



Editorial

Después del terremoto: llegar a la gente de la manera correcta

Con decenas de miles de muertos y millones de personas sufriendo tras el ciclón tropical Nargis en Birmania y el terremoto de Sichuan en la vecina China, volvemos a recordar las inmensas necesidades de ayuda psicosocial tras los desastres naturales, y nuestra responsabilidad de atenderlas. También recordamos que ningún recurso es infinito, ni siquiera nuestra inmensa fuerza de cooperantes voluntarios. Mientras en Sichuan continúa la búsqueda de supervivientes y se lleva ayuda humanitaria a los damnificados de Birmania, también debemos considerar los aspectos psicológicos y sociales de los desastres, y la necesidad de atender a nuestros voluntarios.

Como en "Después del terremoto" de Haruki Murakami, que cuenta historias de sufrimiento tras el terremoto de Kobe de 1995, no son sólo las heridas y las muertes lo que afecta a las personas de China y Birmania. También lo hace el impacto psicológico de sentir que la tierra se mueve bajo tus pies, o notar la fuerza de vientos

superiores a 190 km/h mientras destrozan tu ciudad una hora tras otra. Mucha gente lo ha perdido todo: seres queridos, hogar y trabajo. Todo ello, junto al miedo a que ocurra otro terremoto y a un futuro incierto, hace que las necesidades psicológicas sean enormes. En ambas emergencias, las llamadas inmediatas de la Federación Internacional pusieron de manifiesto la necesidad de apoyo psicosocial, y las Sociedades de la Cruz Roja de China y Birmania ya están prestando dicho apoyo a las poblaciones afectadas, y considerando cómo atender a los voluntarios y el personal. Es bueno observar que las necesidades no visibles de las personas se tienen cada vez más en cuenta desde el principio. Cuanto antes podamos prestar apoyo psicosocial a los afectados, mayor éxito tendremos.

En estas operaciones, como siempre, nuestra mayor fuerza son las personas. Miles de voluntarios trabajan sin descanso y contrarreloj, repartiendo paquetes de ayuda, purificando agua, prestando primeros auxilios y apoyo emocional. Y, como señala la Dra. Margaret Chan, Directora-General de la Organización Mundial de la Salud, los voluntarios de la Cruz Roja y la Media Luna Roja no sólo se caracterizan por su labor. "Vuestros voluntarios no sólo llegan a todos los hogares, pasando puerta por puerta," dijo durante la apertura del Foro Mundial de la Salud de la Federación

Internacional el 14 de mayo, "sino que también llegáis del modo adecuado".

Al planificar las respuestas, y posteriormente la recuperación, es fundamental tener en cuenta las experiencias previas. En este número de *Reaccionar ante la crisis*, podrá conocer los esfuerzos realizados para obtener conocimientos después del tsunami. También podrá saber cómo se ha desarrollado el asunto del apoyo psicosocial en el CICR, y cuál es la opinión de éste al respecto. Junto a la información sobre el programa en el Caribe y una vista general de las investigaciones relacionadas con elementos esenciales de las intervenciones de traumas masivos, esperamos que este número le parezca informativo y entretenido.

Atentamente,

Nana Wiedemann

Nana Wiedemann
Centro de Información de Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional



Reaccionar ante la crisis

Nº 2 Verano 2008

Contenido :

Salud y prisiones pág. 3
Jennifer Hasselgård-Rowe

Uso de la violencia pág. 6
Laurence de Barros-Duchêne

Lecciones aprendidas sobre la respuesta psicosocial al tsunami pág. 9
Pernille Hansen

Apoyo psicológico en Cuba y Jamaica pág. 11
Joan Swaby
Atherton y Stephanie Cariage

Elementos esenciales de la intervención de traumas masivos pág. 12
Stephen Regel y Peter Berliner

Foto de portada:

Yang Mingyuan busca en los paneles de personas desaparecidas en el centro de recepción de supervivientes al terremoto que han quedado sin hogar en el estadio de Jiuzhou, Mianyang, Sichuan. Busca a su hija de 13 años, Yang Jing, de la que no tiene noticias desde que ocurrió el desastre hace una semana. (Sho Huang/ 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>

Proyecto Salud y Prisiones de la Federación Internacional

El proyecto Salud y Prisiones: una revisión del trabajo de apoyo psicosocial, en tuberculosis y SIDA, que realizan las Sociedades Nacionales en las prisiones y con ex-reclusos de todo el mundo, que será publicado en verano de 2008 y distribuido a todas las Sociedades Nacionales.

Por Jennifer Hasselgård-Rowe

Ha sido recientemente Funcionaria de la Federación Internacional, Salud y Prisiones

La misión de la Federación Internacional está vinculada estrechamente al trabajo con prisioneros. La misión de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja es la de mejorar la vida de las personas vulnerables. Para la Federación Internacional, las personas que se encuentran encarceladas o detenidas son un grupo especialmente vulnerable. Los prisioneros, los ex-reclusos y sus familias (así como un cierto número de variantes de dichas categorías) son personas en situación de vulnerabilidad y expuestas al peligro.

En la 28ª Conferencia Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja de diciembre de 2003, los estados y las Sociedades nacionales aprobaron por unanimidad la Agenda para la Acción Humanitaria. Se trata de una exigencia a los gobiernos para que lleven a cabo unos

determinados pasos dirigidos a reducir el comportamiento de riesgo y solucionar ciertas situaciones de debilidad, como las prisiones. Declaración:

Los estados, en cooperación con los miembros del Movimiento, deberán implementar políticas y medidas operativas en las prisiones para crear un entorno más seguro y reducir el riesgo de transmisión del VIH, la tuberculosis y otras enfermedades entre los internos, los reclusos y el personal.¹

Esta declaración llevó al lanzamiento del proyecto Salud y Prisiones a finales de 2006.

Las prisiones son entornos de alto riesgo para la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas

Las condiciones de vida en la mayoría de prisiones del mundo son poco saludables.

La saturación y la falta de luz, de aire fresco, de agua limpia y de comida adecuada son de todos conocidas. El consumo de drogas está muy extendido, así como el uso de jeringuillas usadas, las relaciones sexuales sin protección, las agresiones sexuales y la práctica de tatuajes con material contaminado.

