

Reaccionar ante la crisis

Centro de Referencia sobre Apoyo Psicosocial de la Federación



Balance de mi primer año en el Centro de Apoyo Psicosocial

El apoyo psicosocial, una plataforma para crear un programa de desarrollo integrado

Necesidades psicosociales de los ancianos supervivientes al terremoto de Cachemira

El poder del conocimiento y la ayuda

Catorce comunidades, catorce formas de entender la capacidad de resistencia

Apoyo social y trauma: un análisis



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

Cruz Roja Danesa 

Disculpas por el correo no deseado

Algunos de nuestros lectores recibieron el último número de *Reaccionar ante la crisis* por correo electrónico cientos de veces. Lamentamos las molestias que les podamos haber causado. Nuestro departamento de informática y sus proveedores han analizado todos nuestros sistemas minuciosamente pero, lamentablemente, el problema no se encontraba en ellos. Como consecuencia, no hemos podido evitar que el mensaje electrónico se volviera a enviar una y otra vez.

Para que no vuelva a suceder, hemos adquirido una nueva solución informática que nos permitirá distribuir el boletín de una forma más segura. Esperamos que este problema no vuelva a producirse.

Balance de mi primer año en el Centro de Apoyo Psicosocial

Por Nana Wiedemann, jefe del Centro de Información de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional

A principios de marzo del 2007 conocí a la señora Leon en una playa de Phuket, Tailandia. Cuando el tsunami llegó a la costa, barrió su casa y perdió a sus familiares y amigos. Después de dos años de aquel trágico día, sigue llevando la misma blusa.

La señora Leon padece diabetes, hipertensión y problemas hepáticos. Me explica que las cosas le van mejor y que tiene un lugar para vivir. Sin embargo, antes del tsunami vendía alimentos y ahora no tiene nada que hacer. Según dice, la mayoría de los habitantes de la aldea no tienen ninguna ocupación. Le gustaría volver a trabajar porque carece de ingresos.

Conocí a la señora Leon en una visita técnica en la que se quería ayudar a la Cruz Roja Tailandesa (TRC) a solicitar una partida del Fondo de recuperación del tsunami de la Cruz Roja Americana (ARC). También íbamos para asesorarles sobre sus sistemas de supervisión y evaluación y tratar con la ARC y TRC y la unidad de salud de la delegación regional sobre la mejora y la prolongación de un programa psicosocial de tres años para apoyar a la población afectada por el tsunami.

En este trabajo cubrí los tres objetivos del Centro de Apoyo Psicosocial: ayudar a las sociedades nacionales, ofrecer asistencia técnica a los programas y colaborar en los trabajos de documentación y divulgación. He comprobado de nuevo que el apoyo psicosocial es relevante no sólo justo después de la catástrofe sino también a largo plazo.

Apoyo a sociedades y redes nacionales

Hace algo más de un año, me hice cargo de la difícil tarea de mantener y mejorar la buena reputación del Centro de Apoyo Psicosocial y de seguir ofreciendo asistencia a las sociedades nacionales, las delegaciones regionales y otros organismos que trabajan para mejorar el bienestar psicosocial de las personas vulnerables en todo el mundo. Hemos avanzado mucho gracias al esfuerzo de todo el equipo.

Nº 2 / junio del 2007

Contenido

Balance de mi primer año en el Centro de Apoyo Psicosocial

Por Nana Wiedemann

El apoyo psicosocial, una plataforma para crear un programa de desarrollo integrado

Por Joseph O. Prewitt Díaz, Subhasis Barda y Preethi Krishnan

Necesidades psicosociales de los ancianos supervivientes al terremoto de Cachemira

Por Gordon R. Dodge y Naeem Sarwar

El poder del conocimiento y la ayuda

Por Tapiwa Gomo

Catorce comunidades, catorce formas de entender la capacidad de resistencia

Por Michael Ungar

Apoyo social y trauma: un análisis

Por Peter Berliner y Stephen Regel

Fotografía de portada: Viviana Nyroos, Centro de Información de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional

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



La señora Leon sigue con la misma blusa que llevaba el día en que el tsunami barrió su casa y en el que perdió a sus amigos y familiares.

Fotografía: Nana Wiedemann, Centro de Información de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional

A lo largo del último año, el Centro de Apoyo Psicosocial ha apoyado a las sociedades nacionales y a los programas internacionales de Pakistán, Sri Lanka, Indonesia, Somalia, Palestina, Líbano, Siria, Tailandia, Kosovo, Serbia y Montenegro, y Beslán, Rusia, mediante valoraciones, formación, asesoramiento y evaluaciones siempre con el objetivo de favorecer el bienestar psicosocial de los beneficiarios, el personal y los voluntarios. El Centro de Apoyo Psicosocial también ha apoyado y participado en reuniones de redes y cursos de formación internacionales en Granada, la Red Europea de Apoyo Psicosocial, y la Red de Apoyo Psicosocial del Sureste Asiático; asimismo en Canadá hemos promovido la creación de un grupo de trabajo sobre el Programa de Apoyo Psicosocial en las unidades sanitarias de respuesta a emergencias. Hemos participado de forma sustancial en la elaboración y en las pruebas de campo de la guía del Comité Interinstitucional Permanente de la OMS sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias. El Centro de Apoyo Psicosocial también ha realizado varios cursos de formación para delegados y personal de las sociedades nacionales con el objetivo de concienciarles sobre la importancia del estrés y el bienestar psicosocial y enseñarles a evitar que las reacciones emocionales normales se conviertan en trastornos crónicos a largo plazo.

Documentación y divulgación

El año pasado también se le dio una gran prioridad a la labor de documentar las lecciones aprendidas y a elaborar directrices.

Por tanto, hemos trabajado en la creación de directrices para el Programa de Apoyo Psicosocial (PSP) en emergencias sobre valoración, supervisión y evaluación, lo que incluye la elaboración de indicadores cualitativos significativos y útiles. Asimismo, se sigue colaborando con la Dirección General de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) para ayudar al desarrollo de normas y directrices para la financiación de intervenciones psicosociales de carácter internacional en emergencias. Junto con la Cruz Roja Danesa hemos organizado dos talleres de lecciones aprendidas y tenemos otros en preparación con personas implicadas de la IFRC y otros actores relevantes de sociedades nacionales como la Cruz Roja Canadiense, la Cruz Roja Americana y la Media Luna Roja Turca.

El boletín *Reaccionar ante la crisis* fue sometido a un minucioso análisis, ya que realizamos una encuesta para valorar las necesidades de los lectores y hemos introducido las modificaciones pertinentes en el boletín. A principios de mayo, estará listo el nuevo material de información y el paquete de material para delegados psicosociales de campo se está distribuyendo en todo el mundo. Hemos creado estrategias de financiación y visibilidad para mejorar la visibilidad y aumentar la consciencia de lo necesario que es tanto el apoyo psicosocial como fomentar la capacidad de resistencia en los beneficiarios, el personal y los voluntarios.

El Grupo Roster

Los miembros del Grupo Roster han ayudado al Centro de Apoyo Psicosocial a crear indicadores psicosociales. Han redactado artículos, organizado evaluaciones y cursos de formación y han defendido las necesidades psicosociales de los beneficiarios. La asamblea anual del Grupo Roster celebrada en octubre trató sobre la creación de indicadores y hemos trabajado en la gestión del manual de formación y el programa de apoyo psicosocial.

