Rescate”:

Inmediatamente después del desastre, las necesidades más urgentes de las víctimas son la asistencia directa material (salvar vidas, prevenir más daño físico y pérdida de vida, proveer cuidado médico, proveer a víctimas con comida, agua, albergue). Las intervenciones psicosociales durante esta fase son principalmente dirigidas a servir estos medios. Haciéndolo, contribuyen a la salud mental a largo plazo.

Voluntarios: *La máxima prioridad para los servicios psicosociales son los voluntarios, cuyo funcionamiento continuo efectivo es esencial.* Esto puede involucrar “ejercicios de activación” y “ejercicios de desactivación” (Ver Capítulo III). Muchos servicios concretos muy pequeños pueden ser tanto de ayuda emocional como práctica. Traiga café a los voluntarios, ayúdelos a limpiar, deles un abrazo, exprese interés.

Víctimas Directas del Desastre: Con las víctimas directas del desastre, los principales primeros esfuerzos deberán ser dirigidos a proveer “primeros auxilios”: es decir, asistencia para aquellos cuya angustia aguda y las dificultades de funcionamiento interfieren con la cooperación de las víctimas en los esfuerzos de rescate y asistencia y con la habilidad para ayudar a proveerles su propia seguridad. *Esté en busca de signos de ansiedad o pánico intensos, llanto continuo, retraimiento depresivo, desorientación, incoherencia, dificultad para cumplir con solicitudes de los voluntarios o con las reglas del albergue.*

Las intervenciones a corto plazo pueden ser de ayuda para reducir la ansiedad, en asistir al proceso de rescate y asistencia, y en prevenir respuestas no adaptivas después. Estas incluyen confortar y consolar a víctimas (una palabra o un

abrazo); ayudar a personas a reunirse con miembros de su familia o a obtener información sobre seres queridos; ayudar a resolver conflictos con otras víctimas o entre víctimas y voluntarios; apoyar- a víctimas en tales “tareas de realidad” como identificando a los muertos o tomar decisiones sobre animales y otras propiedades. Deje que las víctimas expresen sus sentimientos, pero enfóquese en ayudarlos a recobrar un sentido de control. Busque evocar competencia e independencia desde el principio.

Inicie actividades preventivas muy amplias y actividades que montan el escenario para intervenciones más tarde: Provea información exacta de lo que está pasando, utilizando todos los mecanismos disponibles (por ejemplo, los medios, reuniones, panfletos)... Reasegure a las víctimas de que las reacciones agudas son normales y que no deben ser fuentes de miedo o de sentimientos de que uno ha perdido el control.

Las intervenciones que son complejas cognoscitivamente (por ejemplo, “ejercicios de desactivación”; vea Capítulo 3) son prematuras cuando las personas todavía están en un estado atontado. Sin embargo, el ayudar a reducir la ansiedad puede ayudar a prevenir angustia futura, y hacer contacto con los sobrevivientes incluso en etapas muy tempranas después del desastre puede crear sentimientos hacia el consejero que pueden hacer de las intervenciones más tarde, más aceptables y efectivas.

La Fase de “Inventario”

Los días o semanas después de un desastre pueden ser una fase de “luna de miel”, en el que dominan los sentimientos de las personas de alivio y optimismo sobre el futuro. Puede aparecer un espíritu de generosidad y mutualidad y los individuos pueden estar en un estado de negación sobre sus pérdidas y los problemas del futuro. Durante esta etapa muchas personas no serán receptivas a las intervenciones psicosociales o sentirán necesidad de ellas. Otras, sin embargo, pueden dar la bienvenida a la oportunidad de hablar sobre sus reacciones dentro de los pocos días después del desastre.

La mayor parte de las intervenciones psicosociales dirigidas a las víctimas en sí ocurren en el período subsiguiente. Pueden instalarse el desaliento y la desilusión con alivio y esfuerzos de reconstrucción. La ansiedad, la tristeza, la irritabilidad, la frustración y el desaliento ahora se combinan con las pérdidas producidas por el desastre y los efectos de estrés post-traumático para producir niveles relativamente altos de necesidad. Es esencial enfocarse en la identificación de aquellos en riesgo y en las intervenciones para reducir el impacto a largo plazo.

- ? Provea servicios amplios de alcance dirigidos a proveer educación sobre respuestas al desastre e información de la disponibilidad de servicios y una guía de cuándo buscar asistencia. Esto puede incluir el uso de periódicos, la radio, y la televisión; arreglar reuniones en la comunidad o enviar a oradores

- a iglesias o escuelas; distribuir panfletos a través de albergues, escuelas, lugares de trabajo (ver Apéndice C: Muestra de panfletos).
- ? Busque identificar a aquellos en más riesgo o en más necesidad de servicios y enfoque los servicios en estas personas. Varios enfoques para hacer esto se discuten en más detalle en el Capítulo III (Evaluación y Búsqueda de Casos) y en el Apéndice A (Instrumentos de Evaluación)
 - ? Provea servicios directos a víctimas y voluntarios, incluyendo ejercicios de activación, “intervención en crisis”, “ejercicios de desactivación”, y “técnicas de relajación”. Los principios de tales intervenciones son discutidos más tarde en esta sección del manual; los detalles pueden encontrarse en el Capítulo III.
 - ? Provea apoyo concreto en situaciones específicas. Esto puede incluir ayudar a aquellos que han perdido un miembro de la familia a identificar a la víctima y hacer arreglos para el funeral; ayudar para mejorar en la organización de albergues o provisión de suministros o servicios específicos; ayudar a organizar los rituales de la comunidad y ceremonias conmemorativas; ayudar a prevenir o a combatir los chivos expiatorios en un albergue o en una comunidad.
 - ? Provea servicios basados en escuelas para los niños, además de servicios individuales o de grupo a niños identificados como que muestran signos de angustia. Provea servicios para maestros (que deben interactuar con y apoyar a los niños). Los maestros pueden ser entrenados para proveer ellos mismos servicios en curso a los niños.
 - ? Continúe proveyendo servicios a los voluntarios. Esto permanece como una alta prioridad durante este período.

En la mayoría de las circunstancias, el número de personas entrenadas para responder a las consecuencias emocionales del desastre será insuficiente para cumplir con la demanda. El entrenamiento de consejeros de desastre auxiliares será, debido a la necesidad, una alta prioridad durante este período. Los voluntarios de cuidado primario de la salud, los maestros, los líderes religiosos, los curanderos tradicionales y otros pueden enlistarse.

La Fase de “Reconstrucción”

Las consecuencias emocionales del desastre pueden continuar apareciendo hasta dos años o más después del desastre. En parte esto representa reacciones tardías, en parte respuestas al creciente reconocimiento de las irreversibles consecuencias del desastre. La experiencia de varios desastres sugiere que la asistencia en salud mental deberá permanecer disponible por alrededor de dos años o más después del desastre. Tales servicios también permiten seguimientos a largo plazo para aquellos tratados con anterioridad. Incluso después de que los consejeros en desastres dejan el lugar del desastre, mantenga una línea de teléfono u otras maneras para que las personas contacten consejeros si surge la necesidad.

Tareas en Diferentes Etapas Después de un Desastre

I. La Etapa de Rescate (inmediatamente post-impacto):

Provea información, confort, asistencia práctica, “primeros auxilios” emocionales
 Provea servicios de “ejercicios de activación” y “ejercicios de desactivación” para los voluntarios

II. La Etapa de Inventario Temprana: Primer Mes

Continúe servicios de “ejercicios de activación” y “ejercicios de desactivación” para voluntarios
 Eduque a profesionales locales, voluntarios y a la comunidad con respecto a los efectos del trauma

Entrene a consejeros en desastre adicionales

Provea ayuda práctica a corto plazo y apoye a víctimas

Comience los “ejercicios de desactivación” de sobrevivientes, la intervención en crisis, evaluaciones y referencias

III. La Etapa de Inventario Tardía: Dos meses en adelante

Continúe servicios de “ejercicios de activación” y “ejercicios de desactivación” para voluntarios.

Provea servicios “ejercicios de desactivación” y otros servicios para sobrevivientes del desastre

Provea educación a la comunidad

Desarrolle servicios de alcance para identificar a aquellos en necesidad

Desarrolle servicios basados en las escuelas y otros servicios de la comunidad basados en instituciones

IV. La Fase de Reconstrucción

Continúe proveyendo servicios de “ejercicios de activación” y “ejercicios de desactivación” para voluntarios y sobrevivientes del desastre

Mantenga una línea de teléfono u otros medios por los cuales los sobrevivientes puedan contactar a los consejeros

Dele seguimiento a los sobrevivientes tratados antes.

II. ASUMA QUE LAS RESPUESTAS EMOCIONALES A UN DESASTRE SON NORMALES

Las respuestas emocionales a los desastres son respuestas normales al estrés abrumador. No son, en sí, signos de “enfermedad mental”. Muchos de los “síntomas” descritos anteriormente pueden ser entendidos como mecanismos adaptivos, por los cuales las personas buscan protegerse en contra del impacto psíquico abrumador del desastre. Tanto los individuos como las comunidades tienen procesos naturales de curación. La tarea central de la intervención psicosocial es evocar, facilitar y apoyar estos procesos de

curación y remover los obstáculos a su operación, para prevenir una disfunción o ansiedad duraderos. Las intervenciones son dirigidas, sobre todo, a minimizar el número de personas que requerirán “tratamiento” después. Entre otras palabras, esto significa reasegurar a las personas, ayudándolos a proveer alivio de síntomas a corto plazo lo que puede ser alarmante, y actuar para prevenir que los síntomas se afiancen.

Las víctimas usualmente no se ven a sí mismas como mentalmente enfermas, y puede darles miedo o pueden evitar involucrarse con voluntarios en salud mental y el sistema de salud mental. No buscan espontáneamente la asistencia de voluntarios en salud mental. La asistencia psicosocial al inicio de un desastre se presenta mejor en la forma que no requiera que las personas se vean como “enfermas” o “mentalmente enfermas”.

- ? Utilice términos que no sean de salud mental para describir servicios y a aquellos que los proveen (por ejemplo, “voluntarios de servicio humano”, “consejeros de la comunidad”, “servicios de desastre”). Presente los servicios como “ayuda extra para dificultades que dan problema a cualquiera”.
- ? Es necesario el alcance activo y la búsqueda de casos. Utilice residentes locales, voluntarios de cuidado primario de la salud, maestros, líderes religiosos y líderes de la comunidad como informantes. Utilice el escrutinio puerta a puerta, el correo, los anuncios de televisión y radio, panfletos distribuidos en escuelas y lugares de trabajo, y anuncios en iglesias para alertar a las personas de la disponibilidad de servicios y las indicaciones para utilizarlos. No descuide lugares de reunión informal (por ejemplo, salones de belleza, cafés, centros de cuidado de niños). En los albergues, busque activamente por signos de angustia (llanto, expresiones faciales, lenguaje corporal, agresividad, abuso de sustancias, etc.). Los panfletos describiendo respuestas comunes al desastre, signos de angustia y los servicios disponibles pueden ser dirigidos a víctimas primarias, padres y maestros de niños afectados por el desastre, voluntarios de rescate y asistencia, y familias de los voluntarios. Para algunos ejemplos, vea el Apéndice C (Panfletos de Muestra).
- ? Utilice instituciones existentes que no son de salud mental como las escuelas, iglesias, centros comunitarios y facilidades médicas, como bases para los servicios psicosociales.
- ? Entrene y use personal que no es de salud mental (por ejemplo, maestros, voluntarios de salud, voluntarios de servicio social, voluntarios religiosos) para proveer servicios psicosociales.
- ? Es esencial buscar la cooperación y el apoyo explícito de líderes de la comunidad, líderes religiosos, maestros, los ancianos de la aldea, y otros líderes de la comunidad. Debido a sus papeles de liderazgo, puede ser difícil para estas personas reconocer que ellos, también, se pueden beneficiar de los servicios psicosociales. La participación en una sesión de ejercicios de desactivación (ver Capítulo III) puede proveer una avenida para proveer información, encontrar apoyo y dar servicios al mismo tiempo.

- ? Para todos aquellos que participan en la prestación de servicios, la discreción, el tacto, el respeto de la confidencialidad de aquellos siendo ayudados y el comportamiento ético es esencial.

III: LA SEGURIDAD Y LA SEGURIDAD MATERIAL SUSTENTAN LA ESTABILIDAD EMOCIONAL

Es difícil para las personas mantener un estado estable mental después de un desastre o en cualquier otra circunstancia, a menos que se llenen ciertas necesidades básicas. Primero, deben ser asegurados del acceso a comida, agua, ropa y albergue. Segundo, su necesidad por seguridad y estabilidad debe ser llenada. En el caso de desastres, esto incluye no sólo la liberación del miedo de la propia vida, debido al desastre en sí, sino la seguridad a los bandidos, del miedo a vándalos y del miedo de que el desastre llevará a la pérdida permanente de la tierra o de la casa de uno. Tercero, debe ser asegurada la seguridad e integridad de la familia. Esta “jerarquía de necesidades” tiene varias implicaciones:

- ? En las etapas tempranas de la respuesta a desastres, la salud mental de los voluntarios es la máxima prioridad. Este bienestar es esencial para permitirles continuar con su trabajo de asistencia, que a cambio es la base para asegurar que las necesidades básicas de las víctimas directas del desastre están siendo cumplidas. Una necesidad secundaria es asegurarse que el bienestar mental de la víctima es suficiente para permitir su cooperación con los esfuerzos de asistencia. A medida que el trabajo de asistencia continúa, se vuelve importante responder a las necesidades de salud mental de las víctimas, pero continuar respondiendo a las necesidades de salud mental de los voluntarios sigue teniendo una importancia máxima.
- ? La rápida reconstrucción física y social (por ejemplo, restaurando o creando hogares, creando empleos, reuniendo familias) es esencial para restaurar el equilibrio emocional y mantener salud mental, en todas las etapas de la respuesta al desastre. Por un lado, no hay una separación marcada de necesidades físicas y materiales y, por el otro, están las necesidades psicológicas. En cualquier etapa de la respuesta a desastre, la falla de mantener el ímpetu hacia cumplir las necesidades físicas y materiales es una amenaza directa a la salud mental.
- ? La falla de proveer necesidades básicas puede ser una fuente potente de traumatización más allá de la traumatización creada por el desastre en sí. En particular, la evacuación innecesaria, las condiciones pobres en un albergue, la falla al proveer vivienda adecuada, la incertidumbre de los suministros de comida y agua, y la separación de los miembros de la familia unos de otros son en sí causas potentes de problemas subsecuentes de salud mental.

IV. INTEGRE LA ASISTENCIA PSICOSOCIAL CON PROGRAMAS GENERALES DE ASISTENCIA

Es difícil, sino imposible, proveer servicios psicosociales efectivos sin la cooperación y apoyo de aquellos dirigiendo y proveyendo esfuerzos de asistencia médica y material, a nivel local así como a nivel regional o nacional. Los oficiales gubernamentales (a nivel local o nacional) frecuentemente no reconocen o no dan mucha prioridad a los efectos psicosociales de los desastres. Los voluntarios, que necesariamente se están enfocando en las tareas urgentes y concretas de salvar vidas, proteger propiedad, asegurar la provisión de comida, ropa, y albergue, y de reconstruir infraestructura material de la comunidad pueden ver los servicios psicosociales como innecesarios o incluso como que les estorban. Es esencial educar a ambos de estos grupos sobre el impacto de los procesos psicosociales en el esfuerzo de asistencia en sí y, a la larga, sobre las consecuencias de no responder a los efectos de salud mental.

