



Editorial

No habrá más ruedas nuevas

- ¡Hay que dejar de reinventar la rueda!
¿Cuántas veces habremos oído esto? Hablamos, escribimos y sentimos con profunda gravedad a cerca de esto, pero ¿cómo podemos pasar de las palabras a los hechos? ¿Cuáles son los elementos prácticos que hay que establecer para que dejemos de reinventar la rueda? ¿Qué tenemos que hacer para aprender para aprender cómo mejorar la rueda, y cómo adaptarla a nuestros vehículos y a nuestras carreteras? Este es un tema que está siendo objeto de gran debate últimamente en el PS Centre.

Uno de los primeros objetivos del PS Centre ha sido siempre recopilar y compartir conocimientos; sin embargo, en nuestra nueva estrategia hemos fijado un reto más específico. Queremos ser un centro mundial de excelencia dentro de la asistencia psicosocial basada en la comunidad. Para aprender de manera más sistemática del éxito de los demás, y para mejorar el rendimiento global de los programas psicosociales, queremos situarnos como centro de referencia que una la teoría con la práctica en el terreno de la asistencia psicosocial para las personas expuestas a eventos críticos. Esto

conllevará el desarrollo de estándares de calidad para la información, la formación de una junta de revisión y un proceso sistematizado para la puesta en común de buenas prácticas. Para lograrlo, necesitaremos mucho tiempo, esfuerzo y recursos adicionales que aún están por identificar. Sin embargo, esperamos que ese centro de referencia, a largo plazo, sirva para facilitar mejores servicios a aquellas personas cuyas vidas queremos mejorar.

Aprender de la experiencia no es una nueva idea; constantemente, aprendemos de nuestra propia experiencia y de la de los demás. En esta edición de Afrontando Crisis, podrán leer acerca de cómo la Cruz Roja Americana mejoró su respuesta a los huracanes desde Katrina en 2005 hasta Gustav e Ike en 2008, precisamente observando la respuesta anterior y analizando cómo mejorarla. Lo que queremos hacer es sistematizar este tipo de aprendizaje. Queremos acumular y aplicar el conocimiento sobre aquello que funciona y aquello que no funciona en distintos contextos. También queremos que este aprendizaje se base en las pruebas y que aporte soluciones factibles. Por eso actualmente estamos dedicando tiempo planificando e intentando ver hacia dónde queremos dirigirnos, y averiguar cómo vamos a ir hasta allí. Estamos debatiendo sobre qué servicios deberíamos aportar y cómo se puede lograr de la mejor manera, para así desarrollar un plan de

capacitación; esperamos poder compartir más detalles con vosotros dentro de poco.

Hasta entonces, esperamos que disfrutéis con este último número de Afrontando Crisis para 2008 donde, además de la respuesta frente a huracanes en Estados Unidos, podréis leer sobre la investigación realizada con niños en África Occidental y Central, la asistencia psicosocial en Bangladesh tras el Ciclón Sidr y el deporte en las intervenciones post-desastre. Por último, todos los que trabajamos en el PS Centre quisiéramos transmitir nuestros mejores deseos ahora que nos acercamos a final de año.

Nuestro más afectuoso saludo

Nana Wiedemann

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



Reaccionar antes de la crisis
No. 4 Invierno 2008

Contenido:

Proyecto de investigación sobre asistencia psicosocial para niños en circunstancias difíciles en África Occidental y Central
pág. 3 Por Alice Behrendt

Preparación frente a huracanes: la importancia de un lugar seguro
pág. 7
Por Diane Ryan

Asistencia psicosocial en Bangladesh tras el impacto del ciclón Sidr
pág. 11
Por Dr. Satyabrata Dash

Afrontando la crisis mediante el deporte
pág. 14
Por Katrin Koenen

Reunión de la Red Psicosocial Europea 2008
Pág. 15
Por Koen Van Praet

Foto de portada: Participantes en actividad deportiva en las intervenciones post-desastre en Alemania, noviembre
Foto: Christof Schwager / Instituto Federal Suizo de Tecnología

Cláusula de descargo:

Las opiniones vertidas corresponden a los colaboradores y no expresan necesariamente las de la Cruz Roja Danesa y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Correo electrónico:
psp-referencecentre@drk.dk
Internet:
http://psp.drk.dk

Asistencia a niños en circunstancias difíciles en África Occidental y Central

Por Alice Behrendt, Directora de proyectos, Investigadora y psicóloga clínica

Introducción

A pesar de la dificultad de las condiciones de vida de muchos niños en África Occidental, existe muy poca investigación sobre sus necesidades psicosociales y sobre la eficacia de la asistencia psicosocial existente. Para cerrar esta brecha y para aprender más sobre el impacto de la pobreza, los conflictos armados, la inestabilidad política y el SIDA/VIH en el desarrollo de los niños, Plan y el USAID fundaron el proyecto AWARE-HIV/AIDS de Family Health International y han realizado una investigación en cinco países denominada “Asistencia psicosocial a niños en circunstancias difíciles”.

Objetivos y métodos

El estudio ha sido realizado desde enero de 2007 hasta julio de 2008. Los objetivos generales eran mejorar la oferta de servicios de asistencia psicosocial para los niños de África Occidental y estimular y apoyar a una red de proveedores (individuos y organizaciones) por medio de dos estrategias:

(1) La evaluación del estado de salud mental y las necesidades psicosociales de niños de cinco contextos distintos de alto

riesgo;

(2) El análisis de los servicios en la región de África Occidental para identificar buenas prácticas y las lecciones aprendidas.

Llevamos a cabo estudios de campo en cinco países investigando distintos contextos de alto riesgo: tráfico de menores en Togo, comunidades afectadas por la guerra en Sierra Leona y Liberia, comunidades con alta prevalencia de VIH en Camerún y comunidades con familias repatriadas de Costa de Marfil en Burkina Faso. El trabajo con los niños incluyó entrevistas individuales, discusiones temáticas en grupo y estudios de caso, y fue llevado a cabo por un equipo local de psicólogos infantiles o de trabajadores psicosociales.

