

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON MUJERES VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION WITH FEMALE VICTIMS OF NATURAL DISASTERS

Sabina Deza Villanueva¹

RESUMEN

Se presenta los efectos de los desastres sobre la salud mental desde una perspectiva de género, considerando que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad por ser más propensas al daño, las pérdidas y el sufrimiento en el contexto de diferentes amenazas, y generalmente también tienen menos oportunidades de acceso a los recursos materiales y sociales. Así también se evidencia como asumen varios papeles como víctima, como organizadora de acciones paliativas y en la prevención, mitigación y atención de los desastres. Finalmente se enfatiza la necesidad de capacitar y potenciar las habilidades de las mujeres en el manejo de situaciones de emergencia como agentes activos en la prevención dentro de sus hogares y su comunidad, protegiendo su salud mental.

Palabras Claves

Intervención Psicológica, Mujer, Desastres naturales, Género y Salud Mental

ABSTRACT

We present the effects of disasters on mental health from a gender perspective, considering that women are more vulnerable because they are more prone to damage, loss and suffering in the context of different threats, and generally also have less opportunity to access to material and social resources. It also evidences how women assume various roles: as a victim, as the organizer of remedial actions and in the prevention, mitigation and management of disasters. Finally it emphasizes the need to train and enhance the skills of women in the management of emergency situations as active agents in the prevention within their homes and communities, protecting mental health.

Keywords

Psychological Intervention, Women, Natural Disasters, Gender and Mental Health

INTRODUCCIÓN

Los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo. En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental desde una perspectiva de género,

a pesar de haberse demostrado que, en situaciones de desastres y emergencias, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo; se puede aumentar en cierta medida la aparición de desórdenes mentales y otros problemas sociales. (Rodríguez, J. 2001)

¹ Psicóloga. Magíster en Educación. Profesora de la Facultad de Psicología y Humanidades (UNIFÉ). Consultora del Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual Ministerio de la mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y del Programa de Equidad de Género de la Municipalidad Metropolitana de Lima (MML).

Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufre alguna manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. También, se ha demostrado que, después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Sin embargo, en este contexto, son muchos los países de América Latina y el Caribe que presentan una baja cobertura y una pobre capacidad de respuesta de los programas y servicios de salud mental. (Beristain, C. 2001)

La respuesta institucional en el campo de la salud mental es compleja, ya que no solamente se trata de atender las consecuencias emocionales directas del evento (miedo, ansiedad, tristeza, rabia, etc.), sino también, otros efectos indirectos en la dinámica interpersonal y social, así como en el entorno de las víctimas, en la medida en que se produce un deterioro del tejido social y una desestructuración de la vida familiar. (Rodríguez, J. et.al. 2006).

Todo ese conjunto de efectos repercute extensamente en las condiciones y los proyectos de vida individuales y colectivos, alimenta el sufrimiento emocional de los sobrevivientes y, frecuentemente, establece círculos viciosos de violencia. Por fortuna, en los últimos años ha aumentado el interés por el impacto de los desastres en la salud mental de las poblaciones afectadas y actualmente se ha hecho evidente la necesidad de un abordaje integral que trascienda la atención a la enfermedad y la reparación de los daños materiales.

Desde el punto de vista de la salud mental, las emergencias y los desastres implican una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada.

Por lo general, los desastres tienen consecuencias económicas, producen

devastación, empobrecimiento, destrucción ambiental y de la infraestructura, y carencia de servicios básicos como agua potable y alimentos; pero, también, producen un deterioro en la vida de las personas y una desintegración de las familias y de la comunidad.

Cuando hablamos de impacto psicosocial, nos referimos a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de las víctimas. Estos efectos se relacionan con muchas variables, entre las que se encuentran las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social. (Ministerio de Salud de Chile 2012).

Los grupos más vulnerables son los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia después del desastre. Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad por ser más propensas al daño, las pérdidas y en el contexto de diferentes amenazas, y generalmente también tienen menos oportunidades de acceso a los recursos materiales y sociales.

