

Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres



La elaboración y redacción de esta publicación estuvo a cargo de profesionales de las Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile.

INDICE

Presentación JICA.....	4
Presentación MINSAL.....	6
Introducción.....	8
CAPITULO 1: Marco Conceptual	11
Emergencias y Desastres.....	13
Relación entre las situaciones de Emergencias y Desastres y la Salud Mental de la población.....	20
Apoyo psicosocial.....	26
CAPITULO 2: “Kokoronokea”	29
Estrés del trauma.....	31
Estrés de pérdida.....	32
Estrés de vida cotidiana.....	33
CAPITULO 3: Recomendaciones Prácticas Kokoronokea	34
Etapas preparatoria.....	34
Etapas crítica: estrés del trauma.....	38
Etapas post crítica: estrés de pérdida.....	41
Etapas de reparación y normalización.....	45
CAPITULO 4: Voluntariado	49
Perfil del voluntario.....	50
Estrés de incidentes críticos.....	51
Recomendaciones para trabajos de largo tiempo con damnificados.....	52
ANEXOS	54
· Protocolo de apoyo psicosocial a padres, madres y cuidadores(as).....	55
· Elementos básicos de preparación del sistema de salud frente a desastres.....	58
· Decálogo para los medios de comunicación ante desastres.....	59

PRESENTACION JICA

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), es la institución a cargo de la cooperación bilateral de la Asistencia Oficial para el Desarrollo del Gobierno del Japón, cuya misión es atender los asuntos de envergadura global, apoyar a los países en desarrollo en su crecimiento equitativo y la superación de la pobreza, mejoramiento de la gobernabilidad y hacer realidad la seguridad humana.

El 27 de febrero del 2010, Chile se vio afectado por uno de los terremotos de mayor intensidad ocurrido en el mundo y el segundo más destructivo en el país, desde que se tienen registros. Este terremoto, que fue sucedido por un tsunami, afectó a seis regiones del país que concentran aproximadamente el 80% de la población nacional.

En forma posterior al desastre, el Gobierno del Japón desplazó inmediatamente a un pequeño grupo médico para atención en desastre de JICA a la región del Bío Bío, entregando ayuda humanitaria consistente en material de emergencia por un monto equivalente a US \$300.000, además de una donación de US \$3 millones utilizados para la adquisición de equipamientos médicos para los hospitales afectados.

Asimismo, en el mes de marzo del 2011, Japón fue afectado fuertemente por el mayor sismo y tsunami ocurrido en el país, cuyo epicentro fue en el Océano Pacífico frente a la costa de Honshu, 130 km. al este de Sendai, en la prefectura de Miyagi. Este evento provocó 16.278 muertes, 2.994 personas desaparecidas y 6.179 heridos a lo largo de 22 prefecturas de Japón. (Datos a la fecha 11 de Marzo 2012, según informe de Fire and Disaster Management Agency).

Debido a estos últimos acontecimientos que han afectado a ambos países, nuestra Agencia ha focalizado la cooperación en materia de prevención y mitigación de desastres naturales.

Bajo este contexto, entre diciembre de 2010 a marzo de 2011, se ejecutó el Proyecto de Cooperación Técnica “Desarrollo de Capacidades sobre Eventos Sísmicos y Tsunami en la República de Chile”. El Proyecto contempló una amplia gama de temas y áreas, tales como: sistema de alerta de tsunamis, plan de respuesta a la emergencia, plan de reconstrucción y estructuras anti-sísmicas y atención en salud mental (Kokoronokea en japonés).

En este último tema, contamos con la participación, de cinco becarios profesionales del Ministerio de Salud en el programa de capacitación, con el fin de transferir las experiencias basadas en distintos trabajos desarrollados posteriores al Terremoto de Kobe, Japón en 1995.

El presente “Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres”, fue preparado junto con la organización del Seminario de difusión del concepto de Kokoronokea en el marco del Plan de Acción a mediano plazo propuesto por los profesionales del Ministerio y ex-becarios de JICA, los cuales fueron apoyados por el Programa de Seguimiento de JICA, el cual consiste en entregar asistencia complementaria para la ejecución de acciones de difusión y aplicación de las experiencias y conocimientos obtenidos de la cooperación japonesa.

Esperamos que este Manual sea una herramienta útil y práctica que fomente su permanente mejoramiento y promueva un modelo de atención en salud mental de trabajo en red colaborativa con los distintos actores existentes, replicándolo y alimentándolo a nivel nacional, basado en las propias experiencias locales.

Takashi Ito
Representante Residente
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
Oficina en Chile

PRESENTACION MINSAL

Los efectos de los desastres sobre la salud tienen manifestaciones en todas las dimensiones del funcionamiento humano: físico, mental y social. Sin embargo, se ha brindado una mayor atención a los aspectos físicos y sociales de los desastres. En general, los programas de salud frente a las emergencias, han estado dirigidos hacia la atención médica inmediata, a las enfermedades transmisibles, al agua y saneamiento ambiental, así como hacia los daños a la infraestructura sanitaria. Afortunadamente, en los últimos años, se comienza a brindar mayor atención a los efectos en la salud mental de la población y al componente psicosocial, que siempre está presente en estas tragedias humanas.

El terremoto y maremoto del día sábado 27 de febrero del 2010, afectó gravemente la vida de cientos de miles de personas en nuestro país. A las 03:34 horas de la madrugada, el epicentro del terremoto estuvo ubicado entre las localidades de Curanipe y Cobquecura y alcanzó una magnitud de 8,8 grados en la escala de Richter, uno de los más grandes de los que se tenga registro en el mundo. Una vasta zona de nuestro país, entre las regiones de Valparaíso y La Araucanía, sufrieron las graves consecuencias del sismo, que impactó en total, a casi 13 millones de personas, cerca del 80% de la población del país.

Reconociendo la importancia de la salud mental en el contexto de emergencias y desastres, el Gobierno de Chile ha incorporado en la Estrategia Nacional de Salud para la siguiente década, el objetivo número 9, que persigue fortalecer la respuesta del sector ante dichos fenómenos, destacando el rol de la salud mental en la gestión integral del riesgo.

Gracias a la colaboración ofrecida por el Gobierno Japonés, a través de la Agencia de Cooperación Internacional del Japon (JICA), se ha elaborado este manual, cuyo propósito es ofrecer los conocimientos básicos de primera respuesta psicológica, a voluntarios y a personal de otras reparticiones del Estado, que se vinculan tempranamente a poblaciones afectadas por emergencias y desastres.

Esperamos entonces que, éste sea el primer paso de colaboración entre los diversos organismos del Estado, responsables de prestar la primera respuesta a las personas afectadas por un desastre. Igualmente, reforzar la colaboración con el Gobierno Japonés para cumplir el compromiso del Gobierno de Chile por mejorar las capacidades de respuesta del sector salud, expresados en la Estrategia Nacional de Salud para la siguiente década.

Dr. Jaime Mañalich
Ministro de Salud

INTRODUCCION

Hoy es un hecho indiscutido, la estrecha relación entre situaciones de emergencias, desastres y la salud o enfermedad mental. En efecto, desde la perspectiva de la salud mental, estos implican una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada.

Por impacto psicosocial, nos referimos a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicosocial individual, familiar y social de las personas afectadas. Estos efectos se relacionan con muchas variables, entre las cuales se encuentran las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social.

Cada vez más, se reconoce que la ayuda psicológica a las víctimas es también prioritaria, por lo que resulta evidente que la planeación y preparación adecuadas, son tan importantes en el área de salud mental, como en las demás actividades de auxilio.

Desde la perspectiva de la protección de la Salud Mental, prevalece la necesidad insoslayable de que los miembros de cada sociedad cuenten con una “cultura de desastres” adecuada y oportunamente fomentada desde mucho antes de que ocurra el desastre o emergencia. Sólo así, se puede prevenir con cierta eficacia el sufrimiento psíquico excesivo que experimentan las personas en esas situaciones.

Consecuentemente, desde el año 2008 el Ministerio de Salud incorporó a su Plan Nacional de Emergencias y Desastres, lineamientos para la protección de la Salud Mental, lo que ha permitido contar con una importante cantidad de funcionarios capacitados en gestión de recursos y en intervenciones de protección de la Salud Mental de la población en situaciones de desastre.

Luego del terremoto y tsunami que afectó a gran parte del territorio nacional en febrero del año 2010, el Ministro de Relaciones Exteriores de Chile, firmó en Tokio un Memorándum para la Cooperación con la Oficina Central de JICA en Tokio, en el cual se plasman las intenciones de asistencia en la reconstrucción y recuperación de Chile, utilizando la experiencia y conocimiento de Japón como país sísmico.