Colaboración con el Secretariado

El año pasado, trabajamos resueltamente con el objetivo de mejorar la cooperación y los canales de comunicación con el Secretariado en Ginebra. En ocasiones ha sido una experiencia frustrante ya que no existe una persona específica para el Programa de Apoyo Psicosocial en Ginebra. El intercam-

bio de información entre Ginebra y Copenhague ha mejorado mucho. Recientemente se ha iniciado un proyecto de colaboración sobre la salud de los reclusos para incorporar y garantizar la presencia del componente psicosocial en los programas.

Nuestros colaboradores

Tener la sede en Copenhague, en la Cruz Roja Danesa, ha resultado ser al mismo tiempo una ventaja y todo un reto. Hay mucho que aprender de una sociedad nacional que es muy activa respecto al apoyo psicosocial pero también debemos priorizar en todos momentos nuestros recursos y mantener nuestra identidad como centro de información para todo el movimiento de la Cruz Roja/Media Luna Roja. El trabajo con el resto de sociedades nacionales colaboradoras también ha sido muy productivo. La Cruz Roja Islandesa ha apoyado a menudo al centro con delegados y ha ayudado a crear nuestro nuevo manual de formación.

La Cruz Roja Noruega ha ayudado a un miembro hispanohablante del Grupo Roster y hemos mantenido comunicación continua con el resto de colaboradores.

El futuro

Tenemos previstos varios proyectos con las sociedades nacionales; en Israel, Sudáfrica, Zimbabwe y Estonia realizando talleres de lecciones aprendidas, colaborando con actores internacionales, organizando cursos de formación y una escuela de apoyo psicosocial. Estamos abriéndonos camino en el Sur de África para apoyar las necesidades psicológicas de los beneficiarios y voluntarios en relación con el VIH, tenemos previsto completar varios módulos de formación y profundizar en el concepto de atención a los trabajadores. Deseamos implicarnos de una forma más estrecha con los programas para después de los conflictos a fin de recopilar y revisar los enfoques adoptados para trabajar con niños. ■

El apoyo psicosocial, una plataforma para crear un programa de desarrollo integrado

Dr. Joseph O. Prewitt Díaz, jefe de programa; Dr. Subhasis Bhadra, director, Salud Mental; Dr. Preethi Krishnan, director, Salud Escolar, Cruz Roja Americana—Delegación en la India, Nueva Delhi, India

Después del terremoto de Turquía (1996) y de la crisis de Kosovo (1999), la Cruz Roja Americana (ARC) empezó a suministrar servicios de salud mental aplicada a las catástrofes. No obstante, estos esfuerzos duraron poco y no se institucionalizaron. De hecho, sólo se ha registrado un estudio de repercusiones; un trabajo conjunto de la ARC y la Cruz Roja Danesa coordinado por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC) (Dodge: 1999) en Kosovo.

El actual programa de apoyo psicosocial ha progresado gracias a las experiencias de América Central posteriores al huracán Mitch, utilizando una descripción de "sentido de lugar" (Fullilove 1996) y las consecuencias subclínicas de quedar desubicado, como base teórica. Prewitt Díaz y Saballos (1999) realizaron un estudio cualitativo para evaluar la respuesta a la catástrofe, en el contexto de la salud mental, a un corrimiento de tierras en el

volcán Las Casitas de Nicaragua. Entre las conclusiones de la experiencia figura el valor de consultar a la comunidad, las actividades contextualizadas, la escolarización informal, la identificación y el uso del capital humano como herramienta para la recuperación y la reconstrucción.

Los terremotos de El Salvador (13 de enero y 13 de febrero del 2001) supusieron una oportunidad para combinar una intervención de salud mental en forma de primera ayuda psicológica (Prewitt Díaz 2001) e intervenciones psicosociales (IFRC 2001). El modelo psicosocial basado en la comunidad se dio a conocer junto con la Cruz Roja Guatemalteca (Prewitt Díaz y Bernal Ramírez 2002) durante un taller de una jornada en el Congreso de la Asociación de Psiquiatría de América Latina. El modelo de apoyo psicosocial descrito sirve como modelo para las intervenciones psicosociales en catástrofes de América Central y Suramérica.

Salud mental en catástrofes

El desarrollo del programa se ha visto influido por una solicitud de la Oficina de Asistencia a Catástrofes Internacionales para Hispanoamérica y el Caribe de USAID y la Agencia de Gestión de Emergencias de Guatemala a la Cruz Roja Guatemalteca para que se creara un curso para trabajadores de emergencias que no estuvieran especializados en salud mental. Como resultado, se ha organizado un plan de estudios de 80 horas, que ha sido sometido a pruebas de campo y utilizado (Prewitt Díaz, Escorcía Delgadillo y Morales 2002) durante la visita del Papa en el 2002.

Después del terremoto de Gujarat en el 2001, la Sociedad de la Cruz Roja India y la ARC elaboraron lo que se conocería como programa de salud mental para catástrofes (DMH) y apoyo psicosocial (PSP). La primera ayuda psicológica (Dayal y Dash 2003) se convirtió en la herramienta básica de intervención después de una crisis o catástrofe y se sistematizó el proceso de formación, se contextualizaron los materiales, se realizaron documentales y se creó y adiestró a equipos de especialistas de intervenciones en crisis. Después del tsunami asiático del 2004, los equipos de DMH de la Cruz Roja India están preparados para intervenir. En las Maldivas (Ibrahim y Hameed 2006), Sri Lanka e Indonesia, estos equipos se trasladaron rápidamente para ofrecer apoyo psicosocial adaptado a las realidades de estos países.

Normas y asesoramiento

La inclusión de apoyo social y psicológico en las normas SPHERE (2004) e INEE (2004) ha ayudado a desarrollar actividades formales e informales en las escuelas. Las nuevas normas del grupo de trabajo sobre Salud Mental y Apoyo Psicológico (MHPSS) del Comité Interinstitucional Permanente (IASC) (2007) que evalúan los signos de malestar, la planificación de la comunidad y la implementación se han convertido en una referencia para planificar y poner en práctica actividades de apoyo psicosocial basadas en la comunidad.

El modelo integrado

El modelo integrado, que planifican en la actualidad la IRCS y la ARC, se basa en actividades como la cartografía comunitaria,



Mujeres leyendo información de un cartel sobre "Seguridad doméstica" en una sesión participativa de la comunidad.

Fotografía: Cruz Roja Americana

escuchar el lenguaje del malestar (identificar la intensidad, la duración), y descubrir a partir de la comunidad cómo resolver los estímulos externos que causan el malestar. Entre los elementos centrales del PSP se encuentra la comunidad, la salud escolar, el agua y los servicios sanitarios. Entre las estrategias, figura la evaluación participativa de la comunidad y el desarrollo de programas, el desarrollo de capacidades, la creación de materiales contextualizados y la radio de la comunidad como herramienta para divulgar la información a tiempo. Las herramientas consisten en procesos participativos de la comunidad y la escuela (como la cartografía comunitaria, la identificación del capital humano y actividades centradas en las soluciones).

