

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



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

Agradecimientos

El Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos, sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, deja constancia de su agradecimiento a todos quienes han colaborado en la preparación de esta Guía. Se agradece especialmente a los siguientes organismos, que son parte del Grupo de Trabajo y cuyos miembros han preparado la presente Guía:

Action contre la Faim (ACF)

InterAction (Copresidencia), por conducto de:

- *American Red Cross* (ARC)
- *Christian Children's Fund* (CCF)
- *International Catholic Migration Commission* (ICMC)
- *International Medical Corps* (IMC)
- *International Rescue Committee* (IRC)
- *Mercy Corps*
- *Save the Children USA* (SC-EE.UU.)

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)

International Council of Voluntary Agencies (ICVA), por conducto de:

- *ActionAid International*
- *CARE Austria*
- *HealthNet-TPO*
- *Médicos del Mundo* (MdM-España)

- *Médicins sans Frontières Hollande* (MSF-Holanda)
- *Oxfam GB*
- *Refugees Education Trust* (RET)
- *Save the Children UK* (SC-UK)

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC)

Organización Internacional para las Migraciones (IOM)

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Copresidencia)

Se reconoce y se agradece al departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (a través de fondos del Gobierno de Italia) y a Christian Children's Fund. la dedicación de un tiempo sustancial por parte de sus miembros para tareas de coordinación

© Inter-Agency Standing Committee 2007

ISBN: 978-1-4243-3445-2

El Comité Permanente entre Organismos (IASC) fue creado en 1992, en respuesta a la resolución 46/182 de la Asamblea General, en que se exhortó a fortalecer la coordinación de la asistencia humanitaria. La resolución estableció el IASC como mecanismo principal para facilitar la adopción de decisiones entre organismos, en respuesta a situaciones complejas de emergencia y desastres naturales. El IASC está formado por los representantes de diversos organismos de asistencia humanitaria, tanto pertenecientes a las Naciones Unidas como ajenos a la Organización. Para obtener más información acerca del IASC, sírvase visitar su sitio Web en: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc>

Esta publicación del IASC se ofrecerá en varios idiomas y puede obtenerse en el sitio Web del IASC: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>.

Cover page photos: © International Rescue Committee.

Referencia sugerida:

Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC.

Si desea aportar observaciones o sugerencias para mejorar esta publicación, sírvase enviarlas por

e-mail a: IASCmhps@who.int o IASCmhps@interaction.org.

El Grupo de Trabajo agradece las observaciones recibidas con respecto a las versiones anteriores de la matriz y/o varias Listas de Acciones, por expertos pertenecientes a las siguientes organizaciones:

Organizaciones no gubernamentales:

Aga Khan Development Network; Antares Foundation; Austrian Red Cross; BasicNeeds; CARE USA; Child Fund Afghanistan; Church of Sweden Aid; Church World Service; Community and Family Services International; Enfants réfugiés du monde; Fundación Dos Mundos; Global Psycho-Social Initiatives; Handicap International; Headington Institute; Human Rights Watch; Impact Foundation; International Critical Incident Stress Foundation; International Rehabilitation Council for Torture Victims; Jesuit Refugee Service; Médecins sans frontières Suiza; Médicos sin Fronteras España; Norwegian Refugee Council; Palestinian Red Crescent Society; People in Aid; Programa Psicosocial en Chiapas; Psychologues du monde; PULIH Foundation Indonesia; Refugees International; Sangath Centre Goa; South African Institute for Traumatic Stress; STEPS Consulting

Social; Tanganyika Christian Refugee Service; Terre des Hommes Fondation; The Foundation for Children and War; Turkish Red Crescent Society; War Child Holland.

Universidades: Birzeit University West Bank; Boston University; Columbia University; Harvard University; Johns Hopkins University; Karolinska Institutet; Kent State University; King's College; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Northumbria University; Pomona College; San Jose State University; State University of New York; Uniformed Services University of the Health Sciences; University of Colombo; Université de Genève; University of Jaffna; University of Lund; University of Maryland; University of Melbourne; University of New South Wales; University of Oxford; University of Pennsylvania; University of South Dakota; University of Western Sydney; University of the Philippines; Victoria University; Vrije Universiteit Amsterdam; Wageningen University.

Otras entidades (asociaciones profesionales, organismos gubernamentales, consorcios y redes): American Psychiatric Association;

American Psychological Association; Asian Harm Reduction Network; Canadian Forces Mental Health Services; Cellule d'Urgence Médico-Psychologique – SAMU de Paris; Centre hospitalier Saint-Anne; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Consortium of Humanitarian Agencies Sri Lanka; Consultative Group on Early Childhood Care and Development; Department of Human Services, Melbourne; European Federation of Psychologists' Associations; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); Hellenic Centre of Mental Health; IASC Early Recovery Cluster; IASC Health Cluster; IASC Camp Coordination and Camp Management Cluster; Red Eco-Bioética Iberoamericana para la Educación, la Ciencia y la Tecnología; International Alliance for Child and Adolescent Mental Health and Schools; International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; International Society for Traumatic Stress Studies; Intervention: the International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict; Mangrove Psychosocial Support and Coordination Unit;

Ministry of Health, Iran; Ministry of Health, Sri Lanka; Psychologists for Social Responsibility; Psychosocial Working Group; Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS, Poverty and Conflict (REPSSI); Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); United States Agency for International Development; World Association for Psychosocial Rehabilitation; World Federation for Mental Health; World Federation of Occupational Therapists; World Psychiatric Association.

El Grupo de Trabajo agradece al Comité Internacional de Rescate por organizar el diseño e impresión y a UNICEF, ACNUR y al Sector de salud de la IASC por financiar la impresión de esta Guía.

Revisión Científica de la edición en castellano: Pau Pérez-Sales, bajo financiación de UNICEF

Preámbulo

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

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

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

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

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



Kasidis Rochanakorn

Presidente, Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos

Director, OCAH, Ginebra

Índice

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

4.3 Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria	89
4.4 Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios	96
ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD Y APOYO COMUNITARIO	
5.1 Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores	103
5.2 Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades	111
5.3 Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas	118
5.4 Facilitar el apoyo a los niños de corta edad (0 a 8 años) y a quienes los cuidan	123
SERVICIOS DE SALUD	
6.1 Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud	130
6.2 Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental	138
6.3 Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones	149
6.4 Informarse sobre los sistemas terapéuticos locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración	153
6.5 Minimizar los daños derivados del consumo de alcohol y otras sustancias	160
EDUCACIÓN	
7.1 Mejorar el acceso a una educación segura y que sea fuente de apoyo	168
DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN	
8.1 Proporcionar a las poblaciones afectadas información sobre la emergencia, el contexto y las actividades de ayuda, así como sobre sus derechos legales	179

8.2 Proporcionar acceso a información sobre recursos y estrategias	185
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN	
9.1 Incluir consideraciones concretas de índole social y psicológica en la provisión de alimentos y apoyo nutricional (seguridad, dignidad con respeto a las prácticas culturales y a las funciones de los miembros de la familia)	190
ALBERGUES Y PLANIFICACIÓN DE EMPLAZAMIENTOS	
10.1 Incluir consideraciones sociales concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad, dignidad, asistencia cultural y socialmente apropiada)	196
ABASTECIMIENTO DE AGUA Y SANEAMIENTO	
11.1 Incluir consideraciones sociales concretas (acceso digno, culturalmente apropiado y seguro para todos) en el abastecimiento de agua y saneamiento	202

Introducción

CAPÍTULO 1

Antecedentes

Los conflictos armados y los desastres naturales causan graves sufrimientos psicológicos y sociales a las poblaciones afectadas. Los efectos psicológicos y sociales de las emergencias pueden ser agudos en el corto plazo, pero también pueden deteriorar a largo plazo la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas. Esos efectos pueden amenazar la paz, los derechos humanos y el desarrollo. Por consiguiente, en situaciones de emergencia, una de las prioridades es proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas. Para lograr este objetivo prioritario es preciso emprender acciones coordinadas entre quienes proporcionan asistencia humanitaria, tanto entidades gubernamentales como organizaciones no gubernamentales.

Por otra parte, una gran laguna era la ausencia de un marco multisectorial e interinstitucional que posibilite la coordinación eficaz, determine las prácticas útiles y detecte las prácticas potencialmente nocivas, además de aclarar de qué manera los diferentes enfoques de la salud mental y el apoyo psicosocial se complementan recíprocamente. El propósito de este documento es subsanar esa laguna.

Esta Guía refleja los conocimientos adquiridos por profesionales de diferentes regiones geográficas, distintas disciplinas y diversos sectores, y también refleja un naciente consenso entre los profesionales acerca de cuáles son las prácticas recomendables. La idea básica es que, en la etapa inicial de una emergencia, es imprescindible brindar apoyo social para proteger y apoyar la salud mental y el bienestar psicosocial. Además, la Guía recomienda algunas intervenciones psicológicas y psiquiátricas frente a determinados problemas.

La expresión *salud mental* y *apoyo psicosocial* se utiliza en el presente documento para describir todo tipo de apoyo local o externo cuyo propósito sea proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir u ofrecer tratamiento a trastornos mentales. Si bien los conceptos salud mental y apoyo psicosocial están estrechamente relacionados entre sí y se superponen parcialmente, para muchos encargados de prestar asistencia reflejan enfoques diferentes, aunque complementarios.

Los organismos de asistencia ajenos al sector salud tienden a hablar de *apoyo al bienestar psicosocial*. Los organismos del sector salud tienden a hablar de *salud mental*; pero históricamente también han utilizado los términos *rehabilitación psicosocial* y *tratamiento psicosocial* para denotar intervenciones no biológicas en beneficio de quienes padecen trastornos mentales. Las definiciones exactas de esos

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

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

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

Problemas

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

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

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

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

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

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

Por consiguiente, los problemas de salud mental y psicosociales en situaciones de emergencia abarcan mucho más que la experiencia del estrés postraumático.

Las personas que corren mayor riesgo de padecer problemas

En situaciones de emergencia, no todos tienen o desarrollan problemas psicológicos apreciables. Numerosas personas dan pruebas de resistencia, y tienen la capacidad de hacer frente relativamente bien a la adversidad. Hay numerosos factores sociales, psicológicos y biológicos que interactúan e influyen sobre si las personas desarrollan problemas psicológicos o, si por el contrario, dan pruebas de resistencia frente a la adversidad.

En función del contexto de la emergencia, hay determinados grupos de personas que corren mayores riesgos de experimentar problemas sociales y/o psicológicos. Aun cuando muchas formas básicas de apoyo deben estar a disposición de la población afectada por la emergencia en general, una buena planificación incluye expresamente medidas para un adecuado apoyo a las personas que estén en mayor riesgo, a quienes es preciso detectar para cada crisis específica ([véase Capítulo 3, Lista de Acciones 2.1](#)).

Todos los subgrupos de una población podrían, llegado el caso, estar en situación de riesgo, en función de la naturaleza de la crisis. A continuación se indican

algunos grupos de personas que con frecuencia han corrido mayores riesgos según en que contextos de emergencia

- Las mujeres (por ejemplo, embarazadas, madres solteras, viudas y, en algunas culturas, mujeres adultas solteras y adolescentes);
- Hombres (por ejemplo, excombatientes, hombres desempleados que han perdido los medios de mantener a sus familias, hombres jóvenes que corren riesgo de detención, secuestro o de ser blanco de violencia);
- Niños (desde recién nacidos hasta jóvenes de 18 años de edad), entre ellos niños separados o no acompañados (incluidos huérfanos), niños reclutados o utilizados por las fuerzas armadas o por grupos armados, niños que han sido objeto de trata, niños en conflicto con la ley, niños que realizan trabajos peligrosos, niños que viven o trabajan en las calles, y niños deprivados o malnutridos.
- Ancianos (especialmente, cuando han perdido a los familiares que los atendían);
- Personas extremadamente pobres;
- Refugiados, personas internamente desplazadas (PID), inmigrantes en situación irregular (especialmente mujeres que han sido objeto de trata y niños que carecen de documentos de identificación);
- Personas que han estado expuestas a eventos sumamente lesivos o traumáticos (personas que han perdido a miembros de su familia o sus medios de vida, sobrevivientes de violaciones y torturas, testigos de atrocidades, etc.);
- Miembros de la comunidad que padecían discapacidades o trastornos severos preexistentes de índole física, neurológica o mental;
- Personas recluidas en instituciones (huérfanos, ancianos, personas que padecen trastornos o discapacidades);
- Personas que son objeto de un grave estigma social (por ejemplo, castas inferiores o “parias”, trabajadoras sexuales, supervivientes de violencia sexual);
- Personas que corren riesgos concretos de conculcación de sus derechos humanos (por ejemplo, activistas políticos, minorías étnicas o lingüísticas, personas recluidas en instituciones o detenidas, personas que ya han estado expuestas anteriormente a conculcaciones de los derechos humanos).

Es importante reconocer que:

- Hay una gran diversidad de riesgos, problemas y recursos dentro de cada uno de

los grupos mencionados anteriormente.

- Algunas personas que son miembros de un grupo en situación de riesgo pueden desempeñarse y sobrevivir relativamente bien.
- Algunos grupos (por ejemplo, combatientes) pueden al mismo tiempo correr mayores riesgos de ciertos problemas (por ejemplo, uso indebido de drogas) y menor riesgo de otros problemas (por ejemplo, inanición).
- Algunos grupos tal vez corren riesgos en una determinada situación de emergencia, pero en otra tal vez estén en condiciones relativamente privilegiadas.
- Cuando un grupo corre riesgos, hay otros grupos que están en la misma situación (Proyecto Esfera, 2004).

Al individualizar las personas que están “en situación de riesgo” no se sugiere que sean víctimas pasivas. Si bien todas las personas en situación de riesgo necesitan apoyo, a menudo poseen capacidades y están en contacto con redes sociales, de manera que pueden contribuir al sostén de sus familias y participar activamente en la vida social, religiosa y política.

Recursos

Los grupos afectados tienen estructuras o recursos que les permiten resistir en términos de salud mental y bienestar psicosocial. La naturaleza y la magnitud de los recursos disponibles y accesibles puede variar en función de la edad, el género, el contexto sociocultural y el ámbito de la emergencia. Un error, al trabajar en cuestiones de salud mental y bienestar psicosocial, es hacer caso omiso de estos recursos y centrarse exclusivamente en los déficits —debilidades, sufrimientos y patología— del grupo afectado.

En este sentido pueden existir, por ejemplo, recursos psicológicos : determinadas aptitudes para resolver problemas, para comunicarse, para negociar y para ganarse la vida. Entre los ejemplos de recursos sociales potencialmente de apoyo cabe mencionar a las familias, los funcionarios de gobiernos locales, los líderes comunitarios, los sanadores tradicionales (en muchas sociedades), los agentes de salud comunitarios, los maestros, los grupos de mujeres, los clubes de jóvenes y los grupos de planificación comunitaria, entre muchos otros. Tal vez las comunidades afectadas tengan recursos económicos, entre ellos pequeños ahorros, tierras, cultivos o animales; recursos educativos como escuelas y maestros; o recursos de salud, como dispensarios o personal sanitario. Entre los principales recursos espirituales cabe mencionar los

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

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

La Guía

Propósito de esta Guía

El propósito fundamental de estas recomendaciones es posibilitar que las comunidades y quienes se acercan a ellas para prestar asistencia, establezcan, planifiquen, y coordinen un conjunto de respuestas multisectoriales mínimas para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas afectadas por una catástrofe. **La Guía se centra sobre todo, en la puesta en práctica de “respuestas mínimas”, es decir, de las respuestas imprescindibles y de alta prioridad que deberían ser puestas en marcha tan pronto como sea posible en una catástrofe.** Las respuestas mínimas son lo primero que debe activarse; son las primeras etapas esenciales que sientan las bases de hipotéticas tareas posteriores más integrales (incluyendo las que tienen que ver con el inicio de la reconstrucción, una vez estabilizada la situación).

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

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

Público destinatario

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

Esta Guía no está destinada a determinados organismos o proyectos en particular. **La aplicación de la Guía requiere una amplia colaboración entre los diversos actores en la asistencia humanitaria: no se espera que ninguna comunidad ni ningún organismo por sí mismos tengan la capacidad de poner en práctica todas las respuestas mínimas necesarias en medio de una catástrofe. La Guía debe ser accesible a todos quienes prestan asistencia humanitaria a fin de articular los esquemas necesarios de colaboración.** Tiene particular importancia que en cada etapa participen las comunidades y las autoridades locales de modo activo, para garantizar acciones eficaces y unitarias, fomentar las capacidades locales y lograr la sostenibilidad de las acciones emprendidas. A fin de maximizar estos aspectos, la Guía debería traducirse a todos los idiomas locales pertinentes al contexto.

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

Esquema general de la Guía

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

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

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

- Medidas de preparación para emergencias, que habrían de adoptarse con carácter preventivo;
- Respuestas Mínimas a poner en práctica durante la etapa aguda de la emergencia; y
- Respuestas Integrales a poner en marcha una vez que se han activado las respuestas mínimas. Generalmente esto ocurre durante la etapa de inicio de la reconstrucción, una vez estabilizada la situación.

En las Listas de Acciones se destaca la importancia de las medidas multisectoriales coordinadas. En consecuencia, cada Lista incluye (hiper) vínculos indicados en color azul, que proporcionan enlaces con Listas de Acciones en otras esferas o sectores.

Cada Lista de Acciones consta de: antecedentes y justificación; descripción de las acciones principales; algunos indicadores de procesos, a título de ejemplo; un ejemplo de buenas prácticas extraídas de experiencias anteriores; y un listado de materiales de referencia donde puede encontrarse información más amplia respecto a esa Lista de Acciones. Casi todos los materiales de referencia enumerados están disponibles en el Centro de Recursos en Internet del Grupo de Acción Comunitaria (www.psicosocial.net) y también se incluyen en el CD-ROM adjunto.

Instrucciones para utilizar el presente documento

Durante una emergencia, tal vez no sea posible leer el documento de principio a fin. Puede leerse selectivamente, centrándose en los temas de mayor pertinencia a la responsabilidad o la capacidad del lector. **Una buena manera de comenzar es leer la matriz, focalizándose en la columna central de respuestas mínimas, buscar los**

elementos de mayor pertinencia e ir directamente a las correspondientes Listas de Acciones. Es importante tener presente que no se espera que ningún organismo individual ponga en práctica todos y cada uno de los elementos indicados en la Guía.

El propósito de la Guía es fortalecer las acciones de todos los actores en la respuesta humanitaria a las emergencias, desde la preparación anterior a la emergencia, atravesando todas las etapas posteriores de planificación, ejecución y evaluación de los programas de respuesta. La Guía es especialmente útil como instrumento para fortalecer la coordinación y la promoción.

Coordinación

En las emergencias, una de las tareas más importantes y más complejas es la coordinación de la asistencia. En el presente documento se ofrece información detallada sobre coordinación (véase la [Lista de Acciones 1.1](#)) Además, la Guía es un instrumento útil de coordinación con respecto a otras dos cuestiones. En primer lugar, estipula que cuando se moviliza por primera vez una respuesta de emergencia, es preciso establecer un único grupo coordinador que abarque todos los aspectos de la salud mental y el apoyo psicosocial. La justificación es que las acciones de salud mental y apoyo psicosocial, tanto dentro como fuera del sector salud, se refuerzan y se complementan mutuamente (aun cuando en el pasado se organizaron con frecuencia de manera separada en los sectores de *salud* y de *protección*, respectivamente). Debido a que cada uno de estos temas tiene una importancia vital para el otro, es imprescindible coordinarlos entre sí. Si no existe un grupo coordinador o si hay grupos de coordinación separados en lo que respecta a la salud mental y al apoyo psicosocial, es posible utilizar esta Guía para propugnar el establecimiento de un grupo que englobe y coordine las respuestas de SMAPS.

En segundo lugar, la Guía —y en particular, la matriz— proporciona elementos de referencia que pueden utilizarse para juzgar en qué medida se están poniendo en práctica respuestas mínimas en una comunidad dada. Cualesquiera temas enumerados en la matriz que no se pongan en práctica pueden constituir omisiones que es preciso subsanar. Al respecto, la matriz ofrece una orientación útil al grupo coordinador.

Promoción de mejores apoyos

Como instrumento de promoción, la Guía es útil en relación con la necesidad de abogar por determinados tipos de respuestas. Dado que la Guía refleja un consenso interinstitucional y las percepciones de numerosos profesionales de todo el mundo,

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

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

Por otra parte, esta Guía no debe utilizarse como un “libro de recetas”. Aun cuando la matriz sugiere medidas que deberían ser la respuesta mínima en muchas situaciones de emergencia, es preciso realizar un análisis de la situación local para determinar de modo más preciso las mayores necesidades, especificar las medidas prioritarias y orientar una respuesta que sea social y culturalmente apropiada.

La Guía no proporciona los detalles para su puesta en práctica, sino que más bien contiene una Lista de Acciones fundamentales con explicaciones breves y sugerencias de materiales de referencia más amplios en lo que concierne a la cuestión práctica.

Principios Fundamentales

1. Derechos humanos y equidad

Quienes proporcionan asistencia humanitaria deberían promover los derechos humanos de todas las personas afectadas y proteger a los individuos y a los grupos que corren mayor riesgo de conculcación de sus derechos humanos; además,

deberían promover la equidad y la no discriminación. Es decir, deberían tratar de maximizar la equidad en la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las poblaciones afectadas, que respondan a las necesidades detectadas, sean cuales fueren el género, el grupo de edades, los idiomas, el grupo étnico y la ubicación.

2. Participación

La asistencia humanitaria debería maximizar la participación de las poblaciones afectadas en la respuesta de asistencia humanitaria. En la mayoría de las situaciones de emergencia, hay muchas personas que dan muestras de suficiente resistencia como para participar en las tareas de socorro y reconstrucción. En muchos casos, el apoyo de salud mental y el apoyo psicosocial provienen exclusivamente de las propias comunidades afectadas y no de organismos externos. Cuando hablamos de comunidades afectadas se incluye tanto a las poblaciones desplazadas como a las receptoras en contextos en que suelen aparecer múltiples grupos en competencia los unos con los otros. La participación debería posibilitar que los diferentes grupos locales recuperen o retengan el control sobre todas las decisiones que afectan a sus vidas, y que establezcan un sentido de apropiación local imprescindible para lograr la calidad, equidad y sostenibilidad de los programas. Desde la etapa inicial de una emergencia, los residentes locales deberían participar lo máximo posible en el diagnóstico de la situación y en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de la asistencia.

3. Ante todo, no dañar

La asistencia humanitaria es un importante medio para ayudar a las personas afectadas por emergencias, pero es posible que la ayuda cause daños no intencionales (Anderson, 1999). El trabajo en los servicios de salud mental en el apoyo psicosocial tiene posibilidad de causar daños dado que atañe a cuestiones sumamente delicadas. Además, esta labor carece aún de un soporte basado en evidencia del que disponen algunas disciplinas. Quienes dispensan asistencia humanitaria pueden reducir el riesgo de daño de diversas maneras, entre ellas:

- Participar en grupos de coordinación para recibir información de los demás actores y minimizar la duplicación y las lagunas en la respuesta;
- Diseñar intervenciones sobre la base de una información completa y suficiente (véase la Lista de Acciones 2.1);

- Comprometerse a evaluar y a aceptar auditorías y revisiones externas;
- Desarrollar sensibilidad cultural y competencia en las cuestiones en las que se interviene o trabaja;
- Mantenerse al día sobre datos relativos a las prácticas que son más eficaces; y
- Comprender los principios de derechos humanos universales, las relaciones de poder entre los forasteros y las personas afectadas por la emergencia, y el valor de los enfoques participativos, y tenerlos constantemente en cuenta.

4. Aprovechar los recursos y capacidades disponibles

Como ya se indicó, todos los grupos de afectados tienen recursos positivos propios propicios a la salud mental y el bienestar psicosocial. Un principio fundamental — incluso en las etapas iniciales de una emergencia— es el fomento de las capacidades locales, apoyando la autoorganización y la autoayuda y fortaleciendo los recursos ya existentes. Con frecuencia, los programas impulsados y ejecutados desde el exterior conducen a soluciones inapropiadas de SMAPS con escasa sostenibilidad. Siempre que sea posible, es importante fomentar la capacidad, tanto del gobierno local como de la sociedad civil. A cada nivel de la pirámide (véase el gráfico 1), las tareas fundamentales son detectar, movilizar y fortalecer las aptitudes y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad locales.

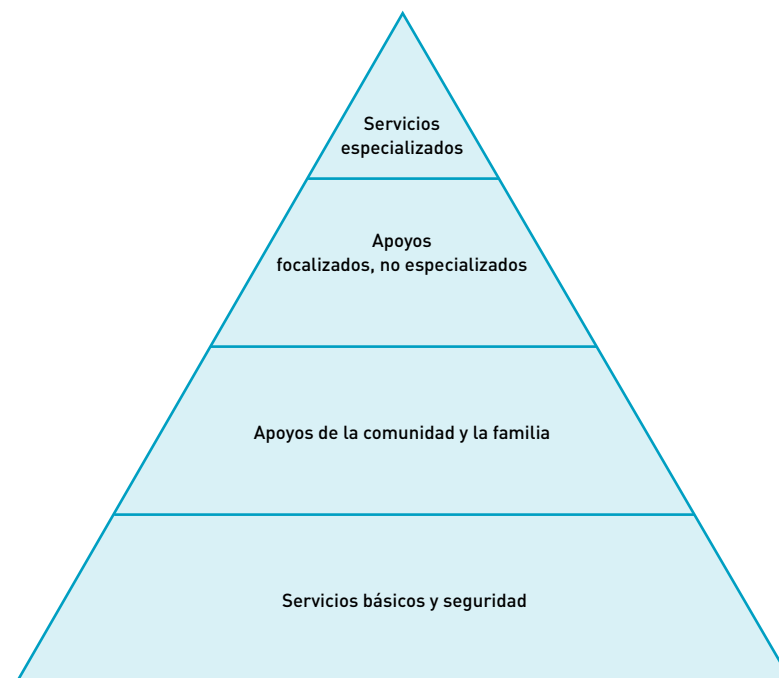
5. Sistemas de apoyo integrados

En la medida de lo posible, es preciso que las actividades y la programación estén integradas. La proliferación de servicios y los servicios autónomos, como los que sólo atienden a las sobrevivientes de violación sexual o a personas con determinados diagnósticos, como el denominado trastorno por estrés postraumático, pueden crear un sistema de atención sumamente fragmentado. Las actividades integradas en sistemas más amplios (por ejemplo, mecanismos existentes de apoyo comunitario, sistemas de educación escolar y extraescolar, servicios generales de salud, servicios generales de salud mental, servicios sociales, etc.) tienden a beneficiar a mayor cantidad de personas, suelen ser más sostenibles y tienden a entrañar menor grado de estigma.

6. Apoyos a niveles múltiples

En las emergencias, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. Una clave para organizar los servicios de salud mental y

Gráfico 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias.



apoyo psicosocial es establecer un sistema en múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes. Esto puede ilustrarse mediante una pirámide (véase el gráfico 1). Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente.

I. Servicios básicos y seguridad. Es necesario proteger el bienestar de todas las personas mediante el establecimiento o restablecimiento de medidas de seguridad, una adecuada gobernanza y servicios que respondan a las necesidades físicas básicas (alimentos, albergue, abastecimiento de agua, servicios básicos de salud, lucha contra las enfermedades transmisibles). En la mayoría de las emergencias, especialistas en sectores como el abastecimiento alimentario, la salud o el albergue, proporcionan los servicios básicos. Una respuesta de la necesidad de servicios básicos y seguridad acorde con los principios de SSPSM puede incluir lo siguiente:

promover que se establezcan dichos servicios ante los actores responsables; documentar sus efectos sobre la salud mental y el bienestar psicosocial; e influir sobre quienes dispensan asistencia humanitaria para que presten los servicios de manera que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial. Esos servicios básicos deberían establecerse adoptando modalidades participativas seguras y socialmente apropiadas, que protejan la dignidad de los residentes locales, fortalezcan los apoyos sociales locales y movilicen las redes comunitarias (véase la [Lista de Acciones 5.1](#)).

ii. Apoyos de la comunidad y de la familia. El segundo nivel corresponde a la respuesta de emergencia para un número más pequeño de personas que están en condiciones de mantener su salud mental y su bienestar psicosocial si reciben ayuda para tener acceso a los principales apoyos de la comunidad y de la familia. En la mayoría de las emergencias, hay grandes perturbaciones de las redes familiares y comunitarias debido a pérdidas, desplazamientos o separación de los miembros de la familia y temores y desconfianza en la comunidad. Además, aun cuando las redes de la familia y la comunidad permanezcan intactas, las personas que se encuentren en situaciones de emergencia se beneficiarán al recibir ayuda para poder tener acceso a mayores apoyos comunitarios y familiares. A este nivel, entre las respuestas útiles cabe mencionar: rastreo y reunificación de la familia, asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación, difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación, programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos, actividades de educación escolar y extra escolar, actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo, mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.

iii. Apoyos focalizados, no especializados. El tercer nivel corresponde al apoyo necesario para un número aun más pequeño de personas, que además necesitan intervenciones más focalizadas a nivel individual, de familia o de grupo por parte de agentes de salud capacitados y supervisados (pero que tal vez no cuenten con años de capacitación en atención especializada en SMAPS). Por ejemplo, las sobrevivientes de actos de violencia por motivos de género tal vez necesiten que los agentes de salud comunitarios les brinden una combinación de apoyo emocional y les ayuden a lograr medios para ganarse la vida. Este nivel también incluye los elementos de primeros auxilios psicológicos y de atención básica en salud mental brindados por agentes de atención primaria de salud.

iv. Servicios especializados. El vértice de la pirámide corresponde finalmente al apoyo adicional que necesita un pequeño porcentaje de la población cuyos padecimientos,

pese a los apoyos ya mencionados, son intolerables y que tropezarían con grandes dificultades para el funcionamiento básico cotidiano. Esta asistencia debería incluir apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales graves, cuando sus necesidades sean superiores a las capacidades de los servicios de atención primaria de salud y salud en general existentes. Dichos problemas requieren o bien a) remisión a servicios especializados, si estos existen; o bien b) iniciación de la capacitación a más largo plazo y supervisión de agentes de atención primaria de salud y de salud en general. Si bien los servicios especializados sólo son necesarios para un pequeño porcentaje de la población, en la mayoría de las emergencias de gran magnitud, este grupo puede estar constituido por miles de personas.

El carácter único de cada situación de emergencia y la diversidad de las culturas y de los marcos sociales e históricos dificulta determinar unas normas universales sobre prácticas recomendables. No obstante, la experiencia recogida en muchas emergencias diferentes permite señalar algunas acciones como aconsejables, así como otras que deberían ser evitadas. A continuación se las enumera bajo los títulos “lo que debe hacerse” y “lo que no debe hacerse”, respectivamente.

Lo que debe hacerse	Lo que no debe hacerse
Establecer un grupo general de coordinación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS)	No deben crearse grupos separados para servicios de salud mental o apoyo psicosocial o grupos que no se comuniquen o no se coordinen recíprocamente.
Apoyar una respuesta integrada, participando en reuniones de coordinación y agregando valor al complementar la labor de los demás.	No trabajar aisladamente o sin considerar de qué manera el propio trabajo armoniza con el de los demás.
Recopilar y analizar información a fin de determinar si se necesita una respuesta y, en caso afirmativo, qué tipo de respuesta.	No duplicar los diagnósticos de situación pero tampoco aceptar acríticamente los datos preliminares.
Ajustar los instrumentos de diagnóstico de la situación al contexto local.	No utilizar instrumentos de diagnóstico de situación que no hayan sido validados en el contexto local.

Lo que debe hacerse	Lo que no debe hacerse
Reconocer que las personas resultan afectadas por las emergencias de maneras diferentes. Muchas personas son resistentes y pueden funcionar bien, mientras que otras tal vez resulten gravemente afectadas y pueden necesitar apoyos especializados.	No presumir que todos quienes están en una situación de emergencia han sido traumatizados, ni que las personas aparentemente resistentes no necesiten apoyo.
Formular preguntas en el idioma o los idiomas locales y de manera segura y amigable que respete el carácter confidencial.	No duplicar las evaluaciones de la situación ni formular preguntas muy inquietantes, sin ofrecer apoyo ulterior.
Prestar atención a las diferencias por motivos de género.	No presumir que las experiencias afectan a hombres y mujeres (o a niños y niñas) exactamente de la misma manera, ni que los programas formulados en beneficio de los hombres serán igualmente beneficiosos o accesibles para las mujeres.
Cerciorarse de las referencias al contratar personal y voluntarios y fomentar la capacidad del nuevo personal recurriendo a los residentes locales y/o la comunidad afectada.	No emplear prácticas de contratación que debiliten gravemente las estructuras locales existentes.
Después de impartir capacitación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial, es preciso proporcionar supervisión y seguimiento ulteriores para velar por que las intervenciones se realicen correctamente.	No impartir cursos de capacitación aislados o por única vez, o cursos muy breves, sin un seguimiento, cuando se trata de preparar a las personas para que realicen complejas intervenciones de índole psicológica.
Facilitar la formulación de programas que sean apropiados y administrados por la comunidad y dirigidos por ésta.	No emplear un modelo caritativo que considere que los miembros de la comunidad son principalmente receptores de servicios.
Fomentar las capacidades locales, apoyando la autoorganización y fortaleciendo los recursos ya presentes en los grupos afectados.	No organizar apoyos que menoscaben o hagan caso omiso de las responsabilidades y capacidades locales.
Conocer las prácticas culturales locales y, según proceda, utilizarlas en apoyo de los residentes locales.	No presumir que todas las prácticas culturales locales son útiles ni que todos los residentes locales apoyan determinadas prácticas.
Emplear métodos ajenos a la cultura cuando esto sea apropiado.	No presumir que los métodos aportados del exterior son necesariamente mejores, ni imponerlos a los residentes locales de maneras que marginen las prácticas y las creencias locales sobre las formas correctas de apoyo.

Lo que debe hacerse	Lo que no debe hacerse
Fomentar las capacidades gubernamentales e integrar la atención de la salud mental para sobrevivientes de emergencias en los servicios de salud para la población en general así como, si éstos existen, en los servicios de salud mental comunitaria	No crear servicios paralelos de salud mental para determinados subgrupos de población.
Organizar el acceso a diversos servicios de apoyo, incluyendo los primeros auxilios psicológicos, en beneficio de personas en estado de angustia después de haber estado expuestas a acontecimientos extremos.	No proporcionar sesiones únicas y aisladas de apoyo psicológico a miembros de la población en general con carácter de intervención inmediata después de que la gente haya estado expuesta a conflictos o desastres naturales.
Capacitar y supervisar a agentes de atención primaria de salud y de atención a la salud en general recomendando buenas prácticas de prescripción de medicamentos y de apoyo psicológico básico.	No proporcionar medicamentos psicotrópicos ni apoyo psicológico cuando no se cuenta con capacitación y supervisión.
Utilizar medicamentos genéricos que figuran en la lista de medicamentos esenciales del país.	No introducir nuevos medicamentos de marca cuando no se estén utilizando con anterioridad.
Establecer sistemas eficaces de remisión a servicios de mayor complejidad y de apoyo a personas gravemente afectadas.	No establecer sistemas de detección de personas que padecen trastornos mentales si no se cuenta con servicios apropiados y accesibles para las personas que se individualizan.
Elaborar soluciones para la atención que sean apropiadas localmente, en beneficio de personas que corren el riesgo de ser reclusas en instituciones.	No recluir a las personas en instituciones (salvo cuando una institución sea transitoriamente un último recurso incuestionable para proporcionar atención y protección básicas).
Colaborar con los funcionarios de comunicación de los distintos organismos a fin de promover una comunicación bidireccional con la población afectada, así como con el mundo exterior.	No utilizar a los funcionarios de comunicación de los organismos únicamente para comunicarse con el mundo exterior.
Utilizar los medios de comunicación de masas para proporcionar información fidedigna que reduzca el estrés y posibilite que las personas tengan acceso a servicios de asistencia humanitaria.	No crear ni mostrar en los medios de difusión imágenes sensacionalistas del padecimiento de la gente, o que conlleven crear nuevos riesgos para las personas.
Procurar integrar las consideraciones psicosociales en todos los sectores de la asistencia humanitaria.	No centrarse exclusivamente en actividades clínicas, si no se ha desarrollado una respuesta multisectorial.

Preguntas Frecuentes

- 1. ¿Qué se entiende por salud mental y apoyo psicosocial?** *Salud mental y apoyo psicosocial* (SMAPS) es una expresión compuesta que se utiliza en esta Guía para describir cualquier tipo de acción local o externa cuyo propósito sea proteger y promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o brindar tratamiento a trastornos psicológicos.
- 2. ¿Por qué se utiliza en la Guía la superposición de los términos salud mental y apoyo psicosocial?** Para muchos trabajadores que desarrollan tareas de asistencia, estos términos, estrechamente relacionados entre sí, reflejan enfoques diferentes, pero complementarios. Los organismos ajenos al sector de salud tienden a referirse a *apoyo al bienestar psicosocial*. Quienes trabajan en el sector de salud tienden a referirse a *salud mental*, pero históricamente también han utilizado los términos *rehabilitación psicosocial* y *tratamiento psicosocial* para describir intervenciones no biológicas en beneficio de personas que padecen trastornos mentales. Las definiciones exactas de esos términos varían entre diferentes organizaciones de asistencia, distintas disciplinas y diferentes países, y también varían dentro de una única organización, disciplina o país.
- 3. ¿Está esta Guía destinada exclusivamente a profesionales de la salud mental?** No, esta publicación ofrece orientación acerca de cómo una amplia gama de actores en diversos sectores pueden proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas por catástrofes. Por otra parte es cierto que, algunas de las Listas de Acciones abarcan intervenciones clínicas que sólo deben estar a cargo de profesionales de la salud mental, o bajo su conducción.
- 4. ¿Por qué cubre esta Guía sectores externos al ámbito tradicional de interés o especialización de los profesionales de la salud mental?** Va en aumento el consenso interinstitucional acerca de que las cuestiones psicosociales afectan a todos los sectores de la labor de asistencia humanitaria, debido a que la manera en que se pone en práctica la asistencia humanitaria (por ejemplo, respetando o no la dignidad de las personas) afecta el bienestar psicosocial. Puede señalarse un paralelo con las acciones multisectoriales de lucha contra la mortalidad. Las tasas de mortalidad resultan afectadas no sólo por las campañas de vacunación y los servicios de salud, sino también por acciones en otros sectores: abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, seguridad alimentaria y albergue. De manera similar, el bienestar psicosocial resulta afectado cuando los albergues están
- hacinados y los servicios sanitarios crean riesgos de violencia sexual para las mujeres.
- 5. La Guía se centra en respuestas mínimas en medio de las emergencias, pero, ¿qué es una emergencia? y ¿qué es una respuesta mínima?** Los documentos del Proceso Anual de Llamamientos Conjuntos del IASC (*Annual Process of Consolidated Appeals*) (www.reliefweb.int) proporcionan ejemplos útiles de las situaciones que el IASC considera que son emergencias. Estas incluyen tanto las surgidas de conflictos armados como de desastres naturales (incluyendo las crisis alimentarias), y corresponden a situaciones en que grandes sectores de la población corren riesgo agudo de muerte, sufrimientos inmensos y/o pérdida de su dignidad como consecuencia de lo anterior.
- 6. Estas recomendaciones son abrumadoras. ¿Cómo podría un solo actor (organismo, comunidad) implicado en la asistencia humanitaria hacerlo todo? ¿Es preciso poner en práctica las listas completas de acciones en cada emergencia?** No se espera que ninguna comunidad o ningún organismo tenga capacidad de poner en práctica todas y cada una de las intervenciones mínimas necesarias para responder en medio de una emergencia. La orientación que aporta la Guía no se dirige a organismos o proyectos individuales. Dado que esta Guía es interinstitucional, requiere acciones coordinadas entre diferentes actores para poner en práctica sus diversos elementos. Además, las acciones descritas como *respuesta mínima* en la Guía probablemente serán respuestas mínimas en la mayoría de las emergencias, pero no en todas ellas. Es imprescindible analizar la situación local para determinar cuáles acciones concretas son prioritarias en el contexto local y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- 7. ¿Por qué no se indican plazos para poner en práctica las acciones?** Si bien las necesidades humanitarias inmediatamente posteriores a algunos desastres (por ejemplo, terremotos, ciclones) son hasta cierto punto pronosticables, numerosas emergencias, como las surgidas de conflictos armados, son imposibles de predecir y no pueden encuadrarse en una serie lineal de plazos. Además, las emergencias complejas, en su mayoría, perduran durante varios años.
- 8. ¿Cuál es el papel de los individuos, los grupos y las comunidades afectados por una emergencia en la puesta en práctica de esta Guía?** Si bien el documento ha sido preparado por organizaciones de asistencia y emplea

el lenguaje de la asistencia humanitaria, es preciso que las poblaciones afectadas participen en la mayor medida posible en la formulación y ejecución de todas las iniciativas de asistencia y deberían desempeñar papeles protagónicos en la medida de lo posible (véanse las [Listas de Acciones 5.1 y 5.2](#)). Por esta razón, es preciso traducir la Guía a todos los idiomas locales pertinentes.

9. ¿Por qué no se centra la Guía en el estrés traumático y los trastornos de estrés postraumático (TEPT)?

Los tipos de problemas sociales y psicológicos que pueden padecer las personas en situaciones de emergencia son extremadamente diversos (véase la sección sobre problemas en la página 3). Si hubiera una focalización exclusiva en el estrés traumático, esto podría dejar de lado muchos otros problemas importantes de salud mental y de índole psicosocial. Entre distintos organismos y diferentes expertos hay una amplia gama de opiniones sobre los aspectos positivos y negativos de centrarse en el estrés traumático. La presente Guía trata de proporcionar un enfoque equilibrado de las acciones mínimas recomendadas en emergencias. La Guía incluye: a) primeros auxilios psicológicos para personas en estado de angustia que pueden ser brindados por distintos trabajadores comunitarios (véanse las [Listas de Acciones 4.3, 4.4, 5.2 y 6.1](#)) y b) la atención de personas que padecen trastornos mentales graves, incluidos trastornos postraumáticos severos, que solo debe ser dispensada por personal de salud capacitado y supervisado (véase la [Lista de Acciones 6.2](#)).

10. ¿Se propone el presente documento establecer normas? ¿Qué relación hay entre esta Guía y el manual del Proyecto Esfera?

El presente documento indica *directrices* para respuestas mínimas, pero no fija normas para la respuesta mínima. No obstante, el presente documento es compatible con las normas del *Proyecto Esfera* (2004). Al poner en práctica la Guía, probablemente se contribuirá al logro de las normas pertinentes del *Proyecto Esfera*, incluidos los Estándares sobre aspectos psicológicos y sociales en salud.

11. ¿De qué manera se relacionan esta Guía intersectorial del IASC con el enfoque agrupado (“Clusters”) del IASC?

El enfoque agrupado del IASC es un nuevo mecanismo adoptado por el IASC para mejorar la coordinación y el desempeño general en distintos sectores. Cuando es necesario en una emergencia, se establecen grupos (Cluster) para

subsancar las deficiencias en la asistencia (véase <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/Cluster>). Los grupos del IASC que estarían directamente implicados con esta Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial serían: coordinación y administración de campo (Camp Management); Albergues de emergencia; Recuperación inicial; Salud; Nutrición; Protección; y Abastecimiento de agua, higiene y saneamiento.

Durante una emergencia, cada grupo debe asumir la responsabilidad de poner en práctica las intervenciones de que trata esta Guía pertinentes a su propia esfera de trabajo. Además, en cualquier emergencia de gran magnitud, debe establecerse un grupo intersectorial e interinstitucional de coordinación de acciones de salud mental y apoyo psicosocial, con el propósito de velar por el cumplimiento de directrices como las indicadas en esta Guía (véase la [Lista de Acciones 1.1](#) sobre coordinación).

12. ¿Qué es el IASC?

El Comité Permanente entre Organismos (IASC), establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas, es un foro interinstitucional de coordinación, formulación de políticas y adopción de decisiones por parte de los representantes ejecutivos de los principales organismos de asistencia humanitaria (organismos de las Naciones Unidas, Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y consorcios de organizaciones no gubernamentales de asistencia humanitaria). Véase <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp>

Referencias

1. Anderson, M. (1999). *Do No Harm: How aid can support peace – or war*. Boulder, CO: Lynne Rienner. (Partes del mismo en castellano en *CIP Desarrollo en estados de guerra*, Editorial Icaria, Barcelona, 1999).
2. IASC (2003) Directrices para intervenciones sobre VIH/sida en contextos de emergencia. Ginebra http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2003/IASCGuidelines_es.pdf y <http://www.psicosocial.net>
3. IASC (2005) *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias*. Ginebra. IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Gnero.pdf> http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf y <http://www.psicosocial.net>
4. Proyecto Esfera (2004). Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre. Ginebra. Proyecto Esfera http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf y <http://www.psicosocial.net>

Matriz de Intervenciones

En este capítulo se desarrolla la matriz de intervenciones (que se presenta en las páginas siguientes, y se adjunta en forma de cartel), que contiene directrices para acciones clave de protección y promoción de la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia. La matriz contiene 11 filas que describen acciones pertinentes en las diferentes funciones y esferas de acción humanitaria. Con fines de coherencia y legibilidad, se agrupan las filas de la matriz en funciones intersectoriales, esferas básicas de salud mental y apoyo psicosocial, y consideraciones sociales en determinados sectores. Además, la matriz abarca tres columnas, con los siguientes tipos de respuesta:

1. Preparación para emergencias

La columna de la izquierda (ver matriz) resume las principales acciones recomendadas como preparación para emergencias. Al realizar esas acciones, debería posibilitarse posteriormente la puesta en práctica rápida de las respuestas mínimas.

2. Respuesta mínima

En la columna central de la matriz se describen las intervenciones que deben realizarse en medio de las situaciones de emergencia. Se definen las respuestas mínimas como respuestas de alta prioridad que deben ponerse en práctica tan pronto como sea posible. Puede considerarse que esas respuestas proporcionan el apoyo mínimo de carácter psicosocial a que tienen derecho las poblaciones afectadas. Para cada intervención enumerada en esta columna central, en el Capítulo 3 se detalla una Lista de Acciones, en que se especifican puntos clave para el desarrollo de la misma.

3. Respuesta integral

La columna de la derecha en la matriz presenta un resumen de intervenciones clave recomendadas como parte de una respuesta integral. Esas intervenciones sólo deberían considerarse una vez que sea evidente que una gran mayoría de las comunidades reciben o participan en la respuesta mínima adecuada al contexto local. Estas intervenciones suelen ponerse en práctica durante la etapa de estabilización y el período inicial de reconstrucción después de una emergencia.

**Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en situaciones de emergencia:
Matriz de intervenciones**

Función o esfera de actividad	Preparación para situaciones de emergencia
Parte A. Funciones comunes a distintas esferas	
1 Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar redes de organizaciones y expertos en la temática • Formular políticas y planes interinstitucionales de SMAPS a escala nacional para responder a situaciones de emergencia • Determinar los mecanismos de coordinación, y los respectivos papeles y responsabilidades de las autoridades internacionales, nacionales, regionales y locales • Individualizar coordinadores para SMAPS en cada región, procedentes de diversos organismos • Movilizar recursos para SMAPS entre los donantes, incluyendo recursos financieros para la coordinación • Integrar la programación de SMAPS en la preparación para emergencias en planes sectoriales • Promover una adecuada respuesta de SMAPS en todas las etapas de la acción humanitaria
2 Diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Formación y desarrollo sobre técnicas de diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación de SMAPS en el país • Revisar y generar información sobre las capacidades y vulnerabilidades de las comunidades para abordar las cuestiones de SMAPS y aprovechar sus recursos en situaciones de emergencia • Evaluar la capacidad de respuesta en SMAPS de las organizaciones en situaciones de emergencia • Elaborar instrumentos y enfoques interinstitucionales culturalmente apropiados y formular planes de acción para el diagnóstico rápido de situación e instrumentos para su utilización en situaciones de emergencia • Recopilar y difundir información e instrumentos para el diagnóstico de situación entre las organizaciones y comunidades pertinentes • Formular o adaptar estrategias, indicadores e instrumentos de seguimiento y evaluación • Revisar anteriores respuestas de SMAPS y seleccionar aprendizajes a partir de las mejores experiencias prácticas
3 Protección y normas de derechos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover los derechos humanos, el derecho humanitario internacional y las buenas prácticas conexas • Revisar y actualizar a las políticas y las leyes relativas a la protección • Formular mecanismos de seguimiento y preparación de informes y canales claros para obtener reparación en casos de conculcación de los derechos humanos

Respuesta mínima <i>(a proporcionar de inmediato, no solo en medio de una emergencia, sino también como parte de una respuesta integral)</i>	Respuesta integral <i>(posible respuesta adicional en la etapa de estabilización y la etapa inicial de reconstrucción)</i>
1.1 Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar estructuras sostenibles de coordinación, con participación de los interesados directos, del gobierno y de la sociedad civil • Formular planes estratégicos interinstitucionales y promover actividades conjuntas de programación y recaudación de fondos para SMAPS • Intensificar el intercambio de información entre los agentes de asistencia humanitaria • Vincular las actividades de SMAPS en emergencia con las actividades de desarrollo • Integrar las actividades de SMAPS en políticas, planes y programas nacionales y velar por que en los programas se utilicen las políticas, los planes y las capacidades existentes
2.1 Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial 2.2 Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar regularmente diagnósticos de situación en SMAPS y ulteriores análisis a fondo de la situación, según proceda • Realizar el seguimiento y la evaluación de todos los programas en relación con indicadores predefinidos • Realizar periódicamente el seguimiento y la evaluación de las actividades de SMAPS en relación con esta Guía • Extraer lecciones y difundir resultados de actividades de diagnóstico de situación, seguimiento y evaluación • Elaborar indicadores interinstitucionales para la labor de SMAPS en la etapa de transición
3.1 Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad nacional para efectuar seguimientos, preparar informes, prevenir los casos de conculcación de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario y obtener reparación en esos casos • Fortalecer la rendición de cuentas sobre conculcación de derechos humanos • Fortalecer las capacidades de protección social

Función o esfera de actividad	Preparación para situaciones de emergencia
	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con personas en situación de riesgo para determinar prioridades y desarrollar capacidades y estrategias con fines de protección y seguridad • Capacitar a las fuerzas armadas en las normas internacionales de protección • Aplicar estrategias de prevención de la violencia, incluida la violencia por motivos de género • En caso de violencia política, promover acuerdos con supervisión internacional entre las partes en pugna para proteger a los civiles. • Promover la ratificación y el apoyo a la aplicación de instrumentos de derechos humanos y derecho internacional humanitario • Promover la aprobación y puesta en práctica de leyes nacionales que apoyen las normas humanitarias y de derechos humanos
4 Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar los datos sobre la capacidad existente en las poblaciones locales, en materia de recursos humanos, personal, instituciones y materiales de capacitación • Crear conciencia en las organizaciones de la necesidad de contar con personal que comprenda la cultura y el idioma locales • Capacitar a todo el personal, incluidos los agentes uniformados, sobre las normas de protección y los códigos de conducta internacionales • Capacitar a trabajadores de los diferentes sectores de la ayuda humanitaria sobre la manera de integrar la SMAPS en sus tareas de emergencia, de conformidad con esta Guía • Ampliar el plantel de trabajadores de emergencia disponibles que estén capacitados en SMAPS • Alentar a que los centros de formación incorporen la capacitación en SMAPS en sus programas de formación profesional • Ampliar los temas de SMAPS en los cursos de preparación para emergencias impartidos en todo el mundo • Formular políticas y planes de organización para la prevención y la atención de problemas de SMAPS en los trabajadores de asistencia humanitaria • Formular políticas en las organizaciones a fin de maximizar la seguridad y la protección de los trabajadores.

Respuesta mínima <i>(a proporcionar de inmediato, no solo en medio de una emergencia, sino también como parte de una respuesta integral)</i>	Respuesta integral <i>(posible respuesta adicional en la etapa de estabilización y la etapa inicial de reconstrucción)</i>
<p>3.2 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las deficiencias en los sistemas de resguardo, y responder a dichas amenazas, mediante medidas de protección social</p> <p>3.3 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y los abusos mediante medidas de protección jurídica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y actualizar los datos y subsanar las deficiencias en los servicios para personas con necesidades concretas (grupos en situación de alto riesgo de vulnerabilidad de derechos humanos y derecho internacional humanitario) • Institucionalizar la capacitación sobre protección de los trabajadores en todos los sectores, incluyendo las fuerzas armadas y el sistema judicial • Apoyar la reintegración comunitaria en condiciones de seguridad de las personas afectadas por todas las formas de violencia • Limitar el acceso a bebidas alcohólicas en los campamentos • Adoptar medidas para prevenir la trata de seres humanos • Proporcionar apoyo psicológico, social, económico, educacional y médico apropiado a los sobrevivientes de violaciones de derechos humanos y a sus familias. También a los testigos, incluidos los testigos en procesos judiciales • Prestar asistencia a los sistemas judiciales en la aplicación de leyes acordes con las normas internacionales
<p>4.1 Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local</p> <p>4.2 Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal</p> <p>4.3 Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria</p> <p>4.4 Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar una descripción de las competencias esenciales y pertinentes que deben poseer los trabajadores en este contexto • Institucionalizar, vigilar y obligar al cumplimiento de códigos de conducta y normas éticas, y fortalecerlos en la medida de lo necesario • Recopilar información sobre la magnitud y la distribución de la capacitación y la supervisión recibida • Aumentar el nivel de la capacitación y la supervisión y fomentar la sostenibilidad de la capacidad de respuesta institucionalizando los procesos de capacitación • Pasar revista a la respuesta dada a las cuestiones de SMAPS que afecten a los trabajadores y adherirse a las políticas de SMAPS que apliquen los organismos para su personal y para los voluntarios

Función o esfera de actividad	Preparación para situaciones de emergencia	Respuesta mínima <i>(a proporcionar de inmediato, no solo en medio de una emergencia, sino también como parte de una respuesta integral)</i>	Respuesta integral <i>(posible respuesta adicional en la etapa de estabilización y la etapa inicial de reconstrucción)</i>
Parte B. Esferas básicas de salud mental y apoyo psicosocial			
5 Organización de la comunidad y apoyo comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar con participación de las comunidades locales los datos existentes (recursos, servicios y prácticas disponibles, incluyendo expertos locales y miembros de la comunidad) y realizar análisis de áreas de acción. • Realizar análisis de riesgos y formular planes de respuesta comunitaria, incluyendo un sistema de alerta temprana, así como fortalecer la capacidad local para ejecutar esos planes • Formular mecanismos para la movilización interna de recursos para SMAPS • Capacitar y supervisar a los agentes comunitarios existentes sobre la manera de proporcionar un apoyo de SMAPS apropiado durante una emergencia • Facilitar actividades de apoyo social que puedan ser posteriormente apropiados y gestionados por las comunidades • Facilitar la formulación de planes comunitarios sobre la protección y el apoyo al desarrollo en la primera infancia en situaciones de emergencia 	<p>5.1 Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores</p> <p>5.2 Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades</p> <p>5.3 Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas</p> <p>5.4 Facilitar el apoyo a los niños de corta edad (0 a 8 años) y a quienes los cuidan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la máxima apropiación de la respuesta por parte de la comunidad • Fortalecer los medios de vida y apoyar la puesta en práctica de iniciativas comunitarias y el sostenimiento económico • Facilitar espacios para que las víctimas y los sobrevivientes puedan hablar de las cuestiones de reparación (judicial, simbólica, económica) que debe ser proporcionada por las partes responsables • Facilitar el registro de la memoria histórica sobre la manera en que la comunidad ha hecho frente a la emergencia • Pasar revista a la movilización de recursos comunitarios y facilitar la ampliación y la mayor calidad de los apoyos sociales comunitarios y la autoayuda • Fortalecer el sistema de SMAPS, incluyendo mecanismos de remisión de personas a servicios de mayor complejidad • Estudiar las posibilidades de desinstitucionalizar los orfanatos y los hogares en régimen de internado y facilitar la atención alternativa de base comunitaria • Formular programas para la resolución de conflictos y la consolidación de la paz • Facilitar la reintegración en la comunidad de los niños reclutados o utilizados por las fuerzas armadas o por grupos armados • Exhumar de manera culturalmente apropiada los cadáveres enterrados en fosas comunes y proporcionar al mismo tiempo apoyo a los parientes y amigos de las víctimas • Organizar intercambios de ideas sobre prácticas tradicionales. • Fomentar las capacidades para brindar atención de calidad
6 Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud nacionales para ofrecer atención en SMAPS en emergencias • Recopilar información sobre los recursos y prácticas existentes, oficiales y extraoficiales • Promover sistemas de información sobre salud desagregada por género y por edades, que incluya los datos esenciales sobre salud mental • Capacitar al personal en la atención clínica culturalmente apropiada de los sobrevivientes de casos de violencia por motivos de género y por otros motivos • Impartir orientación al personal de salud sobre primeros auxilios psicológicos • Armonizar la lista nacional de medicamentos esenciales con la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS y acopiar existencias de emergencia de medicamentos psicotrópicos esenciales 	<p>6.1 Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud</p> <p>6.2 Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental</p> <p>6.3 Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la actualización de políticas y leyes sobre salud mental, según proceda • Desarrollar la disponibilidad de servicios de salud mental para una gama amplia de problemas, tanto preexistentes como resultantes del desastre, mediante servicios generales de salud y servicios de salud mental de base comunitaria • Tratar de velar por la sostenibilidad de los servicios de salud mental recientemente establecidos • Seguir fomentando las relaciones de colaboración con sistemas de sanación tradicional, según sea apropiado • Para las personas internadas en instituciones psiquiátricas, facilitar la atención comunitaria, y alojamientos alternativos apropiados • Realizar periódicamente diagnósticos sobre la calidad y la accesibilidad de los servicios

Función o esfera de actividad	Preparación para situaciones de emergencia
7 Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar planes de preparación de las instituciones para emergencias • Aplicar estrategias para reducir la discriminación y el estigma que pesan sobre personas que padecen enfermedades mentales y/o discapacidades mentales • Fomentar la capacidad para prevenir y abordar los perjuicios que acarrea el uso de alcohol y otras sustancias <ul style="list-style-type: none"> • Recopilar datos sobre los recursos existentes para prácticas de educación escolar y extraescolar • Determinar los niveles de educación y las opciones de enseñanza de oficios para las niñas y niños y los adultos cuya educación sea incompleta • Utilizando métodos participativos, capacitar y supervisar a los docentes en la provisión de apoyo psicosocial, derechos de la infancia, disciplina positiva y códigos de conducta • Fortalecer la capacidad de los sistemas nacionales de educación para poder impartir conocimientos sobre atención en SMAPS en escuelas durante situaciones de emergencia • Establecer planes generales y de atención de crisis psicosociales para las escuelas • Fortalecer las capacidades de educación para emergencias, abordando las principales cuestiones de protección en los programas de estudios
8 Difusión de información	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar datos sobre los recursos existentes relativos a la información y las lagunas en estos recursos • Impartir educación al personal sobre los aspectos éticos de la recopilación de información en catastrofes • Poner la información adaptada al alcance de diferentes tipos de público destinatario • Preparar una estrategia de "comunicación sobre riesgos" para la difusión de información esencial durante emergencias • Distribuir información sobre cómo prevenir problemas, entre ellos la separación de miembros de las familias en emergencias • Propugnar que los medios de difusión se abstengan de presentar imágenes nocivas o distribuir información inapropiada • Involucrar a los interesados directos en la elaboración de mensajes en idiomas locales sobre las maneras de hacer frente a la emergencia, ensayar dichos mensajes y determinar las mejores maneras de distribuirlos

Respuesta mínima <i>(a proporcionar de inmediato, no solo en medio de una emergencia, sino también como parte de una respuesta integral)</i>	Respuesta integral <i>(posible respuesta adicional en la etapa de estabilización y la etapa inicial de reconstrucción)</i>
<p>6.4 Informarse sobre los sistemas terapéuticos locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración</p> <p>6.5 Minimizar los daños derivados del consumo de alcohol y otras sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar las medidas para prevenir los daños causados por el alcohol y otras sustancias
<p>7.1 Mejorar el acceso a una educación segura y que sea fuente de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar las oportunidades educacionales para las niñas y los varones adolescentes, incluyendo la enseñanza de oficios, e iniciar cursos de alfabetización de adultos • Velar por que los programas de enseñanza sean sensibles a la cultura, la diversidad y las cuestiones de género • Vigilar y mejorar la calidad de la educación • Ampliar las oportunidades educacionales de las niñas y niños e iniciar cursos de alfabetización de adultos • Proporcionar medios de vida y otros apoyos necesarios para posibilitar la participación de los estudiantes en la educación y prevenir el abandono escolar • Ampliar las capacidades de apoyo psicosocial dentro de ámbitos de enseñanza escolar y extraescolar • Fortalecer las medidas de prevención y respuesta a la violencia y otras formas de abuso y explotación en las escuelas • Integrar en la educación medidas de consolidación de la paz y habilidades en la vida cotidiana.
<p>8.1 Proporcionar a las poblaciones afectadas información sobre la emergencia, el contexto y las actividades de ayuda, así como sobre sus derechos legales</p> <p>8.2 Proporcionar acceso a información sobre recursos y estrategias para hacer frente a la situación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar sistemas fiables y accesibles para difundir información fidedigna • Fortalecer la participación de la comunidad en la validación y la difusión de información • Asegurar el acceso continuo a información fidedigna sobre la disponibilidad y el modo de acceso a asistencia • Realizar campañas de información sobre salud mental y problemas psicosociales • Vigilar y evaluar el uso de materiales de comunicación

Función o esfera de actividad	Preparación para situaciones de emergencia
-------------------------------	--

Parte C. Consideraciones sociales en esferas sectoriales

9 Seguridad alimentaria y nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar cuáles son los hábitos de la población para preparar alimentos, y las creencias al respecto, así como los alimentos de mayor consumo • Vigilar el acceso a los micronutrientes fundamentales y de comprobada eficacia en el desarrollo psicológico del niño • Planificar y establecer sistemas equitativos de distribución de alimentos que respondan a las necesidades de la población.
--	---

10 Albergues y planificación de emplazamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar datos sobre los aspectos sociales de los recursos existentes, las deficiencias, las prácticas y los grupos en situación de riesgo con respecto a los albergues y la planificación de emplazamientos • Realizar diagnósticos participativos del grado de seguridad y la idoneidad de posibles emplazamientos • Planificar la provisión de albergues de emergencia para todos [prestando la debida atención a las personas en situación de riesgo] garantizando condiciones de seguridad y dignidad, así como la privacidad y la ampliación de las posibilidades de acción de las personas • Formular planes para prevenir que las personas desplazadas sean alojadas en campamentos durante lapsos prolongados • Planificar la calefacción de los albergues [cuando las emergencias se producen en lugares con baja temperatura
---	--

11 Abastecimiento de agua y saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar datos sobre los aspectos sociales de los recursos existentes, las deficiencias y los grupos en situación de riesgo, en lo concerniente a abastecimiento de agua y saneamiento • Planificar el abastecimiento de agua y el saneamiento para todos [tomando debidamente en cuenta a las personas en situación de riesgo] fomentando la seguridad y dignidad, así como el derecho a la privacidad y la colaboración en la resolución de problemas por el suministro de agua por medios no violentos
--	---

Respuesta mínima <i>(a proporcionar de inmediato, no solo en medio de una emergencia, sino también como parte de una respuesta integral)</i>	Respuesta integral <i>(posible respuesta adicional en la etapa de estabilización y la etapa inicial de reconstrucción)</i>
---	---

9.1 Incluir consideraciones concretas de índole social y psicológica en la provisión de alimentos y apoyo nutricional (seguridad, dignidad con respeto a las prácticas culturales y a las funciones de los miembros de la familia)	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar revista y realizar regularmente diagnósticos sobre los factores sociales en la provisión de seguridad alimentaria y nutrición • Alentar y apoyar la autosuficiencia alimentaria
--	--

10.1 Incluir consideraciones sociales concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad, dignidad, asistencia cultural y socialmente apropiada)	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar revista y realizar regularmente diagnósticos sobre los factores sociales en la planificación de albergues y emplazamientos • Abordar los problemas de equidad en la distribución de tierras y la legislación relativa a los derechos a la tierra • Fomentar las capacidades comunitarias y gubernamentales para integrar las consideraciones sociales en la planificación de albergues y emplazamientos a más largo término
--	---

11.1 Incluir consideraciones sociales concretas (acceso digno, culturalmente apropiado y seguro para todos) en el abastecimiento de agua y saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar revista y realizar regularmente diagnósticos sobre los factores sociales en el abastecimiento de agua y el saneamiento • Fomentar las capacidades comunitarias y gubernamentales para integrar las consideraciones sociales en el apoyo a más largo plazo del abastecimiento de agua y el saneamiento
--	--

CAPÍTULO 3

Listas de Acciones que constituyen la Respuesta Mínima

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

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

Lista De Acciones 1.1

Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial

Función: Coordinación

Etapa: Respuesta mínima

Fonction ou domaine	Titre de l'Aide-mémoire
6 Servicios de salud	5.4 Facilitar el apoyo a los niños de corta edad (0 a 8 años) y a quienes los cuidan
	6.1 Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud
	6.2 Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental
	6.3 Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones
	6.4 Informarse sobre los sistemas terapéuticos locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración
7 Educación	6.5 Minimizar los daños derivados del consumo de alcohol y otras sustancias
	7.1 Mejorar el acceso a una educación segura y que sea fuente de apoyo
8 Difusión de información	8.1 Proporcionar a las poblaciones afectadas información sobre la emergencia, el contexto y las actividades de ayuda, así como sobre sus derechos legales
	8.2 Proporcionar acceso a información sobre recursos y estrategias para hacer frente a la situación
C. Consideraciones sociales en las esferas sectoriales	
9 Seguridad alimentaria y nutrición	9.1 Incluir consideraciones concretas de índole social y psicológica en la provisión de alimentos y apoyo nutricional (seguridad, dignidad con respeto a las prácticas culturales y a las funciones de los miembros de la familia)
10 Provisión de albergues y planificación de emplazamientos	10.1 Incluir consideraciones sociales concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad, dignidad, asistencia cultural y socialmente apropiada)
	11.1 Incluir consideraciones sociales concretas (acceso digno, culturalmente apropiado y seguro para todos) en el abastecimiento de agua y saneamiento
11 Abastecimiento de agua y saneamiento	

Antecedentes

La programación eficaz de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) requiere la coordinación intersectorial entre una gran variedad de agentes. Todos los sectores de la respuesta humanitaria tienen la responsabilidad de proteger y promover la salud mental y el bienestar psicosocial. La coordinación intersectorial de SMAPS debe abarcar los servicios de salud, educacionales y sociales, además de representantes de las comunidades afectadas, así como representantes de los sectores de alimentación, protección, seguridad, albergue y abastecimiento de agua y saneamiento.

La coordinación contribuye a velar por que: a) los actores respeten los principios básicos de la atención ; b) se incluyan apoyos concretos a la salud mental y el bienestar psicosocial en la respuesta humanitaria. A fin de lograrlo, los agentes de SMAPS deben acordar una estrategia general y una división de las tareas que apoye de manera equitativa a las comunidades afectadas por emergencias. La deficiente coordinación puede redundar en una planificación inapropiada e incluso perjudicial para los afectados.

Para lograr por una coordinación apropiada, es preciso superar varias dificultades importantes. Salvar la distancia entre “acciones de salud mental” y “acciones psicosociales” (temas que pueden en ocasiones , asociarse respectivamente, con los sectores de salud y de protección).En las emergencias sumamente visibles, donde hay una gran cantidad de agencias y actores en la asistencia, han sido especialmente difíciles la tarea de coordinación. Las poblaciones afectadas pueden sentirse abrumadas por la afluencia de extraños y es fácil marginar o debilitar las contribuciones locales a la salud mental y al apoyo psicosocial. La clave de una coordinación eficaz es establecer una comprensión común entre los diversos actores, que pueden tener conceptos diferentes acerca de la SMAPS (entre ellos, gobiernos nacionales, donantes, organizaciones internacionales, comunidades locales y organizaciones no gubernamentales) y velar por una oportuna resolución de los problemas comunes.

Principales acciones

1. Activar o establecer un grupo intersectorial de coordinación de SMAPS.

- Formar un grupo encargado de coordinar las acciones relativas a SMAPS y

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

- Incluir en el grupo coordinador de SMAPS a representantes de los principales ministerios gubernamentales implicados (por ej. ministerios de salud, de bienestar social y de educación), organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. Deberían incluirse participantes de otras organizaciones, entre ellas, otros ministerios gubernamentales, asociaciones profesionales, universidades, organizaciones confesionales o entidades pertenecientes a los movimientos de la Cruz Roja o la Media Luna Roja, cuando dichos organismos participen en actividades de SMAPS. Es preciso alentar decididamente en todos los niveles de la coordinación las consultas con la comunidad y las aportaciones de ésta.

Aprovechar los grupos coordinadores existentes, si éstos existieran. De lo contrario, es preciso establecer grupos ad hoc. El grupo coordinador de SMAPS debería coordinarse con los grupos (Clusters) de protección y de salud y, según proceda, con cualesquiera organismos nacionales de coordinación, incluyendo sitios Web con funciones de coordinación (por ejemplo, el Humanitarian Information Centre).

- Establecer grupos coordinadores de SMAPS a nivel subnacional y/o nacional. Además, alentar el intercambio de información entre organizaciones en el plano internacional. La comunicación debe circular entre los grupos coordinadores nacionales y subnacionales, con un claro deslinde de sus respectivas funciones.
- Siempre que fuera posible, los grupos coordinadores de SMAPS deberían ser dirigidos por una o más organizaciones nacionales, con el apropiado apoyo técnico de organizaciones internacionales. Las organizaciones que asumieran el

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

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

2. Coordinar la planificación y la ejecución de programas.

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

experiencias adquiridas, e intercambiar información al respecto;

- Efectuar el seguimiento y la evaluación de las constataciones y evidencias e intercambiar comunicación al respecto (véase la Lista de Acciones 2.2).

Si fuera apropiado, debería formularse un plan estratégico interinstitucional.

3. Formular y difundir directrices y coordinar las tareas de promoción.

- El grupo coordinador de SMAPS debería liderar el proceso de adaptar esta Guía y otras pertinentes al contexto local y formular políticas adicionales de SMAPS, según sea necesario. Este proceso debe ser tan incluyente como sea posible. Es preciso formular mecanismos para asegurar una amplia conciencia y un alto grado de compromiso respecto de la guía y las políticas (por ejemplo, mediante la aprobación oficial de esta Guía y sus políticas por parte de las autoridades nacionales y de todas las organizaciones que trabajan en SMAPS).
- El grupo debería coordinar la promoción de servicios de SMAPS. Las principales acciones mínimas son: 1) acordar cuáles son las cuestiones clave de promoción, determinando cuáles son los factores que tienen mayores efectos sobre los servicios de SMAPS y cuáles son los que más probablemente cambiarán merced a las tareas de promoción; 2) determinar cuáles son los agentes clave, como gobiernos, grupos armados, medios de difusión, donantes, ONG, responsables políticos y otros órganos de coordinación, y preparar mensajes clave claramente destinados a cada uno de ellos; y 3) determinar las funciones y responsabilidades de promoción entre las diversas organizaciones participantes.

4. Movilizar recursos.

- La coordinación de la recaudación de fondos abarca velar por que se incluyan debidamente los temas de SMAPS en todos los Procesos de Llamamientos Consolidados (Consolidated Appeals Process), además de individualizar y movilizar los fondos para sufragar actividades de coordinación, y realizar conjuntamente tareas de promoción ante los donantes.

Principales referencias

1. Inter-Agency Working Group on Separated and Unaccompanied Children (2005). *Psychosocial Care and Protection of Tsunami Affected Children: Inter-Agency Guiding Principles*. <http://www.icrd.org/cap/node/view/383>

2. Asociación Venezolana de Psicología Social - AVEPSO. Reunificación familiar en situaciones de emergencia Caracas. Venezuela. Marzo 2000. <http://www.psicosocial.net>

2. The Mangrove: Psychosocial Support and Coordination Unit, Batticaloa, Sri Lanka. <http://www.themangrove.blogspot.com/>

3. Psychosocial/Mental Health Coordination. Inter-governmental Meeting of Experts Final Report, Annex V, Yakarta, 4 y 5 de abril de 2005. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

4. Palestinian Code of Conduct for Psycho-Social Interventions, 4 de octubre de 2001. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

5. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental en Emergencias. Ginebra. http://www.who.int/mental_health/resources/mhe.pdf y <http://www.psicosocial.net>

Ejemplo de indicador de procesos

- Se establece un grupo coordinador de SMAPS a nivel local y/o nacional, integrando a actores procedentes de diversos sectores, incluyendo los de salud, protección y educación.

Aceh, Indonesia, 2005

- Durante las operaciones de asistencia humanitaria posteriores al tsunami de diciembre de 2004, dos organismos de las Naciones Unidas prestaron asistencia conjunta a las autoridades de salud de la provincia para que coordinaran todas las actividades relativas a la salud mental y al apoyo psicosocial.
- Se estableció el Grupo de Trabajo Psicosocial Interinstitucional de Aceh. Más de 60 organismos que trabajaban en los sectores social, de la salud y de la protección participaron en las reuniones semanales. El Grupo presentó informes al grupo coordinador de asuntos de salud y al grupo coordinador de protección de la infancia.
- El Grupo de Trabajo Psicosocial Interinstitucional de Aceh preparó los “Principios programáticos psicosociales para Aceh, Indonesia”, que se promovieron y utilizaron ampliamente.

Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial

Función: Diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación

Etapa: Respuesta mínima

Antecedentes

Los diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en situaciones de emergencia proporcionan: a) una comprensión de la situación de emergencia; b) un análisis de las amenazas a la salud mental y el bienestar psicosocial y de las capacidades para hacer frente a la situación; y c) un análisis de los recursos pertinentes para determinar, en consulta con los interesados directos, si se necesita una respuesta y, en caso afirmativo, de qué naturaleza ha de ser esa respuesta.

Un diagnóstico de situación debería incluir la documentación de las experiencias de las personas con respecto a la emergencia, la manera cómo reaccionan y cómo esto afecta su salud mental y su bienestar psicosocial. Debería incluir la manera en que las personas, las comunidades y las organizaciones responden a la emergencia. Debe evaluar los recursos, así como las necesidades y los problemas. Dentro de los recursos cabe mencionar las aptitudes individuales para la vida y para hacer frente a la situación, la acción comunitaria, los mecanismos de apoyo social y las capacidades tanto gubernamentales como de organizaciones no gubernamentales. Es imprescindible comprender cuál es el mejor modo de brindar apoyo a las poblaciones afectadas abordando constructivamente las necesidades de SMAPS. Asimismo, una evaluación de la situación también debe formar parte de un proceso continuo de recopilación y análisis de datos en colaboración con interesados directos clave, especialmente la comunidad afectada, a los fines de mejorar la programación.

Principales acciones

1. Velar por la coordinación de los diagnósticos de la situación.

- Coordinar los diagnósticos de situación con los que realizan otras organizaciones que están evaluando cuestiones psicosociales y de salud mental.
- Coordinar los diagnósticos es imprescindible para asegurar un aprovechamiento eficiente de los recursos, lograr la más completa y fiel comprensión de la situación de SMAPS y evitar sobrecargar a la población con la innecesaria duplicación de dichos diagnósticos.
- Las organizaciones deberían averiguar primeramente qué diagnósticos se han realizado y deberían examinar la información disponible (por ejemplo, realizar

análisis documentales, entrevistar a funcionarios de otras organizaciones, pasar revista a la información existente sobre el país, bibliografía etnográfica preexistente o datos preexistentes sobre salud mental). Es preciso que las organizaciones solamente emprendan evaluaciones de la situación sobre el terreno cuando éstas sean necesarias.

- Las organizaciones deben informar al grupo coordinador (véase la [Lista de Acciones 1.1](#)) cuáles son los temas respecto de los cuales están evaluando la situación, así como dónde y de qué manera lo hacen, y deben estar dispuestas a reajustar esas evaluaciones, de ser necesario, y a comunicar la información resultante.
- En la mayoría de las emergencias, diferentes grupos (departamentos gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales) recopilarán información sobre aspectos de SMAPS (indicados en el cuadro infra) en diversas zonas geográficas. El grupo coordinador debería ayudar a determinar cuáles organizaciones recopilarán qué tipos de información y dónde, y asegurar que, en la medida de lo posible, se disponga de toda la información indicada en el cuadro para el conjunto de la zona afectada. El grupo coordinador debería apoyar a los organismos para que realicen lo indicado de manera apropiada y armónica (por ejemplo, estandarizando los principales instrumentos que se recomienda usar). Es preciso recopilar, analizar y compartir regularmente dicha información entre los diversos organismos participantes.
- Es necesario incluir consideraciones sociales concretas en las evaluaciones de situación efectuadas por todos los sectores, incluyendo servicios comunitarios de protección, salud, educación, alojamiento y albergue, alimentos, abastecimiento de agua y saneamiento (véase la Lista de Acciones pertinentes a cada sector o tema).

2. Recopilar y analizar información clave pertinente a la salud mental y el apoyo psicosocial.

El cuadro que sigue indica los principales datos que necesitan las organizaciones que trabajan en SMAPS (cabe señalar que cada organización se centrará en aspectos concretos particularmente pertinentes a su labor).

- Siempre que sea posible, en el diagnóstico de situación debería recopilarse la información desglosada por edad, sexo y lugar de asentamiento, detectando los grupos de la comunidad que corren riesgos, así como sus necesidades y capacidades particulares. Los grupos que suelen estar en situación de riesgo se han descrito en el [Capítulo 1](#).

- Es preciso abordar tanto las necesidades como los recursos de diferentes sectores de la población afectada, desde las personas afectadas pero que están funcionando bien hasta las que no funcionan debido a un trastorno mental grave.

Tipo de información	Incluye
Información demográfica y contextual pertinente al hecho	<ul style="list-style-type: none"> • Magnitud de la población y de subgrupos que pueden correr particulares riesgos (y, de ser pertinente, ubicación) [véase el Capítulo 1]. • Mortalidad y amenazas que acarreen riesgos de mortalidad • Acceso a la satisfacción de necesidades físicas básicas (por ejemplo, alimentos, albergue, agua y saneamiento, servicios de salud) y educación. • Conculcación de los derechos humanos y marcos de protección [véanse las Listas de Acciones 3.1, 3.2 y 3.3] • Estructuras y dinámicas de índole social, política, religiosa y económica (por ejemplo, cuestiones de seguridad y conflictos, incluyendo divisiones étnicas, religiosas, de clase y de género dentro de las comunidades) • Cambios en las actividades para poder ganarse la vida y en la vida cotidiana de la comunidad • Información etnográfica básica sobre recursos culturales, normas, papeles y actitudes (prácticas de duelo, actitudes respecto de trastornos mentales y de la violencia por motivos de género, comportamientos en procura de ayuda etc.)
Experiencia de la emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de las personas respecto de la emergencia (percepciones de los hechos y de su importancia, percepciones de las causas, consecuencias esperadas)
Problemas de salud mental y psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de malestar psicológico y social, incluyendo problemas emocionales y de comportamiento (por ejemplo, agresión, aislamiento social, trastornos del sueño) así como indicadores locales de malestar psicosocial • Signos de perturbación en el desempeño de las actividades cotidianas • Debilitamiento de los mecanismos de solidaridad y apoyo social, por ejemplo, perturbación de las pautas de apoyo, conflictos familiares, violencia, caducidad de los valores compartidos • Información sobre personas que padecen trastornos mentales graves, por ejemplo, a través de los sistemas de información de los servicios de salud [véanse los detalles en la Lista de Acciones 6.2]

Tipo de información	Incluye
Fuentes existentes de bienestar psicosocial y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Maneras en que las personas se ayudan a sí mismas y a los demás; es decir, maneras de hacer frente a la adversidad y superarla (por ejemplo, ampararse en convicciones religiosas o políticas, buscar el apoyo de la familia o los amigos) • Maneras en que la población ha hecho frente anteriormente a la adversidad • Tipos de apoyo social existentes (individualizando a personas clave de la comunidad, en quienes se confía) y fuentes de solidaridad comunitaria (por ejemplo, a través de las actividades comunitarias normales, la adopción de decisiones, el diálogo y el respeto entre generaciones, el apoyo a grupos marginados o en situación de riesgo etc.)
Capacidades y actividades de organización	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura, localización, dotación de personal y recursos de los programas de apoyo psicosocial en los servicios educacionales y sociales y efectos sobre esos servicios de la situación de emergencia • Estructura, localización, dotación de personal y recursos para la atención en salud mental en el sector salud (incluyendo información sobre políticas, disponibilidad de medicamentos, papel de la atención primaria y efectos sobre esos servicios de la situación de emergencia de salud y de los hospitales psiquiátricos, etc.; y efectos sobre esos servicios de emergencia [véase el Atlas de Salud Mental de la OMS donde figuran datos básicos de referencia para 192 países]) • Recopilación de datos sobre aptitudes psicosociales en miembros de la comunidad (por ejemplo, trabajadores de la comunidad, líderes religiosos o asesores) • Recopilación de datos sobre posibles aliados y magnitud, calidad y contenido de anteriores cursos de capacitación en SMAPS • Recopilación de datos sobre programas de SMAPS para emergencias
Necesidades y oportunidades de programación	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones de diferentes actores clave y en especial los afectados • Medida en que se ejecutan las diferentes acciones indicadas en la presente Guía • Grado de funcionalidad de los sistemas de remisión entre los sectores de salud, social, educación, comunitario religioso, y dentro de un mismo sector

3. Realizar el diagnóstico de la situación de manera participativa y éticamente adecuada

- **Participación.** En la medida de lo posible, el diagnóstico de situación debe ser un proceso participativo con las poblaciones afectadas y en colaboración con los implicados directos, incluyendo entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias y religiosas. Un diagnóstico participativo constituye la primera etapa en un diálogo con las poblaciones afectadas que, si se realiza correctamente, no sólo proporciona información sino que también puede ayudar a las personas a asumir el control de su propia situación colaborando en detectar problemas y en encontrar recursos y posibles soluciones (véanse las Listas de Acciones 5.1 y 5.2). Es preciso solicitar a los participantes retroinformación sobre los procesos y resultados del diagnóstico. La población afectada también debería participar en la definición de los objetivos de bienestar a alcanzar.
- **Inclusión.** El diagnóstico de la situación debe involucrar a los diversos grupos de población afectada, incluyendo niños, jóvenes, mujeres, hombres, ancianos y diferentes grupos religiosos, culturales y socioeconómicos. Debe tratar de incluir a líderes comunitarios, educadores y agentes de salud y comunitarios y de corregir, en lugar de reforzar, las posibles pautas de exclusión existentes.
- **Carácter analítico.** El diagnóstico debe intentar el análisis de la situación, y no limitarse meramente a recopilar datos e informar al respecto.
- **Atención al conflicto.** Cuando se opera en situaciones de conflicto, es necesario que el diagnóstico de la situación tenga presente a las partes en pugna y su dinámica. Debe prestarse atención a mantener la neutralidad y la independencia y evitar exacerbar las tensiones o los conflictos sociales, o poner en peligro a los miembros de la comunidad o al personal. El diagnóstico participativo tal vez no sea posible en algunas situaciones, en que formular preguntas puede entrañar riesgos para los entrevistados.
- **Carácter culturalmente apropiado.** La metodología de un diagnóstico de situación debe tener sensibilidad a la cultura y el contexto y validez en ese marco. El equipo que realiza el diagnóstico debe utilizar a personas familiarizadas con el contexto local, que —en la medida de lo posible— merezcan la confianza de la comunidad, y debe respetar las tradiciones y prácticas culturales locales.
- **Principios éticos.** Es preciso respetar el carácter privado y confidencial y los intereses de los beneficiarios. Es menester observar el principio de “Ante todo, no

dañar” y tener la precaución de no crear, mediante los diagnósticos de situación, expectativas poco realistas (por ejemplo, los entrevistados deben comprender que los evaluadores tal vez no regresen si no reciben financiación a las propuestas). Deben evitarse los interrogatorios invasivos. Las organizaciones deben hacer todo lo posible por que la participación de miembros de la comunidad en los diagnósticos sea auténticamente voluntaria. Las personas que entrevistan a los niños u otros grupos con necesidades particulares deben estar dotadas de las aptitudes y la experiencia apropiadas. Siempre que sea posible, debe brindarse apoyo a los encuestados que necesiten acceso a los servicios de SMAPS.

- **Equipos que realizan los diagnósticos.** Es preciso que los evaluadores reciban capacitación en los mencionados principios éticos y que posean aptitudes básicas para entrevistar y para el trato interpersonal. En los equipos que realizan los diagnósticos de situación es preciso que haya equilibrio de género y sus integrantes deben estar familiarizados con las cuestiones de SMAPS y con el contexto local.
- **Métodos de recopilación de datos.** Entre los métodos de recopilación de datos cualitativos figuran: pasar revista a la bibliografía, realizar actividades en grupos (por ejemplo, conversaciones en “grupos focales”), entrevistas con fuentes de información clave, observaciones y visitas sobre el terreno. Además, puede ser útil utilizar métodos cuantitativos, entre ellos breves cuestionarios y examen de los datos existentes en los sistemas de salud. En la medida de lo posible, cabe utilizar múltiples fuentes de datos para hacer verificaciones cruzadas y validar la información y el análisis. Las encuestas que tratan de determinar la prevalencia de los trastornos mentales causados por la emergencia (encuestas psiquiátricas epidemiológicas) tienden a ser problemáticas, requieren muchos recursos y, con demasiada frecuencia, resultan controvertidas. Por añadidura, exceden lo que se entiende como respuesta mínima (véase el recuadro infra). Una alternativa útil podría ser utilizar los datos que arroje la documentación existente para efectuar proyecciones aproximadas (véase la Lista de Acciones 6.2 donde figura un ejemplo de esa situación).
- **Dinámica y plazos.** Los diagnósticos de situación deben ser suficientemente rápidos para su utilización eficaz en la programación para emergencias. Suele ser apropiado contar con un proceso de diagnóstico dinámico y gradual que, por ejemplo, conste de dos etapas:
 1. *Diagnóstico inicial (“rápido”),* centrado en comprender los tipos de experiencias y la situación en ese momento de la población afectada, las

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

2. *Diagnóstico detallado de la situación*, centrado en comprender cómo apoyar a la población afectada, que aborde todos los temas indicados en el cuadro supra para una respuesta de SMAPS.

4. Compilar y difundir los resultados de los diagnósticos de situación.

- Las organizaciones deberían comunicar oportuna y accesiblemente sus diagnósticos a la comunidad, al grupo coordinador y a las demás organizaciones pertinentes excepto cuando la información es de índole privada, o posibilitaría individualizar a determinadas personas o comunidades, o podría suscitar peligros para los miembros de la población afectada o las organizaciones. En ese caso dicha información sólo debería comunicarse para proteger a las personas afectadas o a los trabajadores, y únicamente a las agencias pertinentes.
- El grupo coordinador debería documentar, compilar, examinar y difundir los resultados de los diagnósticos de situación entre todos los interesados directos (por ejemplo, colocar los resultados en la Internet y realizar sesiones de devolución con las comunidades).
- Los actores en actividades de SMAPS deben utilizar los diagnósticos de situación como recurso y orientación para la planificación, el seguimiento y la evaluación de los programas (véase la [Lista de Acciones 2.2](#)).

Principales referencias

1. Action by Churches Together (ACT) Alliance, Lutherhjälpen, Norwegian Church Aid y Presbyterian Disaster Services (2005). *Community Assessment of Psychosocial Support Needs*. Chapter 6, Community Based Psychosocial Services: A Facilitator's Guide. <http://www.svenskakyrkan.se/tcrot/lutherhjälpen/psychosocialservices/pdf/psychosocialservices.pdf>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria* http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
3. Bolton P. (2001). Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness (Phase II). CERTI, John Hopkins University, World Vision. <http://www.certit.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>
4. Médecins sans frontières (2005). Field Assessments. Chapter 1, Part III, Mental Health Guidelines:

A Handbook for Implementing Mental Health Programmes in Areas of Mass Violence. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf

5. Silove D., Manicavasagar V., Baker K., Mausiri M., Soares M., de Carvalho F., Soares A. y Fonseca Amiral Z. (2004). 'Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation'. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38:929-32. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
6. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra. Proyecto Esfera http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf y <http://www.psicosocial.net>
7. UNICEF Oficina de Asia Oriental y el Pacífico y Red Regional de Apoyo Psicosocial en Emergencias (2005). *Handbook of Psychosocial Assessment for Children and Communities in Emergencies*. <http://www.crin.org/docs/Handbook%20new%20update.pdf>
8. WHO (2005). *Mental Health Atlas*. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

Ejemplo de indicadores de proceso

- Las organizaciones diseñan sus diagnósticos de situación tomando en cuenta y aprovechando la información sobre salud mental y bienestar psicosocial ya recopilada por otras organizaciones
- Se compila y se difunde (por ejemplo, por el grupo coordinador) la información sobre diagnósticos de situación de SMAPS efectuados por diversas organizaciones (como se indica en el cuadro supra)

Encuestas epidemiológicas sobre trastornos mentales y reacciones de ansiedad

Las encuestas epidemiológicas en la población en general pueden: a) proporcionar datos sobre la prevalencia en la población de diferentes trastornos mentales y signos de malestar; y b) detectar factores de riesgo conexos (por ejemplo, pertenecer al sexo masculino), factores de protección (por ejemplo, estar empleado), tasas de utilización de servicios y factores que afectan el acudir en busca de ayuda. Esas encuestas, cuando se conducen correctamente, pueden utilizarse para la planificación de programas, las tareas de promoción, la preparación de una mejor base fáctica para los programas y la promoción de los conocimientos científicos. Además, cuando las encuestas se repiten, sirven para el seguimiento del proceso de recuperación natural (recuperación espontánea sin ninguna intervención planificada) que desarrollan muchas personas en la población.

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

La experiencia ha demostrado que es preciso contar con considerables conocimientos técnicos para realizar encuestas psiquiátricas válidas de manera suficientemente rápida como para influir sustancialmente en los programas en medio de una emergencia. Aun cuando las encuestas psiquiátricas bien conducidas pueden ser parte de una respuesta integral, dichas encuestas exceden lo necesario para las respuestas mínimas, que se definen en esta Guía como respuestas imprescindibles y de alta prioridad que deben ponerse en práctica tan pronto como sea posible en una situación de emergencia (véase el Capítulo 1).

Si se realizan encuestas epidemiológicas psiquiátricas en contextos afectados por emergencias, debe prestarse especial atención a: a) validar los instrumentos para la situación local (véase referencia 3); y b) incluir la evaluación de los indicadores relacionados con problemas graves de salud mental (por ejemplo, índices de tendencia al suicidio, incapacidad para lograr la propia supervivencia básica o la de la familia; comportamientos bizarros; comportamientos peligrosos hacia terceros; e indicadores definidos localmente de impedimentos graves al desempeño cotidiano). (Véase referencia 5).

Antecedentes

El diagnóstico de la situación, la planificación, el seguimiento y la evaluación son parte de un mismo ciclo. El seguimiento en las emergencias consiste en la recopilación y análisis sistemático de la información como fuente para la adopción de decisiones sobre las actividades de asistencia humanitaria en curso o la sugerencia de nuevas. La evaluación incluye el análisis de la pertinencia y eficacia de las actividades en curso o ya finalizadas. En síntesis, el propósito del seguimiento y la evaluación (MyE) en las emergencias es mejorar la asistencia humanitaria recopilando información sobre la puesta en práctica y los efectos de ésta y utilizar dicha información para la mejora y la adaptación de los programas en un contexto cambiante.

Las actividades de seguimiento y evaluación deberían basarse, de preferencia, en enfoques participativos (véanse las principales referencias infra). Esto significa que las comunidades afectadas deberían participar en la máxima medida de lo posible en todos los aspectos del seguimiento y la evaluación, incluye el intercambio de ideas sobre los resultados y sus implicaciones (véase la Lista de Acciones 5.1 donde se describen diferentes niveles de involucramiento de la comunidad).

La Lista de Acciones 2.1 se centró en el diagnóstico de situación y describía los tipos de datos que han de recopilarse como parte de un diagnóstico inicial. La presente Lista de Acciones trata de las actividades ulteriores de seguimiento y evaluación.

Principales acciones

1. Definir un conjunto de indicadores para el seguimiento, de conformidad con objetivos y actividades definidos.

- Los criterios exactos de selección de indicadores dependen de los objetivos del programa y de lo que sea importante y viable en la situación de emergencia.
- Es preciso formular indicadores de procesos, de satisfacción y de resultados de manera coherente con los objetivos definidos inicialmente.
- Los indicadores de proceso describen las actividades y abarcan la calidad, cantidad y utilización de servicios y programas (por ejemplo, número de reuniones comunitarias).
- Los indicadores de satisfacción describen el grado de satisfacción de la población afectada con una determinada actividad (por ejemplo, número de

personas que tienen una opinión positiva o muy positiva de un programa). Puede considerarse que los indicadores de satisfacción son un subgrupo de los indicadores de proceso.

- Los indicadores de resultados describen los cambios ocurridos en las vidas de las personas de conformidad con los objetivos preestablecidos. Tienen el propósito de medir el grado de éxito o fracaso de cada intervención. Aun cuando probablemente algunos indicadores de resultados serán significativos en la mayoría de los casos (por ejemplo indicadores de funcionalidad en la vida cotidiana), decidir qué se considera “un éxito” en un programa psicosocial debería formar parte del diálogo con las poblaciones afectadas. Aun cuando los indicadores de procesos y de satisfacción son instrumentos útiles para aprender de la experiencia, son los indicadores de resultados los que proporcionan datos más sólidos para fundamentar la acción.
- La recopilación de datos sobre indicadores en medio de una emergencia proporciona información básica de referencia no sólo para una respuesta mínima (como las indicadas en el presente documento), sino también para una asistencia humanitaria integral y a largo plazo.
- Hay una sigla en inglés que resume cómo han de ser los indicadores: SMART (específicos, medibles, asequibles, pertinentes y sujetos a plazos).
- Generalmente, sólo es posible el seguimiento de unos pocos indicadores. Los indicadores, en consecuencia, deben escogerse sobre la base del principio “pocos, pero potentes”. Deben definirse de manera tal que puedan ser obtenidos fácilmente, sin causar interferencias en las tareas cotidianas del equipo de asistencia ni de la comunidad.
- Siempre que sea posible, los datos relativos a los indicadores deben desglosarse por edad, género y localización.