El desarrollo temprano de enlace con aquellos dirigiendo el trabajo de asistencia es esencial. Puede ser útil formar una fuerza de trabajo de expertos en intervención psicosocial, líderes formales de la comunidad (por ejemplo, los alcaldes de las ciudades), representantes de grupos influyentes en la comunidad (por ejemplo, iglesias, uniones), líderes del esfuerzo de asistencia, y representantes de las víctimas para guiar y apoyar el trabajo psicosocial.

Una fuente potencial de contención es la estratificación social preexistente (por clase, casta, género, rural vs. urbano, etc.) que puede llevar a que ciertos grupos (por ejemplo, mujeres, personas pobres) se queden fuera del proceso. Conformarse con los patrones tradicionales de estratificación en nombre de la eficiencia refuerza esos patrones. Implementar programas a lo largo de líneas más igualitarias y participativas puede producir conflicto y nuevas formas de estrés, pero también puede resultar, al final, en servir a un grupo mayor de víctimas y producir una comunidad post-desastre más integrada y cooperativa.

Algunos enfoques útiles para un trabajo temprano de enlace son:

- ? Proveer información a voluntarios sobre los efectos emocionales que el trabajo de asistencia puede tener en ellos y en la disponibilidad y utilidad de los servicios psicosociales para ellos.
- ? Proveer entrenamiento para voluntarios (antes de comenzar a trabajar, si es posible) con respecto a la naturaleza de las respuestas emocionales que pueden esperar de las víctimas del trauma.
- ? Informar a los voluntarios y a los oficiales de la importancia de proveer información adecuada, exacta y no contradictoria a los sobrevivientes.
- ? Educar a los oficiales de asistencia sobre la importancia de mantener los servicios sin fragmentarse.
- ? Educar o informar a los oficiales de asistencia sobre varios hallazgos que deberán influir en las operaciones de rescate y asistencia:

- (a) la importancia de mantener los grupos primarios (familias, grupos de trabajo) juntos si es posible
- (b) específicamente, la importancia de no separar a los niños de sus padres si es posible de alguna manera
- (c) la importancia de hacer que las víctimas representen un papel en los esfuerzos de asistencia y recuperación
- (d) la importancia de evitar evacuaciones innecesarias y de dejar a las personas regresar a sus hogares tan rápidamente como sea posible
- (e) la importancia de permitir a los apesarados ver los cuerpos de aquellos que murieron, si así lo desean.

V. LAS INTERVENCIONES DEBEN TOMAR EN CUENTA LA CULTURA DE LAS PERSONAS

Las personas de diferentes grupos culturales (incluyendo diferentes grupos sub-culturales dentro de una sociedad más grande) pueden expresar angustia de diferentes maneras y pueden hacer diferentes asunciones sobre las fuentes de angustia y cómo responder a ellas. Las técnicas originalmente pensadas en países industrializados deben aplicarse con sensatez, si se van a usar en otro lado. (Afortunadamente, hay un cuerpo de evidencia sugiriendo que estas técnicas pueden ser adaptadas exitosamente a una gran variedad de situaciones.)

Algunas de estas diferencias intra-culturales que deben tomarse en cuenta incluyen las siguientes:

- ? Algunas sociedades explican el comportamiento en términos “racionales” o “científicos”, otros en términos más espirituales. ¿Dónde se encuentra ésta cultura en particular?
- ? ¿Cuál es el grado y naturaleza de las interacciones verbales que se esperan entre una persona que está angustiada y otra que está tratando de ayudarla?
- ? ¿Bajo que condiciones es socialmente apropiado expresar emociones tales como vergüenza, culpa, miedo y enojo? ¿Cómo son descritas varias emociones?
- ? ¿Cuáles son las expectativas sociales con respecto a los papeles de víctima y consejero? Por ejemplo, ¿Cuál es la distancia social apropiada entre ellos? ¿Qué deferencia se le debe al ayudante?
- ? ¿Cuáles son las creencias culturales respecto al papel del ritual en el tratamiento? ¿Hay expectativas con respecto a las secuencias de las interacciones entre una persona buscando ayuda y el ayudante? ¿Se esperan rituales específicos en el tratamiento?
- ? ¿Cuáles son las expectativas culturales con respecto al uso de metáforas, imágenes, mitos y contar historias en una relación de ayuda?
- ? ¿Hay alguna expectativa de que un ayudante proveerá asistencia inmediata concreta o material o consejos directos o instrucciones?
- ? ¿Cuáles son las maneras tradicionales de entender las fuentes del desastre (por ejemplo, brujería, la voluntad de Dios, el destino, karma)? ¿Qué implica esto

- sobre las expectativas y las necesidades con respecto a un sentido de control personal?
- ? ¿Cuál es la manera culturalmente esperada de responder a eventos terribles? (Por ejemplo, puede ser resignación, acción individual, acción colectiva). La “depresión” puede o no ser vista como una manera problemática de entender eventos.
 - ? ¿Cuáles son las expectativas de las personas respecto al uso de curaciones o rituales tradicionales y respecto al papel de la “medicina occidental”?
 - ? ¿Es socialmente apropiado revelar sentimientos a otros? ¿Qué temas son tocados al discutir sentimientos o problemas prácticos en la presencia de otros miembros de la familia?
 - ? ¿Cómo se explican los síntomas de “enfermedad mental”?
 - ? ¿Cuáles son las expectativas de las personas respecto a las figuras de autoridad y especialmente hacia aquellos que ven como representantes del gobierno?
 - ? ¿Cuál es el papel de las actividades de subsistencia para establecer la identidad cultural que el desastre ha interrumpido?

Las intervenciones necesitan ser sensibles a estas diferencias y pueden utilizarlas efectivamente también. Citando varios ejemplos, al trabajar con víctimas de una erupción volcánica en Filipinas, los consejeros incorporaron el rezo dentro de las sesiones de “ejercicios de desactivación”; al trabajar con Indios Navajo traumatizados veteranos de la guerra (EEUU), los curanderos tradicionales se enlistaron tanto para ayudar a proveer servicios como para organizar rituales tradicionales dirigidos a limpiar guerreros que regresan de la batalla.

Una forma que ayuda a crear tal sensibilidad es involucrar a las personas locales en cada fase de los servicios psicosociales. Los voluntarios locales de salud, los padres, los curanderos tradicionales, los líderes de uniones, los maestros y los líderes locales de la comunidad deberán ser educados sobre las consecuencias psicosociales del desastre y enlistados para servir como consejeros psicosociales. Con su ayuda y participación, pueden ser desarrolladas modificaciones a las técnicas descritas en el Capítulo III.

En este contexto, las diferencias entre hombres y mujeres en estilos de enfrentamiento y en lo que se ve como socialmente apropiado también pueden ser considerados como una forma de “diferencia cultural”. Las intervenciones necesitan ser sensibles a las posibles diferentes expectativas y necesidades de una mujer (por ejemplo, con respecto a hablar sobre preocupaciones emocionales en una reunión familiar o en un lugar público).

VI. LAS INTERVENCIONES DIRECTAS TIENEN UNA LÓGICA IMPLÍCITA

Una variedad de técnicas específicas pueden ser útiles al responder al impacto emocional del desastre en individuos, familias y otros grupos. En cualquier situación de desastre en particular, estas técnicas pueden tener que ser modificadas o adaptadas, y hay muchas otras intervenciones menos formales que pueden ser útiles.

En lo que sigue, nuestro enfoque está en los propósitos lógicos e implícitos de las intervenciones, en lugar de en los detalles o mecanismos específicos de las intervenciones. El último es abordado por un número de técnicas específicas en el Capítulo III.

1. **Hablando:** Las personas necesitan hacer sentido de un desastre, en el contexto de sus vidas y su cultura. Contar una historia de lo que pasó es una manera de crear un significado para el evento. Muchas víctimas encuentran que es de ayuda el simplemente contarle a otros sobre sus experiencias en el desastre o sobre sus experiencias en los días y semanas después del desastre. Contar lo que pasó a otra persona también permite a la víctima revisar si sus percepciones de lo que pasó son exactas. Contar la historia “exterioriza” pensamientos y sentimientos, poniéndolos a examen de otros y de uno mismo. El emitir sentimientos poco a poco cuando la experiencia está segura en el pasado, hablando con otros o llorando, reduce el estrés. Las oportunidades públicas de pesar, de celebrar y de otra manera expresar sentimientos también alivia el estrés. Nota: mientras que hablar sobre experiencias es generalmente sano, la “rumiación” (contar la historia repetida y obsesivamente) es asociada con niveles más altos de depresión y deberá ser desalentada comprometiendo a la víctima en actividades o diversiones alternas.

Para los niños, otros medios de comunicación incluyendo jugar, trabajos de arte, y bailar, pueden jugar el mismo papel que el hablar juega en los adultos.

2. **Comunicación de información:** La incertidumbre incrementa el nivel de estrés de la víctima. La información incorrecta produce confusión, puede interferir con respuestas apropiadas y puede llevar a tensión entre víctimas o entre víctimas y voluntarios. Provea a las víctimas con información exacta y completa, tan pronto como sea posible, utilizando formas individuales y directas de comunicación y anuncios públicos generales (por ejemplo, vía los medios). Combata el tráfico de rumores. Es esencial tener una fuente única de información de la que las víctimas puedan depender.
3. **Facultad:** Uno de los aspectos psicológicamente más devastadores de un desastre es el sentido de la víctima de haber perdido control sobre su vida y sobre su destino. Las intervenciones ayudan a aquellos afectados por el desastre a cambiar de sentirse ellos mismos como “víctimas” (es decir, como pasivos, dependientes, con falta de control sobre sus propias vidas) a sentirse “sobrevivientes” (que tienen un sentido de control y confianza en su habilidad para enfrentar) y son centrales para prevenir o mitigar las dificultades emocionales subsiguientes. Desaliente la pasividad y una cultura de dependencia. Busque comprometer a las víctimas a solucionar sus propios problemas. Debe alentarse a las víctimas a participar en tomar decisiones que afectan sus vidas y de tomar parte en implementar esas decisiones. No debe negársele un papel activo en la solución de problemas, en el interés de la

“eficiencia”. Para los adultos, el regreso al trabajo (ya sea su trabajo usual u otra actividad significativa productiva o personal) ayuda a incrementar su sentido de control y de competencia. Para los niños, el regreso a la escuela hace la misma función. Incluso cuando las personas deben permanecer en un albergue por períodos prolongados de tiempo, desarrollando un ingreso de escala pequeña generando actividades productivas, permitiendo a las víctimas a ayudar a llevar el albergue y la administración de la asistencia, y proveyendo entrenamiento de habilidades son partes útiles de la rehabilitación psicosocial.

4. **Normalización:** Mientras que las respuestas emocionales no familiares son normales después de un desastre, las víctimas pueden encontrar angustiantes sus propias reacciones. El mejor antídoto es la educación. Reasegure a las víctimas que sus respuestas no son un signo de que se “están volviendo locos”. Explique el típico curso del tiempo (es decir, que, en la mayoría de casos, se puede esperar que los síntomas se remitan en un período de semanas o meses). Advierta a las víctimas que el aniversario del desastre, los estímulos ambientales que les recuerdan al desastre u otros eventos tales como funerales o acciones legales que surgieron del desastre, pueden llevar a un breve regreso de los síntomas que se habían debilitado. Las víctimas también deben saber que no todos experimentan los mismos síntomas o incluso cualquier síntoma. No están condenados a tener síntomas.

5. **Apoyo Especial:** La recuperación del desastre es inherentemente social. El restaurar o crear redes de apoyo social es esencial al enfrentarse con los estreses extremos creados por el desastre. Evite romper comunidades existentes. Combata el aislamiento de las víctimas individuales. El reunir familias tiene la máxima prioridad. Ayuda a reunir personas de la misma vecindad, equipos de trabajo y otros grupos pre-existentes, y separar a miembros de tales grupos pre-existentes (y especialmente miembros de la misma familia) es dañino. Sólo en las situaciones más extremas deberán los niños ser separados de sus padres (por ejemplo, si los padres del niño abusan de él o lo rechazan porque son incapaces de enfrentar su propio trauma o la de su hijo). Si es necesaria la separación del niño de sus padres (o si los padres son lesionados o muertos), mantener al niño con otro adulto que conocen y en quien confían (por ejemplo, un pariente, un maestro) es urgente. Casi nunca es aconsejable “mandar lejos a los niños para su propia protección”. Es importante regresar a los niños a la escuela, a los adultos a sus ambientes sociales acostumbrados (por ejemplo, el trabajo). En algunas instancias, no están disponibles grupos de apoyo no naturales. En esta situación, el crear redes artificiales (por ejemplo, creación de grupos de actuales compañeros o de auto-ayuda para tratamiento, ayudando a reorganizar y reconstruir comunidades) ayuda. En la mayoría de los casos, las modalidades del grupo de tratamiento deberán ser una parte central de la respuesta psicosocial al desastre. Cuando sea posible, el grupo que es la unidad de tratamiento, deberá ser un grupo que ocurre naturalmente, tal como la familia.

Nota: Mientras que el apoyo social generalmente ayuda a las personas a enfrentar el estrés, las expectativas de que uno debe apoyar a otros, si es excesiva, y el sentir mucha empatía por demasiadas personas puede exacerbar el estrés. La resistencia del involucramiento en redes sociales deberá ser evaluada caso por caso.

6. **Alivio de Síntomas:** La ansiedad, la depresión, las respuestas exageradas al estrés, y otros síntomas son también angustiantes para el individuo y puede llevar a dificultades para adaptarse en lo que es intrínsecamente una situación estresante. Mientras que la intervención excesiva para tratar dificultades psiquiátricas atrincheradas va más allá del alcance de este manual, pueden ser útiles más intervenciones limitadas con el tiempo, tales como intervención breve en crisis o técnicas de relajación y desensitización. El escoger víctimas para respuestas inusualmente intensas, utilizando instrumentos tales como SRQ (Vea el Apéndice A: Técnicas de Evaluación) ayuda a identificar individuos con necesidad de servicio más intenso. Aquellos con condiciones psiquiátricas preexistentes también están en riesgo. Tales víctimas deberán referirse a asesoría individual o en grupo más extensa, o medicación, si los recursos están disponibles. Para aquellos con discapacidades psiquiátricas preexistentes, deben hacerse esfuerzos para restaurar su tratamiento previo (por ejemplo, terapia, medicación). Para aquellos sin historias previas de desorden psiquiátrico pero que muestran una angustia aguda, la medicación (por ejemplo, ansiolíticos para ansiedad y pánico agudos, neuroléptica para síntomas sicóticos), cuando disponible, puede ser una respuesta útil a corto plazo.
7. **Construya sobre las fortalezas y tradiciones de la comunidad** (sin ser esclavo de la tradición): Las comunidades tienen fortalezas y recursos. Estas fortalezas y recursos pueden ser una herramienta poderosa para mitigar los efectos de desastres en individuos.