Los desastres se caracterizan porque dan lugar a la búsqueda de la preservación de la vida, subsistencia y protección de la familia, y es la mujer la encargada de cumplir, en gran medida, este papel. Como consecuencia del evento traumático, las mujeres, sobre todo las que cuentan con menos recursos, tienen que encontrar, frecuentemente, una salida para las dificultades económicas de la familia y esto requiere invertir mucha energía física y gran desgaste psicológico. En muchas ocasiones, tienen que enfrentar la recuperación solas, como cabeza de su núcleo familiar. (Beristain, C. 2000)

También es habitual que las personas, después de un desastre, tengan sentimientos de pérdida y frustración, se incrementan las reacciones de cólera y violencia, en ocasiones, hacia sus familiares más cercanos, los/as hijos/as y las mujeres (esposas). Algunas mujeres, después del evento traumático, han experimentado la violencia por primera vez o han soportado mayores niveles de violencia de su compañero. Por otro lado, cada persona vive y le da

un significado diferente a las experiencias traumáticas por la que ha atravesado, patrones sociales y culturales determinan que los hombres y mujeres reaccionen de manera diferente; los hombres tienden a reprimir y guardar las emociones dolorosas así como sus sentimientos de angustia y miedo, les resulta difícil hablar y hacerlo lo interpretan como una debilidad; las mujeres tienden a comunicarse más fácilmente, a expresar sus temores y ansiedades, así como buscar apoyo y comprensión para sí misma y sus hijos.

El análisis de género es un recurso importante para caracterizar la situación (capacidades y vulnerabilidades) de la población, después del evento. En este análisis aparecen problemas tales como:

- La invisibilidad del trabajo doméstico.
- La subordinación en las relaciones de poder.
- La discriminación y explotación por condición de género.
- La diferencia social por edad.
- El múltiple rol de la mujer.
- Oportunidades y limitaciones para hombres y mujeres.

Las mujeres y la/los niña/os suelen ser víctimas mayoritarias de situaciones de emergencia provocadas por fenómenos naturales. Las mujeres asumen varios papeles como víctima, como organizadora de acciones paliativas y en la prevención, mitigación y atención de los desastres (Rosales, V. 2009). Por ello, la necesidad de capacitar y potenciar las habilidades de las mujeres en el manejo de situaciones de emergencia como agentes activos en la prevención dentro de sus hogares y su comunidad, protegiendo su salud mental.

SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES Y EMERGENCIAS

Salud mental es el término amplio que utilizamos y que implica las diferentes facetas del proceso salud-enfermedad con sus aspectos sociales que tanto influyen en el bienestar de la población (OMS 2004). Es decir la enfermedad, las manifestaciones emocionales como la aflicción, que pueden considerarse

normales, las conductas problemáticas o desadaptadas (como la violencia y el consumo de sustancias) y el conjunto de la dinámica psicosocial individual y colectiva que se desarrolla en situaciones de emergencias. Asimismo nos referimos, también, en el orden de la prestación de servicios a las acciones que se ejecutan en lo preventivo, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.

El término psicosocial se ha usado más para significar la dinámica y la gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situaciones de desastres y algunos autores e instituciones lo refieren básicamente a lo no patológico, desde una visión humanística, más que sanitarista.

La emergencia se define como una situación catastrófica o desastre que se produce por un evento natural (terremoto, erupción volcánica, huracán, deslave, grandes sequías, etc.), accidente tecnológico (ejemplo: explosión en una industria) o directamente provocada por el hombre (conflicto armado, ataque terrorista, accidentes por error humano, etc.) en la que se ve amenazada la vida de las personas o su integridad física y/o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano. Por lo general, se sobrecargan los recursos locales, que se tornan insuficientes, y quedan amenazadas la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad.

En las grandes emergencias se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

Se define la existencia de una crisis humanitaria, cuando se producen violaciones de los derechos humanos; el derecho a la vida, la integridad personal, la libre circulación, la vivienda digna, la educación, la salud y la

propiedad privada, no se respetan o son simple letra muerta. (Torres, Y. et.al. 2010)

En el orden individual se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social.

Desde el punto de vista de la salud mental, en grandes emergencias toda la población puede considerarse que sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida, directa o indirectamente.