2. Realizar los diagnósticos de situación de manera participativa y éticamente adecuada.

- Se aplican al seguimiento y la evaluación los mismos principios de medición aplicables al diagnóstico de situación. (Véase la Acción principal 3 de la [Lista de Acciones 2.1](#) donde se analizan detalladamente las cuestiones relativas a participación, inclusión, análisis, situaciones de conflicto, adecuación cultural, principios éticos, equipos de diagnóstico de la situación y métodos de recopilación

de datos, incluyendo datos epidemiológicos psiquiátricos.

- Para actividades de seguimiento y evaluación, es preciso medir los indicadores *antes y después* de la intervención, para ver si hubo algún cambio. Por otra parte, es sabido que se necesitaría un diseño mucho más riguroso para determinar si la intervención es la causa del cambio. Esos diseños tienden a exceder lo requerido para la respuesta mínima, que en el presente documento se define como respuesta imprescindible y de alta prioridad que debe ponerse en marcha tan pronto como sea posible en una situación de emergencia.
- Los datos cuantitativos deben complementarse con datos cualitativos (por ejemplo, testimonios o directos de la experiencia de las personas afectadas).

3. Utilización del seguimiento para la reflexión, el aprendizaje y el cambio.

- Durante una situación de emergencia, pueden recopilarse periódicamente los datos sobre indicadores seleccionados y luego continuar la recogida regularmente en los meses siguientes. Por ejemplo, si en medio de una emergencia se realiza un tipo concreto de diagnóstico y análisis de situación, puede repetirse el mismo procedimiento a intervalos regulares (por ejemplo, 6, 12 y 18 meses después) a fin de detectar los cambios y ayudar a los interesados directos a replantear las acciones según sea necesario.
- Es preciso difundir la información sobre las principales conclusiones del seguimiento y la evaluación entre todos los interesados directos pertinentes, incluyendo a ser posible, el gobierno, los órganos coordinadores y la población afectada. La información para la población afectada debe distribuirse de manera accesible (por ejemplo, en idiomas locales y en formas inteligibles para personas con bajos niveles de alfabetización).
- A fin de facilitar la reflexión, el aprendizaje y el cambio, los diálogos de tipo participativo son útiles como medio de tomar distancia y reflexionar sobre el significado de los datos y la manera de ajustar las actividades, habida cuenta de lo que se ha aprendido.

Principales referencias

1. Action Aid International. *Participatory Vulnerability Analysis: A step-by-step guide for field staff.* <http://www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/PVA%20final.pdf>

2. ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria. Capítulo 6.*
http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf y <http://www.psicosocial.net>
3. Bolton P. y Tang A.M. (2002). 'An alternative approach to cross-cultural function assessment'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 37:537-43. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
4. Bragin M. (2005). 'The community participatory evaluation tool for psychosocial programmes: A guide to implementation'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counseling in Areas of Armed Conflict* 3, 3-24. http://www.interventionjournal.com/downloads/31pdf/03_24%20Bragin%20.pdf
5. Cohen R.N. (2004). Introducing Tracer Studies: Guidelines for Implementing Tracer Studies in Early Childhood Programmes (Introducción a los estudios de seguimiento: Guía para implementar estudios de seguimiento en programas de desarrollo infantil temprano) [disponible en idiomas inglés y español]. Bernard van Leer Foundation. http://www.bernardvanleer.org/publications/Browse_by_series/publications_results?getSerie=Books%20and%20Monographs
6. International Institute for Environment and Development (IIED) (Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo). *Participatory Learning and Action (PLA Notes)*. http://www.iied.org/NR/agbioliv/pla_notes/backissues.html (véanse especialmente las notas 31 y 42, que abarcan seguimiento y evaluación de PLA)
7. Psychosocial Working Group (2005). *Reflections on Identifying Objectives and Indicators for Psychosocial Programming*. http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/GTP_OI_.pdf
8. Pérez Sales P. (2006). "Repensar experiencias. Evaluación de programas psicosociales y de salud mental. Metodologías y técnicas". Ed Popular. (www.psicosocial.net)

Procesos e indicadores de resultados

- Se definen procesos e indicadores de resultados específicos, medibles, asequibles, pertinentes y sujetos a plazos (SMART) para los programas de salud mental y apoyo psicosocial.
- Se evalúan regularmente los indicadores, según sea apropiado.
- La población afectada, participa en todos los aspectos del seguimiento y la evaluación, incluido el intercambio de ideas sobre los resultados y sus implicaciones.

El Salvador, 2001

- Un equipo de atención psicosocial y comunitaria procedente de una universidad local y una ONG internacional, establecieron un sistema de seguimiento y

evaluación en un campamento de 12.000 personas afectadas por el terremoto, con el apoyo de las autoridades locales.

- Gracias al sistema se recopilaban datos cuantitativos y cualitativos sobre apoyo mutuo, solidaridad, seguridad, liderazgo, adopción de decisiones, acceso a información actualizada, percepción de las autoridades, empleo, actividades normalizadoras, percepción de la cohesión comunitaria y percepción del futuro. Se realizó una encuesta en una muestra al azar de 75 tiendas de campaña para obtener datos básicos de referencia con seguimiento regular a intervalos de tres meses. En cada ocasión, cinco voluntarios recopilaban los datos en menos de 24 horas.
- Después de tres meses, el sistema de seguimiento y evaluación detectó una disminución sustancial en las percepciones de apoyo mutuo y solidaridad. Se adoptaron medidas apropiadas (por ejemplo, reubicación de las tiendas de campaña y de las cocinas para facilitar la realización de actividades en grupo). Tres meses después, la encuesta mostró un aumento de la confianza en los líderes comunitarios y las vías de adopción colectiva de decisiones, lo cual indicó que se había paliado el sentido de la tendencia anterior.

Antecedentes

En la mayoría de las emergencias son comunes los casos de conculcación de los derechos humanos. Muchas de las características definitorias de las situaciones de emergencia —desplazamiento, desintegración de las estructuras sociales y familiares, falta de acceso a servicios humanitarios, erosión de los sistemas de valores tradicionales, fácil recurso a la violencia, gobernanza débil, ausencia de mecanismos de rendición de cuentas y falta de acceso a servicios de salud— entrañan la conculcación de derechos humanos. El incumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos suele figurar entre las causas profundas y las consecuencias del conflicto armado. Además, la conculcación de los derechos humanos y la deficiente gobernanza puede exacerbar los efectos de los desastres naturales. En el Capítulo 1 se indicaban los grupos que pueden correr particulares riesgos durante las situaciones de emergencia, la que incluía a las personas amenazadas por razones políticas. Esas personas son quienes más probablemente padecerán la conculcación de sus derechos y corren mayores riesgos de, problemas psicosociales y perturbación emocional.

En situaciones de emergencia, existe una íntima relación entre la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial, por una parte, y por la otra la protección y promoción de los derechos humanos. Al promover la vigencia de las normas de derechos humanos, incluidos el derecho a la salud, la educación y la protección contra la discriminación, se contribuye a crear un ámbito de protección de derechos humanos y se apoya la protección social (véase la Lista de Acciones 3.2) y la protección jurídica (véase la Lista de Acciones 3.3). Al promover las normas internacionales de derechos humanos se sientan las bases para la rendición de cuentas y para medidas contra la discriminación, los malos tratos y la violencia. Al adoptar medidas para promover y proteger los derechos humanos se reducirán los riesgos que corren las personas afectadas por la emergencia.

Al mismo tiempo, la asistencia humanitaria ayuda a la gente en el ejercicio de numerosos derechos y puede reducir los casos de conculcación de los derechos humanos. Por ejemplo, al facultar a los grupos en situación de riesgo para que tengan acceso a vivienda, abastecimiento de agua y saneamiento, se acrecientan sus posibilidades de acceso a alimentos, se mejora su salud y se reduce el riesgo de discriminación y malos tratos. Además, al brindar apoyo psicosocial, a mujeres y niñas incluyendo métodos de apoyo para ganarse la vida, se puede reducir su riesgo

de tener que recurrir a estrategias de supervivencia, como la prostitución, que las exponen a riesgos adicionales contra sus derechos humanos. Sin embargo, es preciso prestar atención a no estigmatizar a los grupos vulnerables orientando la asistencia exclusivamente a ellos.

Dado que la promoción de los derechos humanos está consustanciada con la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial, los trabajadores en estos temas tienen una doble responsabilidad. En primer lugar, como se indica en las acciones 1 a 3 infra, deben velar por que los programas de salud mental y apoyo psicosocial apoyen los derechos humanos. En segundo lugar, como se indica en las acciones 4 y 5 infra, deben aceptar las responsabilidades de todos los trabajadores de asistencia humanitaria, sea cual fuere el sector en el que se desempeñan, en cuanto a promover los derechos humanos y proteger contra los abusos y la explotación a las personas en situación de riesgo.

Principales acciones

1. Promover la observación de las normas internacionales de derechos humanos en todas las modalidades de servicios de salud mental y apoyo psicosocial durante situaciones de emergencia.

- Promover la prestación de servicios incluyentes y no discriminatorios, evitar la innecesaria institucionalización de personas que padecen trastornos mentales y respetar la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión en la atención de la salud mental y el bienestar psicosocial.
- Ayudar a que los beneficiarios de servicios de salud mental y apoyo psicosocial comprendan cuáles son sus derechos.
- Respetar en todo momento el derecho de los sobrevivientes al carácter confidencial y de todas las intervenciones a otorgar consentimiento con conocimiento de causa, incluyendo el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- Proteger a los sobrevivientes de la conculcación de derechos humanos contra el riesgo de ser estigmatizados, incluyéndolos en programas de mayor alcance junto con otros tipos de beneficiarios.

2. Poner en marcha apoyos a la salud mental y al bienestar psicosocial que promuevan y protejan los derechos humanos.

- Incorporar los derechos humanos como componente integral en la formulación, la

ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, especialmente para personas que se considere están en situación de riesgo. Incluir en los programas de apoyo psicosocial la sensibilización a los derechos humanos.

- Colaborar con los interesados directos en diferentes niveles (familia, comunidad, ONG locales y nacionales, gobiernos) para asegurar que comprendan sus responsabilidades.
- Cuando sea apropiado, considerar la posibilidad de organizar reuniones en que se hable de los derechos humanos, como medio de movilizar a las comunidades para que reivindiquen sus derechos y fortalezcan el apoyo social comunitario (véase el ejemplo *infra*).
- Analizar los efectos de los programas sobre la conculcación actual o futura (potencial) de los derechos humanos.
- Cuando sea apropiado, considerar la posibilidad de comunicar la información recogida en estos programas a las organizaciones de defensa de los derechos humanos. Esto podría incluir comunicar testimonios voluntarios y anónimos de los sobrevivientes, con fines de promoción. Es imprescindible considerar cuáles son los riesgos que esto entraña para los beneficiarios y para el personal de contratación local e internacional, y respetar estrictas normas de privacidad, protección de los datos, confidencialidad y consentimiento con conocimiento de causa.

3. Incluir en la capacitación de los trabajadores pertinentes una focalización en los derechos humanos y la protección.

- Impartir capacitación a los agentes de asistencia humanitaria de contratación local e internacional, en todos los sectores, y al personal de servicios de salud y servicios sociales que trabaja en servicios preexistentes, así como a los funcionarios gubernamentales, incluidos los agentes de policía y los militares.
- Incorporar los derechos fundamentales de las poblaciones afectadas como componentes básicos de la capacitación del personal sobre los códigos de conducta (véase la [Lista de Acciones 4.2](#)).
- Promover que se incluya el efecto psicosocial de la conculcación de los derechos humanos sobre los sobrevivientes en la capacitación del personal de organizaciones de defensa de los derechos humanos y de los funcionarios gubernamentales. Es preciso destacar la necesidad de emplear técnicas apropiadas

de entrevista que respeten la dignidad y la intimidad de los sobrevivientes y considerar cuáles son los efectos psicológicos de los hechos que han vivido.

- Promover ante las organizaciones de defensa de los derechos humanos la necesidad de brindar apoyo psicosocial a los sobrevivientes y proporcionarles información sobre las estructuras de apoyo disponibles.

4. Establecer —en el marco de los servicios de asistencia humanitaria y los servicios preexistentes— mecanismos para la vigilancia de casos de abusos y explotación y la presentación de denuncias al respecto.

- Prestar particular atención a las personas que corren mayores riesgos.
- Puede encontrarse orientación en la [Lista de Acciones 4.2](#).

5. Promover ante los Estados y ofrecer asesoramiento concreto sobre la armonización de las leyes, las políticas y los programas nacionales pertinentes con las normas internacionales, y también acerca del cumplimiento de dichas normas por parte de los órganos gubernamentales (instituciones, policía, fuerzas armadas, etc.)

Las tareas de promoción deberían comenzar tan pronto como fuera posible en la situación de emergencia y deberían tomar en cuenta la necesidad de adoptar medidas para prevenir la violencia y los malos tratos y velar por la rendición de cuentas en los casos de conculcación de los derechos. Es preciso promover las políticas que favorecen el derecho a la verdad, la justicia y la reparación. Posibles temas de promoción son:

- Poner fin a los ataques a hospitales, escuelas y mercados;
- Eliminar la discriminación contra grupos minoritarios;
- Prevenir el reclutamiento de niños en las fuerzas armadas o los grupos armados;
- Liberar a los niños incorporados a grupos armados o detenidos ilegalmente;
- Prevenir la violencia sexual (incluyendo la explotación sexual y la trata con fines sexuales) y adoptar las medidas de respuesta que sean necesarias;
- Facilitar el acceso de la asistencia humanitaria con a la población civil con fines de apoyo y rehabilitación.

Es necesario considerar cuál es la mejor manera de responder en casos de incumplimiento o de infracciones graves, planteando la cuestión ante las partes involucradas, a nivel internacional o por conducto de los medios de difusión,

ponderando el efecto potencial de cualquier intervención, en comparación con los riesgos para los beneficiarios y para el personal de contratación local e internacional.

Principales referencias

Instrumentos pertinentes de derechos humanos universales

1. Puede encontrarse un panorama detallado de los instrumentos de derechos humanos universales, los textos completos e información sobre su nivel de ratificación, en el sitio Web: http://www.unhchr.ch/spanish/data_sp.htm. En dicho sitio Web puede encontrarse:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de las Naciones Unidas (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de las Naciones Unidas (1966)
- Comentario general 14 sobre el derecho al más alto nivel posible de salud, aprobado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en mayo de 2000 (E/C.12/2000/4, 4 de julio de 2000)
- Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991)
- Convenios de Ginebra (1949) y Protocolos adicionales a los Convenios (CIRC, 1977).
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998)
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989) y Protocolos opcionales de la Convención (2000)
- Convención de las Naciones Unidas sobre el Estatuto de los Refugiados (1951)
- Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965)
- Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y Protocolo opcional de la Convención (1999).

Guías y manuales

1. Amnistía Internacional. Estandares Internacionales de Derechos Humanos y Organizaciones. En Manual de Acción, capítulo 6. http://www.amnistiainternacional.org/publica/ct_tortura_ma/cap6.pdf
Para acceder al manual completo: http://www.amnistiainternacional.org/publica/ISBN_8486874890.html o <http://www.psicosocial.net>

2. OCAH (de próxima publicación). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.

3. Slim H. and Bonwick A. (2005). *Protección: Una guía de ALNAP para las agencias humanitarias*. Intermon-Oxfam. http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/resources/downloads/Protection_Spanish.pdf

4. Eguren E (2005). Manual para protección de defensores de derechos humanos. <http://www.psicosocial.net>

5. Tearfund. *Estableciendo el Estándar. Una estrategia común sobre la protección de las niñas para las ONGs internacionales*. <http://www.psicosocial.net>

6. NNUU (1988) Principios Rectores de los Desplazamientos Internos <http://www.psicosocial.net> y <http://www.derechos.org/nizkor/excep/despl.html>.

'Guía del Protocolo Facultativo Sobre la Participación de niños y niñas en los conflictos armados': <http://www.unicef.org/spanish/publications/SPANISHnw.pdf>

7. UNICEF y la Coalición para Eliminar el Uso de Niños Soldados (2003). 'Guía del Protocolo Facultativo Sobre la Participación de niños y niñas en los conflictos armados': <http://www.unicef.org/spanish/publications/SPANISHnw.pdf>

8. UNICEF, *A Principled Approach to Humanitarian Action*, curso de aprendizaje electrónico a distancia. www.unicef.org/path

9. Información sobre salud y derechos humanos. <http://www.hhri.org/es/>

Ejemplo de indicadores de procesos

- Los programas de salud mental y apoyo psicosocial respetan las normas internacionales de derechos humanos y están diseñados con miras a proteger a la población contra la violencia, los malos tratos y la explotación.
- La capacitación del personal de programas de apoyo psicosocial y salud mental está focalizada en el respeto de los derechos humanos.
- Se han establecido mecanismos apropiados para detectar y denunciar los casos de malos tratos y explotación de civiles y la información al respecto.

Territorio palestino ocupado, 2000

- Un organismo de las Naciones Unidas desarrollo un programa de seminarios prácticos donde los adolescentes hablaban de su rol en la comunidad, en el marco del conflicto y el modo en que estaba deteriorando su derecho a la educación, la salud, la protección contra la violencia y la participación, entre otros derechos.

- Muchos adolescentes estaban desesperanzados y algunos pensaban que la violencia era la única opción, mientras que otros proponían maneras no violentas de proteger sus derechos.
- Los adolescentes convinieron en servirse de un foro de adolescentes para la promoción de sus derechos ante los funcionarios palestinos; en utilizar los medios de difusión para explicar su situación, sus derechos y sus opiniones sobre lo que debería hacerse; a trabajar como voluntarios capacitados en servicios de salud; a desarrollar actividades recreativas para niños de menor edad; y establecer un sistema de apoyo de jóvenes entre jóvenes.
- Al proporcionar opciones concretas para que los jóvenes contribuyan a su comunidad y reafirmen sus derechos, esos programas proporcionan objetivos a alcanzar, crean solidaridad, e involucran a los adolescentes como modelos de comportamiento constructivo respetados en la comunidad.

Lista De Acciones 3.2

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

Función: Protección y normas de derechos humanos

Etapas: Respuesta mínima

Antecedentes

En situaciones de emergencia, hay una interacción compleja entre las amenazas a la protección y las cuestiones relativas a la salud mental y al bienestar psicosocial. Los sobrevivientes suelen manifestar que las mayores fuentes de estrés son las amenazas, entre ellas los ataques, la persecución, la violencia por motivos de género, la extrema pobreza, la separación de las familias, la explotación y los malos tratos. Esos problemas de protección no sólo redundan en sufrimientos inmediatos, sino que también pueden perturbar la reconstitución de las redes sociales con un sentido de comunidad, factores que tienden a ser de importancia crítica para apoyar el bienestar psicosocial. Asimismo, las emergencias pueden exacerbar las diferencias de poder dentro de la población afectada, acrecentando la vulnerabilidad de personas que ya estaban marginadas.

Si no se presta atención a la protección, las actividades de SMAPS pueden focalizarse demasiado en los síntomas y las consecuencias, en lugar de abordar las causas persistentes que subyacen. Por ende, la creación de un ámbito de protección es parte integrante del apoyo psicosocial. Las cuestiones psicosociales y de salud mental también pueden contribuir sustancialmente a las amenazas a la protección. Por ejemplo, los niños que han perdido a sus familias y que están en situación de extrema zozobra pueden correr mayor riesgo de tener que vivir en la calle o, en algunas emergencias, de sumarse a los grupos armados. Además, las personas con trastornos mentales graves pueden deambular y exponerse a riesgos que los demás, en su mayoría, evitarían.

Para la protección es menester contar con mecanismos tanto jurídicos como sociales. La protección jurídica entraña aplicar instrumentos internacionales de derechos humanos (véase la [Lista de Acciones 3.1](#)) y legislación internacional y nacional (véase la [Lista de Acciones 3.3](#)). La protección social, tema de esta Lista de Acciones, se logra en gran medida activando y fortaleciendo las redes sociales y los mecanismos comunitarios que reducen los riesgos y satisfacen necesidades inmediatas. La protección es una responsabilidad colectiva de los Estados, las poblaciones afectadas y quienes prestan asistencia humanitaria (véase el [Código de Conducta del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las ONG para el socorro en casos de desastre](#)).

Los trabajadores en la asistencia humanitaria, pertenezcan éstos a la población afectada o a organismos externos, o a ambos, pueden contribuir a la protección de numerosas maneras. Una medida imprescindible es prestar asistencia en sectores clave de manera que apoye a las personas vulnerables, restaure la dignidad y contribuya a reconstituir las redes sociales. (véanse las Listas de Acciones 9.1, 10.1 y 11.1) Gran parte de la protección de los derechos humanos se logra cuando los residentes locales se organizan entre sí para responder a las amenazas, y por ende, cobran conciencia de que pueden valerse por sí mismos y pueden contar con mecanismos sostenibles de defensa de sus derechos. Como complemento de esta labor, deben preverse tareas para los especialistas en protección. Por ejemplo, los trabajadores con experiencia en protección a la infancia deben abordar las vulnerabilidades especiales de los niños, y fomentar la capacidad local en este tema. La presente Lista de Acciones está destinada por tanto a los no especialistas como a los especialistas.

Principales acciones

1. Sobre la base de los diagnósticos especializados de la situación de protección, determinar si cabe o no recopilar información sobre amenazas a la protección, y cuándo y cómo hacerlo.

En emergencias, gran parte de la labor de diagnóstico de la situación de protección debe estar a cargo de especialistas en el tema que posean conocimientos técnicos y además, conozcan el contexto local. Deben adoptarse medidas para evitar que quienes no son especialistas realicen diagnósticos de situaciones delicadas, como la violación sexual. Sin embargo, hay un importante ámbito de trabajo para quienes no son especialistas. Por ejemplo, los educadores deberían capacitarse sobre los riesgos a la protección de los niños y la manera de velar por la seguridad en la educación. A fin de ser eficaz, la labor de los no especialistas debe basarse en la que realicen los especialistas en protección, procurando:

- Tener conocimiento de las amenazas a la protección detectadas;
- Consultar a especialistas en protección antes de iniciar actividades de protección social;
- Tener conocimiento de los cauces existentes para informar sobre problemas de protección;
- Determinar cuáles son los peligros (para los entrevistadores, los entrevistados, los agentes externos y, la población local) dimanados de formular preguntas

sobre amenazas a la protección. Se ha de preguntar a informantes clave en quienes se confíe y que representen más de un subgrupo o facción:

- ¿Qué puede preguntarse sin suscitar riesgos?
- ¿Cuáles son los lugares y los momentos para formular preguntas sin riesgo?
- ¿Qué preguntas se han de evitar para no causar perjuicios?

Por ejemplo, antes de entrevistar a los sobrevivientes de tortura, es necesario preguntar si al hacerlo se agravan más los peligros a que están sujetos los mismos sobrevivientes o sus familias; si alguien podría efectuar esas entrevistas en condiciones de seguridad, y, de ser así, quién; dónde y cuándo realizar las entrevistas; y cuáles son los riesgos de represalias contra los sobrevivientes después de haberlos entrevistado.

2. Realizar un estudio participativo multidisciplinario para determinar las capacidades en materia de protección y las amenazas contra ésta.

- La realización de un análisis de situación de los temas de protección está en relación con:
 - En la [Lista de Acciones 2.1](#) figura orientaciones sobre el modo de realizar diagnósticos de situación de manera participativa y éticamente adecuada.
 - Incluir en el equipo a miembros del grupo afectado que han recibido capacitación y apoyo, a condición de que se los considere imparciales y que se vele por la seguridad de todos los involucrados.
 - Determinar si es aceptable hablar de temas de protección delicados, tanto con las personas individualmente como en situaciones de grupo.
 - Detectar en diferentes ámbitos (por ejemplo, campamentos, trayectorias de quienes van a recoger agua o leña, lugares donde se imparte educación extraescolar, mercados) posibles amenazas a la protección, entre ellas violencia por motivos de género, ataques a civiles, desplazamientos forzados, secuestros, reclutamiento de menores, trata de personas, explotación, trabajos peligrosos, minas terrestres, riesgo de VIH/SIDA y abandono de personas recluidas en instituciones. No obstante, es preciso evitar el ceñirse a una lista de verificación, que podría limitar la mirada a quienes están analizando la situación de modo que no perciban otras amenazas, a veces aún incipientes, contra la protección.
- Prestando atención a posibles daños, fórmulense preguntas como las siguientes:

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

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

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

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

- Crear localmente conciencia acerca de la manera de denunciar las infracciones a la protección.
- Establecer, cuando sea viable hacerlo, Grupos de Trabajo sobre Protección (GTP) que se basen en las iniciativas existentes, incorporen a diversos agentes (incluyendo a las organizaciones de derechos humanos) y sirvan como órganos de coordinación con respecto a la protección de los agentes de asistencia humanitaria. Los Grupos de Trabajo sobre Protección contribuyen a vigilar los problemas de protección de derechos y responder a ellos y su ámbito de acción puede ser el pueblo, el campamento, o zonas geográficas más amplias. Estos grupos deberían tener funciones definidas, como detectar y subsanar las carencias en materia de protección y poder comunicar las prácticas recomendables.
- De ser necesario, pueden organizarse cursos impartidos por especialistas en protección para fomentar la capacidad de los grupos de trabajo sobre protección, incluyendo la capacitación sobre los riesgos que corren las personas que padecen discapacidades mentales.
- Siempre que sea posible, se deberían vincular los GTP con otros mecanismos de protección en zonas circundantes, formando redes regionales de protección que intercambien información sobre ataques, desplazamientos u otras amenazas.
- Proporcionar acceso a la educación como medida de protección ([véase la Lista de Acciones 7.1](#)), velando por que el personal docente comprenda de qué manera velar por la seguridad en la educación.

4. Vigilar las amenazas contra la protección, e intercambiar información con los organismos competentes en el tema.

- Detectar regularmente las amenazas a la protección y los cambios en su naturaleza, su intensidad, sus pautas y sus enfoques.
- Por conducto de los GTP y las organizaciones que despliegan actividades de protección, intercambiar regularmente información con los diversos interesados directos en la protección, creando, siempre que sea posible y según, una base central de datos accesible a los diferentes organismos y ofreciendo datos desagregados por edad y por género.
- Establecer lugares para el intercambio de información pertinente a las amenazas a la protección y los problemas de seguridad, ([véase la Lista de Acciones 8.1](#)) de

manera que los miembros de la población afectada y los funcionarios de distintos organismos puedan proporcionar información fiable y contrastada y reducir la difusión de rumores.

- Proteger el carácter confidencial de la información e intercambiarla respetando las directrices establecidas por el GTP.

5. Responder a las amenazas contra la protección adoptando medidas apropiadas guiadas por la comunidad.

- Velar por que las intervenciones se basen en consultas con las comunidades afectadas y, siempre que sea posible, se realicen con la participación de éstas.
- Aprender de la experiencia comunitaria al responder a amenazas, basarse en esa experiencia y apoyar las estrategias que la comunidad (o un grupo de ésta) haya elaborado para protegerse a sí misma.
- Velar por el establecimiento de respuestas apropiadas de protección social, entre ellas:
 - Organizar espacios protegidos (véase la Lista de Acciones 5.1) donde los niños puedan jugar o los adultos puedan reunirse para colaborar en medidas de aumento de la protección y del bienestar;
 - Establecer sistemas para identificar, documentar, seguir la pista y reunificar a los niños con sus familias (véase Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children en la lista de principales referencias infra);
 - Proporcionar apoyo de emergencia en lugares protegidos, centros o lugares designados para individuos y familias extremadamente vulnerables;
 - Activar los procedimientos locales para resolución de conflictos o controversias;
 - Activar los procedimientos locales para apoyar a las personas que corren mayor riesgo (véase la Lista de Acciones 5.2)
 - Ofrecer pequeños subsidios, según proceda, para mitigar las amenazas económicas al bienestar psicosocial;
 - Apoyar las acciones locales para disminuir los riesgos suscitados por minas terrestres, municiones sin explotar y pozos sin cobertura;
 - Impedir que grupos externos se lleven a huérfanos, jóvenes solteras u otras personas vulnerables en mayor riesgo.
- Organizar el apoyo a los sobrevivientes de malos tratos que padecen grave

malestar psicológico (véanse las Listas de Acciones 5.2 y 6.1).

- Evitar que se singularice o identifique a determinados grupos para recibir asistencia, a menos que esto tenga importancia crítica para prevenir mayores daños. Por ejemplo, considerar la posibilidad de organizar grupos de mujeres, en lugar de grupos de mujeres violadas.
- Integrar los aspectos de la protección en todos los sectores de la asistencia humanitaria, adoptando medidas como las siguientes:
 - Vigilar la asistencia alimentaria para asegurar que llegue a los niños y otras personas necesitadas;
 - Vigilar los programas de albergue para asegurar que quienes necesiten asistencia especial (por ejemplo, personas pertenecientes a un grupo vulnerable) reciban también un albergue apropiado;
 - Asegurar que las instalaciones sanitarias estén cerca del alojamiento y bien alumbradas y no susciten riesgos para las mujeres;
 - Formular una estrategia intersectorial relativa a la violencia por motivos de género, según proceda.

6. Prevenir las amenazas contra la protección mediante una combinación de actividades de programación y de promoción.

- Velar por la aplicación por parte de los trabajadores de asistencia humanitaria de códigos de conducta que protejan a los niños y prevengan la explotación y el abuso sexuales (véase la Lista de Acciones 4.2).
- Formular, en colaboración con residentes locales y con los pertinentes grupos de coordinación pertinentes, una estrategia de promoción de cuestiones fundamentales, entre ellas:
 - Medidas para proteger la seguridad física de la población ;
 - Necesidad de contar con financiación flexible y a largo plazo para responder a amenazas complejas y cambiantes;
 - Normas apropiadas de atención de niños internados en orfanatos e instituciones.
- Establecer procedimientos para el acceso ético de los medios de difusión a las personas vulnerables, reconociendo que la atención por parte de los medios puede conducir a: a) represalias contra ex niños soldados o sobrevivientes de violación;

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

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

Principales referencias

1. Slim H. and Bonwick A. (2005). *Protección: Una guía de ALNAP para las agencias humanitarias*. Intermon-Oxfam
http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/resources/downloads/Protection_Spanish.pdf
2. Eguren E (2005). Manual para protección de defensores de derechos humanos.
<http://www.frontlinedefenders.org/files/en/Protection%20Manual%20for%20Human%20Rights%20Defenders%20Spanish.pdf>
2. IASC (2002). *Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action*. <http://www.icva.ch/files/gstree.pdf>
3. IASC (2005) *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias*. Ginebra. IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Gnero.pdf> y <http://www.psicosocial.net>
4. IASC (2006) *Protección de las personas afectadas por desastres naturales*.
http://www3.brookings.edu/fp/projects/idp/2006_IASC_NaturalDisasterGuidelines_Spa.pdf y <http://www.psicosocial.net>
5. CICR, CRI, Save the Children UK, UNICEF, ACNUR y World Vision (2004). *Directrices Generales Inter-Agencias sobre niñas y niños no acompañados o separados*.
[http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/htmlal/p1101/\\$File/ICRC_003_1011.PDF!Open](http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/htmlal/p1101/$File/ICRC_003_1011.PDF!Open) y <http://www.psicosocial.net>
6. FICR y CICR (1994). *Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)*
<http://www.cruzroja.org/pvh/edicom/docs/DocReferencia/Policas/CCConducta.pdf>
<http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/html/64ZPM8>
7. InterAction (2004). *Making Protection a Priority: Integrating Protection and Humanitarian Assistance*.
http://www.interaction.org/campaign/protection_paper.html
8. OCAH (de próxima publicación). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.

9. A ACNUR. *Protección: Principios. Manual para situaciones de emergencia*.

<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1651.pdf> y <http://www.psicosocial.net>

10. UNICEF. *Principios éticos para informar acerca de la infancia*

http://www.unicef.org/spanish/media/media_tools_guidelines.html y <http://www.psicosocial.net>

Ejemplo de indicadores de procesos

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

Sierra Leona, 2002

- Después de un decenio de guerra interna, las niñas que habían sido secuestradas y explotadas sexualmente por los grupos armados solían ser objeto de estigma, acoso y ataque al regresar a sus aldeas.
 - Una ONG internacional organizó diálogos comunitarios para ayudar a los residentes locales a comprender que las niñas habían sido forzadas a cometer acciones indebidas y que ellas mismas habían sufrido intensamente durante la guerra.
 - Las aldeas locales organizaron comités de bienestar de la niña, que definieron situaciones de acoso y maltrato hacia ellas e impusieron multas comunitarias al respecto.
 - Gracias a este mecanismo comunitario de protección se redujo drásticamente la cantidad de casos de malos tratos a las niñas y se fomentó la reintegración de éstas en la vida civil.
-

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

Función: Protección y normas de derechos humanos

Etapas: Respuesta mínima

Antecedentes

El desmoronamiento de la ley y del orden público que ocurre en muchas crisis acrecienta la vulnerabilidad de la gente a las violaciones a sus derechos y a las medidas de salvaguarda que ofrecen los sistemas jurídicos internacionales y nacionales. En conflictos armados, donde la conculcación de los derechos humanos suele ser generalizada y cometerse con impunidad, las personas tal vez tengan demasiado miedo como para denunciar delitos o, si lo hacen, a estar expuestas a sufrir represalias. Esas condiciones despojan a las personas de elementos de dignidad y respeto, así como de elementos clave del control sobre sus vidas y su medio ambiente lo que contribuyen elementos nucleares de carácter psicosocial. En consecuencia, es imprescindible la protección jurídica para promover la salud mental y el bienestar psicosocial.

La protección jurídica dimana de la aplicación del derecho internacional humanitario y la legislación internacional sobre derechos humanos, que consagran los derechos intrínsecos de todas las personas, con medidas especiales de protección para grupos en situación de riesgo (véase el Capítulo 1). En virtud del derecho internacional, los Estados son primordialmente responsables de proteger a los residentes en sus territorios. En esas condiciones, deben utilizarse las leyes nacionales estatutarias y consuetudinarias como base para la protección jurídica, cuando tales leyes guardan coherencia con las normas jurídicas internacionales. Cuando la protección con arreglo a la legislación nacional es débil o no es viable, debe hacerse lo posible por proporcionar protección jurídica de conformidad con las normas internacionales establecidas, reconociendo que éstas son las normas mínimas aplicables a las que debería adherirse la comunidad internacional en una emergencia. Las medidas de protección jurídica deben entrar en vigor desde las etapas iniciales de una emergencia y las personas involucradas deben comprender el carácter delicado y la sensibilidad que tal vez requiera esta labor, así como la necesidad de considerar cuidadosamente el balance de riesgos y beneficios.

La seguridad, la dignidad y la integridad son conceptos fundamentales en el derecho humanitario internacional y en la legislación sobre derechos humanos y también son fundamentales para el enfoque psicosocial de la acción humanitaria. La protección jurídica promueve la salud mental y el bienestar psicosocial protegiendo a las personas contra los daños, promoviendo la dignidad, la valía personal y la

seguridad, y fortaleciendo la responsabilidad social, así como la obligación de rendir cuenta de las acciones vulneratorias. Por otra parte, las medidas de protección jurídica pueden ser perjudiciales cuando hacen caso omiso de las consideraciones psicosociales. Por ejemplo, los sobrevivientes de tortura o violación sexual pueden sentirse culpados o estigmatizados como resultado de los procedimientos judiciales. Es importante poner en práctica la protección jurídica de manera tal que se promueva el bienestar psicosocial.

A fin de lograr la vigencia de la protección jurídica, es preciso entablar métodos de colaboración a nivel local, nacional, regional e internacional. Dentro de este enfoque de alianzas, muchos actores diferentes desempeñan papeles de importancia. Si bien gran parte de la protección jurídica es resultado de la labor de especialistas, todas las personas involucradas en la asistencia humanitaria tienen la responsabilidad de apoyar las medidas de protección jurídica apropiada.

Principales acciones

1. Detectar las principales amenazas a la protección y la situación de los mecanismos de protección existentes, especialmente para las personas que corren mayores riesgos.

- Realizar evaluaciones participativas de la situación (véase la Lista de Acciones 2.1) con las personas que corren mayores riesgos (véase el Capítulo 1) a fin de determinar: los principales riesgos de protección; las aptitudes y la capacidad de las personas para prevenir los riesgos y responder a ellos; si se dispone de mecanismos locales de protección y en qué medida protegen bien o deficientemente a diferentes grupos; y qué apoyo adicional debería aportarse (véase también la Lista de Acciones 3.2).
- Considerar los posibles efectos nocivos para la población de estos diagnósticos de situación, analizando los posibles riesgos y beneficios.

2. Crear entre las personas afectadas mayor conciencia de sus derechos jurídicos y de sus posibilidades de reivindicar esos derechos de la manera más segura posible, utilizando métodos de comunicación culturalmente apropiados (véase la Lista de Acciones 8.1).

Las acciones pueden abarcar:

- Colaborar con líderes comunitarios y con las autoridades locales pertinentes (entre ellas abogados, líderes de albergues y campos de refugiados, policía, etc.) a fin de

movilizar y educar a los miembros de la comunidad con respecto a sus derechos jurídicos y a la manera de lograr la vigencia real y segura de esos derechos. Entre las cuestiones prioritarias pueden figurar los derechos de acceso a la asistencia humanitaria, la protección especial a los grupos vulnerables, los mecanismos para presentar denuncias y sus posibles riesgos, etc. Las acciones podrían incluir:

- Organizar diálogos en grupo de maneras socialmente aceptables (es decir, considerando los roles según la edad y el género, y los instrumentos apropiados de comunicación) para hablar de los derechos individuales y comunitarios.
- Proporcionar en lugares públicos, como los puestos de distribución de alimentos, las clínicas, las escuelas, etc., información apropiada según los grupos de edades y el género.
- Facilitar el uso de mecanismos jurídicos que aseguren el acceso equitativo a los servicios y bienes de ayuda humanitaria a toda la población afectada, velando por que haya sistemas para presentar denuncias en caso de infracciones graves a los derechos de acceso libre y seguro la ayuda de emergencia.

3. Establecer mecanismos de apoyo para el seguimiento, la presentación de informes y la adopción de medidas sobre infracciones a las normas jurídicas.

- Es preciso determinar cuándo y de qué manera es apropiado denunciar las infracciones. Cabe reconocer que en algunas situaciones, los mecanismos oficiales, como la policía, son lugares apropiados para presentar denuncias, mientras que en otros casos la denuncia a la policía puede crear mayores riesgos de perjuicios.
- Los agentes de asistencia humanitaria deben informar sobre la denegación de los derechos, como el de acceso a la asistencia humanitaria, a la entidad apropiada (por ejemplo, las comisiones de derechos humanos o el grupo intersectorial de protección) y solicitar su asistencia para determinar cuáles son las posibles acciones.
- Es preciso que al intercambiar información se respete su carácter confidencial y se controlen los riesgos de represalias o estigmatización.
- Puede ser apropiado utilizar mecanismos nacionales y/o internacionales (por ejemplo, la resolución 1612 del Consejo de Seguridad relativa a los niños afectados por conflictos armados).

4. Promover el cumplimiento del derecho internacional, de las leyes nacionales y de las leyes consuetudinarias compatibles con las normas internacionales.

Pueden incluirse las siguientes acciones:

- Recopilar y difundir información sobre los marcos jurídicos nacional e internacional (véase la [Lista de Acciones 4.2](#)) que protejan a las personas en situación de riesgo;
- Participar en campañas de educación pública, o apoyarlas, a fin de eliminar determinados abusos, entre ellos, detenciones ilegales, *refoulement* (devolución de refugiados), violencia por motivos de género y reclutamiento de niños;
- Orientar a las estructuras jurídicas nacionales y locales de modo que ofrezcan suficiente protección jurídica. Para ello adoptar medidas de fomento de la capacidad real de, por ejemplo, la policía y los funcionarios judiciales y militares;
- Realizar tareas de protección jurídica contra situaciones que puedan verse favorecidas por contextos de emergencia como la adopción ilegal de menores, la institucionalización de personas vulnerables y la trata de niños y mujeres.

5. Poner en práctica medidas de protección jurídica a fin de promover el bienestar psicosocial, la dignidad y el respeto.

Entre las medidas importantes figuran las siguientes:

- Ayudar a los sobrevivientes que optan por denunciar las infracciones y que procuran obtener protección o reparación, para que las realicen con conocimiento de causa y conociendo las implicaciones que ello conlleva;
- Evitar causar marginación atrayendo atención hacia determinados sobrevivientes, especialmente cuando sus experiencias probablemente les puedan provocar posteriormente estigma social;
- Identificar y potenciar los mecanismos para eliminar la impunidad y responsabilizar de sus actos a los perpetradores. Esto incluye reconocer que la justicia punitiva no siempre posibilita el reequilibrio al nivel comunitario o incluye apoyar los sistemas de restauración de la justicia con base comunitaria que armonizan con las normas del derecho internacional y conducirán al perdón y la reconciliación (por ejemplo, la liberación sin daño de los niños soldados y otros combatientes vulnerables, promoviendo la búsqueda y reunificación de los miembros de la familia, y promoción de medidas para iniciar el proceso de reintegración);
- Orientar a quienes operan dentro del sistema jurídico —por ejemplo, abogados, jueces, gestores legales y promotores ante los tribunales— acerca de la manera en que su labor afecta el bienestar psicosocial. Entre los principales temas cabe mencionar:

- Los efectos potenciales, positivos y negativos, que pueden tener los procedimientos judiciales sobre el bienestar psicosocial de los sobrevivientes, destacando los enfoques que promueven la seguridad, la dignidad y la integridad de los mismos;
- Las técnicas sensibles y apropiadas para entrevistar a testigos y sobrevivientes, tomando en cuenta edad, género y efecto psicosocial de sus experiencias;
- La importancia de preservar el carácter confidencial al proteger la seguridad y el bienestar de los sobrevivientes (es decir, almacenamiento y custodia de la información, posibilidad de audiencias judiciales a puerta cerrada, etc.);
- El significado de cuestiones clave de protección jurídica en relación con el bienestar psicosocial de diferentes grupos. Los temas pueden incluir:
 - Procedimientos jurídicos para determinar el paradero de personas desaparecidas, incluyendo exhumaciones, los cuales son particularmente importantes para los procesos de duelo;
 - Respeto de los procedimientos del derecho consuetudinario relativos a la rendición de cuentas, imprescindibles por ejemplo para que las comunidades acepten de nuevo a los niños reclutados por las fuerzas armadas;
 - Manera en que los derechos a la tierra y la herencia pueden proporcionar apoyo económico imprescindible a las viudas y los hijos de personas muertas o desaparecidas, fomentando su autosostenimiento y su resistencia;
 - Segregación de quienes padecen trastornos mentales graves del sistema jurídico y remisión a los servicios sociales y de salud apropiados.
- Realizar las tareas de protección jurídica de manera tal que se respete el carácter confidencial, la dignidad y la integridad y se evite agravar el malestar. La exhibición en público de los rostros de los sobrevivientes, aunque sea para comunicar información con respecto a las medidas de asistencia humanitaria, puede ser degradante. Deben evitarse las imágenes que presentan sufrimientos obvios y abrumadores o que refuerzan el sentido de victimización de los sobrevivientes (véase la Lista de Acciones 8.1).

6. Proporcionar apoyo psicosocial y servicios de protección jurídica de manera complementaria a las áreas de protección.

Algunas medidas útiles son:

- Determinar apoyos psicosociales apropiados para los testigos y las personas que desean denunciar infracciones o buscan reparaciones jurídicas.

- Orientar a los trabajadores comunitarios y de apoyo social sobre la manera de asesorar a los sobrevivientes sobre procesos judiciales y conexos (por ejemplo, exámenes médicos en caso de maltrato o tortura, exhumaciones, identificación de cadáveres, etc.).
- Establecer grupos de apoyo y guarderías infantiles para los testigos, abogados u otras personas que intervienen en procesos judiciales.
- Determinar cómo efectuar remisiones o referencias a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, de ser necesario.
- Reconocer la necesidad de remitir a servicios de protección jurídica a algunas personas que acuden a servicios de apoyo psicosocial y salud mental. Por ejemplo, las sobrevivientes de violencia sexual suelen recibir apoyo médico y psicosocial, pero tal vez sigan considerándose en peligro o sea muy difícil un apoyo psicológico, si saben que no se castigará a los perpetradores.
- Incluir en la orientación y la capacitación de agentes de salud mental y apoyo psicosocial la información esencial sobre elementos de protección jurídica (véase la Lista de Acciones 4.1), a fin de ayudar a los trabajadores a comprender qué deben hacer o no hacer, cuando encuentran personas que necesitan protección jurídica, y en especial el modo de efectuar las remisiones apropiadas a otros servicios.

Principales referencias

Guías y manuales

1. ActionAid (2001). *Learning About Rights – Module three: law and rights in emergencies*. <http://www.reliefweb.int/library/library/actionaid-rights-2001.htm>
2. Slim H. and Bonwick A. (2005). *Protección: Una guía de ALNAP para las agencias humanitarias*. Intermon-Oxfam http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/resources/downloads/Protection_Spanish.pdf y <http://www.psicosocial.net>
3. Eguren E (2005). Manual para protección de defensores de derechos humanos. <http://www.frontlinedefenders.org/files/en/Protection%20Manual%20for%20Human%20Rights%20Defenders%20Spanish.pdf> y <http://www.psicosocial.net>
3. IRIN (2006). *Justice for a Lawless World: Rights and Reconciliation in a New Era of International Law (Parts I and II)*. <http://www.irinnews.org/webspecials/RightsAndReconciliation/default.asp>
4. Keeping Children Safe (2006). Setting the international standards for child protection <http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
5. UNICEF (2003). *Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations*. http://www.unicef.org/protection/files/Tech_Notes_chap_14_Psychosocial_Dev.pdf

Lista De Acciones 4.1

Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local

Función: Recursos humanos

Etapa: Respuesta mínima

Antecedentes

El personal internacional y los voluntarios pueden proceder de ámbitos geográficos, económicos y culturales diferentes de los de la población afectada y tener valores y opiniones diferentes a los de la cultura local, pero deberían tener la capacidad de adaptar su trabajo y sus capacidades a las condiciones locales. Respetar reglas, la cultura y los valores. El distres de la población afectada puede aumentar por la propia actitud de la asistencia humanitaria cuando estos no son competentes técnicamente o no están en condiciones de manejar su propio estrés en la labor de asistencia. Tal vez el personal y los voluntarios locales sean conscientes de la cultura y las tradiciones locales, pero puede haber grandes diferencias socioculturales, por ejemplo entre poblaciones urbanas y rurales o entre diferentes grupos étnicos.

El *Código de Buenas Prácticas para la Gestión y el Apoyo de Personal de Asistencia* de la organización *People in Aid* proporciona algunos principios orientadores generales útiles para la gestión y el apoyo del personal que trabaja en organismos de desarrollo y asistencia humanitaria. Como se expresa en dicho *Código de Buenas Prácticas*, el objetivo de la gestión de personal es lograr que las personas adecuadas (de plantilla o voluntarios) estén en el lugar adecuado en el momento adecuado. En la mayoría de emergencias éste es un problema importante y por eso es frecuente que las organizaciones internacionales compitan por contratar al mejor personal local disponible. Las acciones descritas a continuación proporcionan algunas orientaciones en cuanto a la contratación de trabajadores en situaciones de crisis maximizando los aspectos psicosociales y de salud mental y bienestar de las poblaciones afectadas.