Surge así, un convenio de cooperación técnica en en sistemas de prevención y alerta temprana de terremotos y tsunami, construcción antisísmica, educación preventiva y rehabilitación post catástrofe. Además, se incluyó un módulo de protección de la salud mental, cuyo objetivo fue conocer la experiencia japonesa y adquirir conocimientos para la revisión del componente de protección y cuidado de la Salud Mental del Plan Nacional de Emergencias y Desastres del Sector Salud.

La pasantía de cinco expertos chilenos en Japón, le sirvió al Ministerio de Salud para delinear un Plan de Acción en un plazo de tres a cinco años, destinados a mejorar las capacidades del sector Salud y del resto del Estado de Chile, para prevenir, cuidar y promover la Salud Mental en situaciones de emergencias y desastres. Este plan contempla, los siguientes aspectos:

1. Generación de orientaciones básicas para el cuidado y protección de la Salud Mental, incorporando los conocimientos y orientaciones recibidas en Japón.
2. La transferencia de herramientas basadas en el concepto de “Kokoronokea” (atención integral en la Salud Mental), al personal de la red de salud para mejorar el cuidado y protección de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres.

3. La transferencia de herramientas basadas en el concepto de “Kokoronokea”, a los coordinadores de Emergencias y Desastres en otros ámbitos del Estado.
4. La elaboración y distribución de instructivos y protocolos para la gestión administrativa en situaciones de emergencia y desastres.
5. La actualización del componente de protección y cuidado de la Salud Mental del Plan Nacional de Emergencias y Desastres del Sector Salud.

El presente Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres”, es el primer producto de este trabajo y se constituye en una herramienta, tanto para la población general, como para el personal colaborador de los distintos sectores en primera instancia, en situaciones de emergencias y desastres, tales como Profesores, Bomberos, Carabineros, ONEMI, personal de salud, etc.

CAPITULO 1

MARCO CONCEPTUAL

SALUD MENTAL

La OMS define a la Salud Mental como la capacidad de las personas para alcanzar *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”*¹

La perspectiva positiva concibe a la Salud Mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, define que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial.

Indicadores de SaludMental positiva, tales como satisfacción con la vida, ánimo, bienestar psicosocial, se asocian a múltiples y diversas variables, tales como, amistad con otros, confianza para con terceros, vecinos o la policía; menor mortalidad y niveles más bajos de presión arterial; mayor resistencia al estrés, menor declinación intelectual en la edad madura.²

De este modo, es posible entender la Salud Mental como dos continuos que se cruzan, uno de “nivel de salud mental o bienestar psicosocial” y otro de “enfermedad mental – no enfermedad mental” (según se aprecia en la figura N° 1).

1 OMS. *Temas de Salud*.

2 CIHI. (2009). *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Canadian Institute for Health Information: Ottawa.

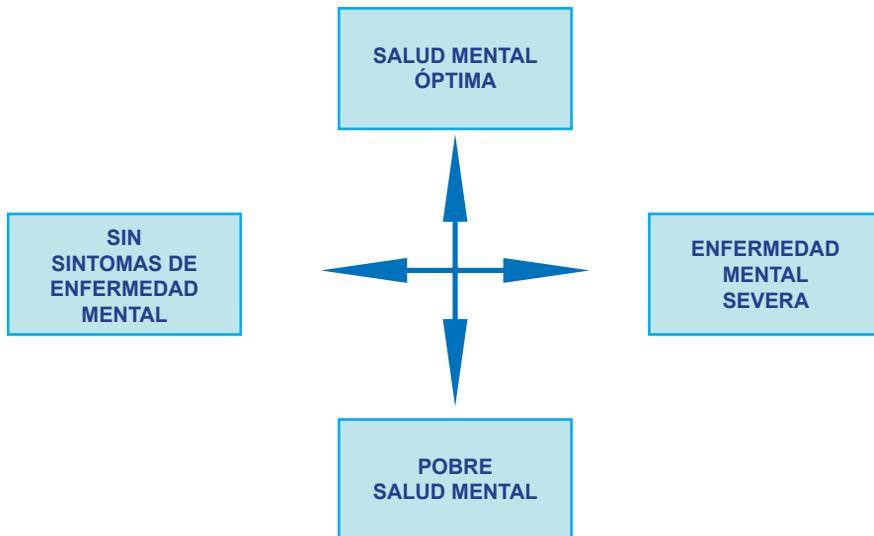


Fig 1. Modelo de dos continuos ("Two continuum Model"). Adaptado de *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. CIHI, 2009.

De acuerdo a este modelo, es posible que algunas personas no tengan síntomas de enfermedad mental, pero aún así, posean un pobre nivel de salud mental. A su vez, existen personas que, teniendo una enfermedad mental severa bien tratada, pueden gozar de un nivel alto de salud mental.

EMERGENCIAS Y DESASTRES

Se entiende por Emergencias y Desastres aquellas situaciones adversas que producen alteraciones en las personas, bienes, servicios, medio ambiente y que pueden tener como consecuencias, la pérdida de vidas humanas, daños en la salud, alteraciones en la vida laboral y afectación del bienestar psicosocial.

Hablamos de una Emergencia cuando, la situación adversa no supera la capacidad de respuesta de la comunidad afectada y de Desastre, cuando la situación adversa excede ésta capacidad.³

Existen dos factores que interactúan y determinan los efectos que producirán los desastres. (Fig. N° 2):



Fig. 2 Factores Intervinientes en los Desastres.⁴

³ LAVELL, A., et al. (2003). *La gestión local del riesgo: nociones y precisiones en torno al concepto y la práctica*. Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDEENAC): PNUD.

⁴ Departamento de Salud Mental. (2012). *Figura de componente de Apoyo Psicosocial*: Ministerio de Salud.

- **La amenaza:** se refiere a la probabilidad de que ocurra un desastre. Por ejemplo, Chile es un país con una amenaza permanente de movimientos sísmicos o de erupciones volcánicas. Otros países tienen una amenaza permanente de tifones o huracanes.

Las amenazas no se pueden reducir y por lo tanto obligan a trabajar con el enfoque de manejo del riesgo

- **La vulnerabilidad:** hace referencia a las condiciones sociales, de infraestructura, del suelo, etc., que aumentan el riesgo de efectos negativos de los desastres. Por ejemplo, vivir en condiciones de hacinamiento en construcciones sin tecnología antisísmica, construir puentes y edificios sin tecnología antisísmica en un país como Chile o Japón.

La vulnerabilidad se puede reducir, con lo cual se disminuye el daño potencial de los desastres. Lo fundamental para reducir la vulnerabilidad es la preparación específica según el tipo de amenaza a la que se está expuesto.

La interacción entre la amenaza y la vulnerabilidad se denomina riesgo.

Según su origen, las emergencias y desastres se clasifican en:

- **Naturales:** es decir aquellas amenazas generadas por fenómenos naturales (terremotos, erupciones volcánicas, maremotos, sequías, temporales, etc.).
- **Antrópicas:** aquellas que se producen a partir de la acción del hombre (incendios, accidentes de transporte, terrorismo, guerras, etc.).

Desde la perspectiva de cómo se manifiestan, se clasifican en:

- Eventos de manifestación lenta, que por su duración, extensión y severidad, generan daños materiales y/o humanos (sequías, temporales, desertificación, etc.).
- Eventos de manifestación súbita, aquellos de desarrollo intempestivo que generan daños materiales y humanos en un corto tiempo (terremotos, accidentes aéreos, etc.).



Cualquiera sea su origen o forma de manifestación, alrededor de un evento crítico, se identifican dos grandes etapas fundamentales:

Etapas Preparatorias:

Esta es la etapa más importante en relación con la prevención de los efectos negativos de las Emergencias y Desastres. Es de naturaleza permanente y está centrada en el planeamiento y en la gestión anticipatoria.

Desde el punto de vista de la protección y cuidado de la salud mental, la etapa preparatoria permite a las personas adquirir y desarrollar la capacidad de enfrentarse a las situaciones difíciles que traen consigo las emergencias y desastres.

Estar preparados y anticiparse es una responsabilidad compartida por todos los actores y niveles de la sociedad. Sin embargo, cada persona es la principal responsable de educarse a sí misma y a los miembros de su familia en cómo actuar frente a una situación de Emergencia o Desastre. Con un correcto aprendizaje, las respuestas al estrés propio de las situaciones de Emergencias y Desastres, se convierten en un mecanismo de sobrevivencia y de alivio de la tensión emocional.

