

Reaccionar ante la crisis

Centro de Referencia sobre Apoyo Psicosocial de la Federación



Apoyo psicológico en Somalia

VIH y sida en Suazilandia

El bienestar de los voluntarios

Apoyo psicosocial después de emergencias complejas

Conversaciones que ayudan



Federación Internacional de Sociedades
de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Cruz Roja Danesa 

Apoyo psicológico en Somalia

Por Stephen Regel, miembro del Centro de Información de Apoyo Psicosocial del Grupo Roster

Durante los últimos quince años Somalia se ha visto afectada por un conflicto civil prolongado y destructivo. Algunas zonas de Somalia siguen atormentadas por el conflicto y las divisiones existentes, son propensas a sequías e inundaciones y vulnerables, sin remedio, a las enfermedades. En el momento en que se redactaba este artículo, se producía una escalada del conflicto en el sur que agravaba una situación política ya de por sí suficientemente difícil y compleja.

El país sigue presentando enormes y persistentes necesidades humanitarias, desplazamientos de población, una educación sanitaria mínima y una débil esperanza de recuperación económica. La mayoría de la población somalí es pobre y vulnerable. Ante la ausencia de instituciones y servicios públicos, las ONG y otras organizaciones internacionales han suministrado la mayoría de la ayuda relacionada con los sistemas de asistencia médica y atención sanitaria durante años.

La Sociedad de la Media Luna Roja Somalí (SRCS) ha logrado sobrevivir al conflicto y se considera una de las mayores organizaciones autóctonas con representación en todo el país. La Federación Internacional y otros colaboradores han ofrecido asistencia de forma continua a la organización nacional para establecerse y poner en marcha su labor.



Somalia se encuentra en el Cuerno de África.
Mapa cedido por la Federación Internacional

¿Por qué es necesario un programa de apoyo psicológico?

El estudio de operaciones del Tsunami de febrero del 2005 destacó la necesidad urgente de incorporar un componente psicosocial/psicológico al trabajo de la SRCS y se recomendó la inclusión de nociones de apoyo psicológico en la formación de los equipos y voluntarios de primera ayuda y respuesta a catástrofes. Esto dio lugar a una serie de conversaciones entre el Centro de Apoyo Psicosocial y la SRCS/ Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC). Se concluyó que era esencial realizar una evaluación para establecer los objetivos clave de un programa de apoyo psicológico que también permitiría formular

el tipo de formación que se necesitaba. La evaluación tuvo lugar en abril del 2006, la sesión formativa se celebró un mes más tarde y se prevé realizar una evaluación en mayo del 2007 aproximadamente.

El proceso de evaluación

La evaluación se inició con una serie de reuniones con los miembros clave del equipo de la SRCS/IFRC establecido en Nairobi para recabar su opinión sobre los aspectos clave de la situación de la región, para definir los objetivos dentro del Programa de Apoyo Psicológico

Nº 1 / marzo del 2007

Contenido

Apoyo psicológico en Somalia

Por Stephen Regel

VIH y sida en Suazilandia

Por Pernille Hansen

El bienestar de los voluntarios

Por Sigridur Thormar y Nelden Djakababa

Programas de apoyo psicosocial después de emergencias complejas

Por Stephen Regel y Peter Berliner

Conversaciones que ayudan

Por Pernille Thomsen

Anuncios

Hechos destacados de América Central y el Caribe en el 2006

Por John Fleming



La traducción al francés de este boletín informativo ha sido posible gracias a la generosidad de la Cruz Roja Belga, Comunidad de discurso francesa

Fotografía de portada: Jakob Dall/Cruz Roja Danesa

Publicado trimestralmente por:

Centro de Información sobre Apoyo Psicosocial

Cláusula de descargo:

Las opiniones vertidas corresponden a los colaboradores y no expresan necesariamente las de la Cruz Roja Danesa y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Correo electrónico:

psp-referencecentre@drk.dk

Internet:

<http://psp.drk.dk>

ISSN: 1603-3027

(PSP) y, lo que es más importante, sobre otras cuestiones culturales relacionadas con la creación de un programa que sería único no solo en ese país sino en toda la región. La evaluación continuó con visitas de campo a una clínica médica y a centros psiquiátricos. Asimismo, se consultaron diversos informes relevantes.



Las ONG y el resto de organizaciones internacionales, entre ellas la Sociedad de la Media Luna Roja Somalí y la Federación Internacional, han suministrado durante años la mayoría del apoyo en cuanto a sistemas sanitarios y atención médica en Somalia se refiere. Fotografía: Stephen Regel.

Conclusiones de la evaluación

Las conclusiones de la evaluación fueron múltiples e hicieron hincapié sobre los siguientes problemas:

Problemas de salud mental, sobre todo entre hombres. Parecían relacionados con el conflicto civil, el desempleo generalizado que a su vez aumenta los problemas familiares. La decepción de los ex combatientes, que esperaban tener una vida y unas circunstancias económicas mejores, también era muy habitual.

La falta de puestos de trabajo y de desarrollo socioeconómico, sobre todo entre los jóvenes, ha creado una amplia gama de problemas personales y psicosociales. La cuestión principal en este caso (y entre los ex combatientes y las personas con problemas de salud mental) era el aumento del consumo de khat, las drogas y el alcohol. El amplio uso del khat –que se ha usado durante generaciones en Somalia y en las regiones vecinas como una actividad y estimulación socialmente aceptable (del mismo modo que el alcohol en Occidente)– ha tendido a aumentar hasta convertirse, para muchos, en un elemento perjudicial a largo plazo la salud mental y que crea problemas psicoso-

ciales.

Mutilación genital femenina y violaciones

La mutilación genital femenina (MGF) o ablación sexual también ha sido destacada como un problema significativo y de carácter cultural antes que religioso (aunque la religión se mencionaba a menudo como justificación de la ablación en las comunidades). No obstante, a pesar de los problemas y la pervivencia de la ablación, hay signos variados y significativos de que se estaba haciendo un gran esfuerzo por educar a las comunidades sobre el impacto negativo de la ablación.

Entre los problemas destacados figuraba también el aumento de la delincuencia en Somalilandia y Puntland, sobre todo el aumento de las violaciones. Inevitablemente esto genera más problemas sociales y económicos para las supervivientes de una violación, que no logran casarse. Además, el personal sanitario y los voluntarios consideran que las mujeres son más sensibles y propensas a experimentar dificultades de muchos modos. Los motivos son múltiples pero destacan la pérdida de apoyo social, la incapacidad para expresar los problemas o pedir ayuda y la preocupación, muy razonable, sobre el tener hijos sin un padre, sin otros ingresos visibles y sin ayuda de ningún tipo. El silencio es otra cuestión relacionada con el problema de las violaciones. Sólo ocasionalmente los casos de violación se identifican fuera de la familia. El problema sigue siendo un tema tabú en las comunidades somalíes.

Centros de salud mental muy básicos

Aunque muchos de estos problemas son habituales en muchos países de la región, algunas cuestiones se han identificado como particularmente relevantes en Somalia.

