

Psychosocial Centre

 International Federation
of Red Cross and Red Crescent Societies

AFRONTANDO LA CRISIS

BOLETÍN N° I, 2010

www.ifrc.org/psychosocial

**La vida tras la
confirmación del
diagnóstico**

**¿Estamos llamando a una
puerta equivocada de la
investigación?**

**Desapariciones forzadas y
asistencia psicosocial**





Vivir en la incertidumbre	4
Desapariciones forzadas y asistencia psicosocial	
Katharina Lauritsch	



¿Estamos llamando a una puerta equivocada de la investigación?	6
La búsqueda de una investigación basada en la evidencia dentro de las intervenciones psicosociales	
Stephen Regel	



La vida tras la confirmación del diagnóstico	9
Asistencia psicosocial para personas con VIH	
Anna I. Zagaynova y Hedinn Halldorsson	



También se puede volar cometas desde una silla de ruedas	12
Composición fotográfica	
Hedinn Halldorsson	

Cuando la asistencia psicosocial no resulta suficiente	14
Salud mental en Banda Aceh, Indonesia	
Vivian Poulsen	

Junta editorial: Nana Wiedemann y Hedinn Halldorsson

Exención de responsabilidad: Las opiniones expresadas pertenecen a nuestros colaboradores y no siempre coinciden con las del Centro Psicosocial de la FICR.

Foto de portada: Puerto Príncipe, distrito Dalmas 2. Residente de un hogar de ancianos que quedó sin hogar como consecuencia del terremoto. 26 de enero de 2010. Marko Kokic/ ICRC. - La operación de emergencia en Haití, después del terremoto del 12 de enero de 2010, representa uno de los mayores despliegues de unidades de respuesta de emergencia (URE) a escala internacional de la historia de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. El componente psicosocial de las UREs, desplegado por primera vez, pretende brindar una asistencia que cubra las necesidades psicosociales de las poblaciones afectadas por catástrofes. La acción de los delegados y voluntarios de la asistencia psicosocial ya ha logrado marcar una diferencia para bien en las vidas de cientos de supervivientes del terremoto. En nuestro próximo número de Afrontado la Crisis, encontrarán un amplio reportaje sobre el trabajo del Movimiento en materia de asistencia psicosocial tras el terremoto de Haití.



Editorial

El impacto del pasado en las respuestas

En qué medida encontramos la fuerza para seguir adelante cuando se ha perdido todo y especialmente cuando se trata de nuestros seres queridos, hogares, sustento y esperanzas de futuro. Afortunadamente, la mayoría de nosotros no tendremos que responder a esta pregunta. Doce días después de haber estrenado el año 2010, el mundo entero miraba estupefacto cómo se truncaban las vidas de millones de personas en un devastador terremoto que asoló Haití. Hasta la fecha, se han recuperado unos 170.000 cuerpos de entre los escombros. Detrás de cada una de estas personas fallecidas existe una extensa red de individuos que tendrán que afrontar la pérdida y reconstruir su futuro.

Está constatado que las respuestas psicosociales son diferentes ante un desastre natural y ante uno provocado por el hombre; igualmente, las respuestas difieren dependiendo de las experiencias pasadas de la población en cuestión. En el caso de Haití, sus habitantes siempre han tenido que enfrentarse a dificultades, y ahora, el país ha sido golpeado una vez más. Durante décadas, los haitianos se han visto expuestos a retos de tipo económico, político y medioambiental que han soportado con fuerza y resignación. Las infraestructuras siempre han sido precarias en Haití, y este hecho también ha contribuido a la magnitud del desafío a la hora de aportar ayuda humanitaria a millones de personas en cuestión de días. Esta operación supone el mayor despliegue internacional de equipos de respuesta de emergencia en toda la historia de la Cruz Roja y la Media Luna Roja.

La operación de socorro en Haití también es la primera que ha contado con delegados y voluntarios psicosociales como parte integrante de las respuestas, trabajando codo con codo con personal

médico, de enfermería y paramédico. Así, se desplegó un componente de asistencia psicosocial unos días después de la catástrofe como parte de un hospital de campaña. Mediante la formación de voluntarios locales en materia de asistencia psicosocial, ha sido posible mejorar la situación de cientos de personas. El despliegue del componente de asistencia psicosocial en la Unidad de Respuesta de Emergencia (URE) ha resultado todo un éxito y espero que este tipo de acción se convierta en la norma de cara a futuras emergencias. Así lo expresaba un paramédico israelí del Magen David Adom al ver la gran diferencia que suponía para los pacientes y demás individuos afectados el tener acceso a asistencia psicosocial: "No comprendo cómo esto no se ha hecho antes".

Del mismo modo que una herida dejará su cicatriz en la piel, las heridas emocionales vividas por los haitianos en los últimos meses dejarán cicatrices, invisibles al ojo humano. La sociedad ya ha empezado a funcionar de nuevo, aunque aún se siente la pérdida, y siempre se sentirá ya que todos han quedado marcados de por vida. Tras el terremoto de Haití, se han celebrado funerales colectivos, tal como ocurre en los desastres que acontecen de manera repentina. El hecho de no poder identificar a los seres queridos, y de no recibir permiso para celebrar rituales culturales de enterramiento y duelo, complica la recuperación, contribuye a posibles problemas de salud mental y retrasa la vuelta a la vida normal de los supervivientes. Queda por delante un largo viaje hacia la recuperación para cientos de miles de haitianos, y la asistencia psicosocial es y seguirá siendo una de sus necesidades más urgentes.

En este primer número de



Afrontando la Crisis de 2010, les ofrecemos diferentes historias sobre distintos tópicos; historias desde Rusia hasta Indonesia. La asistencia psicosocial es un tema crucial que afecta a toda tarea humanitaria, y el contenido de este número lo refleja claramente, por ejemplo en nuestra composición fotográfica de una competición de vuelo de cometas entre amputados, beneficiarios de los Centros Ortopédicos del IRCR de Kabul, o a través de la historia de Banda-Aceh acerca de los más vulnerables, es decir, aquellos con estados preexistentes de enfermedad mental. Una de las historias que merece la pena mencionar es una sobre asistencia psicosocial y desapariciones forzadas, un práctica que aún continúa en varios regímenes del planeta. - Espero que esta lectura les resulte útil y agradable. ■

Reciban un cordial saludo,

Nana Wiedemann

Nana, Wiedemann,
Jefa del Centro Psicosocial de la Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

facebook

¡El Centro Psicosocial está en Facebook! Únase a nuestra comunidad en línea y acceda a información actualizada sobre noticias y eventos.

¿Desea colaborar?

Estaremos encantados de recibir sus ideas, cartas y artículos. Envíenos un e-mail a: psychosocial.centre@ifrc.org

Para encontrar más información sobre el Centro Psicosocial y nuestro trabajo: WWW.IFRC.ORG/PSYCHOSOCIAL



Algunas partes de la traducción de Afrontando la Crisis al francés han sido facilitadas por la Cruz Roja belga, mientras que MENA nos ha ofrecido la traducción de la versión árabe.



Nuestro agradecimiento a WeAllEdit.com, por concedernos generosamente su autorización para el uso de su software online para la traducción de la revista de forma rápida y consistente.