No hay enfermedades físicas ni mentales exclusivas de las prisiones, pero muchas de ellas son muy comunes en los centros de detención, lo que empeora con las condiciones de vida que existe en su interior. Los índices de infección de tuberculosis, VIH y hepatitis son mucho más altos que en entre la población general.² Las infecciones propagadas por el aire y las enfermedades transmitidas mediante agujas compartidas son muy frecuentes.³

Aparte de las enfermedades computables, las enfermedades mentales y drogodependencias son los problemas principales de salud entre los presos, muchos de los cuales han tenido escasos contactos con los servicios de salud antes de entrar en la prisión.⁴ Los presos tienen más probabilidades de verse afectados por cualquier problema clínico imaginable que las personas que están fuera de la prisión.⁵

Mejorar el acceso a la atención médica para prisioneros e incremento de la capacidad de atención



Las condiciones de vida en la mayoría de prisiones del mundo son poco saludables.

Una parte esencial del contexto específico de la salud pública en entornos carcelarios es la de mejorar el acceso a la atención médica y la capacidad de atención a los ex-reclusos y sus familias. En muchos casos, un tratamiento contra la tuberculosis iniciado en la prisión corre el riesgo de interrumpirse tras la puesta en libertad, con graves consecuencias de salud pública. En el futuro, pasará de modo idéntico con

la terapia antirretroviral. Es fundamental mejorar y garantizar un acceso apropiado y adecuado a los servicios de salud a los ex-reclusos.

Salud mental y trabajo de apoyo psicosocial en las prisiones

Unos diez millones de personas se encuentran detenidas en instituciones penales de todo el mundo. Al menos la mitad de ellos padecen trastornos de personalidad, mientras que un millón de prisioneros o más en todo el mundo sufren trastornos mentales graves como psicosis y depresión. Casi todos los prisioneros presentan carácter deprimido o síntomas de estrés y, cada año, varios miles de prisioneros se quitan la vida durante su cautiverio.⁶

Muchos trastornos pueden estar presentes antes del internamiento, y pueden potenciarse aun más debido al estrés del encarcelamiento. Sin embargo, los trastornos mentales pueden desarrollarse también durante la vida en prisión, debido a las condiciones imperantes y a violaciones de los derechos humanos⁷ como la tortura y la agresión sexual.

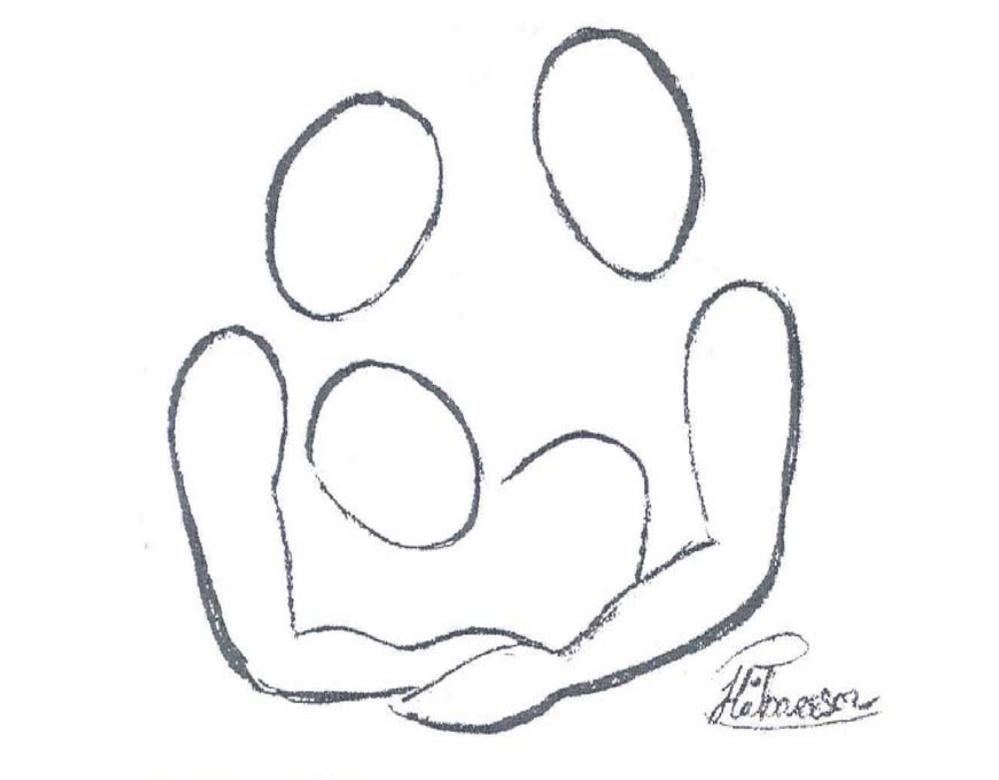
Los internos infectados con el VIH y enfermedades crónicas suelen padecer depresión y ansiedad⁸. El alto índice de toxicomanía y alcoholismo entre los internos incrementa todavía más la posibilidad de que éstos padezcan al menos un trastorno psiquiátrico.⁹

Las actividades de apoyo psicosocial son relevantes en todas las fases del proceso penitenciario: antes de la entrada en prisión, durante el internamiento (incluido el apoyo a hijos y familiares) y en el momento de la puesta en libertad, así como durante el seguimiento posterior. Los elementos psicosociales deberían ser una parte esencial de todas las actividades relacionadas con las prisiones, especialmente las referentes al VIH, a la tuberculosis y a la salud pública.

Sociedades Nacionales y trabajo de apoyo psicosocial

Algunas Sociedades Nacionales visitan a reclusos, ya sea regular u ocasionalmente, mientras que otras están empezando a crear programas similares. Las Sociedades Nacionales Escandinavas tienen un largo historial de visitas a reclusos y prestación de apoyo psicológico. Este servicio comenzó en Noruega en 1959, en Suecia en 1965, en Finlandia en 1970 y en Dinamarca en 1986. Las visitas, que no son obligatorias para los internos, son realizadas por voluntarios, que siguen un conjunto de normas y pautas específicas. La Sociedad Nacional no deberá en ningún caso imponer dichas visitas.

Los reclusos han acogido positivamente este servicio, particularmente por la neutralidad e imparcialidad de las Sociedades Nacionales. Al realizar las visitas, las Sociedades Nacionales colaboran estrechamente con el Ministerio de Justicia y las autoridades penitenciarias.