Principalmente se destacó el impacto psicosocial y psicológico de las catástrofes naturales, los efectos a largo plazo del conflicto y el aumento del consumo, por lo general, del khat (pero también de drogas y alcohol). Las visitas a los dos centros psiquiátricos indicaron que los problemas de salud mental abarcan desde la psicosis (posiblemente inducida por el khat) hasta los trastornos de ansiedad, que fueron descritos por su personal como trastornos por estrés postraumático y trastornos obsesivo-compulsivos. A pesar de que hay pruebas

de que estos estados pueden haber existido, el diagnóstico puede haberse complicado por factores socioculturales. Los centros contaban con recursos muy básicos por decirlo delicadamente. El suministro de los medicamentos apropiados era escaso o inexistente. En la ausencia de una medicación apropiada, la sujeción por medios físicos era habitual para controlar comportamientos y síntomas difíciles. No obstante, no había dudas de que el personal hacía todo lo que estaba en sus manos para cuidar a los afectados de la mejor forma posible en unas circunstancias muy difíciles y que se esforzaban por mejorar la vida y las condiciones de las personas que tenían a su cuidado.

¿Un enfoque eurocéntrico?

Gran parte de las discusiones se centraron también en la aplicabilidad y la relevancia de las reacciones postraumáticas en la cultura somalí. Se consideraba un elemento importante de la evaluación ya que se ha criticado mucho los programas psicosociales y los programas de apoyo psicológico por considerar que eran eurocéntricos y que exportaban ideas y conceptos occidentales sobre las consecuencias de los hechos traumáticos en culturas que no eran occidentales. Sin embargo, todos los consultados (personal sanitario y voluntarios) indicaban claramente que las reacciones postraumáticas eran un problema y que debía abordarse. Es decir, que no se caracterizaban como patologías en el sentido de ser reacciones anómalas o relacionadas con enfermedades pero que aumentar el conocimiento y la conciencia en primer lugar del uso de principios psicoeducativos sería una forma apropiada de introducir el concepto de apoyo psicológico en el programa de primera ayuda basado en la comunidad. En el contexto anterior el Programa de Apoyo Psicológico debía incorporarse en la Sociedad de la Media Luna Roja Somalí.

Dado que las nociones de asesoramiento psicológico y otras formas de "aceptar ayuda" resultarían ajenas a la cultura y la sociedad somalí, se creyó que el programa debía iniciarse en un nivel muy básico dentro del Programa de Primera Ayuda Basado en la Comunidad/Gestión de Desastres y que el principal grupo al que iría dirigido serían los voluntarios. Consistirá en una introducción muy sencilla al Programa de Apoyo Psicológico, acompañada de un breve

folleto o manual práctico que podrían usar los voluntarios, ya sea de forma individual o en grupos reducidos. Esto no sólo aumentaría el conocimiento y la conciencia sino que también contribuiría a suministrar apoyo, tal y como destacaba en el informe del Estudio de operaciones del tsunami (2005).



El personal de la SRCS consideraba más adecuado el término "apoyo psicológico" frente al de "apoyo psicosocial", ya que, en su opinión, "psicosocial" tendría connotaciones muy distintas en la sociedad y la cultura somalí y daría lugar a falsas expectativas, es decir, que indicaría un componente de asistencia económica o social.

Fotografía: Stephen Regel

La formación

En las discusiones mantenidas durante la evaluación con el personal sanitario, los voluntarios y otras personas implicadas se hizo hincapié en que el programa debía contener los siguientes elementos:

- ¿Qué es un programa de apoyo psicológico?
- Reacciones culturales específicas (comunes) al estrés y traumas límites
- Comunicación de apoyo
- Autoterapia para voluntarios

Es importante observar que el personal de la SRCS consideraba más adecuado el término "apoyo psicológico" frente al de "apoyo psicosocial", ya que, en su opinión, "psicosocial" tendría connotaciones muy distintas en la sociedad y la cultura somalí y que daría lugar a falsas expectativas, es decir, que indicaría un elemento de asistencia económica o social.

Tras una meticulosa consideración, evaluación y planificación se ofreció formación personalizada basada en indicadores culturales de necesidad. Se adoptó la decisión de diseñar el programa a partir de lo que podría considerarse un "taller de desarrollo de programas". Por ejemplo, en lugar del formato de taller tradicional consistente en

ofrecer teoría a partir de conferencias, seminarios, etc. seguidos de actividades para consolidar lo aprendido e ilustrar conceptos concretos, se organizarían actividades en primer lugar basadas en temas y conceptos básicos de apoyo psicológico. El objetivo de estas actividades sería el de revisar y determinar culturalmente el formato y el contenido de una formación posterior. Los resultados se utilizarían para crear materiales de formación específicos para la SRCS, que tendría entonces el control del contenido y la divulgación. En consecuencia, se consiguió realizar un taller muy estimulante y activo de tres días que se centró en las cuestiones mencionadas anteriormente. Se produjeron debates animados y activos sobre el contenido, la accesibilidad y la "adecuación cultural". Se discutió y se debatió sobre ejemplos específicos relacionados con el uso del lenguaje y conceptos como empatía, cinismo y trauma.

Quince personas de la SRCS (entre los que había algunos voluntarios experimentados) asistieron al taller que se realizó durante tres días en Hargeisa, Somalilandia. Parte del personal sanitario tenía cualificación formal para la enseñanza de atención sanitaria o asistencia social, aunque no era lo habitual entre los asistentes. Se fomentaron las discusiones y las actividades de grupo, así como el uso del lenguaje propio de los participantes durante los procedimientos. El significado, contexto y el lenguaje se adaptó culturalmente y se aprovechó para crear un breve manual para la SRCS.

Resumen

En términos generales, el taller fue un éxi-

to, aunque la opinión general es que quedaba mucho trabajo por hacer para crear las sesiones formativas del Programa de Apoyo Psicológico dentro del Programa de Primera Ayuda Basado en la Comunidad/Gestión de Desastres. Además, deberán definirse indicadores clave, informes y supervisión de apoyo que sean adecuados para todos los niveles: de los coordinadores de los equipos a los voluntarios. Asimismo, el formato de taller, es decir, su aplicación como taller de desarrollo de programas, podría ser, según la experiencia, un modelo útil para otros países de la región. Hubo indicios claros de que el taller sería una incorporación oportuna y útil para el Programa de Primera Ayuda Basado en la Comunidad/Gestión de Desastres pero sigue siendo un reto saber cuánto contenido puede ser útil incluir en un espacio de tiempo tan reducido. Es inevitable que la inclusión del Programa de Apoyo Psicológico sea breve y muy básica para los voluntarios y que el manual debería distribuirse para que puedan emplear algunos de los conceptos y aplicaciones prácticas en sus propias comunidades.

Agradecimientos: Stephen Regel desea extender sus más sinceros agradecimientos a Marja-Leena (Mallu) Oraby, Ed Cooper, Sylvia Khamati, Kaltun Dahir, Sirad Aden, Dr. Ahmed Mohammed Hassan. Al equipo de la SRCS/IFRC en Nairobi, Maryam Omar, Fatuma Adan, Tom Musili, Bernard Omollo, Charles Wachira y, desde luego, a Beatrice Gitonga y Gabriel, por su amabilidad, paciencia, hospitalidad y ayuda durante los trabajos de evaluación y formación. Fue un auténtico privilegio formar parte del equipo y haberse sentido tan bien recibidos durante el tiempo que estuvimos en Nairobi y Somalia. ■

VIH y sida en Suazilandia

Por Pernille Hansen, psicólogo y asesor de UNICEF Suazilandia

Suazilandia es uno de los reinos más pequeños y más antiguos de África. Es también el país de todo el mundo que se ha visto más afectado por el VIH y el sida. Con una población que apenas supera el millón de personas, la presencia del VIH en las embarazadas que visitan las clínicas de maternidad ha aumentado de un 3,9 % en 1992 a un 42,6 % en el 2004, aunque disminuyó algo, hasta el 39.2 %, en el 2006.