1. Etapa de Afrontamiento de la emergencia o desastre:

Esta etapa es de carácter episódica y se inicia ante la inminencia o ante la ocurrencia de una emergencia o desastre. Consta de cuatro sub-etapas:



Sub-etapa Crítica:

Período breve durante el cual transcurre la situación de desastre. Tiene una duración aproximada de 72 horas y se caracteriza por el alto impacto de la destrucción y muertes ocasionadas por el evento y por la necesidad de supervivencia.

Suele haber desorganización y confusión generalizada, miedo y sentimientos de abandono y vulnerabilidad. Si no existe una preparación y organización previa, se produce pérdida de iniciativa, surgimiento de liderazgos espontáneos (positivos o negativos) y conductas polarizadas (heroicas o mezquinas; violentas o pasivas; muestras de solidaridad o de egoísmo).



Sub-etapa Post Crítica:

Se inicia a continuación de la etapa crítica y tiene una duración aproximada de 30 días, en los cuales comienza un proceso lento y progresivo de recuperación. Hay un mayor conocimiento y una evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas. Se mantiene el temor y pueden aparecer conductas agresivas, contra autoridades e instituciones, así como actos de rebeldía y/o delictuales.



Sub etapa de Reparación o Recuperación:

Se inicia con posterioridad al primer mes de ocurrido el evento y su duración es variable. En esta etapa, aún se mantienen muchos problemas sin resolver y se tiene mayor claridad sobre las secuelas sociales y de la salud de las personas.

En función de la estructura social, los individuos y el grado de pérdidas se planifican y ejecutan tareas para la recuperación definitiva para lo cual se adoptan medidas económicas y sociales en diferentes escalas para asegurar la total recuperación.

Se consolida y proyecta la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria.



Sub etapa de Normalización:

Esta etapa se superpone con la anterior y se caracteriza por el retorno a lo cotidiano y el restablecimiento de los servicios y de los canales de decisión y de información.

Tanto el voluntariado, como los equipos de apoyo inicial, se han retirado del lugar y las necesidades de la población afectada, son atendidas a través de los servicios habituales.

El temor y ansiedad inicial se han atenuado, sin embargo, persiste la tristeza y con frecuencia, también la rabia. Pueden surgir sentimientos de culpa por haber sobrevivido o por no haber impedido la pérdida sufrida.

El ritmo con que las personas afectadas recuperan la capacidad de asumir su cotidianidad y superar con éxito las pérdidas, depende en gran medida de las circunstancias ambientales.

RELACIÓN ENTRE LAS SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES Y LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN.

Por lo general, los Desastres tienen consecuencias económicas, producen devastación, empobrecimiento, destrucción ambiental, de la infraestructura y carencia de servicios básicos, como agua potable y alimentos. También, producen un deterioro en la vida de las personas y una desintegración de las familias y de la comunidad. 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.⁵

Cuando hablamos de impacto psicosocial, nos referimos a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicosocial individual, familiar y social de los afectados. Estos efectos se relacionan con muchas

⁵ World Health Organization. (1992). *Psychosocial consequences of disasters. Prevention and management*. Geneva: Division of Mental Health, WHO.

variables, entre las cuales se encuentran las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social.⁶

En el enfoque de salud pública, se utiliza el concepto de estrés, entendido como una exigencia o demanda impuesta sobre el organismo que no puede ser dominada o controlada en un lapso razonable. Una situación de Emergencia o Desastre representa y produce un estrés de magnitud extrema que genera diversas reacciones psicológicas y biológicas, tanto a nivel individual, como grupal. Este cambio de foco, desde la psicopatología a las reacciones de estrés, ha posibilitado un avance en la prevención de los efectos de las Emergencias y Desastre sobre la Salud Mental de las personas y al mismo tiempo, un desarrollo en los tratamientos psicológicos y psiquiátricos de los afectados.⁷

El estrés que produce una situación de Emergencia o Desastre genera un periodo inicial de desorganización individual y social, el cual en la comunidad, da lugar a una serie de conductas “aliviadoras” y muchas veces “terapéuticas”.⁸

Las respuestas al estrés se relacionan normalmente con el aprendizaje, convirtiéndose en un mecanismo de sobrevivencia y de alivio de la tensión emocional. La capacidad de tolerar las frustraciones de la vida y la confianza de que se pueden superar los obstáculos, se desarrollan a partir de la vivencia repetida de los pequeños traumas cotidianos. Así, el desarrollo de defensas y el moldeamiento de una personalidad más fuerte y preparada para enfrentar y superar con éxito las adversidades de la vida, se desarrollan durante el proceso de aprendizaje.^{9 10}

6 Gerrity E, Flynn BW. (1997). *The public health consequences of disasters. Mental health consequences of disasters.* En Noji EK (edit.): New York: Oxford University Press.

7 Taylor VA, Ross GA, Quarantelli EL. (1976). *Delivery of mental health services in disasters.* Columbus, Ohio State University, Disaster Research Center, Adams PR, Adams GR: Mount St. Helen's ashfall: Evidence for a disaster stress reaction. *Am Psychologist* 39:252-260, 1984.

8 Bolin R. (1975). *Research on reconstruction following disaster. Second Annual Institutional Conference on Natural Hazards: Boulder, Colorado.*

9 Sandin B. (1995). *El estrés.* En: Belloch A, Sandin B, Ramos F (edit.). *Manual de psicopatología.* Madrid: Mc Graw-Hill.

10 Slaikeu KA. (1995). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación.* México, D.F.: El Manual Moderno

Cuando una situación supera la capacidad de adaptación de la persona, significa que los mecanismos de defensa, maduración y crecimiento personal, no funcionaron del todo y por lo tanto, la situación se transforma en un evento traumático que genera crisis y donde se rompe el equilibrio.

En la “teoría de la crisis”¹¹, se examina la colisión entre factores perturbadores y los mecanismos de homeostasis y establece la tendencia natural hacia la búsqueda de soluciones adaptativas, nuevas o aprendidas, destinadas a prevenir etapas posteriores de desequilibrio y colapso.¹² En otras palabras, toda crisis conlleva el potencial de recuperación, con lo cual se abre la posibilidad de realizar intervenciones oportunas para facilitar dicho proceso.

Las personas afectadas por Desastres, en general, han vivido experiencias y pérdidas muy graves. A pesar de todo, inicialmente debe asumirse que sus respuestas emocionales son normales, ante una situación anormalmente abrumadora y que tienden a recuperarse espontáneamente en el curso de algunos días o semanas.

El impacto emocional varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos, en los primeros momentos después del evento. En la mayoría de las personas adultas pueden observarse las siguientes manifestaciones:

- Preocupaciones en relación con la supervivencia.
- Duelo por pérdida de personas queridas y bienes valiosos y significativos.
- Miedo y ansiedad relacionados con su propia seguridad y la de las personas queridas.

11 Caplan G. (1964). *Principles of community psychiatry*. New York: Basic Books

12 De los Ríos A. (1984). *Fundamentos de medicina. Reacciones al estrés y adaptativas*. *Psiquiatría: Medellín, Colombia, CIB: Editado por Toro RJ, Yepes LE.*

- Trastornos del sueño, que con frecuencia incluyen pesadillas y recuerdos del desastre.
- Preocupaciones relacionadas con la reubicación, el aislamiento o la posible situación de promiscuidad en las nuevas condiciones de vida.
- Necesidad de hablar acerca de lo sucedido y de los sentimientos asociados con la emergencia o el desastre.
- Necesidad de sentirse parte de la comunidad y de sus esfuerzos de recuperación.



Las respuestas psicológicas más frecuentes ante situaciones de emergencias y desastre se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Respuestas psicológicas .¹³

FASE	RESPUESTAS
<p>Critica</p> <p>Primeras 72 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas. • Excitación aumentada o “parálisis” por el temor. • Ansiedad difusa. • Deseo – temor de conocer la realidad. • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra. • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas. • Ocasionalmente, estado de confusión aguda.
<p>Post crítica</p> <p>Primer mes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción, miedo y nerviosismo. • Tristeza. • Duelo. • Equivalente somáticos (síntomas orgánicos variados). • Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito. • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral.
<p>Reparación</p> <p>2 a 3 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad que se va reduciendo. • Tristeza que persiste por más tiempo. • Tristeza o ansiedad no muy aparentes, pero con manifestaciones encubiertas como agresividad creciente (intrafamiliar, autoagresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol y estimulantes). • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas. • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, victimización o impunidad.
<p>Normalización</p> <p>A partir de los 3 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas somáticos que persisten. • Reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. • Pueden existir señales de riesgo como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duelos que no se superan. ▪ Riesgo de suicidio. • Síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos. • Síndrome de estrés postraumático.