Los efectos de los desastres naturales y los conflictos armados están más marcados en las poblaciones pobres que son el sector más vulnerable, viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud. Se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

La visión de la atención de salud mental no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, debe ser amplia y dimensionarse más allá del evento originador en cuestión. El proceso busca la participación de los diversos actores implicados en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. En el plano operativo, se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales.

Es necesario generar espacios comunitarios en donde se socializa el impacto de manera que permita re-elaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis. Escuchar las demandas

de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar que las personas vengan a los servicios de salud. Esto puede ser importante para identificar los problemas psicosociales y sus principales indicadores colectivos (conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia y el abuso de drogas o alcohol). (Chávez, H. 1999)

Una de las principales funciones del personal de salud (especializado y no especializado) es propiciar espacios de apoyo mutuo en donde actúa como facilitador de procesos grupales donde se comparten experiencias y promueven la autoayuda; también identificar recursos personales y colectivos que facilitan la adaptación eficaz, así como disminuir la dependencia externa.

El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Debe ser oportuno y efectivo a fin de mitigar la crisis y la post-crisis, fomentando la autonomía y la independencia.

IMPACTO PSICOLÓGICO ANTE LOS DESASTRES

Durante y después de un desastre, el trauma psicológico es una consecuencia de las multifacéticas situaciones que viven individuos y comunidades. Es fundamental tener una visión general del espectro del impacto psicoemocional de un desastre, identificándose las siguientes fases:

FASE DE IMPACTO

Durante esta fase el miedo es la emoción predominante, conforme las víctimas buscan seguridad para sí mismas y sus familias. También se puede presentar un estado temporal de choque psicoemocional, por lo que las víctimas pueden experimentar confusión, aturdimiento y cierta desorientación, durante minutos u horas. Se ha observado que los desastres tienen un efecto "narcótico", que impide temporalmente que las personas asimilen el grado en que cambió su mundo. (Prewitt. J. 2001)

FASES POSTERIORES AL IMPACTO

Fase Heroica

Se presenta durante el impacto e inmediatamente después. Esta fase se caracteriza por enormes niveles de energía, tanto de los individuos como de la comunidad local, nacional e internacional, que se traducen en acciones heroicas, actividades de rescate, de ayuda, de brindar refugio, reparaciones de emergencia y limpieza. La emoción predominante es el altruismo. (Cohen, R. 1999)

Durante esta fase también pueden presentarse actos vandálicos, de rapiña, abusos y violaciones sexuales, secuestro y tráfico de menores, así como violencia en todas sus formas y manifestaciones; pues los desastres, que son experiencias límite, sacan a relucir lo mejor y lo peor de la naturaleza humana.

Algunas veces los gobiernos tienen que intervenir con sus fuerzas armadas para restablecer el orden. La duración de esta etapa es de unas horas a varios días.

Es durante esta fase que se inicia la intervención en crisis-manejo de estrés en incidentes críticos. La intervención en crisis es un proceso de ayuda activo y a corto plazo. No es psicoterapia ni sustituto de psicoterapia. Las metas principales de la intervención en crisis son: brindar psicoeducación, dando información sobre síntomas normales y patológicos, así como lo que debe de hacerse para ayudar al reprocesamiento de la experiencia. Mitigar la crisis psicoemocional mediante el empleo de estrategias de estabilización para restaurar las funciones cognitivas y adaptativas. Identificar mediante la evaluación, a aquellos que necesitan mayores cuidados. (Miranda, C. et.al 2001)

Todos los protocolos de Intervención psicológica temprana tienen como su más alta prioridad el regreso de los sobrevivientes y sus auxiliares a la normalidad: restaurar las rutinas cotidianas, regresar a las personas a sus hogares o cerca de sus vecindarios (cuando esto es posible), regresar a sus trabajos o crear nuevas fuentes de empleo y regresar a los niños a la escuela.

Esto restaura el poder de instituciones comunales y culturales para actuar y para dar sentido a lo que sucedió. Las comunidades tienen una necesidad, para su salud mental, de crear una narrativa colectiva coherente de lo sucedido. Se deben potenciar los esfuerzos por maximizar la resiliencia de la comunidad afectada.