Principales acciones

1. Designar a personal que posea los conocimientos necesarios para ocuparse de la contratación de recursos humanos y que puedan rendir cuentas de ello. Estas personas deberían:

- Estar capacitadas en la administración de recursos humanos (de conformidad con el *Código de Buenas Prácticas People in Aid*);
- Tener conocimientos acerca del estrés previsible en las tareas de asistencia humanitaria y las políticas y prácticas necesarias para mitigarlo (véase la [Lista de Acciones 4.4](#));

Monitoreo de derechos humanos y activismo

Amnesty International, <http://www.amnistiainternacional.org/>

Human Rights Watch <http://www.hrw.org/spanish/>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos <http://www.cidh.org/Default.htm>

Equipo Nizkor <http://www.derechos.org/nizkor>

Principales instrumentos jurídicos internacionales

En la [Lista de Acciones 3.1](#) figura una lista de los principales instrumentos jurídicos internacionales.

Ejemplos de indicadores de procesos

- Se detectan las principales deficiencias de los mecanismos de protección jurídica y se formulan planes de acción para subsanarlas adecuadamente.
- Los cursos de orientación y de capacitación en salud mental y apoyo psicosocial para trabajadores de protección en derechos humanos incluyen información sobre la vinculación entre ambos temas.
- Los sobrevivientes de violaciones a los derechos humanos reciben apoyo tanto por parte de trabajadores de protección legal, como de personas capacitadas para proporcionar apoyo psicosocial y servicios de salud mental.

República Democrática del Congo

- En la provincia de Kivu septentrional y meridional, ha persistido desde hace mucho la violencia sexual generalizada; las supervivientes suelen ser rechazadas por sus familias y sus comunidades.
- Las ONG internacionales y locales que ofrecen asistencia psicológica a las sobrevivientes colaboran estrechamente con organizaciones de derechos humanos, intercambiando datos sobre prevalencia y tipos de casos y sensibilizando a las comunidades acerca de los efectos psicosociales de la violencia sexual, los derechos de la mujer y la necesidad de que quienes perpetran una violación no queden impunes.
- Se alienta a los sobrevivientes y a las comunidades a denunciar los casos de manera segura y fiable, y a que los trabajadores en brindan apoyo psicosocial aseguren que se respeta el carácter confidencial y el consentimiento informado y que en las indagaciones se apoye adecuadamente al interrogado.
- A escala nacional, los organismos han propiciado conjuntamente la enmienda de la ley sobre violencia sexual a fin de proteger mejor a las sobrevivientes.

- Comprender los requisitos mínimos de salud y salud mental que debe satisfacer el personal para poder hacerse cargo de tareas con alto riesgo o alto nivel de estrés (sobre la base de la experiencia de la propia organización y la de organismos similares);
- En función del contexto, tener presentes los posibles conflictos originados por la existencia de identidades étnicas, o nacionales.

2. Aplicar principios adecuados de contratación y selección. El proceso de selección debe ser equitativo, transparente y coherente, velando por que se contrate al personal más apropiado. Es preciso:

- Aplicar procedimientos de contratación consignados por escrito que indiquen detalladamente la manera en que se seleccionan y contratan el personal y los voluntarios.
- Tratar de atraer a la gama más amplia de posibles candidatos debidamente calificados.
- Reducir el “éxodo de profesionales” desde las organizaciones locales hacia las internacionales. Los organismos internacionales deberían: a) colaborar con los organismos locales en la realización de las tareas de ayuda, reduciendo así la necesidad de contratar personal propio; y b) evitar ofrecer sueldos excepcionalmente altos que que capten al personal de los organismos locales que haya en la zona.
- Mantener una documentación apropiada del proceso e informar a los candidatos de si han sido o no seleccionados. Debe darse retroalimentación a los candidatos si así lo solicitan.

3. Equilibrar la proporción de hombres y mujeres movilizados e incluir representantes de los principales grupos culturales y étnicos. Los programas de salud mental y apoyo psicosocial requieren las aportaciones y la participación de la comunidad. Con frecuencia, las mujeres y los hombres tienen necesidades diferentes y para determinar esas diferencias, suele ser necesario que sean entrevistados por separado, por personas de su mismo sexo. Esto puede posibilitar el hablar con mayor libertad de cuestiones personales o sensibles. En forma similar, al contratar a representantes de los principales grupos culturales y étnicos se facilita tanto las aportaciones que puedan hacer como su participación.

4. Establecer los términos y condiciones para la labor de los voluntarios. Las organizaciones que trabajan con voluntarios en tareas de apoyo psicosocial deben exponer claramente cuales son las funciones que van a desempeñar. De manera similar, deben dejar claro la política de justificación de gastos, prestaciones a las que tienen derecho, capacitación, supervisión, gestión y apoyo. Siempre que sea posible, los voluntarios deben ser contratados y apoyados por organizaciones que tengan experiencia en esta área.

5. Verificar adecuadamente las referencias y la cualificación profesional al contratar a personal nacional e internacional, incluyendo a consultores internos, voluntarios y traductores.

- Establecer contactos directos con quienes les recomiendan para determinar
 - Las fortalezas y debilidades del candidato;
 - La capacidad del candidato para tolerar situaciones de gran estrés;
 - Si el candidato se ha presentado a sí mismo de modo sincero y honesto ;
 - La capacidad del candidato para adaptarse a las culturas locales y respetarlas;
 - Que el candidato no tenga ningún tipo de antecedente de malos tratos a niños (aspecto especialmente pertinente cuando se localice a personas para realizar tareas que involucren contacto con niños).
- Cuando se contrata a profesionales, verificar los certificados de las calificaciones oficiales que se alegan (documentos de haber finalizado la capacitación profesional, condición de miembro de una organización colegiada etc, según proceda).
- De haber tiempo, verifíquese si el candidato tiene antecedentes delictivos. Considérese lo siguiente:
 - En situaciones de represión política, algunas personas tal vez tengan antecedentes de encarcelamiento sin que hayan cometido delito alguno.
 - Es preciso no contratar a personas que tengan antecedentes violentos, incluyendo violencia por motivos de género y violencia en el hogar.

6. Tratar de contratar a personal que conozca y sintonice bien con la cultura local y los modos apropiados de comportamiento. Las tareas clínicas o cualesquiera otras tareas de apoyo psicosocial que implican una relación interpersonal deben ser realizadas principalmente por personal local, que hable el idioma local y posea un

conocimiento a fondo de las respuestas sociales y culturales esperables a la situación de emergencia.

7. Evaluar minuciosamente las ofertas espontáneas de ayuda por parte de profesionales extranjeros (que no son miembros de las organizaciones)

especializados en salud mental. Los profesionales de salud mental extranjeros (no miembros de una organización), por más que estén animados de buenas intenciones, es preferible que no viajen a las regiones afectadas por los desastres a no ser que satisfagan los siguientes criterios:

- Posean experiencia previa de trabajo en situaciones de emergencia.
- Hayan trabajado antes fuera de su propio ámbito sociocultural.
- Tengan competencias básicas en algunas de las intervenciones indicadas en esta Guía.
- Tengan conocimientos de psicología comunitaria y de principios de salud pública.
- Posean una invitación por escrito para trabajar en el país emitida por una organización internacional o nacional establecida.
- Han sido invitados a trabajar como parte del personal de una organización que mantendrá una presencia sostenida en la zona del desastre.
- Permanecerán sobre el terreno un período suficientemente largo como para posibilitar el seguimiento de cualesquiera intervenciones para las que capaciten a trabajadores locales.
- No centren su tarea en realizar las intervenciones por sí mismos (por ejemplo, trabajo clínico), sino más bien en apoyar los programas a nivel general, priorizando brindar conocimientos prácticos al personal local, de modo que las intervenciones y los apoyos estén a cargo de dicho personal local.

Principales referencias

1. Antares Foundation (2005). *Managing Stress in Humanitarian Workers: Guidelines for Good Practice*. <http://www.ataresfoundation.org/download/Managing%20Stress%20in%20Humanitarian%20Aid%20Workers%20-%20Guidelines%20for%20Good%20Practice.pdf>
2. IASC (2005). Lista de Acciones 4.1: Contratar a personal de manera que desaliente la explotación y el abuso sexuales. *Guía sobre intervenciones para violencia por motivos de género en situaciones de asistencia humanitaria*, págs. 50 a 52. Ginebra: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf.

3. FICR (1999). *Política de voluntariado: Guía de implementación*. Ginebra: FICR

http://www.ifrc.org/docs/pubs/vol/volpol_impl-sp.pdf

4. Oxfam (2004). *Recruitment in Humanitarian Work*. http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm

5. People in Aid (2003). *Código de buenas prácticas en la gestión y apoyo al personal cooperante*.

<http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-es.pdf>

Ejemplos de indicadores de procesos

- Las organizaciones aplican una política de recursos humanos que consta por escrito y que especifica los procedimientos de contratación y las condiciones de empleo.
- Las organizaciones logran una contratación que tiene en cuenta a hombres y mujeres y a posibles grupos minoritarios.
- Los organismos declinan el ofrecimiento de asistencia de profesionales de salud mental extranjeros que no satisfacen los criterios básicos indicados más arriba.
- Las tareas clínicas u otras tareas de apoyo psicosocial de carácter interpersonal están a cargo primordialmente de personal nacional que está familiarizado con la cultura local.

Sri Lanka, 2005

- Después del tsunami de diciembre de 2004, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de numerosos países trabajaron con la Cruz Roja de Sri Lanka y aprovecharon la colaboración de sus voluntarios locales.
- Las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ayudaron a elaborar un marco conceptual común de apoyo psicosocial para la Sociedad de la Cruz Roja de Sri Lanka.
- Todo el personal y los voluntarios contratados por el movimiento recibieron capacitación acorde con principios similares, incluyendo capacitación en elementos culturales para el apoyo a la comunidad. Gracias a este esfuerzo de coordinación el personal local y los voluntarios pudieron compartir maneras alternativas de entender el trabajo psicosocial y comunitario.

Antecedentes

Durante las emergencias, es posible que haya muchas personas que dependan de la asistencia humanitaria para atender a sus necesidades básicas. Esta dependencia, junto con la alteración o la destrucción de los sistemas naturales de protección y ayuda mutua, (por ejemplo, las redes familiares), contribuye a establecer relaciones de poder intrínsecamente desiguales entre quienes prestan los servicios y quienes los reciben. En consecuencia, hay un alto potencial de abuso o explotación de la población beneficiaria, y a la vez tienden a disminuir las posibilidades de detectar dicho abuso y denunciarlo. Todos los organismos de asistencia humanitaria deben reconocer, considerar y abordar la posibilidad de que el personal de asistencia humanitaria cause daño, o bien abusando intencionalmente de posiciones de poder, o bien inadvertidamente, como consecuencia no intencional de una intervención.

A fin de reducir los daños, los trabajadores de asistencia humanitaria deben respetar las normas y estándares de conducta del personal, en particular el *Boletín del Secretario General sobre Medidas Especiales de Protección contra la Explotación Sexual y el Abuso Sexual*. Este boletín se aplica a todo el personal de las Naciones Unidas, incluyendo los órganos y programas administrados de manera independiente al personal de mantenimiento de paz, y al personal de todas las organizaciones que suscriban acuerdos de cooperación con las Naciones Unidas. Cada vez más, los donantes exigen que las organizaciones de asistencia adopten y pongan en práctica estas normas..

El Código de Conducta del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y ONGs, durante las operaciones en casos de desastre delinea los enfoques y normas de comportamiento que promueven la independencia, la eficacia y el impacto a que aspiran las ONG de asistencia humanitaria y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. En el año 2006, 393 organizaciones se habían adherido ya a ese código de conducta.

Es preciso acordar explícitamente y aplicar de manera amplia en todos los sectores las normas éticas que regiran el comportamiento profesional esperado del personal. En todas las intervenciones, debe considerarse y ponderarse desde un principio el potencial de causar daño inintencionado. Por ejemplo en la recopilación de datos para el diseño y desarrollo de servicios eficaces; hay que ponderar cuidadosamente los beneficios y los riesgos de dar esa información para los

individuos y las comunidades. Un requisito inicial, mínimo y esencial, de cualquier diagnóstico de situación, informe de investigación o de seguimiento, es considerar la manera de no despertar expectativas al hacerlo, minimizar los daños al hacer preguntas, obtener el consentimiento informado de las personas, y proporcionar salvaguardas cuando se trabaja con niños y jóvenes.

La existencia de un código de conducta o de estándares éticos consensuados no previene por sí misma el abuso o la explotación. La obligación de rendir cuentas entraña que todo el personal, y las propias comunidades, estén informados acerca de las normas, que las hagan suyas y que comprendan su pertinencia y su aplicación. Debe haber una cultura de organización que apoye y proteja a “quienes observen y denuncien estos hechos”, así como mecanismos de presentación de denuncias que sean accesibles y merezcan la confianza de las poblaciones, incluso las más aisladas y/o más vulnerables (y por ende, las que mayor riesgo corren de ser objeto de abuso) y donde puedan acudir a plantear sus preocupaciones de manera confidencial.

Es necesario que haya procedimientos establecidos de investigación y debe capacitarse al personal para que investigue de manera delicada, pero rigurosa. Es menester que haya sistemas establecidos para apoyar a las personas que deseen presentar en mandos legales contra presuntos funcionarios perpetradores. Es necesario que los sistemas, en todos sus componentes, tengan en cuenta las necesidades de seguridad y protección de todos quienes estén involucrados en estos incidentes: víctimas, denunciantes, testigos, investigadores así como los sujetos de la denuncia, o presuntos funcionarios perpetradores.

Principales acciones

1. Establecer dentro de cada organización un código de conducta que consagre las normas éticas de buena conducta ampliamente aceptadas internacionalmente para los trabajadores de asistencia humanitaria.
2. Informar y recordar regularmente a todos los trabajadores de asistencia humanitaria, tanto los que ya se desempeñan como los recientemente contratados, cuáles son las normas mínimas de comportamiento, sobre la base de códigos explícitos de conducta y directrices éticas. Esto se aplica a todos los trabajadores, al personal de contratación internacional y de contratación nacional, a los voluntarios y a los consultores, y a todos los contratados de entre la población afectada. La información de los trabajadores acerca de sus responsabilidades se hará no solamente

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

3. Establecer un mecanismo interinstitucional de control (por ejemplo, del tipo de la Red de coordinadores propuesta por el Secretario General de las Naciones Unidas) a fin de que además de acatar el código de conducta, también se asegure su cumplimiento. Este mecanismo debe procurar:

- Intercambiar información y datos sobre experiencias adquiridas, a fin de mejorar el funcionamiento de los sistemas;
- Difundir conjuntamente entre las comunidades afectadas información acerca de los códigos de conducta;
- Coordinar otras actividades, incluyendo la capacitación del personal, mecanismos de vigilancia y seguimiento, procedimientos de investigación, etc., para prevenir los casos de explotación y abuso sexual y adoptar las medidas necesarias;
- Establecer sistemas que respondan apropiadamente cuando la acusación afecte a personal de varias organizaciones diferentes o cuando no se pueda identificar de inmediato al individuo y/u organización presuntamente culpable.

4. Establecer mecanismos accesibles, seguros y fiables que:

- Demuestren el compromiso de confidencialidad;
- Sean sensibles a las cuestiones de cultura edad y género;
- Tomen en cuenta la seguridad y el bienestar del superviviente como elemento clave;
- Velen por la remisión de la víctima/superviviente a los servicios apropiados, incluyendo servicios médicos y jurídicos, y a los que ofrecen apoyo psicosocial;
- Preserven el carácter confidencial de quien expresa la queja

5. Informar a las comunidades acerca de las normas y las guías éticas y la manera en que pueden plantear sus quejas confidencialmente, y ante quién pueden hacerlo.

6. Velar por que todo el personal comprenda que debe informar acerca de cualquier queja tan pronto como se plantee. Su obligación es informar de buena fe; no es investigar la acusación.

7. Utilizar protocolos de investigación que se ajusten a normas aceptadas, como el Modelo del IASC sobre Procedimientos para Denuncias e Investigaciones (véanse Referencias más abajo).

8. Adoptar medidas disciplinarias apropiadas contra el personal que haya cometido infracciones comprobadas al código de conducta y las directrices éticas.

9. Establecer una respuesta consensuada en casos de que el presunto comportamiento constituya un acto delictivo, o bien en el país anfitrión, o bien en el país de origen del presunto funcionario perpetrador. Como mínimo, esto requiere que no se adopten medidas administrativas que perturben los procedimientos judiciales, salvo cuando sea imposible garantizar un trato equitativo o humano al funcionario o éste sea sumamente improbable.

10. Mantener registros por escrito de las infracciones a los códigos de conducta cometidas por los trabajadores, a fin de mejorar la eficacia de ulteriores recomendaciones y permitir verificaciones de antecedentes para futuras contrataciones.

Principales referencias

1. Horizons, Population Council, Impact, Family Health International (2005). Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings. www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf
2. IASC (2004). Model Complaints Referral Form (Sexual Exploitation and Abuse). <http://www.icva.ch/cgibin/browse.pl?doc=doc00001187>
3. IASC (2004). Model Information Sheet for Communities. <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001186>
4. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Focal Points on Sexual Exploitation and Abuse. <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001185>
5. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Networks on Sexual Exploitation and Abuse. <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001184>
6. Consejo Internacional de Organismos de Asistencia Voluntaria (ICVA) [de próxima publicación]. *Building Safer Organisations*. Ginebra: ICVA.
7. FICR y CICR (1994). Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento

Antecedentes

Todos los trabajadores tanto nacionales como internacionales, desempeñan un papel fundamental en la provisión de servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en contextos de crisis. Por ello, es preciso que estén dotados de conocimientos teóricos y prácticos adecuados. La capacitación debería prepararles para proporcionar aquellas respuestas consideradas como prioritarias en los diagnósticos de necesidades (véase las Listas de Acciones 1.1 y 2.1).

Si bien el contenido de la capacitación puede tener algunos componentes similares en distintos tipos de emergencia, la mayoría de elementos debe modificarse en función de la cultura, el contexto, las necesidades y las capacidades de la población local y la situación y no pueden transferirse automáticamente de una emergencia a otra. Las decisiones acerca de quiénes han de recibir capacitación y sobre la modalidad, el contenido y la metodología del aprendizaje variarán según las condiciones de la emergencia y las capacidades de los propios trabajadores. Si los trabajadores están insuficientemente formados y capacitados o carecen de las aptitudes y la motivación apropiadas, pueden causar graves daños a las poblaciones a las que tratan de ayudar.

La capacitación básica puede organizarse mediante Talleres o Seminarios breves de formación, seguidos por un trabajo de apoyo y supervisión permanentes. Los Talleres deberían tener una orientación práctica y centrarse en habilidades, conocimientos básicos y normas éticas y directrices esenciales, necesarios para la respuesta en crisis. Los seminarios deben ser participativos, estar adaptados a la cultura y el contexto locales y utilizar modelos de aprendizaje en que los participantes sean a la vez formadores y formandos.

Principales acciones

1. Preparar un plan de capacitación estratégico, integral, oportuno y realista. Todas las organizaciones en tareas de SMAPS deberían contar con él. Los planes deben coordinarse e integrarse entre los diferentes actores y observar las directrices establecidas en el diagnóstico general de problemas y recursos realizado previamente (véanse las Listas de Acciones 1.1 y 2.1).

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

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

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

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

9. ACNUR- Código de conducta – *Incluyendo Boletín del Secretario General sobre medidas especiales de protección contra la explotación sexual y el abuso sexual* (ST/SGB/2003/13)

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

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

<http://www.psicosocial.net>

10. Naciones Unidas (2004). *Medidas especiales de protección contra la explotación sexual y el abuso sexual: Informe del Secretario General (A/58/777)*. Naciones Unidas (2004). *Medidas especiales de protección contra la explotación sexual y el abuso sexual: informe del secretario general (A/58/777)*

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

Ejemplo de indicadores de proceso

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

Kenya, 2003

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

2. Seleccionar a formadores competentes y motivados.

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

- Sensibilidad cultural y conocimientos básicos acerca de las actitudes y prácticas culturales y los sistemas locales de apoyo mutuo;
- Estabilidad emocional;
- Buenos conocimientos acerca de la respuesta de emergencia de SMAPS, incluyendo una visión adecuada del valor de las respuestas integradas con otras organizaciones;
- Experiencia anterior en trabajo psicosocial o comunitario en emergencias;
- Buenos conocimientos en los temas que se impartan, pensados para intervenciones prácticas e inmediatas de SMAPS.

3. Utilizar metodologías de aprendizaje que faciliten la aplicación inmediata de lo aprendido.

- Utilizar una modalidad de enseñanza participativa (por ejemplo, sociodramas, role playing, diálogo y resolución de problemas en grupo, etc.) que involucren activamente al capacitando.
- Utilizar modelos de aprendizaje en que los participantes sean a la vez formandos y formadores.
- Capacitar a los participantes en el idioma local o, cuando esto no es posible, trabajar con intérpretes.
- Utilizar materiales audiovisuales y de referencia adaptados a las condiciones locales (por ejemplo, si no se dispone de electricidad, evitar dar presentaciones en PowerPoint).
- Utilizar las aulas para la enseñanza teórica y la práctica inicial de habilidades (por ejemplo, role playing, entre otras técnicas).
- Utilizar capacitación directa in-situ a fin de practicar las habilidades adquiridas en lugares iguales o parecidos a la zona afectada por la emergencia.
- Distribuir materiales de referencia por escrito en lenguaje accesible, incluyendo manuales con guías operacionales concretas (si están disponibles).

- Llevar a cabo evaluaciones inmediatas de la capacitación (por los formadores, los capacitandos y las poblaciones a las que se presta asistencia) para beneficiarse con las experiencias adquiridas.

4. Adaptar los medios de aprendizaje a las necesidades de las personas a capacitar.

Los seminarios breves (de medio día o un día de duración) deberían proporcionar conocimientos teóricos y prácticos, básicos, esenciales y funcionales con respecto a las necesidades psicosociales, los problemas y los recursos disponibles para todos los que trabajan en cada uno de los niveles de respuesta. Es preferible organizar los seminarios de orientación antes de que las personas inicien su trabajo.

Los posibles participantes son todos los trabajadores que prestan asistencia en todos los sectores (particularmente, servicios sociales, salud, educación, protección y sectores de respuesta en crisis). Esto incluye a trabajadores remunerados y no remunerados, de contratación nacional e internacional, de organizaciones de asistencia humanitaria y del gobierno. En función de la situación, los seminarios de orientación también pueden incluir a líderes comunitarios, hombres, mujeres y jóvenes, incluyendo en determinados contextos, a líderes religiosos, tribales o de grupos étnicos.

Seminarios de capacitación. Para quienes trabajan en servicios más focalizados o especializados de SMAPS (véanse los dos niveles superiores de la pirámide en el [gráfico 1, Capítulo 1](#)), se recomienda una formación con conocimientos teóricos y prácticos más amplios

- La duración y el contenido de los seminarios de capacitación han de variar según las necesidades y las capacidades de las personas a formar. Cuando el personal carece de experiencia, será necesario que el período de capacitación sea más prolongado.
- Debe elegirse el momento de impartir los seminarios de modo que no interfiera con la provisión de respuestas de emergencia.
- Se recomienda utilizar módulos breves y progresivos que brinden un aprendizaje acumulativo, debido a que esto: a) limita la necesidad de apartar al personal de otras obligaciones durante períodos prolongados; y b) posibilita que el personal practique los conocimientos adquiridos durante los intervalos entre las sesiones sucesivas de capacitación. Utilizar módulos breves significa que cada módulo ha de durar sólo pocas horas o pocos días (según la situación). Además, cada módulo ha de ir seguido de apoyo y supervisión de la práctica sobre el terreno, antes de introducir nuevos materiales educativos en el módulo siguiente, algunos días o semanas después.

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

5. Preparar el contenido de los seminarios de formación y capacitación directamente en relación con el trabajo de emergencia que se espera que haya que realizar .

El contenido de los Talleres breves de formación puede incluir los siguientes temas:

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

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

El contenido de los Talleres de capacitación puede incluir los siguientes temas:

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

6. Considérese la posibilidad de establecer programas de formación de formadores capacitando a personal local para que sea éste quien a su vez la imparta

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

7. Después de todo curso de capacitación ha de establecerse un sistema de seguimiento para observar, apoyar, proporcionar retroinformación y supervisar a todas las personas formadas, según proceda en cada situación.

La supervisión es importante para velar por que los conocimientos impartidos se pongan realmente en práctica. Muchos cursos de capacitación fracasan debido a que no hay un suficiente seguimiento ulterior. Todos los seminarios de capacitación deberían complementarse con seguimiento continuo, formación complementaria, apoyo sobre el terreno, retroalimentación y/o supervisión. Estas actividades posteriores deben planificarse correctamente antes de comenzar cualquier curso de capacitación. El seguimiento puede estar a cargo de los formadores o, alternativamente, de profesionales experimentados, colegas bien capacitados, una red de pares o una red de instituciones profesionales conexas (en función de su disponibilidad). Es particularmente necesaria una supervisión estrecha cuando se trata de personal recientemente contratado y en contacto directo con la población.

8. Documentar y evaluar la formación y la capacitación a fin de detallar las lecciones aprendidas, que puedan compartirse con el resto de actores para el perfeccionamiento de futuras respuestas.

Principales referencias

1. Baron N. (2006). 'The "TOT": A global approach for the Training of Trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counseling in Areas of Armed Conflict*, 4, 109-126. <http://www.interventionjournal.com/index1.html>
2. Jensen S.B. y Baron N. (2003). 'Training programs for building competence in early intervention skills'. In: *Reconstructing Early Intervention After Trauma*. Compiladores: Ørner R. y Schnyder U. Oxford University Press: Oxford.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. Psychosocial Working Group (2006). CD of training manuals from numerous organisations.
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
4. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra. Proyecto Esfera,
<http://www.psicosocial.net> y
http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf

5. Van der Veer G. (2006). 'Training trainers for counsellors and psychosocial workers in areas of armed conflict: some basic principles'. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counseling in Areas of Armed Conflict*, 4, 97-108.

<http://www.interventionjournal.com/index1.html>

6. Weine S. et al. (2002). *Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings*.

http://www.who.int/mental_health/resources/training_guidelines_for_trauma_interventions.pdf

Ejemplos de indicadores de proceso

- El contenido de los seminarios de capacitación se basa en el diagnóstico de necesidades.
- Los trabajadores de asistencia en todos los sectores pueden participar, en seminarios breves de formación que proporcionan conocimientos y habilidades funcionales básicas sobre salud mental y apoyo psicosocial.
- Los formadores tienen conocimientos y aptitudes previos en tareas afines.
- Después de la capacitación, se proporciona apoyo y supervisión sobre el terreno.

Sri Lanka, 2005

- Una ONG con una larga historia de trabajo psicosocial y comunitario con poblaciones afectadas por la guerra reorientó transitoriamente su labor para apoyar a los sobrevivientes del tsunami.
 - La ONG organizó seminarios breves orientados a la acción para brindar mejor apoyo a las personas que padecían problemas de salud mental y apoyo psicosocial atribuibles directamente al tsunami. Después de los seminarios, se proporcionó seguimiento a través del sistema propio de la ONG local, a través de sesiones semanales de supervisión.
-

Antecedentes

Las personas que trabajan en situaciones de emergencia suelen estar muchas horas bajo presión y en ocasiones con amenazas a su seguridad. Muchos trabajadores disponen de un insuficiente apoyo organizativo, y suelen manifestar que éste es al final el mayor factor de estrés. Además, el contacto con la miseria, el horror y los peligros a que están sometidos otros seres humanos es emocionalmente desgastante y puede acabar afectando la salud mental y el equilibrio de los trabajadores en tareas de asistencia, remunerados o voluntarios, tanto en el caso de los nativos como en el de los procedentes del extranjero.

La provisión de apoyo para mitigar las posibles consecuencias psicosociales de la labor en crisis es una obligación moral y una responsabilidad de las organizaciones que les contratan. Para proteger y promover el bienestar y ser más eficaces es necesario asegurar una respuesta sistémica e integrada antes, durante y después de las acciones en que colaboran personal de ayuda directa, administradores o cualquier otro tipo de personal.

La palabra “personal” se utiliza en esta Lista de Acciones para designar a trabajadores remunerados o voluntarios, de contratación nacional o internacional, (incluyendo a choferes e intérpretes), que trabajan en una organización de asistencia. En principio, las medidas de apoyo deberían ser las mismas para el personal nacional y el internacional. No obstante, hay algunas diferencias estructurales entre unos y otros.

Por ejemplo, el personal nacional suele contratarse en la zona en crisis y tiene mayores probabilidades de haber estado expuesto a situaciones o condiciones de muy alto grado de estrés. Además, esas personas y sus familias suelen estar imposibilitados de irse de la zona en crisis cuando empeora la situación de seguridad, a diferencia de los trabajadores internacionales, que suelen poder acceder a las operaciones de evacuación. Por otra parte, cuando se trata de trabajadores internacionales existen factores particulares de estrés como la separación respecto de su red de apoyo, el choque cultural y el ajuste a condiciones de vida difíciles. Éstas y otras diferencias a menudo quedan relegadas o no se toman en cuenta al brindar sistemas de apoyo. Las organizaciones de asistencia humanitaria deberían tratar de reducir las diferencias entre personal nacional e internacional.

Principales acciones

1. Asegurar la existencia de un plan concreto para proteger y promover la salud mental del personal en cada situación de emergencia en particular.

- Si bien los organismos, en su mayoría, tienen una *política* general sobre aspectos de apoyo en salud mental del personal en situaciones de emergencia, también deberían tener para cada emergencia en concreto un *plan* específico de apoyo al personal. Las actividades previstas en el plan deben formar parte del presupuesto general de la acción y guardar coherencia con los requisitos indicados más abajo.

2. Preparar al personal para que realice su trabajo y para el contexto de la crisis.

- Velar por que el personal nacional e internacional reciba información sobre: a) su trabajo (véase el punto 4 *infra*); y b) las condiciones reinantes en cuanto a condiciones físicas de seguridad, así como posibles cambios futuros en esas condiciones. Proporcionar al personal de contratación internacional (y, cuando sea apropiado, al personal de contratación nacional) información sobre el contexto sociocultural e histórico local, incluyendo:
 - Conocimientos básicos sobre la crisis y las percepciones de la población afectada con respecto al resto del mundo;
 - Información básica sobre las actitudes y prácticas culturales locales y los sistemas de organización social;
 - Información básica sobre comportamientos del personal que puedan resultar ofensivos en el marco sociocultural local.
- Velar por que el personal reciba una capacitación adecuada en cuestiones de protección y seguridad.
- Velar por que el personal esté informado acerca de una gama de factores estresantes y técnicas de manejo del mismo, así como todas las políticas en vigor de las diferentes entidades para brindar apoyo psicosocial al personal en caso de ser necesario.
- Velar por que se disponga de coordinadores experimentados en el lugar de actuación.

3. Facilitar condiciones saludables en los espacios de trabajo.

- Aplicar la política de cada organización para apoyo del personal, incluidas disposiciones sobre tiempos de reposo y recuperación (RyR). Cuando no existen en

el lugar oportunidades para actividades ajenas al trabajo, cabe considerar la posibilidad de ofrecer oportunidades más frecuentes de descanso y recuperación.

- Asegúrese que los alimentos y los suministros de higiene sean apropiados, teniendo en cuenta la religión y la cultura del personal.
- Vigilar y abordar los hábitos de riesgo, como el consumo indebido de alcohol.
- Facilitar un cierto grado de privacidad en el alojamiento, (por ejemplo, de ser posible, intentar proporcionar espacios separados para trabajar y para vivir).
- Definir las horas de trabajo y vigilar las horas extraordinarias. Tratar de dividir el volumen de trabajo personal de forma equitativa. Si durante las primeras semanas de una emergencia es imprescindible trabajar 24 horas diarias durante siete días a la semana, cabe considerar la posibilidad de organizar turnos rotatorios para el personal. Es preferible establecer turnos de ocho horas, pero cuando esto no es posible, la duración de un turno nunca debería exceder las 12 horas. Durante situaciones de emergencia, trabajar 12 horas y descansar otras 12 puede tolerarse durante una semana o dos, pero sería útil agregar medio día al calendario de descanso, aproximadamente cada cinco días. Cuanto más extremas son las temperaturas de calor o frío en un lugar, o cuanto más intenso es el estrés, tantos más períodos de descanso se necesitan.
- Facilitar las comunicaciones entre el personal y sus familias y otros mecanismos de apoyo preexistentes.

4. Abordar los posibles factores de estrés relativos al trabajo.

- Velar por que la descripción de funciones sea clara y esté actualizada:
 - Definir objetivos y actividades;
 - Confirmar que el personal haya comprendido claramente su papel y sus tareas;
 - Velar por líneas claras de gestión y comunicación.
- Evaluar diariamente las condiciones de seguridad y otras posibles fuentes de estrés propias de la situación.
- Velar por que haya suficientes suministros para la seguridad del personal (chalecos a prueba de balas, equipos de comunicación, etc.).
- Velar por la igualdad entre todos los trabajadores en la decisión individual de aceptar riesgos de seguridad. Es preciso no forzar al personal de contratación nacional a que asuma riesgos que no se permiten para el personal de contratación

internacional o que éste no está dispuesto a asumir.

- Organizar reuniones y sesiones informativas periódicas para el personal y los equipos.
- Velar por una supervisión adecuada y con sensibilidad cultural del personal de salud mental y apoyo psicosocial (incluyendo supervisión clínica) ([véase también la Lista de Acciones 4.3](#)).
- Fomentar el trabajo en equipo y abordar de manera directa los conflictos dentro de los equipos y otros aspectos negativos en la dinámica de grupo.
- Velar por un apropiado respaldo logístico y de suministro de materiales.
- Velar por que los responsables de la coordinación visiten regularmente la zona de crisis.

5. Asegurar el acceso a servicios de salud y apoyo psicosocial para el personal.

- Capacitar a parte del equipo en la provisión de apoyo entre pares, incluyendo la gestión del estrés y la provisión de primeros auxilios psicológicos (PAS) básicos ([véase la descripción de los PAS en la Lista de Acciones 6.1](#)).
- Para el personal de contratación nacional que tal vez no esté en condiciones de marcharse de la zona de crisis, cabe organizar su acceso a servicios culturalmente apropiados de salud física y mental o apoyo psicosocial (incluyendo si es preciso la atención psiquiátrica).
- Velar por que se pueda recurrir permanentemente a especialistas cuando haya problemas psiquiátricos graves en el personal (por ejemplo, ideas de suicidio, psicosis, pérdidas graves de control emocional depresiones graves o reacciones de ansiedad aguda que afecten el desempeño cotidiano, etc.). Es preciso considerar los efectos del estigma y la disposición del personal a recurrir a la asistencia de salud mental, evitando que pueda tener consecuencias negativas (por ejemplo, el personal internacional tal vez tema que quizás los envíen de regreso a su país inmediatamente si solicitan asistencia psicológica).
- Velar por que el personal disponga de medidas profilácticas, como inmunizaciones y medicamentos antipalúdicos, condones (preservativos) y (de ser apropiado), acceso a la profilaxis posterior a la exposición al contagio, y asegurar la disponibilidad de suficientes medicamentos adecuados para enfermedades físicas y frecuentes en el personal.
- Asegurar que haya disposiciones de evacuación o remisión a otros servicios por

problemas médicos (incluidos los de salud mental), incluyendo personal médico debidamente capacitado que acompañe a los evacuados.

6. Proporcionar apoyo a los trabajadores que han experimentado situaciones extremas (incidentes críticos, hechos potencialmente traumáticos) o que han sido testigos de ellas.

- Para todos los sobrevivientes de incidentes críticos, ofrecer de inmediato primeros auxilios psicológicos (PAS) (véase la [Lista de Acciones 6.1](#) donde figura una descripción al respecto). Como parte de los primeros auxilios psicológicos, cabe efectuar una evaluación preliminar y abordar las necesidades básicas y las preocupaciones de los sobrevivientes. Si bien debería ofrecerse a los sobrevivientes la oportunidad de hablar de lo sucedido, no debe empujarseles a que describan detalladamente esos hechos ni a que comuniquen a otros sobrevivientes o escuchen los detalles de las experiencias de los demás. Es preciso hablar de las técnicas existentes para hacer frente a la situación (tanto positivas como negativas) y debe desalentarse explícitamente el consumo de alcohol o estupefacientes como manera de sobrellevar la situación.
- Ofrecer materiales apropiados para el autocuidado (en la [Lista de Acciones 8.2](#) figuran orientaciones para desarrollar materiales). Estos deberían incluir información sobre cómo establecer contacto con un profesional de salud mental, en caso de que los sobrevivientes deseen solicitar ayuda por malestar psicológico a cualquier nivel.
- Cuando el malestar psicológico de los sobrevivientes es tan grave que limita su desempeño básico (o cuando se considera que acarrea riesgos para sí mismo o para los demás), deben dejar de trabajar y recibir asistencia inmediata por un profesional de la salud mental capacitado para dispensar tratamiento profesionalmente adecuado. Tal vez sea necesario realizar simultáneamente una evaluación médica.
- Es preciso velar por que un profesional de salud mental se ponga en contacto con todo el personal nacional e internacional (incluyendo intérpretes o traductores, choferes y voluntarios) que hayan sobrevivido a un incidente crítico y siga en contacto durante al menos uno a tres meses después del hecho, para cerciorarse de su desempeño y de cómo se sienten, y poder intervenir para ofrecer el tratamiento clínico apropiado a quienes padezcan problemas de adaptación que no hayan desaparecido de modo espontáneo a lo largo del tiempo.

7. Para el personal que ha participado en las tareas de ayuda, ofrecer apoyo posterior.

- El coordinador debería ofrecer una reunión de información técnica y de evaluación del desempeño al personal después de que éste ha finalizado su tarea.
- Después de una intervención sería deseable que los participantes pudieran acceder a un reconocimiento médico general, incluyendo un examen y una evaluación del impacto emocional, sufragados por el organismo que les contrató.
- Los mecanismos de apoyo deben estar a disposición del personal cuando éstos lo soliciten.
- Debe proporcionarse al personal materiales informativos sucintos para ayudarles a comprender y manejar el hipotético estrés posterior. Dichos materiales podrían potencialmente incluir listas actualizadas de profesionales de la salud mental a los cuales pueden recurrir, así como oportunidades de recibir apoyo de sus colegas.

Principales referencias

1. Action Without Borders/Idealist.org (2004). Pagina web con diversos manuales sobre manejo de estrés para trabajadores de ayuda humanitaria y sus familias (en inglés)
http://www.psychosocial.org/psychosocial/resources/field_aid_stressmgt.html
<http://www.psychosocial.org>
2. CARE International (2000). Manual de Seguridad y Prevención.
http://ngosecurity.googlepages.com/Spanish_CARE_International_Safety_and_Security_Handbook.pdf
y <http://www.psicosocial.net>
3. Antares Foundation (2005). *Managing Stress in Humanitarian Workers. Guidelines for Good Practice*. Amsterdam: Antares Foundation. www.ataresfoundation.org
3. Headington Institute (2005). Diversas referencias y módulos gratuitos de capacitación en línea para comprender y manejar el estrés que entraña la asistencia humanitaria. <http://www.headington-institute.org>
4. McFarlane C. (2004). 'Adjustment of humanitarian aid workers'. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. ISSN: 1174-4707, Volume 2004-1.
<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/mcfarlane.htm>
5. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (segunda edición).
http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf (Observación: Una posible limitación de este recurso es que fue preparado expresamente para ámbitos de desastre en países occidentales. En esta guía se describe una modalidad avanzada de primeros auxilios

Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores

Función: Organización comunitaria y apoyo a la comunidad

Etapa: Respuesta mínima

psicológicos, debido a que fue preparada para su uso por profesionales de la salud mental que habían recibido ya capacitación previa).

6. People in Aid (2003). *Código de buenas practicas en la gestion y apoyo al personal cooperante*.

<http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-es.pdf>. <http://www.psicosocial.net>

Ejemplos de indicadores de procesos

- La organización ha financiado planes para proteger y promover el bienestar del personal que trabaja en una crisis.
- Los trabajadores que pasan por un incidente crítico tienen acceso a primeros auxilios psicológicos.
- Los trabajadores que pasan por un incidente crítico pueden ser evaluados para detectar hipotéticos problemas de salud mental, y estos contactos continúan durante entre uno y tres meses después del incidente, ofreciéndose apoyo si es preciso.

País no especificado, 1999

- Después de un violento episodio de toma de rehenes, entre ellos funcionarios de una ONG internacional, todo el personal de contratación nacional e internacional recibió información operacional sobre cómo y dónde recibir apoyo en cualquier momento en que lo necesitara de un médico nacional o extranjero o de un agente de salud mental,.
- En los días siguientes al incidente, un técnico psicosocial organizó dos reuniones para que el personal pudiera expresar sus problemas. Se organizó la atención (y la evacuación por razones médicas) de una persona que padecía problemas de ansiedad grave.
- Un mes después, un voluntario capacitado se puso en contacto con cada una de las personas de contratación nacional e internacional implicadas en el incidente para interesarse por su estado y organizó puntualmente servicios de apoyo adicionales..

Antecedentes

En la medida de lo posible, la población afectada debe apropiarse y controlar los procesos de respuesta a una emergencia, y debe aprovechar sus propias estructuras de apoyo, lo que incluiría las estructuras previstas por los gobiernos locales. En esta Guía, la expresión “movilización de la comunidad” se refiere a las acciones realizadas desde dentro o desde fuera de la comunidad para involucrar a sus miembros (bien sea grupos de personas, familias, parientes, personas de la misma edad, vecinos u otros colectivos que tienen intereses comunes) en todos los debates, las decisiones y las medidas que les afecten y que afecten su futuro. A medida que las personas se van involucrando más, lo probable es que también vayan teniendo más confianza y estén en mejores condiciones de hacer frente a la situación y de desplegar mayores actividades en la reconstrucción de sus propias vidas y las de sus comunidades. En cada etapa, las actividades de ayuda deberían fomentar la participación, aprovechar lo que las personas ya estén haciendo y evitar hacer por las personas implicadas lo que éstas puedan hacer por sí mismas.

La participación de la comunidad puede ocurrir en diversos niveles, debiendo aspirarse al mayor posible:

- La comunidad controla en gran medida el proceso de asistencia y decide cuáles han de ser las intervenciones de asistencia, mientras el gobierno y las organizaciones no gubernamentales proporcionan promoción y apoyo directo.
- La comunidad o sus representantes tienen un papel de participación igualitaria en todas las decisiones y actividades importantes emprendidas en colaboración con las diversas entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y agentes comunitarios.
- La comunidad o sus representantes son consultados con respecto a todas las decisiones importantes.
- La comunidad actúa como asociado en la realización (por ejemplo, apoya la distribución de alimentos o las actividades de autoayuda), mientras que las decisiones importantes son adoptadas por entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales.

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

Medidas de importancia crítica en la movilización de la comunidad

- Reconocimiento por los miembros de la comunidad de que tienen intereses comunes y que serán más eficaces si colaboran (es decir, “necesitamos apoyarnos recíprocamente para hacer frente a esta situación”).
- Desarrollo de un sentido de responsabilidad y apropiación dimanados de ese reconocimiento (“esto es algo que nos afecta a todos y entre todos podemos hacer algo al respecto”).
- Puesta en común de los recursos y conocimientos propios de la comunidad y de las aptitudes y talentos individuales (“¿quién puede hacer o ya está haciendo algo; con qué recursos contamos; qué más podemos hacer?”).
- Puesta en común de las cuestiones prioritarias (“Lo que realmente nos preocupa es ...”).
- Estructuración y planificación de las actividades por los miembros de la comunidad utilizando sus propios recursos.
- Capacidad creciente de los miembros de la comunidad para desarrollar sus acciones y aumentar la eficacia de éstas.

Adaptado de Donahue and Williamson (1999), *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS, Displaced Children and Orphans Fund*

Es importante señalar que las comunidades suelen estar compuestas por múltiples subgrupos con diferentes necesidades que a menudo compiten por espacios de influencia y poder. Para facilitar una auténtica participación comunitaria es preciso comprender la estructura de poder local y las fuentes potenciales de conflicto comunitario.

Los aspectos políticos y la urgencia de la situación determinan cuál es el grado de participación más apropiado de los citados más arriba. En situaciones muy urgentes o peligrosas, tal vez sea necesario proporcionar servicios directos de ayuda con sólo unas pocas aportaciones de la comunidad. Involucrar a toda la comunidad cuando inadvertidamente los perpetradores están mezclados con las víctimas también puede redundar en situaciones de terror y masacres (como ocurrió, por ejemplo, durante la crisis de los Grandes Lagos en 1994). No obstante, en la mayoría

de los casos, es a la vez posible y deseable que haya niveles más altos de participación. La experiencia sugiere que lo probable es que muchos miembros de la comunidad funcionen suficientemente bien como para asumir papeles prominentes en la organización de las tareas de ayuda y que la inmensa mayoría puede ayudar en la puesta en práctica de actividades frente a la emergencia. Si bien algunos organismos externos de asistencia suelen aducir que carecen de tiempo para dialogar con los residentes locales, la realidad es que casi siempre por lo general, se dispone de suficiente tiempo para realizar ese trabajo.

No obstante, en ciertas situaciones es preciso adoptar precauciones. Con frecuencia, los procesos externos inducen a las comunidades a adaptarse a la agenda de las organizaciones de asistencia. Esto es un problema, especialmente cuando los organismos externos trabajan sin coordinarse entre sí. Por ejemplo, un año después del tsunami de 2004 que afectó el Asia sudoriental, en una encuesta psicosocial realizada puerta a puerta en una comunidad de 50 familias en la parte septentrional de Sri Lanka, la gente mencionó 27 ONG diferentes que ofrecían o proporcionaban ayuda. Un entrevistado dijo: “Acá nunca hubo líderes. La mayoría somos parientes. Cuando alguien tenía un problema, los vecinos acudían en su ayuda. Pero ahora hay quienes actúan como si fueran líderes, para negociar las donaciones con las ONGS. Los parientes ya no se ayudan entre sí”.

Como indica este ejemplo, cuando múltiples organismos persiguen de manera descoordinada altos grados de participación comunitaria cada uno con su propia agenda de cómo hacerlo, sin tener lazos profundos previos con la comunidad ni vínculos de confianza, es posible causar mayores daños al tejido social. Es particularmente importante facilitar las condiciones para que las comunidades puedan organizar por sí mismas las actividades de asistencia, en lugar de obligar a la comunidad a organizarse de acuerdo a una agenda externa preestablecida de cómo deben hacerse las cosas.

Principales acciones

1. Coordinar las actividades de movilización comunitaria .

- Es preciso identificar y coordinarse con los procesos que ya estén en marcha de movilización comunitaria (véase la [Lista de Acciones 1.1](#)). Las comunidades suelen tener líderes formales e informarles y estructuras organizativas que pueden ser útiles como coordinadores, aun cuando deben adoptarse precauciones para no excluir a determinadas personas que no participan en ellas.

- Es importante colaborar con los gobiernos locales cuando existen estructuras gubernamentales presentes en la zona.

2. Evaluar cuanto antes las condiciones políticas, sociales y de seguridad.

Además de examinar y recopilar información general sobre el contexto ([véase la Lista de Acciones 2.1](#)), es preciso:

- Observar y hablar oficiosamente con numerosas personas representativas de diferentes sectores de la comunidad afectada;
- Individualizar informantes clave, hombres y mujeres (líderes, maestros, sanadores, etc.) que pueden proporcionar información sobre: a) estructuras de poder, organización y adopción de decisiones en la comunidad, y b) normas culturales que se han de respetar y las dificultades y peligros a tener en cuenta al movilizar a la comunidad.

3. Recoger información sobre de qué manera se organiza la comunidad o se ha organizado antes para enfrentar crisis, así como cuáles son sus ideas acerca de la manera en que los diferentes organismos pueden participar en las acciones de atención a la emergencia. Las comunidades no son homogéneas: invariablemente, incluyen diversos subgrupos que difieren en intereses y grado de poder, aspectos que deben armonizarse. En consecuencia, es menester reunirse separadamente con diferentes subgrupos, definidos en función de su pertenencia a determinada religión o grupo étnico, afinidad política, género, edad y casta o clase socioeconómica. Cabe formular a los grupos preguntas como las siguientes:

- En anteriores emergencias, ¿cómo hicieron frente a la crisis?
- ¿De qué manera se están ayudando o se podrían ayudar unos a otros en la actualidad?
- ¿Quiénes son las personas o grupos que podrían contribuir a organizar el apoyo a los servicios de salud, organización de albergues, etc.?
- ¿Cómo puede cada sector de un campamento o un refugio “personalizar” su espacio?
- ¿Sería útil activar estructuras y procesos tradicionales de adopción de decisiones?
- En caso afirmativo, ¿qué puede hacerse para posibilitar que los residentes en refugios o albergues se agrupen por grupos de personas que ya se conocieran de

antes (por ejemplo, según el barrio o el clan familiar de pertenencia)?

- Si hay conflicto con respecto al uso de los recursos o las instalaciones, ¿cómo podría enfrentarlos la comunidad? ¿Cuáles son los procedimientos para el arreglo de diferencias?

4. Facilitar la participación de personas o grupos marginados.

- Tener presente los problemas de poder e injusticia social.
- Incluir a las personas o grupos marginados en la entrega de ayudas y en la planificación.
- Iniciar intercambios de ideas acerca de las maneras de ampliar los medios de acción de los grupos marginados y prevenir o mitigar su estigmatización o discriminación.
- Asegurar, en la medida de lo posible, que en esos intercambios de ideas se tome nota de las estructuras existentes de autoridad, incluidas las estructuras locales de gobierno.
- Involucrar a los jóvenes, que pueden ser un valioso recurso para la respuesta de emergencia, puesto que suelen estar en condiciones de adaptarse rápida y creativamente a situaciones en constante cambio.

5. Establecer desde un primer momento espacios seguros que permitan y faciliten entre los afectados la difusión y los intercambios sobre acciones de planificación.

Los espacios protegidos, que pueden ser abiertos o cerrados, posibilitan que los grupos se reúnan para planificar la manera de participar en la respuesta de emergencia. También permiten realizar actividades de autoayuda ([véase la Lista de Acciones 5.2](#)) o actividades religiosas y culturales ([véase la Lista de Acciones 5.3](#)). Los espacios protegidos pueden utilizarse también para apoyar y amparar a los niños ([véanse las Listas de Acciones 3.2 y 5.4](#)), para actividades de aprendizaje ([véase la Lista de Acciones 7.1](#)) y para comunicar a los miembros de la comunidad informaciones importantes ([véanse las Listas de Acciones 8.1 y 8.2](#)).

6. Promover procesos de movilización comunitaria.

- Si lo permiten las condiciones de seguridad, cabe organizar debates sobre el contexto social, político y económico y las causas de las crisis. Proporcionan a la gente un sentido de propósito y un significado a los hechos y puede constituir una poderosa fuente de apoyo psicosocial.

- Facilitar procesos de reflexión colectivos en que participen personas clave, grupos comunitarios o la comunidad en su conjunto, con respecto a:
 - Vulnerabilidades comunitarias que deben abordarse de inmediato y escenarios que pueden preverse para el futuro;
 - Capacidades y aptitudes comunitarias a las que puede recurrirse o que pueden reactivarse;
 - Posibles fuentes de resistencia detectadas por el grupo;
 - Mecanismos que hayan ayudado en el pasado a la comunidad a hacer frente a tragedias, situaciones de violencia y pérdidas;
 - Organizaciones (por ejemplo, grupos locales de mujeres, grupos de jóvenes o de profesionales, organizaciones sindicales o políticas) que podrían participar en el proceso;
 - Experiencias con éxito de afrontamiento de crisis que afectaron a otras comunidades.
- Una de las actividades básicas del proceso de movilización participativa es ayudar a que las personas efectúen conexiones entre lo que poseía previamente la comunidad, la situación en ese momento de sus miembros, cuáles son sus objetivos actuales y cuáles son los medios y maneras de alcanzarlos. Facilitar este proceso significa crear las condiciones para que las personas alcancen sus objetivos sin imposiciones externas y con tan pocas intrusiones como sea posible. De ser necesario, puede ser útil organizar actividades (por ejemplo, usando metodologías de educación popular) que puedan facilitar el diálogo y el intercambio en situaciones de crisis. Es preciso registrar este proceso de reflexión, si los recursos lo permiten, para comunicarlo a otras organizaciones que también trabajen en movilización comunitaria en la zona.
- El proceso expuesto debería conducir a debatir “planes de acción” para la emergencia que coordinen las actividades y distribuyen las obligaciones y responsabilidades, tomando en cuenta las prioridades acordadas por los afectados y la viabilidad de las acciones. La planificación también podría prever escenarios futuros a más largo plazo y determinar acciones para enfrentarlas de antemano. Es preciso comprender y deslindar claramente si la acción es responsabilidad de la propia comunidad o de agentes externos (por ejemplo, el Estado). Cuando la responsabilidad incumbe a la comunidad, puede formularse un plan de acción comunitario, mientras que si la responsabilidad incumbe a agentes externos, puede formularse un plan de cabildeo o abogacía ante las autoridades competentes.

Principales referencias

1. Save the Children. *Movilización y Organización de la Comunidad*
<http://www.savethechildren.net/arc/files/spanish/commmobsp.doc> y <http://www.psicosocial.net>
2. ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria*. <http://www.psicosocial.net> y http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
3. Donahue J. y Williamson J. (1999). *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS*. Displaced Children and Orphans Fund. http://pdf.dec.org/pdf_docs/pnacj024.pdf
4. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revisión 2007). *Camp Management Toolkit*. <http://www.flyktinghjelpen.no/?did=9072071>
5. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). *Paquete de actividades de la Lección de Vida*
<http://www.e-alliance.ch/media/media-5995.doc>
6. Segerström E. (2001). ‘Community Participation’ in *The Refugee Experience*, Oxford Refugee Studies Centre. http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp_tre/student/commpart/com_int.htm
7. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra. Proyecto Esfera. Estandar Comun 1: Participación. <http://www.psicosocial.net> y http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf
8. ACNUR (2002). *Manual para situaciones de emergencia*. [capítulos sobre organización y participación comunitaria] http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792 y <http://www.psicosocial.net>
9. ACNUR (2006). Herramientas para la evaluación participativa en operaciones. <http://www.psicosocial.net>
http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

Ejemplos de indicadores de procesos

- Se han establecido espacios protegidos que se utilizan para celebrar reuniones de planificación e intercambiar información.
- Los residentes locales realizan reuniones periódicas sobre la manera de organizar y poner en práctica la respuesta de emergencia.
- Los hombres, mujeres y jóvenes locales —incluyendo a aquellos que pertenecen a grupos marginados— participan en la adopción de las decisiones fundamentales.

México, 1985

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

Antecedentes

En todas las comunidades hay apoyos psicosociales eficaces establecidos espontáneamente. También hay recursos y fortalezas para hacer frente a la situación. En casi todos los grupos de personas afectadas por catástrofes hay personas a quienes recurren los miembros de la comunidad para obtener apoyo psicosocial en tiempos de crisis. Es preciso adoptar medidas cuanto antes para activar y fortalecer esos apoyos existentes en las familias y las comunidades y alentar ese espíritu de autoayuda.

Tiene importancia vital aplicar un enfoque de este estilo, debido a que las personas que han atravesado por experiencias abrumadoras tienen mejores niveles de salud mental y bienestar psicosocial cuando recuperan un cierto grado de control sobre sus vidas. Los grupos de personas afectadas suelen contar con estructuras oficiales y no oficiales que las facultan para organizarse y responder a las necesidades colectivas. Aun cuando esas estructuras se hayan desintegrado, es posible reactivarlas y brindarles apoyo como parte del proceso de respuesta eficaz a la emergencia. Al fortalecer los sistemas y estructuras locales de apoyo existentes y ampliarlos será posible proporcionar respuestas sostenibles y culturalmente apropiadas, de las que se apropien los residentes locales. Al adoptar ese enfoque, el papel de los organismos externos ya no es principalmente proporcionar servicios directos, sino facilitar los apoyos psicosociales que fomentan las capacidades de los recursos localmente disponibles.

Para facilitar el apoyo social y los mecanismos de ayuda mutua en la comunidad es preciso tener sensibilidad y pensamiento crítico. En las comunidades suele haber diversos subgrupos, con agendas y niveles de poder diferentes, que compiten entre sí. Es imprescindible que no se favorezca a determinados grupos en detrimento de otros, y es preciso incluir a personas que suelen ser “invisibles” o estar excluidas de las actividades de aquellos grupos.

Principales acciones

1. Identificar personas y grupos clave en la comunidad

Algunos ejemplos serían los ancianos con autoridad, los líderes comunitarios (incluyendo líderes gubernamentales locales), los sanadores tradicionales, los líderes o grupos religiosos, los maestros, los agentes de salud y trabajadores de salud

mental, los trabajadores sociales, los grupos de jóvenes y de mujeres, las asociaciones vecinales, los líderes sindicales y los líderes empresariales. Una estrategia valiosa es poder recopilar información sobre los recursos locales (véase también la [Lista de Acciones 2.1](#)), preguntando a los miembros de la comunidad a quién recurren en procura de ayuda en tiempos de crisis. Lo probable es que determinados nombres o grupos de nombres sean mencionados repetidamente, lo cual apunta a que se trate de posibles fuentes de apoyo en la población afectada.

- Es preciso reunirse y hablar con las personas que pueden ayudar, incluyendo las que son miembros de grupos marginados, y preguntarles su disponibilidad.
- Es necesario determinar cuáles son los grupos o mecanismos sociales que funcionaban antes de la catástrofe y que podrían reactivarse para contribuir a satisfacer las necesidades inmediatas, entre ellos: grupos de trabajo colectivo, grupos de autoayuda, grupos de ahorro rotativo y crédito, sociedades encargadas de ritos fúnebres y grupos de jóvenes y de mujeres.

2. Facilitar la selección por la comunidad de las acciones prioritarias mediante un diagnóstico de situación participativo u otros métodos con participación de los interesados.

- Individualizar los mecanismos de apoyo disponibles, profesionales o no profesionales, que podrían ser activados o fortalecidos de inmediato.
- Promover un proceso colectivo de reflexión acerca del pasado, el presente y el futuro, como base de la planificación. Hacer una lista de los apoyos que funcionaban en el pasado y que fueron perturbados por la crisis, e intentar reactivar apoyos útiles. Reflexionar sobre las perspectivas a largo término y no solo las medidas inmediatas.
- Es conveniente intercambiar ideas con personas o grupos comunitarios clave acerca de:
 - Organizaciones que en el pasado enfrentaron crisis y que puede ser útil reactivar;
 - Mecanismos (rituales, festivos, grupos de mujeres, etc.) que en el pasado ayudaron a los miembros de la comunidad a hacer frente a tragedias, violencias o pérdidas;
 - Cómo la situación reinante ha perturbado la organización social.
 - Cómo fueron afectadas las personas por la crisis;
 - Qué prioridades deberían adoptar las personas para avanzar hacia el futuro a que aspiran;

- Qué acciones facilitarían la consecución de sus objetivos prioritarios;
- Qué experiencias organizativas se han realizado en comunidades vecinas que han tenido éxito.
- Los resultados de este proceso deben comunicarse al grupo coordinador (véanse [las Listas de Acciones 1.1 y 2.1](#)).

3. Apoyar iniciativas comunitarias, alentando activamente las que promueven el apoyo familiar y comunitario a todos los miembros afectados por la emergencia, especialmente a quienes corren mayores riesgos.

- Determinar qué están haciendo ya los miembros de las poblaciones afectadas para ayudarse a sí mismos y mutuamente, y buscar maneras de reforzar esas acciones. Por ejemplo, si están organizando actividades educacionales, pero necesitan recursos básicos, como papel y útiles de escritorio, cabe apoyar sus actividades aportando lo necesario (pero prestando atención a no crear dependencia). Es preciso preguntar regularmente qué se puede hacer para apoyar las acciones locales.
- Apoyar las iniciativas comunitarias sugeridas por miembros de la comunidad durante el diagnóstico participativo de la situación, según proceda.
- Alentar, según sea necesario, la formación de grupos, particularmente los que se basan en otros preexistentes, para que realicen actividades de organización, planificación y ayuda mutua.

4. Alentar y reforzar actividades adicionales para el apoyo familiar y comunitario a todos los miembros de la comunidad afectados por la emergencia y especialmente, a quienes corren mayores riesgos.

Además de apoyar las iniciativas de la propia comunidad, pueden considerarse otras iniciativas pertinentes. Es preciso facilitar procesos de la comunidad para: a) seleccionar las actividades que recibirán apoyo; b) diseñar, realizar y supervisar las actividades seleccionadas; y c) apoyar y facilitar la remisión de personas a otros servicios. En el recuadro a continuación se ofrecen ejemplos de actividades pertinentes:

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

- Organizar grupos que consideren las maneras en que la comunidad puede ayudar a los grupos vulnerables y necesitados de protección y apoyo, detectados en el diagnóstico de situación (véase la Lista de Acciones 2.1);
- Establecer comités comunitarios de protección a la infancia que detecten a los niños en situación de riesgo, los vigilen, intervengan siempre que sea posible y remitan sus casos a las autoridades de protección o a los servicios comunitarios, según sea apropiado (véase la Lista de Acciones 3.2);
- Organizar, siempre que sea posible, hogares de guarda estructurados y supervisados, en lugar de orfanatos, para los niños separados de sus familias (véase la Lista de Acciones 3.2);
- Buscar a los miembros de las familias desmembradas y facilitar la reunificación familiar para todos los grupos de edades (véase la Lista de Acciones 3.2);
- Proteger a los niños de la calle y a los niños anteriormente reclutados por fuerzas combatientes, y reintegrar esos niños en la comunidad;
- Organizar actividades que faciliten la inclusión en redes sociales de personas aisladas (huérfanos, viudas, viudos, ancianos, personas que padecen discapacidades graves o carecen de familia) en redes sociales;
- Organizar grupos de apoyo y de actividad para mujeres, según sea apropiado;
- Formular programas de apoyo a la crianza de los hijos;
- Apoyar clubes deportivos y de jóvenes y otras actividades recreativas, por ejemplo, en beneficio de adolescentes que corren riesgo de consumo de alcohol o presentar problemas sociales y del comportamiento;
- Restablecer las celebraciones culturales y religiosas normales para todos (véase la Lista de Acciones 5.3);
- Establecer grupos permanentes para intercambiar ideas acerca de la salud mental y el apoyo psicosocial de los miembros de la comunidad;
- Establecer redes que vinculen a las comunidades afectadas con organismos de asistencia, entidades gubernamentales y diversos servicios;
- Aprovechar las prácticas comunitarias de curación (véase la Lista de Acciones 5.3);
- Propiciar otras actividades que ayuden a los miembros de la comunidad a

obtener o recuperar el control de sus vidas;

- Realizar actividades que promuevan la solución no violenta de los conflictos, por ejemplo, intercambio de ideas, representaciones teatrales y canciones, actividades conjuntas por miembros de grupos en pugna, etc.;
- Propiciar actividades estructuradas para los niños y los jóvenes (educación extraescolar y espacios acogedores para los niños) (véase la Lista de Acciones 7.1);
- Organizar el acceso a la información acerca de: lo que está sucediendo, los servicios disponibles, las personas desaparecidas, la seguridad, etc. (véase la Lista de Acciones 8.1);
- Organizar el acceso a albergues y servicios básicos (véanse las Listas de Acciones 9.1, 10.1 y 11.1).

5. Ofrecer sesiones breves y participativas de capacitación, según corresponda (véase la Lista de Acciones 4.3), además de apoyo ulterior.

Cuando la organización local sea incompleta o demasiado débil para alcanzar determinados objetivos, puede ser útil capacitar a trabajadores de la comunidad, incluyendo voluntarios, para entre otras cosas:

- Comprender y mitigar las necesidades especiales de los miembros de la comunidad que experimentan dificultades en su funcionamiento cotidiano;
- Elaborar y ofrecer apoyos culturalmente apropiados;
- Proporcionar apoyo básico, es decir, primeros auxilios psicológicos, a quienes padecen angustia después de estar expuestos a situaciones traumáticas extremas (véase la Lista de Acciones 6.1);
- Crear grupos de madres e hijos para conversar y proporcionar estímulo a los niños de corta edad (véase la Lista de Acciones 5.4);
- Proporcionar a las familias, según sea apropiado, conocimientos acerca de la crianza de los hijos y las estrategias para que las familias resuelvan problemas;
- Identificar y proteger a los niños separados de sus familias y brindarles atención;
- Incluir a las personas discapacitadas en diversas actividades;
- Apoyar a las sobrevivientes de la violencia por motivos de género;
- Contribuir a la recuperación e integración de niños, tanto varones como niñas, que fueron reclutados por fuerzas combatientes;

- Establecer grupos de autoayuda;
- Involucrar a los jóvenes, por ejemplo, en actividades de liderazgo, clubes de juventud, diálogo para resolver conflictos, educación sobre salud reproductiva y otras.
- Involucrar a adultos y adolescentes en actividades concretas con claros propósitos y que sean de interés común (por ejemplo, construir y organizar albergues, organizar búsquedas de familiares desaparecidos, cocinar y distribuir alimentos, proporcionar saneamiento, organizar campañas de inmunización, impartir enseñanza a los niños);
- Remitir a las personas afectadas a los servicios jurídicos, de salud, de nutrición y sociales que sean pertinentes y apropiados y estén disponibles.

6. Cuando sea necesario, promover en la comunidad y fuera de ella que se atienda a las personas marginadas y vulnerables.

En general, quienes ya estaban marginados antes de una crisis reciben escasa atención y permanecen invisibles y carentes de apoyo, durante la crisis y después de ésta. La marginación y la invisibilidad causan gran angustia. Los trabajadores de asistencia humanitaria pueden abordar este problema vinculando su labor con la justicia social, haciéndose oír en representación de personas que de otro modo serían pasadas por alto y posibilitar que las personas marginadas hablen por sí mismas en su propio beneficio.

Principales referencias

1. IASC (2005) *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias*. Ginebra. IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20G enero.pdf> y <http://www.psicosocial.net>
2. FICR (2003). *Apoyo psicológico basado en la comunidad. Manual de Formación*. Ginebra
http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/PSP_Manual_sp.pdf
3. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revisión 2007). *Camp Management Toolkit*. <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
4. Pretty J.N. and Vodouhê D.S. (1997). 'Using rapid or participatory rural appraisal'. FAO: Nueva York.
<http://www.fao.org/docrep/W5830E/w5830e08.htm>
5. M. Exposito Verdejo. Diagnóstico Rural Participativo: Una Guía Práctica. <http://www.centropoveda.org/publicaciones/series/comdid/descarga%20comdid/Diagnostico%20Rural%20Participativo.pdf> y <http://www.psicosocial.net>

6. Refugee Studies Centre and UNICEF (2002). 'Addressing the needs of children, their families and communities', in *Working with Children in Unstable Situations – Principles and Concepts for Psychosocial Interventions* (versión preliminar), págs. 47 a 79.

<http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/1Disaster-general/WorkWithChild.UnstableSitua.pdf>

7. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). *Paquete de actividades de la Lección de Vida*
<http://www.e-alliance.ch/media/media-5995.doc> y <http://www.psicosocial.net>

8. Save the Children (1996). *Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and approaches*.

<http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychsocwellbeing2.pdf>

Ejemplos de indicadores de proceso.

- Se han tomado medidas para identificar, activar y fortalecer los recursos locales que apoyan la salud mental y el bienestar psicosocial.
- Los procesos y las iniciativas comunitarios incluyen y apoyan a las personas que corren mayores riesgos.
- De ser necesario, se ofrecen breves cursos de formación para fomentar la capacidad de los apoyos locales.

Bosnia, decenio de 1990

- En Bosnia, después de las guerras del decenio de 1990, muchas mujeres campesinas que habían sido víctimas de violación sexual y padecido pérdidas necesitaban apoyo psicosocial pero no querían hablar con psicólogos o psiquiatras debido a que ello generaba vergüenza y entrañaba estigma.
- De conformidad con una práctica que existía antes de la guerra, las mujeres se reunieron en grupos para hacer tejidos de punto, beber café y de paso apoyarse recíprocamente.
- Los organismos externos desempeñaron funciones de facilitación proporcionando pequeñas sumas para sufragar materiales, como lana para tejer, y estableciendo servicios de apoyo para remisión de las personas que los necesitaran.

Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas

Función: Movilización comunitaria y apoyo a la comunidad

Etapa: Respuesta mínima

Antecedentes

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

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

A fin de abordar esos tipos de estrés colectivo, es preciso posibilitar las prácticas culturales, espirituales y religiosas apropiadas. Los ritos fúnebres o relativos a la muerte favorecen el proceso de duelo y pueden aliviar el estrés. En algunos lugares, las ceremonias de purificación y curación contribuyen a la recuperación y la reintegración. Cuando las poblaciones son devotas, la fe o prácticas como la plegaria proporcionan apoyo y significado en circunstancias difíciles. Al comprender y, según sea apropiado, posibilitar o apoyar las prácticas culturales de curación, es posible acrecentar el bienestar psicosocial de muchos sobrevivientes. Por otra parte, cuando se dejan de lado esas prácticas, se puede prolongar el malestar y posiblemente causar daños, al marginar modalidades culturales útiles para hacer frente a la situación. En muchos casos, colaborar con líderes y recursos religiosos es una parte esencial del apoyo psicosocial en emergencias.

La colaboración con religiones o culturas locales a menudo obliga a los trabajadores no locales a considerar percepciones del mundo muy diferentes de las propias. Dado que algunas prácticas locales son nocivas (por ejemplo, cuando se

combina la política con la espiritualidad y la religión), los trabajadores de asistencia humanitaria deben ser capaces de tener un pensamiento crítico y apoyar las prácticas y los recursos locales sólo cuando sean compatibles con las normas internacionales de derechos humanos.

Principales acciones

1. Establecer contacto con líderes religiosos y espirituales locales y otras fuentes de información cultural para conocer sus opiniones sobre la manera en que fueron afectadas las personas y las prácticas para apoyarlas.

Entre las medidas principales figuran las siguientes:

- Pasar revista a los diagnósticos de situación existentes ([véase la Lista de Acciones 2.1](#)) para no formular las mismas preguntas;
- Ponerse en contacto con líderes religiosos y espirituales locales, de preferencia por intermedio de un entrevistador perteneciente al mismo grupo étnico o religioso, para conocer mejor sus puntos de vista (véase la Acción Principal 3 infra). Dado que en la población afectada tal vez haya distintos grupos y diferentes orientaciones, es importante ponerse en contacto con todos los grupos y orientaciones principales. Al formular preguntas se ponen de manifiesto cuestiones espirituales y religiosas, y los conocimientos que así se adquieren pueden orientar la asistencia hacia el apoyo a recursos locales que mejoran el bienestar psicosocial.

2. Demostrar sensibilidad ética.

Es preciso trabajar en el idioma local, formulando preguntas que sean apropiadas a juicio de una persona idónea en cuestiones culturales utilizando un intérprete avezado, de ser necesario. Tal vez sea difícil que los sobrevivientes comuniquen a extraños información sobre su religión o su espiritualidad, particularmente en casos de genocidio y conflictos armados en que se atacaron las creencias religiosas y las identidades étnicas.

La experiencia recogida en muchas emergencias indica que los trabajadores de asistencia humanitaria pueden tener una comunicación fluida con líderes religiosos o espirituales si les demuestran respeto y les explican que el propósito es conocer la manera mejor de ayudar a las personas afectadas y evitar prácticas que resulten culturalmente reprobables. Se necesita sensibilidad ética y tacto ante

algunas prácticas espirituales y religiosas (por ejemplo, la inmolación de las viudas). ante las que es necesario mantener una perspectiva crítica. Solo deben apoyarse las prácticas religiosas y espirituales que respeten las normas de derechos humanos. La difusión mediática de determinadas prácticas religiosas o ceremonias de carácter tradicional puede ir contra las normas culturales y sólo se debería permitir cuando medie el consentimiento pleno de los miembros de la comunidad.

3. Aprender cuáles son los apoyos religiosos y espirituales y los mecanismos para hacer frente a la situación.

Una vez que se han establecido relaciones de intercambio respetuoso con los líderes, cabe formular preguntas como las siguientes:

- A su juicio, ¿cuáles son las causas y los efectos espirituales de la emergencia?
- ¿Cómo ha afectado cultural o espiritualmente a las personas esta situación?
- Cuando una persona muere, ¿cuál es la manera correcta de actuar?
- ¿Hay ritos o prácticas adecuados? y ¿cuál sería el momento apropiado para realizarlos?
- ¿Quién es la persona más indicada para proporcionar orientación sobre la manera de conducir esos ritos y de proceder para el entierro de los cadáveres?
- ¿Hay en la comunidad personas que se beneficiarían mucho con ritos especiales de purificación o curación, y por qué razón?
- ¿Está usted dispuesto a asesorar a los trabajadores internacionales presentes en esta localidad sobre lo que podrían hacer para apoyar espiritualmente a las personas y evitar daños espirituales?

De ser viable, cabe repetir las visitas para crear confianza y aprender más acerca de las prácticas religiosas y culturales locales. Además, de ser posible, es recomendable “triangular” la información recogida consultando a antropólogos u otras personas que conozcan a fondo la cultura y las prácticas locales.

4. Durante las reuniones sectoriales y de coordinación, comunicar la información recopilada a los agentes de asistencia humanitaria.

Es conveniente comunicar la información recogida a los colegas de diferentes sectores, incluyéndola en las reuniones intersectoriales de coordinación de SMAPS y en otras oportunidades, a fin de crear conciencia acerca de cuestiones y prácticas

culturales y religiosas. Señálese el posible perjuicio que puede resultar, por ejemplo, de enterramientos en masa y sin ceremonias o la entrega de alimentos u otros materiales que se consideran ofensivos por razones religiosas.

5. Facilitar las condiciones para realizar prácticas terapéuticas apropiadas.

La función de los agentes de asistencia humanitaria es facilitar el uso de prácticas que las personas afectadas consideran importantes y que sean compatibles con las normas internacionales de derechos humanos. Entre las medidas principales figuran las siguientes:

- Colaborar con líderes escogidos para determinar la manera de facilitar prácticas apropiadas;
- Detectar los obstáculos (por ejemplo, falta de recursos) para conducir esas prácticas;
- Eliminar los obstáculos (por ejemplo, proporcionar espacios para celebrar ritos, y recursos, por ejemplo, alimentos para los huéspedes del funeral y materiales para entierros);
- Aceptar, según sea apropiado, las prácticas combinadas existentes (por ejemplo, prácticas locales mezcladas con prácticas occidentales).

Principales referencias

1. OPS/OMS (2004). *Manejo de cadáveres en situaciones de desastre*. Washington. OPS.
<http://www.paho.org/spanish/DD/PED/ManejoCadaveres.pdf>
2. Psychosocial Working Group (2003). *Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Conceptual Framework*. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/Conceptual%20Framework.pdf>
3. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra. Proyecto Esfera
http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf

Ejemplo de indicadores de procesos

- Se ha determinado cuáles son los apoyos locales de índole cultural, religiosa y espiritual, y esa información se ha comunicado a los trabajadores de asistencia humanitaria.
- Se han detectado y eliminado o reducido los obstáculos que se oponen a la aplicación de prácticas apropiadas.

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

Angola, 1996

- Un ex niño soldado dijo que estaba angustiado y temeroso debido a que por la noche recibía la visita del espíritu de un hombre a quien había matado. El problema era comunitario, dado que su familia y su comunidad lo consideraban contaminado y temían las represalias del espíritu si el niño no era objeto una ceremonia de purificación.
- Los trabajadores de asistencia humanitaria consultaron a los sanadores locales, quienes dijeron que podían expulsar al espíritu iracundo realizando un rito de purificación, que el niño consideró necesario.
- Una ONG internacional proporcionó los alimentos necesarios y los animales ofrecidos como víctimas expiatorias, y el curandero condujo un rito para purificar

Lista De Acciones 5.4

Facilitar el apoyo a los niños de corta edad (0 a 8 años) y a quienes los cuidan

Función: Movilización comunitaria y apoyo a la comunidad

Etapa: Respuesta mínima

Antecedentes

La etapa inicial de la vida (0 a 8 años) es uno de los períodos más importantes del desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social del ser humano. Durante este período, ocurre un acelerado y decisivo desarrollo del cerebro, que depende en gran medida de que haya estímulos y protección adecuados y atención eficaz. Cuando el niño sufre pérdidas tempranas (por ejemplo, muerte de un progenitor), o presencia actos de violencia física o sexual y otros acontecimientos perturbadores, en su mayoría se recuperan, especialmente si se les brinda la atención y el apoyo adecuados. No obstante, en ocasiones puede resultar afectada la posibilidad de establecer lazos emocionales estables y menoscabarse el desarrollo social y emocional durante toda la vida.

En situaciones de emergencia, el bienestar de los niños de corta edad depende en gran medida de la situación en que se encuentran su familia y su comunidad. Puede resentirse cuando sus madres, o quienes los cuidan, están agotados, abrumados o deprimidos, o tal vez física o emocionalmente impedidos para proporcionar atención, una rutina regular y apoyo. Tal vez los niños separados de sus padres y madres se ubiquen en hogares de guarda transitorios e insatisfactorios. En la comunidad, los padres, las madres y los niños pueden correr riesgos debido a la desorganización de los servicios médicos, la nutrición inadecuada y las múltiples amenazas a su protección.

En situaciones de emergencia, es preciso coordinar los programas para niños de corta edad (véase la [Lista de Acciones 1.1](#)) basándose en diagnósticos apropiados de situación (véase la [Lista de Acciones 2.1](#)), incluyendo datos estimativos sobre el número y perfil de edades de niños menores de 8 años, número de mujeres embarazadas y número de mujeres con hijos recién nacidos. Los programas para la primera infancia deberían apoyar el cuidado de los niños de corta edad tanto por sus familias como por otros encargados de atenderlos. Las actividades en la primera infancia deberían proporcionar estímulos, facilitar la nutrición básica (cuando hay una escasez extrema de alimentos), posibilitar la protección y promover los lazos afectivos entre los niños de corta edad y quienes los cuidan. Estas actividades satisfacen las necesidades fundamentales de los niños y contribuyen a reducir el malestar causado por la emergencia creando ámbitos seguros, protegidos y estructurados y proporcionando al mismo tiempo apoyo y ayuda a quienes cuidan a los niños.

Principales acciones

1. Mantener a los niños junto a sus madres, sus padres, sus familias u otros adultos al cargo del niño.

a) **Prevenir la separación.** En situaciones de emergencia, en que suele haber desplazamientos de población, es preciso apoyar a las comunidades en la formulación de métodos culturalmente apropiados y aceptables de evitar la separación.

- Debe darse prioridad a mantener a las madres que están dando lactancia junto a sus hijos
- Enseñar a los niños un poco mayores canciones con nombres de su familia, su aldea y contactos.
- Colocar tarjetas de identificación en los niños para minimizar el riesgo de separación.

b) Reunir a los niños con sus padres y madres (véase la Lista de Acciones 3.2).

Cuando los niños estén separados de sus familias, es preciso hacer lo siguiente:

- Recurrir a la organización adecuada entre las que se encargan de la reunificación familiar.
- Facilitar que se siga la pista a los familiares y se proceda a la reunificación. Debe registrarse la fecha y el lugar en que se encontró al niño separado e interrogarlo utilizando métodos apropiados a su edad, como pedirle que dibuje el lugar donde vivía o hable de sí mismo.
- Conservar junto al niño la ropa que éste vestía, pues es un medio importante de identificar y reunir a los niños separados con sus padres y madres.

c) **Efectuar arreglos alternativos para el cuidado de los niños.** En situaciones de crisis y emergencia, cuando no se dispone de otras opciones para atender a los niños, puede ser necesario organizar centros transitorios a fin de proteger a los niños separados hasta encontrar una solución a largo plazo. Mientras esperan reunirse con sus familias, los niños separados pueden ser colocados en el hogar de una persona o una familia que pueda ofrecer cuidado y protección apropiados. Debe considerarse que el orfanato es un último recurso, pues por lo general no ofrece un apoyo apropiado.

- Escoger soluciones para la atención del niño *en función del interés superior del niño, acorde con el contexto cultural local.*
- Siempre que sea posible, cabe mantener al niño dentro de su familia ampliada y/o dentro de su comunidad, y evitar separar a los hermanos y hermanas.
- Siempre que sea posible, cabe mantener al niño continuamente en un único hogar

de guarda y evitar que lo cuiden varias familias sucesivamente.

- Cuando se trata de recién nacidos que han perdido a su madre o están separados de sus progenitores, es preciso satisfacer las necesidades básicas de alimentación, calidez y cuidado, y recordar que en algunas culturas las niñas corren mayores riesgos de ser objeto de negligencia y descuido.

Si los niños ya han sido colocados en orfanatos u otras instituciones, debe efectuarse un rápido diagnóstico de la situación para determinar en qué condiciones están y orientar posibles actividades de desarrollo temprano infantil (DTI).

2. Promover la continuación de la lactancia.

La lactancia es la solución óptima que aporta máximo bienestar físico, psicosocial y cognitivo a los recién nacidos y a niños de muy corta edad. Apoya el desarrollo madurativo del niño, lo conforta, fortalece el lazo afectivo entre la madre y el hijo, es práctico, gratuito y suele estar libre de riesgos (con respecto a las precauciones para la protección contra riesgos, véase en las Principales referencias UNICEF 2002, donde se ofrece orientación sobre la lactancia y VIH/SIDA).

- Alentar la lactancia materna mediante apoyo individual y diálogo en la comunidad.
- Aconsejar a las madres de recién nacidos (y a los parientes) sobre el cuidado del niño, con respecto a dar exclusivamente lactancia materna, mantener al niño abrigado y ocuparse del baño y la higiene.
- Debe evitarse distribuir habitualmente sucedáneos de la leche materna, dado que desalientan la lactancia.
- Debe asignarse alta prioridad a los suplementos alimentarios para mujeres embarazadas y que dan lactancia.
- Debe evitarse ejercer excesiva presión sobre las madres para que amamenten. Las madres que se niegan a hacerlo, que lo consideran muy difícil o que no pueden dar lactancia, deberían recibir un apoyo adecuado.

3. Facilitar el juego, los cuidados asiduos y el apoyo social.

Durante las emergencias, debe intentarse ofrecerse algunas actividades de DTI del niño. Entre estas actividades podría estar las sesiones informativas para padres, visitas de seguimiento de casos, modelos de cuidado compartido del niño, grupos

comunales de juegos que estimulen, creación de “espacios seguros”, pequeñas ludotecas o espacios informales de encuentro entre padres y madres en lugares seguros (véase la [Lista de Acciones 5.1](#)).

- Organizar localmente oportunidades para el juego activo, el estímulo y la socialización, pues pueden contribuir a mitigar los efectos negativos psicosociales de la crisis.
- Adaptar las actividades a la edad, el género y la cultura del niño. A fin de minimizar el malestar, los niños necesitan estar incorporados a una rutina y participar en actividades normalizadoras, similares a las cotidianas habituales (por ejemplo, para un niño de un grupo nómada que nunca ha asistido a la escuela, la educación escolar no es ni normalizadora ni reconfortante). Al planificar y realizar programas, es preciso escoger tramos de desarrollo culturalmente pertinentes, como los ritos de transición, que tal vez sean más apropiados que los modelos occidentales de desarrollo del niño.
- Incluir en los espacios protegidos (véanse las [Listas de Acciones 5.1 y 7.1](#)) actividades especiales para niños de muy corta edad. Si las condiciones lo permiten, deben organizarse grupos de actividades en función de la edad y el estado de desarrollo del niño: 0 a 12/18 meses (etapa preverbal, no ambulatoria), 12/18 meses a 3 años y 3 a 6 años. (Las actividades para niños de 6 a 8 años figuran en la [Lista de Acciones 7.1](#)). Es preciso capacitar a progenitores, hermanas, hermanos, abuelos, abuelas y jóvenes para que colaboren con el personal disponible y también lleven a su hogar lo que han aprendido, para que las familias discutan cómo contribuir al desarrollo saludable de sus niños de corta edad. Considérese la posibilidad de emplear como voluntarias para los espacios protegidos a ancianas en quienes se confía y a niñas adolescentes.
- Considerar la posibilidad de utilizar juegos conocidos, canciones y danzas así como juguetes de confección casera, que son muy prácticos durante una emergencia.
- Incluir un espacio para que quienes atienden a los niños jueguen con ellos y prever la interacción con los niños de más corta edad, en todos los servicios, entre ellos programas de alimentación terapéutica, hospitales y clínicas, así como en las zonas de distribución de alimentos y de productos no alimentarios.
- Facilitar las actividades para niños de corta edad que promuevan la construcción social comunitaria y la no violencia en comunidades afectadas por la violencia.
- Incluir a los niños que tienen necesidades especiales en las actividades de atención,

los juegos y el apoyo social a nivel comunitario.

- Para obtener orientación concreta sobre la manera de estimular a los niños de corta edad durante crisis alimentarias, véase en las Referencias Principales la correspondiente a la OMS (2006).

4. Atención de quienes cuidan a los niños.

En situaciones de emergencia, es importante organizar reuniones donde quienes cuidan a los niños de corta edad puedan hablar del pasado, el presente y el futuro, intercambiar ideas sobre cómo resolver problemas y ofrecerse apoyo recíproco para atender eficazmente a los niños.

- Organizar grupos de apoyo en espacios protegidos (véanse [Listas de Acciones 5.1 y 7.1](#)), donde los padres y madres puedan comunicarse y hablar de sus propias dificultades.
- Indicar a padres y madres que cuando sus hijos están presentes, no mencionen los detalles de acontecimientos traumáticos que hayan presenciado.
- Ayudar a los padres y madres y a quienes cuidan a los niños a comprender los cambios que observan en los niños después de una crisis; explicar que algunos comportamientos, como el temor de los demás y el autoaislamiento, o la mayor belicosidad contra otros niños, son reacciones comunes al miedo y al estrés y no reflejan ni una enfermedad ni una deficiencia de quienes cuidan a los niños.
- Compartir con los progenitores y con quienes cuidan a los niños cómo detectar problemas y apoyar la salud psicosocial de los niños, así como la manera de controlar, regular y modificar los comportamientos agresivos de los niños mediante normas coherentes, apoyo y diálogo.
- Indicar cuáles son las respuestas pedagógicas no recomendables al estrés infantil, como golpear, abandonar o estigmatizar al niño, y sugerir a los progenitores y los líderes comunitarios la aplicación de estrategias alternativas.
- Los padres y madres que tienen dificultades en atender a sus hijos debido a graves problemas de salud mental deberían ser remitidos al personal de los servicios de salud para recibir el apoyo apropiado (si dicho personal ha recibido capacitación en salud mental; véase la [Lista de Acciones 6.2](#)). En particular, la depresión grave puede menoscabar la capacidad para atender a los niños.

Principales referencias

1. Fundación Bernard Van Leer (2005) *Espacio para la infancia. Respuesta a niños pequeños en situaciones de emergencia*.
http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/respuestas_a_ninos_pequeaos_en_situaciones_de_postemergencia/file
2. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). *Children as Zones of Peace: Working with Children Affected by Armed Violence*. http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace;_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf
3. *Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias: Guía Operativa para Personal de Mitigación de Emergencias y Administradores/as del Programa Versión 2.1. Feb 2007*
[http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900SID/MCON-73V59A/\\$FILE/Full_Report.pdf?OpenElement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900SID/MCON-73V59A/$FILE/Full_Report.pdf?OpenElement)
4. **Human Sciences Research Council of South Africa (HSRC). Psychosocial Support Resources: Davids D. (Hesperian Foundation), Emotional Behaviour Book.** http://www.hsrc.ac.za/research/programmes/CYFD/unicef/other_resources.html
5. CICR, CRI, Save the Children UK, UNICEF, ACNUR y World Vision (2004). *Directrices Generales Inter-Agencias sobre niñas y niños no acompañados o separados*.
[http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/htmlal/p1101/\\$File/ICRC_003_1011.PDF!Open](http://www.icrc.org/Web/spa/sitespa0.nsf/htmlal/p1101/$File/ICRC_003_1011.PDF!Open)
6. INFO Reports/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2006). *Breastfeeding Questions Answered: A Guide for Providers*.
<http://www.infoforhealth.org/infoforeports/breastfeeding/inforpt5.pdf>
7. Save the Children UK (2006). *ECD Guidelines for Emergencies – the Balkans*.
<http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=4174&group=resources§ion=policy&subsection=details&pagelang=en>
8. UNESCO e IIEP (2006). *Guidebook for Planning Education in Emergencies and Reconstruction*.
<http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/guidebook.htm>
9. Retamal (2002) *Respuesta educativa rápida en emergencias complejas*. UNESCO
http://www.ibe.unesco.org/publications/free_publications/retamals.pdf
10. Macksound M (1993). *Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la guerra. Manual para padres, madres y maestros*. UNICEF
http://www.unicef.org/spanish/publications/index_4398.html y <http://www.psicosocial.net>
http://www.unicef.org/publications/files/Helping_Children_Cope_with_the_Stresses_of_War.pdf
10. UNICEF (2002). 'El VIH y la alimentación infantil': http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_sp.pdf
11. OMS (2006). *Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations*.

Ginebra: OMS. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

12. Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados (2005). *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*.
http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf

Ejemplo de indicadores de proceso

- Se ponen en práctica los Principios orientadores interinstitucionales para niños no acompañados y separados.
- Se organizan actividades para estimular el desarrollo temprano infantil (DTI) en beneficio de niñas y niños (0 a 8 años) y de quienes los cuidan.
- Se promueve la lactancia materna.
- Los encargados del cuidado de los niños se reúnen en espacios protegidos para hablar de sus problemas y brindarse apoyo recíproco.

Angola, 1999-2000

- En los campamentos para personas desplazadas internas había pocas actividades para niños de corta edad y los padres y madres dedicaban poco tiempo a la interacción con sus hijos.
 - Después de reunirse con personas a quienes solía recurrir la población local para solicitar consejo y ayuda con respecto a niños de corta edad, una ONG internacional ofreció capacitación sobre la manera de organizar actividades apropiadas a la edad y al género del niño, que ofrecían estímulos y promovían una interacción social positiva.
 - Dado que no había escuelas ni otros centros, los participantes locales realizaron actividades a la sombra de los árboles, involucraron a las madres y remitieron a algunos niños a servicios que ofrecían asistencia especial. Se beneficiaron varios miles de afectados.
-

Antecedentes

En la mayoría de las situaciones de emergencia hay disociación entre los servicios generales de salud y los servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS). Pero la manera en que se ofrece atención de salud en general tiene efectos sobre el bienestar psicosocial de las personas afectadas por una crisis. El trato que incluya elementos de empatía y apoyo emocional protege el bienestar de los sobrevivientes, mientras que un trato no respetuoso y la comunicación deficiente menoscaban la dignidad, disuaden a las personas de ir en busca de servicios de salud y debilita su adhesión al tratamiento, aunque se trate de enfermedades posiblemente mortales, como el VIH/SIDA. Es frecuente que los problemas de salud física coexistan con los de salud mental, especialmente entre quienes sobreviven a un desastre. Pero en la prisa por organizar y ofrecer atención de salud de emergencia, muchas veces se dejan de lado las estrechas interrelaciones entre los aspectos sociales, mentales y físicos de la salud.

A menudo, los servicios generales de atención en salud —y en especial los de atención primaria de la salud (APS)— ofrecen el primer punto de contacto para brindar asistencia a personas que padecen problemas de salud mental y psicosociales. Los profesionales que prestan servicios generales de salud con frecuencia se encuentran frente a problemas emocionales de los sobrevivientes cuando dispensan tratamiento por enfermedades y lesiones, especialmente cuando estos atañen a las consecuencias de la conculcación de derechos humanos, como la tortura y la violación sexual. El apoyo psicológico básico para personas en estado de zozobra psicológica aguda no requiere conocimientos especializados y es una parte esencial de la respuesta mínima de asistencia. Algunas modalidades de apoyo psicológico (por ejemplo, primeros auxilios psicológicos muy básicos) a personas que sufren trastornos psicológicos agudos no requieren conocimientos avanzados y pueden enseñarse sin dificultades a trabajadores que carecen de formación previa en cuestiones de salud mental.

La presente Lista de Acciones abarca consideraciones de índole psicológica y social para la provisión general de servicios de salud en emergencias. En la [Lista de Acciones 6.2](#) se describe la atención de trastornos mentales graves en emergencias. Las acciones indicadas a continuación se aplican a servicios de salud tanto preexistentes como creados a raíz de la emergencia.

Principales acciones

1. Incluir consideraciones sociales concretas al ofrecer atención general de salud. Es preciso proporcionar servicios de salud equitativos, apropiados y accesibles, que se ajusten a las normas mínimas del *Proyecto Esfera* sobre salud, a fin de preservar la vida en condiciones de dignidad. Son aplicables las consideraciones sociales siguientes:

- Maximizar la participación de la población afectada, hombres y mujeres, en el diseño, la puesta en práctica, el seguimiento y la evaluación de los servicios (véase ALNAP en las principales referencias, y también las [Listas de Acciones 2.1, 2.2 y 5.1](#)).
- Maximizar el acceso a los servicios de salud ubicando los nuevos puestos a distancia peatonal de las comunidades, dentro de recorridos sin peligros. Es preciso equilibrar los géneros e incluir en el personal de salud a representantes de los principales grupos étnicos, religiosos e idiomáticos, a fin de favorecer el acceso equitativo de los sobrevivientes a los servicios de salud.
- Proteger y promover los derechos de los pacientes a:
 - Otorgar su consentimiento previo bien fundamentado (ambos sexos) antes de iniciar procedimientos médicos o quirúrgicos (cuando el personal internacional dispensa atención de salud de emergencia, es imprescindible explicar claramente en qué consisten los procedimientos, pues dicho personal puede tener enfoques médicos diferentes);
 - Preservar el carácter privado tanto como sea posible (por ejemplo, rodear el lugar de reconocimiento médico con cortinas, respetando las normas culturales).
 - Preservar el carácter confidencial de la información relativa a la salud de los pacientes; es preciso adoptar precauciones especiales cuando se trata de datos relativos a la conculcación de derechos humanos (por ejemplo, tortura, violación).
- Utilizar medicamentos esenciales acordes con la *Lista de medicamentos esenciales*, de la OMS, a fin de facilitar una atención costeable y, por ende, sostenible. En la medida de lo posible, es preciso utilizar medicamentos genéricos disponibles localmente.
- En los sistemas de información de salud, es preciso registrar y utilizar los datos desglosados por género y por edad.
- Comunicar a las poblaciones afectadas los datos importantes relativos a la salud en emergencias ([véase la Lista de Acciones 8.1](#)).

2. Proporcionar certificados de nacimiento y de defunción (según sea necesario).

Los certificados de defunción son importantes para reclamaciones (entre ellas, la reivindicación de derechos de herencia) por parte de los familiares sobrevivientes. Los certificados de nacimiento suelen ser imprescindibles como medio de identificación y prueba de ciudadanía, y en consecuencia, para tener acceso a servicios gubernamentales (por ejemplo, educación) y también para proteger a los niños contra adopciones ilegales, reclutamiento forzado y trata de seres humanos. Cuando las autoridades normales no están en condiciones de emitir esos documentos, los servicios de salud deberían proporcionarlos.

3. Facilitar la remisión a servicios clave, ajenos al sistema de salud, entre ellos:

- Servicios de apoyo social disponibles localmente y mecanismos comunitarios de apoyo y protección (véanse las Listas de Acciones 3.2, 3.3 y 5.2);
- Servicios de apoyo jurídico y/o testimonio para sobrevivientes de violaciones a derechos humanos, según sea viable y apropiado;
- Agencias de búsqueda para quienes no pueden encontrar a parientes desaparecidos.

4. Orientar al personal de salud en general y al personal de salud mental en particular acerca de los componentes psicológicos de la atención de salud en emergencias.

En la [Lista de Acciones 4.3](#) también se ofrecen recomendaciones sobre la manera de organizar las sesiones de orientación. Valorar ofrecer seminarios breves, de medio día o, preferiblemente, un día de duración, al personal de salud de contratación nacional e internacional. Cabe considerar los siguientes contenidos:

- Educación psicológica e información general, que comprenda:
 - La importancia del trato respetuoso a los sobrevivientes de desastres, a fin de proteger su dignidad;
 - Información básica sobre los conocimientos actuales acerca de los efectos de las emergencias en la salud mental y el bienestar psicosocial (véase el [Capítulo 1](#)), así como sobre la comprensión de las respuestas psicosociales locales a una emergencia;
 - Conclusiones básicas extraídas de los diagnósticos de situación local en materia de salud mental y apoyo psicosocial (véase la [Lista de Acciones 2.1](#));

- Necesidad de evitar una inapropiada tipificación como patología o problema médico (es decir, distinguir entre el malestar no patológico y los trastornos mentales que requieren tratamiento y/o remisión a otros servicios);
- Conocimiento de los mecanismos comunitarios locales de apoyo y protección social para posibilitar remisiones apropiadas (véanse las [Listas de Acciones 5.2 y 3.2](#));
- Conocimiento de los servicios de salud mental disponibles en la región, a fin de posibilitar la remisión apropiada de personas que padecen trastornos mentales graves (véase la [Lista de Acciones 6.2](#));
- Comunicación con los pacientes, cuidando el proporcionar información clara y fidedigna, sobre su estado de salud y sobre servicios de emergencia, como los de reunificación familiar. Un curso de repaso sobre habilidades de comunicación en emergencias podría incluir:
 - Escucha activa;
 - Conocimientos básicos sobre cómo dar malas noticias y, al mismo tiempo, brindar apoyo a quien las recibe;
 - Conocimientos básicos sobre la manera de tratar a personas encolerizadas, o sumamente ansiosas, o que tienen tendencias suicidas, o psicóticas, o totalmente pasivas;
 - Conocimientos básicos sobre cómo responder cuando una persona comunica eventos sumamente privados que causan gran angustia, como la violencia sexual;
- Cómo apoyar la resolución de problemas y la ampliación de los medios de acción de las personas, ayudándolas a clarificar sus problemas, efectuar “lluvias de ideas” sobre las maneras de hacer frente a la situación y determinar cuáles son las opciones y el valor y las consecuencias de cada una ellas.
- Técnicas básicas de gestión del estrés y técnicas locales (tradicionales) de distensión;
- Tratamiento no farmacológico y remisión a otros servicios para el tratamiento de problemas somáticos carentes de explicación médica, después de excluir las causas físicas (véase en las Referencias Principales, *Forum for Research and Development*).

5. Proporcionar apoyo psicológico a los sobrevivientes de situaciones de estrés extremo

- Las personas suelen experimentar reacciones aguda de angustia después de presenciar acontecimientos traumáticos y la mejor manera de ayudarlas es

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

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

6. Recopilar datos sobre salud mental en los servicios de atención primaria de salud (APS).

Todo el personal de APS debe documentar los problemas de salud mental junto con los datos sobre morbilidad de otro tipo, utilizando categorías simples que no requieran mayor explicación (en la [Lista de Acciones 6.2](#) figuran orientaciones más detalladas).

Principales referencias

1. ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria. Cap 12. Participación y Educación*. Pg 331-342.
http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
2. Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development.
<http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
3. Médecins sans frontières (2005). *Mental Health Guidelines*. Amsterdam: MSF.
http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
4. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (segunda edición).
http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf
(Observación: Una posible limitación de este recurso es que fue preparado especialmente para situaciones de desastre en países occidentales. En la Guía se indica una variante avanzada de primeros auxilios psicológicos, dado que fue preparada para su utilización por profesionales de la salud mental previamente capacitados.
5. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists.
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
6. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra. Proyecto Esfera. Estándares Mínimos en Servicios de Salud.
[Http://www.psicosocial.net](http://www.psicosocial.net)
http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf
7. OMS/ACNUR/UNFPA (2004). *Clinical Management of Survivors of Rape: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons (edición revisada)*. OMS/ACNUR: Ginebra.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/

Ejemplos de indicadores de proceso

- El personal de servicios generales de salud sabe cómo proteger y defender el derecho de sus pacientes a un trato digno, velando por obtener su consentimiento informado cuando sea necesario y por preservar el carácter confidencial y privado de los servicios.
- El personal de servicios generales de salud está en condiciones de ofrecer primeros auxilios psicológicos a sus pacientes, como parte de la atención que les dispensan.
- El personal de servicios generales de salud efectúa remisiones apropiadas a: a)

apoyos sociales comunitarios externos al sistema de salud; b) trabajadores comunitarios capacitados y supervisados clínicamente (trabajadores sociales, consejeros psicosociales) pertenecientes a los servicios de salud (si están disponibles); y c) profesionales capacitados y supervisados clínicamente para la atención de problemas de salud mental.

Macedonia, 1999

- Se alojó en campamentos temporales improvisados a grupos muy numerosos de personas refugiadas de Kosovo. Los agentes de salud comunitarios recibieron una breve capacitación en la detección (médica y social) de casos vulnerables e información sobre los servicios donde remitirlos. La capacitación incluyó conocimientos básicos sobre gestión del estrés.
- Los agentes de salud comunitarios trabajaron bajo la supervisión de profesionales especializados en atención primaria de salud en emergencias. Fueron seleccionados en la población local y entre los refugiados y se encargaron del seguimiento, la detección de casos vulnerables en los campamentos y la remisión de esas personas a servicios médicos y sociales, proporcionando seguimiento en casos de problemas médicos o de salud mental (programas de outreach o de extensión fuera del espacio habitual de atención) y proporcionando información a los recién llegados.
- Los servicios de salud mental (apoyo psiquiátrico y apoyo psicológico en crisis) fueron integrados en los servicios de atención primaria de la salud y se encargaron de los pacientes remitidos por el personal de los servicios generales. Cuando la situación de emergencia se estabilizó, los agentes de salud comunitaria recibieron capacitación acelerada y supervisión y pasaron a desempeñarse como trabajadores psicosociales y comunitarios en los campamentos.

Antecedentes

De las 10 principales causas de discapacidad en todo el mundo, cuatro son trastornos mentales; no obstante, la salud mental es uno de los sectores al que se dedican menos recursos dentro de la atención de salud. Son pocos los países que satisfacen sus necesidades clínicas en materia de salud mental en épocas normales, y mucho menos en emergencias. Los servicios clínicos de salud mental existentes en los países de ingresos medianos y bajos suelen ser parte de hospitales en grandes ciudades y, por lo general, son inaccesibles al resto de la población.

Según las proyecciones, el porcentaje medio de personas que presentan trastornos mentales graves (por ejemplo, psicosis y trastornos distímicos o de ansiedad gravemente incapacitantes) aumenta durante las emergencias en 1%, por encima de un nivel básico de referencia estimado en 2% a 3%. Las presentaciones de trastornos distímicos o de ansiedad (como el trastorno por estrés postraumático, TEPT) puede aumentar en un 5% a 10% por encima de un nivel básico de referencia del 10% (véase en las Referencias Principales, OMS, 2005a). Casi siempre, muchos — aunque no todos— los sobrevivientes que presentan trastornos leves y moderados, se recuperarán a lo largo del tiempo (es decir, no necesitarán intervenciones externas).

En esta Lista de Acciones se describe la respuesta humanitaria mínima necesaria para atender a trastornos mentales graves. Si bien el lenguaje utilizado denota mayormente la atención de trastornos mentales graves, cabe señalar que muchas de las acciones recomendadas también se aplican al tratamiento de algunos trastornos neurológicos en países donde la atención de éstos es responsabilidad de los trabajadores de salud mental.

Los trastornos graves considerados en esta Lista de Acciones pueden ser o bien **preexistentes**, o bien **inducidos** por la emergencia, e incluyen:

- Psicosis de todos los tipos;
- Presentaciones graves y discapacitantes de distimias y ansiedades (incluidas las formas gravemente discapacitantes de trastorno por estrés postraumático);
- Trastornos mentales graves causados por el alcohol o por sustancias psicoactivas (en la [Lista de Acciones 6.5](#) figura orientación sobre problemas relacionados con el uso indebido de drogas);
- Trastornos emocionales y del comportamiento graves de niños y jóvenes;

- Discapacidades causadas por trastornos graves del desarrollo preexistentes;
- Trastornos neuropsiquiátricos, entre ellos: epilepsia, delirium, demencia, y trastornos mentales resultantes de lesiones cerebrales u otros problemas médicos subyacentes (por ejemplo, contacto con sustancias tóxicas, infección, perturbaciones del metabolismo, tumores, enfermedades degenerativas);
- Cualquier otro problema grave de salud mental, entre ellos: a) trastornos graves definidos localmente que no se ajustan a los sistemas internacionales de clasificación establecidos ([véase la Lista de Acciones 6.4](#)); y b) comportamientos de riesgo comúnmente asociados a trastornos mentales (tendencia al suicidio, comportamientos autodestructivos).

Muchos de éstos problemas pueden presentarse inicialmente en los servicios de atención primaria de salud (APS) como síntomas somáticos sin explicación médica. Por otra parte, las personas que padecen trastornos mentales graves tal vez no acudan a los servicios de APS debido al estigma, el temor, el descuido de sí mismos, la discapacidad o la dificultad en el acceso. Estas personas son doblemente vulnerables, debido tanto a su grave trastorno mental como a que la emergencia puede privarlas de apoyos sociales que anteriormente las sostenían. En tiempos normales, las familias suelen padecer estrés y estigma por la carga de atender a estos pacientes. En consecuencia, corren también mayor riesgo de abandono en emergencias o cuando hay desplazamientos de población. No obstante, si se identifica a esas personas, es posible adoptar medidas de protección y socorro inmediatos y apoyar a quienes las cuidan. Debería asignarse prioridad a quienes corren mayores riesgos de supervivencia o están viviendo en ámbitos donde se atenta contra su dignidad y sus derechos humanos, o donde los apoyos sociales son débiles y los familiares están esforzándose por hacer frente a la situación.

El tratamiento y el apoyo de las personas que padecen trastornos mentales graves suele requerir una combinación de intervenciones de índole biológica, social y psicológica. Si el personal está adecuadamente capacitado y supervisado, pueden evitarse los riesgos de tratamiento insuficiente o medicación excesiva. En los casos en que las personas padecen angustia subclínica inducida por la emergencia no deberían recibir medicamentos, y debería optarse por los primeros auxilios psicológicos ([véase la Lista de Acciones 6.1](#)) y al apoyo social individual y comunitario ([véase la Lista de Acciones 5.2](#)). Además, algunos trastornos mentales son susceptibles de tratamiento eficaz empleando exclusivamente intervenciones psicológicas prácticas, y no se han de recetar medicamentos, salvo cuando hayan fracasado dichas intervenciones psicológicas.

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

Principales acciones

1. Diagnosticar la situación.

Averiguar cuáles son los diagnósticos de situación que ya se han realizado y cuál es la información disponible. De ser necesario, diseñense diagnósticos complementarios. Véase la [Lista de Acciones 2.1](#), donde figura orientación al respecto. Con respecto a la presente Lista de Acciones, es importante:

- Determinar cuáles son las estructuras, las ubicaciones, la dotación de personal y los recursos preexistentes para el cuidado de la salud mental en el sector de salud (entre ellos, políticas, disponibilidad de medicamentos, papel de los servicios de atención primaria de salud y de los hospitales psiquiátricos, etc.) y servicios sociales pertinentes (véase el *Atlas de Salud Mental* de la OMS, donde figuran datos sobre recursos oficiales de atención de salud mental en todos los países del mundo);
- Determinar los efectos de la situación de emergencia sobre los servicios preexistentes;
- Determinar si las autoridades locales y las comunidades tienen la intención de responder a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales graves afectadas por la emergencia, y determinar qué puede hacerse y qué apoyos se han de necesitar;
- Identificar a las personas que padecen trastornos mentales graves, por los siguientes medios:
- Pedir a todos los organismos pertinentes, gubernamentales y no gubernamentales (particularmente los que tienen competencias en cuestiones de salud, albergue, gestión de campamentos y protección) que comuniquen a los encargados de salud

mental si hay personas que parecen confundidas o desorientadas, se expresan o actúan de manera incoherente, manifiestan ideas extrañas, se comportan de manera desusada o parecen incapaces de cuidarse a sí mismas, y que transmitan esta información.

- Visitar a los sanadores tradicionales existentes y, según sea apropiado, colaborar con ellos. Los sanadores tradicionales suelen estar bien informados con respecto a la ubicación de los pacientes y pueden proporcionar información de índole cultural a los profesionales externos (véase la [Lista de Acciones 6.4](#));
- Visitar instituciones oficiales o extraoficiales para determinar las necesidades y velar por que se respeten los derechos básicos de las personas allí internadas (véase la [Lista de Acciones 6.3](#));
- Capacitar al personal de atención primaria de salud de contratación nacional e internacional para que documente los problemas de salud mental en los registros de esos servicios, utilizando categorías que no requieran mucha instrucción para ser reconocidas. Por ejemplo, un médico general por lo común necesitará muy poca capacitación adicional para utilizar las siguientes cuatro categorías:
- Síntomas somáticos que no tienen explicación médica
- Angustia emocional grave (por ejemplo, signos de duelo agudo severo o estrés grave)
- Conducta anormal grave (descrita en el formulario de APS en términos equiparables a la noción local de “locura”)
- Alcoholismo y uso indebido de drogas.
- Comunicar los resultados de los diagnósticos de la situación al grupo coordinador de salud mental y apoyo psicosocial (véanse las [Listas de Acciones 1.1 y 2.1](#)) y al grupo coordinador general del sector salud.

2. Velar por que haya suministros suficientes de medicamentos psiquiátricos esenciales en todos los botiquines de emergencia.

- Las existencias mínimas consisten en: un medicamento antipsicótico, un medicamento contra la enfermedad de Parkinson (para tratar posibles efectos secundarios extrapiramidales), un anticonvulsivo/antiepiléptico, un antidepresivo y un ansiolítico (para utilizar en casos de toxicomanías graves y convulsiones), todos ellos en forma de tabletas, y de conformidad con la Lista Modelo de medicamentos esenciales de la OMS.
- El Botiquín interinstitucional de salud para emergencias (OMS, 2006) no incluye:

a) un antipsicótico en forma de tableta; b) un ansiolítico en forma de tableta, c) un antiparkinsoniano, ni d) un antidepresivo. Si se utiliza este botiquín, se debe hacer lo necesario para o bien comprar medicamentos de esos cuatro tipos localmente, o bien importarlos.

- En general, se recomiendan los medicamentos genéricos indicados en la Lista de la OMS, porque tienden a ser tan eficaces como los medicamentos de marca recientemente desarrollados, y por lo tanto favorecen la sostenibilidad de los programas.

3. Velar por que al menos un miembro del equipo de atención primaria de salud pueda brindar atención inicial a problemas de salud mental. Entre los mecanismos posibles figuran los siguientes:

- Agregar a los equipos de APS gubernamentales y/o de ONG profesionales de salud mental de contratación nacional o internacional que ya estén capacitados. Los trabajadores de contratación internacional necesitan recibir orientación respecto a la cultura y las condiciones locales (véanse las Listas de Acciones 4.3 y 6.1), y contar con intérpretes competentes;
- Es preciso capacitar y supervisar al personal local de atención primaria de salud e integrar en la práctica normal la atención de salud mental, así como la utilización racional de medicamentos psicotrópicos, y enfatizar la necesidad dedicar algo de tiempo a la salud mental (véase la Acción Principal 4 infra y la Lista de Acciones 4.3);
- Capacitar a un miembro del área de APS (un médico general o una enfermera) para que pueda asumir de modo completo la atención de la salud mental, en el marco de los demás servicios de APS (véanse la Acción principal 4 infra y la Lista de Acciones 4.3).

4. Capacitar y supervisar al personal disponible de atención primaria de salud que está en “ primera línea” sobre la atención a trastornos mentales graves (véase también la Lista de Acciones 4.3). La capacitación debe incluir tanto teoría como práctica y puede comenzar desde el inicio de la emergencia y ser impartida por un supervisor de salud mental de contratación nacional o internacional, en colaboración con las autoridades de salud locales. La capacitación debería continuar una vez concluida la emergencia, como parte de una respuesta más integral; y debería incluir todas las aptitudes mencionadas en la Acción principal 4 de la Lista de Acciones 6.1 y además:

- La necesidad de dispensar trato digno y respetuoso a todos los usuarios de los servicios y a quienes los prestan;
- La exploración clínica básica en salud mental;
- El reconocimiento y el tratamiento en “primera línea” de todos los trastornos graves enumerados en la sección de antecedentes supra;
- La provisión de guías y protocolos para dichos trastornos (véanse las Referencias Principales);
- Aptitudes para el manejo del tiempo, centrándose en la manera de integrar la labor de salud mental en las tareas clínicas normales;
- Intervenciones psicológicas simples y prácticas, como las indicadas en *Where There is No Psychiatrist* (véanse las Referencias Principales);
- Métodos para mantener registros clínicos correctos, de ser posible, es preciso dar copias a los familiares o a quienes cuidan a los pacientes, puesto que la población puede ser móvil;
- Necesidad de mantener el carácter confidencial. Cuando es preciso quebrantar el carácter confidencial por razones de protección, cabe abordar los problemas de tutela del paciente y de índole médicolegal e informar al respecto a los usuarios de servicios y a los familiares o a quienes cuidan a los pacientes;
- Establecer canales apropiados de remisión de pacientes a los dispositivos de apoyo disponibles en la comunidad (véanse las Listas de Acciones 5.2 y 6.4) y a servicios secundarios y terciarios, si estos existen y son accesibles.
- Para el personal autorizado a utilizar medicamentos en el país afectado por la emergencia, entre las prácticas recomendables de emisión de recetas médicas figuran las siguientes:
 - Empleo racional de medicamentos psiquiátricos esenciales de botiquines de emergencia, de conformidad con las directrices incluidas en *Essential Drugs in Psychiatry* y con lo indicado en *Where There is No Psychiatrist* (véanse las Referencias Principales);
 - Manera de facilitar el acceso y la adhesión continuada a los medicamentos recetados para las personas que padecen trastornos crónicos (por ejemplo, psicosis crónica, epilepsia);
 - Manera de evitar que se receten psicotropos a personas que padecen trastornos no patológicos, inducidos por el desastre (véase la Lista de Acciones 6.1), elaborando estrategias para el manejo no farmacológico del estrés;

- Manera de evitar que se receten medicamentos a título de placebo cuando hay quejas somáticas que carecen de explicación médica;
- Comprensión de los riesgos y los beneficios de las benzodiazepinas, particularmente el riesgo de crear dependencia cuando se recetan durante períodos prolongados;
- Manera de minimizar que se receten innecesariamente múltiples medicamentos.
- Manejo y apoyo de casos de trastornos mentales graves, cuando las personas han sido encadenadas o inmovilizadas físicamente por quienes los atienden, en las siguientes etapas:
- Primeramente, facilitar los medios más básicos de atención psiquiátrica y social, por ejemplo, provisión de medicamentos apropiados, educación de la familia y apoyo a ésta.
- Promover condiciones de vida humanas.
- En segundo lugar, considerar la posibilidad de desatar a la persona o de usar formas médicamente adecuadas de contención. No obstante, en los raros casos en que el paciente tiene una historia de comportamiento violento, es preciso considerar la protección de la seguridad básica de los demás.

5. Evitar que se sobrecargue a los profesionales de atención primaria de salud con múltiples sesiones de capacitación.

- El personal capacitado debe tener tiempo para integrar en su práctica cotidiana, la capacitación recibida, a fin de poder brindar atención de salud mental.
- El personal no debe recibir capacitación en múltiples temas diferentes (por ejemplo, salud mental, tuberculosis, paludismo, asesoramiento a pacientes con VIH) sin planificar de antemano la manera en que se integrarán y utilizarán esos conocimientos prácticos.
- La capacitación teórica mediante cursos breves es insuficiente y puede redundar en intervenciones nocivas. La capacitación debe ir seguida siempre de una supervisión en la práctica sostenida (véase la [Lista de Acciones 4.3](#) y los ejemplos *infra*).

6. Establecer servicios de atención de salud en puntos de acceso lógicos adicionales.

Utilídense los criterios generales de salud pública (por ejemplo, cobertura de la población, volumen previsto de usuarios de los servicios que padecen trastornos

graves, posible sostenibilidad de los servicios) a fin de determinar dónde ubicar servicios de salud mental. Los equipos móviles de atención primaria de salud o equipos de salud mental comunitaria pueden ser un medio eficaz de establecer atención de emergencia en distintos lugares de una misma zona. Algunos ejemplos de puntos de acceso lógicos son:

- Servicios o salas de primeros auxilios
- Clínicas ambulatorias en servicios de salud a nivel secundario y terciario
- Centros de salud mental que reciben pacientes al paso y sin cita previa
- Salas de hospitales con gran cantidad de hospitalizaciones relativas a la situación de emergencia
- Visitas domiciliarias (por ejemplo, visitas a tiendas de campaña, centros de acogida, centros colectivos o cualquier lugar de alojamiento transitorio)
- Escuelas y espacios propicios para niños.

7. Evitar la creación de servicios paralelos de salud mental exclusivos para determinados diagnósticos (por ejemplo, trastornos por estrés postraumático) o determinados grupos (por ejemplo, viudas). Esto puede conducir a que los servicios se fragmenten y sean insostenibles y a perpetuar el abandono de personas que no pertenecen a una categoría diagnóstica o grupo determinados. También puede contribuir a que se singularice y se estigmatice a quienes pertenecen a cierto grupo. Esto no excluye tratar de beneficiar a determinadas poblaciones (por ejemplo, clínicas de extensión para llegar a los niños en las escuelas), como parte de servicios integrados.

8. Informar a la población acerca de la disponibilidad de atención de salud mental.

- Anunciar la existencia de los servicios utilizando los medios de información pertinentes, como la radiodifusión ([véase la Lista de Acciones 8.1](#)).
- Velar por que todos los mensajes se emitan con cuidado y no conduzcan a que se crea que ciertas respuestas normales ante el estrés indican la presencia de trastornos mentales graves.
- Informar a los líderes de la comunidad y, de ser apropiado, a las diferentes institucionales oficiales acerca de la disponibilidad de servicios de salud mental.

9. Colaborar con las estructuras comunitarias locales para descubrir, visitar y ofrecer asistencia a las personas que padecen trastornos mentales graves (véanse las Listas de Acciones 5.2 y 6.4).

10. Participar en todas las actividades de coordinación interinstitucional (véase la Lista de Acciones 1.1). Es preciso emprender una planificación estratégica a más largo plazo de los servicios de salud mental. Con frecuencia, las emergencias son factores catalíticos que impulsan la reforma en los servicios de salud mental, pues el contexto permite una transformación de la organización de los servicios.

Principales referencias

1. Forum for Research and Development. (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development.
<http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
2. Médecins sans frontières (2005). 'Individual treatment and support'. In *Mental Health Guidelines*, págs. 40 a 51. Amsterdam: MSF.
http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
3. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. OMS (1993). *Medicamentos esenciales en psiquiatría*.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.27.pdf
5. OMS/ACNUR (1996). Trastornos mentales frecuentes. En *La Salud mental de los refugiados*. Ginebra. OMS y ACNUR <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544861.pdf> y <http://www.psicosocial.net>
6. OMS (1998). *Mental Disorders in Primary Care: A WHO Educational Package*. OMS: Ginebra.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf
7. OMS (2001). *The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: View from the Developing World*. OMS: Ginebra http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. *Salud Mental en Emergencias*. Ginebra.
http://www.who.int/mental_health/resources/mhe.pdf
9. OMS (2005a). *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*.
http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index.html
10. OMS (2005b). *Atlas de Salud Mental*. Ginebra: OMS.
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

11. OMS (2005c). *Lista modelo de medicamentos esenciales*. Ginebra:

http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf

12. OMS (2006). *Kit Básico inter-agencias. Medicinas y suministros médicos para 10.000 personas durante aproximadamente 3 meses*. Ginebra. OMS

http://www.who.int/medicines/publications/WEB_IEHK_SP.pdf

Ejemplos de indicadores de proceso

- Número de trabajadores de atención primaria de salud capacitados y supervisados, número de horas de capacitación, número de sesiones de supervisión en el trabajo.
- Se han adquirido medicamentos psicotrópicos esenciales en cada categoría terapéutica (antipsicóticos, antiparkinsonianos, antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos) y se han establecido líneas de suministro sostenibles.
- Cantidad y tipos de problemas de salud mental que se ven en clínicas de atención primaria de salud y otros servicios de salud mental.
- Cantidad de remisiones efectuadas a servicios especializados de salud mental.

Ejemplo Aceh, Indonesia, 2005

- Una ONG internacional introdujo en los servicios de atención primaria de salud la atención de salud mental de emergencia, después de conversar con las autoridades pertinentes, los órganos coordinadores y las organizaciones nacionales e internacionales.
 - El personal de atención primaria de salud de contratación nacional que trabajaba en clínicas fijas y móviles recibió capacitación en salud mental y supervisión. Se agregó a cada equipo de atención primaria de salud una enfermera de contratación nacional, capacitada y supervisada, que se encargó de los servicios de salud mental. Se necesitaron seis meses de capacitación para posibilitar que el personal trabajara sin supervisión. Después de la etapa de emergencia aguda, la capacitación y la supervisión continuaron durante un año.
 - La ONG participó en la planificación estratégica del plan provincial de salud mental. Posteriormente, se incluyó un modelo de capacitación de enfermeras psiquiátricas adscritas a servicios de atención primaria de salud.
-

Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones

Función: Servicios de salud

Etapas: Respuesta mínima

Antecedentes

Las personas internadas en instituciones figuran entre las más vulnerables de la sociedad y durante las emergencias corren riesgos especiales. El caos reinante durante las emergencias agrava su vulnerabilidad general. Las personas internadas pueden ser abandonadas por el personal y quedar sin protección contra los efectos del desastre natural o del conflicto.

A menudo, los casos de trastornos mentales graves son objeto de estigma y prejuicio, lo que puede conllevar el descuido, el abandono y la conculcación de los derechos de los pacientes. Las personas que viven internadas están aisladas de la posible protección y el apoyo de la familia, que puede ser imprescindible para sobrevivir en situaciones de emergencia. Algunas personas con trastornos mentales graves que viven en hospitales psiquiátricos son (demasiado) dependientes del personal de esas instituciones como para poder trasladarse a otros lugares durante una emergencia. Esta dependencia total puede crear durante las situaciones de emergencia bien ansiedad grave y agitación, bien indiferencia y pasividad completa. Las dificultades para reaccionar de manera apropiada a las circunstancias en constante cambio propias de una emergencia pueden perturbar los mecanismos de autoprotección y supervivencia de las personas con trastornos mentales graves.

Siempre que sea posible, deben ser los profesionales locales quienes lleven la respuesta de emergencia. Las intervenciones deben centrarse en la protección y el restablecimiento de la atención básica que existía anteriormente. La atención básica y la dignidad requieren que las personas internadas tengan ropa apropiada, alimentación, albergue, servicios sanitarios, atención física y tratamiento básico (incluyendo medicamentos y apoyo psicosocial). Debe prestarse atención en aquellos casos en que los niveles preexistentes de atención de salud no se ajustaban a las normas médicas y de derechos humanos. En esos casos, las intervenciones de emergencia deben buscar satisfacer las normas y prácticas mínimas de atención psiquiátrica. En la mayoría de los países, las intervenciones recomendadas posteriores a las etapas críticas de una emergencia suelen priorizar la creación de servicios de salud mental comunitarios.

Esta Lista de Acciones se refiere principalmente a las necesidades suscitadas por la emergencia y relativas a las personas con trastornos mentales internadas en hospitales psiquiátricos. Cabe señalar que las personas internadas en hospitales psiquiátricos no siempre sufren exclusivamente problemas psiquiátricos, pues puede haber también ingresados discapacitados mentales y enfermos neurológicos graves, a quienes también se aplicaría esta Lista de Acciones. Además, muchas de las mismas necesidades y de las mismas acciones recomendadas en esta Lista se aplican a otras personas que padecen trastornos mentales graves u otras discapacidades mentales y neurológicas, que están reclusos en cárceles, en instituciones de bienestar social u otras instituciones residenciales, o en tratamiento por sistemas tradicionales de salud. (véase también la Lista de Acciones 6.4)

Principales acciones

1. Velar por que al menos una organización entre las que ofrecen servicios de salud acepte la responsabilidad del cuidado y la protección continuada de las personas con trastornos mentales internadas en instituciones.

- La responsabilidad primordial incumbe al gobierno, pero el grupo coordinador de salud mental y apoyo psicosocial (véase la Lista de Acciones 1.1) y el grupo coordinador de salud/grupo de salud debería ayudar a encontrar una organización responsable si hay un déficit en esos servicios por parte del gobierno.
- Es preciso preparar planes de acción de emergencia para las instituciones, de conformidad con las acciones principales 2, 3 y 4 *infra*. Si esos planes no se han preparado antes de la emergencia, deben prepararse durante ésta, según proceda.

2. Si el personal ha abandonado las instituciones psiquiátricas, movilizar los recursos humanos de la comunidad y del sistema de salud para atender a las personas que padecen trastornos mentales graves y han sido abandonadas.

De ser posible, la atención debe ser dispensada fuera de la institución.

- Es preciso hablar con los líderes comunitarios acerca del deber de la comunidad en cuanto a proporcionar una red de apoyo y protección. Podrían mobilizarse los siguientes grupos:
- Profesionales de la salud y, de ser posible, de la salud mental;
- Cuando sea apropiado, profesionales de la salud no alopáticos (por ejemplo, líderes religiosos, sanadores tradicionales: véase la Lista de Acciones 6.4);

- Trabajadores sociales y otros recursos de base comunitaria (por ejemplo, grupos de mujeres, organizaciones de familiares o pacientes de servicios de salud mental);
- Miembros de las familias.
- Proporcionar capacitación básica en temas como la aplicación, dentro de normas éticas, de los protocolos para contención de pacientes, la atención en crisis de casos de agresividad, los cuidados continuos, y maneras simples de lograr cierto autocuidado por parte del paciente.
- Velar por la supervisión estrecha y continua de quienes hayan sido movilizados para proporcionarles atención básica de salud y acceso a información sobre la mejor manera de mantener su propia salud emocional durante la crisis (véase la [Lista de Acciones 8.2](#)).

3. Proteger la vida y la dignidad de las personas recluidas en instituciones psiquiátricas.

- Proteger a los pacientes contra las autoagresiones. Protegerles de los malos tratos infligidos por terceros (por ejemplo, visitantes, personal, otros pacientes, intrusos que perpetran pillaje, facciones en pugna). Abordar a los niveles apropiados los problemas de malos tratos, explotación (por ejemplo, trata de personas, trabajo forzado) y otros tipos de conculcación de los derechos humanos, (véanse las [Listas de Acciones 3.1 y 3.3](#)).
- Velar por que se satisfagan las necesidades físicas básicas de los pacientes, entre ellas abastecimiento de agua potable, higiene, alimentación suficiente, albergue y saneamiento, y acceso al tratamiento de los trastornos físicos.
- Monitorizar el estado general de salud de los pacientes y poner en práctica o fortalecer medidas para la observancia de los derechos humanos. Esto debe realizarse mediante órganos externos de control (de existir), organizaciones de defensa de los derechos humanos o especialistas en protección.
- Monitorizar que haya planes de evacuación de pacientes en las instituciones o fuera de ellas y que el personal esté capacitado en procedimientos de evacuación. Si la institución tiene dispositivos cerrados, cabe establecer una jerarquía de responsabilidades para custodiar las llaves y asegurar que las puertas puedan ser abiertas en cualquier momento.
- En caso de evacuación es preciso, en la medida de lo posible, mantener a los pacientes junto a sus familias. Si esto no es posible, es preciso mantener a las familias y a quienes se ocupen de los pacientes informados del paradero de estos últimos. Es preciso mantener registros detallados.

4. Posibilitar la atención básica de la salud física y mental a lo largo de la emergencia.

- Realizar periódicamente reconocimientos médicos físicos y psiquiátricos.
- Ofrecer tratamiento a trastornos físicos.
- Proporcionar atención continuada en salud mental:
- Velar por que se disponga de medicamentos esenciales, psicotrópicos, en cantidades suficientes a lo largo de toda la emergencia. La interrupción súbita de los medicamentos psicotrópicos puede ser perjudicial y peligrosa. Es preciso velar por que los medicamentos se receten racionalmente, evaluándolos regularmente (al menos una vez por semana) para evitar dar a la persona un número excesivo de recetas.
- Garantizar el almacenamiento seguro de los psicotropos.
- Facilitar la disponibilidad de apoyo psicosocial a los pacientes.
- Si bien se desaconsejan decididamente las contenciones físicas y el aislamiento, en muchas instituciones este tipo de situaciones se dan con frecuencia. Es preciso aplicar un protocolo que estipule inspecciones frecuentes, alimentación, trato digno a los pacientes y evaluación periódica de la necesidad de mantener en aislamiento a estas personas.

Principales referencias

1. OMS (2003). 'Custodial hospitals in conflict situations'. Ginebra: OMS.
<http://www.who.int/mediacentre/background/2003/back4/en/print.html>
 2. WHO (2003–2006). *WHO Mental Health Policy and Services Guidance Package*. Geneva: WHO.
http://www.who.int/mental_health/policy/en/. Todo el paquete es relevante para la respuesta integral post-catástrofe. En particular el módulo 'Organisation of Services for Mental Health':
http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf
- Aunque la mayoría de textos están en inglés pueden descargarse algunos módulos traducidos al castellano
- OPS-OMS (Peru) – 2005. Promoviendo los derechos humanos de las personas con discapacidad.
<http://www.per.ops-oms.org/doc/bvs-pwr/psal/e/fulltex/Cuaderno%2008.pdf>
http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf
 3. OMS/CICR (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet'. Ginebra: OMS y CICR.
http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf

Antecedentes

Los servicios de salud mental alopáticos (es decir, acordes con los sistemas convencionales occidentales, biomédicos, de atención en salud mental) tienden a centrarse en hospitales, clínicas y, cada vez más, en servicios comunitarios; son ofrecidos por personal calificado en medicina, ciencias del comportamiento y psicología, psicoterapia o trabajo social. No obstante, en todas las sociedades hay sistemas no alopáticos de atención de salud (locales, espontáneos, extraoficiales, tradicionales, indígenas, complementarios o alternativos) que pueden tener importancia. Por ejemplo en la India, está bien desarrollado y es muy popular el sistema de medicina Ayurvédica tradicional, (e incluso hay facultades de medicina que capacitan a médicos en esa orientación), y en Sudáfrica, los sanadores tradicionales están reconocidos legalmente. En las sociedades occidentales, muchas personas utilizan sistemas complementarios de medicina, incluyendo formas de psicoterapia no ortodoxas y otros tratamientos (por ejemplo, acupuntura, homeopatía, curación por la fe y automedicación de todo tipo), pese a las débiles pruebas científicas que en ocasiones los fundamentan. En muchas comunidades rurales de sociedades de bajos ingresos, los sistemas espontáneos y tradicionales pueden ser los principales métodos de atención de salud.

Aún cuando se disponga de servicios de salud de tipo alopático, las poblaciones locales tal vez prefieran recurrir a soluciones locales y tradicionales para la salud mental y física. Estas soluciones pueden ser eficaces, menos costosas, más accesibles, más aceptables socialmente y menos estigmatizantes. Suelen utilizar modelos de causalidad congruentes con la cultura. Estas prácticas incluyen ceremonias de curación simbólica por líderes, sanadores especializados que utilizan métodos congruentes con el marco cultural o tratamientos por sanadores especializados en aspectos religiosos. Los tratamientos incluyen el aconsejamiento, ceremonias comunitarias, el uso de hierbas u otras sustancias naturales, masajes u otras formas de manipulación física, ritos y/o maniobras simbólicas, así como ceremonias de reequilibrio con la Tierra o con fuerzas que han sido perturbadas.

Si bien algunos líderes religiosos tal vez no aprueben estas prácticas o las combatan activamente, los sanadores locales suelen ser populares y actuar de manera eficaz. Las farmacias locales pueden ofrecer atención complementaria

Ejemplos de indicadores de procesos

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

Sierra Leona, 1999

- En medio del conflicto, todo el personal de una institución psiquiátrica había huido, salvo dos enfermeras psiquiátricas. El edificio estaba parcialmente destruido y los pacientes deambulaban en la comunidad. Algunos de ellos regresaban en la noche a dormir. Se utilizaba a los pacientes para hacer mandados a través de la línea de frente y para acarrear alimentos de contrabando.
- Se reunió a los líderes de la comunidad para hablar de la situación. La comunidad accedió a ayudar a identificar a los pacientes, con la orientación aportada por las dos enfermeras psiquiátricas que habían permanecido en el lugar. Se organizó el suministro regular de alimentos a la comunidad y a la institución psiquiátrica.
- Una ONG internacional apoyó el reconocimiento médico de los pacientes y obtuvo nuevos suministros de medicamentos.
- Se solicitó a los miembros de las familias de los pacientes que los apoyaran, bajo la supervisión de las enfermeras psiquiátricas y el personal de salud de la ONG.
- Se hicieron algunos trabajos básicos de reconstrucción y se preparó un plan de emergencia en caso de que la institución fuera atacada en el futuro.

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

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

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

- Mayor comprensión de la manera en que se expresan y se abordan el malestar emocional y la enfermedad psiquiátrica (véase la [Lista de Acciones 2.1](#)) y mayor conocimiento de los tipos y los niveles de malestar en la población afectada;
- Mejores sistemas de remisión;
- Relación permanente con los sanadores, donde muchos acuden para recibir ayuda;
- Mayor comprensión del mundo espiritual, psicológico y social de las personas a las que se apoya;
- Mejor aceptación de nuevos servicios por los sobrevivientes;
- Selección de oportunidades de posible colaboración y, por ende, mayor cantidad de tratamientos potencialmente eficaces a disposición de la población;
- Posibilidad de establecer servicios alopáticos más apropiados culturalmente;
- Posible oportunidad de vigilar y abordar cualquier infracción a los derechos humanos que ocurra en los sistemas tradicionales de atención.

Algunos sanadores tradicionales tal vez establezcan una “distancia” física y simbólica respecto de los profesionales alopáticos y tal vez eviten toda colaboración. Al mismo tiempo, el personal de salud capacitado en medicina alopática puede desconocer la existencia o ser hostil a las prácticas tradicionales. Si bien en algunas situaciones la mejor opción puede ser mantener esa distancia, las acciones indicadas en esta Lista de Acciones pueden utilizarse para facilitar puentes de colaboración entre diferentes sistemas de atención en salud.

Principales acciones

1. Diagnóstico de situación y recopilación de datos en materia de provisión de servicios.

Es preciso determinar cuáles son los principales sistemas locales de curación y cuál es su significado, su grado de aceptación y su papel en la comunidad. Cuando la población teme que se desaprovechen esas actividades, tal vez no proporcionen de entrada información, o tal vez consideren que las prácticas son privadas o que deben ser accesibles solamente a las personas aprobadas para esa función por la comunidad. Los “extraños” (el personal de contratación internacional y nacional), deberían adoptar una actitud imparcial y respetuosa mostrando su interés en comprender las medicinas y la religión local, así como la posible cooperación con las modalidades de trabajo desde la cultura. Nunca deberían utilizarse las emergencias para promover las creencias religiosas o espirituales de personas ajenas a la comunidad.

- Preguntar a representantes de la comunidad, hombres y mujeres, dónde acuden a solicitar ayuda cuando tienen problemas de salud mental y a quién recurren para obtener apoyo.
- Preguntar a quienes proporcionan atención primaria de salud y a las parteras cuáles son los sistemas tradicionales existentes.
- Visitar las farmacias locales para determinar de qué medicamentos y remedios se dispone y de qué manera se dispensan.
- Preguntar a quienes acuden a los servicios de salud cómo comprenden la naturaleza y el origen de sus problemas y a quién más consultan o han consultado para recibir asistencia.
- Preguntar a los líderes religiosos locales si tienen responsabilidades en áreas de acompañamiento emocional y quién más en la comunidad hace lo propio.
- Recordar que tal vez haya más de un sistema alternativo de atención y que tal vez quienes adoptan un sistema no reconozcan la existencia de otros ni los citen al hablar.
- Tener presente que dentro de una comunidad es posible que los sanadores locales compitan entre sí para obtener “pacientes” o discrepen acerca de cuál es el enfoque apropiado; esto significa que quizás deba repetirse el proceso de acercamiento en cada caso.
- Conversar con antropólogos o sociólogos locales o con quienes conozcan las creencias y costumbres locales y familiarizarse con la bibliografía pertinente disponible.
- Observar. Pedir permiso para presenciar un tratamiento y visitar capillas o

santuarios locales o lugares de importancia religiosa utilizados para curaciones. Tal vez haya sistemas oficiosos de institucionalización, incluyendo algunos que tengan pacientes internados (véase la Lista de Acciones 6.3).

- Visitar lugares de culto o clínicas donde se realicen sesiones de curación y asistir si es posible a los servicios.
- Conversar con los pacientes acerca de cómo interpretan los procesos de la enfermedad y la curación.
- Determinar si las prácticas tradicionales incluyen medidas que pueden ser nocivas o inaceptables.
- Comunicar al grupo coordinador los resultados del diagnóstico de situación (véanse las Listas de Acciones 1.1 y 2.1).

2. Documentarse sobre la política nacional respecto a los sanadores tradicionales.

Es preciso reconocer que:

- Algunos gobiernos y algunas autoridades médicas desalientan o prohíben la colaboración de los agentes de salud con sanadores tradicionales;
- Otros gobiernos alientan la colaboración y tienen departamentos especiales que imparten oficialmente capacitación a los sanadores y efectúan investigaciones y evaluaciones de las terapias tradicionales. Los departamentos de ese tipo, de existir, pueden ser un recurso muy útil.

3. Establecer buena comunicación con los sanadores identificados.

- Visitar al sanador, de preferencia en compañía de un mediador cultural fiable (un ex paciente, un líder religioso, una autoridad local, como el alcalde, o un amigo).
- Presentarse, explicar lo que uno hace y el modo en que se está tratando de ayudar a la comunidad.
- Demostrar respeto por el papel del sanador y preguntar si puede explicar su trabajo y la manera en que éste ha resultado afectado por la emergencia (por ejemplo, si hay mayor cantidad de pacientes o dificultades para trabajar debido a la falta de materiales o la pérdida de instalaciones). Tal vez algunos sanadores traten de no revelar detalles de sus métodos y tal vez sea necesario el transcurso del tiempo para establecer vínculos de confianza.
- De ser apropiado, destáquese el interés en establecer una relación de cooperación y un intercambio mutuo de ideas.

4. Alentar la participación de los sanadores locales en sesiones de formación y capacitación.

- Invitar a los sanadores a reuniones de información y capacitación a la comunidad
- Considerar la posibilidad de que los sanadores tengan un papel en los cursos de formación, por ejemplo, que expliquen cuál es la interpretación culturalmente adecuada de las causas de enfermedad o cuál es la definición de enfermedad adecuada a la cultura. Aún cuando esto sea incompatible con los enfoques aplicados por organizaciones locales o internacionales que participan en la ayuda de emergencia, es imprescindible lograr una comprensión respetuosa para estar en condiciones de ofrecer una buena atención a los pacientes, puesto que dicho modelo puede ser la base de la comprensión cultural del problema por el propio paciente.
- Tratar de encontrar puntos de acuerdo mutuo y considerar oportunidades de remisión recíproca de pacientes (véase la acción principal 5 *infra*).
- Tener presente que en muchos países, son numerosos los sanadores tradicionales que no saben leer ni escribir.

5. De ser posible, establecer servicios en colaboración.

- La colaboración activa (a diferencia de un simple intercambio de información, como se describió precedentemente) es útil a condición de que:
 - Los sistemas tradicionales tengan un papel importante a juicio de la mayoría de la población;
 - Dichos sistemas no sean perjudiciales (en el caso de prácticas nocivas, se debe tratar, sin embargo, de entablar un diálogo constructivo con fines de educación y de inducir al cambio).
- Entre las formas útiles de colaboración figuran las siguientes:
 - Invitación a celebrar consultas;
 - Remisión recíproca de pacientes (por ejemplo, en el tratamiento de problemas como estrés, ansiedad, reacciones de duelo, reacciones de conversión o angustia existencial, tal vez podrían obtenerse mejores resultados aplicando los métodos tradicionales, mientras que los profesionales alopáticos están en mejores condiciones de ofrecer tratamiento para trastornos mentales graves o epilepsia);
 - Sesiones conjuntas de capacitación;
 - Clínicas conjuntas;

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

Principales referencias

1. Center for World Indigenous Studies. www.cwis.org
 2. *International Psychiatry*, Vol 8, 2005, págs. 2 a 9. Artículos temáticos sobre la aplicación de métodos curativos tradicionales en psiquiatría. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ip8.pdf>
 3. Save the Children [2006]. *The Invention of Child Witches in the Democratic Republic of Congo: Social Cleansing, Religious Commerce And The Difficulties Of Being A Parent In An Urban Culture*. http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3894_DRCWitches1.pdf
 4. OMS/ACNUR (1996). Medicina tradicional y sanadores tradicionales. En *La Salud mental de los refugiados*. Ginebra. OMS y ACNUR. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544861.pdf>
 5. OMS (2003). Traditional Medicine: Fact Sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
 6. OMS (2003). *Medicina tradicional*. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf
- OMS (2005). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/estrategia_de_la_oms_sobre_medicina_tradicional.pdf

Ejemplos de indicadores de procesos

- Se han realizado diagnósticos de situación de los principales sistemas locales de curación y se ha puesto esa información en conocimiento de los órganos coordinadores pertinentes.
- Se ha otorgado a los sanadores un papel en las sesiones de capacitación sobre salud mental (cuando sea apropiado, habida cuenta del contexto local).
- Número de sanadores que asisten a sesiones de capacitación sobre salud mental.