Teckning: Catharina Håkansson

*Ilustración de Catharina Håkansson procedente de la publicación *Föräldrar i fängelse de Kriminalvårdens Göteborgskontor, 2000.**

Los voluntarios que visitan a prisioneros se consiguen mediante campañas de reclutamiento. Una vez reclutados, siguen un proceso de formación y se reúnen regularmente para compartir experiencias.¹⁰

Los reclusos se benefician también de otros tipos de programas. Como parte de su programa de apoyo psicológico *Croix-Rouge Écoute* (La Cruz Roja escucha), la Cruz Roja Francesa ha creado una línea telefónica de ayuda para los presos. Este proyecto ayuda a personas que están

especialmente aisladas y excluidas de la sociedad, y cuya familia y vínculos sociales están rotos. El proyecto también pretende evitar los suicidios durante el internamiento, reducir los conflictos y la violencia, y fomentar la reinserción de los presos.¹¹

Asuntos principales: manteniendo vínculos con la comunidad y reforzando la relación de los niños con sus padres en la cárcel

Siempre que sea posible, debería animarse y ayudarse a los presos a ponerse en contacto con sus familias y amigos, y a mantener dicho contacto.¹² La amistad y los lazos familiares son unas fuentes de apoyo importantes. Aunque la encarcelación exige imponer algunos límites a las visitas, cartas y llamadas telefónicas, los medios de mantener el contacto deberán mantenerse del modo

más normal posible. Deberán fomentarse y facilitarse los vínculos entre las prisiones y las poblaciones vecinas.¹³

Se está comprobando que los programas que centran su atención en la creación y refuerzo de las relaciones entre los reclusos y sus hijos también son de gran valor, tanto para los presos como para sus familias.

Estos programas, que permiten que los niños vayan acompañados por voluntarios desde su casa cuando vayan a una visita a la cárcel, pretenden aumentar la confianza en sí mismos de los reclusos durante su internamiento, y evitar recaídas en conductas delictivas tras la puesta en libertad. Son una oportunidad de romper el ciclo de liberación y regreso a la cárcel. También mejoran la continuidad en el tratamiento para prisioneros, familiares y para todo el sistema.

La Cruz Roja Sueca dispone del programa *Föräldrar i fängelse* (Padres en prisión), dirigido a hijos y cónyuges de los internos, que se centra en incrementar el sentido de la responsabilidad que los presos pueden desarrollar hacia sus hijos, y en encontrar modos de aprovechar los beneficios en crecimiento personal y reinserción que dichas relaciones pueden ofrecer. La Cruz Roja Noruega, la Cruz Roja Finlandesa y la Cruz Roja Danesa también realizan actividades en esta área. Sus programas se basan en la visión de que mejorar las relaciones entre los internos y sus hijos, desde el principio y durante todo el

proceso de detención, aumenta en gran medida las posibilidades de éxito de su reinserción en la comunidad.

El bienestar de las familias de los presos, especialmente los niños, es muy importante para la salud psicosocial de los prisioneros. Dentro de sus actividades para los hijos de los internos, la Cruz Roja Danesa forma grupos para niños de 7 a 17 años, que tienen a alguno de sus padres en prisión. Cada dos semanas, durante dos horas, los niños se reúnen con otros seis u ocho niños de su misma edad y en su misma situación, junto a dos psicólogos voluntarios. Este programa comenzó en 2004 y, desde 2005, la Sociedad Nacional ha organizado dos campamentos de verano para el mismo grupo, con 40 niños cada año. La Cruz Roja Danesa también presta su apoyo a profesores y familiares, mediante consultas prácticas e informales.

Estas Sociedades Nacionales pueden compartir su gran experiencia en el área del apoyo psicosocial, proporcionando posibles modelos al resto de Sociedades Nacionales que deseen iniciar (o desarrollar) programas similares adaptados a sus respectivos contextos y necesidades nacionales. Se recomienda encarecidamente la propagación de estas experiencias y su desarrollo, según sea adecuado a cada contexto.

Para más información sobre este proyecto, pónganse en contacto con Jennifer Hasselgård-Rowe: jenniferhasselgardrowe@hotmail.com.

Referencias:

¹ *Agenda for Humanitarian Action*, punto 4.2.5 de la 28ª Conferencia Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja, 2-6 de diciembre de 2003.

² *Health in Prisons, A WHO guide to the essentials in prison health, 2007, World Health Organization*, editado por Lars Moller, Heino Söver, Ralf Jürgens, Alex Gatherer y Haik Nikogaosan, p. 10.

³ *Ibid.*, pág. 26.

⁴ *Ibid.*, pág. 16.

⁵ *Ibid.*, pág. 16.

⁶ *Ibid.*, pág. 133.

⁷ *Ibid.*, pág. 133.

⁸ Burnam MA, Bing EG, Morton SC, Sherbourne C, Fleishman JA, London AS et al. *Use of Mental Health and Substance Abuse Treatment Among Adults with HIV in the United States. Archives of General Psychiatry* 2002; 58:729-736 citado en Canning Robert D. *A Primary Care Approach to Mental Health Care for HIV/Hepatitis-Infected Inmates, HEPP Report*, January 2003, Vol., Issue 1, p. 1.

⁹ Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne C, Lonon, AS, et al. *Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in the United States. Archives of General Psychiatry* 2002; 58: 721-728; citado en Canning Robert D. HEPP 2003 op.cit. p. 1.

¹⁰ *Activities of Red Cross and Red Crescent Societies in Prisons*, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja en cooperación con el Henry Dunant Institute, 1994, Ginebra, página 20.

¹¹ Citado en *Psychological Support: best practice from Red Cross and Red Crescent programmes*, 2001, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja.

¹² "Mental health in prisons", Eric Blaauw y Hjalmar J.C van Marle p. 142 en OMS 2007 op.cit.

¹³ *Ibid.*, pág. 143.

