



Editorial

Una vez que termina la emergencia

Los programas de apoyo psicosocial suelen comenzar con una situación de emergencia – natural o provocada por el hombre, y se centran mayormente en la fase de respuesta y recuperación. Cuando las cosas vuelven a la normalidad, no siempre resulta evidente cómo afrontar la gestión de los recursos recién desarrollados. Sin embargo, no hace falta fijarse demasiado para descubrir que estas capacidades, si se gestionan correctamente, pueden marcar la diferencia en la próxima ocasión.

Cuando examinamos la tensa situación en el sur del Cáucaso bajo un prisma psicosocial, vemos hasta qué punto la formación y la experiencia pueden permitir una rápida respuesta a las situaciones de emergencia. Gracias al enfoque psicosocial tras la tragedia de Beslan en 2004, la Cruz Roja rusa es consciente de este aspecto de la respuesta. Las operaciones de Beslan no solo aportaron a la Sociedad Nacional personal especializado de apoyo psicosocial y voluntarios, sino que también despertó una atención que condujo a una mayor formación en el nivel central en Moscú. Cuando los

desplazados cruzan la frontera desde Osetia del Sur a Osetia del Norte, la Cruz Roja Rusa ya está preparada para ocuparse de su bienestar psicosocial así como del resto de sus necesidades más inmediatas. Actualmente (15.08.08) un equipo de la Cruz Roja Rusa formado por 17 psicólogos y 15 voluntarios está atendiendo a unos 1000 niños desplazados, organizando viajes, juegos y actividades, y haciendo el seguimiento de aquellos niños que dan muestras de estar más afectados.

Sin la experiencia de Beslan, la Cruz Roja Rusa no sería capaz de aportar la misma calidad de apoyo psicosocial inmediatamente a estos niños desplazados. No obstante, esta experiencia por sí sola no es suficiente. Lo que marca la diferencia es la voluntad de la Sociedad Nacional para mantener la atención sobre el apoyo psicosocial tras la situación de emergencia, y continuar construyendo su capacidad a través de la formación y la promoción de la sensibilización.

En este número de Asumiendo la Crisis presentamos el primer balance del delegado para apoyo psicosocial de la Federación Internacional en Myanmar y también otros ejemplos de apoyo psicosocial en operaciones de emergencia recientes. Además, se detallan los esfuerzos actuales para aumentar la capacidad psicosocial en la zona de Oriente Medio y Norte de África, iniciados en gran medida a partir de la necesidad de dar respuesta a los millones de desplazados iraquíes en la región.

Igualmente, este número incluye un artículo sobre gestión del estrés derivado de incidentes críticos como personal y estrategia de apoyo entre iguales en un contexto humanitario. El Centro PS fomenta el intercambio de experiencias, e invita así a los lectores a que envíen artículos que describan otros enfoques concretos para responder a las necesidades de apoyo social de personal y voluntarios, tanto de grupos como de individuos, como consecuencia de situaciones de estrés en escenarios de emergencia.

Atentamente,

Nana Wiedemann

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



Reaccionar ante la crisis

Nº 3 Otoño 2008

Contenido :

Un repaso a Myanmar tras el ciclón Nargis – la situación psicosocial p. 3, por Christina Bitar

Gestión del estrés derivado de incidentes críticos como personal y estrategia de apoyo entre iguales en un contexto humanitario p. 5, por Stephen Regel & Normand Lessard

Lecciones aprendidas a partir del Tsunami – Taller multinacional de Denpasar p. 9, por Pernille Hansen

Apoyo psicosocial en la zona de Oriente Medio y Norte de África p. 10, por Naglaa Rashwan

Apoyo psicosocial en operaciones de socorro financiadas por el Fondo de Emergencia para el Socorro ante Catástrofes p. 11, por Elizabeth Soulié

Factores de riesgo y vulnerabilidad tras la exposición a factores de esters p. 12, por Peter Berliner & Stephen Regel

Foto de portada:

Una mujer afectada por el conflicto entre Georgia y la Federación Rusa sentada en una cama.
©ICRC/J. Björgvinsson

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>

Un repaso a Myanmar tras el ciclón Nargis – la situación psicosocial

Por Christina Bitar
Delegada de PSP, Operación Ciclón Nargis, Yangon, Myanmar

En la orilla del municipio de Bogale, por la mañana temprano, un niño mira fijamente al mar. Unas horas más tarde, el niño sigue observando el silencio, estudiando las olas rompiendo contra la orilla y volviendo al mar. Al atardecer, el niño permanece en la misma posición, mirando a las mismas olas. No, este niño no ha perdido la noción del tiempo, y es demasiado pequeño para dedicarse a hacer evocaciones poéticas; este niño espera a que el mar le devuelva a sus padres. Cree que se los llevó cuando desplegó sus olas furiosas sobre su pueblo tres meses antes, y que si se queda ahí lo suficiente, el mar se compadecerá y se los devolverá.

Myanmar, antigua Birmania, recibió el azote del Ciclón Nargis el 2 y 3 de mayo de 2008. El viento extremo se vio exacerbado por un temporal con olas de más de 3,5 metros de altura, y como resultado, 130.000 personas entre hombres, mujeres y niños perdieron la vida y casi 20.000 resultaron heridos. Pero el desastre no solo se limitó a estas cifras, sino que además afectó a 50 municipios, con un resultado de 800.000 desplazados

de los cuales unos 260.000 quedaron refugiados en campamentos o asentamientos temporales; los informes oficiales indican que 2,4 millones de personas se vieron gravemente afectadas por el Ciclón. Además de la destrucción generalizada de hogares e infraestructura básica como carreteras, depósitos de combustible y electricidad, un gran número de recursos de agua así como almacenes de alimentos, junto con cultivos enteros y campos de arroz –la fuente principal de ingresos para los habitantes de la zona- quedaron dañados y destruidos.