Además, desarrollamos análisis institucionales sobre el terreno con organizaciones de asistencia psicosocial en 10 países del África Occidental para explorar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas. Tras un proceso de pre-selección, se seleccionó a siete instituciones anglófonas y a 16 francófonas de 10 países del África Occidental para la realización de visitas sobre el terreno.

Proyecto de seguimiento de la



El dibujo como medio de expresión de sentimientos en Sierra Leona

investigación: asistencia a niños gravemente afectados

Los primeros, y muy dramáticos, resultados de los estudios de campo fueron la alta incidencia del riesgo de suicidio y de abuso físico y sexual entre los chicos y

chicas entrevistados. En total, alrededor del 20% de los niños entrevistados se encontraban en serio peligro de cometer suicidio en el momento de la entrevista y necesitaban asistencia inmediata: habían estado expuestos a las atrocidades de la

guerra, la explotación y/o el maltrato.

Aunque esperábamos enfrentarnos a conclusiones duras, la naturaleza dramática de los resultados nos obligó a buscar soluciones de ayuda inmediata para los niños más afectados. Para cumplir con nuestro compromiso ético y debido a la falta de posibilidades de transferencia, se estableció el Plan África Occidental, en cada país participante, se establecieron unidades de asistencia psicosocial las que han estado aportando la asistencia necesaria a todos los niños entrevistados identificados como sujetos a abuso físico o sexual continuo y/o evaluados con alto riesgo de suicidio. Las actividades puestas en práctica por las unidades móviles de apoyo psicosocial incluyen asesoramiento, prevención del suicidio, ejercicios de curación del trauma, ceremonias tradicionales de sanación, sesiones de cuentos y mediaciones familiares, asistencia médica y social.

En los primeros tres países de estudio, Togo, Burkina Faso y Camerún, los equipos del proyecto habían aportado asistencia a unos 30 niños (por país), un número que representa aproximadamente el 15 % de los niños entrevistados. En los países post-conflicto, sin embargo, el número de niños gravemente afectados encontrados durante la investigación fue muy superior: los equipos del proyecto en Sierra Leona y Liberia se vieron obligados a incluir a más del 35% de los

niños entrevistados en el proyecto de seguimiento.

Resultados

Más de 1.000 niños con edades comprendidas entre 8 y 18 años participaron en entrevistas individuales, estudios de casos y discusiones en grupo desarrolladas en las lenguas locales.

Altos índices de violencia doméstica en todos los países estudiados

Los índices de distintas formas de violencia doméstica son alarmantemente altos en África Occidental. Más del 80 % de los niños entrevistados habían sufrido abusos físicos, violencia verbal y abandono en sus vidas. Los niños adoptivos están más expuestos al maltrato que los niños que permanecen con uno de los padres o con los dos. La exposición repetida de muchos niños a formas graves de violencia doméstica no solo resultaron en alto riesgo de suicidio, baja autoestima y competencia social limitada, sino que también llevaron a un comportamiento de riesgo como el escapar de casa, pasar días enteros en la calle, y captación por parte de redes de explotación sexual o de tráfico de menores. Los resultados de este estudio demuestran los altos índices de violencia doméstica hacen a los niños más vulnerables al VIH en África Occidental.

Alteración grave de la salud mental

Los trastornos mentales, incluyendo inestabilidad afectiva o emocional,

alteración del comportamiento, y/o disfunción cognitiva, alteran gravemente el desarrollo de muchos niños en la región del África Occidental. Las conclusiones para Sierra Leona y Liberia fueron particularmente alarmantes. Más del 25 % de todos los niños entrevistados en Sierra Leona y Liberia, por ejemplo, indicaron un alto riesgo de suicidio, incluyendo el hecho de que hubieran intentado suicidarse recientemente y/o que hubieran elaborado un plan para hacerlo. En grupos vulnerables, como los huérfanos de guerra, las cifras de alto riesgo de suicidio fueron incluso más alarmantes y alcanzaron porcentajes superiores al 65 %.

Escasa capacidad de las instituciones

El número de instituciones que desarrollan actividades bajo la etiqueta de asistencia psicosocial es elevado en África Occidental. Sin embargo, hay pocas que cuenten con recursos de personal con formación adecuada y que tengan la capacidad técnica y financiera para trabajar con éxito con niños vulnerables. La mayoría de las instituciones operan en capitales y sirven a unos cientos de niños como mucho.

Niños particularmente vulnerables al VIH

Las características de los niños particularmente vulnerables al VIH difieren de una región a otra. Normalmente tienen poca visibilidad y no incluidos en programas de prevención y asistencia ante el VIH. Nuestra

La historia de Akisi

Akisi tiene 15 años. Fue entregada por su padre a un intermediario a la edad de 9 años. El intermediario la llevó a Benin donde trabajó durante cuatro años como sirvienta. Volvió a su pueblo a los 13 años. Ahora vive en la casa de la familia de su marido y tiene una hija.

“En dos ocasiones, mi ama me puso guindilla la vagina como castigo... Otra vez, perdí 1500 FCFA (4 US\$) después de haber estado vendiendo para ella en el mercado. Como castigo, me ató de pies y manos y me encerró todo un día sin comida ni agua. Cuando por fin me dejó salir, me dolían mucho los pies y las manos; todavía se ven las cicatrices. Pasé mucho miedo y me dolió muchísimo. Incluso ahora sigo teniendo pesadillas y me levanto gritando. Y para mi mayor desesperación, una noche mientras dormía, me desperté sobresaltada porque alguien entró en mi habitación. Era el hijo de mi amo, que entró con intención de quitarme la falda y dormir acostarse conmigo. Me forzó y todo lo que yo podía hacer era intentar apartarlo y gritar. No fue hasta que entró mi amo que su hijo se apartó y volvió a la cama. Ahora de vuelta en Togo, es la mujer del hermano de mi marido la que me maltrata... además, ella le cuenta a mi marido que yo me porto mal y él también me pega. No puedo seguir más así y he comprado un producto químico para poner fin a mi vida”.

investigación demostró, por ejemplo, una alta vulnerabilidad ante VIH en las chicas sometidas a tráfico en Togo. La investigación activa resulta crucial para la identificación de estos niños en distintos contextos.