Factores con efectos negativos en la salud mental en las prisiones:

- Saturación (sobrepoblación)
- Violencia
- Soledad forzosa o, al contrario, falta de privacidad
- Falta de actividad significativa
- Aislamiento de las redes sociales
- Inseguridad sobre las perspectivas futuras (trabajo, relaciones, etc.)
- Servicios de salud inadecuados, especialmente los de tipo mental

Uso de la violencia

Cómo contemplar las intervenciones de salud mental en los conflictos actuales

*Por Laurence de Barros-Duchêne
Coordinador de salud mental, Comité
Internacional de la Cruz Roja*

Nadie puede negar que las guerras pasan factura tanto en el cuerpo como en la mente. Es un hecho ampliamente demostrado en los conflictos del siglo pasado.

Desde la guerra entre Rusia y Japón a la del Vietnam, desde Yom Kippur hasta el Golfo y las misiones de paz de la ONU, los oficiales militares desarrollaron la psiquiatría de campaña para atender las reacciones agudas "transitorias" frente al estrés (descompensación) que afectan a los soldados de combate.

Sin embargo, no fue hasta después de que las tropas americanas regresaran de Vietnam, y de que las autoridades sanitarias expresaran su preocupación, el momento en que se adquirió plena conciencia de la gravedad de los traumas causados por el horror y las desgracias de la guerra (el 24 por ciento de los soldados que fueron a Vietnam sufrieron trastorno

de estrés post traumático a los pocos años de su regreso¹), una secuela invisible que hasta entonces sólo se trataba ocasionalmente, sin una comprensión clara del problema, y con el único propósito de aliviar los síntomas para que los soldados pudiesen regresar al frente.

Desde la psiquiatría militar hasta la acción humanitaria

A principios de la década de 1980, se reconocieron los impactos psicológicos a largo plazo de los conflictos armados, con la publicación de los criterios diagnósticos del trastorno de estrés post traumático de la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico, Versión IV (DSM III). Los criterios destacaban el impacto negativo de los sucesos externos en la salud mental de los individuos.

Durante el mismo periodo apareció una alternativa a la psiquiatría militar, más centrada en las víctimas civiles de las guerras y los desastres naturales. Algunas organizaciones humanitarias internacionales, al enfrentarse con la realidad invisible del sufrimiento psicológico, se encontraban al frente.

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) se convirtió en un pionero de la psiquiatría humanitaria, que tomó forma a finales de la década de 1970, organizando un sistema de atención a los campamentos de refugiados de Khmer, Tailandia, para civiles traumatizados por la violencia



Consulta de una mujer a un delegado del CICR.

genocida de la que acababan de escapar. Tratando a las personas que buscaban ayuda psiquiátrica, el personal de salud (médicos occidentales y médicos tradicionales de Khmer) pudo apreciar con claridad las duras condiciones psicológicas, frecuentemente relacionadas con dolencias físicas o comportamientos que la psiquiatría moderna habría clasificado inmediatamente como trastornos graves, que habían soportado las personas que habían sobrevivido al horror. El trauma estaba allí, pero oculto por los síntomas de un problema de salud muy común o poco divulgado.

Otras organizaciones internacionales, en otros lugares y circunstancias, informaron de situaciones igualmente preocupantes, por ejemplo cuando se encontraron con el silencio imperante entre los supervivientes de los terremotos de Armenia (diciembre de 1998) e Irán (diciembre de 2003), pocos días después de ocurrir la tragedia, cuando no se pudo hacer más por aquellos que quedaron atrapados entre los escombros.

Es entonces cuando aparece el trauma psicológico en el mundo humanitario. Los victimólogos con conocimientos sobre psiquiatría militar eran, y todavía son, los principales responsables de este reconocimiento a posteriori.²

El trastorno de estrés post traumático, modelado según los datos recogidos de veteranos del Vietnam, servía como marco

de referencia para definir estas heridas psicológicas, cuya existencia simplemente se presuponía, y para tratar de identificarlas en las situaciones de crisis donde las agencias de ayuda internacional estaban trabajando. La psiquiatría humanitaria ha encontrado, por tanto, su centro principal de interés, al menos durante un tiempo, hasta que la naturaleza intrínseca de los eventos (su carácter masivo, sistemático, duradero y, cada vez más frecuentemente, internacional) se tomó en consideración.

Trauma inducido y trauma provocado

Las descripciones psiquiátricas del trauma no tienen en cuenta toda la gama de mecanismos que actualmente entran en juego durante los conflictos armados y de violencia generalizada, que deberían diferenciarse de aquéllos no provocados por el hombre.

Los desastres naturales son terroríficos y causan daños terribles. Los supervivientes no sólo se enfrentan a la muerte y a importantes pérdidas y fallecimientos, sino a sentimientos de culpa. La violencia psicológica de los desastres naturales tiene que ver con su carácter repentino e irreal. Los supervivientes del tsunami de 2004 intentaron buscar explicación a lo que había pasado según sus referencias culturales, sugiriendo, por ejemplo, que era un castigo divino o una demostración del poder de los elementos. Todos ellos fueron golpeados indiscriminada y

simultáneamente. En cierto modo, el fenómeno había sido "natural" y tenía explicación. Así, con el tiempo, fue algo que se pudo "digerir". Una vez los supervivientes superaban su estado inicial de *shock*, demostraban solidaridad unos con otros, y compasión mutua, especialmente en cuanto al sufrimiento psicológico causado por la pérdida de tantos seres queridos, de tantas posesiones materiales y, para algunos, de toda esperanza en el futuro. En estas circunstancias, no había animosidad, odio ni resentimiento. Solo había rabia y un inmenso dolor.

Los actos violentos no pueden racionalizarse de la misma manera, ya que implican emociones y deseo de destrucción. Su impacto sobre individuos y comunidades no es el mismo que el de los desastres naturales. Crean un estado de peligro constante, de desconfianza e incluso paranoia en algunas ocasiones. Además, dejan cicatrices que nunca se curan totalmente, incluso cuando se restaura la paz.

Por tanto, no es extraño observar un estado de hipervigilancia en contextos donde existe un peligro real, y dicho estado puede explicarse sensatamente como un mecanismo de reacción más que como una reacción al estrés (post) traumático. En las provincias orientales de la República Democrática del Congo, donde el CIRC ha ofrecido servicios para las víctimas de violación, el miedo y la manera de evitar a

hombres armados que tienen las mujeres que buscan ayuda parecía ser una precaución sensata, más allá del hecho de que este comportamiento también revelaba la tensión existente en la sociedad congoleña de aquellos días, y que todavía existe.