Múltiples retos

Tres meses después del Ciclón, la población sigue sufriendo; posiblemente más ahora que anteriormente. Según la evaluación de la PONJA¹, el 65% de la población superviviente presenta problemas de salud, y cerca del 80% de los encuestados indicaron que vivían a una hora de camino o de recorrido en barca hasta algún centro sanitario. La escasez de suministros, fármacos y personal médico agrava la situación. Las evaluaciones psicosociales realizadas sobre el terreno



Un voluntario con formación para apoyo psicosocial de la Sociedad de la Cruz Roja de Myanmar presta ayuda psicosocial a una mujer en Bogale, Julio 08.

confirman que los supervivientes del ciclón se encuentran en una frágil situación psicosocial por muchos motivos aparte del hecho mismo de haber sobrevivido al ciclón. Además de las separaciones debidas a los fallecimientos, surgen separaciones secundarias debido a que padres y cuidadores envían a los niños al Departamento de Bienestar Social e instituciones de caridad para que reciban cobijo y educación. A esto se añade el hecho de que el elevado número de madres fallecidas supone una carga adicional sobre los padres que intentan encargarse

de sus hijos; lo mismo ocurre con los niños que asumen la responsabilidad de encargarse de sus hermanos. La cultura de Myanmar se caracteriza por un alto nivel de unidad y cohesión social. Inmediatamente después del ciclón, sectores privados, monasterios y ciudadanos particulares movilizaron camiones y furgonetas cargadas con ropa, galletas, *noodles* desecados y arroz rumbo al delta. Por suerte, los trastornos psicosociales inmediatos no se sintieron hasta las primeras fases de la recuperación. Sin embargo, los informes de evaluación



Sociedad de la Cruz Roja de Myanmar



Sociedad de la Cruz Roja de Myanmar

Voluntarios psicosociales de la MRCS intentando llegar hasta las aldeas de Bogale.

de Médicos Sin Fronteras, la Universidad de Yangon, y la Sociedad de la Cruz Roja

de Myanmar (MRCS) reflejan una amplia variedad de síntomas traumáticos. Estos incluyen estrés, depresión, ansiedad, trastornos somáticos y otros cambios del comportamiento que impiden la recuperación y la vuelta a la vida “normal”. Los sueños recurrentes sobre la catástrofe persiguen sobre todo a los niños, que sufren episodios de llanto interminables y reacciones de sobresaltos. En cuanto a los padres, simplemente no quieren volver a sus pueblos. Se sienten mejor en los campamentos, prefieren no ver la destrucción, las pérdidas, la muerte. Quizás lo que buscan es continuar viviendo con la creencia de que sus seres queridos siguen vivos y que viven en sus respectivos pueblos, o tal vez, que simplemente no hay ningún pueblo al que regresar.

Incrementando la capacidad

La ayuda para la supervivencia y el socorro inmediato fue el principal punto de atención de la respuesta inicial de la MRCS a la hora de prestar apoyo psicológico por parte del personal y voluntarios de MRCS tan pronto como empezaron a distribuir artículos auxilio básico a las familias en los refugios/campamentos temporales y monasterios. La MRCS, con el apoyo de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y del Creciente Rojo, está planificando un programa de apoyo psicosocial a gran escala que tendrá comienzo este mes. Actualmente, un gran

número de voluntarios ya ha recibido formación para aportar asistencia psicosocial; y en septiembre de 2008, otros 90 monitores de apoyo psicosocial y 270 miembros y voluntarios de la Cruz Roja así como representantes de la comunidad (monjas, monjes, maestros, etc.) recibirán formación para extender la asistencia psicosocial a la comunidad afectada. Adicionalmente, se desarrollarán actividades de representaciones dramáticas y teatrales con niños dentro y fuera de las escuelas. Se está preparando una extensa evaluación psicosocial - miembros y voluntarios de la Cruz Roja con formación específica recopilarán información de nueve de las áreas más afectadas. Los datos recopilados serán utilizados para reforzar las actividades y planteamientos futuros de la MRCS.

A partir de septiembre, el personal y los voluntarios de la Cruz Roja dispondrán de información y material educativo para apoyar sus actividades psicosociales, y se distribuirán más de 40.000 folletos y pósteres por todo el delta. Se están realizando los preparativos para distribuir 900 kits de apoyo psicosocial para la comunidad y más de 4.000 kits de apoyo psicosocial para la familia en el futuro más cercano. El apoyo psicosocial no solo será extendido a la comunidad afectada – más de 260 miembros y voluntarios de la Cruz Roja serán instruidos por profesionales independientes a finales de 2008.



Sociedad de la Cruz Roja de Myanmar

Voluntario de apoyo psicosocial de la MRCS

El personal y voluntarios de la MRCS así como el equipo de la Federación Internacional están trabajando a un ritmo que no conoce tiempos ni límites; las oficinas centrales de Yangon parecen más bien un panal de abejas, operativo día y noche, rebosante de “ángeles de la caridad” de todo el planeta. El mundo exterior puede pensar que el socorro y recuperación aportado a Myanmar es reducido, pero la verdad es que existe una gigantesca mano de obra de organizaciones internacionales y nacionales en este país, trabajando codo con codo para apoyar a la población afectada. La Cruz Roja, con su escuadrón de voluntarios, se encuentra en primera línea.

Referencias:

1 Gobierno de Myanmar, Asociación del Sudeste Asiático, Naciones Unidas, Evaluación Conjunta Post-Nargis (PONJA), 21 de julio de 2008

Gestión del estrés derivado de incidentes críticos como personal y estrategia de apoyo entre iguales en un contexto humanitario

Repaso y descripción de un programa de formación reciente dentro de ICRC

Stephen Regel y Normand Lessard

Introducción y trasfondo

Se ha aceptado que la prestación de ayuda en cualquier capacidad es un proceso potencialmente estresante. El trabajo para una agencia de ayuda humanitaria, independientemente del cargo, acarreará inevitablemente situaciones de estrés, que en ocasiones podrían superar la resistencia natural de las personas y la capacidad de gestión de la situación. Sabemos que el trabajo en un contexto humanitario tiene un notable potencial para ser estresante, y que habrá ocasiones en las que el estrés podrá verse agravado y amplificado por episodios traumáticos experimentados en el trabajo. También sabemos que el estrés impide el bienestar y que un bienestar reducido impide la efectividad organizativa y el buen rendimiento. Por lo tanto, no hace falta decir que las buenas prácticas de gestión respecto al estrés y al apoyo al personal reforzarán unas prácticas de trabajo efectivas.