Fase de Luna de Miel

Esta fase se caracteriza por fuertes sentimientos de apoyo, cohesión y optimismo de la comunidad. Hay una fuerte sensación de haber compartido una experiencia catastrófica y haber sobrevivido. Hay un alto nivel de expectativas puestas en la ayuda internacional y del gobierno nacional. Los medios de información nacional e internacional tienen su atención puesta en la zona de desastre.

Hay promesas por parte de los gobernantes locales en cuanto a la reconstrucción de las comunidades, pero existe también una tendencia a solo concentrarse en los aspectos materiales de la reconstrucción y tratar de olvidarse o encubrir, en la medida de lo posible, las secuelas del trauma psicoemocional y psicosocial. Resulta frecuente que se verbalicen frases como “Ya pasó lo peor”, “Ahora hay que mirar hacia delante”, y tratan de evitar que se muestren “las cosas feas” producto del desastre, como el profundo dolor, angustia y desesperación que está viviendo la población, misma, que si no recibe ayuda especializada, seguirá sufriendo mucho tiempo después de que los puentes, las carreteras y los servicios básicos se reestablezcan. Esta actitud de ignorancia e indiferencia hacia los efectos del trauma psicoemocional, puede obstaculizar el que se lleve a cabo un abordaje integral del amplio espectro de los devastadores efectos psicoemocionales y psicosociales que ha vivido la población afectada, lo que podría provocar un deterioro más profundo del tejido social de la comunidad y haría más difícil la fase de la reconstrucción. (Jarero, I. 2011)

Los/as sobrevivientes tienden a pensar que sus casas, comunidad y vidas –como ellos las conocían (o incluso mejoradas)–, les serán restituidas rápidamente y sin

complicaciones. Puede existir negación y shock. La gente reporta que las propiedades que se han perdido, “son solo cosas”, “nos repondremos y saldremos adelante con nuestras vidas”. Pueden aparecer más noticias sobre secuestro y tráfico de menores; acoso y abuso, incluidas la violación sexual, tanto a niñas y mujeres, como a auxiliares (hombres y mujeres), en las comunidades aisladas o en los albergues; actos de violencia y robo de ayuda humanitaria o su uso con fines políticos. Se pueden presentar deficiencias por parte de las autoridades locales y/o nacionales en brindar ayuda a todos los afectados, lo que puede provocar fuertes reacciones de enojo, protestas e incluso violencia en las comunidades que no han recibido la ayuda.

Los recursos más importantes durante esta fase son tanto los grupos sociales preexistentes, como los nuevos grupos de la comunidad, que se forman a raíz de la emergencia, con el objeto de protegerse entre ellos y cubrir las necesidades específicas causadas por el desastre, que no han podido ser satisfechas por las autoridades. La duración de esta etapa es aproximadamente de tres semanas a tres meses después del desastre.

Los/as profesionales en salud mental no experimentados son propensos a abandonar el lugar del desastre al final de esta fase, con la impresión de que YA PASÓ LO PEOR y fallan en preparar a los sobrevivientes, a sus auxiliares y a los/las profesionales en salud mental de la comunidad, para las manifestaciones del Trauma Psicológico Complejo que se presentarán en un porcentaje de la población (en otros se resuelve por su resiliencia natural), durante las siguientes semanas y meses, y que requiere tratamiento especializado. Por ejemplo, si después del desastre los síntomas que se mencionan a continuación no desaparecen lentamente, sino que empeoran con el tiempo (deterioro), o si causan dificultades en el trabajo o en las relaciones interpersonales, es muy importante buscar ayuda profesional:

- Recuerdos intrusivos del evento, pesadillas o flashbacks.

- Intentos fallidos de evitar recuerdos perturbadores a través del consumo de alcohol u otras sustancias.
- Aplanamiento emocional: sentirse vacío (a), incapacidad de sentir emociones.
- Ataques de pánico, de ira, irritabilidad extrema, agitación intensa, sobresaltos exagerados.
- Ansiedad severa: preocupación paralizante, desamparo.
- Depresión severa: pérdida de energía, de interés, de auto-estima, de motivación.
- Pérdida del sentido de la vida, de la esperanza.
- Enojo o ira permanentes.
- Sentirse irreal o fuera de uno mismo (a), como en un sueño; tener periodos de tiempo en blanco y no poder recordarlos.
- Ideación o intención suicida.
- Ideación o intención homicida.