Un sentido de comunidad, un sentido de identidad social, y una red de apoyo social son apuntalamientos esenciales de la salud mental. Las intervenciones y el apoyo para restaurar la moral de la comunidad, las actividades económicas tradicionales, el bienestar preexistente y los servicios personales, escuelas, patrones de descanso y recreación son útiles. Ayude a los individuos a recrear sus papeles pre-desastre en sus comunidades.

Las comunidades tienen una riqueza de fortalezas tradicionales y de recursos. Utilice curanderos indígenas y residentes locales, tomando sus habilidades tradicionales y entrénelos en las técnicas de rehabilitación psicosocial. Utilice rituales y ceremonias tradicionales, tales como rituales de curación y rituales de purificación. Donde no existen tradiciones, pueden crearse nuevos rituales comunales, tales como el día del pesar o tocar la campana diariamente o procesiones.

Hay caídas potenciales en los esfuerzos por reconstruir la comunidad pre-desastre. Algunas de estas son creadas directa o indirectamente por el desastre en sí. Por ejemplo, pueden surgir conflictos entre los líderes emergentes “creados” por la crisis del desastre y los líderes tradicionales o entre los líderes locales y los expertos externos y elites. La crisis creada por el desastre puede abrir largas fallas durmientes en las sociedades o comunidades y puede llevar a nuevas relaciones dentro de las familias o dentro de la comunidad. Una crisis es una oportunidad para que emerja el cambio en una comunidad. “El construir sobre las fortalezas de la comunidad” no significa buscar automáticamente restaurar la vieja estructura de la comunidad en el interés de esfuerzos “eficientes” de asistencia, ni significa perseguir las propias creencias de cómo las comunidades o familias “deberían” de estar estructuradas. Es un compromiso a la comunidad, en lugar de una estructura particular de la comunidad, que representa un área de esperanza para las víctimas.

VII. LOS NIÑOS TIENEN NECESIDADES ESPECIALES

En su mayoría, los mismos principios que aplican para adultos aplican para niños, con adaptaciones apropiadas para su edad (es decir, utilice lenguaje apropiado para la edad del niño; sea concreto). Las varias reacciones específicas del niño a un desastre discutidas anteriormente sugieren varios principios adicionales para trabajar con niños:

- ? Los niños son afectados por el desastre tanto directa como indirectamente, al observar y ser afectados por las reacciones de sus padres. A menos que haya fuertes razones de lo contrario, tal como una relación de abuso padre-hijo o la no-disponibilidad física o psicológica de los padres, el involucrar a los niños junto con sus padres deberá ser una gran parte del tratamiento. Ayuda el alentar a los padres a discutir con el niño qué pasó en el desastre, a reconocer y aceptar y entender las reacciones de su hijo y a comunicarse abiertamente sobre sus propias reacciones.
- ? Una barrera para identificar niños con necesidad de servicios puede ser que los padres ignoren o nieguen los signos de angustia en sus hijos o padres o que atribuyan como “intencional” comportamientos regresivos tales como mojar la cama o actuar comportamientos. Los padres deberán ser educados sobre estos temas, y la búsqueda de casos deberá seguirse por otras rutas (por ejemplo, escuelas) también.
- ? Los padres se pueden beneficiar de la educación con respecto a respuestas apropiadas a comportamientos particulares y a los beneficios de tratamientos específicos, también. Por ejemplo (a) comportamientos regresivos, tales como mojar la cama, deberán ser aceptados inicialmente. El niño deberá ser confortado sin demandas. Él o ella no deberán estar avergonzados o criticados o castigados. Más tarde, las expectativas normales pueden ser reasumidas gradualmente. (b) Las intervenciones de comportamiento (sistemas de recompensar comportamientos deseados, con límites en comportamientos indeseables) son las respuestas más útiles a

- comportamientos inapropiados. (c) El confort físico puede ser útil para reducir los niveles de ansiedad entre los niños. Un estudio ha mostrado que los masajes regulares de espalda y cuello pueden ser útiles. (d) Los niños necesitan ser reasegurados y obtener permiso para expresar sus propios sentimientos sin temor a ser juzgados.
- ? Debe evitarse la separación de los niños de sus padres, si es del todo posible. Cuando es absolutamente necesario (por la seguridad del niño o por inhabilidad de los padres de cuidar del niño), deben hacerse esfuerzos para asegurarse de que el niño es acompañado por figuras familiares e importantes en sus vidas, tales como abuelos, otro hermano o un maestro.
 - ? Los niños especialmente tienden a extraer conclusiones inexactas sobre la causa del desastre, sus propias acciones y la normalidad de sus actuales sentimientos. Por ejemplo, pueden creer que de alguna manera tienen la culpa de lo que pasó. La exploración y la corrección de estas ideas es parte del tratamiento
 - ? Los niños pequeños (hasta diez u once, al menos) pueden no ser capaces de utilizar el lenguaje efectivamente para describir sus sentimientos o para trabajar a través de sus reacciones. El pintar, jugar con títeres, representar papeles, o escribir, que no está específicamente enfocado al desastre (por ejemplo, poesía, historias), puede ser una manera útil de permitirles la completa exploración de respuestas. Estos acercamientos “expresivos” son discutidos en más detalle abajo.
 - ? Debe dárseles tiempo a los niños para experimentar y expresar sus sentimientos, pero en cuanto sea posible, debe perseguirse el regreso a la estructura de las rutinas del hogar.
 - ? Las escuelas juegan un papel clave como lugares para intervención y como lugares para buscar casos. Proveyendo un ambiente estructurado para el niño, ayudan al niño a regular sus reacciones. Un regreso rápido de los niños al colegio y el monitoreo de la asistencia y de síntomas inusuales ayuda. Cuando los niños regresan a la escuela después de un desastre, no deberán ser empujados inmediatamente a las rutinas ordinarias de la escuela. En cambio, debe dárseles tiempo para hablar sobre el evento y de expresar sus sentimientos sobre él (sin forzar a los que no quieren hablar). Las sesiones en la escuela con clases o grupos enteros de estudiantes pueden ser de ayuda. La escuela también puede llevar a cabo reuniones con los padres para discutir las respuestas de los niños y proveer educación para los padres sobre cómo responder a los niños después de un desastre.

VIII. LOS VOLUNTARIOS DE RESCATE Y ASISTENCIA TIENEN NECESIDADES ESPECIALES

Los voluntarios de rescate y asistencia están en alto riesgo de respuestas emocionales adversas y en una alta prioridad para intervención. Sus necesidades son frecuentemente ignoradas o vistas como “menos importantes” que aquellas de las víctimas primarias del desastre, y ellos mismo están frecuentemente mal preparados para sus propias reacciones emocionales a sus experiencias al dar asistencia en desastres.

Los voluntarios (incluyendo policías, bomberos, y soldados que pueden estar involucrados en respuesta a desastres) frecuentemente desarrollan una cultura de “distanciamiento defensivo”. Pueden enfrentar el estrés con “humor negro”, insensibilidad superficial y una creencia que hacer bien el trabajo es más importante que expresar sus sentimientos. No buscan asistencia y pueden resistirse a ir a intervenciones.

Después de un tiempo en el trabajo, el estrés acumulado puede llevarlos a “extenuación personal”, un síndrome en el que el trabajador de rescate pierde su entusiasmo por el trabajo, se vuelve menos eficiente, se siente crónicamente fatigado, se siente acosado por demandas injustas y se siente crónicamente irritable con y crítico con sus compañeros y clientes.

- ? Un proceso en el cual los voluntarios de rescate y asistencia potenciales son escogidos y sólo aquellos que se cree son adecuados son escogidos para ayudar a aminorar la frecuencia de reacciones adversas. Las personas con un sentido de independencia, una sentido de identidad al trabajo y fortaleza personal y experiencia previa a trabajos relacionados con pérdida hacen un mejor trabajo. Aquellos con pérdidas personales recientes que no han sido trabajados están en un alto riesgo de reacciones adversas.
- ? El entrenamiento y la experiencia ayudan a prevenir efectos psicológicos adversos. Tanto como sea posible, los voluntarios en rescate y asistencia deberán estar preparados de antemano a qué esperar, tanto práctica como psicológicamente, de ellos mismos y de las víctimas. Si es posible, la preparación deberá enfocarse en el desastre en particular al que están respondiendo. Mientras más cerca están sus expectativas a las realidades que enfrentarán, mayor su sentido de predictabilidad y control, menores sus sentimientos de impotencia e incertidumbre.
- ? Ayuda entrenar a los voluntarios en habilidades de enfrentamiento que pueden utilizar para protegerse emocionalmente. Esto puede incluir entrenarse en técnicas de distanciamiento y relajación (por ejemplo, utilizar imágenes placenteras para evitar meditar sobre los horrores del desastre y la imposibilidad de hacer todo lo que debe hacerse; ejercicios de respiración), educación en la necesidad de descanso y comida adecuadas y educación sobre el valor de los “ejercicios de deactivación” periódicos (ver Capítulo III).
- ? Una gran fuente de estrés en los voluntarios surge de los temas organizacionales. Los siguientes pueden ser útiles para reducir el estrés:
 - (a) Reducir la burocracia y el papeleo
 - (b) Promover un sentido de compañerismo y apoyo mutuo entre los voluntarios
 - (c) Intervenciones para terminar conflictos entre voluntarios o entre voluntarios y sus supervisores
 - (d) Proveer información adecuada sobre tareas y el desastre en general
 - (e) Proveer suministros adecuados por el trabajo que se demanda

- (f) Desarrollar reglas y horarios de trabajo que permiten a los voluntarios poder cumplir con su asignación de tareas
 - (g) Mantener comunicación entre voluntarios y sus propias familias.
 - (h) Proveer facilidades adecuadas para descansar, dormir, lavarse y comer
 - (i) Proveer comida, albergue y tiempo de descanso adecuado para los voluntarios
 - (j) Intervenciones ambientales para reducir ruido, mejorar el flujo de tráfico y proveer espacio para tomar un descanso
 - (k) Proveer reconocimiento y apreciación por los sacrificios que están haciendo los voluntarios.
- ? Los supervisores comprometidos que no son sobre controladores pero que son firmes sobre prioridades del equipo, que pueden aceptar la angustia de sus supervisados, que proveen retroalimentación positiva y que monitorean la carga de trabajo de los voluntarios, ayudan a prevenir la “extenuación personal”.
- ? Deben hacerse esfuerzos para asegurar la rápida detección de reacciones agudas de estrés entre voluntarios y para responder inmediatamente. Puede ayudar observar a los voluntarios, tener una interacción informal con los voluntarios incluso si no muestran signos de estrés, y tener contacto con los supervisores. El dejar que los voluntarios que no muestran signos agudos de angustia ventilen brevemente puede aliviar el estrés. El tiempo libre para tomar una pequeña caminata, tomar una taza de café o meditar pueden ser útiles. Durante los cambios de turno, es mejor no quitar a los voluntarios de la escena de su trabajo. Ayuda comunicar que los fuertes sentimientos son entendibles y esperados, pero que el regreso rápido a las tareas de asistencia también es esperado.
- ? Después de unas pocas horas de cualquier incidente interpersonal inusual (por ejemplo, un conflicto entre voluntarios o entre voluntarios y víctimas) o cualquier otro incidente estresante inusual (por ejemplo, un accidente que lesiona a un trabajador), debe llevarse a cabo una sesión de “ejercicios de activación” más extensa. Es importante que los voluntarios tengan un lugar donde puedan expresar preocupaciones y reacciones en una atmósfera de apoyo y bloquear criticismo destructivo. La técnica de “ejercicios de activación” está descrita en detalle en el Capítulo III.
- ? Los “ejercicios de deactivación” periódicos y especialmente sesiones de ejercicios de deactivación antes de que el trabajador en desastre regrese a casa a su vida “regular”, son esenciales. Busque crear un entendimiento entre los oficiales de asistencia de que se espera que los voluntarios tomen parte en los ejercicios de deactivación regulares, sin importar si muestran individualmente o no signos activos de angustia. Los voluntarios en desastres, en sí, deben estar concientes que la participación en ejercicios de deactivación es parte de su trabajo. La técnica de “ejercicios de deactivación” se describe en detalle en el Capítulo III.
- ? Ayuda proveer información a los voluntarios y a sus familias sobre que esperar cuando el trabajador en asistencia regresa a casa. Un panfleto de

muestra que contiene tal información puede encontrarse en el Apéndice C (Panfletos).

- ? No sólo los que están jugando un papel directo en operaciones de rescate y asistencia están en riesgo, sino los líderes de la comunidad involucrados en la reconstrucción, ya sea por su experiencia directa al desastre o por “traumatización vicaria” como resultado de trabajar de cerca con tantas víctimas primarias o secundarias del desastre. También es indicado dar entrenamiento, supervisión de compañeros o grupos y sesiones de ejercicios de desactivación periódicas para estos grupos.

Capítulo III: Técnicas de Intervención Psicosocial

Evaluación y Búsqueda de Casos

Qué es: Varias técnicas para identificar a aquellos en necesidad de servicios

Personas a las que es dirigido: Voluntarios y víctimas primarias del desastre

Cuando Usarlo: En cualquier momento

En desastres a gran escala (por ejemplo, huracanes, terremotos), es de alta prioridad identificar qué víctimas están en más riesgo de volverse o de permanecer sintomáticos. En su mayoría, es improbable que las víctimas busquen asistencia por su cuenta. Varios acercamientos para identificar a aquellos con necesidad de servicios pueden ser utilizados:

Por categoría: Ciertos grupos son especialmente vulnerables. Estos incluyen voluntarios, víctimas a quienes se les murió un familiar en el desastre, víctimas que estuvieron atrapadas o enterradas en el curso del desastre, los niños entre cinco y diez años, madres de niños pequeños, y víctimas con una historia previa de pobre adaptación al trabajo o a la escuela o enfrentamiento pobre en períodos previos de alto estrés.

Por patrones específicos de comportamiento: Pueden estar señalizando dificultad aquellos que se meten en comportamientos inadecuados, tales como niños que se quedan fuera de la escuela después del desastre o adultos que se ausentan del trabajo o que fallan al “recuperarse”. De igual manera después de los primeros días después del desastre, los que se presentan con problemas médicos “vagos” tales como perturbaciones del sueño, fatiga excesiva, dolor difuso, dolores de cabeza inexplicables o síntomas gastrointestinales pueden estar evidenciando angustia psicológica. Aquellos que expresan pensamientos suicidas o están haciendo intentos suicidas u otros intentos de auto-daño son una alta prioridad.