Vivir en la incertidumbre

Desapariciones forzadas y asistencia psicosocial Katharina Lauritsch

Hace dos años y medio, en verano de 2007, la madre de May quiso visitar a unos parientes de una provincia a 450 km al sur de Manila, Filipinas. Solo quería quedarse una semana, no llevaba mucho equipaje, se despidió de sus hijos y tomó un transporte junto con algunas amigas rumbo al sur. Aquel fue el último día que May vio a su madre. Ella y su hermana la buscaron durante días, semanas, meses... preguntaron en hospitales, comisarías, bases militares, preguntaron a amigos y se pusieron en contacto con organizaciones de víctimas, pero no hubo suerte.

La historia de May es solo una de muchas. Miles de familiares de personas desaparecidas en muchos países del mundo han vivido la misma experiencia. El fenómeno de las desapariciones forzadas ha sido, y desafortunadamente aún sigue siendo, practicado para silenciar a los opositores de regímenes políticos en todo el mundo. Para los que relacionan las desapariciones de las dictaduras militares latinoamericanas de la década de 1970 con las desapariciones forzadas, resulta sorprendente que el continente que registró el mayor número de casos ante el grupo de trabajo de la

expresado quejas sobre la sociedad en la que viven, o bien pertenecer a un grupo social, político o religioso diferente. En ocasiones, simplemente se trata de personas que se encontraban en el lugar equivocado en un momento inoportuno. El número exacto de desapariciones forzadas sigue siendo un dato desconocido. Nadie sabe cuántas personas desaparecen cada año, ni cuál es su destino. Por ese mismo motivo los que perpetran las desapariciones forzadas emplean ese método para lograr sus fines. Si no hay cadáver, no hay crimen. Si no se puede encontrar a la víctima, los que la hicieron desaparecer no pueden ser castigados.

El impacto psicosocial

No solo resulta afectada la persona que desaparece, sino también sus familiares y allegados. Además de tener que afrontar las consecuencias emocionales derivadas de la pérdida de un ser querido, a parte de las de tipo económico al tener que sobrevivir sin la ayuda de la persona que “traía el pan” a casa, en algunos casos tienen que hacer frente a la incertidumbre sobre el destino de su familiar, el estigma social y los problemas psicológicos y psicosociales resultantes.

»May y su familia tuvieron suerte. Recibieron el apoyo de la organización familiar Desaparecidos que inició una misión para buscar pruebas, registró el caso, organizó seminarios sobre los aspectos legales y políticos y también talleres de arte y asistencia psicosocial. Y lo que era más importante, podían establecer contacto con otras familias que también habían perdido a alguno de sus miembros y compartir su experiencia. Al ofrecer un apoyo procedente de

iguales e integrar a los familiares en un gran movimiento, las organizaciones familiares como Desaparecidos no solo ayudan a nivel legal, sino también a nivel emocional. Tal como lo expresó uno de sus beneficiarios: “Me convertí en el hijo de las madres que perdieron a sus hijos y ellas se convirtieron en mis madres”.

Actores participantes

Muchos actores se implican en la búsqueda de los desaparecidos y en la consecuente lucha (legal) por la verdad. Entre estos actores se encuentran organizaciones familiares, y también abogados, activistas de los derechos humanos, psicólogos, trabajadores sociales y médicos forenses – en el caso de exhumaciones, por ejemplo. Para ayudar a las familias de la mejor forma posible, es importante una buena coordinación y cooperación de todos los actores participantes. Esto lleva a la idea de organizar una conferencia e invitar a expertos de todas las disciplinas implicadas en la investigación, en la lucha por la verdad y la justicia, y en los procesos de exhumación.

Una ronda de conferencias

Los primeros impulsos en esta dirección vinieron de ECAP, una ONG de Guatemala que aporta asistencia psicosocial a las víctimas de violencia. La primera conferencia tuvo lugar en Guatemala en 2007 donde cerca de 150 expertos internacionales se reunieron, debatieron y compartieron sus experiencias y trabajaron sobre un formulario de validación de unos estándares mínimos en el trabajo psicosocial con las familias de desaparecidos. Estos estándares pretenden ser la suma de todas las



Jogimara, Nepal. 2008. ICRC/Kayastha, Kishor

ONU sobre desapariciones forzadas e involuntarias (UNWGEID) sea Asia. Las desapariciones no solo se producen en regiones o países, afectados por dificultades internas como Nepal o Pakistán, sino también en democracias estables como Filipinas, Tailandia, India e Indonesia.

Un número desconocido

La gente desaparece por diversos motivos. En algunos casos, son sospechosos de ser activistas políticos o sociales, o de formar parte de grupos políticos opositores a la administración en el poder. Las víctimas podrían haber



Distrito de Dhading, Jogimara, Nepal. Una familia con uno de sus hijos desaparecido. Julio 2008. ICRC/Kayastha, Kishor

experiencias, recomendaciones de buenas prácticas, y también una orientación para países con menos experiencia y medios de presión frente a gobiernos sin voluntad de cooperar.

Hacia unos estándares mínimos globales

Debido a la actualidad del tema y con objeto de continuar el diálogo interdisciplinar, se celebrará un Segundo Congreso Internacional en Bogotá los días 21, 22 y 23 de abril 2010, con el apoyo de una mesa de organización variada, entre cuyos actores estará el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC) y el UNDP. Si bien el primer congreso era “internacional”, prevalecieron las experiencias de Latino América. Por eso, en la preparación del segundo seminario el formulario de validación de estándares mínimos fue debatido para Oriente Medio, en África y en Asia, con un congreso regional en invierno de 2009 celebrado en Filipinas para trabajar sobre una posición asiática y que reflejara sus particularidades y experiencias.

El objetivo principal de la conferencia de Manila era compartir y aprender

de las ricas experiencias que la región asiática tiene que ofrecer en el campo de la asistencia psicosocial para las familias, además de reforzar la red de profesionales y organizaciones familiares. El objetivo también consistía en debatir el formulario de validación de Estándares Mínimos en el contexto asiático, con la intención final de animar a los participantes a documentar su trabajo. Cerca de 40 expertos de 9 países aceptaron la invitación de AFAD (Filipinas) ECAP (Guatemala) y GEZA (Austria).

Entre los temas que trataron los participantes dentro del contexto asiático, se encontraba el de la asistencia psicosocial para familias de desaparecidos, el papel del Estado, las alternativas a las exhumaciones cuando no son viables y el modo en que la colaboración y coordinación entre los diferentes actores puede ser mejorada. Algunas de las conclusiones principales recayeron sobre la importancia de los aspectos culturales y religiosos en el apoyo de las familias así como las alternativas a las exhumaciones cuando no es posible llevarlas a cabo, como es el

caso de la mayoría de los países asiáticos. Estas conclusiones serán integradas en el documento de estándares mínimos y será debatido en mayor profundidad en la reunión internacional de Bogotá, en primavera de 2010.

Documentar una historia trágica

Las palabras de uno de los participantes del congreso reflejaron la importancia de reforzar la solidaridad interfronteriza, de documentar las desapariciones y de respaldar a los que sobreviven, dándoles voz para expresar su sufrimiento: “Para mí, fue una gran experiencia el conocer a una chica de mi edad, cuyo padre también había desaparecido, y que se encontraba en la misma situación que yo, pero en un país distinto. El saber que no soy la única, que no estoy sola, me da fuerzas para continuar”. ■

Referencias en Internet:

<http://www.ecapguatemala.org>

<http://www.afad-online.org>

<http://www.geza.at>

“Desaparición forzada” es todo arresto, detención, abducción o cualquier otra forma de privación de la libertad por agentes del Estado o por personas o grupos de personas que actúan con la autorización, apoyo o aquiescencia del Estado, seguido de una negación a reconocer la privación de libertad o de una ocultación de la suerte o del paradero de la persona desaparecida, lo que sitúa a esa persona fuera de la protección de la ley.

¿Estamos llamando a una puerta equivocada de la investigación?

La búsqueda de una investigación basada en la evidencia para las intervenciones psicosociales
Stephen Regel, Centre for Trauma, Resilience and Growth

En el momento de la presente redacción, el impacto real del terremoto de Haití empieza a mostrarse poco a poco. Un impacto que muchos están empezando a describir como una catástrofe humanitaria equiparable al Tsunami asiático de 2004. La complejidad y los retos de la operación de socorro están claramente superando a las organizaciones y agencias cuyo trabajo consiste en aliviar el sufrimiento de miles de víctimas. Inevitablemente, las implicaciones de un desastre de tal magnitud en el país más pobre de Occidente y que tiene una infraestructura que apenas llega a funcionar, no han pasado desapercibidas para todos aquellos que responden a la crisis. La otra cuestión inevitable es que, mientras las operaciones de socorro se centran en la distribución y provisión de alimentos, agua, refugios y atención sanitaria, tal como corresponde, muchos agentes del ámbito de la ayuda humanitaria también están pensando acerca del impacto psicosocial y sus implicaciones.

En la última década hemos asistido a un aumento de la atención y el consenso sobre la importancia de la aportación de asistencia psicosocial después de las catástrofes y emergencias complejas. Las ONGs han participado activamente en la aportación de Programas de Asistencia Psicosocial (PAPs) en contextos diversos, tanto después de catástrofes naturales, como en el caso del reciente terremoto de Haití, el Tsunami asiático, o tras cualquier conflicto armado. El término 'psicosocial' ha prevalecido a la hora de describir aquellas intervenciones dirigidas a contribuir positivamente para paliar las necesidades de salud mental de individuos y comunidades afectados por emergencias complejas. Por otro lado, el campo de las intervenciones psicosociales es relativamente joven y lógicamente, se han producido llamamientos para determinar la base empírica para este tipo de actuación. También se han escuchado voces críticas con la noción de PAP, hay quien piensa que muchas comunidades afectas por situaciones de emergencia tienen una capacidad de resistencia y recuperación innata, sin necesidad de intervenciones externas. Por supuesto, también se han expresado críticas sobre la adecuación y conveniencia de lo que en numerosas ocasiones se ha percibido como la naturaleza 'medicalizada' de esas intervenciones.

¿Cuál es la base empírica?

En el contexto de este artículo, el bienestar psicosocial de individuos y comunidades se puede definir con referencia a tres ámbitos principales: capacidad humana, ecología social, culturas y valores. Estos ámbitos forman el

marco conceptual para definir los recursos humanos, sociales y culturales disponibles para las personas que responden a los desafíos de emergencias complejas como catástrofes naturales o provocadas por el hombre y conflictos armados (Grupo de Trabajo Psicosocial, 2003). No obstante, existe un reconocimiento creciente de que los individuos, familias y comunidades afectados por la adversidad también pueden ser vulnerables. Por lo tanto, mientras que una de las cuestiones



Ralph Toussaint, voluntario haitiano de la Cruz Roja, con Kengo Jean en Camp Simon, Puerto Príncipe, Haití. 29 de enero de 2010. Talia Frenkel/ Cruz Roja americana.

fundamentales es cómo aportar una asistencia psicosocial efectiva y así reforzar la resistencia y la capacidad para afrontar la exposición a eventos traumáticos extremos, otra cuestión clave, que cada vez se plantea con más frecuencia es: "¿Cuál es la base empírica para estas intervenciones?"

Resistencia

Existen numerosas interpretaciones para el concepto de resistencia que toma su relevancia dependiendo del contexto en que se emplee. La definición del Proyecto Internacional de Resistencia como "...capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad

evitar, minimizar o superar los efectos dañinos de la adversidad" tiene utilidad para el concepto de resistencia durante o después de catástrofes y otras emergencias complejas. La resistencia a veces se logra a largo plazo a expensas de la resistencia a corto plazo. La resistencia puede ser considerada como una característica común de todos los seres humanos, si bien lo que puede asumirse como privación y penuria en un contexto o país, podría pasar simplemente por una forma de vida en otro. Por ejemplo, la interrupción del suministro eléctrico en un contexto occidental crea serias dificultades a la vida y el trabajo del día a día. Sin embargo, en muchas partes del mundo en vías de desarrollo, la mera búsqueda de materias primas para preparar la comida y cubrir otras necesidades es una realidad diaria que se asume con aceptación estoica.

Un tema común

Estos ejemplos apuntan hacia un tema común. Se trata de la importancia de comprender la capacidad innata de individuos, comunidades y sociedades, no solo para afrontar, sino también para adaptarse a la adversidad y así, centrar las intervenciones psicosociales en la construcción de estos elementos de fortaleza. Mientras que podría resultar una percepción extendida el hecho de que las situaciones de emergencia venden y que las representaciones mediáticas de las catástrofes se concentran en la identificación de los más vulnerables y sus necesidades, se presta escasa atención a lo que las comunidades pueden lograr por sí mismas. Se ha producido un giro evidente desde la vulnerabilidad a la capacidad,



Jean Wilfred en las calles destruidas de lo que una vez fue el bullicioso centro de Puerto Príncipe, 24 de enero de 2010. Talía Frenkel/Cruz Roja americana.

en particular en el área de programas psicosociales y el modo en que éstos intentan gestionar las necesidades de salud mental. Por supuesto, ha habido detractores y críticos de los PAPS, pero éstos han sido superados por enfoques innovadores y atractivos de los PAPS en las áreas afectadas por emergencias complejas. Por otro lado, es inevitable que las nociones de resistencia y el impacto de eventos traumáticos hayan resultado estrechamente vinculadas, pero por ahora esto no ha sido tratado por la bibliografía de ninguna forma específica.

La bibliografía

La bibliografía psicosocial está repleta de referencias a la investigación, evaluación, resultados, herramientas y directrices; sin embargo, el repaso de la bibliografía existente arroja algunas características interesantes. Contamos con informes de posición (Ager et al, 2006), estudios de casos (Anasarias et al, 2007; Keough y Samuels, 2004), revisiones (Hobfoll et al, 2007; Rao, 2006; Batniji et al, 2006; Mollica et al, 2004; Yule, 2006), críticas (Summerfield, 1999; Bracken et al, 1995; Pupavac, 2001) y bibliografía relacionada fuera del campo (Clay et al 2008). Parte de la bibliografía más prolífica de este ámbito corresponde a las críticas sobre intervención psicosocial, que a partir de un examen más detenido, ofrece escasas nuevas perspectivas sobre este importante y emergente aspecto del trabajo humanitario, más allá de

revisitar los mismos temas, con enfoques ligeramente distintos.