Este artículo describe una formación reciente en Gestión del estrés derivado de incidentes críticos (CISM por sus siglas en

inglés) y *Debriefing* psicológico (PD por sus siglas en inglés, *Psychological Debriefing* o externalización de emociones)¹ para el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC), llevado a cabo en colaboración con el Centro de Referencia de la Federación Internacional para Apoyo psicosocial en Copenhague, Dinamarca (PS Centre). También explica los conceptos de CISM y PD, y aporta argumentos para la utilización de estas técnicas como estrategias valiosas y bien aceptadas de apoyo al personal a partir de la exposición a sucesos traumáticos.

El apoyo al personal ha sido subrayado como un asunto fundamental en la labor humanitaria, y su inclusión en la mano de obra del Comité Permanente Inter-agencia (IASC por sus siglas en inglés) sobre salud mental y apoyo psicosocial en escenarios de emergencia ha enfatizado la necesidad del cuidado de los miembros del personal que trabajan en estas situaciones. Las directrices² del IASC reconocen que muchos trabajadores de tareas humanitarias a menudo experimentan un apoyo de gestión y organización insuficiente y que esto termina por convertirse en el mayor de los factores de estrés³. Sin embargo, los grupos e individuos que trabajan para estas organizaciones también suelen verse enfrentados a diario al horror, las amenazas

y la miseria humana (especialmente en emergencias o zonas de conflicto complejas), lo que puede resultar un fuerte reto y exigencia emocional y que conlleva el potencial afectar a la salud mental y el bienestar tanto de voluntarios como del

personal contratado, con independencia de que sean locales o internacionales. Las directrices sugieren que se debería prestar asistencia al personal que haya experimentado o presenciado sucesos extremos (incidentes críticos, sucesos



Trabajar en un contexto humanitario conlleva un notable potencial de ser estresante. En la foto vemos a un trabajador de la Federación Internacional movilizado durante el terremoto de 2006 en Pakistán.

potencialmente traumáticos)⁴.

Gestión del estrés derivado de incidentes críticos (CISM) y Debriefing psicológico (PD)

Muchas organizaciones utilizan CISM y PD como soporte para el personal cuando grupos o individuos quedan expuestos a incidentes críticos relacionados con su labor. CISM se refiere a un paquete de intervención en crisis multi-componente, global, sistemático e integrado, que permite a individuos y grupos recibir una evaluación de las necesidades, apoyo práctico y seguimiento a partir de la exposición a sucesos traumáticos en su trabajo. Por lo tanto, los programas CISM deberían abarcar educación pre-crisis, evaluación, distensión, Debriefing Psicológico (PD) y seguimiento para asistencia psicológica continua si fuera apropiado y necesario.

Tanto la CISM como uno de sus componentes principales, el Debriefing psicológico, fueron objeto de controversia en la última década debido a dos investigaciones con víctimas directas, heridas (supervivientes de accidente de tráfico y trauma por quemaduras) lo que pareció demostrar efectos negativos. Sin embargo, existen pruebas evidentes procedentes de distintas organizaciones que demuestran que el proceso continua siendo aplicado comúnmente, pero ha sido “renombrado”. En otras palabras, el PD continua siendo utilizado en muchos países dentro del contexto del apoyo organizativo para personal en situaciones muy diversas

como servicios de emergencia, acciones militares, etc. Suele ser aportado como apoyo entre iguales. El PD representa una forma estructurada de intervención de grupo en crisis, con un debate y revisión del suceso traumático o incidente crítico.

La técnica ha sido descrita por Mitchell (1988)⁵, que la denominó *Debriefing* –o externalización- del estrés ante incidentes críticos (CISD por sus siglas en inglés) y Dyregrov (1989)⁶ que acuñó el término *Psychological Debriefing* o externalización psicológica de emociones. Desde entonces, los términos (especialmente en Europa) han pasado a ser intercambiables. La diferencia principal (aparte de los nombres de algunas de las fases) es que Dyregrov pone un mayor énfasis sobre el proceso que Mitchell. PD también ha sido desarrollado dentro de un contexto Europeo y por lo tanto refleja una tradición diferente para grupos y estructura que el de Estados Unidos. La otra diferencia es el uso del adjetivo “psicológico”, que en algunos contextos organizativos y culturales tiene connotaciones negativas. La técnica de PD es facilitada a través de una serie de siete fases con algunas diferencias en los nombres de las últimas fases (ver fig. 1)

Mitchell (1988) fases de CISD	Dyregrov (1989) fases de PD
1. Presentación	1. Presentación
2. Hechos	2. Hechos
3. Pensamientos	3. Pensamientos (y expectativas)
4. Reacciones	4. Reacciones (e impresiones sensoriales)
5. Síntomas	5. Normalización
6. Enseñanza	6. Planificación futura y gestión tratamiento
7. Re-entrada	7. Desconexión