De manera similar, la tendencia de los palestinos a considerar héroes a las "víctimas" de la intifada podría interpretarse no como un mecanismo de reacción colectivo, sino como un indicativo del profundo y quizá patológico sufrimiento que evitaba expresar el dolor y la culpa experimentada la pérdida de un familiar cercano.

Por tanto, está claro que el trauma psicológico no puede identificarse, comprenderse ni tratarse sólo a través del prisma de la clasificación psiquiátrica. En sociedades donde los valores que rigen las relaciones humanas han sido profundamente alterados e incluso atacados intencionalmente, el trauma no siempre se supera simplemente fomentando los mecanismos individuales y colectivos de reacción.

¿Qué vamos a pensar de los valores de una comunidad cuando (sin ser una estrategia de conquista) la violación es sistemática y afecta a todas las mujeres, incluidas las que ya no están en edad de tener hijos³? ¿Qué debemos pensar cuando el mal se convierte en algo legítimo y la violencia constituye tanto una alternativa a la

pérdida de identidad como un medio de obtener acceso a bienes y privilegios⁴?

Es obvio que no ya no nos satisface una comprensión sencilla y unidimensional del trauma psicológico, especialmente a la vista de la diferente naturaleza de los hechos que afligen a quienes queremos ayudar. Violencia dirigida intencionalmente contra los seres humanos: una nueva arma en los conflictos contemporáneos. En un conflicto moderno, la población civil se utiliza como medio de alcanzar objetivos previamente fijados.

La violencia se dirige contra los civiles, no para conquistarlos y explotarlos como mano de obra, sino para usarlos o incluso destruirlos con motivos políticos o por la simple dominación.

El uso deliberado de la violencia contra un grupo humano es tan atemorizante como imperceptible, igual que las cicatrices que deja en el interior de individuos y comunidades. El trauma a este respecto se produce por la intencionalidad utilizada para atacar sin distinción a los pertenecientes al otro grupo.

"Cuando el objetivo es un grupo humano, la impresión de que la muerte se transforma en un fenómeno de masas hace que las personas pierdan su propio sentido de la identidad. ¿Qué les distingue a ellos de otras víctimas? No son objetivos por lo que hacen o lo que dicen. Arriesgan sus vidas sólo por una razón: por ser judíos,

tutsis o kosovares. [...] Se les niega cualquier otro rasgo de su identidad⁵".

Este tipo de violencia apunta a las mismas bases de una comunidad: sus valores, símbolos culturales, referencias sociales y, por tanto, a todo lo que se relacione con ella. Los vientres de las madres del Congo y Bosnia no eran algo neutra, sino la base de afiliación dentro de un grupo. Mediante la violencia y la violación, el enemigo pretendía minar sus bases intencionadamente, crear "bastardos", y finalmente conquistarla.

No podemos ignorar el hecho de que esto haya ocurrido en realidad. Nuestros marcos teóricos respecto al trauma y nuestros modos actuales de atenderlo deben, por tanto, ser examinados. No puede haber una manera universalmente válida de atender a las víctimas, ni modelos aplicables a todos los lugares y circunstancias. Los factores externos y su impacto (sobre los individuos, sus valores y hechos culturales y sobre las relaciones sociales) deben tenerse en cuenta, al igual que las intenciones que hay detrás de la violencia, para realizar ajustes adecuados en los procedimientos de salud mental.

La necesidad de adaptarse a los problemas de los receptores de ayuda humanitaria fue patente para el CIRC poco después, primero en los campos de refugiados de Khmer comentados anteriormente⁶, y después en relación con actividades de apoyo desarrolladas en años recientes para

familiares de desaparecidos. Tras las desapariciones forzadas de civiles en contextos de conflicto armado o violencia política, subyace el deseo de hacer daño y, muchas veces, el de destruir - no sólo a civiles, sino especialmente al grupo al que pertenecen.

Las consecuencias psicológicas y sociales pueden ser considerables. Sin saber a ciencia cierta que sus seres queridos están muertos, las familias no pueden comenzar su duelo. Sin un cadáver, no puede haber funeral, lo que significa que el nombre y la memoria de los muertos no pueden ser honrados por los vivos. Sin un funeral, no hay reconocimiento social de la muerte. Las familias no pueden expresar su tristeza, las comunidades no pueden ofrecer apoyo y no pueden curarse las heridas. En tanto que las desapariciones forzadas y la mutilación o destrucción física de los cadáveres evitan celebrar ritos funerarios⁷, son actos deliberados de tortura contra las familias; son actos de violencia y se perciben como tales.

En dichas circunstancias, ya no es posible hablar únicamente de luto o estrés post traumático. Estos actos, cometidos deliberadamente por un grupo contra el otro, deben considerarse como una inducción intencionada de traumas.⁸ El tipo especial de sufrimiento que se siente y los síntomas clínicos específicos⁹ revelan la intención destructiva que los provoca.

Referencias:

- ¹ L. Crocq, "Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés," *Revue francophone du stress et du trauma*, 2005, Vol. 5, No. 1, pp. 43-54.
- ² D. Fassin, R. Rechtman, *L'empire du traumatisme: Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, París, 2007, p. 259.
- ³ Otorgándoles un estatus social diferente.
- ⁴ R. Beneduce *et al.*, "Violence with a purpose: exploring the functions and meaning of violence in the Democratic Republic of Congo," *Intervention*, Vol. 4, No. 1, 2006, pp. 32-46.
- ⁵ M.-F. Bacqué, *Apprivoiser la mort*, Odile Jacob, París, 2003, p. 129.
- ⁶ Donde se establecieron centros de atención que utilizaban tanto medicina moderna como tradicional.
- ⁷ Algunas familias budistas de Sri Lanka han contado sus sufrimientos y sentimiento de culpa, y el rechazo social al que fueron sometidos por no poder realizar ritos funerarios adecuados para sus parientes muertos. Como budistas, deben "liberar" el alma del difunto para que pueda reencarnarse (el ritual consiste en romper el cráneo). Si el ritual no se realiza, se cree que el alma vaga eternamente, y que sus parientes vivos sufrirán maldiciones. Véase L. de Barros-Duchêne, ICRC Assessment Report, September 2005.
- ⁸ F. Sironi, *Psychopathologie des violences collectives: Essai de psychologie géopolitique clinique*, Odile Jacob, París, 2007, y "Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains," *Revue de Psychiatrie Sud/Nord*, No. 12, 1999.
- ⁹ La desaparición forzosa en situaciones de conflicto armado o de violencia política empuja a las familias hacia una "tierra de nadie" en la que nada permite aceptar la muerte de un ser querido ni, por tanto, iniciar un proceso de luto. En ausencia de pruebas o de cualquier dato cierto sobre lo que ha ocurrido a un familiar, puede haber una negación total y una ansiedad permanente. La ambivalencia (la oscilación constante entre la posibilidad de aceptar la muerte de una persona y esperar su regreso) puede ser difícil y es una fuente potencial de fatiga psicológica y depresión.