La combinación de pobreza, VIH y sida ha generado una dinámica social nueva que implica dificultades y consecuencias extraordinarias sobre la población, que se manifiestan de formas tan diversas como complejas. La crisis ha superado a los clanes familiares y a otros sistemas de ayuda a la comunidad que África siempre ha utilizado en el pasado para superar las crisis. El sida ha afectado sobre todo a los hombres y mujeres fuertes en sus años de vida producti-

va, con responsabilidades hacia niños y ancianos, que se han visto privados del sostén del clan familiar. Además, algunas costumbres tradicionales, como la de "heredar a la esposa" –cuando el marido de una mujer fallece, el siguiente hermano "hereda" a la esposa y a sus hijos– pensadas originalmente para mantener el clan familiar y proteger a las mujeres y a los niños, favorecen la difusión del VIH, sobre todo en los clanes familiares.



Un grupo de huérfanos y niños vulnerables fuera de un punto de atención vecinal. Unos 430 puntos de atención vecinal suministran diariamente comida así como atención y supervisión de personas adultas a 33.000 niños.

Fotografía cedida por UNICEF Suazilandia

Vulnerabilidad agravada

El desbaratamiento y la desestabilización de los sistemas de apoyo familiares y comunitarios –junto con el gran aumento del número de huérfanos, niños vulnerables y niños que actúan como cabeza de familia– aumenta la vulnerabilidad ante el sufrimiento y el malestar emocional. Las oportunidades de tener una buena salud física y mental se ven obstaculizadas, lo que a su vez hace que sean más proclives a entrar en situaciones que pueden llevar al contagio del VIH.

Aunque toda la población de Suazilandia se ve afectada por la situación descrita, los niños tienen un mayor riesgo de experimentar las consecuencias negativas propias de esta situación. Según los cálculos nacionales, en la actualidad hay unos 130.000 niños huérfanos y vulnerables (OVC). De ellos, más de 70.000 son huérfanos y los padres de los 60.000 restantes están tan enfermos o desamparados que los niños

necesitan ayuda y protección de la comunidad o la Administración. Se prevé que se doble el número de huérfanos antes del 2010. Los niños que viven en una pobreza extrema y sin supervisión de sus padres o de personas adultas suelen estar expuestos a situaciones peligrosas y abusivas, entre las que destacan la violencia física y los abusos sexuales.

Riesgo de conductas inadecuadas a pesar de la información

La mayor respuesta internacional a la crisis dominante en los últimos cuatro años ha dado lugar a una gran expansión de recursos disponibles en Suazilandia a través de El Fondo Mundial y otros importantes donantes. Se ha iniciado un gran número de programas innovadores que se centran sobre todo en impedir que el VIH siga expandiéndose (por ejemplo, los programas de prevención de contagios entre madres e hijos) o abordan las consecuencias físicas, sociales, emocionales y espirituales de vivir en una sociedad en que la pobreza y la enfermedad hacen estragos y la mayoría de los fines de semana están marcados por funerales. Vallas publicitarias, programas de radio y televisión y todos los formatos de comunicación posibles están presentes en la vida diaria con mensajes claros y explícitos que fomentan la abstinencia, la fidelidad y el conocimiento de la situación propia. Sin embargo, un estudio reciente realizado por la Universidad de Suazilandia entre jóvenes cultos indicó que, a pesar de haber mejorado el acceso a la información sobre el VIH y el sida, perduran los riesgos asociados a la promiscuidad y que la resistencia al uso de preservativos sigue siendo habitual. La cultura social y sexual en la pobreza, la desigualdad entre hombres y mujeres y las pocas posibilidades de desarrollo personal son muy complejas y no basta con suministrar a la población "información para prevenir el VIH" y esperar que cambien su comportamiento de forma inmediata.

La respuesta de los "huérfanos":

Se ha llegado a la conclusión en todos los países del África subsahariana, Suazilandia inclusive, de que los orfanatos no son la solución a la gran crisis de los huérfanos. Los esfuerzos deben centrarse en reforzar las comunidades para que puedan cuidar de sus huérfanos, permitir que éstos se que-

den en las casas heredadas y crezcan en un entorno familiar. Aunque esta solución parece lógica en teoría y es obviamente la más idónea para el bienestar del niño, conlleva unas complicaciones considerables:

En primer lugar, la mayoría de los habitantes de Suazilandia viven en comunidades rurales, inmersas en la pobreza, lo que disminuye la capacidad de las familias para cuidar de sus propios miembros y más aún de los niños huérfanos o vulnerables de la comunidad. En segundo lugar, aunque casi la mitad de la población está infectada por el VIH y el sida y toda la población está afectada por sus consecuencias, en la mayoría de las comunidades sigue siendo una enfermedad estigmatizada y objeto de discriminación. Esto impide acoger a los hijos de padres que murieron de enfermedades relacionadas con el sida y condena a los niños al ostracismo. En tercer lugar, los mecanismos de protección de la infancia, ya sean físicos o jurídicos, son mínimos en Suazilandia. Es habitual que los familiares de los padres fallecidos despojen las casas y las granjas de todo lo que tenga valor y dejen a los huérfanos completamente en la indigencia. No sorprende que muchos niños se vean obligados a realizar trabajos físicos o a tener relaciones sexuales para poder sobrevivir.

Puntos de atención vecinal

Frente a estos retos reconocidos, un gran número de actores con intereses (entre ellos la Administración) se ha comprometido a poner en práctica, en colaboración, el Plan nacional de acción para los huérfanos y niños vulnerables (2006-2010) que aborda en detalle las respuestas que se necesitan para cubrir las necesidades físicas, sociales y emocionales de la infancia.

Un ejemplo positivo de respuesta de rápida difusión a la crisis de los OVC ha sido la creación de "Puntos de atención vecinal" (NCP). Esta iniciativa fue impulsada por una madre solidaria en una única comunidad, que empezó a alimentar a los huérfanos de su aldea diariamente a finales del 2002. La noticia se difundió y, en el 2003, UNICEF y algunos de sus colaboradores lanzaron un proyecto nacional para establecer NCP gestionados por voluntarios de la comunidad. Aunque se hace hincapié en animar a las comunidades a que se hagan cargo de los NCP y asuman la responsabilidad de la gestión diaria, reciben "suministros de

emergencia" financiados por los donantes (equipos básicos para construir refugios, utensilios de cocina, cubiertos y productos de higiene); además, los que se encuentran en las zonas más afectadas por la sequía también se abastecen de alimentos. Los cuidadores reciben formación sobre la gestión de los NCP y sobre apoyo psicosocial. Hasta la fecha hay 430 NCP que suministran diariamente comida así como atención y supervisión adulta a 33.000 niños. Para atender a todos los niños que lo necesitan, se calcula que se necesitarían al menos 3.000 NCP.

Apoyo psicosocial a los OVC

En un país en el que sólo hay cuatro trabajadores sociales cualificados y ningún psiquiatra o psicólogo trabajando en los hospitales o centros sanitarios públicos (financiados por la Administración), ofrecer una respuesta de apoyo psicosocial adecuada a las necesidades manifiestas de Suazilandia es una tarea titánica, que en ocasiones parece imposible. Son habituales los informes, tanto de adultos como de niños, de depresiones, dolor sin resolver por haber



Suazilandia tiene poco más de un millón de habitantes. Más de 70.000 son huérfanos. Un niño pequeño al que cuida su abuela.

Fotografía cedida por UNICEF Suazilandia

presenciado la muerte de familiares, reacciones traumáticas debidas a experiencias de abuso o abandono y falta de esperanza para el futuro.

En los últimos dos años, he trabajado muy estrechamente con un grupo de unos 20 hombres y mujeres apasionados creando un programa de formación y materiales pedagógicos para formar a los cuidadores de OVC sobre apoyo psicosocial. No obstante, a causa de las limitaciones de financiación y del poco tiempo disponible para la formación, el material que hemos creado va dirigido principalmente a la sensibilización. Destaca los signos de advertencia que presentan los niños con problemas y trata las diversas causas (trauma y pérdida, vivir con el VIH y el sida, abuso y consumo de sustancias) de forma sucinta para que el cuidador entienda mejor las cuestiones implicadas que causan las reacciones que ven en tantos niños. Lo que debe hacerse a partir de ahí es más complejo. La mayoría de los cuidadores de la comunidad asisten a muchos niños al mismo tiempo por lo que la atención que pueden dedicar a cada uno de ellos es limitada. Además, la mayoría no están seguros de cómo actuar con los niños con problemas. Hacemos hincapié en que deben derivar los niños para que reciban

ayuda si están preocupados. ¿Dónde está el problema? Diversas ONG ofrecen servicios de asesoramiento psicológico a la infancia pero tienen unos recursos y un personal tan limitados que no pueden hacer visitas regulares de campo para asesorar a los niños que lo necesitan. No hay ningún lugar en Suazilandia donde las personas interesadas puedan seguir cursos de asesoramiento, aparte de la formación de asesoramiento y control voluntario específica de los centros de pruebas del VIH. Por tanto, a pesar de que, con la mejor de las intenciones, animamos a los cuidadores a que nos indiquen los niños que requieren atención especial, la realidad es que nos queda un largo camino que recorrer para poder ofrecerles la ayuda y el cuidado que necesitan. Afortunadamente el apoyo psicosocial se ha identificado como una de las deficiencias más importantes entre los servicios que deben cubrir todos los actores con intereses que trabajan en el campo del VIH y el sida. Esto permite que tengamos delante un futuro esperanzador y una fase apasionante en la creación de una respuesta de apoyo psicosocial adecuada.

Para obtener más información, póngase en contacto con el autor a través de la siguiente dirección: mamaph@gmail.com ■

El bienestar de los voluntarios

Un proyecto de investigación sobre el fomento de la capacidad de resistencia, el crecimiento postraumático, la salud y el bienestar psicosocial de los voluntarios

Por Sigridur Thormar y Nelden Djakababa

El 26 de diciembre del 2004 unas gigantescas olas o "tsunamis" barrieron los pueblos de la costa del sudeste asiático y mataron a más de 240.000 personas. En Banda Aceh, la capital provincial de Aceh, situada en el norte de Sumatra, en Indonesia, se perdieron unas 150.000 vidas y se calcula que unas 545.000 personas fueron desplazadas.

De nuevo, el 27 de mayo del 2006 otra catástrofe afectó a la comunidad indonesia cuando un terremoto mató a más de 5.000 personas en Yogyakarta, en Java Central, y dejó a miles de personas sin casa. En estos casos la llegada de ayuda humanitaria es muy importante y la Cruz Roja Indonesia (PMI) contribuye en gran medida a socorrer

a la población aportando cientos y, en ocasiones, miles de voluntarios. Los voluntarios trabajan, por ejemplo, en la recuperación de cadáveres, los servicios de localización de personas y correo, los suministros de

Este proyecto ha sido realizado por los autores bajo supervisión holandesa e indonesia.

Los supervisores holandeses son el Dr. Berthold Gersons, la Dra. Miranda Oloff y la Dra. Maaike de Vries del Centro de Traumas Psicológicos, AMC, Universidad de Ámsterdam y la fundación IMPACT. Amal Chalik Sjaaf, vicepresidente de la Cruz Roja Indonesia (PMI), es el supervisor indonesio. El proyecto se realiza en cooperación con la Cruz Roja Francesa, la Cruz Roja Islandesa, la Cruz Roja Austriaca y la Federación Internacional de Cruz Roja/Media Luna Roja (IFRC).

agua y servicios sanitarios, la primera ayuda y el abastecimiento de comida a la población afectada. Antes de volver a "su vida anterior", se les ofrece apoyo psicosocial. No obstante, se sabe poco sobre su estado de salud actual y sobre su bienestar psicosocial. ¿Cómo les va y qué puede aprenderse de sus experiencias para mejorar la gestión de voluntarios?

El Centro de Traumas Psicológicos de la Universidad de Ámsterdam en cooperación con la PMI está llevando a cabo un proyecto de investigación que pretende contestar estas preguntas en dos fases: En primer lugar, mediante una evaluación en profundidad tanto cuantitativa como cualitativa de los voluntarios de la Cruz Roja Indonesia. En segundo lugar, a través de asesoramiento práctico en función de los resultados de la evaluación sobre el reclutamiento, selección, formación, ayuda y compensación de los voluntarios para mejorar su capacidad de resistencia, crecimiento postraumático, salud y bienestar psicosocial.



En épocas de catástrofes la Cruz Roja Indonesia (PMI) contribuye en gran medida a socorrer a la población aportando cientos y, en ocasiones, miles de voluntarios. Los voluntarios trabajan en la recuperación de cadáveres, los servicios de recuperación de cadáveres, los servicios de localización de personas y correo, los suministros de agua y servicios sanitarios, la primera ayuda y el abastecimiento de comida a la población afectada.

Fotografía: Anders Ladekarl, Cruz Roja Danesa

La investigación no tiene en cuenta a los voluntarios

Las catástrofes suponen una gran tensión para el personal de rescate. Existen investigaciones importantes sobre los profesionales que trabajan en situaciones de emergencia o en catástrofes: bomberos, policía, personal de ayuda internacional y al desarrollo, etc. No obstante, hay una laguna bibliográfica sobre el impacto de la participa-

ción en las catástrofes de los voluntarios.

Los voluntarios no pueden clasificarse junto a los profesionales ya que presentan perfiles diversos procedentes de la comunidad y vuelven a ella cuando acaba la catástrofe. Por tanto, no disponen de una red de apoyo estructurada equivalente a la que puede existir en los cuerpos de policía o de bomberos en que un grupo comparte una experiencia común. El apoyo social ha demostrado ser uno de los factores de predicción más importantes respecto a la recuperación de experiencias traumáticas.

En la actualidad, el movimiento de la Cruz Roja/Media Luna Roja responde a las necesidades de unos 200 millones de personas al año. El movimiento dispone de hasta 90 millones de voluntarios. En los últimos 40 años el número de catástrofes se ha multiplicado al menos por cuatro. Por tanto, cada vez es más difícil gestionar y ayudar bien a los voluntarios.

¿Los voluntarios están en una situación de riesgo?

Los voluntarios de Cruz Roja/Media Luna Roja han sido objeto de pocos estudios empíricos y pueden estar expuestos a sufrir trastornos por estrés postraumático u otros problemas psicológicos a causa de su trabajo con las víctimas de catástrofes. No obstante, los voluntarios de Cruz Roja/Media Luna Roja reciben formación, han elegido ayudar a personas tras las catástrofes y gozan de un considerable reconocimiento social. Se ha demostrado que el reconocimiento social va asociado a la aparición de menos problemas de salud mental después de una experiencia traumática. Además, el hecho de que hayan elegido ayudar puede dar lugar a una sensación de control sobre la situación. Se ha comprobado que esta sensación de control en situaciones traumáticas está asociada a la disminución de los síntomas de trastorno por estrés postraumático.

Se ha demostrado que muchas de las personas que se han visto expuestas a factores de estrés traumático experimentan después consecuencias psicológicas negativas como la ansiedad, la depresión, evitación e intrusión, trastornos por estrés postraumático o reacciones al dolor patológicas. A menudo esto se ve acompañado de trastornos físicos

como, por ejemplo, un mal estado de salud o un mayor número de problemas médicos según la percepción de los afectados. A menudo se consideran síntomas sin explicación médica o somatizaciones y se materializan en sensaciones de fatiga, dolor muscular, mareos y problemas gástricos. Estos individuos presentan un índice de mortalidad y morbilidad más elevado y usan más los servicios de salud. Los estudios muestran puntos en común interesantes con los síntomas constatados después de las catástrofes.

Varios estudios importantes han concluido que las personas que han sido expuestas a hechos traumáticos tienen más probabilidades de que se les diagnostiquen enfermedades y problemas orgánicos. Además, es más probable que adopten hábitos de riesgo como consumir alcohol o conducir de forma temeraria.

Crecimiento postraumático

La mayoría de las personas se ven expuestas a pérdidas o a hechos traumáticos en algún momento de sus vidas. De los individuos expuestos a experiencias traumáticas, el 20–30 % de las mujeres y el 8–13 % de los hombres desarrollarán un trastorno por estrés postraumático y una parte considerable de ellos padecerá un trastorno depresivo mayor, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas o una combinación de todos ellos. Aunque lo anterior es un motivo de gran preocupación, existe una mayoría de personas expuestas a hechos que pueden resultar traumáticos que **no desarrolla el trastorno** y esta realidad no ha sido objeto de la atención que se merece. Muchas personas parecen resistir, tienen experiencias emocionales positivas y sólo muestran algunos trastornos menores y transitorios. Muchas de ellas experimentan un crecimiento postraumático. El crecimiento postraumático es tanto un proceso como un resultado en el que el individuo alcanza, y conserva, al menos un cambio positivo percibido como consecuencia directa de un hecho traumático.

En la actualidad, las organizaciones humanitarias operan en un contexto mundial complejo en el que la gestión de desastres, la salud y el desarrollo están estrechamente relacionados entre sí. A escala local, los voluntarios de la Cruz Roja/Media Luna Roja



Los voluntarios de la Cruz Roja y la Media Luna Roja forman parte de las comunidades locales afectadas por el tsunami. Escucharles a ellos y a la población afectada y planificar la reconstrucción según sus deseos y su designio garantiza un suministro de ayuda sostenible y es una parte fundamental del proceso de recuperación.

Fotografía: Olav A. Saltbones/Federación Internacional

participan de pleno en las actividades de asistencia a las personas vulnerables. Es esencial para las organizaciones humanitarias analizar cuál es su lugar en el mundo y ver cómo pueden aprovechar su experiencia para ampliar esfuerzos y obtener mejores resultados en la gestión de voluntarios. Mejorar los métodos de reclutamiento, selección, formación, gestión, apoyo y compensación de voluntarios requiere pruebas basadas en datos y en un trabajo real e innovador sensible a la cultura, la religión y la tradición del país correspondiente.

Hasta el momento, muy pocos estudios se han fijado en los voluntarios y ninguno ha analizado su crecimiento postraumático tras colaborar en una catástrofe. La atención se ha centrado principalmente en los problemas de salud mental o de comportamiento, como la ansiedad, la depresión o el consumo del alcohol como consecuencia de colaborar en una catástrofe. Es importante reconocer el amplio alcance del trabajo de los voluntarios y centrarnos también en los aspectos positivos de colaborar voluntariamente en una catástrofe sin apartar nuestra atención de todos los problemas mentales, muy reales, que pueden persistir en una minoría de voluntarios. Destacar los beneficios del trabajo voluntario permite mejorar el reclutamiento de voluntarios para colaborar en catástrofes.

Para aumentar el bienestar de los voluntarios y potenciar el crecimiento postraumático, es importante identificar las variables

que dan lugar a dicho proceso.

Este estudio explorará qué individuos son los más vulnerables a las secuelas psíquicas y psicológicas y los posibles factores de predicción que justifican las diferencias en la naturaleza, la gravedad y duración de estas reacciones. Además, el estudio explorará qué individuos experimentan un crecimiento postraumático y cuáles son los factores de predicción que explican ese resultado.

Unos resultados científicos, aunque dependan de la cultura analizada, supondrán un gran avance para elaborar unas directrices de gestión de calidad para los voluntarios del movimiento.

Para obtener más información, póngase en contacto con Sigridur Thormar, s.b.thormar@amc.uva.nl ■

Programas de apoyo psicosocial después de emergencias complejas

Directrices de investigación e implicaciones prácticas

Por Stephen Regel y Peter Berliner

Durante la última década ha aumentado la atención y el consenso sobre la importancia de ofrecer programas de apoyo psicosocial después de catástrofes y emergencias complejas. No obstante, este campo no carece de voces críticas (Ganesan, 2006; Almedom y Summerfield, 2004; Pupavac, 2001; Summerfield, 1999; Bracken et al., 1995).

Hoy en día se observa la necesidad creciente de tener una base más sólida sobre el impacto de estos programas mediante estudios y resultados obtenidos con métodos fiables (Boyden et al., 2006; MacLachlan,



*Sólo unos días antes del tsunami, Mollica et al. (2004) instaron a los países de todo el mundo a prepararse para tratar la "salud mental en emergencias complejas".
Fotografía: Till Mayer, Federación Internacional*

Stephen Regel trabaja para el Centro de Traumas, Capacidad de Resistencia y Crecimiento, de Nottinghamshire Healthcare NHS Trust/ Universidad de Nottingham, Reino Unido. Stephen Regel es miembro del Centro de Información de Apoyo Psicosocial del Grupo Roster. Peter Berliner trabaja en el Departamento de Psicología de la Universidad de Copenhague, Dinamarca. También es miembro del Centro de Información de Apoyo Psicosocial del Grupo Roster

2006; Yule, 2006; Eisenbruch et al., 2004). El objeto de esta serie de artículos breves consiste en cubrir algunos de estos retos y examinar varias de las evoluciones que han tenido lugar a lo largo de la última década dentro del ámbito de la atención psicosocial posterior a emergencias complejas. Entre ellos figura el enfoque basado en la comunidad, la necesidad de una investigación de acción participativa como técnica de desarrollo de capacidades, y modelos que integren métodos occidentales y prácticas de curación tradicionales.

Se sabe que las emergencias complejas como las grandes catástrofes –sobre todo si implican heridas graves, fallecimiento de seres queridos y pérdidas– tendrán consecuencias en la salud de muchos supervivientes (Staub et al., 2006; Silove, 2004; Joseph et al., 1997). Será así especialmente en aquellos lugares en que las infraestructuras sociales se hayan visto afectadas; fueran cuales fueran los sistemas de salud mental que existían antes de la emergencia, podrían ser insuficientes para cubrir las múltiples necesidades de las comunidades afectadas. Sólo unos días antes del tsunami, Mollica et al. (2004) instaron a los países de todo el mundo a prepararse para tratar la "salud mental en emergencias com-

plejas”.

Los programas psicosociales se han diseñado en colaboración con los organismos y comunidades locales, sobre todo, los llevados a cabo por el Centro de Información de Apoyo Psicosocial de las Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja Internacional. La potenciación y mejora de los recursos y comunidades locales es, y siempre ha sido, un elemento fundamental junto con el desarrollo de capacidades. La demanda de programas psicosociales procede de un gran número de organizaciones nacionales de la Cruz Roja/Media Luna Roja; entre los ejemplos recientes, figura la colaboración del Centro de Apoyo Psicosocial con la Media Luna Roja Somalí en la creación de un entorno adaptado culturalmente para diseñar y ofrecer formación psicosocial para voluntarios. En muchos países con pocos ingresos, la Cruz Roja/Media Luna Roja local suministra la atención sanitaria y social básica. La demanda de un programa de ayuda psicosocial procede de la Media Luna Roja Somalí y se ha desarrollado en el contexto de un taller de “desarrollo de programas”. Los materiales utilizados fueron adaptados y desarrollados por los participantes en el

taller, todos ellos miembros de los equipos sanitarios de la Media Luna Roja Somalí. El resultado se utilizará y distribuirá como parte de un programa de primera ayuda basado en la comunidad.

La noción de capacidad de resistencia a la catástrofe –aunque a menudo va implícita en nuestra forma de comprender cómo se recuperan los individuos tras una exposición a una experiencia traumática o una pérdida– necesita una descripción más explícita de los factores que justifiquen las diferencias individuales y culturales. La necesidad de una teoría integradora de las respuestas culturales a las experiencias traumáticas, al crecimiento positivo y a la capacidad de resistencia ante la adversidad, que mejore aún más la calidad de las intervenciones, es fundamental y se merece la atención de los actores principales de los organismos humanitarios y las instituciones académicas.

Encontrará una lista completa de referencias de este artículo al final del boletín. ■

Noticias del Centro de Apoyo Psicosocial

Una cara nueva en el Centro de Apoyo Psicosocial

La formación en cuestiones psicosociales ha sido una gran prioridad para el Centro de Apoyo Psicosocial. A partir del 1 de marzo del 2007 se le dará aún mayor relevancia, ya que tenemos el placer de anunciar que hemos contratado a una persona más para que pueda centrarse en la formación y la recaudación de fondos.

Este cargo será ocupado por Vivianna Nyroos, que tiene un máster en Desarrollo Internacional y Ciencias Sociales. Vivianna ha trabajado, entre otros, para varios organismos de Naciones Unidas en los Balcanes, para el Comité Sueco para Afganistán y para Asistencia Danesa para el Desarrollo Internacional. Tiene experiencia como docente y formadora, en dinamización y en el desarrollo de capacidades.

Entre las tareas de Vivianna se incluirán las siguientes:

- Preparación de material y manuales de formación, documentos y artículos de información sobre trabajo psicosocial.
- Planificación de cursos de formación para los socios, así como formación y dinamización de estos cursos.
- Tareas de promoción y recaudación de fondos.
- Presentaciones sobre el Centro de Apoyo Psicosocial y el trabajo psicosocial.
- Participación en la coordinación de tareas cuando se producen catástrofes así como en cualquier labor específica junto con el equipo. ■



Donaciones al Centro de Información de Apoyo Psicosocial

Por Anni Harris, coordinadora, Centro de Información de Apoyo Psicosocial

La función principal del Centro de Apoyo Psicosocial es promocionar el desarrollo de capacidades en las organizaciones nacionales para que puedan potenciar una asistencia psicosocial de buena calidad. La documentación, la divulgación y la ayuda operativa a los programas internacionales sirve para apoyar al desarrollo de capacidades.

Para que el Centro de Apoyo Psicosocial pueda cumplir su importante labor y ofrecer asistencia a la Federación Internacional y a las sociedades nacionales, debe contar con una financiación suficiente. La Cruz Roja Danesa alberga el Centro de Apoyo Psicosocial y se ha comprometido a suministrar una financiación anual de hasta un millón de coronas danesas (134.185 euros) como contribución a los gastos básicos. La financiación procede de nuestros generosos donantes: Cruz Roja Canadiense, Cruz Roja Finlandesa, Cruz Roja Helena, Cruz Roja Islandesa, Cruz Roja Noruega y Cruz Roja Sueca. Sin el valioso apoyo económico de nuestros donantes el Centro de Apoyo Psicosocial no habría podido atender a los que solicitaban su ayuda. Además de las donaciones recibidas, los donantes también apoyan y a menudo financian el trabajo que realizan nuestros miembros de Roster.

Donaciones recibidas en el 2006

Cruz Roja Canadiense	13.150 euros
Cruz Roja Finlandesa	30.000 euros
Cruz Roja Islandesa	10.744 euros
Cruz Roja Noruega	28.000 euros
Cruz Roja Sueca	32.980 euros
Cruz Roja Danesa	134.185 euros

La Cruz Roja Helena ha tenido la generosidad de comprometerse a apoyar el Centro de Apoyo Psicosocial en el 2007 con 25.000 euros.

Durante el año pasado aumentaron las peticiones de ayuda y, en consecuencia, estamos recaudando fondos activamente. Nos hemos dirigido a varias sociedades nacionales y esperamos que también puedan ayudar al Centro y a su labor psicosocial. ■

La guía interinstitucional sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias está en su fase final

Por Lene Christensen, Centro de Información de Apoyo Psicosocial

El trabajo del Comité Interinstitucional Permanente (IASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicológico (MHPSS) en emergencias ha sido descrito en un número anterior de *Reaccionar ante la crisis* (n.º 2, agosto del 2006). El artículo hizo hincapié en cómo un grupo de trabajo con varios actores afectados ha contribuido a elaborar una guía sobre salud mental y apoyo psicológico con el objetivo de reducir las prácticas perjudiciales y permitir una coordinación efectiva en situaciones de emergencia.



Las directrices se someterán a pruebas de campo en cinco países distintos a lo largo del 2007. Uno de estos países podría ser Afganistán.

Fotografía: Thorkell Thorkelsson, Federación Internacional

El resumen de la guía se presenta en un cuadro que se puede consultar en Internet: http://www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocialsupport y cada una de las 25 intervenciones principales se describen en detalle en hojas de acción independientes. La primera versión de la guía pronto estará disponible en esa dirección también.

Se preguntará qué sucede ahora que se ha completado este in-

novador trabajo. Se realizará una serie de pruebas de campo en el 2007 para garantizar que la guía cumplirá sus objetivos en las tareas de salud mental y apoyo psicológico en emergencias. Las pruebas de campo se organizan en cinco sitios focales donde tendrá lugar la recopilación de datos estructurados. Se empieza en Sri Lanka en febrero del 2007, después en Liberia, Colombia, un país en Medio Oriente (posiblemente Afganistán) y en una emergencia nueva. La recolección de datos, a través de la divulgación de un cuestionario semiestructurado, también se llevará a cabo en una serie de sitios de campo no focales. Los datos se analizarán para decidir si es necesario revisar la guía. Finalmente se realizará una primera implementación de la guía apoyada en una serie de herramientas y materiales de formación que expliquen la naturaleza y la finalidad de la guía.

Si trabaja en un emplazamiento en que se pueden recoger datos para ayudar a las pruebas de campo o si desea obtener más información sobre los trabajos realizados por el grupo en el 2007, póngase en contacto con los promotores del proceso de pruebas de campo: Mark van Ommeren, OMS (vanommerenm@who.int), Mike Wessells, CCF (mwessell@rmc.edu) o Lene Christensen, IFRC (lec@drk.dk) ■

Conversaciones que ayudan

- una perspectiva de UngPåLinie/UngOnline

Por Pernille Thomsen, voluntario

Chico15: Yo... Mi padre... Él... A veces me toca. Me cuesta explicarlo... :/

Sigrid: Tranquilo. Tómame el tiempo que necesites. Te escucho...

Sigrid: ¿Puedes contarme algo más de tu padre?

Chico15: Dice que es culpa mía por ir mal en la escuela.

Sigrid: ¿Y tú que crees?

Chico15: A veces, que tiene razón. Las mates me van fatal. :) Pero al mismo tiempo, parece algo raro, que no está bien... :(

Sigrid: ¿Sabrías decir el motivo? ¿Por qué te sientes así?

UngPåLinie/UngOnline (UPL/UOL) –Jóvenes en línea– es un proyecto de Cruz Roja Juventud de Dinamarca en el que los jóvenes hablan por teléfono o chatean por Internet con niños y otros jóvenes que necesitan a alguien con quien hablar. Las conversaciones son anónimas y no son profesionales, y

el proyecto lo llevan a cabo exclusivamente voluntarios.

La conversación anterior es un ejemplo ficticio que podría haber tenido lugar en un turno de UPL/UOL: Un chico de quince años intenta explicar el dolor y la tristeza que experimenta por unos abusos sexuales.

UngPåLinie empezó a funcionar en 1990 con dos líneas telefónicas y, posteriormente, en 1997, se incorporó UngOnline con dos líneas de chat por Internet. En la actualidad, UPL/UOL tiene 80 voluntarios responsables de dos líneas telefónicas y tres de chat. Las líneas están abiertas cinco tardes por semana; los teléfonos también funcionan los domingos.

Una gran demanda satisfecha con éxito

Es esencial para UPL/UOL que los voluntarios sean jóvenes fuertes y estables que sepan expresar sus emociones y sentimientos. Por este motivo, los candidatos deben completar una solicitud y superar una entrevista en la que se valora si el candidato cumple los requisitos. Por regla general, sólo se aceptan la mitad de los candidatos. Los candidatos también deben tener entre 20 y 30 años y no presentar un perfil profesional de psicólogo, trabajador social o similar.

El proyecto nos obliga a ser exigentes con los voluntarios y requerir que asistan a las reuniones, las actividades de supervisión y se responsabilicen de su parte del trabajo



organizativo. Un miembro de UPL/UOL dedica unas 25 horas al mes al proyecto en ocupaciones como las siguientes:

- Curso de fin de semana. Cada uno de los voluntarios debe superar un curso de formación de un fin de semana. Este fin de semana de formación consiste en estar tres días con un psicólogo que explica la técnica de la entrevista y enseña a escuchar.
- Turno. Cada voluntario hace 2,5 turnos al mes; es decir, 2 turnos y un turno de retén por si alguien se pone enfermo o tiene un problema parecido.
- Reuniones en grupo. Una vez al mes se realiza una reunión de grupo para planificar los turnos, discutir problemas y hablar sobre las conversaciones en general.
- Supervisión. Cuatro veces al año, cada grupo asiste a una actividad de supervisión: una reunión con un psicólogo cualificado.
- Trabajo organizativo. Para estar en UPL/UOL, debe participarse en el grupo de RR. PP., el grupo de entrevistas o el grupo lúdico, por ejemplo, de Cruz Roja Juventud de Dinamarca.
- Reunión mensual. Una vez al mes se realiza una reunión. Es el grupo en el que se toman las decisiones y, por tanto, todos deben asistir.

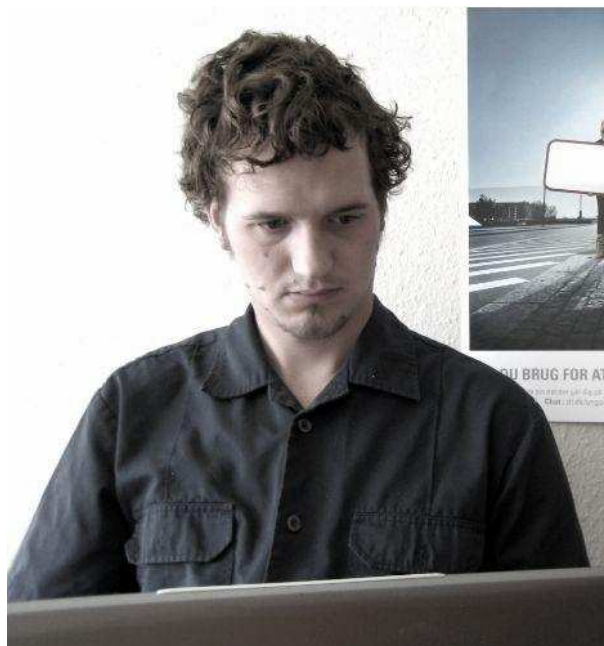
¿Chat o teléfono? Ventajas y desventajas

Los asuntos que se tratan en UPL/UOL son muy diferentes. El contenido de las conversaciones puede estar relacionado con el amor entre adolescentes, la amistad o "lo pesada que es mi madre" pero también con violencia, desórdenes alimenticios y abusos. Por regla general, las conversaciones relacionadas con los abusos y las relaciones familiares son frecuentes pero el contenido depende también de lo que esté de actualidad. En años anteriores, los trastornos alimentarios habían sido un asunto muy tratado, aunque las autolesiones han ganado terreno en los últimos dos años.

La diversidad de los temas también demuestra que todo tipo de niños y jóvenes usan UPL/UOL. Las conversaciones con un adolescente danés de tipo medio suelen tratar sobre amor adolescente o amistad, mientras que las conversaciones sobre abusos y violencia suelen darse con niños y jó-

venes más débiles y expuestos. Algunos de ellos llaman o escriben desde centros de acogida o desde un centro de internamiento de menores.

Las diferencias entre los asuntos tratados también se ve favorecida por la existencia de dos opciones: llamar o escribir. En primer lugar, depende de cómo se expresa mejor el usuario y, en segundo lugar, depende del contenido de la conversación. En



Los niños y los jóvenes pueden contar sus problemas a un voluntario de UPL/UOL por teléfono o hablar con él en un chat.

Fotografía: Cruz Roja Juventud de Dinamarca

una sala de chat, pueden haber pausas, tiempo para buscar las palabras adecuadas y "ver" lo que se dice antes de decirlo. A algunos niños y jóvenes les resulta más sencillo contar su historia por escrito, ya que así no tienen que compartir sus lágrimas y su enfado. De este modo, sienten que tienen el control.

Al mismo tiempo, las conversaciones de la sala del chat pueden guardarse y luego utilizarse para mostrar los familiares o a los terapeutas cómo se siente el niño o el joven en realidad. La conversación actúa como remedio en varios sentidos.

Por último, la sala de chat es la opción más barata y sencilla. Cuesta menos dinero utilizar Internet y es difícil explicar a una madre maltratadora por qué se ha hablado por teléfono durante tres horas.

Por otro lado, las conversaciones telefónicas

implican un proceso más lento y delicado. Son más personales porque el usuario puede escuchar una voz comprensiva y considerada.

Lo mejor de UPL/UOL es que no hay que elegir. Muchos usuarios utilizan tanto el teléfono como el chat. De esta forma, pueden contar su historia varias veces y así tienen más de una perspectiva porque los voluntarios aplican diversas formas de conversar.

Por este motivo, Chico15 se pondrá en contacto con nosotros de nuevo para contarnos la historia del padre que lo maltrata pero la próxima vez el voluntario que esté de servicio lo intentará desde un ángulo distinto y revelará otra parte de la historia.

Para obtener más información, póngase en contacto con upl@urkmail.dk ■

Hechos destacados de América Central y el Caribe en el 2006

Por John Fleming, delegado regional de salud para América Central y el Caribe

Durante el 2006 la Delegación Regional de Panamá para América Central y el Caribe ha seguido mejorando la capacidad regional en relación con el programa de apoyo psicológico.

En particular se ha conseguido lo siguiente.

Adaptación del manual de la Cruz Roja de Costa Rica "Primera Ayuda Psicológica"

La Universidad de St. Georges, Granada, nos asesoró brevemente para adaptar el manual de "Primera Ayuda Psicológica" de la Cruz Roja de Costa Rica a la realidad caribeña. La redacción final del contenido del manual original traducido supone una gran mejora. Estamos dando los últimos retoques al documento y podremos imprimir una tirada limitada y realizar pruebas de campo a principios del 2007.

Asesoramiento del Programa de Apoyo Psicológico a partir del Plan estratégico del programa continental y los manuales de la Cruz Roja Jamaicana.

Con la financiación extraordinaria del DFID hemos contratado a Samora Bain —una voluntaria de la Unidad de Salud Mental de la Cruz Roja Jamaicana— y ha trabajado exhaustivamente en el Programa de Apoyo Psicológico con la Universidad de las Indias Occidentales (campus MONA). Samora ha participado en las intervenciones del Programa de Apoyo Psicológico en Granada, Jamaica y las Islas Caimán en el 2004 y después en las inundaciones de Guyana a principios del 2005. Además, ya ha revisado el borrador del Plan estratégico continental sobre el Programa de Apoyo Psicológico y ha

empezado a estudiar cómo se puede incorporar el manual de Costa Rica en la metodología caribeña del Programa de Apoyo Psicológico usando los recursos existentes que tenemos en la región, sobre todo los manuales de Cruz Roja de Jamaica. Después de tres meses de asesoramiento, ya disponemos un borrador de metodología sobre el Programa de Apoyo Psicológico caribeño titulado "Ayudar a curar" que someteremos a pruebas de campo en el 2007.

El Taller Internacional sobre el Programa de Apoyo Psicológico del Grupo Roster. La participación caribeña

La Dra. Angela Gordon-Stair participó en el Taller Internacional Roster sobre el Programa de Apoyo Psicológico del Grupo Roster celebrado en Copenhague, Dinamarca, en octubre, y organizado por el Centro de Información de Apoyo Psicosocial.

Colaboración con las instituciones académicas

Samantha Dickson (Cruz Roja de Granada) y el delegado regional de salud se reunieron con representantes de la Universidad de St. Georges que expresaron su interés por continuar la colaboración que se inició con la Cruz Roja en el 2005 después del huracán Iván en el ámbito del Programa de Apoyo Psicológico. El delegado regional de salud también se reunió con el jefe de la Unidad de Salud del campus de St. Augustine de la Universidad de las Indias Occidentales en Trinidad y Tobago y trataron sobre una posible colaboración en el ámbito del Programa de Apoyo Psicológico. La universidad se ha mostrado bastante receptiva respecto a la colaboración con la Cruz Roja. El campus

MONA de la Universidad de las Indias Occidentales, en Jamaica, ha mantenido una larga y provechosa relación con la Cruz Roja y sería interesante estudiar cómo se pueden fomentar este tipo de alianzas estratégicas en otros lugares.

Colaboración con el Diploma del Programa de Apoyo Psicológico en emergencias de Panamá

La IFRC y la Cruz Roja de Panamá colaboran con el primer diploma de "Programa de

Apoyo Psicológico en emergencias de la Universidad de Panamá". Tenemos previsto ofrecer ayuda a través de becas, colaborar con el material del curso, colaborar con ponentes invitados y a través de una pequeña contribución económica.

Poco a poco estamos incrementando nuestra capacidad en Programas de Apoyo Psicológico y seguiremos trabajando en esta línea en el 2007. ■

Referencias del artículo "Programas de apoyo psicosocial después de emergencias complejas" "Directrices de investigación e implicaciones prácticas", Stephen Regel y Peter Berliner

Almedom A.M., and Summerfield D. (2004). Mental well-being in settings of 'Complex Emergency': An overview. *Journal of Biosoc. Sci.* Vol. 36, 381-388

Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D. & Acar, G. (2005). Single-Session Behavioral Treatment of Earthquake-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Waiting List Controlled Trial. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18 (1), 1-11.

Bracken, P.J., Giller, J.E. & Summerfield, D. (1995). Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts. *Social Science and Medicine*. Vol 40 (8):1073-1082.

Boyden, J., Berry, J. de, Feeny, T. & Hart, J. (2006). Children Affected by Armed Conflict in South Asia: A Regional Summary. In Reyes, G. and Jacobs, G. A. (Eds.) *Handbook of International Disaster Psychology*. Vol. 4. Westport: Praeger.

Eisenbruch, M, Jong, J.T.V.M. & de, Put, W. van de (2004). Bringing Order Out of Chaos: A Culturally Competent Approach to Managing the Problems of Refugees and Victims of Organized Violence. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 17 (2), 123-133.

Ganesan, M (2006). Psychosocial response to disasters – some concerns. *International Review of Psychiatry*, 18 (3), 241 – 247

Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1997) *Understanding Post-Traumatic Stress – A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chichester: Wiley.

Maclachlan, M. (2006). *Culture and Health – A Critical Perspective towards Global Health*, Chichester: John Wiley and Sons.

Mollica, R.R., Cardoza, B. L, Osofsky, H.J., Raphael, B., Ager, A & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364, 2058–2067.

Pupavac V. (2001) *Therapeutic Governance: Psycho-social Intervention and Trauma Risk Management*. *Disasters* Vol. 4, No. 4, 358-372

Silove, D. (2004) *The Global Challenge of Asylum*. In Wilson, J.P. & Drozdek, B. (Eds.) *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*. New York; Brunner-Routledge.

Staub, E., Pearlman, A. L., Gubin, A. & Hagengimana, A. (2005). Healing, reconciliation, forgiving and the prevention of violence after genocide or mass killing: an intervention and its experimental evaluation in Rwanda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.24, No.3, 297-334.

Summerfield D (1999) A Critique of Seven Assumptions behind Psychological Trauma Programmes in War Affected Areas. *Social Science and Medicine*, 48: 1449 – 1462

Yule, W (2006) Theory, training and timing: Psychosocial interventions in complex emergencies. *International Review of Psychiatry*, Vol.18 (3), pp. 259 – 264