Aproximadamente, para la cuarta semana después del desastre, comienzan a disminuir los recursos enviados de fuera, así como la cobertura de los medios de información. La energía que se mostró en un principio comienza a disminuir y aparece la fatiga, lo que prepara el escenario para la fase siguiente.

Fase de la Desilusión

A esta fase también se le llama “Segundo Desastre”, debido a la infinidad de problemas que surgen de la desorganización social y psicoemocional causada por el desastre. Suele presentarse en la comunidad un incremento de la violencia intrafamiliar, acoso y abuso sexual a niñas y mujeres, uso de drogas, peleas con otros damnificados, falta de higiene, ocio, etc.

Hay muchos sobrevivientes que no aceptan ir a refugios y se quedan viviendo sobre los escombros o cerca de lo que fue su casa, lo que dificulta la labor de ayuda psicoemocional y psicosocial.

Durante esta fase, los sobrevivientes se enfrentan a la dura y cruel realidad de las pérdidas: muertes, destrucción de los bienes materiales, desempleo, lesiones o disfunción física severa, etc.; que originan los procesos de duelo y pena. Es durante esta fase que

se pueden manifestar abiertamente los síntomas del Trauma Psicológico Complejo y que no solo afectan a los sobrevivientes, sino a sus auxiliadores, a sus familias y al tejido social de la comunidad. En esta fase, aparece un segundo tipo de estrés (el primero es el producido por el desastre mismo). Este es el estrés producido por tratar con organismos de reconstrucción, seguir viviendo en los albergues, ser cambiados de hogar, papeleo, demoras legales, pérdidas materiales, pérdida de seguridad o protección, aumento de la vulnerabilidad, pérdida de familiaridad con el entorno, escuchar por mucho tiempo a la gente decir “olvídate, el evento sucedió hace muchos meses”, “vive dejando de ser una víctima”. Se pueden presentar fuertes sensaciones de cólera, desilusión, resentimiento y amargura, si hay retrasos, fracasos, expectativas o promesas no cumplidas por parte de las autoridades. Lo anterior, puede producir síntomas como ira, sensación de impotencia, trastornos somáticos y tendencia a idealizar la vivienda perdida. A estos síntomas también se les conoce como “El Síndrome del Desastre”. Tiempo aproximado de esta fase, mínimo seis meses después del evento traumático.

Fase de Reconstrucción

Es el proceso de completo retorno a la normalidad, con cuatro objetivos simultáneos:

1. La creación de nuevas fuentes de trabajo y recuperación del desarrollo social.
2. La reparación de los daños materiales, en especial en materia de vivienda, infraestructura y fuentes de trabajo.
3. Consideración de las medidas de prevención y mitigación de riesgos para la nueva comunidad.
4. El total restablecimiento del equilibrio psicoemocional y psicosocial.

Para algunos sobrevivientes y auxiliadores, el aniversario del primer año, precipita o exagera los síntomas del Trauma Psicológico, por lo que se debe efectuar un repaso positivo de logros y progresos visibles para reafirmar las creencias en sí mismos y la comunidad. Tiempo de la fase, toma varios años después de ocurrido el desastre.

ETAPAS PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL

Para organizar la intervención y facilitar el trabajo, se sugiere seguir ocho etapas secuenciales dirigidas a proporcionar una intervención psicosocial de carácter integral:

Ambiente

El objetivo de esta fase es la toma de contacto del/a psicólogo/a con la situación de crisis. Para ello, debe informarse sobre las características particulares de la situación de catástrofe o crisis planteada. Esta primera fase de contacto debe comprender:

- Contextualización: conocer lo ocurrido, la magnitud de los hechos; familiarizarse con la situación antes de tomar contacto con las víctimas (contextualización global); y realizar una primera valoración al llegar.
- Evaluación del Ambiente: determinar las necesidades más inmediatas y las redes de apoyo activadas hasta ese momento y establecer estrategias individuales y grupales.
- Selección del paciente (o grupo): establecer un orden jerárquico de intervención en base al nivel de vulnerabilidad y/o gravedad más inmediato observado en las víctimas.
- Evaluación previa del/a paciente: una vez seleccionado el/a paciente, el/a psicólogo/a debe determinar el grado de afectación o letalidad (física y emocional) del mismo, así como la potencial peligrosidad que presente en relación a sí mismo y a los otros (ataques de pánico, reacciones de agresividad, confusión, etc.).