Chad oriental, 2005-2006

- Una ONG internacional que proporcionaba atención de salud mental dentro de los servicios de atención primaria de salud colaboró con los sanadores tradicionales de la población de Darfur en los campamentos de refugiados.
- El personal de la ONG se reunió con los sanadores para intercambiar información. Durante esas reuniones, los sanadores examinaron la credibilidad de la ONG. Seguidamente, los sanadores: a) explicaron sus dificultades para realizar su trabajo debido a la ausencia de libros de plegarias y hierbas; b) situaron el paradero de personas que padecían trastornos mentales graves y que vivían en abandono o encadenadas; c) describieron sus clasificaciones y sus intervenciones para personas que padecían problemas emocionales o enfermedad mental; y d) explicaron que la mayoría de los refugiados solicitaban simultáneamente atención terapéutica tradicional y alopática.
- Se organizaron seminarios de capacitación durante los cuales se intercambiaron conocimientos y habilidades prácticas. Durante un período de seis meses, los sanadores se reunieron regularmente con el personal de la ONG para entablar conversaciones que incluyeron intercambios recíprocos de información sobre la circuncisión femenina, los aspectos médicos del ayuno, la nutrición y la lactancia, el estrés emocional, los traumas y las reacciones posteriores al trauma, los trastornos mentales graves, las dificultades de aprendizaje y la epilepsia.

Antecedentes

Los conflictos y los desastres naturales crean situaciones en que las personas pueden experimentar graves problemas causados por el alcohol y el uso de otras sustancias (AUOS). Esto suscita problemas de gran magnitud, de índole psicosocial, médica, socioeconómica, y en relación con la protección y la salud mental.

- El alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias puede aumentar en las poblaciones afectadas por emergencias, a medida que las personas tratan de hacer frente al estrés. Esto puede producir daños a raíz del uso indebido, o a crear dependencia.
- Las comunidades tienen dificultades para recuperarse de los efectos de las emergencias cuando:
 - El alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias impiden que las personas o las comunidades aborden los problemas;
 - Los limitados recursos de las familias y de las comunidades se gastan en los problemas causados por el alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias;
 - El alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias está asociado con la violencia, la explotación, el descuido de los niños y otras amenazas a la protección.
- El alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias se asocia con comportamientos que crean riesgos para la salud, como relaciones sexuales sin protección cuando la persona está intoxicada con alcohol, que promueven la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Un medio común de transmitir el VIH y otros virus que afectan la sangre es compartir las agujas de inyecciones entre los toxicómanos.
- Las catástrofes pueden perturbar el suministro de sustancias y los tratamientos preexistentes de los problemas relativos al alcoholismo y al uso indebido de sustancias, y causar la repentina interrupción del suministro de esas sustancias a los toxicómanos. En algunos casos, en particular con el alcohol, esa privación brusca puede suscitar riesgos para la vida. Además, la falta de acceso a drogas habitualmente disponibles puede promover la transición hacia los inyectables como manera más eficiente de administración y puede promover la inyección endovenosa de drogas de alto riesgo.

Cada vez se reconoce más que los perjuicios dimanados del alcoholismo y el uso indebido de otras drogas es un importante problema de salud pública y protección, que requiere una respuesta multisectorial en situaciones de catástrofe.

Principales acciones

1. Realizar un diagnóstico rápido de la situación.

- Coordinar las acciones para el diagnóstico de situación. Revisar la información disponible sobre alcoholismo y uso indebido de otras sustancias y determinar el organismo o los organismos responsables de diseñar y realizar diagnósticos ulteriores de la situación, rápidos y participativos, según sea necesario ([véanse las Listas de Acciones 1.1 y 2.1](#)).
- Como parte de los diagnósticos ulteriores, determinar cuáles son las sustancias más comúnmente utilizadas; los perjuicios derivados de su uso; los factores que promueven o limitan esos perjuicios; y los efectos y las perturbaciones causadas por la emergencia al suministro, el equipo y las intervenciones (*véase el recuadro [infra](#)*).
- Cabe volver a diagnosticar la situación a intervalos regulares. Los problemas dimanados del alcoholismo y el uso indebido de sustancias pueden cambiar a lo largo del tiempo, a medida que van cambiando la disponibilidad de las sustancias y/o los recursos financieros.
- Comunicar los resultados de los diagnósticos de situación a los grupos coordinadores pertinentes.

2. Prevenir los daños del alcohol y del uso indebido de otras sustancias, así como de la dependencia.

- Sobre la base de toda la información obtenida en los diagnósticos de situación ([véase también la Lista de Acciones 2.1](#)), promover que se ponga en práctica una respuesta multisectorial —por ejemplo, según lo indicado en la matriz ([Capítulo 2](#))— para abordar los factores subyacentes de estrés pertinentes al uso dañino y la dependencia.
- Promover o facilitar tan pronto como sea posible el restablecimiento de actividades educacionales, recreativas y de obtención de ingresos, que sean ajenas al alcohol ([véanse las Listas de Acciones 1.1, 5.2 y 7.1](#)).

- Involucrar a hombres y mujeres de la comunidad en la prevención y la respuesta a los problemas de alcoholismo y uso indebido de otras sustancias (véanse las [Listas de Acciones 5.1 y 5.2](#)), e involucrar también a los miembros de cualesquiera grupos de autoayuda o asociaciones de usuarios existentes).
- Capacitar y supervisar a agentes de salud, maestros, trabajadores de la comunidad y otros recursos en:
 - Detección precoz y las llamadas “*intervenciones breves*” (véanse las referencias principales 6 y 9) para detectar y motivar a las personas que corren riesgo de uso dañino o de dependencia, para reducir el alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias;
 - Enfoques no médicos para tratar la angustia aguda (primeros auxilios psicológicos: véase la [Lista de Acciones 6.1](#)).
- Capacitar y supervisar a los agentes de salud en:
 - Criterios racionales para recetar benzodiazepinas y (cuando estén disponibles y sean costeables) uso de medicamentos alternativos que no entrañen riesgo de adicción;
 - Detección de riesgos, daños y casos de dependencia relativos al alcoholismo y al uso indebido de otras sustancias;
 - Identificación, tratamiento y remisión de personas que padecen trastornos mentales graves y corren mayor riesgo de padecer problemas de alcoholismo o de uso indebido de otras sustancias (véase la [Lista de Acciones 6.2](#)).
- Incluir el alcoholismo y el uso indebido de otras sustancias en la capacitación para manejo del estrés de agentes de salud y de otros trabajadores (véase la [Lista de Acciones 4.4](#) y las principales referencias infra, donde figura orientación sobre estrategias de autoayuda).
- Capacitar y supervisar a los trabajadores de la comunidad para que detecten a los grupos en situación de riesgo y les brinden apoyo adicional (por ejemplo, sobrevivientes de actos de violencia, familias de toxicómanos), para evitar que se establezca al mismo tiempo un servicio paralelo (véanse las [Listas de Acciones 4.3 y 5.2](#)).

3. Facilitar las intervenciones para la reducción del daño en la comunidad.

- Velar por el acceso a los condones (preservativos) y a la información al respecto en lugares donde se congregan personas afectadas por alcoholismo o por uso

indebido de otras sustancias (por ejemplo, lugares de venta de alcohol), de manera culturalmente sensible (véase [Guía IASC para intervenciones sobre HIV/SIDA con contexto de emergencia](#))

- Promover ante las autoridades responsables y los grupos comunitarios la reubicación de los lugares de venta de alcohol a fin de minimizar las perturbaciones de la comunidad.
- Proporcionar información sobre reducción de riesgos a grupos seleccionados (por ejemplo, con respecto al uso de drogas inyectables, el consumo de alcohol o las relaciones sexuales sin protección).
- Velar por el acceso a jeringas no contaminadas y el descarte de dichas jeringas, para los usuarios de drogas inyectables, si así lo indica el diagnóstico de situación.
- Ofrecer a líderes comunitarios, hombres y mujeres, según sea apropiado, sesiones de concienciación sobre el alcoholismo, el uso indebido de otras sustancias y los medios para reducir los perjuicios. Por ejemplo, en algunos ámbitos las intervenciones para reducir los perjuicios del consumo abusivo de alcohol han incluido controles para establecer métodos seguros de destilación para la fabricación local, restricción de las horas de venta, imposición del requisito de pago contra entrega y prohibición de armas en los locales donde se vende o se consume alcohol.

4. Manejo de los síntomas de privación de drogas y otros problemas agudos.

- Preparar protocolos para clínicas y hospitales sobre el manejo de síntomas de privación de drogas, intoxicación, dosis excesivas y otras presentaciones comunes que se hayan detectado en la evaluación de la situación.
- Capacitar y supervisar a los agentes de salud para el tratamiento y la remisión de pacientes que presenten síntomas de privación de drogas u otras presentaciones agudas, junto con el suministro de suficientes medicamentos, incluidas benzodiazepinas, para los síntomas de privación de drogas o alcohol. Los organismos comunitarios deberían capacitar y supervisar a los agentes de la comunidad en la identificación, el tratamiento inicial y la remisión de las formas de presentación aguda más habituales, entre ellas los síntomas de deprivación de drogas.
- En lugares donde es común la dependencia de los opiáceos, considérese la posibilidad de establecer un tratamiento sustitutivo a bajas dosis (por ejemplo, metadona o buprenorfina).
- Restablecer las terapias sustitutivas preexistentes tan pronto como sea posible.

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

A fin de obtener directrices de metodologías para el diagnóstico de situación, véanse la [Lista de Acciones 2.1](#) y las principales referencias infra. Entre los datos pertinentes figuran los siguientes:

A. Factores contextuales y disponibilidad de sustancias psicoactivas

- Normas culturales anteriores a la emergencia, relativas al uso indebido de sustancias (en poblaciones desplazadas y poblaciones receptoras, hombres y mujeres).
- Datos básicos de referencia disponibles sobre alcoholismo y uso indebido de otras sustancias, prevalencia del VIH y otros problemas conexos de índole psicológica, social y médica.
- Marcos reglamentarios y legislativos pertinentes.

B. Pautas existentes de alcoholismo y uso indebido de sustancias, y tendencias al respecto

- Disponibilidad y costo aproximado de las sustancias psicoactivas de uso más corriente, información sobre cadenas de suministro y sobre la perturbación del suministro a raíz de la emergencia.
- Sustancias utilizadas indebidamente y métodos de administración (incluyendo pautas cambiantes, entre ellas la transición desde fumar hacia inyectar, o el uso de nuevas sustancias) por subgrupos (por ejemplo, edad, género, ocupación —por ejemplo, agricultor, excombatiente, trabajadora del sexo—, grupo étnico, religión).

C. Problemas que conllevan el alcoholismo y el uso indebido de sustancias

- Problemas psicosociales y de salud mental conexos (por ejemplo, violencia por motivos de género y de otros tipos, suicidios, malos tratos o descuido de los niños, trastornos mentales y del comportamiento inducidos —o exacerbados— por las sustancias, discriminación, delincuencia).
- Comportamientos de alto riesgo conexos (por ejemplo, comportamiento sexual de riesgo y/o inyección de drogas).
- Problemas médicos conexos (por ejemplo, transmisión del VIH y otros virus por

vía sanguínea, episodios de sobredosis, síndromes de privación, particularmente, la privación de alcohol cuando amenaza la vida del paciente).

- Problemas socioeconómicos (por ejemplo, hogares obligados a vender artículos de primera necesidad que necesitan, alimentarios y no alimentarios, tráfico de drogas o alcohol, comercio sexual relacionado con las drogas).

D. Recursos existentes (véase también la [Lista de Acciones 2.1](#))

- servicios de salud, de asistencia psicosocial y comunitarios (incluidos servicios para alcoholismo y uso indebido de otras sustancias, actividades para la reducción de daños, grupos de autoayuda o asociaciones de usuarios, de existir). Documentar la perturbación sufrida por los servicios a partir de catástrofe.
- Servicios básicos, incluyendo abastecimiento de alimentos y agua, albergue.
- Instituciones comunitarias y culturales en funcionamiento.
- Espacios protegidos para quienes corren riesgo de violencia a causa del alcoholismo o el uso indebido de otras sustancias (de existir).
- Atención en la familia o la comunidad para los toxicómanos (de existir).
- Oportunidades de educación, recreación y empleo (de existir).

Principales referencias

1. Costigan G., Crofts N. y Reid G. (2003). *The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia*. Melbourne: Centre for Harm Reduction. http://www.rararchives.org/harm_red_man.pdf
2. UNAIDS / Red Asiática para la Reducción del Daño. Apoyo a las respuestas al VIH y al consumo de drogas intravenosas en Asia. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC477-AHRN_es.pdf
- IASC (2007). Taller intervenciones sobre HIV/SIDA en contextos de emergencia. Guía del capacitador. http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2003/IASC_HIVtrainersguide_es.pdf
- http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2003/IASCGuidelines_es.pdf
3. IASC (2007). Taller intervenciones sobre HIV/SIDA en contextos de emergencia. Guía del capacitador. http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2003/IASC_HIVtrainersguide_es.pdf
- http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2003/IASCGuidelines_es.pdf<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist*. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. OOMS/ACNUR (1996). "Alcohol y otros problemas de drogas". En *La Salud mental de los refugiados*. Ginebra. OMS y ACNUR

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

5. OMS (1998). *Guía para la evaluación rápida y desarrollo de respuestas en el uso de drogas por vía inyectable* (UDI-ERR). (IDU-RAR). Ginebra. OMS. [www.rararchives.org/IDU-RAR\(spanish\).doc](http://www.rararchives.org/IDU-RAR(spanish).doc)

6. OMS (2001). *Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria* Ginebra. OMS

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

7. OMS (2001). *Lo que las personas creen que saben sobre la dependencia a sustancias: Mitos y realidades*. Ginebra.OMS. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/37325-S.pdf

8. OMS (2002). *SEX-RAR Guide: The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. Ginebra: OMS. http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf

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

10. OMS (2001). *Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria* Ginebra. OMS

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

11. OMS (2003). *The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care*. Versión preliminar 1.1 para su ensayo sobre el terreno. Ginebra: OMS.

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

11. OMS (2003). *Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide*. Versión preliminar 1.1 para su ensayo sobre el terreno. Ginebra: OMS. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

Ejemplos de indicadores de proceso

- Se ha realizado recientemente un diagnóstico de la situación relativa a los daños del consumo de alcohol y el uso indebido de otras sustancias.
- Se dispone continuamente de condones (preservativos) en las zonas donde se congregan las personas que consumen alcohol u otras sustancias.
- Proporción estimada de agentes de salud que han recibido capacitación para realizar intervenciones breves en casos de alcoholismo o consumo indebido de otras sustancias.

Bam, República Islámica del Irán, 2003-2004

- Se produjo un terremoto en una zona donde se sabía que había alta prevalencia de consumo de opiáceos. De inmediato, el Gobierno se puso en contacto oficiosamente con todos los hospitales del país y recomendó que los toxicómanos supervivientes evacuados recibieran terapia sustitutiva, cuando esto estuviera indicado clínicamente.
 - Diez días después, a solicitud del Ministerio de Salud, investigadores iraníes realizaron un diagnóstico de la situación relativa al uso indebido de sustancias.
 - El diagnóstico de la situación confirmó que el terremoto había perturbado el suministro a grandes cantidades de hombres adictos a los opiáceos, lo cual desencadenó síntomas agudos de privación de dichos opiáceos.
 - Se distribuyeron protocolos estándar para que los servicios de salud dispensaran tratamiento al dolor en casos de adicción a los opiáceos, tratamiento clínico de los síntomas de privación y terapia sustitutiva en dosis bajas.
-

Antecedentes

En crisis, la educación constituye un área importante de intervención psicosocial y de salud mental dado que proporciona ámbitos seguros y estables a los niños y niñas, restaura un sentido de normalidad, provee condiciones de dignidad y esperanza, ofreciendo actividades apropiadas, estructuradas y de apoyo. Muchos niños y muchos padres y madres consideran que recibir educación en la infancia es la base para tener un futuro. Los programas educacionales bien diseñados ayudan a las poblaciones afectadas a hacer frente a la situación, difundiendo mensajes, posibilitando el aprendizaje sobre medidas de autoprotección y apoyando las estrategias locales para abordar condiciones de crisis. Es importante restablecer las actividades educacionales escolares y extraescolares, asignando prioridad a la seguridad y al bienestar de los niños y los jóvenes, en especial los que están en situaciones de más vulnerabilidad (véase el Capítulo 1) o que tienen necesidades educacionales especiales.

La pérdida de posibilidades de educación suele figurar entre los factores de estrés más graves de los jóvenes y de sus familias. La educación puede ser un instrumento esencial para ayudar a las comunidades a reconstruir sus vidas. El acceso a la educación escolar y extraescolar en un ámbito de apoyo fomenta la competencia intelectual y emocional de los alumnos y proporciona apoyo social gracias a la interacción con jóvenes de la misma edad y con los educadores y fortalece el sentido de control y autoestima de los estudiantes. También fomenta la adquisición de habilidades laborales que fortalecen las estrategias para hacer frente a las dificultades, facilitan el futuro empleo y pueden reducir el estrés económico familiar. Todas las respuestas educativas en una crisis deben encaminarse a contribuir al logro de las normas mínimas establecidas en *INEE Estándares mínimos para Educación en Emergencias, Crisis Crónicas y Reconstrucciones Tempranas* (véanse las principales referencias al final).

Los educadores, (maestros formales, profesores de formación técnica o laboral y facilitadores o monitores en actividades educativas— tienen un papel crucial que desempeñar en el apoyo a la salud mental y el bienestar psicosocial de los estudiantes. Con frecuencia, los educadores se esfuerzan por trabajar en los problemas a que se enfrentan ellos y sus estudiantes, lo que incluye sus propios problemas de estrés y malestar emocional. La capacitación, supervisión y apoyo a

esos educadores posibilita una mejor comprensión de su papel en cuanto a promover el bienestar de los estudiantes y les ayuda a proteger y aportar al desarrollo de los niños, los jóvenes y los estudiantes adultos a su cargo, en el contexto de la catástrofe.

Principales acciones

1. Promover espacios de aprendizaje protegidos.

La educación sirve como una protección importante al proporcionar un foro de difusión de mensajes saludables y de desarrollo de habilidades de autocuidado en un ambiente protegido y libre de violencia. Entre las medidas inmediatas figuran las siguientes.

- Efectuar un diagnóstico de las necesidades y capacidades en materia de educación escolar y extraescolar, considerando en especial la manera de integrar y apoyar las iniciativas locales. La educación escolar y extraescolar deberían complementarse y establecerse en forma concurrente siempre que sea posible.
- Potenciar al máximo la participación de la propia comunidad afectada, incluyendo a los padres, madres y autoridades educativas (por ejemplo, los funcionarios del Ministerio de Educación cuando sea posible) en todo el proceso: diagnóstico preliminar, planificación, puesta en práctica, seguimiento y evaluación del programa de educación.
- Evaluar los problemas de seguridad en el diseño y la ubicación de los espacios y las estructuras físicas que se usarán como escuelas:
 - Ubicar las escuelas lejos de zonas o instalaciones militares;
 - Ubicar las escuelas cerca de centros de población;
 - Proporcionar retretes separados para varones y mujeres en lugares protegidos.
- Vigilar las condiciones de seguridad en los espacios de aprendizaje y en torno a ellos (por ejemplo, asignando funciones de seguridad a un coordinador en la escuela) y responder a las amenazas que el conflicto armado entraña para los estudiantes.
- Lograr que los espacios de aprendizaje y las escuelas sean zonas de paz:
 - Exigir a los grupos armados que no incluyan las escuelas como objetivos militares y se abstengan de reclutar allí soldados;
 - Prohibir las armas en los espacios de aprendizaje y las escuelas;
 - Proporcionar escoltas a los niños cuando se desplazan desde y hacia la escuela o a las actividades educacionales.

- Determinar las principales amenazas a la seguridad provenientes del exterior del sistema educacional (por ejemplo, conflicto armado) y las amenazas internas (por ejemplo, intimidación, ataques violentos):
 - Determinar cuáles son las principales amenazas dentro del sistema educativo, entre ellas la violencia por motivos de género, el reclutamiento de niños para las fuerzas armadas o la violencia en el ámbito educativo;
 - Incorporar mensajes educativos sobre la manera de prevenir y responder a esas y otras cuestiones de protección (por ejemplo, estructuración de medidas de apoyo para niños separados de sus familias, con base en la comunidad: véase la [Lista de Acciones 3.2](#)), en el proceso de aprendizaje;
 - Establecer medidas de vigilancia de la educación y la protección para cada niño a fin de detectar cuáles son los que corren riesgo de amenazas a la protección;
 - Usar las directrices de IASC *Guía de las Intervenciones sobre Violencia de Género en Contexto Humanitario* para prevenir este tipo de violencia en las escuelas y espacios de aprendizaje y en sus alrededores.
- Organizar rápidamente la enseñanza extraescolar, con espacios acogedores para niños y jóvenes (“centros de animación”, “espacios lúdicos”) o grupos educativos basados en la comunidad. Los miembros de la comunidad, los agentes de asistencia humanitaria y los educadores pueden contribuir a organizarlos aún sin infraestructura física, mientras se establece, se restablece o se reactiva el sistema de educación escolar. El personal de estos espacios lúdicos para niños debe poseer aptitudes para el trato interpersonal, capacidad para utilizar dinámicas de aprendizaje activo y experiencia de trabajo en programas de educación extraescolar o de movilización comunitaria. Es necesario, en estas circunstancias, tener formación reglada en educación.

2. Lograr que la educación escolar y extraescolar sean más pertinentes al contexto y proporcionen apoyo.

Es importante durante una emergencia, que la educación sea pertinente y que brinde apoyo para promover la salud mental y el bienestar psicosocial de los estudiantes

- Velar por que la educación sea flexible y responda a las necesidades y capacidades emocionales, cognitivas y sociales de los estudiantes creadas por la emergencia. Por ejemplo, cabe ofrecer actividades más breves si los estudiantes tienen dificultad en concentrarse; establecer calendarios flexibles para evitar el estrés

indebido de los estudiantes, los educadores y sus familias, ofreciendo horas y turnos variables; y revisar los calendarios de exámenes de modo que los estudiantes tengan más tiempo para prepararse.

- Procurar impartir educación que contribuya a restaurar un sentido de estructura, rutina y normalidad para los niños; crear oportunidades de expresión, opción, interacción social y apoyo; y fomentar en los niños las competencias y las aptitudes para la vida. Por ejemplo, establecer calendarios de actividades y colocarlos en lugares visibles en el establecimiento educacional o los espacios de aprendizaje, evitar castigar a los estudiantes cuyo desempeño en clase disminuya por problemas emocionales; utilizar juegos en colaboración en lugar de competitivos; acrecentar el uso de enfoques de aprendizaje activo y expresivo; utilizar actividades estructuradas y culturalmente apropiadas, entre ellas juegos, canciones, danzas y representaciones dramáticas que utilicen los materiales disponibles localmente.
- Incluir la capacitación en aptitudes para la vida y la provisión de información acerca de la emergencia. Entre las aptitudes para la vida y los contenidos de aprendizaje que pueden ser particularmente pertinentes en situaciones de emergencia figuran la promoción de la higiene, la resolución de conflictos por medios no violentos, las competencias para la comunicación interpersonal, la prevención de la violencia por motivos de género, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo, VIH/SIDA), la creación de conciencia sobre las minas y la información sobre la situación existente (por ejemplo, terremotos, conflictos armados, etc.). El contenido y la facilitación de la capacitación en aptitudes para la vida debe basarse en un diagnóstico de vulnerabilidades y capacidades.
- Utilizar métodos participativos que involucren a los representantes de la comunidad y a los estudiantes en actividades de aprendizaje. Es particularmente valiosa la participación de adolescentes y jóvenes en la realización de actividades para niños de corta edad, así como los enfoques de jóvenes que ayudan a otros jóvenes.
- Utilizar la educación como mecanismo de movilización de la comunidad (véase la [Lista de Acciones 5.1](#)). Involucrar a padres y madres en la gestión del aprendizaje y la educación y promover la participación comunitaria en la construcción o reconstrucción de instalaciones de educación (que pueden ser estructuras provisionales y/o permanentes). Organizar reuniones comunitarias semanales con representantes de los niños, los jóvenes y la comunidad a fin de facilitar

actividades apropiadas al contexto local y que aprovechen los conocimientos y las aptitudes locales.

- Velar por que todo coordinador educacional o grupo de trabajo en educación tenga presentes consideraciones relativas a la salud mental y el bienestar psicosocial. Designar a una persona para que vincule el grupo coordinador en salud mental y apoyo psicosocial con los mecanismos de coordinación en educación (véase la [Lista de Acciones 1.1](#))
- Incluir en los Espacios Acogedores para niños y jóvenes oportunidades para que éstos adquieran aptitudes para la vida y participen, por ejemplo, en la educación informal, la enseñanza de oficios, las actividades artísticas, culturales y medioambientales y/o los deportes.
- Apoyar el aprendizaje extraescolar, incluida la educación de adultos, la alfabetización y la enseñanza de oficios, a fin de que los estudiantes adquieran aptitudes ajustadas al ámbito actual y futuro, de oportunidades de empleo. Para niños menores de 15 años, la educación extraescolar debería servir como complemento y no como sustituto de la educación escolar.
- Emplear programas de “alimentos para la educación” a fin de promover la salud mental y el bienestar psicosocial, siempre que sea apropiado. Proporcionar alimentos (en el lugar o como raciones para llevar al hogar) en los ámbitos educacionales puede ser una estrategia eficaz para reforzar la asistencia y la retención de los estudiantes, lo cual, a su vez, ha de contribuir a la salud mental y el bienestar psicosocial (véase la [Lista de Acciones 9.1](#)). Además, los alimentos en la educación pueden beneficiar directamente el bienestar psicosocial intensificando la capacidad de concentración, reduciendo la distinción social entre “ricos” y “pobres”, etc. Sólo se deberá proporcionar alimentos o programas de alimentación en ámbitos educacionales cuando esto pueda hacerse eficientemente, no perjudique la situación nutricional de los estudiantes y no menoscabe sustancialmente las tradiciones sociales (por ejemplo, el papel de la familia en la provisión de alimentación apropiada para los hijos).

3. Fortalecer el acceso a la educación para todos.

- Acrecentar rápidamente el acceso a la educación escolar y/o extraescolar, lo cual puede requerir enfoques creativos y flexibles, como la apertura de escuelas por etapas, el doble turno o la utilización de lugares alternativos.

- Como medida transitoria, cabe reducir los requisitos de documentación para la admisión en la escuela e introducir criterios de flexibilidad en la matriculación. Las poblaciones afectadas por una emergencia tal vez carezcan de certificados de ciudadanía, certificados de nacimiento o comprobantes de edad, documentos de identidad o libreta de calificaciones de la escuela. No deben establecerse límites rígidos de edades para los niños y los jóvenes afectados.
- Apoyar las necesidades concretas de determinados estudiantes, por ejemplo, ofrecer servicios de guardería para madres adolescentes y hermanos o hermanas que deben cuidar a hermanitos más pequeños; proporcionar materiales didácticos a los estudiantes que los necesiten.
- Velar por que los espacios educacionales sean accesibles y apropiados a diferentes grupos de niños, especialmente niños con dificultades añadidas (por ejemplo, discapacitados o con desventajas económicas, o pertenecientes a minorías étnicas). Es preciso prever actividades para adolescentes y jóvenes separadas de los niños. Estas edades suelen recibir insuficiente atención.
- Cuando sea apropiado, ofrecer cursos de aprendizaje acelerado para niños de más edad que han perdido períodos de educación (por ejemplo, para niños que perdieron escuela porque fueron reclutados por fuerzas o grupos armados)
- Cuando sea apropiado, realizar campañas de retorno a la escuela en que las comunidades, las autoridades educacionales y los agentes de asistencia humanitaria promuevan el acceso a la educación de todos los niños y los jóvenes.

4. Preparar y alentar a los educadores para que apoyen el bienestar psicosocial de los estudiantes.

Los educadores pueden proporcionar apoyo psicosocial a los estudiantes, adaptando la manera en que interactúan con ellos y creando ámbitos seguros y de apoyo en que los estudiantes puedan expresar sus emociones y experiencias, o incluyendo determinadas actividades psicosociales estructuradas concretas en el proceso de enseñanza y aprendizaje. No obstante, no deben tratar de ofrecer terapia, para lo que se requieren aptitudes especializadas. Brindar apoyo al bienestar psicosocial de los propios educadores es un componente esencial del apoyo a los estudiantes.

- Adaptar la interacción con los estudiantes mediante:
 - Integración de los temas relativos a la emergencia en el proceso de aprendizaje;
 - Consideración de la causa de los comportamientos problemáticos en clase (por ejemplo, agresión);

- Ayuda a los estudiantes para que se comprendan y apoyen recíprocamente.
- Proporcionar a los educadores oportunidades de formación permanente, capacitación continua y apoyo profesional para la crisis, en lugar de capacitación fragmentada o a corto plazo y carente de seguimiento (véase la [Lista de Acciones 4.3](#)). Entre los temas principales podrían incluirse los siguientes:
- Promover a la participación comunitaria y la creación de ámbitos de aprendizaje seguros y protegidos.
- Efectos de las experiencias y situaciones difíciles sobre el bienestar psicosocial de los niños y niñas de diferentes edades y ejemplos de mecanismos de adaptación y resistencia natural; aspectos éticos del apoyo psicosocial (véase la [Lista de Acciones 4.2](#));
- Aptitudes para la vida pertinentes a la emergencia (véanse sugerencias en la Acción Principal 2);
- Métodos pedagógicos de conducción del aula que expliquen por qué razón no deben utilizarse los castigos corporales y que proporcionen alternativas concretas al uso de la violencia;
- Maneras de manejar de manera positiva las emociones de los estudiantes durante la crisis, como la rabia, el temor y la tristeza;
- Maneras de conducir actividades estructuradas en grupo, de tipo artístico, lúdico, cultural o deportivo.
- Maneras de colaborar con los padres, madres y las comunidades;
- Modos de aprovechar los mecanismos de remisión y referencia para ofrecer apoyo adicional a los estudiantes que tengan dificultades graves de salud mental y adaptación a la crisis. (véase la acción principal 5 *infra*);
- Métodos para la elaboración de planes de acción que permitan a los educadores desarrollar tareas de apoyo psicosocial
- Ayudar a los educadores a soportar una etapa tan compleja tanto durante la crisis como después de ésta, incluyendo los efectos del estrés sobre los educadores, habilidades de afrontamiento, supervisión pedagógica de apoyo o el apoyo propio entre pares
- Utilizar métodos de aprendizaje participativo adaptados al contexto y la cultura locales. Es preciso asegurar que los educadores tengan la oportunidad de compartir sus propios conocimientos y experiencias personales relativos al desarrollo de los

niños y niñas y las técnicas útiles de ayuda. Es preciso evaluar periódicamente si la capacitación es apropiada y útil. Debe proporcionarse apoyo continuo a los educadores, incluyendo acompañamiento profesional y materiales didácticos.

- Activar los apoyos psicosociales disponibles para los propios educadores. Por ejemplo, reunir a los educadores con un educador con experiencia que actúe de facilitador para comenzar a considerar en grupo el pasado, el presente y el futuro, o buscar como establecer mecanismos de apoyo comunitario para ayudar a los educadores a que hagan frente a situaciones críticas personales o familiares

5. Fortalecer la capacidad del sistema educativo para apoyar a los estudiantes que tienen dificultades psicosociales de salud mental.

- Fortalecer la capacidad de las instituciones educativas para proporcionar apoyo a estudiantes que experimentan dificultades particulares, psicosociales o de salud mental:
- Designar a coordinadores que se encarguen de la vigilancia y el seguimiento de cada niño;
- Si la escuela cuenta con consejeros escolares, dialogar con ellos sobre la manera de abordar los problemas suscitados por la crisis.
- Informar al personal de la escuela, incluyendo a administradores, tutores, maestros y agentes de salud, dónde pueden remitir a los niños y niñas que padezcan graves dificultades psicosociales o de salud mental, bien sea hacia servicios de atención social o sistemas de apoyo mutuo de carácter comunitario (véase la [Lista de Acciones 5.2](#)) incluyendo los criterios para la remisión de casos en que haya problemas graves de salud mental a los correspondientes servicios de salud (véase la [Lista de Acciones 6.2](#)). Esto puede incluir, de requerirse, a niños y niñas que no estén directamente afectados por la crisis sino que tengan dificultades preexistentes a la catástrofe. Es preciso velar por que los estudiantes, los padres y madres y los miembros de la comunidad comprendan los criterios y las maneras de utilizar estos sistemas de remisión a recursos especializados.

Principales referencias

1. ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria*. Cap 12. *Participación y Educación*. Pg 331-342.

http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf

2. Annan J., Castelli L., Devreux A. and Locatelli E. (2003). *Training Manual for Teachers*.
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm>
3. Crisp J., Talbot C. (eds.) (2001). *Educación en emergencias: guía para un futuro pacífico*. Revista Migraciones Forzadas. Monográfico. Número 22.
http://www.migracionesforzadas.org/pdf/rmf22_pdf/rmf_22.pdf
4. Danish Red Cross (2004). *Framework for School-Based Psychosocial Support Programmes: Guidelines for Initiation of Programmes*.
<http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Report.pdf>
5. IASC (2005) *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias*. Ginebra. IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Gero.pdf>
6. Red Interinstitucional para la Educación en Emergencias (INEE) (2004). *Normas mínimas para la educación en situaciones de emergencia, crisis crónicas y reconstrucción temprana*.
http://www.ineesite.org/minimum_standards/INEE_MSEE_Espanol.pdf
7. International Save the Children Alliance (1996). *Promoting INEE Good Practice Guides – Educational Content and Methodology*. Sitio Web: <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1238>, seguidamente, los siguientes enlaces:
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1134>
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1137>
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146>
8. Macksound M (1993). *Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la guerra. Manual para padres, madres y maestros*. UNICEF. http://www.unicef.org/spanish/publications/index_4398.html
9. Nicolai S. (2003). *Education in Emergencies: A Tool Kit for Starting and Managing Education in Emergencies*. Save the Children UK. http://www.ineesite.org/core_references/EducationEmertoolkit.pdf
10. Save the Children (1996). *Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and Approaches*. Ginebra. <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychosocwellbeing2.pdf>
11. Sinclair M. (2002). *Planning Education In and After Emergencies*. UNESCO: International Institute for Educational Planning (IIEP). http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/emergency_4.htm

Ejemplos de indicadores de proceso

- Porcentaje de estudiantes que tienen acceso a la educación escolar.
- Se dispone de medios de educación extraescolar accesibles a las niñas y los niños de diferentes edades.
- Porcentaje de maestros capacitados en la manera de apoyar el bienestar psicosocial de los estudiantes y que reciben apoyo ulterior.
- Los maestros y otros trabajadores del sistema educativo remiten a los niños que padecen dificultades graves de salud mental o psicosociales a los servicios especializados disponibles.

Territorio palestino ocupado, 2001

- En respuesta a la segunda intifada, el Plan de Acción Nacional para los Niños (un consorcio de ONGS) coordinó la labor de organizaciones nacionales e internacionales para seguir proporcionando educación escolar y extraescolar a los niños palestinos en condiciones de seguridad y apoyo.
 - Las organizaciones realizaron campañas para promover el regreso a la escuela y apoyaron campamentos de verano y espacios de acogida y juegos para los niños y los jóvenes. Se revisaron los procedimientos educativos a fin de que fueran más pertinentes y proporcionaran más protección y apoyo en el contexto de crisis permanente ofreciendo mayores oportunidades de expresión personal a los jóvenes y desarrollando habilidades de autocuidado y protección.
 - Se impartió capacitación a los educadores para que comprendieran y respondieran a las necesidades emocionales y los problemas de los estudiantes; se introdujeron programas de acompañamiento y tutoría para adolescentes; y se introdujeron en las escuelas sesiones estructuradas de apoyo psicosocial.
-

Proporcionar a las poblaciones afectadas información sobre la emergencia, el contexto y las actividades de ayuda, así como sobre sus derechos legales

Función: Educación

Etapa: Respuesta mínima

Antecedentes

Además de perderse vidas y los daños en salud, en situaciones de emergencia también resultan afectados los derechos humanos y la justicia. Las emergencias tienden a desestructurar los cauces de información y comunicación. En ocasiones queda destruida la infraestructura de comunicaciones o los cauces de comunicación que subsisten, puede que sean utilizados de modo interesado, por ejemplo para la difusión de rumores o mensajes que inciten al odio mentiras o distorsiones interesadas sobre la realidad

Los rumores y la ausencia de información fiable y verídica y suelen ser fuentes de ansiedad importantes para las personas afectadas por una emergencia y pueden crear confusión e inseguridad. Además, la falta de conocimientos sobre los propios derechos como afectados puede conducir a la explotación. Para contrarrestar esta situación, es menester brindar la información apropiada en el momento apropiado. Es preciso que exista un sistema responsable de difusión dinámica de toda la información que es útil.

Es posible diseñar sistemas de información y comunicación que ayuden a los miembros de la comunidad a desempeñar un papel activo en los procesos de recuperación y, por consiguiente, transformarse en sobrevivientes, en lugar de víctimas pasivas. La tecnología de la información y las comunicaciones y los métodos tradicionales de comunicación formal o artística —como dibujos, canciones o escenificaciones— pueden desempeñar un papel de gran importancia en la difusión de información sobre los derechos de los sobrevivientes. La información adecuada sobre las acciones de ayuda o sobre el paradero de las personas desplazadas puede contribuir a la reunificación de las familias en situaciones de catástrofe.

Además de las acciones concretas que se describen a continuación, mejorar el acceso a la información dependerá también de una buena gestión global donde haya participación comunitaria, transparencia y obligación de rendir cuentas.

Principales acciones

1. Facilitar la formación de un equipo de información y comunicación.

- Cuando los sistemas regulares de comunicación (en lo concerniente tanto a las personas como a la infraestructura) no funcionan debidamente, es preciso ayudar

a constituir un equipo de comunicadores que proporcionen información sobre la catástrofe, las actividades de ayuda y los derechos legales de las personas. El equipo deberá también fortalecer las voces de los grupos marginados u olvidados. El equipo puede constituirse recurriendo a miembros de organizaciones locales de noticias, líderes comunitarios, organismos de ayuda, funcionarios gubernamentales y otras partes involucradas en la respuesta a la emergencia.

2. Realizar periódicamente un diagnóstico de situación y detectar las principales lagunas en la información, así como determinar cuál es la información importante a difundir.

- Considerar los diagnósticos de situación ya realizados y los problemas que éstos señalan (véase la Lista de Acciones 2.1).
- Analizar quién controla los cauces de comunicación y mapear qué grupos particulares estarían difundiendo información acorde con sus intereses particulares.
- Realizar, de ser necesario, estudios más a fondo que planteen las siguientes preguntas:
 - ¿Cuáles son las comunidades o grupos de personas que se están desplazando, y cuáles los que se han asentado?
 - ¿Quiénes son las personas en situación de riesgo? ¿Son los grupos que comúnmente se reconocen como vulnerables (véase el Capítulo 1), o hay otros grupos?
 - ¿Hay informes acerca de sobrevivientes que no pueden moverse? De ser éste el caso, es preciso determinar dónde están ubicados y cuál es la respuesta existente al respecto.
 - ¿Dónde pueden ubicarse las personas sin peligro y cuáles son los lugares peligrosos?
 - Si se dispone de servicios de salud mental y apoyo psicosocial, ¿quién proporciona esos servicios? ¿Qué organismos realizan actividades en la zona? ¿Abarcan a todas las comunidades y segmentos de la población afectados? ¿Hay grupos de la comunidad que han quedado excluidos?
 - ¿Qué oportunidades hay de integrar las campañas de información y comunicación con otras acciones de ayuda en curso?
 - ¿Cuál es el nivel de alfabetización de hombres, mujeres, niños y adolescentes?

- ¿Cuáles son los cauces de comunicación existentes que están en funcionamiento? ¿Cuáles cauces serían más eficaces en la situación existente para comunicar mensajes relativos a la emergencia, las acciones de socorro y los derechos jurídicos de las personas?
- ¿Cuáles son los grupos de población que carecen de acceso a los medios de difusión?
- ¿Cuáles son los grupos que carecen de acceso a los medios de difusión debido a discapacidades (por ejemplo, personas con dificultades visuales o auditivas)? ¿Qué métodos es preciso desarrollar para que la información llegue a esas personas?
- Compilar la información pertinente todos los días. Esto puede incluir información relativa a:
 - Disponibilidad y grado de seguridad de los materiales de socorro
 - Acuerdos de cese del fuego, zonas protegidas y otras iniciativas de paz
 - Reiteración de signos relacionados con la emergencia (por ejemplo, violencia, o réplicas y temblores secundarios después de un terremoto)
 - Localización de espacios protegidos (véase la [Lista de Acciones 5.1](#)) y servicios disponibles allí (véanse las [Listas de Acciones 5.1, 5.2, 5.4 y 7.1](#));
 - Principales resultados de los diagnósticos de situación ya realizados y del seguimiento de la asistencia
 - Principales decisiones adoptadas por líderes políticos y órganos de coordinación de la asistencia humanitaria
 - Derechos (por ejemplo, cantidad de arroz que tiene derecho a recibir una persona desplazada, derechos a la tenencia de la tierra, etc.).
- Observar la información pertinente emitida por los gobiernos o autoridades locales, en particular la información relativa a la llegada de materiales de ayuda.
- Preguntar a los diferentes interesados directos entre los miembros de la población, así como a los trabajadores de ayuda, cuáles son las principales lagunas en la información que deben subsanarse (por ejemplo, falta de conocimientos con respecto a los servicios disponibles, la asistencia a que se tiene derecho, la ubicación de miembros de la familia, etc.).
- Detectar continuamente las prácticas negativas de los medios de difusión o los abusos de información que es menester subsanar. Tales abusos abarcan:

- Difusión de mensajes que encrespan los prejuicios o incitan al odio;
- Entrevistas inapropiadas a las personas acerca de sus peores experiencias personales o de hechos que pueden afectar emocionalmente a otras.
- Omisión de acceso al apoyo psicosocial para personas a quienes se ha entrevistado o interrogado acerca de sus experiencias emocionales en el desastre;
- Estigmatización de las personas, tras entrevistarlas de manera inapropiada;
- Utilización de imágenes, nombres u otros datos de identificación personal sin que medie el consentimiento informado de los supervivientes o de maneras que puedan acarrear peligros para éstos.
- Mostrar continuamente ejemplos de prácticas recomendables en los medios de difusión;
- Invitar a trabajadores de asistencia humanitaria experimentados en materia de salud mental y apoyo psicosocial para que recomienden a través de los medios de difusión;
- Proporcionar recomendaciones mediante programas de noticias y reportajes.

3. Elaborar un plan de comunicación y plan de movilización social.

- Maximizar la participación comunitaria en el proceso de elaboración de un plan de comunicación y plan de movilización.
- Elaborar un sistema para difundir información útil que subsane las lagunas informativas detectadas en las acciones que se desarrollan .
- Educar a las organizaciones locales de difusión acerca de prácticas posiblemente nocivas y la manera de evitarlas.
- Respetar los principios de confidencialidad y la necesidad de obtener consentimiento informado.

4. Crear cauces de acceso y difusión de información fidedigna a la población afectada.

- Detectar en la población afectada a las personas con capacidad de influencia y credibilidad para transmitir noticias en sus comunidades.
- Preparar una guía para trabajar con los medios de comunicación y de difusión que incluya:

- Una lista de los medios locales de difusión, con los nombres y los detalles para establecer contacto con los principales periodistas que escriben historias de interés humano o relativas a la salud y los niños;
- Una lista de los nombres y los detalles para entablar contacto con periodistas que están cubriendo la catástrofe;
- Una lista de funcionarios de diferentes organismos de asistencia humanitaria que se ocupan del área de comunicación.
- Los equipos de comunicación pueden crear cauces para difundir información en los idiomas locales. Esto puede incluir negociar tiempo de difusión con estaciones locales de radio o espacio en carteleras y tabloneros en los cruces de caminos y otros lugares públicos, o en las escuelas, los campamentos de ayuda o las instalaciones de retretes o letrinas.
- En ausencia de medios de difusión, considerarse mecanismos innovadores, como la distribución de aparatos de radio.
- Involucrar a la población en todas las etapas del proceso de comunicación, y velar por que los mensajes se comuniquen con empatía (demuestren comprensión de la situación de los sobrevivientes del desastre) y sin complicaciones (es decir, que sean entendibles por niños y niñas de 12 años de edad en ese medio cultural).
- Organizar conferencias de prensa o reuniones con periodistas, ofrecer información acerca de actividades concretas de asistencia humanitaria previstas para los próximos días, es decir, en qué consiste la actividad, y cuándo, dónde, y quién la realizará, etc.
- Velar por que no se difundan reiterada e innecesariamente acontecimientos horribles por los medios de difusión (por ejemplo, repetición de imágenes de los peores momentos del desastre), organizando reuniones con los medios de difusión y visitas sobre el terreno. Alentar a las organizaciones de prensa y a los periodistas a que eviten el uso innecesario de imágenes que probablemente causarán angustia intensa a los espectadores. Además, cabe alentar a las empresas de difusión a que no se limiten a presentar imágenes e historias de personas desesperadas, sino que también impriman o difundan imágenes e historias de personas que han resistido el embate y de sobrevivientes que participan en acciones de recuperación.
- Sostener el interés de los medios de difusión locales destacando diferentes ángulos, como los diversos aspectos de la salud mental y el bienestar psicosocial, e historias de recuperación de sobrevivientes, participación de grupos en situación de riesgo en

las tareas de recuperación, e iniciativas de socorro que pueden servir de modelo.

- Considerar la posibilidad de difundir mensajes sobre los derechos de los sobrevivientes, por ejemplo, leyes sobre discapacidad, leyes sobre salud pública, derechos relativos a las tierras para reconstrucción, materiales de ayuda, etc.
- Considerar la posibilidad de preparar mensajes sobre normas internacionales de asistencia humanitaria, como las normas mínimas del *Sphere Project*.
- Considerar la distribución de artículos que faciliten el acceso a la información (por ejemplo, pilas para los aparatos de radio, carteleras en las calles para los periódicos).

5. Velar por la coordinación entre el personal de comunicación que trabaja en diferentes organismos.

La coordinación es importante a los siguientes fines:

- Lograr que haya coherencia en la información difundida en las poblaciones afectadas;
- Facilitar la preparación de plataformas interinstitucionales de información (por ejemplo, carteleras de noticias) adonde puedan acudir los sobrevivientes para recibir todas las informaciones esenciales, incluyendo información sobre estrategias para hacer frente a la situación (véase la Lista de Acciones 8.2).