¹³ Departamento de Salud Mental. (2012). *Tabla de Respuesta Psicológica*. Ministerio de Salud.

Reacciones probables en adultos¹⁴ :

SOCIALES	FISICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Irritabilidad • Conflictos interpersonales • Evitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Hiperexcitación • Dolores de cabeza • Quejas Somáticas • Disminución del apetito • Reducción de la libido • Disminución de la energía
EMOCIONALES	COGNITIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Shock • Inamovilidad • Miedo • Ansiedad • Desamparo • Desesperanza • Culpa por sobrevivir • Incapacidad para disfrutar 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la fe • Problemas de memoria • Falta de concentración • Confusión y desorientación • Pensamientos o recuerdos repetitivos • Negación de las emociones • Problemas en la toma de decisiones • Autoestima reducida • Exageradamente alerta

Es muy importante considerar, que la mayoría de las personas pueden presentar reacciones psicológicas o conductuales negativas y que estas son probables y saludables ante un evento altamente estresante, pero ello no significa que desarrollarán un trastorno mental propiamente tal, puesto que la mayoría de las personas cuentan con recursos propios para enfrentar dificultades en la vida, por esto, después de un periodo de recuperación la gran mayoría de adultos y niños(as) ya no experimentarán esas reacciones.

¹⁴ Williams R. (2006). *The Psychosocial Consequences for Children and Young People who are exposed to Terrorism War Conflict and natural disaster. Current Opinion in Psychiatry.* 10:337-349

APOYO PSICOSOCIAL

Se entiende por apoyo psicosocial, el proceso mediante el cual se facilita la resiliencia (capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límites y sobreponerse a ellas) en las personas, familias y comunidades, permitiéndoles hacer frente a las reacciones emocionales a eventos críticos y recuperarse de los efectos de las crisis, además de ayudarles a hacer frente a tales acontecimientos en el futuro. ¹⁵

Cuando este proceso se realiza respetando la independencia, la dignidad y los mecanismos de supervivencia de las propias personas y comunidades afectadas, se convierte en una herramienta que promueve la restauración de la cohesión de la comunidad, elemento esencial para la adaptación y para transformar los problemas en oportunidades para el progreso sostenible y seguir adelante.

El apoyo psicosocial busca aliviar o controlar los efectos del trauma y restablecer el equilibrio, evitando la re-victimización. El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades.

Debe integrar componentes indispensables de ayuda humanitaria e intervenciones sociales de diferente índole (coherentes con las necesidades básicas de seguridad personal, alimentación, educación, vivienda, trabajo, etc.) que hagan posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.

¹⁵ IFRC. (2005-2007). *Psychosocial Framework*.

El apoyo psicosocial incluye (Fig. N° 3):

1. Asegurar los servicios básicos y de seguridad:

En situaciones de emergencias y desastres, el apoyo psicosocial comienza asegurando el bienestar de las personas afectadas, cubriendo las necesidades básicas (distribución de agua, alimento, abrigo y atención a los heridos) y proporcionando protección contra el daño (evacuación, traslado a albergues).

2. Brindar apoyo familiar y comunitario:

El apoyo psicosocial apunta también a restaurar un sentido de normalidad en la vida de las personas afectadas, de modo que puedan seguir adelante con las tareas cotidianas y las exigencias de la reconstrucción.

3. Entregar apoyo psicológico:

El apoyo o primera ayuda psicológica consiste en la asistencia a las personas que han vivido una situación de crisis con el fin de ayudarles a reorganizarse afectiva y cognitivamente para continuar en la reconstrucción de sus vidas.

Todas las intervenciones psicológicas en situaciones de crisis se deben guiar por el principio de la continuidad, es decir, que su objetivo debe ser recuperar y preservar la continuidad de las vidas interrumpidas por el evento catastrófico.

4. Otorgar tratamiento especializado:

Un número pequeño de personas afectadas por situaciones de Emergencias o Desastres desarrollará o estará en riesgo de desarrollar algún trastorno psicológico o psiquiátrico. Estas personas necesitarán apoyo profesional psicológico o psiquiátrico.

Por lo tanto, el apoyo psicosocial en situaciones de Emergencias y Desastres, no es responsabilidad exclusiva del sector de la salud,

sino que compromete a todos los sectores, a las autoridades, y requiere de la participación activa de la propia comunidad.

El apoyo psicosocial incluye (Fig. N° 3):



Los equipos de primera respuesta y el personal de ayuda humanitaria, al igual que los trabajadores de Atención Primaria en Salud, deben contemplar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial, como parte del abordaje humano de la población afectada por una Emergencia o Desastre.

La ayuda psicosocial se debe entregar en forma escalonada, según las necesidades de los afectados (Fig. N°4)



Fig. N° 4 Gradualidad del Apoyo Psicosocial ¹⁶

16 Comité Permanente entre Organismos. (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*: Ginebra

CAPITULO 2

“KOKORONOKEA”

Después del terremoto de Kobe en 1995, se observó una perspectiva diferente de los efectos psicológicos de la experiencia vivida. Se observó que, las personas comenzaban a mostrar síntomas como trastornos del sueño y pesadillas, pensamientos molestos y recuerdos de los eventos, ansiedad y sentimientos de culpa por haber sobrevivido ante otros que habían muerto. El término para este campo de intervención se conoció como Kokoronokea, que se traduce como *Cuidado del Corazón* y llegó a ser uno de los principales símbolos de la respuesta al terremoto.

Había acuerdo que la abrumadora naturaleza de la experiencia vivida por los sobrevivientes, necesitaba una respuesta directa, que les sirviera para recuperar sus espíritus, lo que quizá no se lograría por la entrega de suministros y reconstrucción de edificios solamente. Se creó una organización para estudiar y enseñar acerca del Kokoronokea y para dar servicios a las personas afectadas por el terremoto.¹⁷

El concepto Kokoronokea, incluye una amplia gama de ayuda psicológica que va desde el apoyo social, hasta la consejería escolar, el cuidado de la Salud Mental, las terapias de trauma, y el tratamiento médico del trauma.

De acuerdo con este modelo, en situaciones de Emergencias y Desastres las personas se ven enfrentadas a tres tipos de estrés psicológicos (Fig. N° 5):

- El Estrés del Trauma
- El Estrés de Pérdida
- El Estrés de Vida Cotidiana

¹⁷ International Federation Reference Centre for Psychosocial Support. (2009). *Adaptado de Psychosocial interventions A handbook: Denmark.*



Fig. Nº 5 Tipos de Estrés que generan las situaciones de Emergencias y Desastres ¹⁸

El Estrés se define como un síndrome de activación psicofisiológica que prepara al organismo para una respuesta de ataque o huida frente a una amenaza inminente.

Es decir, en términos adaptativos, el Estrés se encuentra al servicio de defendernos “de la mejor manera posible” de aquello que debemos enfrentar.

Así, el modelo Kokoronokea sugiere que las alteraciones de la Salud Mental, y el eventual desarrollo de una enfermedad mental, son una posibilidad para cualquier involucrado en un evento traumático, tal como un terremoto. Ciertamente, no todos enfermarán, pero algunos sí pudiesen hacerlo. El fin, es prevenir la aparición de patologías o problemas de Salud Mental.

¹⁸ Joshua Breslau. (Falta año) *Globalizing disaster trauma: psychiatry, science, and cultural after the Kobe Earthquake*: Harvard School of Public Health.

ESTRÉS DE TRAUMA

Los eventos traumáticos son, en la mayoría de las ocasiones, inesperados e incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y auto-confianza de las personas provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno.

En caso de Emergencias y Desastres la primera sensación que se tiene, es de miedo frente a lo desconocido, miedo a morir, miedo por los seres queridos.

El miedo, es una respuesta normal que se produce al enfrentarse a un fenómeno que escapa de los límites establecidos y lo reconocemos a través de una serie de cambios fisiológicos, relacionados con el sistema nervioso autónomo y el endocrino. Su objetivo básico es el de protección ante estímulos peligrosos.

La forma de superar el miedo, transita por adquirir la sensación de seguridad a través del conocimiento de la situación, de saber qué es lo que se puede esperar, estimular adecuadamente todos los sentidos, de manera que se vuelva a la situación “normal”, previa al evento que ocasionó el miedo.

Es fundamental en esta situación, la relajación, la información y el apoyo que pueden dar los cercanos (familiares, amigos, vecinos y equipos de primer apoyo)



ESTRÉS DE PÉRDIDA

En las situaciones de Emergencias y Desastres se producen muchas pérdidas, sin embargo, la pérdida de algún ser querido, es uno de los más intensos sentimientos que estresan al ser humano. También, es muy importante la pérdida de la salud, del trabajo, de la vivienda, de los recuerdos como fotografías y otras.

A medida que se hace frente a una pérdida se experimentan distintos sentimientos en momentos diferentes. Por ejemplo choque, negación, rabia, culpabilidad, tristeza y aceptación. Estos sentimientos se alternan entre sí. Es decir, cuando la persona parece que está comenzando a aceptar su pérdida puede volver a sentir tristeza o culpabilidad. El duelo puede no desaparecer por completo nunca, pero el dolor que se siente disminuirá con el tiempo, a medida que se sobrepone a estos sentimientos.

Una vez que se asume el impacto total de la pérdida en su vida, el afectado puede sentirse triste y sin esperanzas. También, puede sentirse culpable. Puede comenzar a pensar cosas tales como: “Si tan sólo...” o “¿Por qué a mí?”. Puede llorar sin causa aparente. Esta es la parte más dolorosa de la recuperación pero, no dura para siempre. En un duelo normal, la tristeza y la pena comienzan a mejorar con el tiempo. La etapa final en la aceptación de la pérdida es cuando se vuelve a invertir tiempo en otras relaciones y actividades. Durante este tiempo es normal sentirse culpable o desleal con su ser querido, pues se están comenzando nuevas relaciones.

Es necesario que la persona viva el duelo hasta que se recupere, es decir cuando acepta la pérdida y asume el significado de la pérdida en su vida.

Son importantes los ritos, especialmente los más significativos. Recordar fechas especiales, cumpleaños, aniversarios etc. El principal apoyo que se debe dar es: “cubrir el vacío del corazón” a través de compañía, conversaciones, recuerdos, etc.

ESTRÉS DE VIDA COTIDIANA

Las situaciones de Emergencias y Desastres producen cambios en la vida cotidiana de muchas de las personas afectadas.

Situaciones como la destrucción de la vivienda, la pérdida de la salud, la muerte de un ser querido, etc., producen un cambio de estilo de vida. La persona puede sentirse atemorizada, desconcentrada, triste, etc., debido a que lo que tenía por normal y rutinario, cambió definitiva e irreversiblemente.

Este cambio abrupto del estilo de vida, demanda un gran esfuerzo de adaptación, generando además conflictos con nuestros allegados y con nosotros mismos, incluyendo un gran desgaste del organismo.

La mejor forma de realizar apoyo psicosocial es a través de la entrega de información clara y fidedigna acerca de su situación. Apoyarlo en la reconstrucción de su vida y realizar apoyo psicológico preventivo.

CAPITULO 3

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS DE ACUERDO AL MODELO “KOKORONOKEA”

En este capítulo se entregarán recomendaciones prácticas para reducir los riesgos de daño a la Salud Mental de la población, en las distintas etapas de las Emergencias y Desastres.

1. Etapa Preparatoria

Los eventos traumáticos como las Emergencias y los Desastres ocurren generalmente de forma inesperada y producen altos niveles de estrés y, puesto que las respuestas al estrés se relacionan con el aprendizaje, es fundamental aprender a cómo estar preparados para enfrentar estas situaciones con el fin de mitigar, minimizar y atenuar sus consecuencias sobre la población, la economía y el medio ambiente.

La preparación incluye un conjunto de medidas, cuyo objetivo es organizar y estructurar la respuesta de la comunidad a las condiciones adversas, con el propósito de facilitar las acciones para un efectivo y oportuno aviso, control, evacuación y conductas que permitan una restauración lo más pronta posible, tanto física como social.

El conocimiento previo es el mejor factor protector, puesto que, cuando se sabe qué hacer, el miedo se canaliza hacia la acción evitándose actitudes como la negación del peligro, o actitudes desafiante, gran desorganización o comportamientos pasivos.

¿Qué pueden hacer las personas para prepararse?

- Estar informados sobre los riesgos de desastres de la zona donde vive, donde trabaja y aquellos que visita durante sus vacaciones.
- Conocer los lugares de riesgo y los lugares seguros en el barrio donde vive, donde trabaja y aquellos que visita durante sus vacaciones.
- Identificar las rutas de evacuación en la zona donde vive, donde trabaja y aquellas que visita durante sus vacaciones.
- Conversar en familia sobre los riesgos de Emergencias y Desastres y que debe hacer cada cual ante un evento de este tipo.
- Preparar un plan de seguridad familiar y realizar simulacros de evacuación en forma periódica.
- Asegurarse que el establecimiento educacional donde asisten sus hijos, cuente con un plan de seguridad y que se realicen simulacros en forma periódica.
- Organizar reuniones con los vecinos para elaborar un Plan de Seguridad del barrio y realizar simulacros de evacuación en forma periódica.
- Conocer el Plan de Seguridad de su lugar de trabajo y participar en los simulacros de evacuación.
- Tener siempre a mano los siguientes elementos de emergencia: agua potable, alimentos en lata, linterna y radio portátil con pilas nuevas, documentos de identificación, botiquín de primeros auxilios.
- Tener acordado un plan de comunicación con la familia y los familiares que viven en otras comunas o ciudades.

¿Cuál es el rol de las Instituciones en la preparación ante Emergencias y Desastres?

A nivel institucional (Gobierno local, Regional y Nacional), la etapa preparatoria comprende las siguientes sub etapas:

- **Prevención:** conjunto de acciones cuyo objeto es impedir o evitar que sucesos naturales o generados por la actividad humana, causen desastres.
- **Mitigación:** conjunto de actividades que se realizan antes de un desastre para reducir o atenuar el efecto de su impacto en la población, la economía y el medio ambiente. Su fin es modificar, tanto las características de un fenómeno, con el objetivo de reducir el impacto de la amenaza, como las características intrínsecas de un sistema biológico, físico o social para reducir la vulnerabilidad.
- **Alerta:** es la notificación formal para anunciar la activación de la respuesta adoptada, en función de la evaluación de la amenaza. Tiende a limitar el impacto del fenómeno por medio de las acciones de preparación. Debe ser clara y comprensible; asequible y difundida por todos los medios; inmediata, sin demora; coherente, sin contradicciones; oficial, procedente de fuentes oficiales o gubernamentales.
- La función principal de los expertos en Salud Mental, es capacitar a los cercanos (Profesores, Equipos de atención Primaria de Salud, Bomberos, Carabineros, Rescatistas, Comunidad) para que puedan brindar el apoyo psicosocial y emocional necesario en caso de ocurrir un evento traumático.

En esta etapa, las Autoridades deben realizar, entre otras, las actividades siguientes:

- Definir las funciones de los organismos operativos.
- Acopiar e inventariar los recursos para su rápida movilización.
- Capacitar y adiestrar al recurso humano necesario.
- Informar y educar a la comunidad, acerca de los riesgos e instrucciones que se deben cumplir en caso de desastres.
- Señalizar las rutas de evacuación a las zonas de refugios.
- Informar y educar a trabajadores, dirigentes y población general.
- Orientar e impulsar la organización general de ejercicios de simulacro de desastres para poner a prueba los mecanismos de respuesta.
- Evaluar el nivel de preparación de la población ante las amenazas potenciales más frecuentes.
- Definir e informar sobre los mecanismos de alerta que se utilizarán ante las distintas amenazas.

La preparación es la forma más efectiva de prevenir las consecuencias de las Emergencias y Desastres en la Salud Mental de las personas.

2. Etapa Crítica: Estrés del Trauma

Se presenta inmediatamente después de ocurrido un evento adverso y requiere de acciones para salvar vidas, reducir sufrimientos, pérdidas económicas y daños al medio ambiente.

Si la respuesta planificada, previamente, se pone en marcha en forma oportuna, disminuye el riesgo de que la **amenaza** se convierta en **desastre**, asumiendo los propios sobrevivientes las tareas de rescate y salvamento más urgentes.

El objetivo principal del apoyo psicosocial, en esta fase, es suavizar las reacciones negativas ante el estrés, producido por el evento traumático. Es necesario, disminuir los niveles de estrés, a través de actividades de relajación y entregar seguridad al afectado.

No es recomendable propiciar la expresión de sentimientos y el desahogo de los afectados, puesto que ello tiende a fijar más la emocionalidad negativa asociada al evento traumático. Del mismo modo, no es adecuado promover que los niños relaten su experiencia traumática mediante dibujos o juegos.

El apoyo psicosocial debe centrarse en garantizar la seguridad de los afectados y cubrir sus necesidades básicas de agua, abrigo y comida, así como en la búsqueda de los seres queridos que se encuentren desaparecidos y en la reunificación familiar de los sobrevivientes.

También es importante, facilitar la realización de ceremonias de sepultación de los fallecidos.

Si los cercanos son capaces de entregar el apoyo emocional adecuado, se puede evitar la mayoría de los problemas mentales posteriores.

¿Qué pueden hacer las personas afectadas por el Desastre en esta etapa?

- Ponga en marcha inmediatamente los preparativos definidos y ensayados.
- Póngase a salvo alejándose de casas y edificios en riesgo de desplomarse.
- Si perdió su vivienda, acuda a los centros de emergencia previamente definidos.
- No vuelva a su vivienda hasta que se haya realizado la evaluación técnica de daños por las autoridades correspondientes.
- Utilice mensajes de textos y las radios locales para comunicarse con sus familiares. No intente usar el teléfono, ya que ayuda a la congestión de las líneas.
- Ayude a otras personas a ponerse a salvo y dirigirse a los Centros de emergencias o albergues predefinidos

Las instituciones locales deben:

- Participar en las acciones de socorro y salvamento, según lo planificado previamente.
- Colaborar en la satisfacción de las necesidades básicas de la población afectada utilizando el stock establecido de primera ayuda ¹⁹, y garantizar su seguridad física.
- Colaborar en la asistencia médica y en la evacuación de heridos y lesionados
- Asegurarse que el apoyo y asistencia que se brinda a los afectados les permita sentirse seguros y acompañados.
- Transmitir organización, seguridad, autoridad, apoyo moral, sosiego, apoyo y ánimo.

¹⁹ Departamento de Salud Mental. (2012). *Figura de componente de Apoyo Psicosocial*. Ministerio de Salud.

En esta etapa, la función primordial de las Autoridades es coordinar y asegurar las operaciones de:

- Búsqueda, rescate y Primeros Auxilios de sobrevivientes.
- Asistencia Médica de Urgencia.
- Evacuación de heridos y lesionados.
- Alojamiento temporal de los damnificados.
- Aislamiento de lugares riesgosos y brindar seguridad de la población.
- Evaluación de daños para determinar su magnitud, las prioridades de atención y las necesidades más urgentes.
- Abastecimiento de medicamentos y suministros de urgencias.
- Vigilancia en Salud y Prevención y Control de Enfermedades trasmisibles.
- Información amplia y orientación a la población sobre lo que está ocurriendo. Lo que se está haciendo lo que las personas deben hacer y las normas de conducta y educación para la salud.
- Implementar medidas para evitar y controlar la desorganización social.

En la etapa Crítica, la relajación física y la tranquilidad son principales herramientas para el cuidado y protección de la Salud Mental.

3. Etapa Post Crítica: Estrés de Pérdida

Una vez que las personas afectadas por una Emergencia o Desastre, han logrado sentirse a salvo y que los sentimientos de temor han disminuido, éstos comienzan a tomar conciencia de lo que han perdido y surge la necesidad de hablar de lo sucedido y de sus sentimientos.

En situaciones de desastres siempre se producen pérdidas, y por supuesto las que más afectan a las personas sobrevivientes, son las pérdidas humanas. Sin embargo, el haber perdido su casa, su trabajo, los objetos de valor económico y sobre todo los objetos de valor sentimental, produce en los afectados sentimientos de quebranto y duelo. Aparece entonces la pena y la tristeza. El recordar y añorar lo perdido.

Si bien estos sentimientos son normales, es necesario apoyar a los afectados para que vivan su duelo, permitiéndoles la expresión de sus sentimientos de pérdida y ayudándoles a aprender a vivir sin aquello que perdieron.

En esta fase, el apoyo psicosocial se debe orientar a trabajar el duelo de modo de prevenir el desarrollo de duelos patológicos. Para ello, es fundamental generar ritos y ceremonias, que permitan despedirse de lo perdido y que a su vez sean un hito de conmemoración y memoria.

¿Qué pueden hacer las personas afectadas por el Desastre en esta etapa?

- Buscar compañía y hablar.
- Compartir sentimientos y pensamientos con otros.
- Escuchar y ayudar a sus compañeros.
- Permitirse sentirse mal, deprimido o indiferente.
- Realizar ejercicios físicos suaves, alternados con relajación.
- Estructurar el tiempo y mantenerse ocupado.
- No evadir el dolor o sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.
- Tratar de mantener un itinerario de vida lo más normal posible.
- Hacer cosas que lo hagan sentir bien, útil y solidario.
- Tomar pequeñas decisiones cotidianas.
- Descansar lo suficiente.
- Intentar, dentro de lo posible, comer bien y regularmente.
- Saber que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales y deben ser compartidos.

Los cercanos y equipos de Primera Respuesta deben:

- Escuchar detenidamente y acompañar a los afectados.
- Promover ayuda y solidaridad, así como fortalecer vínculos entre familiares y amigos.
- Estimularlos a participar en las tareas de la vida cotidiana.
- Comprender y aceptar el enojo y otros sentimientos de los afectados.
- No decirles que tienen “suerte de que no les fue peor”. Las personas traumatizadas no encuentran consuelo en esas frases. En cambio, se puede expresar que lamenta lo sucedido y que lo entiende.
- Promover la realización de ritos y ceremonias según la cultura y costumbres de la población afectada (por ejemplo, ceremonias simbólicas de entierro de los fallecidos, elaborar memoriales, etc.).

Las Instituciones Locales, deben:

- Asegurar que la gestión de albergues favorezca la protección de la Salud Mental de los afectados, manteniendo a las familias unidas, procurando albergar a las personas de un mismo barrio juntas. Propiciar el resguardo de la dignidad de los albergados habilitando biombos para separar los espacios utilizados por cada familia, movilizándolo a los albergados para que asuman la gestión del albergue.
- Catastrar a las personas damnificadas, a los heridos, a los fallecidos y a los desaparecidos.
- Evaluar las necesidades inmediatas de las personas y lugares afectados y hacer llegar esta información con prontitud a quien corresponda según lo establecido previamente en el Plan de Emergencias de la comuna.
- Gestionar la atención de los heridos.

- Asegurar la continuidad de tratamiento de las personas con enfermedades preexistentes, sobre todo con trastornos mentales.
- Realizar evaluación rápida de las necesidades emocionales de la población afectada.
- Otorgar la primera ayuda psicológica o apoyo emocional a las personas afectadas que lo requieran solamente.
- Gestionar la ayuda que comienza a llegar. De manera que sea lo que las personas afectadas requieren y que efectivamente la reciban.
- Gestionar a los voluntarios tanto institucionales como individuales de modo que su aporte sea organizado y de acuerdo a las necesidades de la población afectada.
- Coordinarse con los medios de comunicación de masas para evitar la sobreexposición de las personas afectadas.

Las autoridades deben:

- Proveer información suficiente y oportuna.
- Gestionar la ayuda nacional e internacional.
- Garantizar la seguridad de los lugares y personas afectadas.
- Garantizar el resguardo físico y emocional de los funcionarios sanitarios y de primera ayuda.
- Facilitar la realización de actos simbólicos y/o de duelo.

En la etapa Post Crítica, el manejo del duelo con ritos y ceremonias y el apoyo emocional son las principales herramientas para el cuidado y protección de la Salud Mental.

4. Etapas de Reparación y Normalización: Estrés de Vida Cotidiana.

En esta fase se comienzan a restablecer los servicios habituales y a brindar respuestas a las necesidades producidas por las consecuencias resultantes de la emergencia.

Se da prioridad a la prestación de servicios habituales indispensables en instalaciones provisionales, abastecimiento de agua mediante camiones-cisternas y servicios médicos en las instalaciones provisionales. Las medidas de salud ambiental e instalación de albergues de urgencias, reciben entonces, particular atención.

Se inicia la reparación de los daños físicos, sociales, evacuación de la población damnificada y la continuidad de la vigilancia epidemiológica, fundamentalmente de la población evacuada hasta su reincorporación a su situación anterior; así como las medidas educativas a la población en riesgo.

Se inicia también, el proceso de reconstrucción, es decir la reparación del daño físico, social y económico producido por el desastre, proceso que se debe planificar a corto, mediano y largo plazo, garantizando un nivel de desarrollo igual o superior al existente antes del desastre.

Esta etapa, es la que más recursos y esfuerzos exige y en donde es menos probable que la solidaridad se exprese o mantenga; sin embargo, puede ofrecer oportunidades para introducir medidas de prevención y mitigación, a fin de que la comunidad esté preparada para otro desastre en el futuro.

El no prestar suficiente atención a esta etapa puede hacer que los efectos devastadores del desastre adquieran permanencia.

Para las personas que se encuentran en el área del impacto, la recuperación es un período que no tiene tiempo definido y necesita de reajustes que les lleva mucho tiempo (en ocasiones puede tomar toda la vida), por eso es cuando más se necesita ayuda para satisfacer la demanda de bienestar.

En esta fase se debe reflexionar sobre las lecciones aprendidas, para romper el ciclo de los desastres mediante la inclusión de las medidas de prevención y mitigación, con el fin de superar el nivel de desarrollo alcanzado y contar con mayores posibilidades integrales para el enfrentamiento a futuros eventos.

Las personas afectadas comienzan a sentir que van quedando solas con sus problemas, los voluntarios y equipos de primer apoyo ya se han retirado del lugar, en los medios de comunicación de masas ya no aparecen noticias sobre su situación, las instituciones locales han vuelto a las actividades regulares, “todo parece haber vuelto a la normalidad”, sin embargo ellos siguen viviendo los efectos devastadores del desastre. Permanecen aún en viviendas temporales, muchas veces en condiciones muy precarias, no han recuperado sus fuentes laborales, y lo peor es que no saben cuándo ni como saldrán de la situación en la que están.

Es en esta etapa donde se produce la mayor cantidad de problemas y trastornos mentales, particularmente depresión, abuso y dependencia de alcohol y drogas, maltrato, violencia intrafamiliar y ansiedad.

En una situación de desastre se puede encontrar sintomatología, principalmente estrés de vida cotidiana, hasta 4 años posteriores al desastre, de allí en adelante van en franca disminución. Esto implica que los planes de cuidado de la salud mental deberían tener al menos 5 años de duración.

¿Qué deben hacer las personas afectadas por el Desastre para proteger su Salud Mental?

- Organizarse y elaborar un plan de apoyo mutuo y de requerimientos para la reconstrucción.
- Colaborar con las instituciones locales, manifestándoles sus reales necesidades.
- Detectar a las personas que puedan estar manifestando síntomas de problemas o enfermedad física o mental e informar a los equipos locales de salud.
- Reforzar la propia responsabilidad y la confianza en la recuperación.
- Participar en grupos de autocuidado.
- Obtener información sólo de fuentes oficiales y no difundir rumores o información de fuentes no oficiales.

La tarea de las Instituciones Locales se debe centrar en:

- Entregar información oportuna y fidedigna, cuidando de que exista un solo canal oficial de información hacia los afectados y combatiendo los rumores y las especulaciones.
- Propiciar y fortalecer los procesos grupales de apoyo mutuo, la socialización y la reconstrucción de proyectos de vida familiares o colectivos.
- Identificar vulnerabilidades y riesgos.
- Entregar atención de salud oportuna a las personas sintomáticas o enfermas y referirlos para atención especializada cuando sea necesario.
- Identificar grupos de riesgo psicosocial.
- Facilitar la organización de los afectados.
- Brinda atención psicosocial a grupos especiales y vulnerables.

- Realizar intervención en crisis toda vez que sea necesario
- Favorecer la activación y recuperación de redes de solidaridad, apoyando experiencias de ayuda grupal y fomentando la participación comunitaria en las tareas de reconstrucción.

Para proteger la Salud Mental de la población afectada, las Autoridades deben:

- Entregar información y orientación oportuna, fidedigna, actualizada y precisa a la población afectada, sobre su situación y los plazos reales de respuesta a sus necesidades.
- Garantizar la mantención de un adecuado nivel de información a la población.
- Controlar los actos violentos y los focos de desorganización social, cuando se presenten para evitar su propagación.
- Establecer una coordinación interinstitucional eficiente.
- Crear redes de trabajo y desarrollar proyectos ocupacionales y productivos.
- Facilitar el diálogo para conjugar las decisiones locales y centrales desde el punto de vista de la situación específica de la comunidad damnificada y su particular conformación subjetiva, organizativa, etc.
- Reforzar la toma de decisiones de los agentes locales, pertinente al tipo y nivel de desastre y debe coordinarse con la comunidad damnificada y ayuda humanitaria internacional.
- Favorecer la coordinación de los recursos, con los tiempos y demandas de la propia población afectada.
- Considerar en los planes de construcción de viviendas permanentes, la necesidad de mantener “el barrio”.
- Favorecer y apoyar la construcción de memoriales y la realización de ceremonias que mantengan la memoria de lo perdido.

En las etapas de Reparación y Normalización, la información oportuna fidedigna, actualizada y precisa es la principal herramienta para el cuidado y protección de la Salud Mental.

CAPITULO 4

VOLUNTARIADO

Se debe destacar que, muchas veces en situaciones de Emergencia y Desastres, el voluntariado que reacciona solidariamente ante estas circunstancias tan lamentables, no tiene ni la preparación, ni la capacidad para que su ayuda sea útil para los afectados y víctimas de estos hechos. A veces, representa una carga más para las organizaciones, y eso no es todo, *“esta carga se lleva el vaso de agua o el bocado que necesitan los verdaderos afectados”*.

La asistencia a una zona de desastre, debe realizarse desde una organización que conlleve capacitación y coordinación con las autoridades, más una logística apropiada que otorgue autosuficiencia para operar durante varios días, mientras se restablezca la logística en la región.

La ayuda debe apuntar siempre al fomento de las capacidades locales, apoyando la auto-organización y la autoayuda y fortaleciendo los recursos ya existentes.



No toda ayuda voluntaria externa termina siendo de utilidad. Incluso a veces, puede implicar riesgos o daños no intencionales a la salud mental y bienestar psicosocial de los afectados. Esto ocurre cuando:

- **Se provee** en forma indiscriminada incluso a aquellos que no lo necesitan.
- **Se duplica** por diversos equipos o personas, a veces con mensajes contradictorios.
- **No se dispone** de una vinculación expedita con los recursos locales que deberán continuar la tarea iniciada por un voluntario externo.
- Las personas que desean prestar ayuda **no están en condiciones** emocionales o físicas de darla.

Perfil del Voluntario:

¿Quiénes pueden brindar Apoyo Psicosocial en situaciones de crisis?

El Apoyo Psicosocial lo pueden brindar personas entrenadas o bien aquellos que cuenten con nociones básicas de entrevista, buen trato interpersonal, principios éticos y habilidades de ayuda. No es una acción exclusiva de los psicólogos o especialistas en Salud Mental.

Esta puede ser realizada por el equipo de salud y voluntarios con entrenamiento básico.

Las características necesarias de las personas con habilidades de ayuda son ²⁰:

- Capacidad de escuchar empáticamente.
- Ser capaz de brindar contención emocional.
- Tener claridad en sus límites personales.

²⁰ Definición del stock de primera ayuda definido por la ONEMI.

- Lenguaje no verbal adecuado.
- Conocimiento del estado psicosocial de las personas y de la comunidad.
- Conocimiento de la red comunal de servicios a las familias.
- Dentro de las atenciones en Salud Mental, considere que la evidencia muestra que en situaciones de catástrofe:
 - No se deben realizar intervenciones terapéuticas, inmediatamente después del terremoto.
 - No se debe utilizar la técnica de *Debriefing* (forzar la verbalización de la experiencia traumática), porque no sirve para prevenir el Trastorno de Estrés Post Traumático y causa efectos negativos.

Estrés de incidentes críticos:

Afecta a rescatistas y personas que trabajan con damnificados (Bomberos, Carabineros, Personal de Salud).

Aunque los rescatistas voluntarios pueden estar dotados de una alta resiliencia, se recomienda mantener una permanente observación hacia ellos y actuar en consecuencia.

Se recomiendan las siguientes actividades:

- Capacitación y psico-educación, reconocimiento de síntomas de estrés, cuidado del descanso, alimentación. Indicarles descansar, comer y dormir bien, y la detección temprana de sintomatología presuntiva de enfermedades para recibir ayuda en caso de necesidad.
- Controlar el estrés normal, cuidando los ambientes de trabajo, porque si ya está con estrés previo tendrá mayor riesgo de tener estrés crítico.

- Es recomendable que los voluntarios de mayor experiencia conversen con los más jóvenes e inexpertos acerca de la normal tensión experimentada frente a este tipo de situaciones. Los experimentados deben crear un ambiente propicio para que los inexpertos puedan expresar sus sentimientos.
- Estimular comunicación entre jefaturas y equipos.
- Cuando se necesite una ayuda de expertos, se debe acudir a quienes estén familiarizados con el perfil de estos voluntarios, y que tengan experiencia en el manejo de estos cuadros.
- Tener contacto previo con los rescatistas. Por ejemplo, participar en los cursos de entrenamiento, dando una clase de prevención del estrés crítico, de manera de generar un vínculo y referencia para posteriores derivaciones.