Cuando se hayan completado las consultas en las escuelas y comunidades, diferentes grupos tienen previsto realizar varios proyectos para mejorar su sentido de "lugar". Como resultado, los supervivientes y la nueva comunidad son capaces de lamentar las pérdidas e identificar sus sistemas de apoyo a través de las redes que desarrollan. Estas actividades dan lugar a mejoras sanitarias, de higiene y de estado emocional. Como consecuencia de este modelo, la comunidad genera una base de información derivada de experiencias anteriores, lluvias de ideas e identificación del capital humano. Mediante proyectos que desarrollan la capacidad de resistencia, la comunidad aplica la nueva base de conocimientos realizando proyectos que mejoran la salud de la comunidad, el entorno y la capacidad de adoptar decisiones. Al concluir el proyecto, los su-



*Profesoras participando en el desarrollo de actividades creativas y expresivas para niños
Fotografía: Cruz Roja Americana*

pervivientes generan una actitud positiva hacia el proceso, hacia ellos mismos –de forma individual y colectiva– y hacia su nuevo “lugar”; y han influido en el desarrollo del bienestar ambiental, psicosocial y psíquico. La salud, el agua y los elementos sanitarios del modelo pueden cambiar la percepción de los supervivientes de una posición en que reclaman un sentido de “lugar” a otra en la que desean obtener una comunidad segura y saludable.

Componentes del programa psicosocial

Desarrollo de capacidades: Se ha formulado una secuencia de desarrollo de capacidades para garantizar que se empieza participando en sesiones de formación operativas y se puede llegar a ser un profesional de la intervención en crisis con un conocimiento básico sobre respuestas al estrés relacionado con las catástrofes, realizar evaluaciones rápidas, primera ayuda psicológica, actividades de auto-terapia y un grupo central de actividades de liberación del estrés que los profesores pueden organizar con niños.

Centro de elaboración de materiales: El centro de elaboración de materiales participa en la creación de los materiales de formación que se utilizan para poner en práctica el programa. Actividades formales en las escuelas: La experiencia en zonas afectadas por catástrofes ha mostrado el potencial de las escuelas como centro de actividades de rehabilitación y apoyo en las comunidades. Es la esencia del PSP basado en las escuelas de la ARC: el “programa de capacidad de resistencia en las escuelas”.

Actividades informales en las escuelas: Estas escuelas trabajan con niños de menos de seis años, jóvenes sin escolarizar y grupos marginados de individuos discapacitados, mayores y viudas. Cada una de estas escuelas informales reciben paquetes de juegos y otros materiales de apoyo psicosocial.

Actividades comunitarias: El programa identifica voluntarios de la comunidad y desarrolla sus capacidades para que puedan convertirse en responsables de la comunidad (voluntarios sin remuneración). Estos responsables ayudan al desarrollo de actividades de apoyo psicosocial autónomas que son gestionadas por la comunidad y que fomentan reacciones positivas, comportamientos individuales y colectivos, y refuerzan las redes que permiten alcanzar la competencia psicosocial.

Mejora de la asimilación proactiva mediante actividades de capacidad de resistencia: Se basa en grupos de opciones fundamentales, que deben incluir los datos necesarios de organización temporal, presupuestaria y división en etapas. En situaciones de emergencia, el caos del entorno, el sufrimiento y la falta de tiempo llevan a las organizaciones humanitarias a actuar con rapidez, sin aprender sobre las creencias y prácticas locales.

Evaluaciones participativas: La técnica cualitativa y cuantitativa de “evaluación participativa” identifica el mecanismo de respuesta de la comunidad, determina los riesgos y sirve de preparativo para el proyecto de capacidad de resistencia. Antes de llevar a cabo el apoyo psicosocial basado en la comunidad, los planificadores de programas, los implementadores y los beneficiarios deben establecer objetivos

claros. Después, se realizan varias actividades de apoyo psicosocial.

- A. Uso del capital humano. La predisposición de los supervivientes que aportan servicios y tiempo gratuitamente a la comunidad permite que ésta se desarrolle. Una mayor implicación de los miembros de la comunidad aumenta su sentido de pertenencia y acelera el proceso de recuperación.
- B. Celebrar reuniones para reforzar las redes es otra actividad crucial para restablecer un sistema de apoyo que se ha erosionado. El apoyo mutuo y los vínculos establecidos entre los miembros de un grupo dependen de lo cómodos que estén y del sentimiento de seguridad. Cuando se les dota de conocimientos de primera ayuda psicológica (PFA) y se mejoran las estrategias de autoterapia, son capaces de ofrecerse asistencia por sí mismos.
- C. Fortalecer las redes de la comunidad se suele favorecer si se garantiza la participación de todos los grupos poco representados de una comunidad. Hay varios programas culturales, festivales o proyectos comunitarios en que la gente puede participar. Como su inclusión se convierte en parte del PSP, la gente desarrolla un sentimiento de confianza en sus nuevos vecinos, adoptan nuevos hábitos, desarrollan vínculos y se crea una nueva plataforma para compartir.
- D. Un centro comunitario funcional es una parte importante del PSP, ya que la gente se reúne para planificar sus actividades. No tiene que ser necesariamente un lugar de interacción física sino un espacio psicológico en que las personas se reúnan sin aprehensión o barreras socioculturales.
- E. Un "sentido de proyecto de lugar" ayuda a la gente a mirar sus problemas y a desarrollar un proyecto con los recursos y el apoyo disponible. Después de una catástrofe es muy común que se produzcan pérdidas de vínculos, familiaridad e identidad. Por tanto, el "sentido de proyecto de lugar" permite restablecer los vínculos, lazos e identidad de los supervivientes. Además, garantiza el sentido de lugar cultural, histórico, físico, psicológico, ambiental y espiritual,

ya que se basa en las creencias y prácticas culturales locales.

Apoyo a los gobiernos anfitriones: Si colaboran estrechamente con los gobiernos de los países afectados, los programas psicosociales logran una mayor aceptación institucional y sostenibilidad. Justo después de una catástrofe, los programas de apoyo psicosocial de la ARC, por política propia, inician rápidamente los esfuerzos de coordinación con los grupos gubernamentales y no gubernamentales a través de la sociedad nacional anfitriona (HNS). Los grupos de coordinación suelen tener una representación de los ministerios clave del gobierno, como el de sanidad, asuntos sociales y educación, los organismos de la ONU y las organizaciones no gubernamentales de carácter nacional e internacional.

En muchos casos, la sociedad nacional utiliza asistencia técnica facilitada por la ARC para participar en programas psicosociales con los ministerios clave del gobierno. La colaboración es un elemento importante, no sólo con los ministerios sino también con las universidades, las escuelas de trabajo social y las escuelas de magisterio nacionales. Esta actividad tiene un gran impacto, un amplio alcance, una gran visibilidad y, al estar copatrocinada por el gobierno, una gran aceptación pública. ■

Las referencias citadas en el artículo se encuentran en las últimas páginas del boletín.



*La comunidad da su opinión sobre la elaboración de material informativo al Dr. Joseph Prewitt.
Fotografía: Cruz Roja Americana*

Necesidades psicosociales de los ancianos supervivientes al terremoto de Cachemira

Por el doctor Gordon R. Dodge, psicólogo asesor sobre catástrofes, y Naeem Sarwar, coordinador psicosocial, de las ONG Helpage International y Merlin

El 8 de octubre del 2006 un gran terremoto afectó al norte de Pakistán y a la Cachemira administrada por la India. Como consecuencia, murieron 80.000 personas y más de 3 millones perdieron sus casas. A causa del relieve montañoso de la zona, los trabajos de rescate, recuperación y rehabilitación se vieron gravemente obstaculizados.

A principios del 2006, Helpage International determinó que las necesidades de los ancianos que sobrevivieron al terremoto en la zona de la Cachemira administrada por Pakistán no se estaban cubriendo de forma adecuada y financió tres puestos de trabajo que serían secundados por Merlin, una ONG que había estado suministrando servicios en la zona desde poco después del terremoto. Los tres puestos consistían en un formador de salud pública, un responsable de seguridad y un coordinador psicosocial.

Los tres cargos fueron cubiertos rápidamente pero quedó vacante el puesto de coordinador psicosocial y Gordon Dodge fue con-

tratado, en consecuencia, para realizar una evaluación exhaustiva de las necesidades, desarrollar e iniciar los programas de intervención, contratar personal pakistaní especializado en salud mental y suministrar una serie de cursos de formación iniciales en un período de diez semanas desde finales de agosto a principios de noviembre del 2006. El proyecto continuó desde principios de noviembre bajo la dirección de Naeem Sarwar, un psicólogo pakistaní, y se prevé que finalice a finales de mayo, que es cuando acabará, probablemente, la financiación. Además de Naeem Sarwar, una psicóloga ha sido contratada para el proyecto. Este equilibrio entre sexos es especialmente útil para trabajar de forma eficaz con los segmentos masculino y femenino de la población a la que se atiende.

Evaluación de necesidades y planificación del programa

La evaluación de necesidades, aunque se centraba en las personas mayores, también incluía la evaluación de la población super-



Ir a por agua al río para uso doméstico es una actividad habitual que realizan las mujeres. Se trata de una oportunidad de relacionarse socialmente.

Fotografía: Gordon Dodge

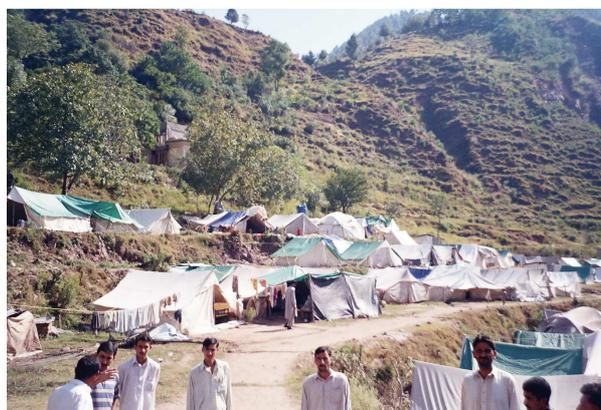
viviente en general. El enfoque de la evaluación se basaba en la participación de la comunidad y se llevaba a cabo partiendo de la premisa de que el propio proceso de evaluación podía curar y capacitar, así como de que era el método más adecuado para determinar qué enfoques eran necesarios y más útiles.

Las conclusiones clínicas coincidieron por regla general con los resultados de otros estudios sobre efectos aparecidos después de catástrofes naturales con algunas cualificaciones importantes. Se detectó que era fundamental diferenciar los tipos y contribuidores probables a las dificultades emocionales identificadas, sobre todo en relación a las circunstancias vitales actuales, ya que esto suponía una diferencia significativa en las intervenciones con más probabilidades de ser eficaces. Además, todo indicaba que había menos trastornos por estrés post-traumático de lo que se detectaba en algunos estudios, lo que tal vez se debía –al menos en parte– al trabajo psicosocial que ya habían realizado otras organizaciones. También se identificaron limitaciones funcionales, con efectos de decepción, frustración y falta de esperanza predominantes sobre todo en los campamentos, y complicaciones de miedo y ansiedad con una mayor predominancia en los valles y pueblos en los que la gente había vuelto a sus hogares. Quedan restos significativos de dolor y sentimiento de pérdida en todas las áreas y poblaciones afectadas por el terremoto.

Muchas comunidades y otras estructuras sociológicas se habían restablecido, sobre todo en Muzaffarabad, la principal ciudad de la región de la zona del terremoto, y en los pueblos. Entre ellas había estructuras y actividades sociales y cívicas esenciales, una fuerte noción de familia y preocupación por el vecindario y la comunidad, resolución cooperativa de problemas, apoyo social, un sentido de finalidad identificado y oportunidades de movilización. No obstante, estos puntos fuertes se daban menos en los campamentos de desplazados internos (IDP), con la excepción de que el apoyo social informal se producía con mayor facilidad a causa de la mayor proximidad de las personas entre sí. El mayor obstáculo para el bienestar emocional global de los afectados que estaban en los campamentos era sobre todo la ausencia de oportunidades de obtener un empleo remunerado.

Los ancianos compartían la mayoría de dificultades y puntos fuertes que el resto. No obstante, entre los problemas psicosociales adicionales que predominaban se incluía un aumento del aislamiento, sentirse una carga y no un activo, malestar por sobrevivir mientras que han muerto hijos y adultos jóvenes, conflictos intergeneracionales y el hecho de que no podrán recuperarse en lo que les queda de vida de las grandes pérdidas que se han sufrido. La pérdida de familiares, amigos, casas y de la comunidad también afectó más profundamente a muchas de las personas mayores.

Dadas las conclusiones de la evaluación de necesidades y de los recursos y limitaciones identificados, el modelo de intervención elegido partió de principios psicosociales e hizo hincapié en los métodos de desarrollo de capacidades de organización, prevención y educación de la comunidad. Los objetivos organizativos de la comunidad eran establecer, mantener y mejorar las estructuras y actividades sociales, sobre todo, preventivas para la salud mental así como terapéuticas para aquellos que lo necesitaban.



Fotografía: Gordon Dodge

Formación y asesoramiento

Se llevó a cabo una amplia labor formativa y se realizaron cursos de formador de formadores como primera parte de las actividades de intervención del proyecto. Los objetivos educativos consistían en integrar los principios y prácticas psicológicos de la comunidad así como mejorar el asesoramiento y otras habilidades de intervención de los cuidadores primarios de las situaciones que se atendían. Los cursos de formación se impartieron en inglés y urdu en función de los conocimientos lingüísticos de los participantes. Los módulos de formación incluían lo

siguiente:

- Consecuencias psicosociales de los desastres en individuos y comunidades; métodos de identificación y evaluación
- Métodos de intervención psicosocial para circunstancias relacionadas con las catástrofes; formas eficaces de ayudar a individuos y comunidades
- Preparación y desarrollo de capacidades psicosociales para catástrofes, principios y métodos de primera ayuda psicológica y desarrollo de capacidades de resistencia en la comunidad
- Principios y métodos de asistencia a profesionales, técnicas de gestión de incidentes críticos y de la tensión acumulada por el trabajo de reacción a la catástrofe

Se hizo hincapié en enfoques eficaces para los ancianos. Entre los participantes en la formación y en las consultas de seguimiento figuraba el personal médico de Merlin –que ofreció servicios en los campamentos de IDP y en sedes de asistencia social–, profesionales de Helpage, personal administrativo y de dirección de servicios sociales y de salud mental de otras ocho ONG locales e internacionales –que siguen ofreciendo servicios en las zonas de influencia–, el personal de la Oficina de Salud de la Región Pakistání y, lo que es más importante, líderes de los campamentos y pueblos locales, líderes religiosos, profesores, trabajadores sociales, sanitarios, y otros cuidadores autóctonos.