Principales referencias

1. ActionAid International (de próxima publicación) *Mind Matters: Psychosocial Response in Emergencies* (videofilme).
2. IASC (2003). 'Action Sheet 9.1: Provide information on HIV/AIDS prevention and care'. In *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*, págs. 91 a 94. Ginebra: IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. IASC (2007). *Taller intervenciones sobre HIV/SIDA en contextos de emergencia. Guía del capacitador*.
http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2003/IASC_HIVtrainersguide_es.pdf
http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2003/IASCGuidelines_es.pdf
4. OCAH (de próxima publicación). *Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual*.
5. CARE International (2001). *Guías y herramientas para la incidencia política* www.psicosocial.net
6. IIDH (2005). *Inclusión, derechos humanos e incidencia política* www.psicosocial.net
7. Oficina del Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la recuperación después del tsunami (2006). *The Right to Know: The Challenge of Public Information and Accountability in Aceh and Sri Lanka*. Nueva York: Naciones Unidas.

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

8. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra. Proyecto Esfera

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

9. UNICEF. *Principios éticos para informar acerca de la infancia* http://www.unicef.org/spanish/media/media_tools_guidelines.html y <http://www.psicosocial.net>

10. UNICEF (2005). *The Media and Children's Rights (Second Edition)*. New York: UNICEF.

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

11. Federación Internacional de Periodistas (2005). *Restituir los derechos de la infancia – Guía para periodistas*. <http://www.unicef.org/lac/restituirlosderechosdelainfanciaguiaaparaperiodistas.pdf> y <http://www.psicosocial.net>

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

Ejemplos de indicadores de proceso

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

Terremoto en Gujarat, India, 2001

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

Antecedentes

En situaciones de catástrofe, muchas personas experimentan dificultades psicológicas (por ejemplo, sentimientos de pérdida, duelo, tristeza, temor o cólera). No obstante, sólo una pequeña minoría necesitará atención especializada de salud mental. La mayoría de las personas afectadas comenzarán paulatinamente a sentirse mejor si pueden hacer frente a la situación y si reciben apoyo de sus familias y comunidades. Un elemento clave para ello es tener acceso a información apropiada relativa a la situación, las actividades de ayuda y los derechos legales (véase la [Lista de Acciones 8.1](#)), así como recomendaciones para hacer frente a la situación.

Ofrecer material informativo culturalmente apropiado es un medio útil para alentar el afrontamiento activo de la situación. El propósito de la información es aumentar la capacidad de los individuos, las familias y las comunidades para comprender el modo en que las personas pueden tender a reaccionar frente a factores de estrés extremo y responder eficazmente a sus propias necesidades psicosociales y a las de los demás. La difusión de información sobre mecanismos positivos de afrontamiento mediante materiales escritos o por la radio, es una de las intervenciones más frecuentemente utilizadas en catástrofes dado que tiene el potencial de llegar a una gran cantidad de personas afectadas.

Principales acciones

1. Determinar cuál es la información sobre mecanismos positivos para hacer frente a la situación que ya está a disposición de las poblaciones afectadas por el desastre.
 - Coordinar con todos los organismos pertinentes las acciones para determinar: a) si ya hay información culturalmente apropiada sobre mecanismos positivos para hacer frente a la situación, y b) en qué medida la conoce la población. En el párrafo 2 figuran orientaciones para determinar si la información disponible es apropiada.
2. **Elaborar información sobre mecanismos positivos y culturalmente apropiados para su uso por las poblaciones afectadas por el desastre, cuando no se dispone de ella.**
 - Coordinar con otras organizaciones y planificar la preparación de información. Es preciso cerciorarse de que los mensajes sean simples y coherentes, para evitar confusión. En la medida de lo posible, es preciso llegar a un consenso

interinstitucional acerca del contenido de la información y acordar la manera de distribuir las tareas que conlleve (por ejemplo, difusión).

- Al elaborar los materiales es importante ser conscientes de la gama de reacciones individuales y comunitarias esperables frente a factores de estrés grave (por ejemplo, violación) y tener en cuenta cuáles son los medios culturalmente apropiados de hacer frente a la situación (por ejemplo, plegarias o ritos comunitarios). A fin de evitar la duplicación de estudios sobre las formas locales de afrontamiento, es preciso revisar previamente estudios ya existentes (véanse las Listas de Acciones 2.1, 5.2, 5.3 y 6.4). Las lagunas que existan pueden subsanarse entrevistando a personas que posean conocimientos sobre la cultura local (por ejemplo, antropólogos locales) o realizando grupos focales en los que es preciso cerciorarse de que los diferentes sectores integrantes de la comunidad (por ejemplo, hombres y mujeres) estén adecuadamente representados. Suele ser necesario organizar grupos separados de hombres y mujeres para que puedan escucharse sus diferentes perspectivas.
- Es importante reconocer los métodos de hacer frente de modo positivo a la situación que tienden a ser útiles en diferentes culturas, entre ellos:
 - Formas de apoyo social
 - Normalizar las actividades cotidianas
 - Utilizar métodos de relajación y distensión
 - Realizar actividades recreativas
 - Enfrentar las situaciones temidas de manera paulatina (tal vez junto a alguien que acompañe a la persona afectada y en quien ésta confíe), a fin de ir recuperando el control del día a día.
- Los trabajadores deberían familiarizarse con las estrategias que se están mostrando útiles para hacer frente a la situación, revisando ejemplos de información sobre autoapoyo y resistencia provenientes de otras organizaciones, o mediante intercambio de ideas en grupos focales o con miembros de la comunidad que están logrando sobrellevar la situación en buenas condiciones. A veces, comunicar mensajes sobre la manera de ayudar a los demás puede ser eficaz, dado que se alienta a las personas afectadas a atender a otros e indirectamente, a atenderse a sí mismos.
- En el cuadro siguiente se ofrece orientación concreta sobre “lo que debe hacerse” y “lo que no debe hacerse” al elaborar información para el público en general sobre métodos positivos para hacer frente a la situación.

Lo que debe hacerse	Lo que no debe hacerse
Utilizar un lenguaje simple y directo. Invertir el tiempo y la energía necesarios para que los conceptos se expresen de una manera que pueda comprender un niño de 12 años. Tal vez sea necesario utilizar expresiones coloquiales para comunicar el significado de términos complejos como “hacer frente a la situación”.	No utilizar lenguaje complicado o técnico (por ejemplo, términos psicológicos o psiquiátricos).
Centrarse en prioridades que hayan escogido las propias comunidades y cerciorarse de que el mensaje sea breve, focalizado y concreto.	No emitir numerosos mensajes al mismo tiempo, puesto que esto puede confundir o abrumar a las personas.
Señalar que es frecuente experimentar angustia después de un hecho extremo y que las personas afectadas por un desastre pueden notar cambios en su modo de pensar, sus conductas o sentimientos. Es preciso remarcar que ésta es una reacción frecuente y comprensible frente a un evento anormal e inesperado.	En los materiales difundidos entre la población en general (es decir, materiales utilizados fuera de ámbitos clínicos), es necesario no enumerar listas de síntomas psiquiátricos*.
Es preciso hacer hincapié en los mecanismos positivos para hacer frente a la situación y las expectativas positivas de recuperación, y poner en guardia contra las maneras nocivas de responder a la misma (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol). Es preciso incluir estrategias comunitarias, para la familia y para el individuo.	En los materiales destinados a la población en general, no debe hacerse hincapié en la vulnerabilidad psicológica*.
Indicar que las personas, en su mayoría, probablemente se sentirán mejor a medida que vayan pasando las semanas y los meses. Si la angustia no disminuye en unas pocas semanas o si se agrava, deben solicitar la ayuda de los servicios disponibles en la comunidad o incluso obtener ayuda profesional (aunque esto sólo debe mencionarse si se dispone de tal ayuda). Cabe agregar información sobre la manera y el lugar en que las personas pueden tener acceso a esos servicios.	No se debe especificar un plazo preciso de recuperación (por ejemplo, “Usted se sentirá mejor al cabo de tres semanas”) y no se debe sugerir que se recurra a asistencia profesional si ésta no está disponible.
Solicitar a los miembros de la comunidad local que pasen revista a los materiales. Es preciso cerciorarse de la adecuación cultural y de la exactitud de los materiales traducidos.	Es preciso no traducir literalmente los materiales escritos a un idioma en que no se utilice comúnmente el formato escrito. Puede ser mejor encontrar formatos no escritos (dibujos, pinturas, canciones, danzas, etc.) o traducir el material a un idioma nacional escrito que pueda comprender al menos un miembro de cada familia.

3. Adaptar la información para responder a las necesidades concretas de subgrupos de la población, si es necesario.

- También es posible que diferentes subgrupos de la población tengan maneras propias de hacer frente a la situación, distintas de las que utiliza la población en general. Es preciso preparar, si es necesario, información por separado (por ejemplo, para hombres y mujeres, o para determinados grupos en situación de riesgo: véase el capítulo 1). Considérese la posibilidad de incluir materiales especiales para niños o adolescentes que hacen frente a la situación, indicando en estos últimos que los métodos a corto plazo, como el consumo de alcohol o de estupefacientes, probablemente causarán daños a largo plazo.

4. Elaborar y aplicar una estrategia para difusión eficaz de la información.

- Aun cuando los materiales escritos (folletos, volantes y carteles) son el método más común de difundir información, hay otros mecanismos, entre ellos radio, televisión, dibujos o imágenes, canciones, obras de teatro o representaciones callejeras, que pueden ser más eficaces. Es preciso considerar junto con los líderes comunitarios y religiosos las maneras de difundir materiales no escritos. La forma más apropiada de difundir esos materiales depende del grupo destinatario, sus niveles de alfabetización y su contexto cultural. Por ejemplo, con los niños los materiales no escritos (como tiras cómicas que presentan personajes bien conocidos, u obras teatrales) pueden ser más eficaces para comunicarse con los niños. Valorar utilizar una combinación de métodos de difusión que comunique mensajes coherentes entre sí, a fin de maximizar el alcance dentro de la población en general.
- Pedir permiso para colocar ejemplares de los materiales escritos en locales de instituciones de la comunidad, entre ellas iglesias, mezquitas, escuelas y clínicas, o sobre carteleros en los campamentos. Es útil ubicar los materiales en zonas donde las personas pueden recogerlos en forma anónima.
- Algunas ONG han comprobado que hablar con las personas al entregarles un volante o materiales escritos es más eficaz que simplemente dejarlos en una pila para que la gente los recoja, porque en este último caso es frecuente que las personas no los lean.
- De ser posible, incorporar una copia de los materiales escritos en Internet. Si bien los sobrevivientes de desastres, en su mayoría, no tendrán acceso a ellos, al difundir materiales se posibilita que los compartan entre sí las organizaciones, o que a su vez pueden colaborar en la distribución (véase también la Lista de Acciones 8.1).

Principales referencias

1. American Red Cross (2004). *From Crisis to Recovery, the Road to Resiliency: A Small Pocket Manual*. American Red Cross Psychosocial Group, New Delhi.
http://www.who.int/mental_health/emergencias/mh_key_res/en/index.html
2. International Catholic Migration Commission (ICMC) (2005). *Setelah Musibah (After Disaster)*. ICMC, Indonesia. http://www.who.int/mental_health/emergencias/mh_key_res/en/index.html
3. Organización Mundial de la Salud (2005). *Some Strategies to Help Families Cope with Stress*. OMS, Pakistán. http://www.who.int/mental_health/emergencias/mh_key_res/en/index.html

Ejemplos de indicadores de procesos

- La información de autoayuda que se distribuye está focalizada en sugerir métodos positivos para hacer frente a la situación.
- Proporción estimada de la población que tiene acceso a la información difundida.
- La información difundida es culturalmente apropiada y puede ser comprendida por la mayoría de la población.

Aceh, 2005

- Después de pasar revista a los materiales de autoayuda existentes, el personal de contratación nacional perteneciente a una ONG internacional recibió capacitación para desarrollar grupos focales y averiguar cómo la gente estaba sobrellevando la situación (reacciones comunes) y a qué actividades recurrían las personas para hacer frente al estrés.
- Se contrató a una artista para que dibujara personas de Aceh con las vestimentas locales para representar los conceptos que la comunidad había indicado. Otro conjunto de imágenes ilustra técnicas de distensión mediante respiraciones profundas.
- Los folletos se explicaron y distribuyeron durante las reuniones de la comunidad, por ejemplo, después de las plegarias vespertinas en la mezquita. También se distribuyeron folletos a otras organizaciones, que a su vez los distribuyeron por conducto de sus respectivos programas de intervención.
- Los organismos continuaron produciendo conjuntamente boletines, por conducto del grupo coordinador del apoyo psicosocial, para difundir información relativa a las preocupaciones de las comunidades afectadas por el tsunami y la sociedad civil local. Se financió y supervisó a una ONG local para que siguiera produciendo boletines de información actualizada a los nuevos contextos.

Lista De Acciones 9.1

Incluir consideraciones concretas de índole social y psicológica en la provisión de alimentos y apoyo nutricional (seguridad, dignidad con respeto a las prácticas culturales y a las funciones de los miembros de la familia)

Función: Seguridad alimentaria y nutrición

Etapas: Respuesta mínima

Antecedentes

En muchas situaciones de emergencia, el hambre y la inseguridad alimentaria son unas de las principales fuentes de angustia y malestar emocional. A su vez, los efectos psicosociales de una emergencia pueden perjudicar la seguridad alimentaria y el estado nutricional. Los encargados de la provisión de alimentos pueden mejorar la calidad y la eficacia de los programas cuando comprenden las interacciones entre bienestar psicosocial y seguridad alimentaria y nutricional (véase el cuadro infra) reforzando al mismo tiempo la dignidad humana. Dejar de lado estos aspectos causa daños y provoca, por ejemplo, programas en los cuales las personas hacen cola durante largas horas para recibir alimentos, se trata a los afectados como consumidores pasivos y como números sin identidad, o se crean condiciones de tensión o violencia durante el proceso de la entrega de alimentos o en torno a ella.

Cuadro: factores sociales y psicológicos pertinentes a la asistencia alimentaria

Factores pertinentes a la asistencia alimentaria	Tipos de efectos y ejemplos
Factores sociales generales (incluidos los factores preexistentes) relativos a la seguridad alimentaria y el estado de nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Marginación de determinados grupos y reducción de su acceso a escasos recursos • Aspectos socioculturales de la dieta y la nutrición (creencias y prácticas relativas a la dieta: qué alimentos se usan; cómo se cultivan, se cosechan, se distribuyen, se preparan, se sirven y se ingieren los alimentos; tabúes culturales)
Factores sociales y psicológicos relativos a la emergencia que afectan a la seguridad alimentaria y al estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los papeles de género, en el hogar y en la familia (por ejemplo, fallecimiento de quienes proveían sosten económico a la familia) • Cambios y/o perturbación del liderazgo comunitario formal e informal (por ejemplo, muerte de un líder comunitario que podría haber organizado la asistencia) • Perturbación de las redes sociales informales que ayudan a las personas en situación de riesgo (por ejemplo, voluntarios que atienden a personas postradas en cama)

Factores pertinentes a la asistencia alimentaria	Tipos de efectos y ejemplos
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de seguridad (por ejemplo, ataques a las mujeres que recogen leña) • Disminución de la capacidad de las personas para proporcionar alimentos a sus dependientes (por ejemplo, cuando la persona sufre depresión grave) • Grave desorientación que impide que las personas tengan acceso a los alimentos (por ejemplo, debido a trastornos graves, mentales o neurológicos) • Temor que impide a las personas y los grupos acudir en procura de alimentos (por ejemplo, debido a información errónea, persecución política o creencias sobrenaturales relacionadas con la emergencia) • Pérdida de apetito (por ejemplo, debido a congoja severa después de la pérdida de miembros de la familia)
Efectos del hambre y la inseguridad alimentaria sobre la salud mental y el bienestar psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Graves discapacidades mentales o cognitivas, especialmente en niños de corta edad (por ejemplo, debido a déficits nutricionales crónicos, falta de estímulo social o emocional) • Prácticas perjudiciales para hacer frente a la situación (por ejemplo, venta de bienes importantes, trueque de relaciones sexuales a cambio de alimentos, interrupción de la asistencia a la escuela de los niños, abandono de un miembro débil de la familia, como un niño) • Conflictos interpersonales o de grupo (por ejemplo, riñas para disputar recursos) • Pérdida de la esperanza o de las perspectivas de futuro (por ejemplo, en situaciones de conflicto armado prolongado) • Sentimientos de desamparo y resignación (por ejemplo, después de perder los medios de vida) • Comportamientos agresivos (por ejemplo, en situaciones percibidas como injustas en cuanto al derecho a los alimentos o la distribución de éstos)

El manual del *Proyecto Esfera* indica las normas generales de seguridad alimentaria, nutrición y asistencia alimentaria en emergencias. Las principales acciones descritas a continuación orientan sobre las consideraciones sociales y psicológicas pertinentes al cumplimiento de esas normas.

Principales acciones

1. Determinar cuáles son los factores psicosociales relativos a la seguridad alimentaria, la nutrición y la asistencia humanitaria.

- Pasar revista a los datos disponibles sobre diagnósticos de situación de los alimentos y estado nutricional, y sobre salud mental y apoyo psicosocial (véase la [Lista de Acciones 2.1](#)). Si fuera necesario, iniciar nuevos diagnósticos de factores sociales y psicológicos clave pertinentes al apoyo alimentario y nutricional (véase el cuadro supra).
- Los informes sobre diagnósticos de situación de los alimentos y la nutrición deben ser comunicados a los grupos coordinadores pertinentes (véanse las [Lista de Acciones 1.1 y 2.1](#)) y deberían indicar:
 - Cómo y en qué medida la inseguridad alimentaria y la malnutrición afectan la salud mental y el bienestar psicosocial, y viceversa (véase también la norma 2 de apoyo general a la nutrición para grupos en situación de riesgo, del *Proyecto Esfera*, y las normas 1 y 2 para diagnóstico y análisis de la situación de seguridad alimentaria y nutrición);
 - Qué factores psicológicos y socioculturales deberían considerarse en la planificación, la puesta en práctica y el seguimiento de las intervenciones de asistencia alimentaria y nutricional.

2. Maximizar la participación de los interesados en la planificación, la distribución y el seguimiento de la asistencia alimentaria.

- Posibilitar la más amplia y significativa participación de las comunidades beneficiarias en el diagnóstico de la situación, la planificación, la distribución y el seguimiento (véase la [Lista de Acciones 5.1](#)).
- Maximizar la participación de grupos vulnerables, marginados y poco visibles (véase el [Capítulo 1](#)).
- Asignar alta prioridad a la participación de las mujeres en todas las etapas de la asistencia alimentaria. En la mayoría de las sociedades, las mujeres administran los alimentos en el hogar y contribuyen a que la asistencia alimentaria llegue a todos, sin consecuencias negativas.
- Considerar la posibilidad de utilizar la asistencia alimentaria para crear y/o restaurar redes informales de protección social mediante, por ejemplo, la distribución de raciones por voluntarios/as que ofrezcan cuidados en el hogar (véase también la [Lista de Acciones 3.2](#)).

3. Maximizar la seguridad y la protección al poner en práctica la asistencia alimentaria.

- Prestar especial atención al riesgo de que la distribución de alimentos se desvíe hacia propósitos políticos o que en la distribución se margine a determinadas personas o se enardecen los conflictos.
- Evitar la planificación deficiente, los procedimientos defectuosos de inscripción y la falta de difusión de información, que pueden crear tensiones conducentes a violencia o motines.
- Adoptar todas las precauciones posibles para prevenir la mala utilización de la asistencia alimentaria y los abusos, y evitar que los encargados de la asistencia o personas en posición de poder truequen alimentos a cambio de relaciones sexuales (véase la [Lista de Acciones 4.2](#) y la [Lista de Acciones 6.1](#) en *IASC Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*).

4. Velar por que la asistencia alimentaria se realice de manera culturalmente apropiada y proteja la identidad, la integridad y la dignidad de los interesados primarios.

- Respetar las prácticas religiosas y culturales relativas a los alimentos y su preparación, siempre que estas prácticas sean compatibles con los derechos humanos y contribuyan a restaurar la identidad, la integridad y la dignidad de las personas.
- Evitar la discriminación y reconocer que en algunos casos, las normas y tradiciones culturales discriminan contra determinados grupos, por ejemplo, las mujeres. Quienes planifican la asistencia tienen la responsabilidad de detectar la discriminación y asegurar que ésta llegue a todos los destinatarios previstos.
- Ofrecer alimentos adecuados y aceptables, junto con condimentos o enseres de cocina que puedan tener un significado cultural especial (véanse también las normas de planificación de asistencia alimentaria 1 y 2 del *Proyecto Esfera*).
- Comunicar la información importante de manera adecuada (véase la [Lista de Acciones 8.1](#)). Si los beneficiarios no están familiarizados con los alimentos, es preciso proporcionar instrucciones para su correcta preparación.

5. Colaborar con los servicios de salud y otras entidades de apoyo para la remisión de determinados casos a los servicios pertinentes.

- Utilizar los programas de alimentos y nutrición como posible punto de entrada para detectar las personas o grupos que necesitan urgente apoyo social o psicológico.

- Puede encontrarse orientación concreta sobre cómo facilitar el estímulo a niños de corta edad durante crisis alimentarias en la Lista de referencias, OMS (2006).
- Velar por que los encargados de programas de asistencia alimentaria y nutrición sepan dónde y cómo remitir a personas en estado de malestar social o psicológico agudo.
- Crear conciencia en la población afectada y los encargados de la asistencia alimentaria de que ciertas deficiencias de micronutrientes pueden perjudicar el desarrollo cognitivo de los niños y el desarrollo fetal.
- Ayudar a que los trabajadores de asistencia alimentaria y nutrición comprendan las repercusiones médicas de la malnutrición grave;
- Detectar los riesgos de salud y remitir a quienes corren riesgo de malnutrición moderada o grave a servicios especiales (centros de alimentación suplementaria o terapéutica, respectivamente; véanse también las normas 1 a 3, para subsanar la malnutrición, en el Proyecto Esfera; y la [Lista de Acciones 5.4](#)).
- Prestar especial atención a las embarazadas y a las madres que dan lactancia natural para prevenir las carencias de micronutrientes.
- Considerar si es apropiado introducir programas escolares de alimentación para abordar el riesgo de malnutrición en los niños ([véase la Lista de Acciones 7.1](#)).

6. Estimular el intercambio de ideas en la comunidad para planificar la seguridad alimentaria a largo plazo.

Dado que la asistencia alimentaria es sólo uno de los medios de promover la seguridad alimentaria y la nutrición, considérense alternativas, entre ellas:

- Transferencias directas de dinero en efectivo, pago en efectivo a cambio de trabajo y actividades de generación de ingresos;
- Programas comunitarios de seguridad alimentaria y de medios de vida, que contribuyen a reducir la sensación de desamparo o potenciales actitudes de resignación, e involucran a la comunidad en la recuperación socioeconómica.

Principales referencias

1. ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria. Cap 12. Participación y Seguridad alimentaria.*

http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf

2. Engle P. (1999). 'The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth, and

Development: South and Southeast Asia'. En: *Asian Development Review*, vol. 17 nos. 1, 2, págs.132 a 167.

<http://www.adb.org/Documents/Periodicals/ADR/pdf/ADR-Vol17-Engle.pdf>

3. IASC (2005) *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias*. Ginebra. IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Genero.pdf>

4. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra. Proyecto Esfera.

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

5. OMS (2006). *Mental Health And Psychosocial Well-Being Among Children In Severe Food Shortage Situations*. OMS (2006): Ginebra.

http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

Ejemplos de indicadores de procesos

- Los diagnósticos de situación en materia de asistencia alimentaria y nutrición, y la planificación de programas, toman en cuenta los aspectos sociales y psicológicos.
- Hay mecanismos eficaces para comunicar y abordar los problemas de seguridad relacionados con la asistencia alimentaria y la nutrición.
- Los coordinadores de asistencia alimentaria están conectados con los mecanismos de coordinación psicosocial y comunican activamente la información pertinente a los trabajadores in situ.

Afganistán, 2002

- Una ONG internacional aportó asistencia alimentaria a 10.000 viudas afectadas por la guerra, algunas de las cuales padecían graves trastornos psicológicos, entre ellos depresión, y estaban imposibilitadas de desempeñarse bien como único sostén económico del hogar.
- La ONG se asoció con otro organismo, especializado en asesoramiento psicosocial, remitió a las mujeres gravemente afectadas a servicios de apoyo a la vez que siguió incluyendo a las mujeres en el programa de asistencia alimentaria.
- Representantes de la población afectada participaron en la planificación y la vigilancia de la distribución de alimentos, ayudando a introducir ajustes que promovieron la dignidad y la identidad de los residentes locales.

Incluir consideraciones sociales concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad, dignidad, asistencia cultural y socialmente apropiada)

Función: Provisión de albergues y planificación de emplazamientos

Etapas: Respuesta mínima

Antecedentes

La provisión de albergues seguros y adecuados en situaciones de emergencia salva vidas y posibilita que las personas vivan dignamente disminuyendo el estrés. Si la población local participa en las decisiones relativas a la planificación de albergues y emplazamientos, se reduce el clima de desamparo reinante en muchos campamentos o zonas de refugio, se promueve el bienestar de las personas (véase la Lista de Acciones 5.1), y se contribuye a asegurar que todos los miembros de una familia tengan acceso a un espacio culturalmente apropiado. La participación de las mujeres en la planificación y el diseño de albergues de emergencia y transitorios tiene importancia vital para que se preste atención a las necesidades de género, la preservación de la privacidad y la protección. La participación de las personas desplazadas también promueve el autosostén y el espíritu comunitario y alienta la gestión local de las instalaciones y la infraestructura.

Las decisiones iniciales sobre ubicación y distribución de los asentamientos, entre ellos los escogidos u organizados por los propios refugiados, pueden tener repercusiones a lo largo de todo el ciclo de vida de un campamento, así como efectos a largo plazo sobre la protección y la prestación de asistencia humanitaria. Aun cuando los campamentos suelen ser la única opción, en algunas situaciones las personas desplazadas pueden alojarse en las viviendas de familias locales, quienes proporcionan no solo refugio sino apoyo social. Ésta es una opción útil, a condición de que se fortalezcan los servicios a las familias receptoras y se las apoye en la medida de sus necesidades.

La manera en que se organicen los emplazamientos y los albergues tiene efectos sustanciales sobre el bienestar. Con frecuencia, los conflictos entre personas desplazadas o entre éstas y las comunidades que las acogen respecto de recursos escasos, como el espacio o el agua, pueden crear problemas de gran magnitud y es menester que la planificación de los emplazamientos minimice esos posibles riesgos. Además, también corren riesgos los ancianos, las mujeres solteras, los discapacitados y los hogares que tienen por jefe a un niño, pues no están en condiciones de construir ni alquilar o asegurar su propio albergue

El manual del *Proyecto Esfera* indica normas generales importantes en materia de albergues y asentamientos en emergencias. Las principales acciones indicadas a continuación orientan respecto de las consideraciones sociales pertinentes a dar cumplimiento a esas normas.

Principales acciones

1. Emplear un criterio participatorio que involucre a todos en general y a las mujeres en particular así como a las personas que corren riesgos en el diagnóstico de la situación, la planificación y la puesta en práctica de los proyectos.

- Realizar diagnósticos de situación participativos (véase la Lista de Acciones 2.1), involucrando a una gama amplia de personas afectadas, incluyendo a las que corren riesgos especiales (véase el Capítulo 1).
- Focalizar los diagnósticos iniciales de situación en cuestiones fundamentales, como los requisitos culturales del albergue; dónde se cuecen los alimentos y, si es en el interior del albergue, cómo se proporciona ventilación; cuán importantes son la privacidad y la proximidad con los vecinos; la accesibilidad a los retretes para quienes tienen movilidad restringida; cuánta luz se necesita si en la vivienda se han de realizar actividades para obtener ingresos; etc.
- Determinar las mejores soluciones a los problemas de albergue para cada uno de los miembros de la comunidad, tratando de reducir posibles fuentes de fricción y preocupación para los habitantes.
- Organizar el apoyo a las personas que no pueden construir sus propios albergues.

2. Seleccionar emplazamientos que protejan la seguridad y minimicen los conflictos con los residentes permanentes.

- Consultar al gobierno local y a las comunidades vecinas para asegurar que la comunidad local no esté ocupando tierras reservadas para pastoreo o cultivos, y comprender otros problemas dimanados de la tenencia de la tierra.
- Velar por que, como parte del proceso de búsqueda y selección de un emplazamiento, se efectúe un estudio medioambiental que analice la base de recursos naturales en la zona y oriente el correcto ordenamiento del medio ambiente. Si se omite este requisito, se puede causar una ulterior degradación del medio ambiente y conflictos debido a la falta de recursos naturales para consumo, bebidas y cocción de alimentos. Además, realizar una encuesta contribuye a velar por que no se afecte el acceso de los residentes permanentes a tales recursos.

Consultar, en particular, a las mujeres acerca de las condiciones de seguridad y la preservación de la privacidad, así como sobre el acceso sin obstáculos y en condiciones de seguridad a recursos locales (por ejemplo, leña para cocción de alimentos y calefacción) (véase la orientación en las *Directrices aplicables a las*

Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias. Ginebra. IASC.)

- Cuando es preciso centralizar la preparación de alimentos, esas instalaciones deben ubicarse cerca de los albergues.
- Seleccionar y diseñar los emplazamientos para facilitar el acceso inmediato y en condiciones de seguridad a los servicios comunales (entre ellos, servicios de salud, centros de distribución de alimentos, fuentes de agua, mercados, escuelas, lugares de culto, centros comunitarios, fuentes de combustible, zonas de recreación y vertederos de residuos sólidos).

3. Incluir espacios comunales protegidos en el diseño y la construcción de emplazamientos.

Los espacios protegidos ofrecen seguridad psicológica y apoyan y facilitan actividades de índole social, cultural, religiosa y educacional (véanse las Listas de Acciones 5.1 y 3.2) y la difusión de información (véase la Lista de Acciones 8.1). Estos espacios protegidos deberían incluir lugares acogedores para los niños, donde estos puedan reunirse y jugar (véanse las Listas de Acciones 5.4 y 7.1).

4. Elaborar y utilizar un sistema eficaz de documentación e inscripción o registro.

Todas las partes interesadas deben convenir en un sistema común de inscripción y documentación individual que ayude a quienes planifican los emplazamientos en el diseño de los planos para la ubicación y la construcción de los albergues, protegiendo al mismo tiempo el carácter confidencial de los datos. El sistema de documentación debería incluir datos desglosados por edad y género.

5. Distribuir los albergues y las tierras de manera imparcial y no discriminatoria.

- Recopilar datos que reflejen la diversidad (grupos de edades, género, grupos étnicos, etc.) de la población afectada, a fin de responder a las necesidades de cada grupo, según sea apropiado.
- Velar por que la distribución de albergues y la asignación de tierras a todas las familias y todos los hogares ocurra de manera no discriminatoria, sin preferencias basadas en el grupo étnico, el género, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, los bienes, el lugar de nacimiento, u otra condición.

6. Maximizar la privacidad, la libertad de movimiento y el apoyo social.

- Procurar que los albergues tengan tamaño suficiente para alojar a familias y maximicen la privacidad, además de promover la visibilidad y la libertad de movimiento de los beneficiarios. Los albergues de emergencia de gran tamaño, cuando se los utilice, deben incluir tabiques que protejan la privacidad y reduzcan la transmisión de ruidos.
- Velar por que las personas puedan desplazarse libremente entre grupos de albergues o en torno a cada albergue, sin invadir los espacios privados de los demás ni causar grandes molestias.
- Evitar, siempre que sea posible, que se separe a las personas que desean permanecer junto a miembros de su familia, su aldea o su grupo religioso o étnico para estimular el apoyo mutuo y la toma comunitaria de decisiones
- Facilitar que las familias reunificadas vivan juntas.
- Facilitar la provisión de albergues a personas aisladas o vulnerables que viven solas debido a trastornos o discapacidades mentales.

7. Equilibrar la flexibilidad con la protección cuando se organizan albergues y emplazamientos.

- Reconocer que en ciertas situaciones es necesario establecer campamentos; sin embargo, las personas desplazadas suelen preferir vivir con familias de acogida, o en sus propios albergues improvisados, o a veces en hoteles, escuelas u otros edificios comunales disponibles.
- En la medida de lo posible, posibilitar que las personas escojan la disposición de su propio albergue y su ubicación en relación con los vecinos. Esto ayuda a mejorar la gestión democrática y participativa del albergue, a que la gente pueda vivir de acuerdo con sus propios objetivos, su cultura y sus valores, y a recuperar un cierto control y oportunidades para tener medios de vida, todo lo cual apoya su bienestar psicosocial.
- Advertir a las personas que no deben vivir en condiciones de riesgo si existen alternativas más protegidas.

8. Evitar la creación de una cultura de dependencia entre las personas desplazadas y promover las soluciones durables.

- Establecer campamentos en gran escala o semipermanentes sólo cuando sea absolutamente inevitable y, de ser posible, velar por que haya un equilibrio adecuado entre seguridad y distancia al lugar de origen.
- Utilizar materiales de construcción conocidos y disponibles localmente para que las familias puedan efectuar sus propias reparaciones y eviten depender de la ayuda externa.
- Alentar el regreso al lugar de origen y el reasentamiento de las personas desplazadas tan pronto como sea posible, como solución duradera, y brindar apoyo a las familias que quieren regresar a su lugar de origen y pueden hacerlo.
- Velar por que se proporcionen servicios, no sólo en los campamentos, sino también en las zonas a las que han regresado las personas desplazadas.
- Prestar atención a que se mantengan intactas las estructuras sociales de apoyo.

Principales referencias

1. ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria. Cap 12. Participación y Programas de alojamiento temporal.*
http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf y <http://www.psicosocial.net>
2. IASC (2005). Action Sheets 7.1, 7.2, 7.3 *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias.* Ginebra. IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Gnero.pdf> http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp y <http://www.psicosocial.net>
3. Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre.* Ginebra. Proyecto Esfera
http://www.sphereproject.org/dmdocuments/handbook/hdbkpdf/hdbk_full_sp.pdf y <http://www.psicosocial.net>
4. Hábitat, Naciones Unidas (2003). Toolkit for Mainstreaming Gender in UN-Habitat Field programmes. http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1267_94527_Iraq_Gender.pdf
5. ACNUR (2002). *Manual para situaciones de emergencia.* [capítulos sobre organización y participación comunitaria] http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792 y <http://www.psicosocial.net>
6. UNHCR Environmental Guidelines (2005). www.unhcr.org/environment
7. ACNUR (2006). Herramientas para la evaluación participativa en operaciones.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

http://www.who.int/mental_health/emergencies/participatory_assessment_spanish.pdf

<http://www.psicosocial.net>

8. Comisión de Mujeres para Mujeres y Niños Refugiados (2006). 'Beyond firewood: Fuel alternatives and protection strategies for displaced women and girls'.

<http://www.womenscommission.org/pdf/fuel.pdf>

Ejemplos de indicadores de procesos

- Los miembros de la comunidad en general y en particular las mujeres, participan en el diseño y la ubicación de los albergues y la selección de los materiales de construcción.
- Las personas imposibilitadas de construir su propio albergue reciben apoyo con este fin.
- Los albergues se organizan para maximizar la privacidad y minimizar el hacinamiento.

Liberia, 2004 y Timor Oriental, 2006

- En Timor Oriental (2006), Liberia (2004) y en varias otras emergencias, se acrecentó la privacidad del alojamiento de las personas desplazadas agrupando los albergues de entre 10 y 20 familias en forma de U en torno a una zona común.
 - Para reforzar la privacidad, los albergues se dispusieron formando ángulos respecto de los vecinos. Ninguna puerta de entrada estaba directamente frente a otra y ningún albergue bloqueaba las vistas directas de otro albergue. Cada albergue abría hacia la zona común, donde se situaron las instalaciones para cocción de alimentos y recreación, y se conservaron árboles para protección del medio ambiente y sombra. La limpieza de las zonas comunes estaba a cargo de la comunidad.
 - Cada albergue tenía un patio posterior privado utilizado para almacenamiento, lavado de ropa, cultivo de alimentos, cocción de alimentos, etc. Las fuentes de agua y los retretes se situaron en las cercanías, y eran visibles desde la zona común para prevenir el riesgo de violencia por motivos de género.
-

Incluir consideraciones sociales concretas (acceso digno, culturalmente apropiado y seguro para todos) en el abastecimiento de agua y saneamiento

Función: Abastecimiento de agua y saneamiento

Etapa: Respuesta mínima

Antecedentes

En situaciones de emergencia, la provisión de acceso a agua de consumo no contaminada y a instalaciones de higiene y saneamiento protegidas y culturalmente apropiadas son cuestiones de alta prioridad, no sólo para la supervivencia, sino también para restablecer la dignidad de los sobrevivientes. La manera en que se proporciona la asistencia humanitaria tiene efectos importantes sobre la población afectada. Involucrar a la comunidad aplicando un enfoque participativo ayuda a fomentar la cohesión comunitaria y posibilita que las personas recuperen un sentido de control sobre sus vidas

En función de la manera en que se proporcione, los apoyos en el abastecimiento de agua y saneamiento pueden o bien afianzar o bien perjudicar la salud mental y el bienestar psicosocial de los afectados. En algunos casos por ejemplo unos retretes o letrinas mal iluminados y sin cerradura pueden convertirse en lugares peligrosos para las mujeres. En otros, las discusiones junto a los puntos de agua pueden ser un motivo constante de malestar. Gran parte del estrés que se experimenta en relación con el abastecimiento de agua y saneamiento tiene orígenes culturales. En el Afganistán, por ejemplo, las niñas y las mujeres manifestaron que la falta de acceso a retretes separados para mujeres era motivo de gran preocupación, dado que exponer cualquier parte de sus cuerpos es punible y podría avergonzar y deshonar a sus familias.

El manual del *Proyecto Esfera* indica normas generales para el abastecimiento de agua y saneamiento en emergencias. Las acciones principales indicadas a continuación proporcionan orientación sobre las consideraciones psicosociales pertinentes a esas normas.

Principales acciones

1. Incluir aspectos sociales y culturales en los diagnósticos de la situación de abastecimiento de agua y saneamiento y promoción de la higiene.

En muchos países, hay estrictas normas culturales y tabúes relativos al uso de retretes y letrinas y a la eliminación de excrementos. Cuando no se presta atención a las normas culturales, esto puede conducir a que se construyan retretes o puntos de

agua que nadie usará. Así en algunos casos, nadie utilizará las fuentes de agua si creen que han sido utilizados para limpiar cadáveres. Al prestar atención a las normas sociales y culturales se contribuirá a minimizar el estrés de ajustarse a ámbitos no familiares y a diferentes maneras de realizar tareas cotidianas. Por esas razones, el equipo que realiza el diagnóstico de situación no sólo debe tener conocimientos técnicos, sino que además debe familiarizarse con los aspectos psicosociales de la respuesta de emergencia en el área de agua y saneamiento.

2. Posibilitar la participación de los interesados en los diagnósticos de situación, la planificación y la puesta en práctica de las iniciativas, e involucrar en especial a las mujeres y a las personas en situación de riesgo.

- Involucrar a los miembros de la población afectada, especialmente a las mujeres, a los discapacitados y a los ancianos, en las decisiones sobre la ubicación y el diseño de los retretes y, de ser posible, de los puntos de agua y las duchas o zonas de baño. Esto tal vez no siempre sea posible debido a la rapidez con que es preciso organizar las instalaciones, pero la idea básica de consultar con la comunidad éstos aspectos debe ser la norma y no la excepción.
- Establecer un comité encargado de supervisar las tareas de abastecimiento de agua y saneamiento. Esto puede lograrse facilitando la formación de comités locales para el agua, cuyos miembros sean elegidos por la comunidad, tengan preferiblemente una composición equilibrada de mujeres y hombres, e incluyan representantes de los diversos subgrupos de la población afectada.
- Alentar a los comités encargados del agua a que: a) trabajen de manera proactiva para restaurar la dignidad en el abastecimiento de agua y el saneamiento; b) reduzcan la dependencia respecto de los organismos de asistencia; y c) creen un sentido de apropiación por los beneficiarios conducente al uso y el mantenimiento adecuados de las instalaciones. Considérese la posibilidad de establecer incentivos económicos o de otro tipo para los comités encargados del agua y cargos al usuario, teniendo presente que una y otra solución tiene posibles ventajas y desventajas y que es preciso una evaluación cuidadosa en el contexto local.

3. Promover la seguridad y la protección en todas las actividades relativas al abastecimiento de agua y saneamiento.

- Velar por que haya puntos de agua adecuados en lugares cercanos y accesibles a

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

- Lograr que los tiempos de espera sean lo suficientemente breves como para no perturbar las actividades esenciales diarias, como la asistencia de los niños a la escuela.
- Asegurar que los retretes y las zonas de baños reúnan condiciones de seguridad y, de ser posible, estén bien alumbrados. Proporcionar vigilancia, (hombres y mujeres), así como lámparas y otros medios simples que mejoren la seguridad.
- Velar por que los retretes y zonas para baño y aseos tengan carácter privado y sean culturalmente aceptables. Velar por que los pozos estén cubiertos para evitar riesgos a los niños.

4. Prevenir y manejar los conflictos.

- Cuando hay un número importante de personas desplazadas, es preciso adoptar medidas para evitar que se produzca una reducción del agua de que disponen las comunidades anfitrionas y la consecuente sobrecarga de los recursos.
- Prevenir los conflictos en los puntos de agua solicitando a los comités encargados del agua u otros grupos comunitarios que establezcan un sistema para prevenir y solucionar dichos conflictos, por ejemplo, estableciendo rotaciones en los horarios de acceso entre las familias.
- Considerar la posibilidad de reducir los conflictos entre grupos desplazados que están en asentamientos contiguos o entre personas desplazadas y residentes permanentes, alentando a los grupos en desacuerdo a cooperar en la construcción de un pozo común.

5. Promover la higiene personal y de la comunidad.

- Proporcionar a las mujeres acceso a compresas u otros materiales de higiene íntima (cuya ausencia crea profundo malestar) y disponer espacios para lavarlos y secarlos cuando no sean desechables. Consultar a las mujeres sobre la necesidad de zonas especiales para lavar y apoyar el diseño de esos espacios. Cuando el abastecimiento de agua existente no basta para el lavado, es preciso proporcionar materiales higiénicos alternativos (puede encontrarse orientación en la Lista de Acciones 7.4 de IASC *Guía para intervenciones en violencia por razón de género en contextos humanitarios*).
- Alentar a la comunidad a realizar campañas de limpieza y difundir nociones básicas de higiene.

- Distribuir jabón y otros artículos de higiene, acorde con las necesidades de las mujeres, los hombres y los niños, incluidos los discapacitados y los ancianos.
- Iniciar actividades de abastecimiento de agua y saneamiento “de los niños para los niños” que sean interactivas y divertidas, como el lavado de manos en grupo antes de las comidas. Esas actividades pueden realizarse en las escuelas o en espacios acogedores para los niños, en caso de existir.

6. Facilitar la vigilancia por la comunidad y la retroinformación sobre las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento.

- Posibilitar la vigilancia comunitaria para determinar el grado de seguridad y conocer las preocupaciones que surjan y responder a ellas. Asegurarse de que exista un mecanismo de retroalimentación al comité encargado del agua o al organismo que supervise el abastecimiento de agua y el saneamiento. Puede utilizarse el mismo mecanismo para informar a la población afectada acerca de la organización de las instalaciones y servicios.
- Supervisar los sitios para que las instalaciones estén limpias y bien mantenidas. La limpieza de las instalaciones contribuye a restaurar la dignidad de los afectados.
- Preguntar a las poblaciones afectadas, incluidos los niños y las personas en situación de riesgo (véase el Capítulo 1), cuáles son sus opiniones sobre el acceso al abastecimiento de agua y al saneamiento, y la calidad de estos servicios y pedirles que expresen sus preocupaciones y sugerencias.

Principales referencias

1. ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria. Participación y Programas de agua y saneamiento.* http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf y <http://www.psicosocial.net>
2. IASC (2005) Lista de Acciones 7.4. *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias.* Ginebra. IASC. <http://www.psicosocial.net> <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Genero.pdf>
3. Jones H. and Reed B. (2005). *Access to Water and Sanitation for Disabled People and Other Vulnerable Groups.* <http://wedc.lboro.ac.uk/publications/details.php?book=1%2084380%20079%209>
4. Sphere Project (2004). *Minimum Standards in Water, Sanitation and Hygiene Promotion. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, págs. 51 a 102. Ginebra: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>

5. ACNUR (2002). *Manual para situaciones de emergencia*.

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

6. University of Wisconsin, Emergency Settlement Project (1996). *Topic 14 – Environmental Health:*

Water, Sanitation, Hygiene, and Vector Management. <http://dmc.engr.wisc.edu/es96/Environhealth.html>

Ejemplos de indicadores de proceso

- En una reunión mensual estructurada como grupo focal, más de las dos terceras partes de las mujeres expresan satisfacción con respecto al grado de seguridad y al carácter privado de las instalaciones sanitarias.
- Se han establecido comités encargados del agua que incluyen a mujeres entre sus miembros y que se reúnen regularmente.
- No se ha informado acerca de conflictos entre la comunidad que acoge a las personas desplazadas y estas últimas.

Pakistán, 2005

- Durante la respuesta al terremoto ocurrido en 2005 en la Provincia de la frontera noroccidental, una ONG internacional construyó zonas cubiertas especiales para las mujeres donde éstas disponían de retretes y podían bañarse y lavar a los niños, la ropa y los lienzos menstruales fuera de la vista de extraños.
 - Esos espacios posibilitaron que las mujeres se reunieran y conversaran en ámbitos protegidos que se ajustaban a las normas culturales.
 - Las mujeres dijeron que esto redujo mucho el estrés y la ansiedad de vivir en un campamento de personas desplazadas.
-

La Guía del IASC para Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Contextos de Catástrofe refleja las aportaciones de numerosas agencias y profesionales de todo el mundo y provee información valiosa a las organizaciones y las personas sobre como responder de manera adecuada en emergencias humanitarias.

Las Listas de Acciones específicas ofrecen un a guía util para brindar apoyo psicosocial y en salud mental y cubren las siguientes áreas:

- Coordinación
- Evaluación y monitoreo
- Protección y Defensa de Derechos Humanos
- Recursos humanos
- Apoyo y movilización comunitaria
- Servicios de salud
- Educación
- Diseminación de información
- Seguridad alimentaria y Nutrición
- Planificación de alojamientos y albergues
- Agua y saneamiento

La Guía incluye una matriz, con recomendaciones para la planificación de emergencias, acciones a desarrollar durante los primeros estadios de una emergencia y respuesta posterior de carácter integral durante las fases de recuperación y rehabilitación. La matriz es una valiosa herramienta de apoyo para los esfuerzos de colaboración, coordinación y abogacía. Provee un marco para analizar hasta qué punto se han implementado, durante una emergencia, las primeras respuestas básicas.

La Guía se complementa con un CD que contiene el texto completo y recursos bibliográficos y documentos de apoyo en formato electrónico.

Publicada por el Comité Permanente entre Agencias (Inter-Agency Standing Comité (IASC), la Guía da, a todos cuantos intervienen en el proceso, herramientas y recomendaciones interagencias e intersectoriales para lograr responder de modo más efectivo en medio de catástrofes.