Lecciones aprendidas sobre la respuesta psicosocial al tsunami del Océano Índico

Por Pernille Hansen, Coordinadora de proyecto, Centro de Referencia de la Federación Internacional para el Apoyo Psicosocial

El tsunami que siguió al terremoto producido frente a la costa de Indonesia en diciembre de 2004 tuvo un efecto devastador y cambió las vidas de millones de personas, no sólo en los países afectados directamente por esta inmensa subida del mar, sino en todo el mundo. Mientras varios miles de personas morían, incluso más se debían desplazar de sus casas, perdían a sus seres queridos y afrontaban desafíos y una desesperación inimaginables en su esfuerzo por reconstruir sus vidas. La naturaleza turística de muchas de las áreas afectadas hizo que familias de todo el mundo fuesen afectadas por la tragedia, lo que también influyó en la respuesta sin precedentes que obtuvo el tsunami. Nunca antes se había recaudado tanto dinero en respuesta a un desastre, ni tantas organizaciones diferentes e individuos se desplazaron a las áreas afectadas para apoyar en cualquier modo posible, incluida la asistencia en la respuesta psicosocial.

Proyecto de recopilación de lecciones aprendidas

Dada la escala y la diversidad de la respuesta psicológica en toda la región afectada por el tsunami, ahora es el momento de madurar todos esos

conocimientos y reflexionar sobre ellos. La Cruz Roja Americana ha apoyado al Centro de Referencia de la Federación Internacional para el Apoyo Psicosocial en un proyecto de recogida de lecciones aprendidas en la respuesta psicosocial, con el objetivo claro de mejorar las respuestas psicosociales en futuras situaciones de emergencia. El proyecto comenzó en noviembre de 2007, con una primera fase en la que se recompilaron descripciones y evaluaciones de programas psicosociales, y se entró en contacto con organizaciones e individuos que trabajaron o trabajan actualmente en la respuesta psicosocial. Después se realizaron visitas excepcionalmente fructíferas e informativas a los cinco países más afectados: Tailandia, Indonesia, Sri Lanka, la India y las Maldivas. Durante las visitas, se incluyeron viajes a las áreas que todavía estaban claramente marcadas por los daños del tsunami, así como reuniones con los beneficiarios de los programas psicosociales, entrevistas con el personal y los directores de los programas y dos jornadas sobre lecciones aprendidas en Indonesia y Sri Lanka.

Jornadas sobre lecciones aprendidas

Siempre es una experiencia de valor incalculable poder compartir las lecciones aprendidas en un foro con personas que trabajen en el mismo campo. No sólo se



Una madre y su hijo mirando hacia el río que lleva a Banda Aceh, todavía lleno de escombros desde que pasó el tsunami.

permite a los participantes una oportunidad única para aprender unos de otros, sino que también fomenta el carácter abierto y la libertad de expresión para compartir experiencias personales, retos y, sobre todo, las mejores prácticas. Ambas jornadas utilizaron la metodología Visualización en Programas de Participación, donde la participación total de todo el mundo es esencial para el éxito del seminario, y donde las experiencias y la información se

comparten mediante tarjetas pegadas en un panel, fomentando el aprendizaje a través de la visualización. La tarea principal era desarrollar un calendario desde el día del tsunami hasta el día de hoy, en el que se pidió a todos los participantes que introdujeran diversos tipos de información: actividades, mejores prácticas, dificultades y recomendaciones para la planificación, implementación, monitorización y evaluación de las respuestas psicosociales.



Miembros de la comunidad junto a un centro comunitario en Galle, Sri Lanka.



Un día completo de trabajo en el seminario, mostrando las tarjetas VIPP utilizadas.

Después, los participantes trabajaban con este abundante conglomerado de información para consolidar las mejores prácticas y recomendaciones por orden de prioridad.

Lecciones aprendidas en Indonesia

En Banda Aceh, Indonesia, los 25 participantes, pertenecientes a 20 diferentes organizaciones que han realizado programas psicosociales y de salud mental desde el

tsunami, incluida la Cruz Roja Indonesia (PMI), compartieron dificultades y mejores prácticas en las grandes áreas temáticas de: i) Programas de contextualización (usando recursos locales y garantizando actividades culturales y de adaptación relativa); ii) Estandarización de directrices y herramientas; iii) Coordinación y comunicación.

Mientras identificaban qué acciones concretas eran necesarias para reforzar la respuesta psicosocial continua en Indonesia, todos los participantes manifestaron un firme compromiso de participar en futuros eventos para desarrollar: a) consenso nacional y directrices sobre técnicas y estrategias de movilización de las comunidades; b) directrices nacionales para programación psicosocial (según las directrices internacionales comprobadas y reconocidas), y c) un libro u otro tipo de material impreso con "Lecciones de Aceh".

Lecciones aprendidas en Sri Lanka

En Colombo, Sri Lanka, excepto los dos representantes de la Cruz Roja Americana, eran de la Cruz Roja de Sri Lanka, en representación de diferentes sucursales. Ello no influyó en la calidad del aprendizaje del seminario, sino que más bien ofreció a los compañeros una oportunidad excepcional para reunirse y compartir desafíos y mejores prácticas.

El contexto de conflicto interno que ha existido en Sri Lanka antes y después del tsunami afecta claramente no sólo a la

implementación de programas, sino también a los niveles de frustración del personal de los programas, ya que se enfrentan constantemente a límites y cortapisas a la hora de ejecutar las actividades planeadas. Incluso tuvo que recortarse el horario del seminario, para garantizar que todos los participantes pudiesen volver a casa durante el día, para evitar problemas.