El enfoque de las intervenciones psicosociales

De manera general, las críticas se han centrado, de un modo desordenado, en la idea de que los PAPS se preocupan de la prevención o tratamiento del trastorno por estrés postraumático (PTSD) (Summerfield, 1999). No cabe duda de que gran parte de la bibliografía 'convencional' sobre trauma publicada en muchas de las revistas de alto nivel en este ámbito tiende a concentrarse bien en amplios ensayos controlados y aleatorizados de tratamiento, bien en estudios longitudinales o en la epidemiología y manifestación del trauma en diversos contextos y escenarios (Johannesson et al, 2009; Mezuk et al, 2009). Muchos de estos estudios tienden a centrarse en la psicopatología tras la exposición a factores de estrés extremos lo que, por supuesto, es un objetivo totalmente legítimo. Sin embargo, en la bibliografía sobre catástrofes y otras emergencias complejas, la atención suele recaer sobre las poblaciones situadas en la cúspide de la pirámide de los afectados por catástrofes. No obstante, los que participamos en el trabajo psicosocial sabemos que la atención y la energía dedicada a las intervenciones psicosociales están dirigidas a las poblaciones de la parte inferior de esa pirámide. El trabajo

es multifacético, dirigido a reforzar y estimular la resistencia natural, más que a la prevención o el tratamiento del PTSD.

Fundamentos para el debriefing psicológico

Existe otro discurso alrededor de la aportación del denominado Psychological Debriefing (PD) como intervención, que ha entrado en el debate, y esto ha contribuido en cierta medida a complicar aún más las cosas. El PD es una técnica de intervención en crisis empleada por muchas organizaciones y agencias en los escenarios posteriores a exposiciones traumáticas en una amplia variedad de entornos de trabajo. Existe una tendencia creciente a cambiar el nombre de la intervención, pero por supuesto en esencia se sigue utilizando ampliamente en la práctica. Una vez más, se podría argüir que se trata de una intervención psicosocial y que no es una terapia o tratamiento, sino una intervención destinada a reforzar y estimular la resistencia natural a través de psicoeducación y el direccionamiento. Esta noción encontraría sin duda muchos adeptos que estarían de acuerdo con los objetivos y fundamentos del PD, que estaría encaminado a:

- Aportar una asistencia psicológica pragmática de manera empática, aportar información sobre reacciones comunes, el curso de estas reacciones y consejo sobre estrategias

de gestión e 'indicadores' para un apoyo adicional.

- La asistencia precoz debería basarse en una buena evaluación.

- Los individuos que muestran síntomas de manera continuada deberían recibir la oferta del acceso a una intervención formal.

- Un enfoque que tenga en cuenta la capacidad de resistencia natural del individuo, se construye sobre una clasificación psicológica y debería ser voluntario. (Bisson et al, 2007)

Los objetivos descritos son obviamente nuevos y siempre han sido la base de la práctica en PD, pero la publicación en el *American Journal of Psychiatry* parece haber dado legitimidad al uso de PD como intervención. Además, un amplio ensayo aleatorizado sobre sujetos que habían seguido PD indicó que 'sería inapropiado abandonar las necesidades humanas, sociales e informativas de los trabajadores expuestos a experiencias traumáticas graves' (Adler et al, 2008, p. 262).

Sin embargo, la discusión e inclusión del PD en un contexto de PAP dentro de las actividades de la Cruz Roja y otras ONG's, erróneamente sugerida por muchos críticos en el pasado, tiene el potencial de confundir temas relacionados con la base empírica y la eficacia de los programas psicosociales. No cabe duda de que el debate y las discusiones sobre el PD continuarán, aunque hay

que reconocer que el debate entorno a la intervención precoz debe evolucionar más que quedar anclado en los resultados de investigaciones con taras metodológicas (Regel, 2007).

Direcciones futuras

Por lo tanto, podríamos argumentar de entrada que muchos de los críticos y escépticos llaman a la puerta equivocada de la investigación cuando se apela a la 'base empírica' para justificar la implementación y el uso de intervenciones psicosociales dado que falta bibliografía. Por supuesto, tal como hemos indicado, existe una base bibliográfica creciente que consiste en estudios de casos, revisiones, informes de posición y directrices para 'buenas prácticas'. Inevitablemente, esta es cualitativa en naturaleza y tal vez por eso pueda ser considerada como menos válida por algunas secciones de la comunidad académica.

En segundo lugar, necesitamos apartarnos de la noción de que el PAP se centra en PTSD e intervenciones de salud mental formales. Inevitablemente, dentro del contenido de los materiales de formación tiene que haber un reconocimiento de la naturaleza y la gestión de las reacciones ante el trauma y la pérdida y por lo tanto se precisa una comprensión y conciencia de problemas de complicaciones a más largo plazo en el contexto del PAP. Sin embargo,

el tema principal es que tenemos más de 30 años de investigación que demuestra lo siguiente:

- Existe una evidencia abrumadora de 30 años de investigación que muestra que la asistencia social es un factor de protección clave después de eventos traumáticos.

- Hay diversos tipos de asistencia social – informativa, práctica y emocional.

- El tipo de asistencia social requerida está en función del contexto y las necesidades individuales y éstas variarán con el tiempo.

- Es importante adecuar toda provisión de asistencia a las necesidades de los todos y cada uno de los beneficiarios. (Joseph, 1999).

Por lo tanto, debemos considerar la bibliografía sobre asistencia social donde hay una amplia y profunda base empírica para la aportación de intervenciones psicosociales. También debemos considerar y fijarnos en la bibliografía floreciente sobre el crecimiento después de la adversidad (Joseph y Linley, 2006). Esto también significa que tenemos que desarrollar nuevos indicadores y resultados basados en la capacidad de resistencia y crecimiento de individuos y comunidades concretas, más que centrarnos continuamente en la psicopatología tras la exposición a eventos traumáticos en sus diversas formas. ■

Bibliografía

- Adler A.B., Litz B.T., Castro C.A. (2008) A Group Randomized Trial of Critical Incident Stress Debriefing Provided to U.S. Peacekeepers. *Journal of Traumatic Stress* Vol. 21, No. 3, 253-263
- Ager A., Strang A., Wessells M. (2006) Integrating psychosocial issues in humanitarian and development assistance: a response to Williamson and Robinson. *Intervention* 2006. Vol 4., No. 1, 29-31
- Anasarias E., Mikkelsen E.N., Berliner P., Ianev P. (2007) Development of Practice: moving from a curative approach to a comprehensive community-based response to survivors of armed conflict – the case of the Balay Rehabilitation Centre in the Philippines. *Community, Work and Family* Vol 10. No. 3, 357-369
- Batniji R., van Ommeren M., Saraceno B. (2006) Mental and social health in disasters: Relating qualitative social science research and the Sphere standard. *Social Science & Medicine* Vol. 62, 1853-1864
- Bisson J.I., Brayne M., Ochberg F.M. (2007) Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry* Vol. 164, No.7, 1016-1019
- Bracken P.J., Giller J.E., Summerfield D. (1995) Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts *Soc. Sci. Med.* Vol. 40, No. 8, 1073-1082
- Clay O.J., Roth D.L., Wadley W.G., Haley W.E. (2008) Changes in social support and their impact on psychosocial outcome over a 5-year period for African American and White dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* Vol. 23, 857-862
- Hobfoll S.E. et al (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70(4) Winter 2007 283-315
- Johannesson K.B. et al (2009) The Effect of Traumatic Bereavement on Tsunami-Exposed Survivors. *Journal of Traumatic Stress* Vol. 22, No. 6, 497-505
- Joseph S. (1999) Social Support and Mental Health Following Trauma. (ed. Yule W. *Post-traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy.* John Wiley & Sons. Ltd
- Joseph S., Linley P.A. (2006) Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, Vol. 26, 1041-1053
- Keough M.E., Samuels M.F. (2004) The Kosovo Family Support Project: Offering Psychosocial Support for Families with Missing Persons. *Social Work* vol. 49, No.4, 587-594
- Mezuk B. et al (2009) The Influence of a Major Disaster on Suicide Risk in the Population. *Journal of Traumatic Stress* Vol. 22, No. 6, 481-489
- Mollica R.F., et al (2004) Mental health in complex emergencies. *The Lancet* Vol. 364, 2058-2067
- Pupovac V. (2001) Therapeutic Governance: Psycho-social Intervention and Trauma Risk Management. *Disasters* Vol. 25, No. 4, 358-372
- Rao K. (2006) Psychosocial support in disaster-affected communities. *International Review of Psychiatry* vol. 18, No. 6, 501-505
- Regel S. (2007) Post-trauma support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occupational Medicine* Vol. 57, 411-416
- Summerfield D. (1999) A critique of seven assumptions behind Psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science Medicine* Vol. 48, 1449-1462
- Yule W. (2006) Theory, training and timing: Psychosocial interventions in complex emergencies. *International Review of Psychiatry* Vol. 18, No.3, 259-264



La vida tras la confirmación del diagnóstico

Foto de Temirtau, Kazakhstan. Marzo 2009. Claudia Janke/Cruz Roja británica

Aportar asistencia psicosocial a las personas con VIH

Anna I. Zagaynova, Subdirectora de la sección Irkutsk de la Cruz Roja Rusa

y **Hedinn Halldorsson**, Asesor de comunicaciones, IFRC Psychosocial Centre internationale

Una mujer solloza en una sala donde la división Irkutsk de la Cruz Roja rusa ofrece asesoramiento psicológico. Para la psicóloga Svetlana estas situaciones han pasado a ser parte de su vida cotidiana, aunque aún no se ha acostumbrado a ellas. Su paciente Irina se enfrenta a una situación que es totalmente habitual para los habitantes de Irkutsk. A Irina le ha sido diagnosticado VIH. Acaba de casarse con el hombre que ama y estaban planeando tener su primer hijo. Fue la desesperación lo que condujo a Irina hasta los servicios de asistencia psicosocial de la Cruz Roja rusa.

Podríamos decir que todos los días, cualquier ciudadano de Irkutsk está alrededor o interactúa con alguna persona con VIH de un modo u otro. La ciudad de Irkutsk, con una población de 600.000 habitantes, cuenta con una de las tasas de prevalencia de VIH más elevadas de Rusia; más de un 2% del total de la población está infectada. Según las estimaciones el porcentaje podría alcanzar un 10%.

La situación en Irkutsk

La mayoría de las personas infectadas rondan los veinte-treinta años. Mientras que los drogadictos solían representar más de la mitad de los casos de infección, el número de casos atribuidos a la transmisión sexual está aumentando. En los últimos años la epidemia también ha experimentado

una cierta “feminización”. »» En cuanto a los nuevos casos en 2008, el 70% de las mujeres y el 30% de los hombres se infectaron a través de la transmisión sexual. Debido al hecho de que cada vez más mujeres en edad fértil resultan víctimas de la epidemia, también hay un notable aumento del número de niños que nacen VIH-positivos. Dada la falta de información, muchas parejas VIH-positivas no saben cómo cuidar de su salud o de la de sus hijos, los familiares y vecinos a menudo rechazan a estos niños. Los padres también se enfrentan a problemas sociales, como la falta de recursos económicos para criar a sus hijos y darles el tratamiento adecuado.

El comienzo

La epidemia de la infección por

VIH en Irkutsk, en la Siberia oriental de Rusia, comenzó en 1999. Cuando surgió la epidemia, prácticamente no había psicólogos familiarizados con el tema del VIH. Además, la mayor parte de éstos mostraba un alto grado de estigmatización y discriminación con respecto a las personas con VIH. Esa situación limitó en gran medida el acceso de las personas infectadas a los servicios psicológicos, ya que sus necesidades no se cubrían, haciendo la aceptación del diagnóstico aún más difícil.

La auto estigmatización en muchos casos priva a los VIH-positivos de la capacidad de luchar por sus vidas. Afecta negativamente a la práctica totalidad de los aspectos de la vida diaria y suele llevar a graves depresiones. El auto-estigma se convierte entonces

en la base sobre la que se construye la discriminación por parte de los demás, que es lo que ocurrió en Irkutsk. Tal era la situación y el escenario cuando se inició un proyecto de asistencia psicosocial en Irkutsk hace unos años.

Introducción del programa

El programa “Atención y asistencia para personas con VIH/SIDA” fue

cuidados paliativos y aportación de asistencia a los cuidadores.

Para poder llevar a cabo estas ideas, la Cruz Roja inició la apertura de un Centro de Información-Asesoramiento denominado “Steps”, la Escuela de Desarrollo Precoz, el Centro de Salud Familiar, y el Servicio Enfermería a Domicilio. Estas iniciativas expandieron en gran medida el acceso de las personas

clínicas locales.

Trabajar con ancianos cuidadores

Un grupo social que llamó la atención de los encargados de la planificación del programa, en cierto modo por accidente ya que nadie lo había considerado como grupo objetivo, fue el de los cuidadores ancianos al cargo de niños de madres con VIH (en la mayoría de los casos, las abuelas). Este grupo resultó tener sus propias preocupaciones y necesidades agudas. Los integrantes de este grupo a menudo contaban con menos información sobre VIH, se preocupaban más de la salud del niño que de la suya propia. Las mujeres también mostraban menos seguridad respecto a su capacidad para aportar una atención de calidad al niño, y frecuentemente tenían que asumir sus propios problemas de salud o financieros como carga adicional. A pesar de no contar con la formación, el conocimiento y los medios, por lo general las abuelas entregan a sus nietos un gran cariño, y cuidan de ellos incluso mejor y con mayor responsabilidad que los propios padres del niño.

En el 43% de los casos en que una abuela se encargó de la crianza de un hijo de madre VIH positiva, la madre era consumidora de drogas. En el 33% de los casos, la madre había muerto. Otros motivos fueron que la madre estuviera en rehabilitación, en prisión o que hubiera rechazado encargarse de su hijo. En enero de 2009, en el

Servicio de Enfermería a Domicilio, había 38 niños que estaban siendo criados por sus abuelas, lo que supone el 15% del total de niños incluidos en el programa. Los tipos de servicios disponibles para abuelas en la Cruz Roja de Irkutsk son, entre otros, visitas a domicilio por parte de enfermeras, formación en atención infantil, asistencia social, suplementos de alimentos y vitaminas, asesoramiento sobre

VIH, grupos de apoyo, asesoramiento por parte de psicólogos y de abogados, asistencia en el registro de la custodia, detección del padre del niño, etc. Una de las lecciones aprendidas es que el

Historias de beneficiarios - Valentina

Valentina es pensionista. Tiene un hijo y una hija a los que crió ella sola. Cuando su hijo, Andrei, averiguó que era VIH positivo, se encerró en sí mismo y no quiso hablar con nadie acerca del diagnóstico. Valentina ayudó a su hijo a mudarse a un pequeño pueblo, para alejarse de las drogas en Irkutsk. Su indiferencia y depresión se fueron acentuando a medida que su salud iba empeorando. Tenía úlceras en la piel, una tos profunda, pero se negaba a ir al médico. Le pidió a su madre que lo dejara, y que pronto dejaría de padecer.

» Como Valentina no tenía ningún conocimiento sobre el VIH y no sabía cómo avanzar, asistió a su primera sesión de asesoramiento, en la que recibió apoyo, e información sobre cómo vivir con VIH. Fue a una reunión de grupo de apoyo, conoció a miembros del grupo, preguntó sobre cómo habían llegado a aceptar su diagnóstico, cómo vivían con ello, y finalmente, les pidió que llamaran a su hijo y lo ayudaran. Valentina también obtuvo apoyo para comprender la enfermedad de su hijo y la naturaleza de su relación.

» El asesoramiento llegó a Andrei a través del teléfono, medio que permitió a un psicólogo convencerlo para que acudiera a un especialista. El estado de ánimo de Andrei cambió y también su relación con su madre. Actualmente está recibiendo tratamiento y trabaja como técnico dentista con su tío. Valentina continúa asistiendo a las sesiones de apoyo con el psicólogo cada tanto.

introducido por la división regional de Irkutsk de la Cruz Roja rusa, con apoyo de la Cruz Roja americana. Las personas afectadas por la epidemia debían recibir servicios de asesoramiento, una “línea

directa” y visitas a los hogares con niños de madres VIH-positivas. El auto-estigma debía ser combatido, había que reforzar los propios recursos de los beneficiarios y tenían que aprender a aceptar su diagnóstico, para llevar una vida productiva, y recibir formación para poder proteger los derechos propios y la salud. En resumen, habían mucho trabajo por delante. Una vez establecido el programa, las

actividades dentro de sus líneas generales eran complementadas con otros proyectos de ayudas centrados en la prevención del abandono social de los niños de madres VIH-positivas,

con VIH a servicios psicológicos, legales y demás, incluyendo los servicios médicos. Los centros y servicios de la Cruz Roja no aportan servicios médicos directos, pero cooperan activamente

con el personal médico de centros de salud en los problemas de estigma y discriminación, a través de formación, asesoramiento psicológico y gestión de casos para trabajadores de hospitales y



Irkutsk Branch, Cruz Roja rusa.

con el personal médico de centros de salud en los problemas de estigma y discriminación, a través de formación, asesoramiento psicológico y gestión de casos para trabajadores de hospitales y



Foto de Temirtau, Kazakhstan, de un beneficiario de un programa de coinfección de tuberculosis/VIH. Marzo de 2009. Claudia Janke/British Red Cross

trabajo de ancianos cuidadores puede rebajar sustancialmente el riesgo de abandono de los niños, además de tener efectos positivos sobre la salud del niño.

Integración de los niños

Cuando comenzó el programa, la integración de los niños afectados por el VIH en colegios y centros para niños resultaba muy complicado, y ahora lo es incluso más debido al aumento del número de niños afectados. El nivel de estigma en la sociedad era extremadamente alto, y los profesores y cuidadores de guarderías y escuelas no eran ninguna excepción, careciendo completamente de información y preparación para responder a la situación. Con objeto de mejorar los derechos del niño, se prestó especial atención a los profesores dentro del Programa de la Cruz Roja. Se les aportó información sobre la enfermedad y los problemas derivados de ella, y recibieron ayuda para superar sus temores; la discriminación y la negligencia debía ser sustituida por la información y la tolerancia.

El trabajo con los cuidadores ancianos y el objetivo de integrar a los niños afectados por VIH son solo dos

de los muchos ejemplos del proyecto de Irkutsk. En la actualidad, miles de personas VIH positivas han recibido

parte de enfermeras visitadoras y psicólogos infantiles de la Cruz Roja. La división de Irkutsk se ha convertido

Historias de beneficiarios - Galya

Galya era una trabajadora con éxito, estaba casada y tenía un hijo. Pero ahora pasa todo el día en cama. Se enfada con facilidad con su marido porque éste no comprende la gravedad de su enfermedad. "Quítatelo de la cabeza", le decía él, pero Galya no podía, y es por eso que decidió recurrir a asistencia profesional. Ella supo de los Centros de Información-Asesoramiento de la Cruz Roja y decidió acudir a la reunión del grupo de apoyo entre iguales.

» Galya fue infectada por su primer marido, se separaron y ella tuvo que aprender a vivir con su diagnóstico, recibiendo asistencia de su madre y hermana. Incluso llegó a lograr su segunda licenciatura y se volvió a casar.

» El verano pasado cayó enferma con neumonía y pleuritis. La enfermedad empezaba a cobrar su parte. Tras cuatro meses de convalecencia, durante una visita regular al Centro para el SIDA descubrió que su carga vírica era muy alta. Se le sugirió comenzar una terapia anti-retroviral, algo que no le apetecía en absoluto. Galya entró en depresión. Asistió a una reunión de grupo de apoyo para ver lo que otros pensaban sobre la terapia anti-retroviral. Katya, madre de una niña pequeña en terapia anti-retroviral, contó a Galya su experiencia y eso pareció calmar a Galya. Según escuchaba las historias de los demás, las lágrimas le corrían por la cara. También conoció a Yulia, cuya situación era similar a la suya. Las dos mujeres encontraron fuerzas la una en la otra y decidieron enfrentarse a sus miedos juntas y empezar la terapia.

asistencia psicosocial en la región; y del mismo modo, miles de niños nacidos de madres con VIH han recibido servicios de atención por

en un vivero de conocimiento sobre el VIH y la asistencia psicosocial para el resto de la Cruz Roja rusa. El proyecto continúa. ■

También se puede volar cometas desde un de ruedas

Composición fotográfica de Hedinn Halldorsson, Asesor de comunicaciones, IFRC Psychosocial Centre

Fotos: Reuters/Ahmad Masood y Fardin Waizi/ICRC. Noviembre de 2009

El cielo estaba totalmente despejado y el viento soplaba alegre aquel día de noviembre en que el centro ortopedico celebró un concurso de cometas. Los participantes se implicaron activamente. El concurso consistía en cortar otras cometas, de modo que el ganador sería aquel cuya cometa permaneciera en vuelo al final. El elemento común a los concursantes tenía en común era que todos estaban en silla de ruedas.

Las vidas de los afganos han quedado marcadas por décadas de guerra -y el impacto del conflicto es extenso. Las cifras exactas de discapacitados en Afganistán por el conflicto son difíciles de calcular. Sin embargo, se estima que el número de personas con limitación de movilidad alcanza los 800.000, de los que 40.000 tendrían amputación de algún miembro. Esta cifra no deja aumentar, ya que los habitantes siguen sobreviviendo en medio de una guerra.



Pero la discapacidad y la deformidad no son los únicos problemas que hay que superar al enfrentarse a una nueva realidad. La salud mental también es un problema. Las víctimas de minas anti-persona a menudo tienen que reconstruir su identidad y encarar un futuro que nunca habrían podido imaginar. "La rehabilitación social es la parte más dura del trabajo", afirma Alberto Cairo, encargado del programa ortopédico del Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC) en Afganistán desde 1992.



na silla

ortopédico de la ICRC
ar los hilos de las
ento que todos los



El ICRC gestiona 6 centros ortopédicos en el país; el mayor de ellos está en la capital, Kabul, y otros cinco en Mazar, Jalalabad, Herat, Gulbahar y Faizabad. El primer centro fue inaugurado en 1988 y hasta la fecha, más de 90.000 pacientes han sido registrados, con discapacidades que van desde las infringidas por minas anti-persona, hasta incapacidad motora. Todos los meses se elaboran más de 1000 prótesis y productos ortopédicos, y el 80% de los que las necesitan son víctimas de las minas.



El Centro ortopédico de Kabul es uno de los mayores centros de rehabilitación del mundo. Da empleo a unas 300 personas, todas ellas discapacitadas. Esto ha tenido un tremendo efecto positivo en los pacientes, especialmente sobre los recién llegados, ya que suelen estar deprimidos al comienzo del tratamiento, habiendo perdido la esperanza en la vida y en su futuro. La sensación de estar entre otras personas con discapacidad les devuelve su dignidad y la fe en la vida, y esto ha supuesto un paso gigante para muchos pacientes.

Los centros también gestionan un programa de atención a domicilio, destinado a personas con daños en la médula espinal, y aporta asistencia médica, económica y psicosocial, además de rehabilitación.

Los centros son lugares de esperanza donde miles de personas comparten una carga común, así como las mismas esperanzas y la misma fuerza. "Pronto nos dimos cuenta de que no estábamos haciendo lo suficiente. Una persona discapacitada necesita algo más que una pierna de plástico y la capacidad de volver a caminar; necesita un papel en la sociedad a la que vuelve, necesita recuperar su dignidad, su respeto. En Afganistán, donde la vida ya es muy difícil para cualquiera, la persona discapacitada necesita aún más ayuda que los demás", afirma Alberto Cairo.

Cuando la asistencia psicosocial no es suficiente

Salud mental en Banda Aceh

Vivian Poulsen, Cruz Roja Noruega

Millones de personas se vieron afectadas por el Tsunami del Océano Índico en diciembre de 2004. Unas 226.000 personas de dos continentes fallecieron, lo que supuso la tasa de mortalidad más elevada por un terremoto nunca registrada en la historia. Los enfermos mentales o aquellas personas con problema mentales previos son un grupo vulnerable y a menudo ignorado en muchas sociedades. Por lo general, sufren especialmente las consecuencias de las catástrofes. Tal fue el caso en Indonesia cuando se produjo el tsunami. Esta es la historia del único hospital mental en la provincia de Banda Aceh, y cómo se desarrolló después del tsunami, con la asistencia de una Sociedad de la Cruz Roja.

Miles de personas recibieron asistencia psicosocial tras del tsunami del Océano Índico. Los supervivientes siempre reaccionan individualmente a las catástrofes y tienen sus propias formas de afrontar y gestionar el dolor; la pérdida de una persona nunca puede ser comparada con la de otra. En Indonesia, el país que recibió el peor azote del desastre de los 13 afectados por el tsunami, algunas personas sufrieron pérdidas menores y pudieron retomar sus vidas en cuestión de semanas. Pero otras perdieron a toda la familia y padecieron graves problemas psicológicos. Una pequeña parte, muy traumatizados y que ya contaban con un historial de enfermedad mental, no hicieron más que empeorar. Este es el grupo del que no se sueló escuchar nada, el grupo al que no llega la asistencia psicosocial, personas con trastornos anteriores que requieren intervenciones más serias.



Foto: Cruz Roja noruega

Llegar a los más vulnerables

Al enfrentarse a la enorme destrucción del tsunami, la Sociedad de la Cruz Roja noruega decidió participar modernizando y reconstruyendo el único hospital mental de la provincia, dando servicio a una población de cuatro millones de personas. “Poder aportar a los pacientes, que habrían podido vivir en casa, o que fueron encerrados, incluso encadenados, acceso

a un hospital psiquiátrico adecuado, realmente es llegar a los más vulnerables de entre nosotros”, explicaba Børge Brende, Secretario General de la Cruz Roja noruega, en la apertura del hospital de la región de Aceh en noviembre de 2009.

Trauma después del tsunami

Tras el tsunami se produjo un aumento



Chicos de la zona, subidos a un tejado de un refugio tras el tsunami, Deah Baro Village, Banda Aceh, Indonesia. Nobuyuki Kobayashi/JRCm.

del 13% de pacientes en el hospital mental que ya estaba al límite de ocupación. El psiquiatra Magne Tauler, encargado de la supervisión del desarrollo del programa de atención al paciente del hospital mental de Banda Aceh, en cooperación con la Cruz Roja noruega, explica: “Es seguro que los servicios de salud mental están totalmente infra dimensionados para las necesidades de la provincia, a partir de una situación normal. A esto se añadió el tsunami, con más de 150.000 personas fallecidas en la provincia. La gente perdió a sus familiares, sufrieron daños físicos y quedaron traumatizados. Muchas necesidades quedaron sin cubrir en absoluto. Por supuesto, el prolongado conflicto también contribuyó a que hubiera más gente con necesidades psiquiátricas. Sin embargo, esto no había supuesto tantas bajas como las provocadas por el tsunami, y por lo tanto el trauma no es comparable”.

Estado de depresión

Durante el tsunami el hospital mental también resultó afectado, llegando el agua a más de un metro de los muros. “Nadie murió, pero parte del personal murió en sus propias casas. Durante casi un año tras el tsunami, el personal y el hospital en su conjunto entraron en un estado de depresión. No contaban con fondos para mejorar la situación. Sin suministro de agua, los pacientes tenían que bañarse fuera de sus unidades en tomas de agua preparadas a tal efecto y el sistema de aguas residuales tampoco funcionaba bien. Había un ambiente muy deprimente, y la gente se sentía descorazonada por no poder hacer nada”, añade Tauler.

Hacia la mejora

Las condiciones eran complicadas



Foto: Cruz Roja noruega

tanto para el personal como para los pacientes. “35 pacientes compartían una misma sala, a menudo con no más de 5 cm entre cada camilla; algunos ni siquiera tenían camilla. El personal estaba totalmente superado por la situación y pasaba la mayoría del tiempo en otra sala, separados de los pacientes por puertas y ventanas con rejas. Muchos de los pacientes padecían trastornos mentales graves, como esquizofrenia, con agresividad, y con potencial de fuga. Ahora

se ha producido un avance positivo, tanto en el número de pacientes por habitación como en el número de efectivos sanitarios por paciente. Anteriormente, había 4-5 miembros del personal por cada 35 pacientes durante el día y solo uno durante la noche". Según Tauler, el número de efectivos ha aumentado hasta 6-8 por paciente y hasta 2 por la noche.

Rechazados por sus familias

El dinero, más que la enfermedad que cada cual puede sufrir, determina el tratamiento que cada cual puede recibir, se lamenta Tauler. "Si tienes dinero recibes un tratamiento de primera clases, tanto en salud mental como en acceso a tratamiento somático. Si no tienes dinero y tu familia tampoco puede pagarlo, no llegas ni a un tratamiento de tercera. No hay seguros sociales. La familia tiene que pagar por las medicinas y el tratamiento

Un ambiente distinto

La enfermera Jefe Nuraini que ha trabajado en el hospital 32 años, explica porqué los pacientes que son tratados mejoran. "Tanto las nuevas instalaciones como las nuevas ideas sobre cómo podemos trabajar de una manera más cercana al paciente han resultado en un trabajo de mejor calidad y un mejor ambiente entre el personal".

Sus puntos de vista han hecho eco en una paciente de 39 años, Lailatul Qadriah, que ha estado en el hospital durante más de 10 años, tras ser admitida por presentar tendencias agresivas. Ahora, tanto sus padres han muerto y no tiene a nadie para volver a casa. "Yo preferiría no tener que estar aquí. Sin embargo, ahora es mucho mejor.

La Cruz Roja noruega ha construido cuatro salas para los pacientes, una cocina, una unidad de ingresos para accidentes y emergencias y un edificio para la administración. El hospital tiene una capacidad de 320 pacientes. El proyecto es una cooperación entre el hospital mental de Banda Aceh, Sørlandet Hospital de Noruega, la Cruz Roja noruega y un hospital mental de Semarang, en Java, más al sur de Indonesia.

en el propio hospital. Una vez que vuelven a la comunidad, la familia tiene que seguir pagando las medicinas y las visitas de visitantes de salud. Para mis familias esto se convierte en una carga adicional. En un momento dado, el hospital se enfrentó a un auténtico problema con aproximadamente 50 paciente que volvieron a ingresar después de que sus familias los rechazaran o no pudieran seguir haciéndose cargo de ellos".

Atención al respeto

Durante todo el proceso de desarrollo de los cuidados al paciente se puso especial atención sobre el hecho de que los pacientes merecen un mejor servicio, explica. "Merecen ser tratados con humanidad y respeto, con información y con un personal que se atienda a las familias. Expuse esta idea en Noruega, así como en muchos otros países occidentales; nosotros habíamos pasado por lo mismo no hacía tanto tiempo... tiempos en los que los pacientes simplemente recibían comida y medicamentos, y había una mínima interacción entre el personal y los pacientes. Tuvimos que pasar por este largo proceso para desarrollarnos positivamente, y a lo largo del tiempo la idea parece haber calado entre el personal del hospital mental de Banda Aceh".

El nuevo edificio es mucho más agradable, hay más sitio y la cocina está más cerca".

Entendimiento al alza

El personal del hospital parece muy motivado para continuar el desarrollo positivo y mejorar las instalaciones y la atención al paciente, señala Tauler. "Han estado sometidos a una enorme presión, con la construcción de las nuevas áreas del hospital, trabajando con las autoridades respecto a la financiación, y por supuesto manteniendo la atención al paciente. Ahora que por lo menos hemos terminado parte de las obras, podrán disfrutar de un poco de tranquilidad para concentrarse en avanzar en la dirección adecuada. La cooperación con el hospital mental de Semarang ha resultado en algo más que el mero hecho de que unos médicos noruegos vinieran a Banda Ache para decirle al personal cómo debían hacer su trabajo, sino que también crea un ejemplo indonesio en el que inspirarse para acciones futuras similares". ■



Psychosocial Centre



International Federation
of Red Cross and Red Crescent Societies

El Centro Psicosocial fue creado en 1993 y funciona como delegación de la Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, albergado por la Cruz Roja danesa y con sede en Copenhague, Dinamarca. Su función principal como "Centro de Excelencia" es desarrollar conocimientos de importancia estratégica y las mejores prácticas que servirán de referencia en operaciones futuras de la Federación y las Sociedades nacionales.

El centro fue establecido para fomentar, guiar y reforzar las iniciativas de asistencia psicosocial desarrolladas por las Sociedades nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja a nivel mundial. El Informe sobre política de asistencia psicológica de la Federación Internacional, adoptado en mayo de 2003, sentó las bases de la intervención de la Cruz Roja y la Media Luna Roja en operaciones de respuesta ante situaciones de emergencia y en la implementación de programas de desarrollo a largo plazo. Dentro de esta política, la responsabilidad del PS Centre es canalizar la asistencia psicosocial en todas las Sociedades nacionales. Tal como se establece en la consulta sobre centros y redes de la Sociedad Nacional delegados por la Junta de Gobierno de la Federación Internacional en marzo de 2007, el centro aporta una estructura potencialmente flexible y creativa para desarrollar y divulgar los conocimientos técnicos adquiridos.

Los Siete principios fundamentales

Proclamados en Viena en 1965, los Siete principios fundamentales vinculan la labor de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna. Garantizan la continuidad del Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y su trabajo humanitario.

Humanidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, nacido con el deseo de prestar asistencia sin discriminación a los heridos de los campos de batalla, se afana en su labor internacional y nacional, para prevenir y aliviar el sufrimiento humano allí donde pueda encontrarse. Su objetivo es proteger la vida y asegurar el respeto por el ser humano. Promueve el entendimiento mutuo, la amistad, la cooperación y la paz duradera entre todos los pueblos. Lea más acerca del principio de Humanidad.

Imparcialidad

La Cruz Roja no hace ninguna discriminación respecto a nacionalidad, raza, creencias religiosas, clase social u opiniones políticas. Se esfuerza por aliviar a las personas que sufren, guiándose solo por las necesidades de aquellas, y dando prioridad a los casos más urgentes. Lea más acerca del principio de Imparcialidad.

Neutralidad

Para continuar contando con la confianza de todos, el Movimiento no tomará partido por ningún bando en enfrentamientos ni entrará en controversias de índole política, racial, religiosa o ideológica. Lea más acerca del principio de Neutralidad.

Independencia

El Movimiento es independiente. Las Sociedades nacionales, aunque son auxiliares a los servicios humanitarios de sus gobiernos y están sujetas a las leyes de sus respectivos países, siempre deben mantener su autonomía de modo que sean capaces en todo momento de actuar de acuerdo con los principios del Movimiento. Lea más acerca del principio de Independencia.

Servicio voluntario

Se trata de un movimiento de ayuda voluntaria sin ningún tipo de ánimo de lucro. Lea más acerca del principio del Servicio voluntario.

Unidad

Solo puede haber una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja por país. Debe estar abierta a todos y debe desarrollar su labor humanitaria en su territorio. Lea más acerca del principio de Unidad.

Universalidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, en el que todas las Sociedades tienen el mismo estatus y comparten las mismas responsabilidades y deberes para ayudarse unas a otras, es mundial. Lea más acerca del principio de Universalidad.

Socios de investigación:



Alojado y asistido por:



Y asistido por:



El Centro Psicosocial de la Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja/Media Luna Roja

c/o Danish Red Cross
Blegdamsvej 27
PO. BOX 2600
2100 Østerbro
Copenhague
DINAMARCA

Tel: +45 3525 9200
E-mail: psychosocial.centre@ifrc.org
Internet: <http://www.ifrc.org/psychosocial>