Recomendaciones para trabajos de voluntarios de largo tiempo con damnificados.

Durante la Emergencia / Desastre:

- Monitoreo propio: si está cansado, si está comiendo bien, si está durmiendo, etc. A veces en estos periodos se olvidan alimentarse bien, no gradúan el trabajo, lo que debe evitarse y prevenirse.
- Mantener comunicación periódica con sus familiares.
- En el lugar del suceso trabajar siempre en duplas o con un equipo.
- Tomar descansos periódicamente, aunque haya exceso de trabajo.
- Reconocer las limitaciones para actuar.
- Cuidar no ingerir mucha azúcar ni cafeína.
- Cuando se empieza a sentir culpable por trabajar demasiado, es que ya está trabajando demasiado.

Cuando regresan los equipos de estos lugares:

- Felicitar el trabajo realizado y reconocer el esfuerzo, no sólo a los que fueron a ese lugar, sino a los que cubrieron el puesto en su ausencia.
- Descansar, comer bien, estar con sus familias (al menos 2 o 3 días de descanso)
- Cuando regresen a sus trabajos normales, observar bien sus comportamientos. Verificar si hay diferencias antes y después. Comparar con el tiempo normal. Si está más cansado, o más callado. Si la diferencia es importante hay que consultar.

ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DE APOYO PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE CRISIS A LOS PADRES, MADRES Y CUIDADORES(AS):

Se recomienda al personal de salud o voluntariado, considerar los siguientes aspectos, como parte de una primera respuesta:

- Conozca el nombre y la situación de salud de la persona a quién usted asiste.
- Trate de usted a las personas.
- Pregunte a la persona si desea o acepta entrevistarse con usted.
- Distinga cuál es la situación específica de mayor prioridad para la persona asociada al estrés, con el objetivo de jerarquizar su necesidad. Por ejemplo, pérdida de algún familiar, pérdida de la vivienda, la vivencia misma del terremoto y/o catástrofe entre otras. “De todo lo que usted me ha contado en este momento: *¿Podría decirme qué aspecto es el que más le preocupa?*”
- Escuche, acoja y valide la experiencia de la persona. No cuestione ni minimice lo que ella siente. No realice preguntas que empiecen con un: *¿Por qué?*. Use las mismas palabras que la persona usa. Al final de la entrevista haga una síntesis de lo que ha escuchado y mencione que usted entiende cómo se siente. Por ejemplo: “O sea que usted estaba en su casa con su hija, cuando empezó el terremoto, usted la tomó en brazos y salió a la calle. En estos días *¿usted está preocupada porque necesita conseguir leche para sus hijos?*”
- No fuerce a las personas a hablar de la experiencia vivida. Se sabe que esta técnica (llamada debriefing) puede dañar a algunas personas. Pero usted, debe acoger el relato espontáneo que hacen las personas, sin forzarle a hablar más, ni a conectarse con recuerdos. Esto es muy importante.
- Refuerce a los padres, madres y cuidadoras(es) como las mejores personas para dar protección, sensación de seguridad y consuelo a su hijo(a).

- Conecte a la persona con familiares, amigos o vecinos. Es importante que se encuentre acompañada y conectada a una red social.
- Si sigue algún tratamiento psiquiátrico o farmacológico, se debe velar por la continuidad de éste.
- No genere falsas expectativas. No prometa ayuda sobre la cual usted no tenga certeza de poder cumplir. Esto aumentará la ansiedad.
- Contribuya a informar a las personas sobre la forma de satisfacer sus necesidades básicas de agua, comida, sueño, higiene y seguridad.
- Algunas personas en situación de crisis necesitan directrices claras de qué hacer, dónde recurrir, con quién hablar. Una de las reacciones probables es que exista confusión, no saber qué hacer, no poder jerarquizar lo más importante o urgente o bien paralización. En estos casos, sea directivo y claro. Anote en un papel las indicaciones y detalles.
- Organice y ponga en la agenda una segunda entrevista dentro de un par de días, si usted lo considera necesario y si la persona está de acuerdo.
- Pregunte sobre creencias religiosas o espirituales y estimule la conexión con algún sacerdote, pastor o agente de su comunidad religiosa (católica, evangélica u otra).
- Es necesario proteger y fortalecer las capacidades de una comunidad para valerse por sí misma, durante y sobre todo, después del desastre.
- El trabajo reconstructivo, debe considerar medidas dirigidas a abordar las condiciones sociales, políticas y económicas, que configuran dicha situación de vulnerabilidad. Promover el empoderamiento de las comunidades, la planificación racional y equitativa de recursos y el manejo participativo de los mismos, por nombrar algunos (Pérez-Sales, 2004).
- La transitoriedad de las relocalizaciones es relativa (más tiempo del planificado), lo que se debe considerar en los efectos secundarios al desarraigo.

- El desarrollo de planes de prevención y educación deben ser pertinentes al riesgo de la población con un enfoque territorial. Una técnica recomendada es la geo-referenciación del riesgo para desarrollar planes específicos de prevención, educación y atención.
- Deben generarse prioridades de acción y seguir la programación de actividades planificadas por las autoridades locales.
- Se deben tener planes de contingencia para hacer frente a la etapa crítica descrita en este documento. Su propósito debe servir para mitigar el impacto de los desplazamientos, desarraigo y hacinamiento espacial de las personas.
- Se debe considerar la participación de la población en el diseño de los espacios “transitorios”: distancia entre viviendas, espacios comunitarios, metraje de casas, tipo y cantidad de servicios sanitarios, distancia de centros educativos, de servicios (bancos, comercio, etc.), de establecimientos de salud.

ANEXO 2

ELEMENTOS BASICOS DE PREPARACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD FRENTE A DESASTRES

- Enfermeras o Médicos generales para dar capacitación a esas personas sobre las intervenciones básicas.
- La capacitación a los enfermeros sociales y a los profesores de las escuelas, necesitan saber que su rol no es dar tratamiento, sino que screening.
- Antes de enviar a los voluntarios hacerles un screening: si es sano o no, si tiene hijos pequeños o padres que necesitan cuidado o mascotas, o personas que podrían sufrir por su ausencia. Si tiene estrés previo. Si tiene capacidad de trabajar en equipo con otras personas. Si es capaz de mantener la calma frente a situaciones de estrés.
- Antes de enviar a los voluntarios se debe impartir una charla de autocuidado, acerca de cómo protegerse física y emocionalmente.

ANEXO 3

DECÁLOGO PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ANTE DESASTRES.

Parece conveniente incorporar el decálogo para los medios de comunicación elaborado por el Colegio de Psicólogos de Chile AG., considerando la fundamental utilidad que estos medios de comunicación tienen en periodos críticos de Emergencia y Desastres para la ciudadanía y especialmente para sus afectados.

Uno de los roles fundamentales de los medios en escenarios post desastre, es el de servir como factor de estabilización de la población, actuando como un efectivo vehículo de comunicación entre los organismos estatales y la población en general.

Con este fin, consideramos observar las siguientes 10 recomendaciones para un trabajo efectivo en esa línea.

1. Es esencial el autocuidado, es decir, que el profesional de los medios de comunicación, no se exponga a situaciones de peligro (derrumbes, incendios, tumultos callejeros, actos delictivos).
2. Respetar el espacio físico para que los Equipos de Emergencias puedan realizar sus tareas.
3. Facilitar informaciones veraces y contrastadas.
4. Evitar la propagación de rumores facilitando informaciones reales y oficiales, como por ejemplo en el caso de ayudas gubernamentales, aclarar cuáles condiciones y a quién se le van a entregar, evitando así generar falsas expectativas.

5. Evitar mostrar escenas de gran violencia, de contenido muy sangriento, o de muertes traumáticas, evitando con ello un nuevo sufrimiento en la población que recibe esa información (evitar la re-victimización).
6. Mostrar ejemplos de personas que están logrando solucionar sus problemas cotidianos, tras el terremoto (electricidad, agua, alimentación, cuidados básicos).
7. Respetar la intimidad y el dolor de las víctimas.
8. Realizar una labor psico-socio-educativa informando acerca de las acciones que se están realizando tanto a nivel preventivo (de otras consecuencias que puede traer consigo el desastre), como del proceso de reconstrucción.
9. Informar a la población de los lugares donde pueden acudir a recibir ayuda, en caso de ser necesaria, asistencia psicológica.
10. No patologizar a la población. Esto es, evitar etiquetaciones diagnósticas como psicosis colectiva, estrés post-traumático, etc.