Las respuestas de la comunidad ante el SIDA

Los mecanismos de la comunidad para luchar contra el SIDA varían de un país a otro y representan importantes recursos para la asistencia de huérfanos y niños vulnerables. Nuestro estudio en un área de alta prevalencia en el noroeste de Camerún demostró que, por ejemplo, los huérfanos reciben un buen apoyo de las comunidades y no requieren mayor asistencia que los niños que viven con alguno de los padres o con los dos. En muchos países con baja y con alta prevalencia de África las respuestas específicas contra el SIDA y de apoyo a los huérfanos están contraindicadas porque podrían minar y atenuar respuestas de la comunidad más eficaces y mejor adaptadas.

Sexo transaccional como catalizador de expansión de infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH en Sierra Leona y Liberia

Nuestro estudio demostró que los conflictos armados en Sierra Leona y Liberia habían tenido efectos de larga duración en el comportamiento sexual de las chicas. La exposición masiva a la violencia sexual durante la guerra y la

destrucción de las redes familiares llevaron a altos índices de sexo transaccional entre las niñas: en Liberia, por ejemplo, casi el 50 % de las niñas participantes en la entrevista había estado embarazada, pero no casada. En otros países de estudio, como Burkina Faso o Camerún, los índices de niñas que habían estado embarazadas eran inferiores al 5 %. Las niñas que habían perdido a sus padres durante la guerra y las niñas que habían estado asociadas con las fuerzas de combate tenían muchas más posibilidades de haber participado en el sexo transaccional. Existe una imperiosa necesidad en los países que salen de conflictos armados para apoyar a las numerosas niñas que han sufrido abortos no asistidos, o que han criado a niños sin un padre y que padecen o que corren el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Conclusión y recomendaciones

Como resultado de la exposición a la violencia, abuso, abandono, discriminación y explotación, muchos niños de África Occidental están expuestos al VIH, al suicidio y a trastornos mentales. Les falta auto estima y energía para participar en su entorno y para aprender activamente sobre el mundo. El nivel de incapacidad psicosocial y angustia varía considerablemente de un país a otro, destacando la importancia de investigación operacional y de conocimiento local específico tanto en materia de apoyo como



Un niño describe su vida con la ayuda de flores que simbolizan momentos felices y piedras que simbolizan las experiencias difíciles.

Plan África Occidental

de programación. En muchas situaciones, las niñas son más vulnerables que los niños. La salud mental reducida de los niños que viven en comunidades que se recuperan de largos periodos de guerra civil es particularmente inquietante. Sin la adecuada asistencia psicosocial, muchos de los niños que viven en esas áreas no llegarán a integrarse en la sociedad y es muy posible que reproduzcan la violencia padecida sobre los demás, poniendo en peligro los procesos de construcción de la paz de sus países. Actualmente, solo se cuenta con una escasa y limitada

capacidad técnica y financiera para responder a las necesidades psicosociales de miles de niños gravemente afectados en África Occidental. Los gobiernos, las agencias de protección de menores y de los derechos humanos, y también las organizaciones de desarrollo se enfrentan con una situación muy seria de cifras en continuo aumento de niños vulnerables al VIH e incapaces de contribuir al desarrollo de sus países debido a trastornos de salud mental. Nosotros proponemos las estrategias siguientes a los gobiernos africanos, a la Unión Africana, el

ECOWAS así como a las agencias de las Naciones Unidas y a las organizaciones no gubernamentales para mejorar las condiciones/circunstancias existentes:

- Integrar un componente de salud mental en los programas de salud pública y en las agendas de salud nacional que tome en cuenta las necesidades psicosociales de los niños y de los padres.
 - Reforzar la capacidad de los ministerios y organizaciones no gubernamentales correspondientes para desarrollar e implementar programas de apoyo psicosocial efectivos para los niños gravemente afectados.
 - Establecer unidades psicosociales móviles permanentes que mitiguen el impacto de crisis políticas o disturbios, desastres naturales, conflictos armados y desplazamientos.
- Incorporar actividades de apoyo psicológico en la protección de menores y apoyar proyectos destinados a niños vulnerables.

El camino a seguir

Para diseminar los resultados de la investigación, Plan, FHI, USAID y AWARE-VIH/SIDA organizaron un taller bilingüe informativo de cuatro días en Ouagadougou, desde el 13 hasta el 16 de mayo, 2008. El taller reunió a una amplia variedad de participantes: representantes gubernamentales de varios países de



Plan África Occidental

Madre adolescente fotografiada con su hija, Liberia

África Occidental, así como miembros de ONGs locales e internacionales. El resultado inmediato del taller fue la “Declaración de Ouagadougou” elaborada

por los participantes. La Declaración designa el camino a seguir para gestionar las necesidades psicosociales de los niños en África Occidental y Central.

Para más información, contactar con Alice Behrendt alice.behrendt@plan-internacional.org

Preparación frente a huracanes: la importancia de un lugar seguro

Por Diane Ryan and Michael Cronin

Tras el Huracán Katrina en 2005, las ciudades costeras de Estados Unidos empezaron a contemplar la preparación ante huracanes con una nueva visión. Por ejemplo, en la ciudad de Nueva York, grupos gubernamentales y no gubernamentales de gestión de catástrofes coordinan un plan que incluye la apertura de refugios en toda la ciudad para albergar hasta 600.000 evacuados por huracán. De cara a la temporada de huracanes de 2008, se desarrolló otro nuevo modelo. La Cruz Roja Americana del área metropolitana de Nueva York (ARC-GNY) formó un Equipo de Respuesta Rápida, formado por 47 efectivos pagados y voluntarios específicamente entrenados para responder en caso de huracán en el sur de Estados Unidos. En las tormentas de 2005, la preparación de grandes instalaciones fue fundamental para salvar vidas y para ofrecer refugio a miles de desplazados evacuados por causa de huracanes, los cuales habían perdido todo y dependían de la ayuda de sus conciudadanos. Los directores de las instalaciones y su personal respondieron a las llamadas de auxilio, y por primera vez en la historia de Estados Unidos, se les pidió que establecieran y gestionaran "mega-refugios". Pabellones, estadios,



Cruz Roja Americana

El nuevo mega refugio está diseñado para albergar a miles de personas

centros de congresos y cines y teatros hicieron la función de hogares temporales y de instalaciones médicas por largos periodos de tiempo.

El 29 de agosto de 2008, se desplegó un nuevo Equipo de Respuesta Rápida de ARC-GNY para que abriera y operara un

mega-refugio de reciente construcción en Alexandria, Luisiana, en previsión del Huracán Gustav. Este equipo estaba compuesto por personal de gestión de operaciones, atención y acogida a gran escala, servicios de asistencia material, servicios de personal, servicios de gestión de información, servicios de asociados y de

salud mental ante catástrofes (asistencia psicosocial). El mega-refugio fue una de las 35 instalaciones abiertas en Luisiana Central para acoger a los evacuados de la costa estadounidense del Golfo de México.

Nuevo mega-refugio tras Katrina
Este artículo señalará los cambios

establecidos en los años posteriores al Huracán Katrina mediante la ilustración de la operación en el mega-refugio de Alexandria para el Huracán Gustav. La respuesta más última de la Cruz Roja Americana a los Huracanes Gustav e Ike en Luisiana y Texas entre el 1 de septiembre y el 22 de octubre de 2008 aportó más de 434.000 pernoctaciones en 916 refugios, empleando a 22.455 trabajadores. En aquellas siete semanas se realizaron más de 52.000 contactos de clientes por parte de trabajadores de salud mental ante catástrofes.

El mega-refugio de Alexandria, a unas cinco horas al norte de la ciudad de Nueva Orleans y la costa estadounidense del Golfo de México, supuso un desembolso de 28 millones de dólares. Construido por el Estado de Luisiana después del Katrina como centro de evacuación ante huracanes, tiene un área de cinco acres, con capacidad para albergar a 3.500 personas y puede soportar una tormenta de Categoría 5. La construcción fue completada solo dos semanas antes de que se activara la alarma por el Huracán Gustav. La instalación sirve como Centro de Transporte de Primera Necesidad (CNTC, por sus siglas en inglés), una iniciativa estatal, para recibir a residentes en autobús procedentes de la costa estadounidense del Golfo de México que no tengan medios para realizar la evacuación por sí mismos. El plan para evacuar a los residentes por autobús hasta

un mega-refugio se creó con objeto de evitar las tragedias, algunas fatales, que ocurrieron con el Katrina cuando la gente no contaba con medios de evasión. En línea con los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, los evacuados que llegaron en sus propios vehículos tras horas de ruta también fueron aceptados en el refugio, en lugar de enviarlos a otro refugio. Mientras que los mega-refugios ya han sido utilizados en otras operaciones de salvamento ante huracanes, la construcción de una instalación específicamente diseñada para funcionar como centro de evacuación es un nuevo concepto en Estados Unidos.

El Equipo de Respuesta Rápida llegó a Luisiana el 29 de agosto y pasó su primera noche en un campamento de Boys Scouts, llegando al mega-refugio el 30 de agosto para preparar las instalaciones para miles de evacuados. En las primeras seis horas de preparación, se montaron 1700 catres en el dormitorio de residentes y también se adecuaron dormitorios para el personal. Los primeros evacuados se esperaban para la tarde siguiente, sin embargo, diez autobuses llegaron de manera inesperada a media noche. En los días siguientes, trabajadores de la Cruz Roja de otras partes del país fueron asignados al mega-refugio y el equipo creció hasta 108 efectivos entre personal pagado y voluntarios.

Finalmente, 2.700 evacuados y unos 300 efectivos fueron alojados en el mega-refugio. Los residentes procedían de diversos estatus culturales, étnicos y socioeconómicos y su edad oscilaba entre un recién nacido de nueve días hasta ancianos de 86 años. Se sirvieron 43.000 comidas en los 12 días de la ocupación y se ofrecieron 1.102 contactos de asistencia psicosocial.

Las instalaciones del mega-refugio estaban diseñadas para albergar a miles de personas individuales y familias durante una estancia prolongada. Una cocina capaz de distribuir tremendas cantidades de comida era atendida las 24 horas por trabajadores de la Cruz Roja con formación para atención de masas. También se instaló un puesto médico independiente en un área discreta para que el personal médico de emergencias pudiera clasificar y tratar a los enfermos. En esta área había un lugar para pacientes que necesitaban supervisión médica permanente. También se contaba con gran cantidad de retretes y duchas para residentes del refugio cerca de los dormitorios en el primer piso.

Se preparó un refugio para el personal con retretes y duchas aparte en el segundo piso. Igualmente, se acondicionó un refugio para necesidades médicas especiales, atendido por médicos y enfermeras del Servicio de Salud Pública

de Estados Unidos. Éste se ubicó en un área separada para aquellas personas que necesitaban oxígeno, diálisis y otros servicios médicos.

Incluso se diseñó un refugio para animales de compañía que fueran evacuados con sus dueños junto al mega-refugio. Este es otro nuevo concepto en la planificación de huracanes en Estados Unidos, al haberse constatado que muchas personas no estaban dispuestas a abandonar sus hogares sin sus mascotas, lo que en última instancia podría ser un factor adicional de pérdida de vidas. El refugio de mascotas estaba atendido por un veterinario local y voluntarios de varios grupos dedicados al cuidado de animales. Los propietarios de los animales debían visitar todos los días esa sección para cuidar a sus animales, incluyendo paseos, alimentación y suministro de agua fresca.

Necesidades de asistencia psicosocial

Había muchas personas con necesidad de asistencia psicosocial en muy distintas categorías. Muchas de ellas estaban “muy preocupadas”, sin ningún síntoma físico ni emocional, pero simplemente preocupadas por sus casas ante la tormenta, particularmente en aquellos casos en los que las casas habían sido previamente afectadas por el Huracán Katrina. Algunos evacuados llegaron con demencia pre-



Cruz Roja Americana

existente y quedaron aún más desorientados en un entorno desconocido. Algunos evacuados con enfermedades mentales llegaron sin sus medicaciones. Había un grupo de evacuados que se mostraba ansioso porque sus mascotas debían llegar al refugio contiguo pero habían terminado en un refugio para mascotas en otra ciudad. Algunos evacuados eran supervivientes del Huracán Katrina y tenían miembros de su familia o conocidos en su ciudad que habían sufrido pérdidas personales. Muchos de ellos mostraron dificultad para dormir y tenían pesadillas. Los evacuados que habían estado en el Superdome de Nueva Orleans durante el Huracán Katrina

parecían aterrorizados por estar en un ambiente de refugio debido a las atrocidades que padecieron o presenciaron allí.

Los residentes del refugio recibieron distintas intervenciones psicosociales. Se hacía necesaria la clasificación psicológica y la evaluación de la salud mental así como la hospitalización de aquellos con estados físicos y emocionales graves, como afecciones cardíacas, ansiedad, inestabilidad mental, etc. También era necesario desarrollar un plan para gestionar las enfermedades crónicas y las afecciones emocionales que no requerían hospitalización, como la diabetes,

afecciones del riñón, y trauma grave. La promoción de la seguridad es esencial en cualquier situación de refugio. La presencia de personal de seguridad en el mega-refugio así como el entorno tan bien estructurado aportaba la percepción de seguridad. Se ponía mucho énfasis en el mantenimiento de una rutina diaria: se repartían programas que indicaban los periodos para café, comidas y tentempiés, el uso de la ducha, los periodos de actividades para niños, y dos veces al día, sesiones informativas. Los trabajadores de salud mental ante catástrofes estaban presentes en los dormitorios antes de que se apagarán las luces por la noche para ayudar a gente se sintiera cómoda, para

reducir la ansiedad y para responder a las posibles preguntas. Las personas que habían tenido la experiencia del Superdome y tenían miedo, fueron asignados a las áreas menos activas del dormitorio para que pudieran dormir mejor.

Acceso a la información

La importancia de que los residentes tengan acceso a la información en situaciones de catástrofe es algo reconocido. Dos veces al día se celebraban reuniones informativas para los residentes del mega-refugio, aportando información sobre las novedades del refugio, el estado de la tormenta, los planes municipales para el retorno a las comunidades. El Encargado en Jefe de la Cruz Roja Americana sirvió como miembro de un equipo y realizó estas sesiones informativas. Esto se convirtió en un importante factor ya que los residentes del refugio sabían que la información y las preocupaciones que ellos intercambiaban con los encargados del refugio eran gestionadas de manera consistente por alguien con autoridad para tomar decisiones por su parte. Estas reuniones suponían un foro ideal para que los trabajadores de salud mental aportaran información de primera mano y para desmentir rumores de niños que eran molestados o secuestrados, cosa que no ocurrió, pero este tipo de preocupaciones surgían y parece que estaba relacionado

con la experiencia del Superdome.

La atención de las necesidades de los residentes siempre ha sido una de las funciones de los trabajadores encargados de la salud mental ante catástrofes. Los residentes con discapacidad en el mega-refugio necesitaban consideraciones especiales sobre programas de comidas y horarios discretos para el uso de retretes y duchas de modo que se pudiera recibir asistencia de miembros de la familia de distinto sexo. Los trabajadores encargados de la salud mental ante catástrofes asistieron al gobierno federal a encontrar la ubicación de las mascotas que debían haber llegado a nuestro refugio de mascotas. Se logró reducir la ansiedad en gran medida una vez que se identificó a las mascotas en otro refugio y una vez que sus propietarios tuvieron la certeza de su seguridad y que había un plan para que se reencontraran una vez que pasara la tormenta.

Para fomentar el sentimiento de comunidad dentro del mega-refugio, adultos y niños asistieron con tareas como la limpieza y la distribución de snacks. Los niños se mostraron particularmente contentos por poder ayudar y recordaban maravillosamente a todo el mundo las reglas del refugio. Se pusieron con orgullo los pines de la Cruz Roja que recibieron por su duro trabajo.

Los trabajadores encargados de la salud mental ante catástrofes y demás personal

con formación de primeros auxilios psicológicos ofrecieron apoyo emocional y validaron pensamientos y sentimientos mostrándose visiblemente disponibles y abordables siempre que fuera necesario. El personal de salud mental ante catástrofes participó en las reuniones informativas que facilitaron a los residentes solicitar asistencia una vez que sabían a quién dirigirse. La intervención ante la crisis y las reacciones de normalización del estrés fueron algunas de las técnicas ofrecidas a individuos y familias según su necesidad, junto con información sobre formas de afrontar la situación.

Todos los trabajadores asistieron a los residentes del refugio en tareas prácticas como la conexión con sus sistemas de soporte, obtención de medicamentos y preparación de cuidado de mascotas, ofreciendo asistencia y consejo, y facilitando el uso de teléfonos.

Ayudando a los asistentes

El Personal de asistencia es un servicio vital de salud mental en las catástrofes, particularmente en las situaciones de privación derivadas del trabajo prolongado en una situación de refugio. El personal se alojaba en la misma instalación que los evacuados lo que añadía un factor de estrés. El huracán Gustav pasó a 20 millas al oeste del mega-refugio, y esto obligó a permanecer en la ubicación durante unos días hasta que las tormentas y tornados hubieron terminado. No se disponía de

alimentos frescos durante este periodo y el personal y los evacuados tuvieron que comer raciones militares y comidas calentadas. El personal empezó a trabajar muchas horas adicionales, ya que no cabía la posibilidad de relajarse hasta que las tormentas hubieran pasado.

La experiencia del refugio puede provocar un cansancio adicional así como síntomas relacionados con el estrés como la irritabilidad cuando el personal está en contacto constante los unos con los otros. El reconocimiento de esta dificultad en las reuniones de personal, el pedir al personal paciencia con los demás y el aportar información sobre el trato personal resultó un elemento de utilidad. Hubo mucho apoyo, se animaban los unos a los otros y se reconocía el valioso trabajo realizado por los dirigentes del refugio, lo que resultó esencial para mantener la moral del personal.

Se dispuso una zona más tranquila del refugio para el personal que quería estar un rato solo. Los trabajadores encargados de la salud mental ante catástrofes estaban continuamente disponibles para ofrecer apoyo y tenían contacto con cada uno de los miembros del personal en los días de cierre del refugio. Una vez que pasó el mal tiempo, el equipo de gestión de personal comenzó a elaborar programas para que los trabajadores pudieran tomarse el tan merecido día libre.

Una ventaja de este concepto de Equipo

de Respuesta Rápida es que la mayoría de los miembros del equipo habían trabajado previamente juntos, confían los unos en los otros y eran capaces de aportar asistencia cuando los colegas estaban en situaciones de estrés. Esta asistencia mutua es fundamental para mantener una mano de obra vital, y resulta mucho más complicado cuando los miembros del equipo aún no se conocen.

No se produjeron incidentes negativos en el Mega-refugio Alexandria, en claro contraste con el Superdome de Nueva Orleans en el Huracán Katrina. Una lección importante de esta experiencia es que aportar un entorno seguro y bien estructurado en el que los residentes participen como algo propio puede aumentar la confianza y la capacidad de todos. La lección más importante que aprendimos fue que la evacuación masiva y la provisión de un refugio de emergencia pueden ser llevadas a cabo en un ambiente apacible que cumpla tanto con las necesidades de seguridad como con las de bienestar.

Sobre los autores: Diane Ryan, LCSW, Director, Salud mental, Planificación y Respuesta ante Catástrofes, Cruz Roja Americana del Área Metropolitana de Nueva York y Michael Cronin, PhD, Profesor Asistente de Trabajo Social del Richard Stockton College de Nueva Jersey (EE.UU.) y Líder de Salud mental ante Catástrofe, Cruz Roja Americana del Área Metropolitana de Nueva York.

Asistencia psicosocial en Bangladesh tras el Ciclón Sidr

Por Dr. Satyabrata Dash, Delegado del Programa de Asistencia Psicosocial y Dr. Mohamed Fazlul Quader, Director del Programa de Asistencia Psicosocial

Introducción

Las áreas del sur y del oeste de Bangladesh sufrieron el impacto del Ciclón Sidr a las 6:30 pm en la tarde del 15 de noviembre de 2007. Al tocar tierra, Sidr se convirtió en una tormenta de categoría 4, con un diámetro de casi 1000 km y vientos continuos de hasta 240 km por hora. Sidr fue la segunda catástrofe de mayor destrucción de las 14 que ha sufrido Bangladesh en los últimos 15 años. Sidr afectó a casi la totalidad de la planicie costera sur y oeste del país.

Las tres divisiones que recibieron el impacto más fuerte fueron: Barisal (seis distritos), Khulna (tres distritos), y Dhaka (cuatro distritos). Aproximadamente 15.95 millones de personas en 3.17 millones de hogares resultaron afectados. Un tercio de los afectados procedía de los cuatro distritos más damnificados de las áreas costeras.

El ciclón Sidr se cobró 3.406 vidas y 1.001 personas siguen desaparecidas. Más de 55.000 resultaron heridas y casi nueve millones de personas de 30 distritos fueron afectadas. Cuando Sidr golpeó durante la noche, muchas familias estaban dentro de sus casas.

El gobierno de Bangladesh, en

colaboración con las ONU, la Sociedad de la Media Luna Roja de Bangladesh (BDRCS), y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, se encargaron de distintas misiones de evaluación humanitarias e iniciaron las operaciones de auxilio. Tanto la comunidad internacional como la nacional respondieron rápidamente a la crisis. La Federación Internacional y World Vision iniciaron operaciones de auxilio en los distritos más afectados el 18 y 16 de noviembre, respectivamente. Otras organizaciones de la ONU y otras ONGs también distribuyeron paquetes de auxilio.

Evaluación

A principios de diciembre de 2007, un equipo de dos miembros apoyado por la Cruz Roja danesa realizó una evaluación psicosocial. El equipo recopiló información secundaria de distintos socios relevantes del Movimiento y de otros socios, hicieron visitas de campo a uno de los distritos más afectados y realizaron entrevistas con informantes clave y reuniones de grupo con voluntarios que trabajaban en operaciones de auxilio y con miembros de la comunidad. El equipo también aleccionó en primeros auxilios psicológicos a 19 estudiantes de la



Aproximadamente 15,95 millones de personas en 3,17 millones de hogares fueron afectados por el Ciclón Sidr

Universidad de Dhaka, y ayudó en los debates iniciales con el departamento de psicología clínica para el enlace con programas de recuperación.

Diseño del programa

A partir de las recomendaciones del equipo de evaluación el programa se fijó dos objetivos, en primer lugar, aportar asistencia psicosocial a los voluntarios de BDRCS que estuvieron expuestos a eventos traumáticos durante las operaciones de auxilio y en segundo lugar para aportar asistencia psicosocial a las

comunidades afectadas (20.000 hogares de cuatro distritos).

El primer objetivo está diseñado para servir a distintos efectos, e implicará a unidades de BDRCS de nueve distritos afectados. Las sesiones de formación están planificadas para ser impartidas por instructores del departamento de psicología clínica de la Universidad de Dhaka. A lo largo de tres días de sesiones de formación interactiva y asistencia individual psicológica a los voluntarios de BDRCS, se espera que sean capaces de aportar asistencia psicosocial a terceros.

En segundo lugar, a través de la construcción de esta capacidad, los voluntarios estarán mejor preparados para gestionar su propio estrés así como el de sus compañeros voluntarios y supervivientes de catástrofes futuras. Finalmente, la conciencia sobre la asistencia psicosocial aumentará en las comunidades objetivo y en el resto del país en su conjunto.

Las buenas prácticas y las lecciones aprendidas serán compartidas con la dirección de BDRCS y otras autoridades de gestión de catástrofes del país para buscar la inclusión de intervenciones psicosociales en el marco de la respuesta ante la catástrofe de Bangladesh. La participación de la Universidad de Dhaka ayudará a validar la adecuación cultural y contextual de las intervenciones.

El programa ayudará en el desarrollo de información que sea lingüísticamente, culturalmente y técnicamente apropiada para la disseminación y en la creación de materiales de formación en forma de folletos, pósters, manuales de formación, etc.

El segundo objetivo está dirigido hacia la provisión de asistencia psicosocial a 20.000 hogares en cuatro distritos afectados: Bagerhat, Pirojpur, Barguna y Patuakhali. Las actividades dentro de este objetivo estarán enfocadas a mejorar el bienestar psicosocial en las comunidades de los afectados. Esto será llevado a cabo

mediante la formación de voluntarios de las comunidades en asistencia psicosocial, de modo que estén preparados para trabajar en sus entornos con el apoyo de voluntarios de la unidad de BDRCS que cuenten con cualificación como formadores de instructores. Los voluntarios de la comunidad harán evaluaciones psicosociales de sus comunidades y aportarán una información creíble sobre las reacciones psicológicas tras las catástrofes y las medidas básicas a nivel de cada hogar. También aportarán primeros auxilios psicológicos y facilitarán las transferencias oportunas, además de realizar actividades para construir el acervo psicosocial en las comunidades.

La formación en Asistencia psicosocial basada en la comunidad incluye sesiones sobre Primeros Auxilios Psicológicos, Cuidado Personal, y recuperación social de la comunidad. Esto garantizará que el personal y los voluntarios reciban información sobre estrés traumático y reacciones psicológicas, intervención básica de asistencia psicológica no técnica (Primeros Auxilios Psicológicos), identificación de individuos que requieren servicios de transferencia, fases de respuesta psicosocial de comunidades ante catástrofes, y las intervenciones de recuperación psicosocial de la comunidad. Algunos voluntarios con formación serán seleccionados y ofrecerán una sesión TOT para ayudar a la implementación del programa – formación de voluntarios de la

comunidad, reuniones con voluntarios de la comunidad, impartición de información y seguimiento de la implementación por parte de voluntarios de la comunidad – en las comunidades objetivo. (Ver a continuación).

Los voluntarios de las comunidades objetivo serán elegidos mediante un método de participación. Habrá un voluntario por cada 25 hogares, lo que significa unos 18-20 voluntarios por pueblo. Los voluntarios serán formados en asistencia psicosocial basada en la comunidad a lo largo de tres días de sesiones interactivas, incluyendo sesiones sobre Primeros Auxilios Psicológicos, cuidado personal y recuperación social de la comunidad. Recibirán información sobre estrés traumático y reacciones psicológicas, intervenciones básicas de asistencia psicológica no técnica (Primeros Auxilios Psicológicos), identificación de individuos que requieren servicios de transferencia, fases de respuesta psicosocial de comunidades ante catástrofes, y las intervenciones de recuperación psicosocial de la comunidad. La información aportada y el propio proceso de formación servirán para ayudar a los voluntarios a superar su propio estrés y reforzar su capacidad para aportar servicios en sus comunidades.

Como resultado, las comunidades contarán con información veraz sobre reacciones psicológicas, acceso a los Primeros Auxilios Psicológicos, conocimiento sobre identificación de

transferencias y asistencia para facilitarlas. Las comunidades también desarrollarán una sólida cohesión, la cual servirá para reforzar los esfuerzos de recuperación y mejorar la preparación para responder a los distintos retos.

A mediados de noviembre de 2008, un año después de la catástrofe, 49 comunidades objetivo han sido seleccionadas por la BDRCS; se ha establecido un vínculo con la Universidad Dhaka y los formadores de la universidad están facilitando la formación psicosocial desarrollada por la Federación Internacional y la BRDCS en los distritos. Más de 300 unidades de distrito de la BDRCS – y voluntarios de la comunidad de siete distritos han recibido formación. El manual del Instructor de Formadores y otros manuales de referencia están siendo terminados en la lengua y contexto local; también han comenzado actividades psicosociales en las comunidades objetivo.

Conclusión

Bangladesh se enfrenta a catástrofes naturales, especialmente ciclones, de manera periódica. El país ha establecido un Programa de Preparación ante Ciclones (CPP) de alta efectividad que incluye la alarma temprana y la evacuación y la respuesta ante emergencias. Sin embargo, el país no tiene un Programa de Asistencia Psicosocial. El programa actual puede ser un modelo para replicación en otras áreas en el futuro y puede ser complementario al CPP existente. Por otra parte, el desarrollo

Afrontando la crisis a través del deporte

Por Katrin Koenen

Rheinsberg, Alemania, suele atraer a los turistas a su pintoresca ciudad para paseos tranquilos junto al lago o para recorridos por su histórico castillo. Pero durante siete días a principios de noviembre, Rheinsberg albergó un tipo distinto de turismo.

Dentro del gimnasio del Haus Rheinsberg, primer hotel sin barreras de Alemania, 68 participantes escucharon con atención una sesión dirigida por Dr. Claire Colliard, del Centro de Psicología Humanitaria. Pero este no era un taller de psicología ordinario – los participantes habían llegado hasta aquí para asistir al seminario sobre el Deporte en la Intervención Post-Catástrofe, organizado por el Consejo Internacional de Ciencias del Deporte y Educación Física (ICSPE).

El Presidente del ICSPE Prof. Dr. Gudrun Doll-Temper explicaba: “Tras el devastador tsunami del Sudeste Asiático, entendimos que teníamos una responsabilidad para participar desde el terreno del deporte, la actividad física y las ciencias del deporte en los esfuerzos para la superación de catástrofes. Este seminario de formación está diseñado para comunicar la importancia del deporte como parte esencial en el proceso de rehabilitación de personas con trauma



Participantes de 28 países asistieron a un activo seminario en Rheinberg, Alemania

físico y psicológico y para convencer a los representantes de las organizaciones no gubernamentales, a los gobiernos, y al sector privado de que deben integrar el deporte en su trabajo en áreas de conflicto”.

El motivo por el que el deporte y la actividad física deberían ser escogidos como herramienta de recuperación es que

el beneficio del deporte y la actividad física va más allá de la mejora de la forma física, la resistencia y la fuerza. La aplicación adecuada de actividades de grupo puede permitir el desarrollo en: Capacidad emocional – la capacidad de enfrentarse a emociones como la frustración y la agresión; Capacidades sociales - solidaridad, gestión de conflictos, comunicación; y

Capacidades cognitivas - disciplina, resolución de problemas, pensamiento estratégico.

Además, la implementación de un programa deportivo dentro de una comunidad que ha sido afectada por una catástrofe puede ayudar a la población de que desarrollen trastornos postraumáticos. Por lo tanto,

actúa como herramienta de prevención, en lugar de reacción, si se aplica inmediatamente después de la catástrofe en lugar de en las últimas fases de la recuperación.

Los participantes, algunos procedentes de lugares tan remotos como Irán, Qatar o Mauricio, y los 28 países representados, no se limitaban a estar sentados tomando notas. Ken Black, de la Universidad de Loughborough, dividió a los participantes en grupos más pequeños y los llevó a través de una serie de actividades inclusivas que podrían ser desarrolladas en un escenario de catástrofe.

“Me alegré mucho de recibir una beca ICSPE para venir aquí. Estoy disfrutando mucho del seminario y estoy aprendiendo

un montón de cosas sobre cómo puedo mejorar mi trabajo en mi universidad de Pakistán”, comentaba Waheed Qureshi, de Pakistán. Había cuatro becarios de países en desarrollo.

Los participantes representaban un amplio espectro de profesiones, como trabajo social, auxilio ante catástrofes, educación física y deporte. Esta mezcla de distintas formaciones y diferentes experiencias permitió al grupo intercambiar sus ideas sobre cultura, lo que también es uno de los temas abarcados por Dr. Gary Armstrong, de la Universidad de Brunel.

Alguien que conoce bien la importancia de prestar atención a las diferencias culturales es Christoph Schwager, que ha sido

encargado principal del Equipo Suizo de Rescate durante 15 años. Schwager ha trabajado en tareas de auxilio en Irán, Sri Lanka, Líbano, Cuba y Costa de Marfil, y ha aprendido muchas lecciones sobre lo que funciona y lo que no. "Lo peor es cuando la gente de fuera llega y trae su propia cultura consigo", explicó. "Para curar a niños traumatizados, se necesita algo más que material deportivo – se necesita una gran empatía, conocimientos culturales, conocimiento sobre actitudes religiosas, y las reglas y el comportamiento en la sociedad".

El segundo Seminario sobre el Deporte en la Intervención Post-Catástrofe tuvo lugar del 1 al 7 de noviembre de 2008, y fue organizado por el Consejo Internacional de

Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. El evento se celebró bajo la tutela del Consejo Internacional de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Recibió financiación del Ministerio Federal del Interior (Alemania), y la cooperación de la fundación Fürst Donnersmarck, la Cruz Roja Alemana, Freie Universität de Berlín, y la Kennesaw State University (EE.UU.).

International Council of Sport Science and Physical Education (ICSSPE/CIEPSS)
Tel: + 49 30 36 41 88 50
icsspe@icsspe.org; www.icsspe.org



Reunión de la Red Psicosocial Europea (ENPS)

Por Koen Van Praet

El foro anual de dos días de la Red de la Cruz Roja Europea y la Media Luna Roja para Asistencia psicosocial (ENPS) fue albergado por la Cruz Roja Sueca Europea en septiembre de 2008.

El tema iba más allá de la crisis: Programa de Asistencia Psicosocial en asistencia a medio y largo plazo.

Asistieron representantes de 18 Sociedades Nacionales, incluyendo dos huéspedes de las Sociedades de la Media Luna Roja de Bahrain e Iraq, representando a la red psicosocial de Oriente Medio y el Norte Africano (MENA). Además, dos representantes de oficinas de zona de la Federación Internacional de Europa y MENA asistieron a la reunión.

El Foro Anual tiene por objetivo aportar a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja Europea y la Media Luna Roja, que trabajan en el ámbito de la asistencia psicosocial, un evento y un tiempo para intercambiar ideas, buenas prácticas y tácticas. Los temas principales a debate fueron: (i) Asistencia psicosocial: ¿termina alguna vez? (ii) Vulnerabilidad y emigración y (iii) Medios de comunicación: funciones del periodista.

Dentro del tema “Asistencia psicosocial: ¿termina alguna vez?”, tres Sociedades



Participantes del Foro anual 2008 de la Red de la Cruz Roja Europea /Media Luna para Asistencia psicosocial

Nacionales presentaron programas que habían sido debatidos en foros anteriores, centrándose en esta ocasión en el desarrollo y el cierre de los programas. La Cruz Roja Británica presentó los programas a partir de los ataques de Londres, la Cruz Roja Española, el trabajo tras los ataques terroristas de Madrid, y la Cruz Roja Rusa, el programa Beslan. Finalmente, la Cruz Roja Sueca presentó las lecciones aprendidas durante el proyecto de apoyo a las familias de los afectados por el tsunami del Océano Índico.

El segundo tema fue “Vulnerabilidad y emigración”. La emigración incluye un

altísimo riesgo para los afectados. Las familias de los desaparecidos necesitan una prolongada y continua asistencia psicosocial y la gente necesita formación sobre cómo aportar esta ayuda. Judi Fairholm, de la Cruz Roja Canadiense hizo una presentación sobre protección de los niños, subrayando la responsabilidad personal de todos los individuos que son parte de una organización para crear un entorno seguro para los niños.

El último tema, “Medios de comunicación y supervivientes: ¿cuáles son nuestras funciones?”, fue dirigido por Maud Fröberg, encargada de prensa de la Cruz Roja Sueca. Maud Fröberg se centró en las

distintas funciones de los medios de comunicación, desde la de alarma hasta la de investigadores, y cómo el papel de la Cruz Roja y la Media Luna Roja deberían cambiar consiguientemente.

Como siempre, la Asamblea General de la ENPS tuvo lugar durante el foro. La Asamblea despidió a Moya Wood Heath, de la Cruz Roja Británica que salió del Comité Directivo y dio la bienvenida, por decisión unánime, a Diana Prados Sánchez, representando a la Cruz Roja Española.

Para obtener un informe completo y otras descargas: <http://enps.redcros.at>.

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

es alojado y financiado por la Cruz Roja Danesa

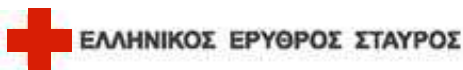
Danish Red Cross 

y financiado por

Cruz Roja Americana



Cruz Roja Helena



Cruz Roja Canadiense



Cruz Roja Islandesa



Cruz Roja Finlandesa



Cruz Roja Noruega



Cruz Roja Francesa



Cruz Roja Sueca



en cooperación con

El Departamento de Psicología
Universidad de Innsbruck

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

Centro de Investigación de Estrés Postraumático
Multiétnico
Universidad de Copenhague

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