Contacto

En segundo lugar, el/a psicólogo/a debe iniciar el contacto con la mujer afectada, considerando los siguientes aspectos:

- Tener en cuenta los aspectos no verbales. Para establecer un contacto no verbal adecuado, las expresiones gestuales deben ser congruentes con la situación. Es importante transmitir cercanía a través del contacto y proximidad física (sentarse al mismo nivel, al lado del/a paciente,

mantener contacto visual, etc.) Considerar los usos y costumbres locales, identificando conductas que generen aceptación y no rechazo. Por ejemplo, al saludar dar la mano en vez de dar un beso en la mejilla.

- Hacer el contacto y establecer una relación. Dicha relación debe establecerse teniendo en cuenta el respeto a la persona y a su situación actual, aceptando a la persona con sus características, sin emitir juicios ni buscar responsabilidades, e intentando consolarla y tranquilizarla.
- Distanciamiento psicológico. Es conveniente ayudar a la víctima a salir de la situación proponiendo ir a caminar, tomar o comer algo y proporcionar un ambiente adecuado para empezar a abordar lo sucedido.
- Primeras preguntas. Las primeras preguntas deben estar relacionadas con los hechos ocurridos. Deben ser concretas, sencillas y dirigidas a hechos objetivos: “¿qué ha sucedido?”, “¿dónde estabas y/o qué estabas haciendo en ese momento?”, “¿qué hiciste después?”, etc. Se debe tratar de conseguir descripciones que lleven al procesamiento cognitivo (ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido) evitando centrarse únicamente en los aspectos emocionales. (Chile Solidario 2006)

Evaluación

Una vez establecido el contacto, el/a psicólogo/a debe evaluar los siguientes aspectos:

- Exploración inicial: consiste en llevar a cabo un examen del estado mental (orientación espacio-temporal, pensamiento, lenguaje, etc.).
- Identificación de problemas: suceso precipitante, estado emocional actual (tristeza, ira, embotamiento, ataques de pánico...) y procesamiento cognitivo de la situación (interpretaciones, atribuciones, negación, culpa...).
- Estilo de afrontamiento: identificar habilidades de afrontamiento básicas (estilo evitativo vs. activo) y promover y apoyar el estilo de afrontamiento activo.
- Identificación de recursos personales y apoyo social.

Restablecimiento emocional

En esta fase se debe facilitar la comunicación emocional y restablecer un nivel

de funcionamiento adaptativo. Para ello, el/a psicólogo/a podría:

- Facilitar la expresión emocional, a través de preguntas del tipo “¿quieres hablar?”, “¿cómo te sientes?”. En este momento, una estrategia muy útil puede ser la escucha activa, estando atento a la posible aparición de una crisis. (No necesariamente vinculada al desastre, sino que pueden reactivarse traumas anteriores relacionados con otros eventos catastróficos o experiencias penosas que le han acontecido)
- Junto a lo anterior, puede resultar igualmente útil el empleo de técnicas de desactivación o activación fisiológica (respiración, relajación, control de la tensión muscular...) de acuerdo al estado y necesidades de cada caso.
- Promover y facilitar la recuperación de su red social natural.
- Ofrecer disponibilidad y estar accesible en todo momento.

Comprensión de la crisis

El objetivo del/a psicólogo/a en este momento es que la persona afectada comprenda la crisis. Para ello, se puede:

- Dar información general acerca de los problemas y efectos del estrés (síntomas); de su control y afrontamiento; y de las reacciones normales en situaciones excepcionales.
- Dar información específica sobre el suceso actual: entender lo que ha pasado; promover una narración adaptativa (corregir errores, sesgos, falsas atribuciones, ideas irracionales, etc.) responder a todo lo que pregunten.