Por el uso de instrumentos de clasificación: Los listados de síntomas pueden ser distribuidos en las escuelas, las iglesias, los lugares de trabajo o los albergues. El Cuestionario de Informe de Síntomas (SRQ, por sus siglas en inglés), ha sido utilizado en muchos países y ha sido exitoso al identificar adultos y adolescentes mayores en angustia. *El SRQ, dos formatos de una Lista Pediátrica de Síntomas diseñada para uso en niños, y un cuestionario dirigido a detectar signos de “extenuación personal” entre los voluntarios puede encontrarse en el Apéndice A.*

Por búsqueda de casos: Esfuerzos de alcance, incluyendo distribución de panfletos, anuncios en la radio y televisión, artículos en periódicos, pláticas públicas, carteles en oficinas o centrales del esfuerzo de asistencia pueden estimular auto-referencias. Los maestros, líderes religiosos, voluntarios médicos, supervisores de lugares de trabajo y otros residentes locales que tienen contacto con un número sustancial de víctimas deberán enlistarse para ayudar a aquellos en angustia.

Ejercicios de Deactivación de Estrés de Incidente Crítico

Qué es: Una técnica estructurada para ayudar a individuos y grupos a procesar sus experiencias de desastre y llegar a un cierre con ellas.

Personas a las que es dirigido: Voluntarios, víctimas del desastre (directas e indirectas)

Cuando Usarlo: Con voluntarios, periódicamente y antes de regresar a las actividades de no-asistencia. Con víctimas, varios días hasta un año después del desastre

(Nota: El modelo de intervención CISD (por sus siglas en inglés) fue propuesto originalmente por J. Mitchell en la *Revista de Servicios Médicos de Emergencia*, 1983).

Los ejercicios de desactivación de estrés de incidente crítico (CISD) es una discusión estructurada de grupo. Su meta es ayudar a las personas a construir un relato de sus experiencias para ayudar a prevenir las intensas emociones y experiencias del desastre para que no se tornen atrincheradas en forma de síntomas discapacitantes. Permite a las víctimas compartir sentimientos poderosos cargados de enojo, impotencia, o miedo, de una manera que ayude a disolverlos. Las víctimas aprenden que estas reacciones son experimentadas por otros también y que son “normales”. Aprenden que, a pesar de que pueden tener experiencias específicas diferentes en el desastre, no están solos.

Los ejercicios de desactivación pueden ser realizados preventivamente con voluntarios o con grupos de víctimas, para tratar de prevenir la emergencia de síntomas discapacitantes o para minimizar sus efectos duraderos. También puede hacerse con grupos identificados con síntomas o que están en alto riesgo, utilizando las técnicas descritas abajo.

El ejercicio de desactivación usualmente se lleva a cabo en un ambiente de grupo. El grupo puede consistir de un equipo de trabajo de voluntarios, un equipo de trabajo preexistente (por ejemplo, la tripulación de un tren, un equipo de trabajo en una fábrica), un grupo de vecinos, una familia, o un grupo de sobrevivientes reunidos en una base ad hoc. Este grupo puede consistir de hasta quince miembros.

El ejercicio de desactivación se lleva a cabo al menos unos cuantos días después del evento. Si se intenta muy temprano después del desastre, las reacciones emocionales a corto plazo (por ejemplo, incredulidad, negación, un sentido de irrealidad, reacciones retardadas) y la preocupación de lidiar con asuntos prácticos puede interferir. Continúa siendo una técnica útil meses o inclusive varios años después del desastre.

El ejercicio de desactivación involucra una única sesión, durando como dos o tres horas. Si las víctimas muestran reacciones intensas duraderas o especiales, pueden agregarse

sesiones adicionales o el asesoramiento individual puede ser utilizado como una actividad de seguimiento. Si es necesario, también puede llevarse a cabo una versión acortada.

Cuando sea posible, puede ser de ayuda tener dos consejeros de desastres reuniéndose con el grupo. Uno juega el papel principal de liderar al grupo en el proceso de discusión, preguntas, escuchar y dar información. El segundo está disponible para pasar tiempo con cualquier participante que necesite dejar el grupo debido a su angustia así como también para ayudar a guiar el proceso general del grupo. (Como un beneficio adicional, los dos consejeros pueden hacer un ejercicio de desactivación entre ellos sobre sus respuestas a la sesión).

El ejercicio de desactivación de Estrés de Incidente Crítico procede a través de una serie de fases pre planificadas. Puede ser modificado en una variedad de maneras, para tomar en cuenta las necesidades de las víctimas individuales, diferencias culturales, los efectos de los diferentes tipos de desastres, etc. Los lineamientos que siguen tienen como propósito ser sugestivos, en lugar de un grupo rígido de reglas.

Fase 1: Introducción: *Introdúzcase y explique cuál es el propósito de la sesión.* Dé una visión general del proceso: (es decir, durará como dos horas; se les pedirá a las personas que cuenten sus historias del desastre y sus reacciones; será ofrecida información sobre reacciones normales a desastres). Describa las metas (ayudar a las personas a entender qué les está pasando y por qué, para que puedan manejar sus reacciones más efectivamente y con una ansiedad y ruptura mínima en sus vidas). Busque normalizar las experiencias de las personas: se esperan síntomas emocionales inusuales, aunque la falta de síntomas también es normal. Conteste preguntas. Aborde los miedos de los participante y posibles malas interpretaciones (por ejemplo, no es psicoterapia; la participación no significa que sean “anormales”).

Deben declararse las reglas de la sesión: (a) No se requiere que nadie hable, aunque son alentados a hacerlo. (b) Deberá evitarse el juzgar o culpar a otros. (c) Todos deben escuchar a los otros y dejarlos decir lo que quieren. (d) Los participantes deberán hablar por sí mismos, no por otros. (e) si alguien está muy perturbado, todavía deberán tratar de quedarse en el grupo. Si deben irse para recobrar compostura, puede hacerlo, pero deben regresar prontamente. (f) Los procedimientos son confidenciales: nadie debe hablar sobre la sustancia de lo que los otros dijeron afuera del grupo (no “chismes”).

Fase 2: Narrativas: *En esta fase, el objetivo es compartir hechos y crear una escena colectiva de lo que pasó.* “Díganos quien es y qué pasó desde su perspectiva. “¿Quién quiere comenzar?” Incluya el relato de todos de lo que les pasó (aunque, otra vez, los participantes pueden pasar si así lo escogen). Trate de no enfocarse en reacciones psicológicas en este punto. Si los participantes comienzan a hablar sobre sus reacciones, con gentileza víelos de regreso a los “hechos”. Con los voluntarios, el punto de partida puede ser preguntar sobre cuál fue su papel en el esfuerzo de asistencia y si hubo algunas situaciones problemáticas.

Fase 3: Reacciones: *En esta fase, se desarrolla un inventario compartido de pensamientos y sentimientos.* Los participantes aprenden que otros comparten sus síntomas, que aminora los sentimientos de aislamiento y vergüenza. También aprenden que los pensamientos y sentimientos están relacionados, y que los cambios en entendimiento pueden llevar a cambios en los sentimientos.

- (a) Camine alrededor del cuarto y pregunte sobre las reacciones cognoscitivas de las personas al momento del incidente. “¿Cuáles fueron sus primeros pensamientos? ¿Qué pensó después?” “¿Qué hizo entonces?” Luego pregunte sobre reacciones después de los eventos. “¿Qué pensó cuando el evento terminó?”
- (b) Ahora cámbiese a informes de sentimientos en lugar de pensamientos. Pida a los participantes describir sus sentimientos, uniéndolos a sus pensamientos y evaluaciones de la situación. “¿Cómo se sintió entonces?” “¿Qué fue lo peor de la experiencia para usted?” “¿Qué aspectos de los eventos le causaron el mayor dolor?” Pregunte sobre las reacciones de la familia y otras personas significativas en la vida de los participantes. Busque sentimientos de que otros miembros de la familia u otras personas significativas no entendieron lo que les pasó o que los miembros de la familia *incrementaron* su ansiedad por la forma en que expresaron preocupación. Pregunte sobre reacciones subsecuentes (por ejemplo, “esa noche” o “al día siguiente”). Pregunte por reacciones físicas como síntomas emocionales.
- (c) Continúe explorando la secuencia de pensamientos y sentimientos en los días o semanas después del evento, moviéndose al presente.
- (d) Ahora a cambiarse lejos de las emociones. Explore estrategias de enfrentamiento. “¿Cómo se enfrentó con eso? ¿Cómo lo está enfrentando?” “¿Qué hace usualmente cuando se siente de esta forma?” “¿Qué lo ha ayudado en otros momentos para enfrentar problemas?” “¿Qué puede hacer para ayudarse la próxima vez que se sienta de esta forma?” “¿Hubo algún aspecto positivo de la experiencia?” (Con los voluntarios, especialmente, es útil ayudar a identificar los recuerdos más positivos).

Fase 4: Educación: *En esta fase, el enfoque cambia más formalmente a educación,* aunque las intervenciones educativas pueden hacerse a través del proceso.

- (a) Resuma la sesión, juntando las narrativas y las respuestas (pensamientos, acciones, sentimientos).
- (b) Advierta a los participantes que sus síntomas pueden no aminorarse instantáneamente y que pueden aparecer nuevos síntomas. Reconozca el potencial de algunos tiempos difíciles. Sin embargo, persista con la expectativa que esto será por un tiempo limitado. Pero sea realista: para que los síntomas disminuyan pueden pasar meses o incluso un año o más.

- (c) Enseñe técnicas de manejo del estrés. Enfatice la importancia de tomar descansos, tener una buena dieta, hacer ejercicio. Aliente el hablar con otros. Aliéntelos para que identifiquen pasos concretos que necesitan perseguir.
- (d) Identifique a aquellos que necesitan ayuda inmediata (por ejemplo, desensibilización de síntomas fóbicos). Arregle para seguimiento o referencia.
- (e) Arregle para seguimiento.

Fase 5: Seguimiento: Dos o más semanas después, dé seguimiento, ya sea con un cuestionario formal o por una breve entrevista. Sígale la pista a la recuperación o la falta de ella. Identifique lo que ha sido de ayuda. Identifique problemas que necesitan más atención.

Variaciones y adaptaciones:

1. *Con voluntarios en desastres* (asumiendo que no son ellos víctimas primarias del desastre), el ejercicio de deactivación es una respuesta no ha su experiencia del desastre en sí sino a los estreses y tensiones del trabajo de asistencia. Pueden ser útil llevar a cabo sesiones de ejercicios de deactivación periódicamente (por ejemplo, una vez a la semana). En cualquier caso, debe programarse una sesión antes de que los voluntarios de fuera de la comunidad del desastre regresen a su casa a sus vidas “diarias”.

Una sesión de ejercicio de deactivación al final del servicio deberá enfocarse en temas tales como:

- ? ¿Cómo se involucró? ¿Cuál fue su papel? ¿Se sintió entrenado / preparado para ello? ¿Cuáles fueron sus expectativas iniciales y sus reacciones iniciales?
- ? ¿Cuáles fueron sus últimas experiencias? ¿Qué hizo y qué pensó en cada etapa?
- ? ¿Qué fue específicamente difícil para usted? ¿Qué lo hizo sentirse importante, enojado, culpable? ¿Algunas de sus experiencias desataron recuerdos de cosas malas que le han pasado?
- ? ¿Qué salió bien? ¿Qué partes le hicieron sentir bien sobre la experiencia?
- ? ¿Cómo fueron sus relaciones con otros voluntarios? ¿Cómo se llevaban?
- ? ¿Cuáles son sus sentimientos hacia las víctimas ahora?
- ? ¿Cómo ha sido para su familia que usted no esté? ¿Cuáles cree que son sus expectativas para su regreso? ¿Qué se siente terminar? ¿Anticipa dificultades al reasumir su vida normal? ¿Tiene arrepentimientos al irse?
- ? ¿Qué significó para usted esta experiencia? ¿Qué aprendió de sí mismo? ¿Qué aprendió que puede ser útil en el trabajo en desastres futuros?

2. *El ejercicio de desactivación puede ser conducido con una variedad de audiencias y bajo una variedad de restricciones.*
 - ? Con un grupo muy grande (más de veinte), es imposible que cada persona presente comparta sus experiencias y el énfasis vira hacia las porciones educativas.
 - ? El ejercicio de desactivación incluso puede darse uno a uno, si es necesario.
 - ? El ejercicio de desactivación puede hacerse utilizando una unidad familiar como grupo. Esto puede ser especialmente útil si hay evidencia que un niño está angustiado o en riesgo de futuras dificultades.

3. *El ejercicio de desactivación puede ser adaptado a varias situaciones culturales.* Por ejemplo, los grupos formados en respuesta a una erupción volcánica en las Filipinas reemplazaron los ejercicios de entrenamiento en relajación con el rezo como parte de la sesión. Otros rituales curativos tradicionales pudieran incorporarse de una manera similar.

Intervención en Crisis

Qué es: Un grupo de técnicas para ayudar a individuos a recobrar control sobre una situación de crisis

Personas a las que es dirigido: Voluntarios individuales, víctimas del desastre

Cuando Usarlo: Cualquier momento después del desastre, cuando los individuos se presenten “en crisis”

Una “crisis” ocurre cuando una persona se enfrenta con una situación peligrosa u otra seriamente estresante donde sus mecanismos habituales de resolución de problemas no tiene éxito. Puede resultar la ansiedad, el miedo, la culpa y vergüenza, sentimientos de impotencia o desesperanza, una sentido de desorganización o enojo. El desastre en sí representa una crisis para la mayoría de las víctimas. En los días, semanas y meses después de un desastre, pueden aparecer crisis adicionales para las víctimas y para los voluntarios. Un incidente inesperado o simplemente la acumulación de estrés con el tiempo pueden constituir una “crisis”.

La intervención en crisis es un grupo de técnicas dirigidas a ayudar a la persona en crisis a recobrar el control sobre la situación de crisis. Un poco de apoyo y ayuda enfocada en tal momento, dirigidos a ayudar a que la víctima obtenga control sobre la situación de crisis, puede prevenir dificultades futuras. La intervención en crisis puede ser enfocada en un individuo, varias personas juntas o pequeños grupos (incluyendo una unidad familiar).

El proceso de intervención en crisis involucra, primero, identificar y clarificar los elementos de la crisis (el problema o tema o situación); segundo, desarrollar estrategias para la solución de problemas; y tercero, movilizar a la persona a actuar sobre estas estrategias.

Simplemente identificar los elementos de la crisis puede, en sí, ayudar al cliente a recobrar un sentido de superioridad. El ventilar los sentimientos y hacer que el cliente esté consciente que los sentimientos intensos no representan “volverse loco” puede ser útil, pero el flujo de afecto deberá ser monitoreado para que el cliente no se asuste de perder control para que su pensamiento no se vuelva más desorganizado. La tarea subsiguiente es ayudar al cliente a descubrir soluciones, acceder redes de apoyo y recursos y servicios concretos. Esto puede ser un proceso muy informal, logrado en tan poco como unos cuantos minutos, o puede ser más formal y requerir de varias reuniones.