En el tiempo que quedó disponible, los participantes se comprometieron totalmente con las tareas, identificando una fuente de mejores prácticas y recomendaciones para solucionar las muchas dificultades existentes. Las restricciones de tiempo evitaron que el grupo identificara puntos concretos de acción, aunque había un claro deseo de hacerlo. Dos áreas temáticas principales dominaron las lecciones aprendidas prioritarias: la importancia del relativismo cultural en el diseño e implementación de respuestas psicosociales y la necesidad de flexibilidad en la programación psicosocial. Esta última subraya dos importantísimas lecciones aprendidas en todos los países visitados: las dificultades que acompañan el bloqueo de programas y las dificultades para medir el impacto de los programas psicosociales.

Planes de futuro:

Los seminarios de lecciones aprendidas de ambos países fueron acogidos con gran entusiasmo, e indican claramente las ventajas de dichos foros. Por tanto, ahora hemos planeado otro seminario de lecciones aprendidas en Denpasar, en la primera

semana de junio, en el que los representantes de los cinco países visitados, así como las Sociedades Nacionales participantes, la Federación Internacional y los delegados que fueron invitados en los países afectados podrán reunirse y compartir lecciones aprendidas. El próximo número de *Reaccionar ante la crisis* incluirá una breve descripción de los resultados de este seminario. Los informes completos con detalles y resultados de los dos seminarios descritos anteriormente pueden solicitarse a Pernille Hansen en la dirección pha@drk.dk.

Bloqueo de programas se refiere al intento de predecir actividades en las fases avanzadas del programa durante la fase inicial de programación. Ello se suele hacer como requisito para las propuestas de financiación, y no es tan problemático en otras áreas más tangibles de los programas de respuesta, como encargar el número de vacunas necesarias para un cierto número de niños. Sin embargo, en los programas psicosociales comunitarios, donde las actividades elegidas dependen del resultado de las actividades de movilización comunitaria y foros de participación, puede ser problemático si las actividades del programa se planifican en las fases tempranas de programación. Pueden producirse implementaciones de actividades que no son relevantes, pero es necesario para la obtención de fondos.

Los indicadores de programas psicosociales son increíblemente difíciles de medir, ya que la mayoría de países todavía tiene dificultades para definir el apoyo psicosocial en su contexto local. Esto tiene un impacto lógico en la definición del bienestar psicosocial, y por tanto afecta a la identificación de identificadores mensurables. Debe prestarse atención a esta dificultad, particularmente quienes financien programas psicosociales.

Apoyo psicosocial en Cuba

Desde el año 2000, la Cruz Roja de Cuba lleva aplicando un programa de apoyo psicosocial con la ayuda del Centro de Referencia de la Federación Internacional (Centro PS) y la cooperación del Instituto de Salud Mental para Desastres de la Universidad de Dakota del Sur.

Por Joan Swaby Atherton, Responsable del PSP en la Cruz Roja de Cuba

En abril de 2000, el primer seminario de formación fue organizado por Mette Sonniks. En 2001, la primera conferencia contó con la participación del Dr. Gill Reyes, del Instituto de Salud Mental para Desastres en representación del Centro PS. En 2003, la segunda conferencia incluyó representantes de México, Guatemala, Jamaica y la Federación Internacional, mientras que en la tercera conferencia de 2005 participaron representantes de la República Dominicana. En menos de una década, la Cruz Roja de Cuba ha creado un programa de apoyo psicosocial que ha dado apoyo a decenas de miles de personas afectadas no sólo por los frecuentes huracanes, tormentas tropicales e inundaciones, sino también en múltiples situaciones de estrés de otra naturaleza.

En octubre y noviembre de 2007, grandes lluvias azotaron las provincias orientales de Cuba. Los ríos y embalses se desbordaron, causando la evacuación de miles de familias en el campo y las ciudades. Las intensas lluvias se llevaron por delante casas y tejados, e inundaron las plantaciones, dejando a la población sin

hogar y sin comida. Los grupos de apoyo psicosocial de la Cruz Roja cooperaron con otros trabajadores humanitarios, ayudando en los albergues y dando apoyo a enfermos, ancianos, personas con minusvalías y a todos aquellos que habían perdido a seres queridos.

Mediante el programa, también se han realizado labores preventivas para preparar a la población y a los grupos vulnerables. La cuarta conferencia psicosocial se celebrará en mayo de 2008 en la ciudad de Matanzas. Durante esta conferencia, se prestará atención a compartir conocimientos y experiencias entre el personal de CRC, los voluntarios y el personal de ayuda.



Helping to Heal (Ayudando a curar) es una metodología de atención psicosocial basada en la comunidad. Esta herramienta fue creada en 2007 por la Federación Internacional, con el apoyo de la Cruz Roja Jamaicana, utilizando la amplia experiencia en programas de apoyo psicosocial de la Cruz Roja Jamaicana.

Por Stephanie Cariage, Asistente de Salud, Delegación de Panamá de la Federación Internacional

La idea era diseñar una herramienta que pudiese aplicarse por todas las Sociedades Nacionales de América, para el uso de profesionales de la salud mental y de voluntarios no profesionales. Es una herramienta completa, coherente y fácil de usar.

Esta herramienta de apoyo psicosocial consiste en dos manuales y cuatro folletos diferentes para repartir sobre varios temas. Un manual está pensado para formadores de la Cruz Roja, y el otro para el uso y aplicación por parte de los voluntarios de Cruz Roja. Los folletos ofrecen información sobre varios problemas, como: Cómo tratar con el estrés y sugerencias de autoayuda para supervivientes a un desastre; Trabajando en situaciones de estrés: guía para trabajadores de desastres; Ayudar a los niños a afrontar los desastres: guía para trabajadores de desastres; y Primeros auxilios psicosociales: guía para voluntarios de Cruz Roja.

La herramienta proporciona una lista de todos los pasos necesarios para crear un buen lugar de prestación de apoyo psicosocial, e incluye temas como el apoyo a los voluntarios, apoyo a la población con necesidades especiales, niños, ancianos, personas con VIH, etc., y ofrece los conocimientos básicos para prestar un apoyo psicológico adecuado.

Tras ser validada y comprobada en el Caribe, esta herramienta ha sido traducida al español y actualmente está pasando por un proceso de validación en Centroamérica. Se adaptará a las realidades regionales, para que en una fase posterior puedan implementarse por las Sociedades Nacionales de Cruz Roja en la Región, con ayuda del programa regional de salud.