Mujeres participando en una evaluación. El enfoque de la evaluación se basaba en la participación de la comunidad y se llevaba a cabo partiendo de la premisa de que el propio proceso de evaluación podía curar y capacitar, así como de que era el método más adecuado para determinar qué enfoques eran necesarios y más útiles.

Ejemplos de intervenciones en la comunidad

Como se mencionó en el apartado que describía los resultados de la evaluación de necesidades, habían dos ámbitos principales a los que iba dirigido el proyecto: los campamentos de IDP y los pueblos. El primer ejemplo descrito a continuación es típico de una actividad psicosocial realizada en un campamento de IDP. El segundo ejemplo describe un trabajo psicosocial de asistencia en un pueblo. Es importante observar, no obstante, que se han realizado actividades similares en los dos contextos y que las habilidades desarrolladas en estas actividades sirven tanto para ocuparse de las necesidades de recuperación existentes como para generar capacidad de resistencia y de gestión de catástrofes futuras y de otras causas de estrés importantes.

Se creó un grupo con diez ancianos y ancianas (de edades comprendidas entre 60 y 73 años, tanto los hombres como las mujeres) en uno de los campamentos de IDP. La selección se basó en los resultados de la selección inicial realizada a partir de una serie de instrumentos (BDI, IES-R, GHQ y SET) y las referencias del médico del campamento. Entre los principales problemas psicológicos figuraban la depresión, problemas psicósomáticos, ansiedad generalizada y ataques de pánico. Todos estaban siendo tratados con medicamentos por estos motivos y tenían alteraciones funcionales asociadas.

El grupo progresó de la forma habitual, con un aumento gradual de la confianza, compartiendo los problemas, resolviendo las dificultades, con una disminución de la sensibilidad, reestructurándose cognitivamente y favoreciendo el apoyo interpersonal. Las experiencias del terremoto se procesaron y el grupo empezó a tratar los problemas de su vida actual y los retos del futuro. El 66 % de los participantes informaron de que, como resultado de las sesiones, se sentían mucho mejor y que se había reducido, en concreto, los trastornos de descanso y la desesperación. Se comprobó que, en consecuencia, se redujo significativamente el uso de medicamentos.

Este grupo demostró las ventajas del apoyo mutuo y lo mucho que la oportunidad de hablar con otros, sobre todo de forma guiada, puede ayudar, así como que estas oportunidades no suelen darse espontáneamente ni siquiera un año después de la catás-

trofe. La experiencia de grupo también ha mejorado la confianza y las habilidades de la población de forma que se puedan suministrar este tipo de experiencias de autoayuda basadas en la comunidad cuando se requiera, sin necesidad de presencia de profesionales. Otra conclusión interesante es que se pueden juntar hombres y mujeres, incluso mayores, y discutir cómodamente de problemas muy personales entre ellos aunque se trate de una población rural conservadora con poca educación formal e intensos vínculos islámicos. Los autores de este artículo, no obstante, han detectado que los campamentos de IDP y los campos de refugiados, aunque pueden resultar restrictivos y perjudiciales en muchos sentidos, ofrecen oportunidades para que los residentes realicen actividades y establezcan estructuras de interacción social nuevas y útiles.

El segundo ejemplo es un trabajo realizado por uno de los farmacéuticos de Merlin que trabajan en los denominados "sitios P", que son clínicas médicas autónomas de asistencia situadas en el valle del bajo Neelum, una zona montañosa muy afectada por el terremoto. El farmacéutico había sido formado y contaba con asesoramiento de seguimiento del personal psicológico del proyecto. Se creó un grupo de siete hombres y siete mujeres mayores con restos de problemas psicosociales en tres sesiones y se siguieron los mismos procesos básicos educativos y terapéuticos que con los grupos del campamento. Aumentar la sociabilización y las oportunidades de resolver problemas con otras personas de la misma edad fue especialmente beneficioso y un 76 % del grupo expresó en el seguimiento a corto plazo que se sentía y funcionaba mucho mejor.

Esta actividad de intervención demostró que pueden introducirse y establecerse interacciones nuevas y útiles en las zonas rurales afectadas a través de los recursos humanos de la comunidad, y que estos enfoques pueden seguir sin la orientación existente de profesionales de la salud mental. Pueden establecerse estructuras y actividades basadas en la comunidad de una forma económica y culturalmente aceptable. En los campamentos se iniciaron muchas actividades e intervenciones similares, así como en los pueblos con las personas mayores y con

grupos de otras edades. Asimismo, muchos cuidadores de la comunidad que fueron formados en el proyecto están realizando intervenciones individuales como parte de sus responsabilidades actuales, lo que implica una mejora cotidiana de las personas a las que atienden. Esta capacidad y estas habilidades se conservarán probablemente en las comunidades mucho después de que el proyecto finalice. De forma similar, los enfoques más amplios adoptados por otras ONG que se beneficiaron de la formación y el asesoramiento facilitado por el personal del proyecto sugieren que estas organizaciones han mejorado sus habilidades, compromiso y capacidad para realizar actividades psicosociales más eficaces y ambiciosas, sobre todo, para las personas mayores.

Evaluación del programa

Al iniciar el proyecto se diseñó un minucioso sistema de evaluación. Se pretendía determinar la eficacia de la formación, el asesoramiento de seguimiento, las intervenciones de la comunidad y el desarrollo de capacidades, sobre todo en beneficio de las personas mayores. Los datos de referencia relacionados con este proyecto se han recopilado durante su realización. La exhaustividad de las actividades de seguimiento del diseño de evaluación dependerá principalmente de la financiación que reciba o deje de recibir el proyecto después de mayo. Si el proyecto se prolonga, se podrán recopilar datos significativos de seguimiento. En cualquier caso, se redactará un informe final aunque el proyecto concluya en mayo y los autores pondrán los resultados y las conclusiones a disposición de los especialistas en salud mental en catástrofes y del resto de personas que puedan estar interesadas. ■

El poder del conocimiento y la ayuda

Por Tapiwa Gomo, técnico superior de información regional, Federación Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja en Sudáfrica

Es una tarde cálida, en el pueblo Makohliso del distrito de Chivi en la provincia de Masvingo, a unos 300 km al sur de Harare, Zimbabwe. El paisaje es verde pero los cultivos de los campos empiezan a languidecer a causa de la sequía y la ola de calor. En teoría es una estación de lluvias en este país del África subsahariana, donde todos esperan que las lluvias traigan buenas cosechas, una fuente de supervivencia para muchos.

A tres kilómetros de la carretera principal se llega, por un camino angosto y sinuoso, a la granja de Isaac Masvanike, un antiguo minero que tuvo que dejar su trabajo después de 22 años a causa de la enfermedad. Cuando uno se acerca a la granja, se distinguen seis tumbas justo delante de la entrada. Para Isaac, es un recordatorio de los efectos de la pandemia del sida.

Isaac dio positivo en el 2005 tras ser ingresado en el hospital durante dos días. "Me encontraba mal y estuve dos días en cama. El médico aconsejó a mi familia que rezara, ya que tenía menos de 24 horas para recuperarme", contaba.

"Fue un momento de mi vida muy triste y espero que no se repita. El doctor me recomendó en seguida que me hiciera la prueba del VIH y me preparara para aceptar mi situación", empezó a relatar. Fue un punto de inflexión en la vida de Isaac, ya que fue sometido de forma inmediata al tratamiento antirretroviral; no obstante su mujer dio negativo a pesar de haber realizado las pruebas tres veces.

