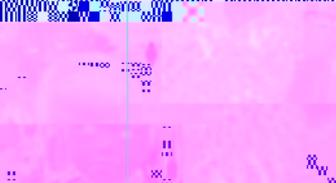


Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial



Guía del IASC sobre Salud
Mental y Apoyo Psicosocial
en Emergencias Humanitarias
y Catástrofes

IASC

Preámbulo

El Comité Permanente entre Organismos (IASC) ha elaborado esta Guía para posibilitar que quienes participan en acciones de ayuda humanitaria planifiquen, establezcan y coordinen un conjunto mínimo de respuestas multisectoriales para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que atraviesan por situaciones de catástrofe.

Las poblaciones afectadas por situaciones de emergencia humanitaria suelen padecer enormes sufrimientos. Quienes realizan acciones de ayuda humanitaria tienen cada vez más en cuenta en sus actividades la protección y mejora de la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas durante las emergencias y después de éstas. Pero se carecía de un marco multisectorial e interinstitucional que posibilite una efectiva coordinación, determine cuáles son las prácticas útiles, individualice las prácticas que pueden ser nocivas y aclare de qué manera los diferentes enfoques del apoyo a la salud mental y el bienestar psicosocial se complementan recíprocamente.

La Guía ofrece asesoría sobre los elementos clave que permiten un enfoque integrado para abordar las cuestiones más urgentes de salud mental y bienestar psicosocial en situaciones de emergencia.

Desearía agradecer a los miembros del Grupo de Trabajo del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia y, especialmente a los Copresidentes del Grupo de Trabajo, la OMS e *I e A c i o*, por haber logrado un consenso interinstitucional sobre lo que se consideraría respuestas mínimas en este importante sector de la asistencia humanitaria.

Exhorto a todos quienes participan en tareas de asistencia humanitaria a que pongan en práctica esta Guía.



Kasidis Rochanakorn

Presidente, Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos

Director, OCAH, Ginebra

Índice

Agradecimientos	iii
Preámbulo	v
Capítulo 1. Introducción	1
Antecedentes	1
Efectos de las emergencias sobre la salud mental y el bienestar psicosocial	2
La Guía	6
Instrucciones para utilizar el presente documento	8
Principios fundamentales	10
Preguntas formuladas frecuentemente	18
Capítulo 2. Matriz de intervenciones	22
Capítulo 3. Listas de Acciones que constituyen la respuesta mínima	23
COORDINACIÓN	
1.1 Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial	37
DIAGNÓStICO De LA Sit uACIÓN, Se GuI Me Nt O y ev AL uACIÓN	
2.1 Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial	42
2.2 Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación	51
PROt eCCIÓN y NORMAS De DeReCHOS HuMANOS	
3.1 Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial	56
3.2 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las deficiencias en los sistemas de resguardo, y responder a dichas amenazas, mediante medidas de protección social	62
3.3 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y los abusos mediante medidas de protección jurídica	72
ReCuRSOS HuMANOS	
4.1 Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local	79
4.2 Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal	84

términos varían entre distintas organizaciones y dentro de una misma organización, y entre distintas disciplinas y países, y dentro de una misma disciplina o un mismo país. Dado que el presente documento es una Guía intersectorial e interinstitucional, la expresión compuesta *Salud e Igualdad Psicosocial* (SMAPS) sirve para aunar un grupo de agentes tan amplio como sea posible y pone de manifiesto la necesidad de aplicar enfoques diversos y complementarios al proporcionar el apoyo apropiado.

Todavía son pocas las pruebas científicas de cuáles son los apoyos a la salud mental y al bienestar psicosocial más eficaces en situaciones de emergencia. La investigación al respecto, en su mayor parte, se ha realizado meses o años después de finalizar la etapa aguda de la catástrofe. A medida que esta especialidad se vaya consolidando, la base de investigación se ampliará, y lo propio ocurrirá con la experiencia sobre el terreno que acumulen los profesionales. Para incorporar los conceptos que vayan surgiendo, será preciso que esta publicación se vaya actualizando periódicamente.

Efectos de las emergencias sobre la salud mental y el bienestar psicosocial

Problemas

Las situaciones de emergencia crean muy diversos problemas en el plano del individuo, de la familia, de la comunidad y de la sociedad. En cada uno de esos niveles, las emergencias erosionan los apoyos de protección de la persona, acrecientan los riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas y tienden a agravar los problemas existentes de injusticia social y desigualdad. Por ejemplo, las inundaciones, suelen tener efectos desproporcionados sobre los sectores más pobres de población, que residen en lugares más precarios.

Los problemas de salud mental y psicosociales en emergencias están muy interconectados; no obstante, pueden ser de índole predominantemente social o predominantemente psicológica. Entre los problemas de naturaleza predominantemente social cabe mencionar:

- Problemas sociales preexistentes (anteriores a la emergencia) (por ejemplo, extrema pobreza; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política);

- Problemas sociales inducidos por la emergencia (por ejemplo, separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género); y
- Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria (debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales).

De manera similar, entre los problemas de naturaleza predominantemente psicológica cabe mencionar:

- Problemas preexistentes (por ejemplo, trastornos mentales graves; abuso de alcohol);
- Problemas suscitados por la catástrofe (por ejemplo, duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés postraumático (TEPT); y
- Problemas inducidos por la asistencia humanitaria (por ejemplo, ansiedad debida

líderes religiosos, los sanadores locales, las prácticas de plegaria y culto, y las ceremonias culturales como los ritos.

A fin de planificar una respuesta apropiada a una catástrofe es importante conocer cuáles son los recursos locales, si éstos son útiles o perjudiciales, y en qué medida las personas afectadas tienen acceso a tales recursos. Algunas prácticas locales —desde costumbres y tradición hasta las formas de atención en instituciones cerradas pueden infringir derechos humanos básicos (véanse las Listas de Acciones 5.3, 6.3, y 6.4).

La Guía

Propósito de esta Guía

El propósito fundamental de estas recomendaciones es posibilitar que las comunidades y quienes se acercan a ellas para prestar asistencia, establezcan, planifiquen, y coordinen un conjunto de respuestas multisectoriales mínimas para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas afectadas por una catástrofe. Estas respuestas mínimas, que se detallan en las Listas de Acciones, son lo primero que debe activarse; son las primeras etapas esenciales que sientan las bases de hipotéticas tareas posteriores más integrales (incluyendo las que tienen que ver con el inicio de la reconstrucción, una vez estabilizada la situación).

Las respuestas mínimas son lo primero que debe activarse; son las primeras etapas esenciales que sientan las bases de hipotéticas tareas posteriores más integrales (incluyendo las que tienen que ver con el inicio de la reconstrucción, una vez estabilizada la situación).

A fin de complementar este enfoque centrado en la respuesta mínima, la Guía también indica estrategias concretas de salud mental y apoyo psicosocial que han de considerarse antes y después de la etapa de emergencia aguda. Estas medidas a adoptar “antes” (preparación para emergencias) y “después” (respuesta integral) establecen un marco conceptual, para esta respuesta mínima y permiten dejar claro que dicha respuesta mínima es sólo el punto de partida de una acción más integral (véase el Capítulo 2).

Si bien la Guía se ha preparado para su uso en países de ingresos bajos y medios (donde suelen trabajar los miembros del Comité Permanente entre Organismos (IASC), el marco general y muchas secciones de la Guía también son recomendaciones para emergencias a gran escala en países de altos ingresos.

Público destinatario

Esta Guía se preparó para que sea usada por todos los que participan en las tareas de asistencia humanitaria, (organizaciones de la propia comunidad, autoridades gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales (ONG) donantes que realizan operaciones en situaciones de emergencia a escala local, nacional e internacional etc.)

Esta Guía no está destinada a determinados organismos o proyectos en particular.

Tiene particular importancia que en cada etapa participen las comunidades y las autoridades locales de modo activo, para garantizar acciones eficaces y unitarias, fomentar las capacidades locales y lograr la sostenibilidad de las acciones emprendidas. A fin de maximizar estos aspectos, la Guía debería traducirse a todos los idiomas locales pertinentes al contexto.