La implementación de este manual comenzará como mínimo en tres Sociedades Nacionales durante 2008, y se ampliará su aplicación en 2009.

Reseña

Elementos esenciales de la intervención de traumas

Por Peter Berliner y Stephen Regel

Este artículo comenta el recientemente publicado "Cinco elementos esenciales de la intervención de traumas masivos a corto y medio plazo: pruebas empíricas"¹ y discute brevemente cómo puede aplicarse dentro del apoyo psicosocial prestado por Cruz Roja/Media Luna Roja. .

Hobfoll et al.¹ nos presentan una visión general (no una revisión con criterios definidos) de una investigación empírica seleccionada que puede servir de apoyo a una práctica demostrable en intervenciones dirigidas a restaurar la funcionalidad social y de comportamiento después de desastres y situaciones de muertes masivas. El artículo obtiene la conclusión de que las intervenciones que mejoran y preservan los cinco elementos esenciales, *sentido de la seguridad, calma, eficacia con uno mismo y con la comunidad, conexión y esperanza*, son las que más apoyo proporcionan a la población afectada, tanto a nivel individual como en el plano familiar y el comunitario. La importancia

de estos elementos o principios clave es la de servir de información para el diseño de las intervenciones y el establecimiento de políticas en este ámbito. Para profesionales que participen en programas de apoyo psicosocial, la tabla general nº 1 del artículo puede ser de gran utilidad, ya que traduce los resultados de la investigación en ideas prácticas aplicables en las intervenciones. La tabla es muy útil también por incluir intervenciones para niños y adolescentes, así como para adultos, e incorpora perspectivas individuales, de grupo y comunitarias.

En la Cruz Roja/Media Luna Roja hemos resumido anteriormente las lecciones aprendidas en intervenciones psicoeducativas y psicosociales basadas en la comunidad, destacando que deberá prestarse atención a la participación activa de los receptores, su sentido del control, de la pertenencia, el apoyo social, las actividades provechosas y la dignidad humana. Parece conveniente sustituir el sentido del control por el de eficacia con uno mismo y con la comunidad, y sustituir la actividad provechosa por la esperanza, ya que estos conceptos pueden demostrarse mejor con evidencias y pueden ser operativos en el campo de aplicación.

El artículo no relaciona sus recomendaciones con las directrices IASC² ni los Sphere Standards.³ Las intervenciones psicosociales ni siquiera se mencionan, pero parecen estar incluidas en las intervenciones comunitarias. Otros

principios esenciales de Cruz Roja/Media Luna Roja, como la igualdad de género, la construcción de capacidades, la defensa, el desarrollo organizativo, la propiedad local, el ajuste al contexto y cultura locales, la protección y la perspectiva de Derechos Humanos sólo se mencionan brevemente o indirectamente. Ello hace que el delegado o responsable psicosocial de Cruz Roja/Media Luna Roja deba hacerse cargo de adaptar las recomendaciones a los estándares de Cruz Roja/Media Luna Roja.^{4,5}

Usando el artículo en el contexto de la Cruz Roja/Media Luna Roja, debería tenerse precaución en la inclusión de los estudios sobre combatientes de primera línea a la hora de crear las conclusiones demostradas sobre acciones de apoyo a los supervivientes de desastres. Puede que haya una gran diferencia entre prestar apoyo a la población y prestarlo a los soldados para que puedan continuar en activo. Los estudios sobre combatientes deberían clasificarse adecuadamente bajo otro tipo de personal podrían ser más útiles en el contexto de la Cruz Roja/Media Luna Roja.⁶

Pero aun así, el artículo nos presenta un conocimiento basado en evidencias que puede ayudar a la salud mental y psicosocial durante los desastres y después de ellos, y que puede ayudarnos en nuestra labor aunque no se puedan realizar ensayos aleatorios y controlados en el contexto de un desastre.

Referencias:

¹ Hobfoll, S.E. et al. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. 70 (4), 283-315. http://www.estss.org/publicat/recent_publications.htm#pibp

² Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Ginebra: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>

³ Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Ginebra: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/>

⁴ DRC Strategic Guidelines for Psychosocial Support Programmes (PSP) <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/PSP-school-2007/0-DRC-PSP-Strategic-Guidelines-2007.pdf>

⁵ Regel, S. (2007). Resilience in trauma and disaster. In B. Monroe & D. Oliviere (Eds.). *Resilience in Palliative Care Achievement in Adversity*. Oxford University Press. p. 239-260.

⁶ Regel, S., Joseph, S., & Dyregrov, A. (2007). Psychological Debriefing in Cross-Cultural Contexts: Ten Implications for Practice, *International Journal of Emergency Mental Health*. 9 (1), 37-45. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/docs/>

Peter Berliner, Profesor Asociado, Depto. de Psicología, Universidad de Copenhague, y miembro del Centro de Referencia de la Federación Internacional para el Apoyo Psicosocial Grupo Roster.

Stephen Regel, Psicoterapeuta Principal Cognitivo y del Comportamiento y Codirector, Centro para el Trauma, Resistencia y Crecimiento, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust; Profesor Especial, Facultad de Sociología y Política Social, Universidad de Nottingham, Reino Unido, y miembro del Centro de Referencia de la Federación Internacional para el Apoyo Psicosocial Grupo Roster.

The International Federation **Reference Centre for Psychosocial Support**

es alojado y financiado por la Cruz Roja Danesa



y financiado por

Cruz Roja Americana



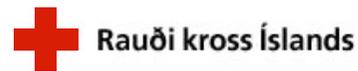
Cruz Roja Helena



Cruz Roja Canadiense



Cruz Roja Islandesa



Cruz Roja Finlandesa



Cruz Roja Noruega



Cruz Roja Francesa



Cruz Roja Sueca



en cooperación con

El Departamento de Psicología
Universidad de Innsbruck

El Instituto de Salud Mental en Catástrofes
Universidad de Dakota del Sur

Centro de Investigación de Estrés Postraumático
Multiétnico
Universidad de Copenhague

Centro de Resistencia y Crecimiento ante el Estrés
Postraumático
**Nottinghamshire Healthcare NHS Trust y la
Universidad de Nottingham**