Figura 1. La técnica de las siete fases de Debriefing Psicológico y CISD

La técnica fue desarrollada para grupos de trabajadores de servicios de emergencia pero desde entonces ha sido utilizada de manera general. Dyregrov definió PD como: “una reunión de grupo preparada con el objetivo de integrar experiencias personales profundas, tanto a nivel cognitivo, como emocional y de grupo, y evitando así el desarrollo de reacciones adversas de estrés”. Un PD típico llevaría entre 1,5 y 3 horas y tendría lugar entre 72 horas y 14 días después del incidente. El objetivo del PD también es aportar educación sobre reacciones normales y patológicas ante sucesos traumáticos, indicar los recursos para una ayuda y asistencia adicional en caso necesario, y empezar a facilitar el proceso de llegar a asumir el suceso. Aún más importante es el hecho de que fue diseñado para facilitar la

búsqueda temprana de ayuda y que también busca contribuir a una recuperación normal así como el crecimiento personal. El PD nunca estuvo destinado como intervención unívoca o como elemento sustitutivo de psicoterapia y asesoramiento, y ciertamente, nunca estuvo considerado como “tratamiento psicológico”. Uno de los problemas más significativos en términos de investigación en este área en la última década ha sido tratar el proceso como un “tratamiento psicológico”. Esta es una distinción extremadamente importante, porque no solo ha influenciado y dirigido la metodología de investigación hasta ahora, con los inevitables resultados problemáticos, sino que también lleva de forma consistente al proceso que se describe en la bibliografía académica (y en los medios de comunicación) como tratamiento o “asesoramiento”. Inevitablemente, e igualmente importante, esto también influencia el pensamiento que hay detrás del desarrollo de políticas en términos de asistencia al personal, salud y seguridad laboral y provisiones de bienestar. Dado que el CISM y el PD han sido utilizados como método de apoyo organizativo, surge la pregunta “¿por qué hay que aportar apoyo entre organizaciones?”. En primer lugar, existe una evidencia abrumadora de 30 años de investigación que indica que el apoyo social es un factor principal de protección después de sucesos vitales provocadores de estrés y trauma. En segundo lugar, hay diferentes tipos de apoyo social, por ej. informativo, práctico y emocional. En tercer

lugar, el tipo de apoyo social requerido va en función del contexto y necesidades individuales y puede variar con el tiempo. Es importante hacer corresponder las provisiones con las necesidades.

En 2002, la Comisión de trabajo sobre prácticas profesionales de la Sociedad Psicológica Británica (BPS por sus siglas en inglés) publicó su informe sobre *Debriefing* Psicológico⁷. El informe destacó dos importantes áreas de consideración. La BPS estimó la aportación de PD como una estrategia de apoyo y cohesión comunitaria más que como una intervención de tratamiento para prevenir el Trastorno de Estrés Posttraumático (PTSD por sus siglas en inglés). Otra importante conclusión fue que para que el PD tuviera éxito, tendría que ser realizado por personal médico competente dentro de un contexto y escenario apropiado, con la formación, supervisión y apoyo adecuados.

Resulta interesante que incluso las directrices de buenas prácticas actuales en el Reino Unido publicadas por el Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica⁸ sobre la evaluación y gestión del PTSD e intervenciones tempranas para trauma, reconoce que "... existe una carencia de estudios de metodología, de buenos estudios de intervención, con descripciones detalladas de formación y comprobaciones de fiabilidad sobre las intervenciones empleadas"⁹. Por lo tanto, CISM y PD se utilizan principalmente como estrategia de cohesión de soporte organizativo en muchas

organizaciones y no como medida preventiva contra el PTSD. El programa de asistencia entre iguales de ICRC y formación refleja este *ethos*.

Utilización de CISM y PD en el ICRC

El ICRC es una de las principales organizaciones de ayuda humanitaria y se enfrenta a un importante número de retos asociados al trabajo que realiza por todo el mundo, especialmente en zonas de conflicto. La organización cuenta con más de 11.000 integrantes locales e internacionales sobre el terreno por todo el mundo, que trabajan en todo tipo de contextos y escenarios. La organización tiene una Unidad para el Estrés desde 1993, la cual está vinculada con seguridad en operaciones. Esta Unidad para el Estrés tiene un papel de asesoramiento en operaciones y aporta formación, gestión del estrés y CISM. Dentro del proceso de CISM del ICRC, el *debriefing* psicológico se describe como "*Debriefing* Emocional". Siendo en esencia lo mismo que PD, se ha conservado la terminología ya que su significado es perfectamente reconocido y comprendido en toda la organización.

Formación en CISM y PD en el ICRC

La formación tuvo lugar en noviembre de 2007, en el centro de formación del ICRC en Ecogia, junto a Ginebra. La formación fue impartida por los autores (SR en representación de Centro de Referencia Internacional de la Federación) e incluyó a 10 participantes, todos ellos personal médico y sanitario experimentado

trabajando como delegados de salud para el ICRC. Los participantes se encontraban trabajando en destinos tan diversos como Darfur, Colombia, Sierra Leona, Senegal y Ginebra en el momento de la formación.

El curso de formación en CISM y PD usado con el ICRC ha sido desarrollado por el Centro para Trauma, Recuperación y Crecimiento de Nottingham, Reino Unido¹⁰. Este curso viene siendo impartido desde hace más de diez años con diversas organizaciones del Reino Unido y el extranjero. La formación busca aportar fundamentos teóricos sólidos y capacidades básicas para desarrollos actuales en trauma y CISM, junto con los desarrollos más recientes en técnicas, práctica e investigación de PD.

Este programa de formación intensiva de cinco días fue específicamente diseñado para aportar a los participantes una formación basada en capacidades prácticas, y evaluación de práctica utilizando feedback audiovisual. Los dos primeros días se centraron en aspectos teóricos, brindando la oportunidad de debate y preguntas; a continuación la atención se centró en la práctica de PD, con la posibilidad de aplicar la práctica y reflexionar sobre ésta. La teoría cubrió las respuestas más comunes sobre trauma; la naturaleza y características del estrés posttraumático; la naturaleza de los factores de estrés traumáticos; la evaluación del riesgo y factores de vulnerabilidad; los efectos del trauma en el individuo, la familia y las comunidades; el papel de las

actitudes, creencias y factores de atribución en el desarrollo y mantenimiento de trauma. Se empleó una combinación de métodos de enseñanza y aprendizaje, de entre los cuales el más importante fue la utilización de feedback grabado en vídeo para los participantes a partir de los ejercicios del grupo y aprendizaje a partir de experiencias. Cada participante debía hacer una puesta en escena de 50 minutos del proceso de PD y formar parte de un grupo de "debriefing", además de tener la oportunidad de observar el proceso. Se utilizó una herramienta recientemente desarrollada para evaluar la competencia en el proceso de PD (Lista de comprobación de competencias de PD), la cual aportó a los participantes feedback detallado sobre su adecuación para la práctica.