Isaac es uno de los pocos afortunados que tiene acceso a un tratamiento. Su sobrino paga aproximadamente cincuenta dólares zimbabwenses por los medicamentos de un centro médico privado. En la actualidad es un hombre fuerte y su forma física le permite trabajar para sus cuatro hijos y mandarlos a la escuela.

Un punto de inflexión

El 2 de octubre del 2006 fue un punto de



Isaac Masvanike con su mujer. A través del programa de atención domiciliaria y con la medicación adecuada han aprendido a controlar el estado de VIH positivo de Isaac. En lugar de prepararse para morir, Isaac espera ver crecer a sus hijos.

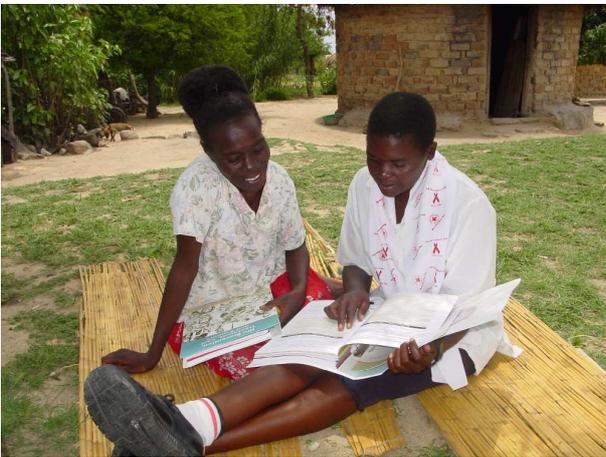
Fotografía: Tapiwa Gomo

inflexión para los millones de infectados y afectados por el VIH y el sida, ya que la Federación Internacional, la Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud (OMS/AFRO) y el Servicio de Difusión de Información sobre el VIH y el Sida para el Sur de África (SAfAIDS) lanzaron de forma conjunta un paquete de material formativo sobre prevención, tratamiento, cuidado y ayuda genéricos sobre el VIH para voluntarios basados en la comunidad.

Es el primer paquete que permite que los que conviven con el VIH –millones de personas como Isaac Masvanike, sus familiares y cuidadores– puedan cuidarse con una asistencia externa mínima.

"El paquete es único ya que se centra en los usuarios y en la comunidad y tiene vínculos con los servicios sanitarios, clínicos y de enfermería y ofrece un enlace entre programas de comunidades y organizaciones implicadas en los trabajos con el VIH y el sida", afirma la Dra. Evelyn Isaacs, de la Organización Mundial de la Salud (AFRO). "También es coherente con el principio de acceso universal a la prevención, el cuidado y el tratamiento, tal y como se define en los objetivos de desarrollo del milenio que pueden cambiar en un futuro la dinámica de la epidemia en todos los países del mundo."

“Nos enorgullecemos de que el paquete se haya probado previamente en Zimbabwe con nuestros responsables de atención voluntaria y con expertos del Ministerio de Sanidad e Infancia, el Comité Nacional del Sida, CONNECT, el Centro, dos colegas de la Cruz Roja de Kenia y nuestros propios técnicos”, dijo Janet Muteiwa, la coordinadora de Sanidad/VIH y sida de la Cruz Roja de Zimbabwe. “Nuestros responsables de atención ahora se sienten seguros al ayudar a personas que conviven con el VIH y el sida, sobre todo los que siguen una terapia anti-retroviral”. La Cruz Roja de Zimbabwe lleva a cabo uno de los mejores programas de atención domiciliaria de África.



Priscilla Makambe (a la derecha) es una responsable de atención de la Cruz Roja de Zimbabwe. Califica la historia de Isaac de "milagro". Ya no está postrado en la cama y su habilidad para enfrentarse a la realidad y aceptar su estado le ha ayudado a hacerse cargo de su condición. En la fotografía aparece con Tendai, que también es un usuario del programa de atención domiciliaria.

Fotografía: Tapiwa Gomo

Integración del apoyo psicosocial

El paquete consta de ocho módulos y ofrece amplia información sobre el VIH y el sida, cuestiones básicas sobre el VIH y el sida, educación sobre el tratamiento, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos, atención para los cuidadores, preparación para el tratamiento, asesoramiento psicológico, nutrición y positividad. En cada uno de los módulos, se tratan problemas que afectan a las necesidades de los niños; al mismo tiempo se facilitan manuales a los responsables de atención para ayudarles a planificar, dirigir y evaluar los resultados de las sesiones y los participantes. También atien-

de a las necesidades de los voluntarios al resumir aspectos claves que deben recordarse, así como una serie de octavillas que pueden repartir los voluntarios a los usuarios a escala familiar.

“Antes de la formación solíamos ofrecer sólo apoyo psicosocial y paquetes de alimentos a los usuarios pero tras asistir a los cursos de formación podemos hacer mucho más”, comenta Priscilla Makambe una responsable de atención voluntaria de 36 años de la Cruz Roja de Zimbabwe que también participó en la formación.

“Esto ha permitido que la mayoría se muestren francos y sinceros ante sus familiares y, por tanto, obtengan una ayuda adecuada de ellos”. También ha contribuido a apoyar a Isaac y a su mujer como pareja serodiscordante.

“El paquete actúa como referencia cuando tenemos que responder algunas preguntas; lo consultamos en lugar de esperar a los técnicos de la sede central, por lo que nos resulta muy útil.”

Para Priscilla, la responsable de atención, Isaac es un ejemplo viviente de cómo el conocimiento ha podido cambiar la vida de muchos usuarios en los últimos diez meses. “Cuando miro a Isaac, veo un milagro. Venía siempre que estaba postrado en la cama. Se me escapaban las lágrimas al ver a sus hijos”, añadió.

“Isaac había perdido peso pero su habilidad por enfrentarse a la realidad y aceptar su situación ayudó mucho a controlar su condición. Fue una historia realmente conmovedora”, dijo.

Más allá de la habilitación

“La disponibilidad de la terapia antirretroviral está cambiando la forma que tienen los programas de atención domiciliaria de ayudar a las personas. Se ha pasado de enseñarles a morir con dignidad a enseñarles a vivir de forma positiva”, explica Françoise Le Goff, la jefa de la delegación regional en el sur de África de la Federación Internacional.

“Este paquete no podía haber llegado en un momento mejor ya que capacita a la gente que convive con el VIH, a los cuidadores y a

los familiares que les atienden y ayudan, y mejora el apoyo que reciben por su trabajo humanitario. Como organización basada en la comunidad, estamos convencidos de que permitirá recorrer un gran camino para facilitar su labor a los trabajadores sanitarios de la comunidad que necesiten ayuda; nos preocupamos por los cuidadores”.

Ya se ha puesto la base y los responsables de atención están preparados para ofrecer su ayuda. Se han realizado reuniones y talleres de la comunidad con personas que conviven con el VIH. También se ha reducido el estigma y la discriminación asociados a la pandemia.

“Hemos asistido a varias reuniones hasta ahora sobre cómo controlar nuestra propia condi-

ción”, dice Isaac. “Estoy contento de haber asistido al taller con mi mujer, que es la que me cuida cuando estoy enfermo”.