Algunos lineamientos para la intervención en crisis:

- ? Busque abrir discusión con preguntas simples y factual: “¿Qué pasó?” “¿Qué le preocupa? ¿Me puede contar sobre ello?” Muestre interés y preocupación activa.
- ? De seguimiento con preguntas específicas. Reúna información específica más allá de la que es ofrecida espontáneamente. ¿Qué está pasando (o no pasando) que está produciendo un estado de crisis en progreso en el momento?
- ? Respete necesidades iniciales para minimizar o negar lo que pasó (por ejemplo, que un ser querido pudo haber muerto en el desastre) como auto-protección, a menos que la persona no esté en la realidad o está expresando creencias que son perjudiciales a su bienestar inmediato. Provea empatía, calor, apoyo y reaseguramiento. Pueden ser de ayuda los gestos tales como una palmadita en la espalda o un ofrecimiento de una taza de café. Reconozca el dolor, el miedo, el sufrimiento y la preocupación. “Debió haber sido aterrador.” “Puedo ver qué preocupado debió haber estado.” “Puedo ver como pudo haberse ido.” Ayude al cliente despacio y con gentileza a entender la situación más realísticamente.
- ? Gradualmente busque evocar pensamientos y sentimientos y reacciones (“¿Cómo se sintió respecto a esto cuando ocurrió? ¿Cómo se siente ahora al respecto?”). Provea aliento. Refleje los comentarios de la víctima para abrir espacio par elaborar. Reconozca sentimientos pero no indague profundamente ni busque intensificarlos-esto es intervención en crisis, no terapia a largo plazo. Pregunte. ¿Hay pensamientos que él o ella no puede sacar de la cabeza? Mientras que la expresión de sentimientos o de pensamientos sobre la situación que produce la crisis puede ayudar, desaliente la meditación repetitiva.
- ? Esté alerta para encontrar que es lo que angustia a la víctima del desastre u otra crisis. No asuma que sabe esta respuesta. Por ejemplo, un desastre tiene muchos aspectos potencialmente angustiantes. ¿Cuál es? ¿Es la lesión personal? ¿Pérdida de propiedad? ¿Preocupación sobre los seres queridos? ¿Ver a otros heridos? ¿Vergüenza ante como la víctima actuó?
- ? Enfóquese en los problemas, necesidades y prioridades inmediatas. Busque formular las dimensiones del problema y su significado para la víctima.
- ? Evalúe las habilidades de enfrentamiento de la víctima y sus fuentes de apoyo. ¿Qué hicieron en varios momentos durante y después del desastre (u otra situación productora de crisis)? ¿Es su entendimiento de los eventos exacto y realista? ¿Pueden enfocarse en las siguientes tareas y aquellas de su familia? ¿Cómo se han enfrentado con el estrés o con desastre en el pasado? ¿Cómo enfrentan el enojo, dolor, pérdida, falla? ¿Qué ayuda? ¿Qué no ayuda? ¿Cómo están enfrentando la situación ahora? ¿Qué apoyos están disponibles para ellos? ¿Qué recursos están disponibles?
- ? Busque signos de enfermedad mental severa (por ejemplo, ilusiones, negación irreal, alucinaciones, pensamientos suicidas, pensamientos agresivos y violentos).
- ? Responda a necesidades inmediatas basadas en la realidad. Ayude a la víctima a generar alternativas, planes, acciones, soluciones, prioridades

específicas y determine lo que necesitan hacer después (incluyendo ayuda o apoyo que puedan necesitar).

- ? Aliente el manejo activo de necesidades de parte del cliente. Desaliente la pasividad, dependencia y regresión. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, es mejor que el cliente haga las llamadas telefónicas para arreglar sus propias necesidades que que lo haga el consejero de desastre.
- ? Refuerce el enfrentamiento adaptivo. Aliente acciones que faciliten los sentimientos de superioridad, tales como tomar parte en actividades de rescate y recuperación. Aliente el hablar de la experiencia e identificar y aceptar como naturales sus propias respuestas. Conecte a las personas con las respuestas de otros para que reconozcan sus problemas y respuestas en común. Refuerce las interacciones de apoyo con la familia y amigos.
- ? Ayude a la víctima a manejar sus sentimientos en dosis aceptables que no producen más desorganización.
- ? De permiso para o incluso prescriba descanso, pero no provea refuerzo a la pasividad o inactividad. Transmita la expectativa de que la víctima puede tomar decisiones, controlar su propio destino, proveer sus propias necesidades, con asistencia.
- ? Asegúrese de obtener información sobre la identidad de las personas y cómo localizarlas, para permitir un seguimiento posterior. En algunos casos, puede ser apropiado dar el seguimiento después de un período corto (por ejemplo, veinte minutos). En otros casos, cuando un tema de más tiempo está en juego, dé seguimiento unos días después.

Técnicas de Reducción de Estrés

Qué es: Técnica para ayudar a individuos a reducir estrés y ansiedad

Personas a las que es dirigido: Voluntarios, víctimas

Cuando Usarlo: En momentos de estrés o en base regular

Los desastres producen una gran cantidad de estrés y ansiedad, tanto inmediatamente como en el transcurso de las semanas o meses que siguen. Una variedad de técnicas pueden ser útiles para reducir el estrés y la ansiedad.

Descanso y Recreación: Ambos, los períodos breves de descanso en el curso de las actividades diarias y el sueño adecuado son importantes, tanto para voluntarios como para sobrevivientes. Se entiende que la emergencia creada por el desastre puede interferir con estos en las primeras horas o días después del desastre. Tan pronto se llenen las necesidades de rescate más urgentes, de vida o muerte, permita que los voluntarios tomen un descanso o una siesta corta y asegúrese que están disponibles facilidades adecuadas para esto. Aliente a aquellos que supervisan los esfuerzos de asistencia a hacer un horario para los turnos de los voluntarios para asegurarse que los voluntarios duerman lo suficiente. Las actividades recreacionales, desde juegos de cartas hasta ver televisión pueden ser de ayuda, tanto para adultos (voluntarios y víctimas primarias del desastre) como para niños y adolescentes. En parte, estos sirven como una diversión, previniendo la “rumiación” sobre el desastre. También ayudan a restaurar el sentido de normalidad y control sobre la vida.

Ventilación: Permitirle a los voluntarios y a los supervisores hablar sobre sus experiencias y sentimientos en ambientes informales y formales alivia el estrés. Sin embargo, las declaraciones repetitivas y la rumiación no alivian el estrés y pueden promover la depresión y deben ser desalentados. Cambie la discusión hacia otros temas, provea diversiones o utilice otros acercamientos para promover la relajación.

Ejercicio: La actividad física ayuda a disipar el estrés. Provea oportunidades para que los voluntarios y las víctimas primarias del desastre (por ejemplo, en un albergue) ejerciten: caminen, corran, realicen una “clase” de ejercicio en grupo, realicen un evento atlético, bailen.

Ejercicios de Relajación: Varios tipos de ejercicios de relajación pueden ser adaptados fácilmente para uso en ambientes de desastre para ayudar a los clientes a reducir la ansiedad y el estrés. Estos incluyen ejercicios de respiración, ejercicios de visualización, ejercicios de relajación de músculos y la combinación de éstos.

Ejercicios de Respiración: Se le enseña al cliente a respirar de una manera controlada, mientras se fijan atentamente en su propia respiración.

Ejercicios de Visualización: Se le pide al cliente que provea un relato de un lugar o situación que él o ella encuentra muy relajante (por ejemplo, caminar por el bosque) y luego se le pide que visualice esta escena de una manera muy detallada. La escena en particular a ser visualizada deberá discutirse con la persona intencionada a usar el ejercicio.

Ejercicio de Relajación de Músculos: Se le pide al cliente que practique primero contrayendo, luego relajando diferentes grupos de músculos hasta que toda la musculatura está relajada, mientras se concentra en los sentimientos de relajación en los músculos.

Primero, el consejero guía a un individuo o a un grupo pequeño de individuos a través de estos ejercicios. Si las víctimas tienen grabadoras disponibles, será útil grabar un ejercicio de relajación para que cada cliente pueda escucharlo y adentrarse en él por su cuenta. También puede enseñársele a los individuos a usar los procedimientos por su cuenta sin el uso de un cassette auxiliar.

En el Apéndice B (Escritos de Relajación) pueden encontrarse varias muestras de escritos de varios tipos de ejercicios de relajación.

Los procedimientos de relajación pueden ser utilizados en base a “necesidad” (es decir, en el momento en que el trabajador en asistencia o el sobreviviente se sienten “estresados”), ya sea por su cuenta o con la ayuda de un consejero. Muchas personas también han encontrado que utilizar el procedimiento de relajación dos o tres veces al día en base rutinaria, incrementa su habilidad para enfrentar el estrés durante el día.

Después de aprender un ejercicio de relajación completo, puede desarrollarse una versión acortada. Tales versiones cortas son especialmente útiles para usarse “cuando se necesiten”.

Para que una persona esté dispuesta a relajarse siguiendo las instrucciones de otra persona (el consejero de desastre) requiere de algo de confianza. La enseñanza de ejercicios de relajación deberá ser pospuesta hasta que el consejero y el cliente han creado una relación de confianza. Esto es especialmente cierto para sobrevivientes del desastre que han desarrollado desorden de estrés post-traumático. Otros, que están muy ansiosos o muy deprimidos, pueden encontrar problemáticos los ejercicios de relajación. Los ejercicios de relajación deberán ser abordados con cautela con tales clientes. *Si el cliente comienza a agitarse, pare el ejercicio.*

Ejercicio de Activación

Qué es: Un procedimiento informal para ayudar a grupos de voluntarios con sus reacciones a incidentes específicos

Personas a las que es dirigido: Voluntarios

Cuando Usarlo: En las 24 horas después del incidente

El ejercicio de activación es un procedimiento breve e informal para ayudar a voluntarios a enfrentar los sentimientos y reacciones creadas a un incidente o a un evento. Puede ser una respuesta a un incidente inesperado en el curso del trabajo en asistencia (por ejemplo, un accidente o el descubrimiento horroroso de un cuerpo desfigurado durante operaciones de rescate), o a un conflicto (entre dos voluntarios, entre un trabajador y un supervisor, o entre un trabajador en asistencia y una víctima). El ejercicio de activación provee una oportunidad para que aquellos afectados por el incidente se enfoquen en definir el problema y en desarrollar estrategias para solución de problemas que preservarán la productividad de la unidad de trabajo.

El ejercicio de activación puede conducirse con un grupo de individuos que estuvieron involucrados en un único incidente o situación o con un individuo. Cuando la situación precipitante involucra un conflicto entre dos o más personas (por ejemplo, entre los voluntarios y las víctimas), es mejor trabajar con cada parte por separado, al menos inicialmente. Los ejercicios de activación deberán hacerse con los voluntarios y las víctimas por separado y con los voluntarios y sus supervisores por separado.

En una sesión de ejercicio de activación, el individuo o grupo afectado se reúne con un consejero en desastres. La sesión típicamente dura entre veinte y cuarenta minutos.

Etapa 1: Plantee las bases para la sesión. Déjele saber a los voluntarios que la meta es que ellos regresen a trabajar tan pronto como sea posible. Encuentre qué pasó: Pídale a los miembros del grupo que hablen sobre el evento que llevó a la reunión.

Etapa 2: Explore los pensamientos y sentimientos y reacciones de varios individuos involucrados: “¿Qué pensó cuando pasó esto?” “¿Cómo se sintió sobre el evento cuando ocurrió?” “¿Cuál fue la peor parte para usted?” “¿Cómo se siente al respecto?” Reasegure a los miembros del grupo sobre sus sentimientos. Apoye.

Etapa 3: Explore las estrategias de enfrentamiento que están usando los miembros del grupo: ¿Todavía tienen necesidades que no se han cumplido? ¿Qué los ayudaría ahora? ¿Qué los ayudaría en este momento? ¿Cuáles son sus planes para enfrentarse con el evento en el futuro? ¿Qué serviría en el futuro?

Etapa 4: En algunos casos, un descanso o diversión breve (una taza de café, una caminata corta) o un ejercicio directo de relajación (por ejemplo, respiración, visualización – vea abajo) pueden ser suficientes para permitirle a las persona a recuperar su propio sentido de competencia y dirección.

Etapa 5: Seguimiento: Mantenga una expectativa de que la persona regresará rápidamente a las actividades que necesitan llevar a cabo. Mientras que el regreso al trabajo de los voluntarios después de un descanso corto es el resultado esperado de una intervención. Pudo ser apropiado dar seguimiento dentro de un período corto de tiempo (por ejemplo, veinte minutos).

Técnicas Expresivas

Qué es: Técnica que no requieren de habilidad para etiquetar estados emocionales explícitamente

Personas a las que es dirigido: Niños; adultos que tienen problema respondiendo a preguntas o describiendo sentimientos de una forma verbal

Es difícil que los niños discutan sus problemas emocionales. Sus habilidades verbales son relativamente subdesarrolladas y les falta la facilidad para etiquetar sus emociones. Este caso es especialmente para niños menores de once años, pero incluso niños mayores y adolescentes, y algunos adultos, pueden tener dificultad o inhibiciones sobre hablar explícitamente sobre sus sentimientos. En estos ambientes, las técnicas que permiten expresión y exploración de sentimientos en una forma no verbal (por ejemplo, juegos, arte, danza) o en formas que, a pesar de que usan palabras, no requieren que la persona explícitamente identifique y etiquete los estados emocionales (por ejemplo, escribir poesía, representar un papel, jugar con títeres) son útiles. Estas técnicas pueden ser etiquetadas colectivamente como “técnicas expresivas”.

Implícitamente a estas técnicas es la noción que el juego, la creación artística, y actividades similares son sistemas de comunicación y de interacción interpersonal. *A través del juego y de actividades similares, el niño revela información significativa sobre sus problemas emocionales, procesos de pensamiento interno y estados, deseos y ansiedades.*

Como con las técnicas verbales convencionales, los objetivos de las técnicas expresivas incluyen la ventilación de sentimientos, la creación de una nueva narrativa sobre eventos aterradoras, recobrar un sentido de control y de superioridad, trabajando a través de la tristeza, encontrando y sintiendo apoyo de los compañeros, y normalizando reacciones inesperadas y no familiares. También ayudan a establecer una relación de confianza entre el niño y el consejero.

Las técnicas expresivas son comúnmente utilizadas con niños hasta once años, y con niños tan pequeños como de dos a cuatro. Sin embargo, pueden ser utilizadas con personas de cualquier edad. En lo que sigue, la palabra “niño” será utilizada para indicar a la persona con quien es usada la técnica, con el entendimiento que el “niño” puede, de hecho, ser un adolescente o un adulto.

Las técnicas expresivas pueden ser usadas con un niño único, pero también se adaptan fácilmente a grupos (ya sea ad hoc o una clase de escuela). En algunos casos, los niños experimentan un desastre pero los padres no lo experimentan directamente. Por ejemplo, este sería el caso si hubiera una explosión u otro incidente violento en la escuela. En

estas circunstancias, a pesar de que los padres pueden beneficiarse de las sesiones de ejercicio de deactivación de grupo, los niños pueden ser tratados en sus clases. Sin embargo, si los padres de los niños fueron también víctimas primarias del desastre o si el niño está especialmente angustiado, puede ser útil involucrar a toda la unidad familiar. Puede entonces utilizarse una mezcla de técnicas expresivas y verbales.