La formación tuvo una excelente acogida por parte de los participantes, los cuales percibieron que habían obtenido una valiosa formación en el proceso. Aún más importante fue el reconocimiento de que ésta era una valiosa herramienta y proceso de intervención en crisis y *no* asesoramiento o terapia. La identificación de factores de riesgo y componentes psicoeducativos, junto con el estímulo de recursos para la capacidad de gestión personal fue considerado como aspectos valiosos del proceso, al igual que la comprensión del uso de PD como medio de asistencia organizativa dentro de un proceso de CISM. Además, se estableció claramente la distinción entre PD y los *debriefings* operativos, siendo el primero para aspectos

de asistencia y otros mencionados anteriormente.

Conclusión

La bibliografía académica no resulta nada útil para comprender las intervenciones tempranas para trauma, con una tendencia persistente a citar los mismos estudios, sin ninguna comprensión clara de la historia, desarrollo, objetivos y utilización de CISM y PD. Si que hay una serie de estudios que atestiguan la efectividad del proceso¹¹ y el hecho de que CISM y PD son de uso común¹² es una prueba clara de que es y continua siendo una estrategia de asistencia al personal a partir de la exposición a sucesos traumáticos útil y bien aceptada. Finalmente, muchas agencias de ayuda humanitaria internacionales utilizan programas CISM. El Departamento de las Naciones Unidas para Seguridad y el Grupo de Trabajo Consultivo sobre Seguridad aprobó el uso de CISM en 2007. Además, otras muchas agencias encargadas de aplicación de la ley y entidades para la provisión de servicios de emergencia en Europa, Escandinavia, EE.UU. y Australia utilizan CISM. En el Reino Unido, los British Royal Marines también han adoptado y adaptado CISM/PD para cubrir sus necesidades.

Esto aporta una clara evidencia de que tiene una utilidad en el contexto de asistencia post trauma en el lugar de trabajo. Las peticiones de cese de la aplicación de CISM/PD en los servicios de emergencia y contextos similares han demostrado ser prematuras ya que tiene un importante

papel psico-educativo y facilita la identificación de individuos que experimentan reacción de estrés grave (los cuales corren un mayor riesgo de desarrollar trastornos a largo plazo). También queda claro que CISM y PD solo pueden ser eficaces como estrategia de intervención en crisis con una adecuada formación, asistencia y supervisión para aquellos que desempeñan una labor de asistencia a sus iguales. Finalmente, las recomendaciones de práctica clínica con las Directrices NICE (mencionadas anteriormente) indican que:

“...nosotros recomendamos la buena práctica de aportar apoyo social y seguimiento general a cualquier persona después de un incidente traumático. El reconocimiento del impacto psicológico de incidentes traumáticos debería formar parte de las respuestas posibles de los trabajadores del servicio sanitario y social a los incidentes. La asistencia y seguimiento parecen cubrir el consuelo ante la angustia inmediata, información sobre el curso más probable de los síntomas, y asistencia práctica y emocional en el primer mes después del incidente. El abandono de CISM y de componentes como el *debriefing* psicológico no hace sino enviar el peligroso mensaje de que no hacer nada por los individuos y los grupos después de sucesos traumáticos es algo aceptable, dejando que los empleadores ejerzan la negligencia sobre un importante deber de atención”.¹³

Lecturas adicionales:

- Deahl M. et al (2001) Evaluating Psychological Debriefing: Are We Measuring the Right Outcomes? *Journal of Traumatic Stress, Vol. 14, No.3, 527-529*
- Dyregrov A. (2003) Psychological Debriefing: A Leader's Guide for Small Group Crisis Intervention. Chevron Publishing Corporation, Ellicott City
- Dyregrov A. (1997) The Process in Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress Vol. 10, No. 4, 589-605*
- Dyregrov A. (1999) Helpful and Hurtful Aspects of Psychological Debriefing Groups. *International Journal of Emergency Mental Health Vol. 3, 175-181*
- Everly G.S., Mitchell J.T., (2000) The Debriefing “Controversy” and Crisis Intervention: A Review of Lexical and Substantive Issues. *International Journal of Emergency Mental Health Vol. 2, No. 4, 211-225*
- Regel, S., Dyregrov, A., Joseph, S (2007) Psychological Debriefing in cross cultural contexts: Ten implications for practice, *International Journal of Emergency Mental Health, 9(1):37-45.*

Referencias:

- ¹ También conocido como *Debriefing* del Estrés por Incidentes Críticos (CISD por sus siglas en inglés), pero los dos términos se refieren a la misma. Para una mayor claridad, el término Debriefing Psicológico será el utilizado en este artículo.
- ² IASC (2007) Directrices del Comité Permanente Inter-Agencia para Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Escenarios de Emergencia. Ginebra, IASC.
- ³ IASC (2007), Programa de Acción, 4.4, pág. 87
- ⁴ IASC (2007), Programa de Acción 4.4.6, pág. 90
- ⁵ Mitchell J.T. (1988) Development and Functions of a

Critical Incident Stress Debriefing Team *Journal of Emergency Medical Services, 43-46*

⁶ Dyregrov., A (1989), Caring for Helpers in Disaster Situations: Psychological Debriefing. *Disaster Management, Vol. 2, No. 1, 25-30*

⁷ Informe sobre Debriefing Psicológico (2002) de la Comisión de trabajo sobre prácticas profesionales de la Sociedad Psicológica Británica. Sociedad Psicológica Británica, Londres

⁸ www.nice.org.uk

⁹ Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (2005) Post-traumatic Stress: The Management of PTSD in Children in primary and secondary care. Gaskell and British Psychological Society, Londres

¹⁰ www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/trauma

¹¹ Richards D. (2001) A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health Vol. 10, No. 3, 351-36;* Deahl M., Srinivasan M., Jones N. (2000) Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology Vol. 73, 77-85;* y Dyregrov A., Gjestad R. (2003) A Maritime Disaster: Reactions and Follow-Up. *IJEMH Vol 5, No. 1, 3-14*

¹² Regel, S., (2007) Post Trauma Support in the Workplace: The Current Status and Practice of critical incident stress management (CISM) and Psychological Debriefing (PD) within organisations in the United Kingdom. *Occupational Medicine, Vol. 57, 411-416;* and Jones N., Roberts P., Greenberg N. (2003) Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organisations. *Occupational Medicine Vol. 53, 469-475*

¹³ NICE. (2005) op. cit., capítulo 7, 87

Por Stephen Regel, Miembro de la lista del Centro de Referencia de la Federación Internacional para apoyo psicosocial y Co-Director del Centro para Trauma, Recuperación y Crecimiento, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust, Reino Unido; y

Normand Lessard; Asesor de Gestión del Estrés para Operaciones, Comité Internacional de la Cruz Roja, ICRC HQ Ginebra

Lecciones aprendidas del Tsunami – Taller multinacional de Denpasar

Por Pernille Hansen, Coordinador de proyecto, Centro de referencia internacional de la Federación para Apoyo psicosocial

En la anterior edición de *Asumiendo la Crisis (Coping with Crisis)*, se presentó el proyecto continuo de recopilación de las lecciones aprendidas sobre la respuesta psicosocial al tsunami. La última actividad de este proyecto fue un taller de tres días que tuvo lugar en Denpasar, Indonesia, en junio de 2008. Entre los 35 participantes se encontraban representantes de programas psicosociales de Sociedades Nacionales Operativas (ONS) de los cinco países más afectados por la acción del tsunami: Tailandia, Indonesia, India, Sri Lanka y las Maldivas; además se contó con la presencia de integrantes de la Federación Internacional y las Sociedades Nacionales Participantes (PNS) de América, Dinamarca, Bélgica, Canadá y Turquía.

Un claro asesoramiento

El increíble entusiasmo y compromiso con las tareas planteadas condujo a tres productivos días de debate y presentaciones que analizaron las mejores prácticas, retos y lecciones aprendidas, dando lugar a recomendaciones muy concisas y exactas para cinco niveles diferentes de operación de programa: nivel de campo (sucursal) y sede central en el país afectado; delegación psicosocial de PNS; sede central de Ginebra/PNS; y Centro PS. Las recomendaciones reflejaron claramente los retos comunes experimentados a través de las fronteras y abarcó la planificación, la

implementación, el seguimiento y la evaluación de procedimientos de programación psicosocial. Los temas más importantes que aparecieron en todos los niveles fueron:

Adecuación cultural: no solo de actividades, sino también de estilos de comunicación; introducción en la comunidad; metodologías de evaluación; y formas de obtener la plena participación de la comunidad, entendida la participación como proyecto propio.

La necesidad de una construcción de capacidades continua: del personal del programa, voluntarios y homólogos locales para servir como inversión en capacidades a largo plazo y una oportunidad de sostenibilidad para actividades de apoyo psicosocial más allá de los proyectos vitales.

Coordinación y asociación: con los representantes a nivel nacional e internacional para promover la colaboración y por lo tanto permitir respuestas integrales que respeten las normativas y directrices internacionales.

Gestión del voluntariado: para asegurar el interés, la motivación y el bienestar del voluntario

Apoyo y promoción de temas y respuestas de apoyo psicosocial tanto nacional como internacionalmente.

También se hicieron algunas recomendaciones sólidas para aspectos psicosociales de planificación y preparación ante catástrofes. Estas se centraron principalmente en el establecimiento de un entorno claro de política de actuación con estándares mínimos para la



35 participantes de Sociedades Nacionales y la Federación Internacional dedicaron tres jornadas intensivas en Denpasar, Indonesia, para debatir y elaborar recomendaciones.

programación de apoyo psicosocial, y directrices y herramientas que podrían apoyar esos desarrollos. El Centro de Referencia PS fue animado para que desarrollara un marco global para el Movimiento de la Cruz Roja y el Creciente Rojo como parte de la promoción de normativas internacionales.

Seguimiento de recomendaciones

Las útiles recomendaciones están siendo utilizadas en la actualidad en la preparación de un encuentro con socios que tendrá lugar en Washington a principios de Septiembre de 2008. Este encuentro incluirá a representantes de dirección de los PNS mencionados anteriormente que han tenido un papel central en la respuesta psicosocial, así como otros actores principales como UNICEF, Save the

Children, IMC y OMS. Se debatirán los temas identificados a través del proyecto de Lecciones Aprendidas, dentro del objetivo continuo de mejorar la respuesta psicosocial en el futuro. Esta actividad va ligada a la finalización y producción de herramientas prácticas para la planificación e implementación futura de programas psicosociales, también basados en las conclusiones del proyecto de Lecciones Aprendidas. En el siguiente número de *Asumiendo la Crisis* se incluirán vínculos a estas herramientas.

Nota: Se puede obtener el informe completo del taller de Denpasar a través de pha@drk.dk

Apoyo psicosocial in the La zona de Oriente Medio y Norte de África

Por Naglaa Rashwan, coordinador psicosocial regional, Zona MENA

Las Sociedades de la Cruz Roja y el Creciente Rojo y otros actores de ayuda humanitaria van tomando cada vez más conciencia de la importancia de la integración del apoyo psicosocial en sus mecanismos de respuesta ante emergencias. La integración de estrategias psicosociales ha sido identificada como un aspecto importante para las Sociedades Nacionales para reforzar la recuperación de las poblaciones vulnerables, proteger y asegurar el bien estar psicosocial del personal, voluntarios y la comunidad en general.

En este contexto, el apoyo psicosocial es un prioridad estratégica de la nueva dirección de la Zona MENA (Oriente Medio y Norte de África). Los días 7-8 de noviembre de 2007 tuvo lugar una reunión de la red psicosocial de apoyo regional organizada en cooperación con el Centro PS y albergada por la Sociedad del Creciente Rojo Árabe de Siria en Damasco. Los resultados del encuentro incluyen la reactivación de la red regional, el objetivo de dar prioridad al apoyo psicosocial en las Sociedades Nacionales; y la articulación de la necesidad de un plan de acción zonal.

Después de la reunión de la red, un grupo preparatorio compuesto por personas dentro del ámbito psicosocial procedentes de cinco Sociedades Nacionales de la región

estableció objetivos claros y un programa que fue debatido en el siguiente encuentro de la red que tuvo lugar en Libia del 19 al 22 de abril de 2008. Se obtuvieron los cuatro resultados siguientes:

Un plan de acción regional 2008-2009 centrado en el establecimiento de unidades de apoyo psicosocial en Sociedades Nacionales, reforzando el modelo de programa de apoyo psicosocial e integrando el apoyo psicosocial en otros programas de relevancia.

Adopción de un modelo de apoyo psicosocial por parte de las Sociedades Nacionales, con las directrices para el desarrollo de programas de apoyo psicosocial. El modelo cubre los temas a considerar en la planificación de esos programas, incluyendo el concepto psicosocial, objetivos estratégicos, grupos objetivo, niveles de intervención, mecanismo de implementación, métodos para la evaluación y seguimiento, y recomendaciones sobre recursos útiles apropiados a la cultura y contexto de la zona.

El establecimiento de un equipo regional de apoyo psicosocial para ayudar en la implementación del plan de acción y el desarrollo del modelo psicosocial en la región. El equipo regional está formado por siete personas del ámbito psicosocial de la Sociedad Nacional, y reforzará el apoyo psicosocial en la región a través de



Participantes de la red psicosocial de la zona MENA en Libia, abril de 2008.

formaciones, el fomento de la coordinación y la colaboración en la región, e interviniendo con otros equipos regionales en emergencias. El equipo llevará a cabo una investigación sobre los tópicos más relevantes, introducirá los desarrollos más recientes en intervenciones psicosociales, y efectuará evaluaciones y seguimientos de éstas. El equipo se reunió por primera vez en Jordán a mediados de agosto (coincidiendo con el periodo de producción del número actual de *Asumiendo la Crisis*) para establecer su plan de acción.

La designación de un coordinador regional del programa de apoyo psicosocial que prestará su apoyo al equipo regional en la implementación de su plan de acción, y que también apoyará a la red regional, coordinará el trabajo con los puntos centrales de la Sociedad Nacional, aportará soporte técnico y asistencia en la planificación y formación a nivel nacional. El coordinador también

fomentará el intercambio de información, experiencias y mejores prácticas tanto entre las Sociedades Nacionales de la región como con otros socios dedicados a la ayuda humanitaria.

La Zona MENA (Oriente Medio y Norte de África) aportará un soporte continuo al trabajo de apoyo psicosocial de las Sociedades Nacionales. La revitalización de la red psicosocial es una forma de garantizar este soporte. Desde el punto de vista zonal, las reuniones de la red son el instrumento clave para que el personal técnico se reúna y para desarrollar prioridades colectivas para el apoyo psicosocial en la región. La red será el organismo regional encargado de buscar la excelencia técnica y operativa, y servirá como puente entre las estrategias globales y las acciones locales. La red desarrollará planes de acción que serán seguidos tanto a nivel nacional como regional.

Apoyo psicosocial en operaciones financiadas por el Fondo de Emergencia para el Socorro ante Catástrofes

Por Elizabeth Soulié, Departamento de Asistencia a Operaciones, Federación Internacional

El Fondo de Emergencia para el Socorro ante Catástrofes (DREF por sus siglas en inglés) de la Federación Internacional aporta un soporte financiero inmediato a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y del Creciente Rojo. Las asignaciones se realizan tanto como préstamos de fondos de reacción primaria en operaciones de respuesta ante grandes catástrofes para las que se lanza un llamamiento de emergencia, o como prestación para cubrir los costes de operaciones de menor escala para las que no se lanza ningún llamamiento. La cantidad de asignaciones realizadas para apoyar operaciones de socorro a pequeña escala va en ascenso y representó el 60 por ciento del total en 2007.

El apoyo psicosocial personas afectadas por catástrofes y para los voluntarios y personal que les aportan asistencia es una parte importante de las operaciones de socorro y los costes pueden ser cubiertos por la asignación de DREF. Conforme aumenta el número de operaciones DREF, el número de ejemplos de apoyo psicosocial aportado por las Sociedades Nacionales también aumenta en informes DREF. Aquí se exponen algunos ejemplos recientes.

La Sociedad del Creciente Rojo de Kazajstán también fue convocada para apoyar a los mineros y sus familias en enero, después de que una explosión de gas metano en la mina de Abay, en la región de Karaganda, y los incendios subsiguientes dejaran un balance de treinta mineros muertos. La Cruz Roja Rusa aportó su experiencia para asistir al Creciente Rojo de Kazajstán y se encargó de formar a 13 voluntarios de la sucursal de Karaganda para que llevaran a cabo un programa de apoyo psicosocial. Se puede obtener un excelente informe sobre la operación en la web pública de la Federación Internacional: www.ifrc.org/docs/appeals/08/MDRKZ00101.pdf



En Sudamérica, la **Cruz Roja Argentina** (CRA) respondió ante las inundaciones tanto de este año como de 2007. El apoyo psicosocial fue parte de la asistencia que la CRA aportó a las familias que perdieron sus casas y que fueron evacuadas a refugios, especialmente a los niños. También la CRA había percibido previamente que el apoyo

psicosocial como actividad a desempeñar por profesionales, reforzando las capacidades de los voluntarios en este área, resultaba algo muy positivo y exitoso, además de gozar de un gran reconocimiento por parte de las comunidades afectadas. www.ifrc.org/docs/appeals/rpts08/MDRAR00301.pdf

La Sociedad de la Cruz Roja de Uganda (URCS) recibe con frecuencia llamamientos para desempeñar operaciones de respuesta ante brotes de epidemias. En noviembre 2007, respondieron a un brote de Ébola en el suroeste del país. A través del apoyo de la Organización Mundial de la Salud, 130 voluntarios recibieron formación en apoyo psicosocial para que pudieran asistir a los hogares afectados, los cuales habían sufrido discriminación y estigmatización dentro de sus propias comunidades. El apoyo psicosocial ofrecido por los voluntarios de la URCS jugó un papel fundamental a la hora de eliminar el estigma. Los voluntarios formados aportaron servicios de asesoramiento a 140 familias y realizaron un seguimiento continuo de su progreso. Eventualmente, las comunidades fueron capaces de integrar a las personas afectadas como resultado de la adquisición de niveles más altos de información sobre la epidemia a través de las insistentes campañas anti-estigma realizadas por los voluntarios de la Sociedad Nacional. www.ifrc.org/docs/appeals/07/MDRUG007fr.pdf

Anuncio:

Ananda Galappatti, un médico psicosocial que ha desempeñado su labor en los últimos 12 años en Sri Lanka ha sido galardonado con el Premio Ramon Magsaysay 2008 al Liderazgo Emergente. Galappatti ha realizado trabajos de consultoría para la Cruz Roja Americana y el Centro de Referencia de la Federación Internacional para Apoyo psicosocial entre otros. Se le reconoce así “su enérgico compromiso personal para aportar servicios psicosociales adecuados y eficaces a las víctimas de trauma por guerra y catástrofes naturales de Sri Lanka”.



Los premios son entregados en seis categorías anualmente a individuos y organizaciones de Asia por el logro de la excelencia en sus campos respectivos. El Premio al Liderazgo Emergente galardona a los “individuos, de cuarenta años de edad o menos, que realizan un trabajo destacado en temas de cambio social en sus comunidades, pero cuyo liderazgo aún no ha sido reconocido fuera de estas comunidades”.

Reseña

Factores de riesgo y vulnerabilidad a partir de la exposición a factores de estrés

Por Peter Berliner y Stephen Regel

Un informe reciente sobre salud mental en el Reino Unido indicó que el 16.5 % de las personas entre 16 y 75 años sufría alguna forma de enfermedad mental, siendo la depresión y la ansiedad la mayor proporción de afectados¹. Esto sugiere que mientras que mucha gente es capaz de recuperarse y asumir bien la adversidad, hay muchas otras personas que no cuentan con el capital humano o social para hacerlo.

Está ampliamente documentado el hecho de que existen factores de riesgo importantes para el desarrollo de estrés traumático como consecuencia de catástrofes y situaciones de emergencia^{2,3,4}. También está documentado generalmente que se están produciendo cambios, a veces de manera rápida, dentro de muchas sociedades y culturas, y que existe un mayor sentido del aislamiento, la alienación y el abandono en determinadas comunidades. La recuperación en el seno de la comunidad, la familia y también a nivel individual podría

verse entorpecida por ello⁵.

Muchos de los estudios revisados por los dos meta-análisis más importantes de factores de riesgo^{2,3} no incluyen estudios con víctimas de catástrofes en distintos contextos culturales y escenarios. Por lo tanto, éstos deberán ser interpretados con cierto grado de precaución a la hora de examinar el riesgo y la vulnerabilidad ante el trauma en las distintas culturas. Sin embargo, conviene recordar que el factor de riesgo con el mayor efecto destacado en todos los estudios fue la falta de apoyo social.

Grupos de factores de riesgo

Es importante que estos factores de riesgo sean considerados a la hora de planificar e implementar programas psicosociales, tanto en general como a en el momento de aportar apoyo a grupos particularmente vulnerables. Los factores de riesgo pueden ser divididos en dos grupos. El primero puede ser considerado como de factores de riesgo generales para el desarrollo de reacciones de estrés postraumático. Estos incluyen:

- Factores de estrés anteriores
- Problemas psicológicos anteriores
- Historial psiquiátrico de la familia
- Pobre apoyo social
- Género (el riesgo es más elevado para las mujeres)
- Grupos de edad más joven
- Respuesta de estrés agudo
- Falta de educación y estatus socio económico inferior

- Abusos durante la infancia y circunstancias adversas para la niñez

El segundo grupo de factores de riesgo/vulnerabilidad es el de aquellos que suelen ser considerados “peri-traumáticos”, es decir, factores que tendrán lugar entorno al momento específico el evento y que suelen incluir:

- Proximidad al suceso
- El individuo experimenta una pérdida de control
- Peligro de muerte subjetivo – creen que iban a morir en el momento del trauma
- Culpabilidad – a menudo en forma de culpabilidad del superviviente o sobre actos de acción u omisión, es decir, la persona cree que como resultado de su acción o inacción la catástrofe afecta a los demás
- El suceso implica fallecimiento, heridas graves o pérdida de seres cercanos
- Disociación peri-traumática – que puede ser descrita como una serie de procesos que implican la interrupción de los sentimientos normalmente integrados de conciencia, memoria, identidad o percepción, por ej. la persona puede describir los sensaciones como “si el tiempo se hubiera congelado”, o “todo ocurría en cámara lenta”.

A menudo puede ser la interacción compleja y multifacética entre muchos de estos factores lo que dicte los resultados sociales y psicológicos.

Referencias:

¹ Centre for Economic Performance (2006). *The Depression Report*. Centro para Rendimiento Económico, Escuela londinense de Economía y Ciencias Políticas. <http://cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth>

² Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 68(5),748-766.

³ Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T.L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. Vol. 129(1), 52-73

⁴ Perkonig, A., Kessler, R. C. & Storz, S. (2000). Traumatic events and Post-traumatic Stress Disorder in the Community: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 101, 46-59.

⁵ Orford, J. (2008) *Community Psychology – Challenges, Controversies and Emerging Consensus*. Wiley: Chichester.

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**