Esta Guía no se destina únicamente a las personas que trabajan en salud mental y apoyo psicosocial. En las Listas de Acciones de esta Guía, hay muchas que recomiendan acciones psicosociales que corresponden a las esferas básicas del trabajo humanitario, como gestión en casos de desastre, derechos humanos, protección, salud en general, educación, abastecimiento de agua y saneamiento, seguridad alimentaria y nutrición, albergue, administración de campamentos, desarrollo comunitario y comunicación social. Los profesionales de salud mental raramente trabajan en esas esferas, pero se les alienta a utilizar el presente documento como vía para promoverlas entre las comunidades y los colegas de otras disciplinas, a fin de velar por que se adopten medidas apropiadas desde cada una de estas esferas básicas de trabajo. Junto a ello cabe añadir que, las formas clínicas y especializadas de apoyo psicológico o psiquiátrico que se indican en la Guía sólo deben ponerse en práctica bajo la conducción de profesionales de la salud mental.

esquema general de la Guía

La estructura de esta Guía de IASC es compatible con los anteriores documentos de IASC: Directrices para intervenciones sobre VIH/sida en contextos de emergencia. (IASC, 2003) y *Directrices aplicables a la Intervención Psicológica en la Vigilancia*

Guía de Respuesta Psicosocial a la Emergencia Humanitaria. (IASC, 2005). En estos tres documentos del IASC figuran sendas matrices que detallan las acciones recomendadas en diferentes etapas de las emergencias humanitarias y un conjunto de Listas de Acciones que explican de qué manera poner en práctica los elementos de respuesta mínima detallados en la columna del medio (Respuesta Mínima) de la matriz. En la presente Guía figuran 25 Listas de Acciones (véase el Capítulo 3).

La matriz (que figura en el Capítulo 2) proporciona un panorama general de las principales intervenciones para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial. En las tres columnas que se observan en ella.

- Medidas de preparación para emergencias, que habrán de ser 7-8.5 años (IASC, 2005).

cuenta con un sólido respaldo de numerosos organismos y de muchos actores en la asistencia humanitaria. Por esta razón, es un instrumento útil tanto para enfrentar las deficiencias como para fomentar las respuestas recomendables (es decir, las respuestas mínimas prioritarias), a medida que se va desarrollando las intervenciones multisectoriales. Por ejemplo, en una situación en que se están formulando programas sectoriales que no están siendo participativos, la Guía podría utilizarse para abogar ante las diferentes partes interesadas por desarrollar un enfoque más participativo y proporcionar las razones por las cuales esto sería beneficioso. De manera similar, si hay niños de muy corta edad que corren riesgo de no recibir ningún tipo de apoyo, la Lista de Acción 5.4 podría utilizarse para promover el establecimiento de apoyos apropiados al desarrollo en la primera infancia.

Una parte importante de las tareas de promoción es colaborar con los demás actores a fin de desarrollar servicios apropiados de salud mental y apoyo psicosocial. El diálogo con el resto de los actores, sean éstos ONG, gobiernos o funcionarios de las Naciones Unidas, puede contribuir a encauzarlos, según proceda, hacia los tipos de prácticas indicados en el presente documento. La Guía también puede usarse para tareas de promoción de otras maneras. Por ejemplo, al incluir en la matriz una columna de respuesta integral se facilita el desarrollo de la planificación a largo plazo (por ejemplo, para incorporar servicios de salud mental en el sistema de salud del país de que se trate).

Por otra parte, a a za a . Aun cuando la matriz sugiere medidas que deberían ser la respuesta mínima en muchas situaciones de emergencia, es preciso realizar un análisis de la situación local para determinar de modo más preciso las mayores necesidades, especificar las medidas prioritarias y orientar una respuesta que sea social y culturalmente apropiada.

- Comprometerse a evaluar y a aceptar auditorías y revisiones externas;
- Desarrollar sensibilidad cultural y competencia en las cuestiones en las que se interviene o trabaja;
-

Reconocer que las personas resultan afectadas por las emergencias de maneras diferentes. Muchas personas son resistentes y pueden funcionar bien, mientras que otras tal vez resulten gravemente afectadas y pueden necesitar apoyos especializados.

Formular preguntas en el idioma o los idiomas locales y de manera segura y amigable que respete el carácter confidencial.

Prestar atención a las diferencias por motivos de género.

Cerciorarse de las referencias al contratar personal y voluntarios y fomentar la capacidad del nuevo personal recurriendo a los residentes locales y/o la comunidad afectada.

Después de impartir capacitación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial, es preciso proporcionar supervisión y seguimiento ulteriores para velar por que las intervenciones se realicen correctamente.

Facilitar la formulación de programas que sean apropiados y administrados por la comunidad y dirigidos por ésta.

Fomentar las capacidades locales, apoyando la autoorganización y fortaleciendo los recursos ya presentes en los grupos afectados.

Conocer las prácticas culturales locales y, según proceda, utilizarlas en apoyo de los residentes locales.

Emplear métodos ajenos a la cultura cuando esto sea apropiado.

hacinados y los servicios sanitarios crean riesgos de violencia sexual para las mujeres.

5. La Guía se centra en respuestas mínimas en medio de las emergencias, pero, ¿qué es una emergencia? y ¿qué es una respuesta mínima? Los documentos del Proceso Anual de Llamamientos Conjuntos del IASC (Annual Process of Joint IASC Appeals) (www.reliefweb.int) proporcionan ejemplos útiles de las situaciones que el IASC considera que son emergencias. Estas incluyen tanto las surgidas de conflictos armados como de desastres naturales (incluyendo las crisis alimentarias), y corresponden a situaciones en que grandes sectores de la población corren riesgo agudo de muerte, sufrimientos inmensos y/o pérdida de su dignidad como consecuencia de lo anterior.

6. ¿Estas recomendaciones son abrumadoras. ¿Cómo podría un solo actor (organismo, comunidad) implicado en la asistencia humanitaria hacerlo todo? ¿Es preciso poner en práctica las listas completas de acciones en cada emergencia? No se espera que ninguna comunidad o ningún organismo tenga capacidad de poner en práctica todas y cada una de las intervenciones mínimas necesarias para responder en medio de una emergencia. La orientación que aporta la Guía no se dirige a organismos o proyectos individuales. Dado que esta Guía es interinstitucional, requiere acciones coordinadas entre diferentes actores para poner en práctica sus diversos elementos. Además, las acciones descritas como *de referencia* en la Guía probablemente serán respuestas mínimas en la mayoría de las emergencias, pero no en todas ellas. Es imprescindible analizar la situación local para determinar cuáles acciones concretas son prioritarias en el contexto local y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.

de

7. ¿Por qué no se indican plazos para poner en práctica las acciones? Si bien las necesidades humanitarias inmediatamente posteriores a algunos desastres (por ejemplo, 7851149.7851 Tm(e)5(j)507(l)7(e)7(m)7m(e)5(j) 005750069500115(u)5(n)55 Tf8 0

4 Recursos humanos

3.2 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las deficiencias en los sistemas de resguardo, y responder a dichas amenazas, mediante medidas de protección social

3.3 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y los abusos mediante medidas de protección jurídica

- Revisar y actualizar los datos y subsanar las deficiencias en los servicios para personas con necesidades concretas (grupos en situación de alto riesgo de vulnerabilidad de derechos humanos o derecho internacional humanitario)
- Institucionalizar la capacitación sobre protección de los trabajadores en todos los sectores, incluyendo las fuerzas armadas y el sistema judicial
- Apoyar la reintegración comunitaria en condiciones de seguridad de las personas afectadas por todas las formas de violencia
- Limitar el acceso a bebidas alcohólicas en los campamentos
- Adoptar medidas para prevenir la trata de seres humanos
- Proporcionar apoyo psicológico, social, económico, educacional y médico apropiado a los sobrevivientes de violaciones de derechos humanos y a sus familias. También a los testigos, incluidos los testigos en procesos judiciales
- Prestar asistencia a los sistemas judiciales en la aplicación de leyes acordes con las normas internacionales

- Preparar una descripción de las competencias esenciales y pertinentes que deben poseer los trabajadores en este contexto
- Institucionalizar, vigilar y obligar al cumplimiento de códigos de conducta y normas éticas, y fortalecerlos en la medida de lo necesario
- Recopilar información sobre la magnitud y la distribución de la capacitación y la supervisión recibida
- Aumentar el nivel de la capacitación y la supervisión y fomentar la sostenibilidad de la capacidad de respuesta institucionalizando los procesos de capacitación
- Pasar revista a la respuesta dada a las cuestiones de SMAPS que afecten a los trabajadores y adherirse a las políticas de SMAPS que apliquen los organismos para su personal y para los voluntarios

-
- Determinar cuáles son los hábitos de la población para preparar alimentos, y las creencias al respecto, así como los alimentos de mayor consumo
 - Vigilar el acceso a los micronutrientes fundamentales y de comprobada eficacia en el desarrollo psicológico del niño
 - Planificar y establecer sistemas equitativos de distribución de alimentos que respondan a las necesidades de la población.
-
- Recopilar datos sobre los aspectos sociales de los recursos existentes, las deficiencias, las prácticas y los grupos en situación de riesgo con respecto a los albergues y la planificación de emplazamientos
 - Realizar diagnósticos participativos del grado de seguridad y la idoneidad de posibles emplazamientos
 - Planificar la provisión de albergues de emergencia para todos (prestando la debida atención a las personas en situación de riesgo) garantizando condiciones de seguridad y dignidad, así como la privacidad y la ampliación de las posibilidades de acción de las personas
 - Formular planes para prevenir que las personas desplazadas sean alojadas en campamentos durante lapsos prolongados
 - Planificar la calefacción de los albergues (cuando las emergencias se producen en lugares con baja temperatura
-
- Recopilar datos sobre los aspectos sociales de los recursos existentes, las deficiencias y los grupos en situación de riesgo, en lo concerniente a abastecimiento de agua y saneamiento
 - Planificar el abastecimiento de agua y el saneamiento para todos (tomando debidamente en b

CAPÍTULO 3

Listas de Acciones que constituyen la Respuesta Mínima

en este capítulo figuran las Listas de Acciones para la respuesta mínima. Hay sólo una Lista de Acciones para cada mención en la columna del medio (respuesta mínima) de la matriz que figura en el Capítulo 2

Función o esfera	Título de la Lista de Acciones
A. Funciones comunes a todas las esferas	
1 Coordinación	1.1 Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial
2 Diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación	2.1 Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial
	2.2 Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación
3 Protección y normas de derechos humanos	3.1 Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial
	3.2 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las deficiencias en los sistemas de resguardo, y responder a dichas amenazas, mediante medidas de protección social
	3.3 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y los abusos mediante medidas de protección jurídica
4 Recursos humanos	4.1 Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local
	4.2 Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal
	4.3 Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria
	4.4 Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios
B. Esferas básicas de salud mental y apoyo psicosocial	
5 Organización comunitaria y apoyo a la comunidad	5.1 Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores
	5.2 Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades
	5.3 Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas

Antecedentes

La programación eficaz de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) requiere la coordinación intersectorial entre una gran variedad de agentes. Todos los sectores de la respuesta humanitaria tienen la responsabilidad de proteger y promover la salud mental y el bienestar psicosocial. La coordinación intersectorial de SMAPS debe abarcar los servicios de salud, educacionales y sociales, además de representantes

elaborar conjuntamente un plan que indique qué se hará y quién lo hará. Se recomienda formar un único grupo coordinador intersectorial de SMAPS, integrado por agentes tradicionalmente asociados con ambos sectores, salud y protección. Ésta es la manera más eficaz de reducir la fragmentación y velar por que se aborden de manera integrada todos los aspectos de SMAPS, desde el apoyo social de base comunitaria hasta el tratamiento de los trastornos mentales graves. Por otra parte, puede ser útil establecer subgrupos encargados de abordar cuestiones concretas (por ejemplo, apoyo psicosocial en las escuelas, atención a la salud mental en los servicios de salud). El grupo coordinador de SMAPS debería coordinarse, a su vez, con todos los grupos (clusters) pertinentes del IASC para velar por que sus actividades se realicen de manera que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial y que dentro de esos grupos se realicen acciones pertinentes de SMAPS.

- Incluir en el grupo coordinador de SMAPS a representantes de los principales ministerios gubernamentales implicados (por ej. ministerios de salud, de bienestar social y de educación), organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. Deberían incluirse participantes de otras organizaciones, entre ellas, otros ministerios gubernamentales, asociaciones profesionales, universidades, organizaciones confesionales, organizaciones o entidades

liderazgo deberían tener conocimientos sobre el tema de SMAPS y estar en condiciones de asegurar un proceso de coordinación incluyente (por ejemplo, evitar el predominio de un determinado enfoque o sector; cuando haya conflictos armados, deberían ser aceptados por todos los sectores en pugna).

- Se debería tratar de reducir las diferencias de poder entre los miembros del grupo coordinador y facilitar la participación de los grupos subrepresentados o menos poderosos (por ejemplo, utilizando el idioma local o estructurando las reuniones y su lugar de celebración acorde a las costumbres locales).
- Todas las organizaciones tienen la responsabilidad de coordinar sus respuestas (a condición de que ello no contradiga el principio de “ante todo, no dañar”). Las organizaciones deberían tratar de asegurar que sus representantes posean las facultades, los conocimientos y las aptitudes necesarios para participar eficazmente en tareas de coordinación).

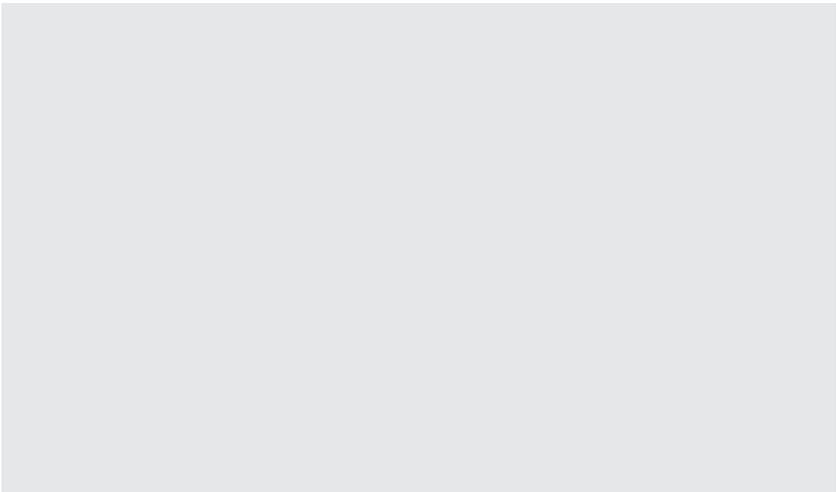
2. **Acciones mínimas de respuesta**

- El grupo coordinador se encargará de coordinar la planificación y la ejecución de programas en relación con la presente Guía. Esto incluye velar por que se realicen las acciones mínimas de SMAPS, según proceda en la situación del momento, y que lleguen de manera equitativa y oportuna a las comunidades afectadas por emergencias.
- La facilitación de los procesos de planificación estratégica intersectorial e interinstitucional abarca lo siguiente:
 - Coordinar los diagnósticos de situación y poner en común las constataciones (véase la [Lista de Acciones 2.1](#));
 - Establecer prioridades de acción y geográficas consensuadas;
 - Detectar los déficits en las respuestas y tratar de subsanarlos coordinadamente;
 - Velar por una división funcional del trabajo entre los actores;
 - Facilitar la cooperación interinstitucional en las acciones conjuntas (por ejemplo, mecanismos de remisión de personas o cursos conjuntos de capacitación);
 - Coordinar la difusión de información acerca de la emergencia, las actividades de socorro, los derechos jurídicos y la autoatención entre las poblaciones afectadas (véanse las [Listas de Acciones 8.1 y 8.2](#));
 - Documentar los enfoques de distintos organismos, los materiales y las

3. a za a a a a a a a a
a a a a
• a a .

capacidades de la comunidad para organizarse y las lagunas en la programación. Normalmente, debería estar finalizado en 1 ó 2 semanas.

2. *Diagnóstico de la situación*, centrado en comprender cómo apoyar a la población afectada, que aborde todos los



Sin embargo, hay muchas dificultades para realizar encuestas epidemiológicas útiles y válidas en situaciones de emergencia. Hasta el momento, la gran mayoría de esas encuestas no ha logrado distinguir entre trastornos mentales y ansiedad no patológica. Los instrumentos utilizados en esas encuestas sólo han sido validados por lo común fuera de las situaciones de emergencia, en poblaciones clínicas que acudieron en busca de ayuda y para las cuales hay mayor probabilidad de que la ansiedad sea un signo de psicopatología que para una persona común miembro de una comunidad en situación de emergencia. En consecuencia, muchas encuestas de este tipo aparentemente sobrestiman la prevalencia de los trastornos mentales y sugieren incorrectamente que grandes sectores de la población se beneficiarían si recibieran atención clínica, psicológica o psiquiátrica. De manera similar, los instrumentos utilizados en la vasta mayoría de las encuestas realizadas en el pasado no fueron validados para

los1(d)50(n)8(o)c-4(a)6par10((a)-4(.n0(d)-1-17(r-1(e)-110(t)-19(r)3(a)110(t)-19(r)7(r)10((a)-4(.n0(80(pa)-17(t)5(o)-(b(a)-4(.n0(80(pa)9C0d)50(n)8(o)c)-12(d)-1-

personas que tienen una opinión positiva o muy positiva de un programa).

- Muchos adolescentes estaban desesperanzados y algunos pensaban que la violencia era la única opción, mientras que otros proponían maneras no violentas de proteger sus derechos.
- Los adolescentes convinieron en servirse de un foro de adolescentes para la promoción de sus derechos ante los funcionarios palestinos; en utilizar los medios de difusión para explicar sur 0(s)10(s)-1fu n, mi-13(s)5()5(d)-6(e)-5(r)-1(e)-17(c)-5(h)3(o)-10(s)5()5(a)-20(nym)-23(i-13(s)5()5(d)-6(e)10(o))-22(i)-1(e)-5nathe cos ue otre610(a)-20(n)5trnt5se

- ¿Qué factores causan la violencia y quiénes la perpetran?
- ¿Están todavía presentes los perpetradores y siguen intimidando a los residentes locales o a quienes ofrecerían protección?
- ¿Hubo separación de los miembros de las familias? ¿Sigue ocurriendo esta separación?
- ¿Dónde están los niños separados o no acompañados?
- ¿Qué ha sucedido con los ancianos/con las personas discapacitadas?
- ¿Qué ha sucedido con quienes están internados en instituciones y hospitales?
- ¿Cuáles son las actuales preocupaciones en cuanto a seguridad y protección?
- Es preciso analizar las capacidades locales para la protección, formulando preguntas como las siguientes:
 - En el pasado, ¿cómo hicieron frente los grupos de la comunidad a amenazas similares a las actuales, y qué está haciendo la gente ahora?
 - ¿Cómo ha afectado la crisis a los sistemas de protección y los mecanismos para hacer frente a la situación que estaban operando anteriormente?
 - ¿Dónde están quienes normalmente proporcionarían protección?
 - Entre los miembros de grupos presuntamente protectores – como agentes de policía, soldados, encargados del mantenimiento de la paz, o autoridades escolares, ¿hay algunos que están creando amenazas a la protección?
- Es preciso recopilar, siempre que sea posible, datos desglosados por edad y por género.
 - Establecer protocolos y guías de consentimiento informado y prever la documentación, el almacenamiento y la comunicación de los datos de índole confidencial.
 - Comunicar a todos los equipos sectoriales e intersectoriales de evaluación de la situación y a los mecanismos de coordinación cuáles son las preocupaciones detectadas en cuanto a la protección.

representadas las mujeres y otros grupos clave potencialmente en mayor riesgo.

- Crear localmente conciencia acerca de la manera de denunciar las infracciones a la protección.
- Establecer, cuando sea viable hacerlo, Grupos de Trabajo sobre Protección (GPT)

3. Activar o establecer mecanismos de protección social, y fomentar las capacidades locales de protección, según sea necesario.

- Movilizar a las personas que tienen o han tenido previamente un papel en organizar la atención o la protección comunitarias, velando por que estén

b) malestar dimanado de haber quebrado el requisito de confidencialidad, haber efectuado múltiples entrevistas a la misma persona o haber formulado preguntas inapropiadas; y c) estigma por ser individualizado.

- Proporcionar información de manera comprensible para las personas, posibilitando que éstas adopten decisiones informadas sobre las principales cuestiones relacionadas con protección (véase la Lista de Acciones 8.1).

Principales referencias

1. Slim H. and Bonwick A. (2005). *Protección: Una guía de ALNAP para la acción*. Intermon-Oxfam
http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/resources/downloads/Protection_Spanish.pdf
2. Eguren E (2005). Manual para protección de defensores de derechos humanos.
<http://www.frontlinedefenders.org/files/en/Protection%20Manual%20for%20Human%20Rights%20Defenders%20Spanish.pdf>
2. IASC (2002). *Guía de Seguridad: Protección de los Trabajadores Humanitarios*. <http://www.icva.ch/files/gstree.pdf>
3. IASC (2005) *Directrices sobre el abuso sexual y el acoso sexual en situaciones de emergencia*. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20enero.pdf> y <http://www.psicosocial.net>
4. IASC (2006) *Protección de la emergencia de desastres naturales*. http://www3.brookings.edu/fp/projects/idp/2006_IASC_NaturalDisasterGuidelines_Spa.pdf y <http://www.psicosocial.net>
5. CICR, CRI, Save the Children UK, UNICEF, ACNUR y World Vision (2004). *Directrices Generales Inter-Agencias sobre niñas y niños no acompañados o separados*. [http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/htmlal/p1101/\\$File/ICRC_003_1011.PDF!Open](http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/htmlal/p1101/$File/ICRC_003_1011.PDF!Open) y <http://www.psicosocial.net>
6. FICR y CICR (1994). *Conducta de los trabajadores humanitarios: Guía de la Red de Médicos de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para el cuidado de los afectados (ONG)*. <http://www.cruzroja.org/pvh/edicom/docs/DocReferencia/Policas/CCConducta.pdf>
7. InterAction (2004). *Manual de Protección: Guía de Protección de la Acción Humanitaria*. http://www.interaction.org/campaign/protection_paper.html
8. OCAH (de próxima publicación). *Declaración de los Principios de la Acción Humanitaria*. <http://www.psicosocial.net>

9. ACNUR. *Protección: Principios y Manuales de Acción*. <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1651.pdf> y <http://www.psicosocial.net>

10. UNICEF. *Protección: Guía de Acción*. http://www.unicef.org/spanish/media/media_tools_guidelines.html y <http://www.psicosocial.net>

Ejemplo de indicadores de procesos

- Los trabajadores de asistencia humanitaria tienen conciencia de que son responsables de denunciar las violaciones de las normas de protección y saben cómo hacerlo.
- En campamentos, aldeas o zonas de asentamientos, hay un grupo o mecanismo local de protección encargado del seguimiento, las denuncias y la adopción de medidas en esta materia.
- Se están adoptando medidas para proteger a las personas más vulnerables, incluidas las que padecen discapacidad mental crónica.

Sierra Leona, 2002

- Después de un decenio de guerra interna, las niñas que habían sido secuestradas y explotadas sexualmente por los grupos armados solían ser objeto de estigma, acoso y ataque al regresar a sus aldeas.

- Comprender los requisitos mínimos de salud y salud mental que debe satisfacer el personal para poder hacerse cargo de tareas con alto riesgo o alto nivel de estrés (sobre la base de la experiencia de la propia organización y la de organismos similares);
- En función del contexto, tener presentes los posibles conflictos originados por la existencia de identidades -1(x)-2s6a6(s3(a)5()5(o)2(r)-10(g)-8(r)-16(i)-125-8(n)-3(e6(v)9(e)-1(5(r)-11(s)-5()5(l)5()5(p)-5(a)-22)-8(n)5(t)-7(5(.

por escrito sino también mediante diálogo personal para cerciorarse de que los trabajadores la hayan comprendido y dar lugar a que formulen preguntas.

3. a a a a (a , a a a a a a a) a a a a a, a a . Este mecanismo debe procurar:

- Intercambiar información y datos sobre experiencias adquiridas, a fin de mejorar el funcionamiento de los sistemas;
- Difundir conjuntamente entre las comunidades afectadas información acerca de los códigos de conducta;
- Coordinar otras actividades, incluyendo la capacitación del persona-6(.I)-33(n)5 lolo(a)-22(r 0 8.Tm[e]-9-20(a)-225(r)-11 1 Tf8.5(s)-25(,)5(5(i)-22(s11(l)u)-6(e)5()5(f)1 Tf8.5 1 Tm[e]-1(l)5()5(f)-27(-)



Antecedentes

Todos los trabajadores tanto nacionales como internacionales, desempeñan un papel fundamental en la provisión de servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en contextos de crisis. Por ello, es preciso que estén dotados de conocimientos teóricos y prácticos adecuados. La capacitación debería prepararles

Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)

<http://www.cruzroja.org/pvh/edicom/docs/DocReferencia/Policas/CConducta.pdf>

<http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/html/64ZPM8>

8. Keeping Children Safe (2006). "Setting the international standards for child protection". <http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>

9. ACNUR- Código de conducta – *l c e g B e de Sec e a o Ge e a o b e edda e ecae de o ecc g a a e o ac e a e ab o e a* (ST/SGB/2003/13)

<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3871.pdf>

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/SGBulletin.pdf>

<http://www.psicosocial.net>

10. Naciones Unidas (2004). *Med da e ecae de o ecc g a a e o ac e a e ab o e a : l o e de Sec e a o Ge e a* (A/58/777). Naciones Unidas (2004). *Med da e ecae de o ecc g a a e o ac e a e ab o e a : o e de eca o e e a* (A/58/777)

<http://daccess-ds.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/58/777&Lang=S> y <http://www.psicosocial.net>

ejemplo de indicadores de proceso

- Cada organización ha establecido sistemas para informar a todos los funcionarios acerca de las normas mínimas de conducta que se espera que observen.
- Se informa a las comunidades a cuyo servicio están los trabajadores de asistencia humanitaria acerca de las normas de conducta y las vías en que pueden plantear sin peligro sus inquietudes acerca de presuntas infracciones.
- Los organismos cuentan con personal capacitado y disponible para iniciar investigaciones sobre presuntas infracciones, dentro de plazos razonables.

Kenya, 2003

- Los organismos que trabajaban en Kakuma convinieron en un código de conducta común aplicable a todos los trabajadores.
- Las comunidades recibieron informaciones acerca de las normas de conducta por diversos cauces, incluyendo videos.
- Se impartió capacitación interinstitucional sobre la manera de investigar las denuncias de conductas inapropiadas.

2. Selección de formadores

Es preferible seleccionar a formadores locales dotados de experiencia previa y/o conocimientos sobre las poblaciones afectadas, siempre que posean los conocimientos teóricos y prácticos necesarios. Entre los criterios importantes para seleccionar a los formadores estarían:

- Sensibilidad cultural

- Los seminarios de capacitación deben ir seguidos siempre de apoyo y/o supervisión sobre el terreno (véase la acción principal 7 i f a).

5. **Acciones para el personal de apoyo y supervisión**

El contenido de los talleres puede incluir los siguientes temas:

- Examen de los procedimientos de seguridad y protección;
- Métodos para que los trabajadores detecten y hagan frente a los problemas emocionales o de desgaste relacionados con el trabajo (véase la Lista de Acciones 4.4);
- Códigos de conducta y otras consideraciones éticas (véase la Lista de Acciones 4.2);
- Derechos humanos y enfoques basados en derechos humanos en el trabajo de asistencia humanitaria (véase la Carta Humanitaria del Proyecto *Shere* y la Lista de Acciones 3.1);
- Importancia de facultar e involucrar a la población local en todas las actividades que se lleven a cabo (véase la Lista de Acciones 5.1);
- Conocimientos básicos sobre los efectos de las emergencias en la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones (véase el Capítulo 1);
- Técnicas de primeros auxilios psicológicos (véase la Lista de Acciones 6.1);
- Métodos para promover la dignidad de la población afectada utilizando las experiencias recogidas en anteriores emergencias;
- Conocimientos acerca del contexto sociocultural e histórico local, incluyendo:
 - Conocimientos básicos acerca de la crisis y de las percepciones de las poblaciones afectadas con respecto al resto del mundo;
 - Información básica sobre actitudes y prácticas culturales y sistemas de organización social, así como sobre prácticas tradicionales, ritos y estrategias para hacer frente a la situación que pueden resultar eficaces o nocivas;
 - Información básica sobre comportamientos de los trabajadores de asistencia que podrían ser ofensivos en función de la cultura local;
- Información acerca de los servicios disponibles para remisión de personas (por ejemplo, servicios de búsqueda, de salud y protección, apoyos comunitarios tradicionales, asistencia jurídica, etc.);

- Información sobre cómo y dónde participar en reuniones pertinentes de coordinación entre organismos.

El contenido de los talleres puede incluir los siguientes temas:

- Toda la información ofrecida en los talleres de formación;
- Habilidades para la evaluación de la situación psicosocial y la salud mental de individuos, familias y comunidades en situaciones de emergencia;
- Técnicas de respuesta en crisis para la atención psicosocial y de salud mental de eficacia comprobada en contextos similares y que pueden ser impartidas rápidamente, sobre la base de las capacidades existentes, el contexto y la cultura del personal que se está formando.
- Conocimientos y habilidades necesarios para ejecutar intervenciones que son: a) parte de la respuesta mínima, y b) indicadas como necesarias en el diagnóstico de situación (véase la Lista de Acciones 2.1). Esto se aplica a la capacitación de:
 - Trabajadores de salud (véanse las Listas de Acciones 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 y 6.5)
 - Trabajadores de protección (véanse las Listas de Acciones 3.2, 3.3 y 5.4)
 - Trabajadores comunitarios (oficiales o no) (véanse las Listas de Acciones 5.1, 5.2, 5.3 y 5.4)
 - Maestros (véase la Lista de Acciones 7.1).

6. **Acciones para el personal de formación**

Los programas de formación de futuros formadores deben proveer a estos de herramientas para que puedan capacitar de modo adecuado a otros. También serán útiles para preparar a personas para que comuniquen información a grandes públicos. No obstante, la formación de formadores sólo debe impartirse tras una planificación cuidadosa y debe estar a cargo de personal formado y experimentado. Cuando los cursos de formación de formadores están mal preparados —en particular, los que capacitan a: a) futuros formadores que carecen totalmente de experiencia docente previa, o b) futuros formadores con experiencia limitada en el contenido de los cursos— tienden a fracasar y pueden redundar en resultados de SMAPS deficientes, o incluso nocivos. Por consiguiente, después de la formación de formadores es preciso proporcionar apoyo y seguimiento a los futuros formadores y a sus formandos, para lograr que la capacitación sea adecuada y que el trabajo final de estos sea de buena calidad.

Lista De Acciones 4.4

Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios

función:  a

etapa:   a

- Los miembros de la comunidad no participan en la formulación de las actividades de ayuda y sólo participan mínimamente en su puesta en práctica.

a a a a a a za a a

- Reconocimiento por los miembros de la comunidad de que tienen intereses

- Es importante colaborar con los gobiernos locales cuando existen estructuras

- Facilitar procesos de reflexión colectivos en que participen personas clave, grupos comunitarios o la comunidad en su conjunto, con respecto a:
 - Vulnerabilidades comunitarias que deben abordarse de inmediato y escenarios que pueden preverse para el futuro;
 - Capacidades y aptitudes comunitarias a las que puede recurrirse o que pueden reactivarse;
 - Posibles fuentes de resistencia detectadas por el grupo;
 - Mecanismos que hayan ayudado en el pasado a la comunidad a hacer frente a tragedias, situaciones de violencia y pérdidas;
 - Organizaciones (por ejemplo, grupos locales de mujeres, grupos de jóvenes o de profesionales, organizaciones sindicales o políticas) que podrían participar en el proceso;
 - Experiencias con éxito de afrontamiento de crisis que afectaron a otras comunidades.
- Una de las actividades básicas del proceso de movilización participativa es ayudar a que las personas efectúen conexiones entre lo que poseía previamente la

Lista De Acciones 5.2

Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades

función: za a a a a a a
etapa: a a

México, 1985

- En 1985, tras un devastador terremoto en México, D. F., donde había fuertes organizaciones comunitarias preexistentes, los miembros de las asociaciones vecinales locales organizaron la atención de emergencia.
- Los residentes locales realizaron la mayor parte de las tareas de desescombro, distribuyeron alimentos y otros suministros, organizaron albergues transitorios y diseñaron las futuras viviendas.
- La respuesta local de emergencia se transformó en un movimiento social que prestó asistencia ciudadana durante años.
- Los estudios realizados tres y cinco años después del terremoto no registraron un aumento significativo en la prevalencia de problemas de salud mental.

ejemplos de actividades que promueven el apoyo brindado por las familias y las comunidades a miembros afectados por la catástrofe, especialmente a quienes corren mayores riesgos

- Organizar grupos que consideren las maneras en que la comunidad puede ayudar a los grupos vulnerables y necesitados de protección y apoyo, detectados en el diagnóstico de situación (véase la Lista de Acciones 2.1);
- Establecer comités comunitarios de protección a la infancia que detecten a los niños en situación de riesgo, los vigilen, intervengan siempre que sea posible y remitan sus casos a las autoridades de protección o a los servicios comunitarios, según sea apropiado (véase la Lista de Acciones 3.2);
- Organizar, siempre que sea posible, hogares de guarda estructurados y supervisados, en lugar de orfanatos, para los niños separados de sus familias (véase la Lista de Acciones 3.2);
- Buscar a los miembros de las familias desmembradas y facilitar la reunificación familiar para todos los grupos de edades (véase la Lista de Acciones 3.2);

Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas

función: za a a a a a a

etapa: a a

Antecedentes

En situaciones de crisis, las personas pueden padecer estrés colectivo de índole cultural, espiritual y religioso, y tal vez requieran atención inmediata. Quienes prestan los servicios, oriundos de medios ajenos a la cultura local, suelen pensar en términos de síntomas y reacciones individuales, como depresión y estrés traumático, pero muchos sobrevivientes, particularmente en sociedades no occidentales, experimentan gran parte de sus sufrimientos en términos espirituales, religiosos, familiares o comunitarios.

Con frecuencia, los sobrevivientes están sometidos a enorme estrés cuando no pueden cumplir con los ritos fúnebres culturalmente apropiados, o cuando no se han encontrado los cadáveres de las víctimas para poder enterrarlos, o cuando se carece de los recursos financieros o los espacios privados necesarios para esos ritos. De manera similar, muchas personas padecen estrés intenso si no pueden cumplir con prácticas religiosas, espirituales o culturales. En esta Lista de Acciones se consideran los apoyos generales, comunitarios, religiosos y culturales (incluidos los espirituales) para grupos de personas que tal vez no acudan en búsqueda de atención, mientras que la Lista de Acciones 6.4 trata de la atención usual especializada para personas y

- Se han adoptado medidas para posibilitar prácticas valoradas por las personas afectadas y compatibles con las normas internacionales de derechos humanos.

Angola, 1996

- Un ex niño soldado dijo que estaba angustiado y temeroso debido a que por la noche recibía la visita del espíritu de un hombre a quien había matado. El problema era comunitario, dado que su familia y su comunidad lo consideraban contaminado y temían las represalias del espíritu si el niño no era objeto una ceremonia de purificación.
- Los trabajadores de asistencia humanitaria consultaron a los sanadores locales,

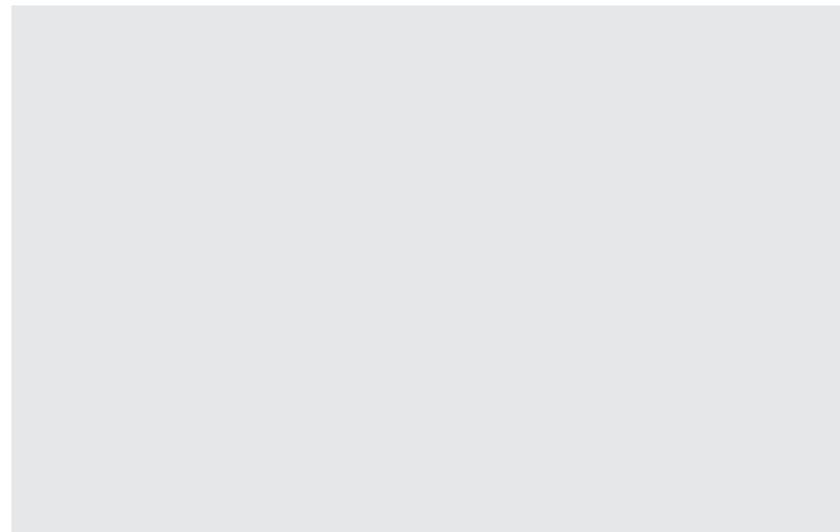
Principales referencias

1. Fundación Bernard Van Leer (2005) *Efectos de la violencia en la infancia: Respuestas de emergencia*.
Fundación Bernard Van Leer.

http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/respuestas_a_ninos_pequeaos_en_situaciones_de_postemergencia/file

2. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). *Children at Risk in Peace: Working with Children Affected by Armed Violence*.
http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace;_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf

3. *Acción de Lucha contra la Violencia en la Infancia: Guía de Acción para la Protección de*



Antecedentes

En la mayoría de las situaciones de emergencia hay disociación entre los servicios generales de salud y los servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS). Pero

evitando el uso de medicamentos. Todos los trabajadores de asistencia, especialmente los trabajadores de salud, deberían estar en condiciones de ofrecer primeros auxilios psicológicos muy básicos. Se considera muchas veces erróneamente que los primeros auxilios psicológicos requieren intervenciones clínicas o psiquiátricas urgentes. Por el contrario, se trata simplemente de una respuesta humana de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y necesita soporte. Los primeros auxilios psicológicos son muy diferentes de la entrevista psicológica, puesto que no necesariamente incluyen que se hable de los hechos que han causado el malestar ni implica acciones de psicoterapia. Los primeros auxilios psicológicos abarcan:

- Proteger a los sobrevivientes respecto de daños mayores (a veces, una persona muy angustiada puede adoptar decisiones que provocan mayor riesgo)
- Proporcionar a los sobrevivientes oportunidad de que hablen sobre los hechos, pero sin ejercer presión. Es preciso respetar el deseo de no hablar y evitar insistir para obtener más información que la que la persona está dispuesta a dar). Según sea apropiado, cabe informar a los sobrevivientes angustiados de su derecho a negarse a hablar de los hechos con otros trabajadores de asistencia o periodistas;
- Escuchar pacientemente, aceptando lo que se oye y sin emitir juicio;
- Transmitir una empatía auténtica.
- Determinar cuáles son las necesidades prácticas básicas y velar por que se satisfagan;
- Preguntar a las personas qué les preocupa y tratar de abordar esas preocupaciones;
- Desalentar las maneras negativas de hacer frente a la situación (especialmente, desalentar el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas y explicar que las personas muy angustiadas corren un riesgo mucho mayor de adicción);
- Alentar la participación en actividades cotidianas normales (tanto como sea posible) y aprovechar medios positivos de hacer frente a la situación (por ejemplo, métodos tranquilizantes culturalmente apropiados o acceso a apoyos culturales y espirituales apropiados);
- Alentar, pero no obligar, a buscar la compañía de uno o más familiares o amigos;
- Según corresponda, ofrecer a la persona la posibilidad de regresar para obtener más apoyo;
- Según corresponda, remitir a la persona a los servicios de apoyo disponibles localmente (véase la Lista de Acciones 5.2) o a profesionales con formación clínica.
- En casos excepcionales, cuando la angustia aguda y severa limita el funcionamiento básico de una persona, probablemente se necesitará tratamiento clínico (por ejemplo, véase en las principales referencias, Where There is No Psychiatrist). De ser posible, remítase al paciente a un profesional con formación adecuada en caso de trastorno mental (véase la Lista de Acciones 6.2). Es preciso proporcionar tratamiento clínico en combinación con (otros) apoyos informales (véase la Lista de Acciones 5.2).
- Con respecto al tratamiento clínico de la angustia aguda, en las emergencias es frecuente recetar benzodiazepinas en exceso. No obstante, es apropiado recetar este tipo de medicamentos por un lapso muy breve de tiempo para ciertos problemas clínicos (por ejemplo, insomnio grave). Sin embargo, es necesario tener una gran precaución, pues el uso de benzodiazepinas puede conducir rápidamente a la dependencia, especialmente cuando se trata de personas sumamente angustiadas. Varios estudios han mostrado que las benzodiazepinas pueden retrasar el proceso de recuperación, después de situaciones extremas de estrés.
- En la mayoría de los casos, la angustia aguda se irá mitigando progresivamente a lo largo del tiempo, sin necesidad de intervención externa. Sin embargo, en una minoría de los casos, aparecerá un trastorno crónico de distimia o ansiedad (así como trastornos por estrés postraumático severo). Cuando el trastorno es grave, debe procurarse tratamiento dispensado por personal clínicamente capacitado, como parte de la respuesta mínima a la emergencia (

Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental

función: 

a

etapa:

  a

Antecedentes

De las 10 principales causas de discapacidad en todo el mundo, cuatro son trastornos mentales; no obstante, la salud mental es uno de los sectores al que se dedican menos

Si bien las acciones indicadas a continuación constituyen la respuesta mínima necesaria en emergencias a las necesidades de quienes padecen trastornos mentales graves, dichas acciones también pueden constituir las primeras etapas de una respuesta más integral. Las recomendaciones se destinan a las autoridades de salud locales, a los trabajadores de salud y a las organizaciones médicas locales e internacionales. Si en un principio no hay infraestructura de salud local ni capacidad local, las organizaciones externas deberían ofrecer servicios de emergencia de salud mental. No obstante, es preciso que los servicios se establezcan de manera tal que no desplacen los medios existentes para hacer frente a la situación, tanto públicos como no, y deben ofrecerse de manera tal que sea posible integrarlos posteriormente en los servicios de salud que proporciona el gobierno.

Principales acciones

1. a a a a a 5()25()5 a 401. 1()11()6()18(a)14(7(1()1)5())16()5()5() ()5()2()6()10()5()5()5()2()18()5()5 ()

Esta Lista de Acciones se refiere principalmente a las necesidades suscitadas por la emergencia y relativas a las personas con trastornos mentales internadas en hospitales psiquiátricos. Cabe señalar que las personas internadas en hospitales psiquiátricos no siempre sufren exclusivamente problemas psiquiátricos, pues puede haber también ingresados discapacitados mentales y enfermos neurológicos graves, a quienes también se aplicaría esta Lista de Acciones. Además, muchas de las mismas necesidades y de las mismas acciones recomendadas en esta Lista se aplican a otras personas que padecen trastornos mentales graves u otras discapacidades mentales y neurológicas, que están reclusos en cárceles, en instituciones de bienestar social u otras instituciones residenciales, o en tratamiento por sistemas tradicionales de salud.(

ejemplos de indicadores de procesos

- Se siguen satisfaciendo las necesidades físicas básicas de las personas recluidas en instituciones psiquiátricas.
- Las personas recluidas en instituciones psiquiátricas siguen recibiendo atención básica de salud
- Se vigilan y respetan los derechos humanos de las personas recluidas en instituciones psiquiátricas.
- Se han formulado planes adecuados para la evacuación y para otras emergencias.

Sierra Leona, 1999

- En medio del conflicto, todo el personal de una institución psiquiátrica había huido, salvo dos enfermeras psiquiátricas. El edificio estaba parcialmente destruido y los pacientes deambulaban en la comunidad. Algunos de ellos regresaban en la noche a dormir. Se utilizaba a los pacientes para hacer mandados a través de la frontera de fente y para acarrear alimentos dr

contrabando35(.)TJ/C0_3 1 Tf8 0 0 8 49.5294.60989 Tm0099200015TJ/Spain/ActualTextFEFF0007-BDC 1.062 0 Td0015TJEMC ETBT/T1_1 1 Tf8.5 0 0 8.5 58294.60989 Tm5(S)-27(e)5()5(r)-1((u

dispensando medicamentos alopáticos. Algunos grupos religiosos tal vez ofrezcan formas de apoyo a sus creyentes sobre la base de la fe.

Cabe señalar que algunas prácticas tradicionales son dañinas; por ejemplo, pueden incluir informaciones falsas, golpes, ayuno, inmovilización física prolongada, cortes o ritos sociales de depuración para expulsar a “quienes hacen el mal” fuera de la comunidad. Además, algunos ritos son extremadamente costosos y en el pasado algunos sanadores han utilizado las emergencias para hacer proselitismo y explotar a poblaciones en situación vulnerable. En esos casos, el problema reside en encontrar maneras eficaces y constructivas de abordar esas prácticas, en la medida en que esto sea realista en circunstancias de crisis. Antes de apoyar las prácticas tradicionales de purificación o de curación, o de colaborar con ellas, es imprescindible determinar en qué consisten esas prácticas y si son posiblemente beneficiosas, neutrales o potencialmente dañinas.

Sean o no clínicamente eficaces esas prácticas tradicionales de curación, el diálogo con sanadores tradicionales puede resultar positivo, en los siguientes aspectos:

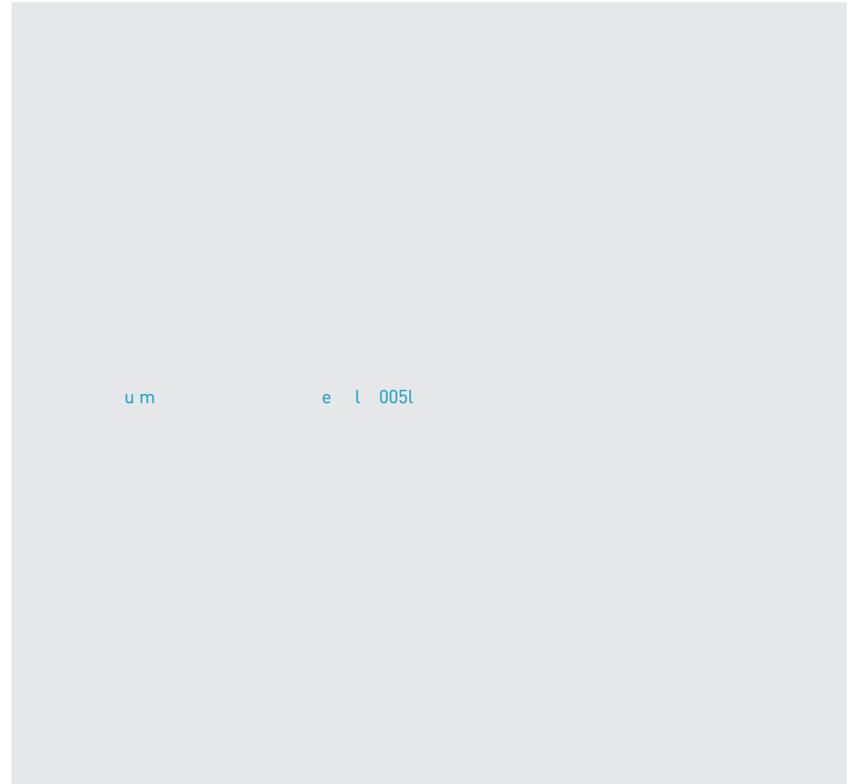
- Mayor comprensión de la manera en que se expresan y se abordan el malestar emocional y la enfermedad psiquiátrica ([véase la Lista de Acciones 2.1](#)) y mayor conocimiento de los tipos y los niveles de malestar en la población afectada;
- Mejores sistemas de remisión;
- Relación permanente con los sanadores, donde muchos acuden para recibir ayuda;
- Mayor comprensión del mundo espiritual, psicológico y social de las personas a

.5 54 256.5051 Tmlectos:RQ5EQeVÁ.....T3WQsEN.é:•jPUÁ.....T3W3WURT%ef1 fl:..À65hQ™

- Tratamientos compartidos: por ejemplo, tal vez los sanadores estén dispuestos a aprender la manera de monitorizar a pacientes psicóticos que toman fármacos por períodos prolongados o proporcionar lugares donde puedan permanecer los pacientes que reciben tratamiento alopático. Es posible incorporar en la práctica alopática los métodos tradicionales de distensión y relajamiento, así como el masaje etc.

Principales referencias

1. Center for World Indigenous Studies. www.cwis.org
2. *Intercultural Psychiatry*, Vol 8, 2005, págs. 2 a 9. Artículos temáticos sobre la aplicación de métodos curativos tradicionales en psiquiatría. [http://www.cwis.org/intercultural-psychiatry/tematicos.html](#)



Diagnóstico de la situación respecto del alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias

A fin de obtener directrices de metodologías para el diagnóstico de situación,

<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544861.pdf> y <http://www.psicosocial.net>

5. OMS (1998). *Guía práctica de evaluación de los problemas de consumo de drogas: Manual de procedimientos* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra. OMS. [www.rararchives.org/IDU-RAR\(spanish\).doc](http://www.rararchives.org/IDU-RAR(spanish).doc)

6. OMS (2001). *Manual de procedimientos de evaluación de los problemas de consumo de drogas: Guía práctica de evaluación* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra. OMS

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

7. OMS (2001). *Manual de procedimientos de evaluación de los problemas de consumo de drogas: Guía práctica de evaluación* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra. OMS. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/37325-S.pdf

8. OMS (2002). *SEX-RAR Guía de referencia de los problemas de consumo de drogas: Guía práctica de evaluación* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra: OMS. http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf

9. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación – Guía práctica de planificación y aplicación*. http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1_es.pdf

10. OMS (2001). *Manual de procedimientos de evaluación de los problemas de consumo de drogas: Guía práctica de evaluación* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra. OMS

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

11. OMS (2003). *T. Evaluación, Soporte y Seguimiento de los Problemas de Consumo de Drogas (ASSIST): Guía de evaluación* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra: OMS.

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf

11. OMS (2003). *Sección de Soporte y Seguimiento de los Problemas de Consumo de Drogas (ASSIST): Guía de evaluación* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra: OMS. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

ejemplos de indicadores de proceso

- Se ha realizado recientemente un diagnóstico de la situación relativa a los daños del consumo de alcohol y el uso indebido de otras sustancias.
-

Lista De Acciones 7.1

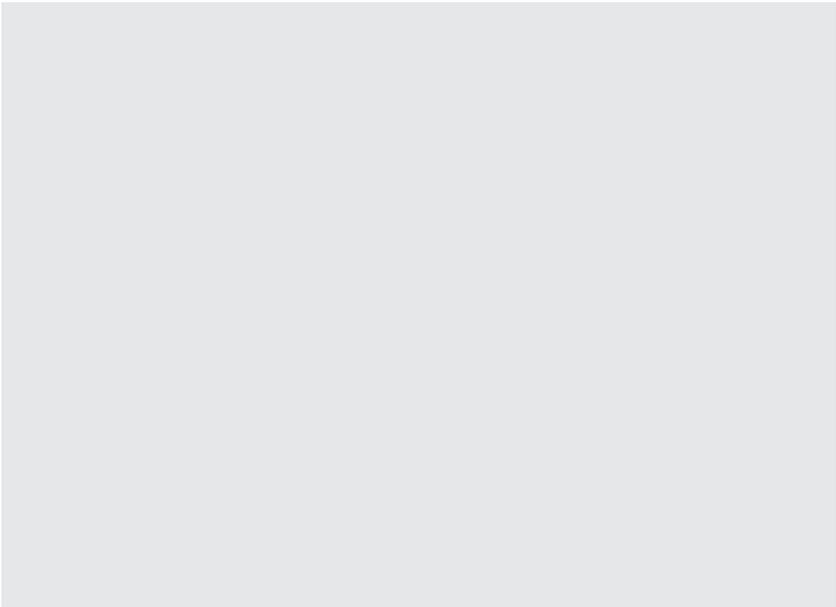
Mejorar el acceso a una educación segura y que sea fuente de apoyo

función: a

etapa: a a

- Ayuda a los estudiantes para que se comprendan y apoyen recíprocamente.
- Proporcionar a los educadores oportunidades de formación permanente, capacitación continua y apoyo profesional para la crisis, en lugar de capacitación fragmentada o a corto plazo

2. Annan J., Castelli L., Devreux A. and Locatelli E. (2003). *Ta Ma a o Teac. e .*
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm>
3. Crisp J., Talbot C. (eds.) (2001). *Ed cac e e e e ca : a a a o ac 6 .* Revista Migraciones Forzadas. Monografico. Número 22.
http://www.migracionesforzadas.org/pdf/rmf22_pdf/rmf_22.pdf
4. Danish Red Cross (2004). *F a e o o Sc oo -Ba ed P c o o ca S o P o a e : G de e o l a o P o a e .*
<http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Report.pdf>
5. IASC (2005) *D ec ce a cab e a a l e e o e 6 a a V o e ca o Ra de G e o e S a o e H a a a .G eb a.* IASC.



- Una lista de los medios locales de difusión, con los nombres y los detalles para establecer contacto con los principales periodistas que escriben historias de interés humano o relativas a la salud y los niños;
- Una lista de los nombres y los detalles para entablar contacto con periodistas que están cubriendo la catástrofe;
- Una lista de funcionarios de diferentes organismos de asistencia humanitaria que se ocupan del área de comunicación.
- Los equipos de comunicación pueden crear cauces para difundir información en los idiomas locales. Esto puede incluir negociar tiempo de difusión con estaciones locales de radio o espacio en carteleras y tabloneros en los cruces de caminos y otros lugares públicos, o en las escuelas, los campamentos de ayuda o las instalaciones

e67es8 ss8

cales d

http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The_Right_to_Know.pdf

8. Proyecto Esfera (2004). *Carta de la Humanidad: Manual de Referencia para la Acción Humanitaria*. Ginebra. Proyecto Esfera

http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf

9. UNICEF. *Procedimientos para el acceso a la información* http://www.unicef.org/spanish/media/media_tools_guidelines.html y <http://www.psicosocial.net>

10. UNICEF (2005). *Tratado de los Derechos del Niño (Segunda Edición)*. New York: UNICEF.

http://www.unicef.org/ceecis/The_Media_and_Children_Rights_2005.pdf

11. Federación Internacional de Periodistas (2005). *Resolución de la Asamblea General sobre el Derecho a la Información*. <http://www.unicef.org/lac/restituirlosderechosdelainfanciaguaiaparaperiodistas.pdf> y <http://www.psicosocial.net>

12. CONGD (2003). *Código de Ética*. <http://www.psicosocial.net>

ejemplos de indicadores de proceso

- Se realizan diagnósticos de situación a fin de determinar si la población afectada está recibiendo información básica sobre la emergencia, las medidas de ayuda y sus derechos legales.
- Cuando hay lagunas en la información importante, los datos pertinentes se difunden de manera accesible y fácilmente comprensible por los diferentes subgrupos de población.

terremoto en Gujarat, India, 2001

- Varias ONG nacionales e internacionales, junto con grupos locales de acción social, organizaron una campaña titulada “Conozca sus derechos”. Compilaron todas las órdenes gubernamentales, simplificaron la jerga jurídica y tradujeron el material en hojas informativas simples al idioma local. En dichas hojas informativas figuraban preguntas y respuestas sobre los principales derechos, e instrucciones sobre la manera de reivindicarlos.
- Varios voluntarios de la comunidad organizaron representaciones teatrales callejeras que informaban sobre los derechos de los sobrevivientes. Después de cada representación, se distribuyeron formularios de solicitud y los solicitantes recibieron el apoyo de voluntarios a lo largo de todo el trámite, hasta recibir las prestaciones a que tenían derecho.

Lista De Acciones 10.1

Incluir consideraciones sociales concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad,

todos los albergues, en especial los de personas vulnerables, o con poca movilidad.

- Lograr que los tiempos de espera sean lo suficientemente breves como para no perturbar las actividades esenciales diarias, como en 10300644(e)-8(n)4(a)1(a)-2(r)-2(i)-2.1 Tf/Span3(n)37(t)lo c312(a)5()81tos a()-14(e)-8(n)eesruela.

5. ACNUR (2002). *Manual de procedimientos de evaluación*.

http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792

6. University of Wisconsin, Emergency Settlement Project (1996). *Técnicas de Evaluación de Salud*.

Waste, Sanitation, Health and Development Manual. <http://dmc.engr.wisc.edu/es96/Environhealth.html>

ejemplos de indicadores de proceso

- En una reunión mensual estructurada como grupo focal, más de las dos terceras partes de las mujeres expresan satisfacción con respecto al grado de seguridad y al