Debe enfatizarse que las técnicas expresivas involucran un papel activo para el consejero. No consiste solamente en dejar al niño jugar. El juego no dirigido puede distraer y ser curativo para el niño. Sin embargo, el juego monótono, repetitivo y ritualizado por un niño aislado es un signo de trauma. No libera al niño de la angustia. En la terapia expresiva, el consejero participa; limita (enfatiza reglas, alienta la tolerancia a la frustración, previene agresión abierta en contra de otros); interpreta (“Me pregunto si te sentiste como tu muñeca cuando...”).

Como con otras técnicas, el usuario de las técnicas expresivas deberá estar sensible a la etapa de respuesta del desastre. Inmediatamente después del desastre, el juego puede ayudar a los niños a reconocer y a ventilar sus sentimientos. Esto ayuda a reducir la ansiedad y provee una oportunidad para proporcionar a los niños información exacta y de escoger y separar a aquellos en angustia severa. La falta de expresión de emociones intensas en este momento no necesariamente es un signo de una perturbación severa, pero sí requiere de tratamiento. El niño que ha perdido a un padre en el desastre, por ejemplo, puede estar en un estado de shock y negación por una semana o dos después del evento y puede no ser totalmente capaz de comunicarse intensivamente sobre ello por varias semanas después de eso. Es apropiado proveerle al niño oportunidades repetidas para expresarse, cuando esté listo. Una intervención más extensa debe esperar hasta que el niño sea capaz de manejarlo.

La terapia expresiva puede, inicialmente, al menos, ser “dirigida” o “no-dirigida”. En el juego no-dirigido, la actividad libre del niño (por ejemplo, con títeres, muñecas o materiales de arte) es observada. El consejero gentilmente interactúa con el niño, entrando en el mundo de fantasía del niño, pero haciéndolo buscando ayudar al niño a explorar sentimientos y pensamientos.

En el juego dirigido o pre-arreglado, se le pide al niño que actúe nuevamente alguna parte de su experiencia. Esto puede tomar la forma de actuación con muñecas o títeres, o puede tomar la forma de dibujo o modelar en arcilla. Una forma alterna, especialmente con niños mayores, puede involucrar que el niño escriba poemas o historias sobre sus experiencias. La meta es ayudar al niño a eventualmente volver a presentar la experiencia con un final diferente o de una manera en el que el niño exhiba superioridad.

La escuela puede ser un lugar apropiado para algunas técnicas expresivas (por ejemplo, escribir una historia, jugar un papel). Además, la maestra puede enseñar a los niños sobre respuestas que se esperan después de un desastre, permitir la ventilación de sentimientos, enseñar habilidades de enfrentamiento y técnicas de solución de problemas (a través de representación de papeles, juegos, técnicas de “complete esta historia”), reasegurar. Aparte de actividades específicas en las que se involucran en la escuela, solamente el ir

regularmente a la escuela tiene un efecto curativo. La escuela provee estructura y normalidad. Tanto como los voluntarios en desastre se benefician de la expectativa de que, después de una crisis, deben buscar ayuda pero luego regresar prontamente a su

Algunas técnicas expresivas

Técnicas de Arte

Dibujo libre, pintura libre, moldear con arcilla libre
 Dibujar a “una persona” o a “su familia”
 “Escarabajar”: Cada uno toma turnos haciendo un dibujo de los “escarabajos” del otro y luego hace una historia sobre ello.
 Dibujos, mapas, modelos en arcilla de la escena del desastre

Juego con Muñecas

Muñecas humanas o animales
 Otros “artículos” – soldaditos de juguete, camiones, etc.

Juegos con Títeres

Libre interacción con títeres
 Re-actuaciones de experiencias (en desastres u otros lados); representación de papeles

Contar Historias

Niño cuenta la historia, el adulto la re-cuenta con un final/solución/atribución “más sano”
 Haciendo libros de historias, poemas y dibujos
 Representación de papeles; re-actuación de experiencias reales en el desastre
 Escapes despreciantes del desastre

Escritura

“Diarios de miedo”
 Poemas
 Historias

Técnicas de relajación

Visualización, con una “palabra mágica” para desatar el estado relajado producido
 Ejercicio; juegos activos, carreras
 Relajación de músculos
 Masajes de cuello y espalda

trabajo, también los niños se benefician de la clara expectativa que regresarán prontamente a la escuela después de un desastre. Si es necesario quedarse en los albergues o campos de refugiados por un tiempo extenso y los niños no pueden regresar a su escuela regular, es importante crear una escuela ad hoc. Los maestros pueden recibir un breve entrenamiento como consejeros en desastres con un énfasis especial en trabajo con niños en sus escuelas, utilizando técnicas expresivas. En algunos lugares, los niños a media adolescencia también han sido entrenados como consejeros compañeros.

Apéndice A: Instrumentos de Evaluación

I. Cuestionario de Auto-Evaluación (SRQ)

El **Cuestionario de Auto-Evaluación (SRQ)** es una medida de la angustia psicológica general desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con la intención de ser usada con adultos y adolescentes mayores (de 15 años para arriba). Si la persona que completa el cuestionario no tiene al menos cinco años de escolaridad, las preguntas le deberán ser leídas. Esto es permitido en cualquier caso.

Interpretación: No hay una puntuación universalmente aplicable para ser utilizada en todas las circunstancias. En la mayoría de los casos, sin embargo, de cinco a siete respuestas positivas en los puntos 1-20 (los síntomas “neuróticos”) indican la presencia de angustia psicológica significativa. El artículo 21 aborda el comportamiento de beber, un problema aparte y un signo potencial de angustia. Una única respuesta a cualquiera de los puntos 22-24 (los “síntomas sicóticos”) indica síntomas serios o necesidad de ayuda. Los puntos 25-29 se refieren a síntomas comunes del desorden de estrés post-traumático. Una respuesta única a cualquier a de estos puntos requiere de seguimiento.

Traducciones: Las traducciones del **SRQ** a árabe, francés, hindú, portugués, somalí, y español están disponibles según solicitud, junto con más información, de la Organización Mundial de la Salud (vea el pie de página 3). El **SRQ** ha sido traducido en un sinnúmero de otros idiomas, incluyendo Afrikáans, Bahasa Malasio, bengalí, filipino, italiano, kisuahilí, njanja llusaka, shona, siswai y soto sur. Las referencias a estudios utilizando estas traducciones, así como información adicional sobre el **SRQ** pueden encontrarse *en la Guía del Usuario del Cuestionario de Auto-Informe*, documento de WHO WHO/MNH/PSF/94.8, disponible de la División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, CH-1211, Genova 27, Suiza (<http://www.who.org>).

Cuestionario de Auto-Evaluación

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____

Instrucciones: *Por favor lea estas instrucciones completamente antes de llenar el cuestionario. Las siguientes preguntas están relacionadas con ciertos dolores y problemas que lo pudieron haber molestado en los últimos 30 días. Si cree que las preguntas aplican a usted y tuvo el problema descrito en los últimos 30 días, ponga una marca en la línea bajo **SÍ**, por otro lado, si la pregunta no aplica a usted y no tuvo el problema en los últimos 30 días, ponga una marca en la línea bajo **NO**. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, por favor de la mejor que pueda. Le queremos reasegurar que las preguntas que usted provea aquí son confidenciales.*

SI NO

- ___ ___ 1. ¿Tiene frecuentemente dolores de cabeza?
- ___ ___ 2. ¿Tiene poco apetito?
- ___ ___ 3. ¿Duerme mal?
- ___ ___ 4. ¿Se asusta fácilmente?
- ___ ___ 5. ¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?
- ___ ___ 6. ¿Le tiemblan las manos?
- ___ ___ 7. ¿Tiene mala digestión?
- ___ ___ 8. ¿Tiene problemas pensando claramente?
- ___ ___ 9. ¿Se siente infeliz?
- ___ ___ 10. ¿Llora más de lo usual?
- ___ ___ 11. ¿Encuentra difícil gozar de sus actividades diarias?
- ___ ___ 12. ¿Encuentra difícil tomar una decisión?
- ___ ___ 13. ¿Está sufriendo su trabajo diario?
- ___ ___ 14. ¿Es incapaz de representar un papel útil en la vida?
- ___ ___ 15. ¿Ha perdido el interés en las cosas?
- ___ ___ 16. ¿Siente que es una persona sin valor?
- ___ ___ 17. ¿Ha pasado por su mente el pensamiento de terminar con su vida?
- ___ ___ 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?
- ___ ___ 19. ¿Tiene sentimientos incómodos en el estómago?
- ___ ___ 20. ¿Se cansa fácilmente?
- ___ ___ 21. ¿Toma alcohol más de lo usual?
- ___ ___ 22. ¿Siente que alguien ha estado tratando de dañarlo de alguna forma?
- ___ ___ 23. ¿Se ha dado cuenta de cualquier interferencia o cualquier otra cosa inusual con su pensamiento?
- ___ ___ 24. ¿Alguna vez oye voces sin saber de donde vienen o que nadie más puede oír?
- ___ ___ 25. ¿Tiene sueños angustiantes sobre el desastre o hay momentos en los que parece como si estuviera reviviendo sus experiencias en el desastre?

- ___ ___ 26. ¿Evita actividades, lugares, personas, o pensamientos que le recuerdan del desastre?
- ___ ___ 27. ¿Parece menos interesado de lo usual para estar en sus actividades usuales y con sus amigos?
- ___ ___ 28. ¿Se siente muy perturbado cuando está en una situación que le recuerda del desastre o cuando piensa en el desastre?
- ___ ___ 29. ¿Tienen problema para experimentar o expresar sus sentimientos?

II. El Listado de los Síntomas Pediátricos (PSC)

El **Listado de los Síntomas Pediátricos (PSC)** es una medida de la angustia de niños, de cuatro a dieciséis años. Hay dos versiones.

El **PSC-P** es completado por el padre de un niño entre 4-16 años. Si se cree que la habilidad de lectura del padre es menor al quinto grado, debe leerse. Puede ser administrado por medio de leerse al padre incluso si su nivel de lectura es adecuado para la tarea. El **PSC-P** consiste de puntos que son clasificados como “nunca” (puntuación 0), “algunas veces” (puntuación 1), o “frecuentemente” (puntuación 2). La Parte I (puntos 1-35) es una medida de la angustia general. La Parte II (puntos 36-50) contiene puntos adicionales más específicos a situaciones de desastre. Las dos partes del **PSC-P** tienen puntuaciones separadas. El “Total de la Parte I” es la suma de las puntuaciones de los puntos 1-35. el “Total de la Parte II” es la suma de las puntuaciones de los puntos 36-45.

El **PSC-Y** es un formato de auto-evaluación, completado por el mismo niño. Es para niños de 9-14 años. El **PSC-Y** deberá leerse a niños menores de 12 o cualquier niño que no pueda leer en nivel de quinto grado. Puede ser administrado por medio de leerse al niño incluso si su nivel de lectura es adecuado para la tarea. El **PSC-Y** consiste de puntos que son clasificados como “nunca” (puntuación 0), “algunas veces” (puntuación 1), o “frecuentemente” (puntuación 2). La Parte I (puntos 1-35) es una medida de la angustia general. La Parte II (puntos 36-50) contiene puntos adicionales más específicos a situaciones de desastre. Las dos partes del **PSC-Y** tienen puntuaciones separadas. El “Total de la Parte I” es la suma de las puntuaciones de los puntos 1-35. el “Total de la Parte II” es la suma de las puntuaciones de los puntos 36-43.

Interpretación del PSC-P:

Parte I: Para niños de cuatro y cinco años, una puntuación de 24 o mayor sugiere una angustia severa moderada. Para niños de seis a dieciséis años, una puntuación de 28 o más sugiere angustia significativa. Estas puntuaciones deben ser consideradas como aproximadas. No hay una puntuación universalmente aplicable que pueda ser utilizada en todas las circunstancias. En algunas situaciones, el uso de un corte un poco más bajo puede ser justificado.

Parte II: No hay normas disponibles. Basado en el contenido de los puntos, en el contexto de la evaluación post-desastre, una puntuación de 4 o más sugiere la necesidad de más evaluación para el niño.

Interpretación del PSC-Y:

Parte I: Una puntuación de 30 o más sugiere una angustia psicosocial de moderada a severa. Estas puntuaciones deben ser consideradas como aproximadas. No hay una

puntuación universalmente aplicable que pueda ser utilizada en todas las circunstancias. En algunas situaciones, el uso de un corte un poco más bajo puede ser justificado.

Parte II: No hay normas disponibles. Basado en el contenido de los puntos, una puntuación de 2 o más en los puntos 36-38, que sugiere experiencias sicóticas, o una puntuación de 4 o más en los puntos 40-43, que reflejan respuestas post-traumáticas, sugieren la necesidad de más evaluación para el niño.

Traducciones:

El **PSC-P** ha sido traducido a un sinnúmero de lenguajes incluyendo español, chino, suahili, khmer, y haitiano creole. Para mayor información sobre esto, vea las referencias en el website de **PSC**, <http://healthcare.partners.org/psc>, que también contiene detalles adicionales sobre esta medida.

Lista de Síntomas Pediátricos-Formato de Evaluación del Padre (PSC-P)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____

Instrucciones: *Por favor marque bajo el encabezado que mejor describe a su hijo.*

Parte I

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas Veces</u>	<u>Frecuente- mente</u>
1. Se queja de dolores	_____	_____	_____
2. Pasa más tiempo solo	_____	_____	_____
3. Se cansa fácilmente, poca energía	_____	_____	_____
4. Inquieto, incapaz de quedarse quieto	_____	_____	_____
5. Tiene problemas con la maestra	_____	_____	_____
6. Menos interesado en la escuela	_____	_____	_____
7. Actúa como llevado por un motor	_____	_____	_____
8. Sueña mucho despierto	_____	_____	_____
9. Se distrae fácilmente	_____	_____	_____
10. Tiene miedo de nuevas situaciones	_____	_____	_____
11. Se siente triste, infeliz	_____	_____	_____
12. Está irritable, enojado	_____	_____	_____
13. Se siente desesperanzado	_____	_____	_____
14. Tiene problemas concentrándose	_____	_____	_____
15. Menos interesado en amigos	_____	_____	_____
16. Pelea con otros niños	_____	_____	_____
17. Ausente de la escuela	_____	_____	_____
18. Baja las notas en el colegio	_____	_____	_____
19. Se desagrada a sí mismo	_____	_____	_____
20. Visita al doctor sin que el doctor encuentre nada	_____	_____	_____
21. Tiene problemas para dormir	_____	_____	_____
22. Se preocupa mucho	_____	_____	_____

23. Quiere estar con usted más que antes	_____	_____	_____
24. Siente que él o ella es malo(a)	_____	_____	_____
25. Toma riesgos innecesarios	_____	_____	_____
26. Se golpea frecuentemente	_____	_____	_____
27. Parece gozarla menos	_____	_____	_____
28. Actúa más pequeño que los niños de su edad	_____	_____	_____
29. No escucha reglas	_____	_____	_____
30. No muestra sentimientos	_____	_____	_____
31. No entiende los sentimientos de los demás	_____	_____	_____
32. Molesta a otros	_____	_____	_____
33. Culpa a otros por sus problemas	_____	_____	_____
34. Toma cosas que no le pertenecen	_____	_____	_____
35. Se rehúsa a compartir	_____	_____	_____

Parte II

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas Veces</u>	<u>Frecuente-mente</u>
36. Se torna nervioso o asustado o perturbado sin razón	_____	_____	_____
37. Piensa mucho sobre cosas malas que han pasado	_____	_____	_____
38. Hace cosas especiales para que no pase nada malo	_____	_____	_____
39. Tiene malos sueños o pesadillas	_____	_____	_____
40. Dice que los pensamientos de miedo se le vienen a la cabeza	_____	_____	_____
41. Le dan miedo ciertos animales o situaciones o lugares	_____	_____	_____
42. Hace mucho alarde	_____	_____	_____
43. Moja la cama en la noche	_____	_____	_____
44. Salta al oír ruidos fuertes, se asusta fácilmente	_____	_____	_____
45. Repite ciertos actos una y otra vez	_____	_____	_____

Lista de Síntomas Pediátricos- Evaluación del Joven (PSC-Y)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____

Instrucciones: *Por favor marque bajo el encabezado que mejor describe a su hijo.*

Parte I

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas</u> <u>Veces</u>	<u>Frecuente-</u> <u>mente</u>
1. Quejas de dolores	_____	_____	_____
2. Pasa más tiempo solo	_____	_____	_____
3. Se cansa fácilmente, poca energía	_____	_____	_____
4. Inquieto, incapaz de quedarse quieto	_____	_____	_____
5. Tiene problemas con la maestra	_____	_____	_____
6. Menos interesado en la escuela	_____	_____	_____
7. Actúa como llevado por un motor	_____	_____	_____
8. Sueña mucho despierto	_____	_____	_____
9. Se distrae fácilmente	_____	_____	_____
10. Tiene miedo de nuevas situaciones	_____	_____	_____
11. Se siente triste, infeliz	_____	_____	_____
12. Está irritable, enojado	_____	_____	_____
13. Se siente desesperanzado	_____	_____	_____
14. Tiene problemas concentrándose	_____	_____	_____
15. Menos interesado en amigos	_____	_____	_____
16. Pelea con otros niños	_____	_____	_____
17. Ausente de la escuela	_____	_____	_____
18. Baja las notas en el colegio	_____	_____	_____
19. Se desagrada a sí mismo	_____	_____	_____
20. Visita al doctor sin que el doctor encuentre nada	_____	_____	_____
21. Tiene problemas para dormir	_____	_____	_____
22. Se preocupa mucho	_____	_____	_____
23. Quiere estar con el padre más que antes	_____	_____	_____
24. Siente que es malo(a)	_____	_____	_____
25. Toma riesgos innecesarios	_____	_____	_____
26. Se golpea frecuentemente	_____	_____	_____
27. Parece gozarla menos	_____	_____	_____
28. Actúa más pequeño que los niños de su edad	_____	_____	_____

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| 29. No escucha reglas | _____ | _____ | _____ |
| 30. No muestra sentimientos | _____ | _____ | _____ |
| 31. No entiende los sentimientos de los demás | _____ | _____ | _____ |
| 32. Molesta a otros | _____ | _____ | _____ |
| 33. Culpa a otros por sus problemas | _____ | _____ | _____ |
| 34. Toma cosas que no le pertenecen | _____ | _____ | _____ |
| 35. Se rehúsa a compartir | _____ | _____ | _____ |

Parte II

Nunca Algunas veces Frecuentemente

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| 36. Siente que alguien ha estado tratando de dañarlo | _____ | _____ | _____ |
| 37. ¿Ha notado interferencia o alguna cosa inusual con su pensamiento? | _____ | _____ | _____ |
| 38. ¿Alguna vez oye voces sin saber de donde vienen o que nadie más puede oír? | _____ | _____ | _____ |
| 39. ¿Tiene sueños angustiantes sobre el desastre o hay momentos en los que parece como si estuviera reviviendo sus experiencias en el desastre? | _____ | _____ | _____ |
| 40. ¿Evita actividades, lugares, personas, o pensamientos que le recuerdan del desastre? | _____ | _____ | _____ |
| 41. ¿Parece menos interesado de lo usual para estar en sus actividades usuales y con sus amigos? | _____ | _____ | _____ |
| 42. ¿Se siente muy perturbado cuando está en una situación que le recuerda del desastre o cuando piensa en el desastre? | _____ | _____ | _____ |

III. Cuestionario de Extenuación personal del Voluntario

El **Cuestionario de Extenuación personal del Voluntario** está intencionado para ayudar a detectar la extenuación personal entre los voluntarios. Incluso los voluntarios que no muestran signos de angustia aguda (por ejemplo, según indicado por una puntuación alta en el Cuestionario de Auto-Evaluación) pueden extenuarse, con pérdida de eficiencia y consecuencias potenciales a largo plazo.

Interpretación: No hay normas formales para esta medida. Basado en el contenido de los puntos, una puntuación de 0-15 sugiere que el trabajador probablemente está enfrentando el estrés adecuadamente en su trabajo. Una puntuación de 16-25 sugiere que el trabajador está sufriendo de estrés del trabajo y que sería sabio tomar acción preventiva. Una puntuación de 26-35 sugiere posible extenuación personal. Una puntuación arriba de 35 indica probabilidad de estar extenuado.

Cuestionario de Extenuación personal del Voluntario

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Califique cada uno de los siguientes puntos en términos de cuán ciertos son sus síntomas en el último mes.

0 = Nunca

1 = Ocasionalmente

2 = Algo frecuentemente

3 = Frecuentemente

4 = Casi siempre

- _____ 1. ¿Se cansa fácilmente? ¿Se siente fatigado mucho tiempo, incluso cuando ha dormido lo suficiente?
- _____ 2. ¿Lo molestan las personas con sus demandas e historias sobre actividades diarias? ¿Lo irritan o lo impacientan inconveniencias menores?
- _____ 3. ¿Se siente más crítico, cínico y desencantado?
- _____ 4. ¿Está afectado por tristeza que no puede explicar? ¿Está llorando más de lo usual?
- _____ 5. ¿Está olvidando citas, fechas de entrega, posesiones personales? ¿Se ha vuelto despistado?
- _____ 6. ¿Está viendo con menos frecuencia a amigos y a miembros de la familia? ¿Se ha encontrado deseando estar solo y evitando incluso a sus amigos cercanos?
- _____ 7. ¿Parecen incluso las cosas rutinarias un esfuerzo?
- _____ 8. ¿Está sufriendo de quejas físicas tales como dolores de estómago, dolores de cabeza, catarros duraderos, dolores generales?
- _____ 9. ¿Se siente confundido o desorientado cuando cesan las actividades del día?
- _____ 10. ¿Ha perdido interés en actividades que antes le interesaban o que gozaba?
- _____ 11. ¿Tiene poco entusiasmo por su trabajo? ¿Se siente negativo, inútil, o deprimido sobre su trabajo?
- _____ 12. ¿Es menos eficiente de lo que cree que debería ser?
- _____ 13. ¿Está comiendo más (o menos), fumando más, utilizando más alcohol o drogas para enfrentarse con su trabajo?

PUNTUACIÓN TOTAL (Sume la puntuación de los puntos 1-13)

Apéndice B: Escritos de Relajación

I. Ejercicio Guiado de Relajación

[El siguiente es un escrito para un ejercicio de relajación combinando la respiración y la relación de músculos. Deberá ser leído al cliente en una voz calmada y despacio, permitiendo tiempo para que el cliente tome y sostenga la respiración, saque el aire lentamente, y primero contraiga, y luego relaje los músculos despacio, como se indica en el escrito.]

Cierre sus ojos y póngase en una posición cómoda. Si lo necesita, puede hacer ajustes ahora o a medida que avanzamos. Los movimientos lentos no perturbarán su relajación.

Ayude a su cuerpo a comenzar a relajarse tomando despacio unas cuantas respiraciones profundas. Tome una respiración profunda ahora. Sostenga la respiración y cuente silenciosamente hasta tres, cinco o diez. Tome el tiempo que le siente bien para sostener la respiración. Luego suelte su respiración de una manera fácil y calmada. Respire otra vez y sosténgala por unos pocos segundos... y, cuando esté listo, vuélvalo a soltar. A medida que respira, imagínese respirando sacando la tensión en su cuerpo, a través de la nariz y boca, respirando la tensión hacia fuera. Hágalo una vez más, aspirando despacio... aguantando... y expirando.

Ahora les enseñaré un método fácil de relajación. *Haga un puño con ambas manos... muy apretado... tan apretado que pueda sentir la tensión en sus antebrazos. Ahora, suéltelo repentinamente... Note el sentimiento de relajación fluyendo hacia sus brazos... Empuñe ambas manos otra vez... y repentinamente suéltelo. Otra vez, note el sentimiento de relajación en sus brazos... Deje que su mente mueva este sentimiento de relajación muscular a sus brazos... a través de sus hombros... hacia su pecho... hacia su estómago... hacia sus caderas. Continúe enfocándose en este sentimiento de relajación, moviéndolo hacia sus piernas superiores... a través de sus rodillas... hacia sus piernas inferiores... sus tobillos y pies... Ahora deje que este sentimiento de relajación confortable se mueva desde sus hombros hacia su nuca... hacia su mandíbula y frente y cuero cabelludo... Respire profundo, y a medida que exhala, puede volverse incluso más profundamente relajado... Puede profundizar su relajación practicando esto otra vez. *[Vaya de vuelta al lugar marcado por el asterisco (*) y repita esta sección una segunda vez].*

Sin embargo, como se siente ahora está bien. A medida que se vuelve cada vez más relajado y confortable, cada vez que exhale, puede continuar desplazándose más profundamente en un estado de confort... seguro y sereno... Cuando se relaja, como está ahora, puede pensar más claramente o simplemente permitirse el gozar los sentimientos de confort, serenidad y quietud. Como resultado de esta relajación, puede esperar sentirse más alerta y energético más adelante. Puede gozar de mayores sentimientos de confianza personal y control sobre lo que siente, cómo piensa, y en lo que cree. Puede sentirse más calmado, más confortable, más cómodo y más en control de lo que es importante para usted...

Cuando esté listo, puede abrir sus ojos. Puede sentirse alerta, o calmado, o tener cualquier sentimiento que sea significativo para usted en este momento. A medida que abre sus ojos, puede querer estirarse y flexionarse con gentileza, como si se estuviera despertando de una siesta maravillosa.

II. Breve Ejercicio de Relajación de Músculos

[El siguiente es un ejercicio de respiración y relajación de músculos para alcanzar la relajación rápidamente. No deberá utilizarse hasta que el cliente sea capaz de utilizar la versión más larga (arriba) efectivamente. Como en el escrito más largo, deberá ser leído despacio en una voz calmada, permitiéndole al cliente llevar a cabo las instrucciones.]

Tome dos o tres respiraciones profundas. Cada vez, sostenga su respiración por unos pocos segundos, luego déjelo salir lentamente, concentrándose en el sentimiento del aire dejando su cuerpo... Ahora apriete ambos puños, y apriete sus antebrazos y bíceps... Mantenga la tensión por cinco o seis segundos... Ahora relaje los músculos. Cuando relaja la tensión, hágalo repentinamente, como si estuviera apagando una luz... Concéntrese en los sentimientos de relajación en sus brazos por 15 ó 20 segundos... Ahora tense los músculos de su cara y tense su mandíbula... Manténgalo por cinco o seis segundos... ahora relájese y concéntrese en la relajación por quince o veinte segundos... Ahora arquee su espalda y presione hacia fuera su estómago mientras toma una respiración profunda... Manténgala... y relájese... Ahora tense sus muslos y camotes y nalgas... Manténgalo... y ahora relájese. Concéntrese en el sentimiento de relajación a través de su cuerpo, respirando despacio y profundamente.

III. Ejercicio de Visualización Guiada (Ejemplo)

[Lo que sigue está intencionada puramente como un ejemplo, no como un escrito. Los ejercicios de visualización se basan en identificar un lugar que el cliente en particular encuentra relajante. Puede ser un lugar en particular para sentarse en un bosque, una caminata por el mar, ver que se pone el sol y ver la noche que llega enfrente de su casa, o alguna otra escena. Lo que es importante es que el cliente identifique un lugar donde él o ella se sienten seguros y relajados. El ejemplo de abajo es caminar en una vereda a través del bosque. Nuevamente, léaselo al cliente despacio en voz calmada.]

Póngase en una posición cómoda. Cierre sus ojos. Revise si su cuerpo se siente o no bien apoyado y listo para ponerse más cómodo. Puede ayudar a su cuerpo a relajarse tomando respiraciones profundas, manteniéndolas por unos momentos y luego exhalando de una manera calmada. Respire profundo ahora. Mantenga la respiración y cuente silenciosamente a tres, o cinco o diez. Tome el tiempo que le siente bien para mantener la respiración. Luego exhale de una manera suave y calmada. Inhale nuevamente y mantenga la respiración por unos segundos... y, cuando esté listo, exhale. Mientras exhala, imagine que la tensión en su cuerpo sale con su exhalación, a través de su nariz y boca, respirando hacia afuera la tensión mientras exhala. Hágalo una vez más, respirando despacio... manteniéndola... y afuera.

Ahora puede ir a su lugar seguro. Imagínese caminando por los bosques que ama... Usted camina despacio a través de un campo, hacia la línea de árboles... A medida que se acerca, puede oír el viento murmurando por las hojas. Puede ver las hojas verdes en contra del cielo azul, y puede ver la copa de los árboles mecerse, en un patrón siempre cambiante mientras la brisa las mueve... Llega a la orilla del bosque. A medida que entra en el bosque, el aire se pone más fresco, la fragancia de las hojas en el suelo del bosque lo saluda. A lo largo de la vereda, la luz es brillante en algunos lugares, moteado en otros... El aire es fresco, y la brisa le refresca sus brazos y cara. Las hojas crujen bajo sus pies. El olor y los sonidos y las hojas crujendo lo hacen sentirse feliz y cómodo... A un lado de la vereda, un parche de musgo verde se ve suave y fresco... Usted para por un momento, y se concentra en el cantar de los pájaros, y los sonidos de los pequeños animales correteando a través de las hojas... En la distancia, una paloma arrulla... A medida que camina, se siente más y más relajados y cómodo... Ve un pequeño arroyo, el agua camina despacio sin rumbo, una hoja flotando despacio arroyo abajo. A la par del arroyo hay un parche de grama suave y usted se siente en la grama, observando la hoja flotar arroyo abajo, oyendo el agua gorgotear sobre las pequeñas piedras. El sol ilumina la grama, haciendo destellos como joyas. Usted escucha la brisa en las hojas, a los pájaros cantando, el agua gorgoteando... Mientras está sentado viendo la destellante agua y oyendo los sonidos gentiles de los pájaros y las hojas en la brisa y respirando el aire puro y fresco, su cuerpo se vuelve más y más relajado... Ahora se para y lentamente se estira, estirando cada músculo de su cuerpo... y lentamente, lentamente, regresa por la vereda. Camina a lo largo de la vereda, buscando con sus ojos flores pequeñas en la maleza, reconociendo un arbusto familiar. Pasa la ribera con musgo y pronto, se acerca la orilla del bosque. Mientras deja el bosque, el sol brilla, calentando su piel, y se siente seguro y descansado y relajado...

Apéndice C: Panfletos y Volantes

LOS NIÑOS Y LOS DESASTRES

Un desastre es atemorizante para todos. Para un niño, puede ser especialmente atemorizante. Los niños todavía no han aprendido un amplio rango de técnicas para controlar el miedo. Incluso más que para los adultos, un desastre amenaza el sentido de control del niño sobre su vida.

Los niños experimentan los efectos del desastre triplemente.

- ? Incluso niños muy pequeños son directamente afectados por experiencias de muerte, destrucción, terror, asalto físico personal, y experimentando la ausencia o impotencia de los padres.
- ? Los niños también son poderosamente afectados por las reacciones de los padres y de otros adultos de confianza (tales como maestros) al desastre. Buscan a los adultos para claves de cómo actuar. Si los padres y los maestros reaccionan con miedo, se magnifica el miedo del niño. Si miran a sus mayores agobiados por un sentido de pérdida, sienten sus propias pérdidas más fuertemente.
- ? Los miedos de los niños también pueden surgir de sus imaginaciones. Los niños tienen una menor habilidad que los adultos de juzgar qué miedos son realistas y cuales no. Sin importar la fuente, las respuestas de los niños a un desastre deberán tomarse seriamente. Un niño que *siente* miedo, sin importar la razón, *tiene* miedo.

La mayoría de los niños responden de forma sensible y apropiada a un desastre, especialmente si experimentan protección, apoyo y estabilidad de los padres y otros adultos en los que confían. Sin embargo, como los adultos, pueden responder a un desastre con una amplia variedad de síntomas.

Algunas Respuestas de los Niños a los Desastres

- ? Apegarse; miedos sobre la separación; miedo de los extraños; miedo de “monstruos” o animales
- ? Dificultad para dormir o rehusarse a ir a la cama
- ? Juego compulsivo y repetitivo que representa parte de la experiencia de desastre
- ? Regreso a comportamientos anteriores tales como mojar la cama o chuparse el dedo
- ? Llorar y gritar
- ? Retraimiento; no querer estar con otros niños, no querer ver objetos asociados con el desastre
- ? Agresividad; desafío; “expresión”
- ? Resentimiento; sospecha; irritabilidad
- ? Dolores de cabeza, dolores de estómago, dolores vagos.
- ? Problemas en la escuela (o rehusarse a ir a la escuela) e inhabilidad para concentrarse
- ? Sentimientos de vergüenza

Algunas veces es difícil para los padres y maestros reconocer las reacciones de los niños a un desastre. Todos queremos que todo este “bien” para nuestros hijos, y se nos ocurren toda clase de explicaciones para explicar su conducta: Lo llamamos “voluntario” o creer que “él o ella lo superarán”. El niño, a cambio, puede sentirse ignorado o malentendido o no nutrido. A corto plazo, sintiéndose inseguro, el niño puede inhibir la expresión de sus propios sentimientos, o puede comportarse incluso más mal, para obtener la atención y nutrición. A largo plazo, dejar que los sentimientos del niño sigan sin ser apreciados puede traer consecuencias negativas para el desarrollo del niño.

Lo que Usted Puede Hacer para Ayudar a su Hijo

- ? Hablar con su hijo sobre sus sentimientos, sin juzgar. Permita que el niño llore o esté triste. No espere que él sea “fuerte”. También hable sobre sus propios sentimientos. Aliente a su hijo a hacer dibujos sobre el desastre o escriba historias o poemas sobre el desastre. Esto ayudará a su hijo a entender cómo él o ella ven lo que pasó.
- ? Provea a su hijo de información de hechos sobre lo que pasó y lo que está pasando (o pasará). Utilice lenguaje que su hijo pueda entender. El esconderle a un niño información no placentera usualmente lleva a mayores dificultades en el futuro. Corrija cualquier malentendido que su hijo pueda tener (tal como que el desastre fue, de alguna manera, su culpa).
- ? Reasegure a su hijo que está a salvo. Abrácelo y tóquelo y sea afectivo con su hijo. Pase tiempo extra con su hijo, especialmente a la hora de ir a dormir. Muchos niños se calman con masajes suaves en la espalda y nuca.
- ? Si su hijo regresa a comportamientos de bebé, tales como mojar la cama o chuparse el dedo, inicialmente trate de aceptarlo. Estos son signos de que el niño necesita consuelo y ser reasegurado. No avergüence al niño (por ejemplo, llamándolo “bebé”). Reasuma sus expectativas normales gradualmente.
- ? Los niños son especialmente vulnerables a sentimientos de abandono cuando están separados de sus padres. Evite “proteger” a su hijo enviándolo lejos de la escena del desastre si esto lo separará de sus seres queridos.
- ? Los niños se benefician de la rutina y la estructura. Inicialmente, querrá relajar las reglas usuales, pero mantenga la estructura y las responsabilidades familiares. Regrese al niño a la escuela tan pronto sea posible después del desastre y espere una asistencia regular.

ENFRENTANDO EL DESASTRE

Los desastres afectan a las personas de varias maneras. Los efectos físicos – pérdida de seres queridos, dolor o discapacidades físicas, daño a o destrucción de hogares y propiedad y pertenencias queridas – son usualmente obvias. Los efectos emocionales a corto plazo, tales como el miedo, la ansiedad aguda, los sentimientos de entumecimiento emocional, o tristeza, son muy comunes.

Algunas Respuestas Iniciales al Desastre

- | | |
|--|--|
| ? Miedo | ? Necesidad de apegarse a otros |
| ? Dificultad para relajarse | ? Confusión |
| ? Dificultad para tomar decisiones | ? Dificultad para creer lo que pasó |
| ? Irritabilidad; sobresaltarse fácilmente | ? Buscar información |
| ? Sentimientos de culpa | ? Buscar ayuda para usted y su familia |
| ? Sentir que “nadie puede entender por lo que he pasado” | ? Ayuda a otras víctimas del desastre |
| | ? Enojo repentino |

Para la mayoría de las víctimas de desastres, estas respuestas se disipan con el tiempo, pero pueden haber efectos emocionales a largo plazo que no se disipan. Los efectos emocionales de un desastre pueden mostrarse inmediatamente o pueden aparecer meses después. Pueden ser obviamente relacionados con el desastre o su origen puede no ser reconocido.

Respuestas Tardías al Desastre

- ? Tristeza, depresión, desesperanza, impotencia; llorar “sin razón aparente”
- ? Ansiedad, nerviosismo, asustarse fácilmente, preocupación
- ? Sentirse desorientado o confundido
- ? Sentirse impotente y vulnerable
- ? Sospechoso, constante miedo a ser herido
- ? Perturbaciones en el sueño: insomnio, malos sueños, pesadillas
- ? Irritabilidad, cambios de humor, enojo
- ? Dolores de cabeza, problemas digestivos, dolores musculares difusos, sudores y escalofríos, temblores, pérdida del deseo sexual
- ? Recuerdos recurrentes: sentimientos de “revivir” la experiencia, frecuentemente acompañados de ansiedad
- ? Evitar pensamientos sobre el desastre; evitar lugares, dibujos, sonidos que le recuerdan a la víctima del desastre; evitar discutir sobre ello.
- ? Uso excesivo de alcohol o drogas
- ? Dificultad para concentrarse, recordar; pensamiento lento

- ? Dificultad para tomar decisiones y planificar
- ? Sentimientos de estar desprendido del cuerpo o de sus experiencias, como si no le estuviera pasando
- ? Sentimientos de ineficiencia, vergüenza, desesperanza, culpa
- ? Comportamientos auto-destructivos e impulsivos
- ? Ideas o atentados suicidas

Lo Que Puede Hacer

- o Reconocer sus propios sentimientos. Los sentimientos fuertes después de un desastre son casi universales. No es “anormal” o “loco” tener sentimientos fuertes y reacciones no anticipadas.
- o Sea tolerante de las reacciones de las otras personas-su irritabilidad y poca paciencia.
- o Háblele a otros sobre sus sentimientos. Hablar ayuda a aliviar el estrés y lo ayuda a darse cuenta que otras víctimas comparten sus sentimientos. No está solo.
- o Cuide de sí mismo: Descanse lo suficiente. Coma apropiadamente. Tome tiempo libre para hacer algo que goce. Haga actividad física tanto como sea posible, como correr o caminar.
- o Aprenda ejercicios de relajación y úselos regularmente.
- o Busque y comparta información exacta sobre la asistencia que está siendo ofrecida y posibles recursos, pero no corra rumores: Revise la información sobre lo que tiene dudas.
- o No se permita volverse inactiva o completamente dependiente de otros. Involúcrese en tomar decisiones que le afecten. Trate de resolver sus propios problemas.
- o Regrese al trabajo y asuma nuevamente su papel y funcionamiento familiar normal tan pronto como sea posible.
- o No se permita aislarse de otros. Participe en respuestas de la comunidad al desastre. Acepte ayuda de otros, y ofrezca ayuda de otros.

ENFRENTANDO EL DESASTRE

Una Guía para Voluntarios

Como un voluntario en asistencia, ya sea que esté involucrado en esfuerzos inmediatos de rescate después de un desastre o que esté involucrado en trabajos de asistencia a largo plazo, lleve a cabo su trabajo bajo condiciones difíciles. Puede usted mismo ser una víctima directa del desastre, y tiene que lidiar con sus propias pérdidas y su propia tristeza. Puede estar expuesto a experiencias espantosas y ciertamente está expuesta a emociones poderosas y relatos horripilantes de otras víctimas. Sus tareas pueden ser físicamente difíciles, cansadas o peligrosas, y su trabajo puede dejar poco tiempo para poder dormir o tener un descanso adecuado. Puede sentirse frustrado por la burocracia o por el sentimiento de que, no importa que tanto haga, no es suficiente. Y está expuesto al enojo y a la aparente falta de gratitud de algunas víctimas.

Es extremadamente común que los voluntarios en desastres experimentan un rango de emociones y reacciones poderosas. Por ejemplo, puede tener sentimientos inesperados de enojo, rabia, desesperanza, impotencia, culpa, terror o de deseo por un lugar seguro. Estos sentimientos pueden angustiarse o pueden hacerlo sentir como que hay “algo mal” con usted. Su sentido del humor puede estar estirado más allá de sus límites y su tolerancia de las fallas de otros se vuelve limitada. Su fe religiosa puede estar en duda. El enojo de otros voluntarios o víctimas puede parecer como un ataque personal en lugar de una respuesta al cansancio.

Después de un período de tiempo en el trabajo, muchos voluntarios experimentan la “extenuación personal”. Puede sentirse excesivamente cansado (incluso si ha dormido lo suficiente), tener problemas para concentrarse o tener una variedad de síntomas físicos tales como dolores de cabeza, perturbaciones gastrointestinales, y dificultades para dormir. Esto puede llevar a descuidar la propia seguridad y necesidades físicas o a cinismo, desconfianza de compañeros voluntarios o supervisores, e ineficiencia. Puede verse fumando demasiado, tomando demasiado café o tomando demasiado.

Los voluntarios enfrentan estrés adicional cuando completan sus tareas y regresan a casa, a su vida “regular”. Su experiencia ha sido muy diferente a su rutina normal, mientras que la rutina de su familia ha tenido pocos cambios. Los miembros de la familia pueden hacerle demandas de atención o de ayuda, mientras usted todavía necesita tiempo para recuperar su balance. Puede esperar una bienvenida ambivalente, mientras pueden estar sintiendo algún enojo por que usted se fue. Usted puede sentir que no pueden entender por lo que ha pasado o que sus experiencias mientras usted no estaba son superficiales o insignificantes. Las crisis de la vida ordinaria pueden parecerle triviales, aunque son importantes para su familia. Puede ver o escuchar cosas en la casa que le recordarán de sus experiencias en el trabajo en asistencia, lo que puede desatar reacciones emocionales intensas e inesperadas. Y por momentos, puede encontrarse deseando la emoción y camaradería de la operación de asistencia. Todos estos estreses pueden producir conflictos matrimoniales y entre padres e hijos.

Lo Que Puede Hacer

En el Lugar del Desastre

- ✍ Reconozca, entienda y aprecie sus propios sentimientos. No es “anormal” o “loco” tener sentimientos y reacciones fuertes a las experiencias que está teniendo.
- ✍ Sea tolerante de las reacciones de otros voluntarios y víctimas – su irritabilidad y cambios de humor. Los desastres son un momento de estrés para todos.
- ✍ Hable con otros voluntarios sobre sus sentimientos. Hablar ayuda a aliviar el estrés y lo ayuda a darse cuenta de que otros comparten sus sentimientos. También ayuda a otros a reconocer la misma cosa. Usted no está solo.
- ✍ Cuídese. El cuidar de sí mismo no es una diversión de las tareas “más importantes” del trabajo de asistencia. Es necesario para permitirle continuar hacer su trabajo. Duerma tanto como pueda. Tome descansos. Coma apropiadamente. Evite tomar grandes cantidades de cafeína o alcohol. Tómese tiempo libre para hacer cosas que le gusten. Haga tanta actividad física como pueda, tal como correr o caminar o hacer deportes. Lleve un diario. Aprenda ejercicios de relajación y utilícelos con regularidad.
- ✍ Si ocurre un incidente que realmente le ha afectado (ya sea un incidente relacionado con el trabajo o un conflicto con otro voluntario o una víctima), tome un corto descanso. Utilice un ejercicio de relación. Hable con alguien (un consejero en desastres si hay uno disponible). Pero no se permita meditar sobre lo que pasó. Regrese a trabajar en pocos minutos.
- ✍ Tome parte en sesiones de “ejercicios de deactivación” ofrecidas por los consejeros en desastres en el lugar del desastre. Esto es especialmente importante antes de regresar a casa a su vida “regular”.

✍ Cuando Regrese a Casa

- ✍ Dése unos días para hacer la transición. Ayude a su familia a entender su necesidad de un tiempo solo antes de comenzar un horario completo de actividades normales.
- ✍ Sea tolerante de lo que las personas en la casa quieren compartir. Lo que les ha pasado a ellos es importante para ellos, tanto como su experiencia fue importante para usted.
- ✍ Anticipe cambios de humor y reacciones emocionales fuertes. Espera que las respuestas de su familia hacia usted no sean las esperadas o que usted piensa que “merece”. Este consciente de que usted puede tener reacciones inesperadas a sonidos, visiones o personas que le recuerden de su experiencia en el lugar del desastre. Prepare a otros para esto y sea realista consigo mismo.

Apéndice D

Otros Recursos

INTERNET

David Baldwin's Trauma Pages, <http://www.trauma-pages.com>

National Center for PTSD, <http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd>

Disaster Mental Health Institute, <http://www.ncptsd.org>

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). <http://www.istss.org>

National Hazard Center, <http://www.colorado.edu/hazards/>

PILOTS database, <http://ncptsd.org/research/pilots/index.html>

ORGANIZACIONES

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 17, Chemin des Crets, PO Box 372, 1211 Geneva 19, Switzerland. Tel: (41)(22) 730-4222. Internet: <http://www.ifrc.org>.

UNICEF, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, USA. Internet <http://www.unicef.org>

World Health Organization the Division of Mental Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Internet <http://www.who.org>