Adherirse al tratamiento es fundamental si se quiere vivir más tiempo, reconoce Isaac. “Los responsables de atención de la Cruz Roja destacan que debemos cumplir el horario para tomar los medicamentos. Había quien sólo se medicaba de forma aleatoria y otros compartían los medicamentos con sus amigos. Mi mujer me ayuda mucho, ya que me recuerda siempre que debo tomarme los medicamentos de forma puntual”, dice Isaac, y añade que eso le ha permitido estar lo suficientemente fuerte como para trabajar por su familia. “Me gustaría vivir más tiempo para ver la educación de mis hijos”. ■

Catorce comunidades, catorce formas de entender la capacidad de resistencia

Por Michael Ungar, profesor, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Dalhousie, Halifax, Canadá

Decir que hace falta todo un pueblo para educar a un solo niño es un tópico muy manido. Aún así, los estudios realizados sobre los factores que predicen la capacidad de resistencia de un niño, su desarrollo y crecimiento saludable a pesar de su exposición a los efectos combinados de varios riesgos, nos indican que el entorno es mucho más relevante de lo que creemos. Un grupo de investigadores del Proyecto Internacional de Capacidad de Resistencia (IRP) procedentes de once países de cinco continentes han estado trabajando para comprender la capacidad de resistencia con niños educados en catorce culturas y contextos distintos.

Lo que comparten es la exposición a una gran adversidad, como, por ejemplo, la guerra en Palestina e Israel, la crisis económica de Rusia, la violencia en Sudáfrica y Colombia, la marginación por motivos raciales o de orientación sexual en Canadá y Estados Unidos, la emigración interna en Hong Kong, la violencia sectaria en la India y la pobreza en Gambia y Tanzania.

El estudio de IRP indica que la capacidad de resistencia no es simplemente una capacidad individual de reponerse a la adversidad. También es una capacidad del entorno físico y social del individuo de ofrecer lo que los niños necesitan para tener buena salud. Para que sean útiles, sin embargo, los recursos ofrecidos, como la educación, deben tener sentido culturalmente. En otras palabras, lo que ofrecemos a los niños de comunidades culturales diversas debe ser el tipo de servicios educativos que ellos y sus familias valoran.

Por supuesto, las conclusiones del estudio son mucho más complicadas. Por ejemplo, los niños y las niñas siguen modelos distintos en los factores personales, relacionales, comunitarios y culturales que predicen mejor su bienestar. Por regla general, el IRP demuestra que los factores y procesos relacionados con obtener la capacidad de resistencia en situaciones de estrés son tanto dinámicos como culturales.

Para obtener más información, póngase en contacto con el jefe del proyecto:

Dr. Michael Ungar, profesor de la Escuela de Trabajo Social, Universidad de Dalhousie, michael.ungar@dal.ca o visite los sitios web: www.michaelungar.ca y www.resilienceproject.org ■

Apoyo social y trauma: un análisis

Por Peter Berliner y Stephen Regel



Un gran número de investigaciones demuestran que el apoyo social favorece la salud mental, tanto directamente como atenuando los efectos del estrés. Las investigaciones actuales demuestran que los efectos de alivio del apoyo social están más relacionados con la prevención de la depresión que con los problemas centrales del estrés traumático, que son la pérdida de control y la evasión.

Fotografía: Jakob Dall, Cruz Roja Danesa

En 1988 House, Landis y Umberson analizaron los estudios existentes sobre apoyo social y salud. La investigación muestra que los individuos aislados socialmente tienen una salud psíquica y física peor y que es más probable que mueran. Por ejemplo, la mortalidad de todas las causas de fallecimiento suele ser mayor entre los solteros que entre los casados. Se encontraron algunas diferencias entre sexos, que indicaban que estar casado es más beneficioso para la salud de los hombres que la de las mujeres. Las mujeres parecen beneficiarse más de las relaciones con amigos y familiares.

Una serie de estudios epidemiológicos realizados entre la década de los sesenta y los ochenta demostraron que las consecuencias negativas del aislamiento social se manifestaban más en los hombres de entornos urbanos. En términos de crecimiento postraumático, tanto Park (1998) como Schaefer y Moos (1998) analizaron las investigaciones y concluyeron que el apoyo social tenía un efecto positivo en la salud.

Tanto Cassel (1976) como Cobb (1976) de-

mostraron a través de estudios que las relaciones sociales salvaguardaban la salud. Explicaron que las interacciones sociales, en la mayoría de casos, fomentaban un comportamiento de adaptación o respuestas neuroendocrinas en situaciones de estrés. En un análisis de 1985, Bovard concluyó que el contacto social estimulaba la generación de la hormona de crecimiento humano e inhibía la secreción de la hormona adrenocorticotrópica, el cortisol, las catecolaminas y otras asociadas a la actividad del sistema autónomo simpático. Este enfoque se ha desarrollado en la investigación de la neurociencia para demostrar de qué forma puede explicarse como una autorregulación de las reacciones al estrés y cómo estos procesos se ven influidos por las interacciones sociales (Kolk *et al*, 1996; Stern, 1985), las actividades corporales (bailar, oír música, los movimientos oculares y otras actividades físicas) y mentales (como la meditación y la conciencia plena) (Bessel van der Kolk, 1996).

En la investigación se pueden encontrar dos perspectivas: (1) la hipótesis de atenuación y la (2) teoría neuropsicológica de los efectos beneficiosos de las relaciones sociales.

La hipótesis de la atenuación explica la correlación hallada entre el apoyo social percibido y una menor presencia de síntomas de malestar después de sucesos potencialmente traumáticos por el hecho de que otras personas pueden ayudar a determinar el significado de experiencias concretas y reacciones emocionales a estos sucesos. Antonovsky (1984) explica los efectos positivos para la salud del apoyo social porque fomentan un sentido de coherencia y gestionabilidad. House, Landis y Umberton (1988) ofrecieron una explicación similar centrándose en que el apoyo social favorece comportamientos que son buenos para la salud, como dormir y comer correctamente, realizar ejercicio o no consumir sustancias y afirman que puede ayudar a la persona o al grupo afectado a buscar la ayuda y el apoyo adecuados. Un estudio longitudinal sobre mujeres de clase obrera llegó a la conclusión de que el apoyo social estaba estrechamente ligado a la disminución de los riesgos de padecer depresiones en caso de ser expuesto a un suceso grave o a importantes dificultades (Andrews y Brown, 1988, Joseph et al, 1997, p. 102). Joseph et al. resumen la investigación y afirman que cada vez hay más pruebas de la función del apoyo social como factor de protección contra el malestar emocional tras estar expuesto a un incidente traumático (p. 103). Un ejemplo de ello es el estudio realizado con soldados de la ONU que volvían de una misión de mantenimiento de la paz en la antigua Yugoslavia. El estudio mostró una correlación directa entre el aislamiento social percibido por uno mismo (soledad) y los síntomas graves de estrés traumático (Bache y Hommelgaard, 1994). Norris y Kaniasty (1996) sostenían que la percepción del apoyo social era más importante que el apoyo recibido, lo que coincide con los resultados de Bache y Hommelgaard. Yap y Devilly (2004) afirman, basándose en un análisis de los estudios sobre víctimas, que una historia de exposición crónica a la victimización o al trauma deteriora la percepción de las víctimas del apoyo social del que disponen realmente.