Activar

El siguiente paso que debe realizar el psicólogo es el de activar y orientar a la mujer afectada hacia la acción. Para ello, es conveniente:

- Recuperar el nivel de procesamiento cognitivo. Para conseguir esto, es muy útil volver a centrar a la persona en actividades y hechos.
- Hacer un plan de acción, de acuerdo con la persona, en el que se discutan objetivos

- y posibles acciones explotando los propios recursos y estrategias de la persona afectada.
- Planificar acuerdos verbales personales para cumplir el plan.

Recuperación del funcionamiento

Con objeto de que la persona afectada recupere su actividad normal, el/a psicólogo/a puede hacer hincapié en los siguientes puntos:

- Planificar siempre tareas y actividades realizables a corto plazo.
- Promover el funcionamiento independiente.
- Planificar actividades para el hogar.
- Estudiar la posible derivación o traslado si el caso lo amerita.

Seguimiento

Además de la intervención inmediata, conviene plantearse un seguimiento a corto y mediano plazo (un mes) para que la persona afectada sienta una continuidad en la atención recibida. (Valero, S. 2001)

Junto a la ayuda inmediata ofrecida, el/a psicólogo/a debe ofrecer un apoyo general y ayuda para:

- Garantizar aspectos básicos de mantenimiento.
- Ayudar a normalizar funciones básicas, sueño, apetito, etc.
- Facilitar el espacio personal.
- Facilitar el contacto personal normalizado.
- Identificar enfermedades físicas.
- Ayudar a reconectar con la familia y amigos.
- Animar a retomar el funcionamiento cotidiano.
- Organizar y hacer planes para resolver problemas prácticos provocados por la situación.
- Ayudar a retomar los roles normales.
- Facilitar el duelo si ha habido pérdidas personales.
- Ayudar a controlar las reacciones de estrés.
- Igualmente el psicólogo debe considerar la oportunidad de emplear distintas técnicas psicológicas que han demostrado utilidad en este tipo de situaciones, como son:
 - Técnicas de desactivación fisiológica: relajación y respiración principalmente.
 - Desmovilización, Descarga.

- Técnicas cognitivas: diluir culpabilidades, desdramatización, relativizar y escalar sentimientos, re-estructuración cognitiva.
- Activación: planes de actuación.
- Apoyo familiar.

Finalmente, debe valorarse la conveniencia de derivar a la persona hacia los servicios de salud mental, para que pueda ser atendida de forma continua.

EL TRABAJO DE GRUPOS

Los desastres naturales y los conflictos armados producen una ruptura de la cotidianidad de las mujeres, sus familias y comunidades, hay una fractura del marco de referencia que provoca crisis intensificándose vivencias de incomunicación e impotencia y esto hace emerger con mayor fuerza la necesidad de encontrarse con otros/as. La integración y pertenencia a un grupo le permite fortalecerse a sí misma, a la vez que facilita la contención en el diálogo e intercambio. Es factible el reconocimiento de nuevas necesidades y el desarrollo de tareas destinadas a satisfacerlas. (Organización Panamericana de Salud OPS 2002)

El trabajo de grupos puede desarrollarse sobre algunos colectivos ya existentes u otros que se creen ad hoc, como consecuencia de la emergencia. Los grupos pueden facilitar y participar en trabajos de gestión comunitaria, coordinación y formación de redes. Es conveniente organizar los grupos con el auxilio de un/a facilitador/a de la propia comunidad capacitado en el manejo grupal; de manera que puedan reunirse, también, sin la presencia del especialista y convertirse progresivamente en un grupo de encuentro y ayuda mutua.

Se ha demostrado la utilidad de los grupos al generar confianza y crear espacios de intercambio de experiencias, expresión de sentimientos y búsqueda de alternativas de afrontamiento. (Saenz, L. et.al. 2001)

Se procura desarrollar un sentido de colectividad, en donde las mujeres se preocupan las unas por las otras y el grupo se preocupa por ellas.