House et al (1988) también analizaron las investigaciones sobre la influencia del contexto socioeconómico en el acceso al apoyo social. Encontraron datos que sostenían la conclusión de que el acceso al apoyo social se ve reducido por fuerzas sociales como la

emigración, el estado de refugiado, la edad y la pobreza. Cohen et al, 1986; Schultz y Decker, 1985, mostraron que los esfuerzos para explicar la asociación de las relaciones y el apoyo social con la salud mediante controles de variables de personalidad habían fracasado hasta el momento. Por tanto, las decisiones políticas pueden desempeñar una importante función al facilitar un entorno de apoyo. Esto coincide con el trabajo actual de Silove sobre el estrés traumático provocado por la llegada de refugiados a la comunidad receptora (Silove, 2004, 2005).

Basoglu ha realizado investigaciones importantes sobre las consecuencias concretas del trauma (2006, 2005, 1994, 1993, - www.bmj.com/cgi/eletters/333/7581/1230#160313 para ver un resumen reciente). A partir de sólidos estudios ha llegado a la conclusión de que el apoyo social no está relacionado directamente con el estrés traumático sino con la depresión. Los resultados de esta investigación mostraron que podían necesitarse varias intervenciones para tres elementos de la experiencia traumática de los supervivientes: estrategias cognitivas y conductistas para el tratamiento de síntomas de trastorno por estrés postraumático, estrategias maritales o familiares para reducir el impacto del trauma en la familia y estrategias para mejorar el apoyo social con el objetivo de reducir la depresión y la ansiedad después del cautiverio.

La investigación sobre el desamparo aprendido apoya estas conclusiones (Peterson, et al. 1993). A pesar de que la investigación sobre el desamparo aprendido y el estrés traumático se centran en la pérdida de control, la tensión traumática lo relaciona con un suceso concreto, que no deja de repetirse mental y socialmente como una evasión. Basoglu afirma que los estudios sobre traumas por torturas muestran que la falta de apoyo social contribuye a la presencia de depresiones pero no al trastorno por estrés postraumático (Basoglu et al, 1994). Los refugiados se pueden sentir menos deprimidos si tienen el apoyo social adecuado pero pueden seguir sufriendo de trastorno por estrés postraumático desarrollado. El apoyo social es importante para evitar la depresión pero no el estrés traumático.

En conclusión, un gran número de investi-

gaciones demuestran que el apoyo social favorece la salud mental, tanto directamente como atenuando los efectos del estrés. Las investigaciones actuales demuestran que los efectos de alivio del apoyo social

están más relacionados con la prevención de la depresión que con los problemas centrales del estrés traumático, que son la pérdida de control y la evasión. ■

References for Social support and trauma – a review

Andrews, B. and Brown, G. W. (1988). Social support, onset of depression and personality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 99-108.

Antonovsky, A. (1984). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bache, M. and Hommelgaard, B. (1994) *Danish UN-Soldiers. Experiences and Stress Reactions*. Copenhagen: the Defence Centre for Leadership.

Basoglu, M. (2006). Rehabilitation of traumatized refugees and survivors of torture – After almost two decades we still do not use evidence based treatments. *British Medical Journal*, 333, 1230-1231.

Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D., and Acar, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: a randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress* 18, 1-11.

Basoglu, M., Parker, M., Tasdemir, O., Ozmen, E., and Sahin, D. (1994) Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey.

Basoglu, M., Paker, M., Paker, O., Ozmen, E., Marks, I.M., Incesu, C., Sahin, D., and Sarimurat N. (1994) A comparison of tortured with matched non-tortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 76-81.

Bovard, E.W. (1985). Brain mechanisms in effects of social support on viability. In R. B. William (Ed.). *Perspectives on behavioural medicine*. New York: Academic Press.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, S., Sherrod, D, D. R. and Clark, M.S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 963-973.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

House, J. S., Landis, K. R., and Umberson (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.

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

Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., and Herman, J.L. (1996). [Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma.](#) *American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 83-93.

Kolk, B.A. van der (1994). [The body keeps the score: Memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress.](#) *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.

Norris, F. H. and Kaniasty, K. (1996) Received and perceived social support in times of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.

Park, C. L. (1998) Implications of Posttraumatic Growth for Individuals. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, and L. G. Calhoun (Eds.). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Peterson, C., Maier, S. F., and Seligman, M. E. P. (1993) *Learned Helplessness*. Oxford University Press.

Schaefer, J.A. and Moos, R.H. (1998). The Context for Posttraumatic Growth: Life Crisis, Individual and Social Resources, and Coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, and L. G.

Calhoun (Eds.) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Schultz, R. & Decker, S. (1985). Long term adjustment to disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48. 1162-1172.

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.

Silove, D. (2005). From Trauma to Survival and Adaptation: Towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies. In David Ingleby (Ed.). *Forced Migration and Mental Health. Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. Utrecht University, Utrecht, The Netherlands: Springer.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Yap, M. B. H. and Devilly, G. J. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review*, 24, 1-14.

References for Psychosocial Support as a Platform for an Integrated Development Program

Dayal, A and Dash, S (2003) *Psychological First Aid Module*, New Delhi: Indian Red Cross Society.

Dodge, G. R (2006) 'Assessing the Psychosocial Needs of Communities Affected by Disaster', in G. Reyes and G.A. Jacobs (eds) *Handbook of International Disaster Psychology*, Vol. 1: Fundamentals and Overview, Westport: Praeger Books.

Fullilove, M. T (1996) 'Psychiatric Implications of Displacement: Contributions from the Psychology of Place', *American Journal of Psychiatry* 153, 1516-23.

IASC (2007) *Guidance on Mental Health and Psychosocial Support*. Geneva, Switzerland: Interagency Standing Committee.

Ibrahim, A and Hameed, A (2006) 'Mental and Psychosocial Response after the Worst Natural Disaster in the History of Maldives', *International Review of Psychiatry* 18(6): 5767-5772.

IFRC (2001) 'Psychological Support: Luxury of Necessity', *Red Cross Red Crescent Magazine* 3: 11-16.

IFRC (2006) *Review of International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Re-*

covery Operations: Summary Report, Geneva: IFRC.

INEE (2004) Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises, and Early Reconstruction. Paris, France: International Institute for Educational Planning UNESCO.

Prewitt Diaz, J. O and Saballos Ramirez, M (1999) Salud Psicosocial en un Desastre Complejo: El Efecto del Huracán Mitch en Nicaragua. Managua, Nicaragua: Cruz Roja Nicaragüense.

Prewitt Diaz and Speck, M (2000) Programa de Preparación Contra Desastres en Centro América, Tegucigalpa: Cruz Roja Hondureña.

Prewitt Diaz, J. O (2001) Primeros Auxilios Psicologicos, San Salvador: Cruz Roja Salvadoreña Ministerio de Salud.

Prewitt Diaz, J. O, Escorcía Delgadillo, J and Morales, B (2002) Diplomado para Interventores en Crisis, Guía Metodológica, Guatemala de la Asunción, Cruz Roja Guatemalteca.

Prewitt Diaz, J. O and Bernal Ramirez, L (2002) Apoyo Psicosocial en Desastres: Un Modelo para Guatemala, Guatemala de la Asunción: Cruz Roja Guatemalteca.

SPHERE (2004) The Sphere Handbook. Geneva: SPHERE Project.