En los grupos se dan los siguientes procesos:

- Posibilidad de exteriorizar las emociones y verbalizarlas, así como el reconocimiento de sentimientos.
- Análisis objetivo de la realidad.
- Desarrollan la capacidad de auto reflexión y facilitan la toma de conciencia, así como la búsqueda e integración de soluciones.
- Recuperación de la esperanza (cuando se puede saber de la mejoría de otros).
- Aprendizaje interpersonal y apertura a diferentes formas del pensamiento (aprendiendo de unas y enseñándole a otras). Comparten necesidades y problemas, así como se generalizan experiencias.
- Fomento del espíritu de solidaridad y apoyo mutuo.
- Desarrollan sentido de pertenencia e identificación con el grupo.
- Utilización del poder colectivo.
- Desarrollo de actividades sociales gratificantes.

El proceso grupal no debe verse sólo como una forma de “juntarse para hacer catarsis”; si bien tiene mucho de terapéutico (en el sentido de aprendizaje y de modificar conductas), no necesariamente tiene que enfocarse en el sentido clínico. El grupo forma parte de la “trayectoria de

aprendizajes” de las mujeres que comparten tiempo y espacio, van sosteniendo o reparando su identidad perdida o mellada, potenciando la solidaridad ante la crisis, así como removiendo obstáculos emocionales y de conocimiento. (Miranda, C. 2001)

Algunas pautas para la actuación en grupos de apoyo mutuo con mujeres:

- No siempre tiene que centrarse en las experiencias traumáticas (esto dependerá de las necesidades de las participantes). Algunos grupos pueden focalizarse en una experiencia vivida de forma colectiva. Generalmente se da en casos en que no encuentran otro espacio social para la expresión y las mujeres se pueden beneficiar del intercambio.
- Inicialmente, el trabajo debe dirigirse a los conflictos identificados en el grupo por sus integrantes y posteriormente enfatizar en los proyectos de vida.
- Superar la victimización, fortaleciendo los proyectos de vida.
- Manejo de problemas cotidianos y factores condicionantes del estrés.
- Se han demostrado resultados positivos, en particular, en situaciones de riesgo de duelo patológico y experiencias traumáticas específicas. Por ejemplo, violencia familiar.

REFERENCIAS

Beristain, C. (2001) “Atención psicosocial”. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.

Beristain, C. (2000) *Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas*. Caracas: Asociación Venezolana de Psicología Social. AVEPSO.

Cohen, R. (1999) *Salud mental para víctimas de desastres*. Manual para trabajadores. México, DF. El Manual Moderno/OPS.

Chávez, H. (1999) *Atención primaria de la salud mental para poblaciones expuestas a desastres*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Chile Solidario (2006) *Propuesta de una estrategia de intervención para fortalecer la inserción social de las familias Puente a través del capital social comunitario*. Gobierno de Chile.

Jarero, I. (2011) *El Desastre Después del Desastre: ¿Ya pasó lo peor?* México: Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación Científica del Trauma Psicológico.

Miranda, C. et, al (2001) “Salud mental y emergencias complejas”. Ponencia presentada en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Bogotá.

Ministerio de Salud de Chile (2012) *Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres*. JICA - Gobierno de Chile.

OMS (2004) *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado*. Ginebra.

OPS Organización Panamericana de la Salud (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1 OPS/OMS: Washington.

Prewitt, J. (2001) *Primeros auxilios psicológicos*. Guatemala: Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica.

Rodríguez, J. et. al (2006) *Guía práctica de salud mental en situaciones de Desastres Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre Serie Manuales y Guías sobre Desastres No. 7 OPS/OMS* Washington, D.C.

Rodríguez, J. (2001) *Principios básicos y organizativos de la atención en salud mental en situaciones de desastres*. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala.

Rosales, V. (2009) *Género y Derechos Humanos en la Gestión del Riesgo*. Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. Costa Rica.

Saenz, L. et. al. (2001) *Desastres y salud mental. Una propuesta de evaluación e intervención en el ámbito comunitario*. San José: Universidad de Costa Rica Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología.

Torres, Y. et. al. (2010) *Indicadores de trastornos de Salud Mental en población desplazada. Colombia 2010*. Medellín: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. República de Colombia.

Valero, S. (2001) *Técnicas psicológicas para el manejo de incidentes críticos en estrés*. Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala.