

ENFOQUE COMUNITARIO EN DESASTRES FACTORES PSICOEMOCIONALES

DR. GUILLERMO BARRIENTOS. MD. PHD.

Presentado en Taller factores psicoemocionales en situaciones de emergencia y desastres. CLAMED- UNICEF -DEFENSA CIVIL. Mayo 2003.

INTRODUCCIÓN.

Nuestra región es considerada como de alto riesgo, para diversos tipos de eventos, naturales o por la acción del hombre, que implican elevados daños, tanto materiales como psíquicos para la población. Se afecta el patrón de vida de las comunidades y sus redes de apoyo psicosocial, desde la familiar y comunitaria hasta las formales de la organización estatal. En estos eventos, aun cuando necesitan la ayuda exterior para la mitigación de su efecto y recuperación de los daños causados, la respuesta inicial proviene en gran medida de la misma población afectada, de la propia comunidad. Los miembros de esa comunidad continúan siendo actores principales en las fases posteriores. Es por ello que el enfoque comunitario integral, que incluye a los factores de salud mental, ha de ser prioritario en las situaciones de desastres y emergencia, y más aun cuando nos referimos a la población infantojuvenil.

El campo de acción, es amplio y complejo. Es como un abanico que se abre, dejando ver un verdadero caleidoscopio de variables, tanto en los aspectos teóricos como de respuestas a las situaciones creadas, y de escenarios geográficos y culturales. Se hace imprescindible encontrar lo común y más general, y destacar las particularidades de las situaciones de desastres. De igual modo es necesario encontrar un lenguaje que facilite la comunicación entre los que se dedican a su estudio y participan en las acciones para superarlos. La elaboración de patrones de apreciación de las situaciones, y la adopción de patrones de respuestas es otro elemento fundamental para mitigar el efecto de estos desastres y emergencias en toda la población y en particular la de niñas, niños y adolescente. Esta población, por su vulnerabilidad, posibilidades de recuperación y como elemento fundamental en lograr una cultura comunitaria capaz de prevenir y mitigar los efectos de estas situaciones en el futuro, debe de ser objeto de una atención especial.

Hay que ir de lo general a lo particular para lograr una nueva generalización, que permita el éxito en el abordaje de las emergencias y desastres en nuestra región. Para ello es fundamental contar con la evidencia científica de todas y cada una de nuestras propuestas de trabajo, conclusiones del resultado de las acciones realizadas y concepciones teóricas. La evidencia, no solo es la que brindan los clásicos estudios aleatorios con grupos de control y cuantitativos, es también la que se obtiene de estudios cualitativos, que son capaces de reflejar aspectos mas complejos y subjetivos de la vida real, y nos permite superar lo anecdótico de nuestras experiencias y poder extraer su esencia y generalizarlas. El camino recorrido desde el anterior evento de UNICEF-CLAMED en abril del 2002, ha sido, altamente provechoso. Se abordaron entonces, todos los aspectos de los desastres, se definió la importancia de particularizar en los aspectos psicoemocionales de los mismos y

de brindar especial atención a las afectaciones de la población mas joven, no solo como objeto de atención de la UNICEF, sino, también por su vulnerabilidad, capacidad de respuesta y garantía de un futuro mejor. Hoy este taller con el espacio bien definido, se aborda, el tema, con un criterio integrador y amplio. Se vislumbra la necesidad de ir a enfoques, mas limitados y profundos de cada uno de los aspectos que nos proponemos tratar en próximos talleres.

Entre los aspectos que tienen un peso específico para ser tratados de modo particular y con una conceptualización inequívoca, encontramos: La salud mental, y los factores psicosociales, y psicoemocionales, apoyo y recursos sociales, recursos emocionales, crisis y respuestas psíquicas, modos y tipos de intervención, investigaciones necesarias para lograr la necesaria evidencia científica de las apreciaciones de situaciones y efectividad de las acciones de prevención, mitigación recuperación y rehabilitación emocionales, definición de las fases de un desastre los tiempos y acciones en cada una de ellas, la definición de desastre y sus tipos, situaciones de emergencia y catástrofe, el papel humano en todos ellos. Esta lista aun incompleta de una idea de la magnitud de la tarea. No se pueden profundizar en cada uno de estos aspectos sin caer en la tentación de ser enciclopedistas. Para lograr una acción integral, motivar a los decisores y las poblaciones, obtener los recursos y reconocimientos necesarios, es preciso unificar conceptos, lograr su amplia aceptación por todos los actores en este campo, facilitar así la comunicación y alcanzar el consenso que nos permita crecer como rama de las ciencias y contribuir a la mayor y mejor salud mental de la población y en especial de niños, niñas y adolescentes.

HACIA UN CONSENSO

DESASTRES: En las diversas definiciones y caracterizaciones de lo que es un desastre, es posible encontrar similitudes y diferencias. En su casi totalidad coinciden al señalar que es un evento de gran magnitud, que produce una elevada destrucción del funcionamiento de las estructuras y organización social, con pérdidas materiales y de vidas humanas. De igual modo se señala la característica de que sobrepasa la capacidad de respuesta de la comunidad y por lo tanto necesita ayuda externa. Muchas de estas definiciones y caracterizaciones hacen referencias a que el evento es súbito, poco o nada predecible y controlable, que actúa por lo general en corto tiempo aunque sus efectos pueden ser duraderos.

En lo que se refiere a las víctimas de estos eventos, se hace referencia a las pérdidas de vidas, aunque algunos plantean que la magnitud del mismo no está en razón directa con este factor, que existen otras víctimas que presenten gran sufrimiento humano, elevado grado de estrés, y que pueden ser directas o no estar directamente relacionadas con el impacto del evento.

En la clasificación de los desastres hay casi un consenso al señalar los naturales y los humanos, pero aquí se abre el abanico de consideraciones no iguales. Entre los naturales o mejor aun producidos por la naturaleza se encuentran las inundaciones, huracanes, terremotos, penetraciones y en los autores no latinoamericanos se mencionan los tornados. Entre los humanos, se encuentran los que los consideran como por error humano, y los que con un criterio más amplio incluyen aquí diversas facetas de la conducta social del hombre, las condiciones socioeconómicas y políticas. De un modo u

otro se incluyen en este rubro a: accidentes en la transportación, contaminación ambiental, intoxicaciones violencia de gran magnitud ligada a conflictos armados, estallidos sociales, y hasta la violencia cotidiana por conflictos armados o por disfunción familiar, o la inducida por las drogas.

Llama la atención como en el momento de enumerar ejemplos es posible encontrar unos u otros según la procedencia del autor. Los tornados son comunes en Norteamérica y poco frecuentes en nuestra región, la violencia difiere de una región a otra, en unas la principal causa son los conflictos armados y las guerras, en otras la originada por las adicciones o la segregación racial o socioeconómica.

Otro intento de clasificar los desastres es según su localización, y así se definen los centrales y los periféricos. Los centrales ocurren en una localidad o territorio determinado y afectan todas las estructuras del mismo, los periféricos no afectan estas estructuras y su acción es en un territorio limitado, las víctimas son de otra localidad y en menor número.

Para el mejor conocimiento de los desastres se intenta definir su evolución existiendo varios intentos que coinciden en gran medida y es posible lograr un consenso. La OPS considera cuatro fases que denomina: precrítica, crisis desde el impacto hasta 72 horas, postcrítica hasta 30 días y de recuperación después de los 30 días del impacto. Es más frecuente considerar tres fases, denominadas por lo general como, antes durante y después, sin fijar límites de tiempo para cada una de ellas. Hay quien considera como ciclo de los desastres siete etapas, que son: prevención, mitigación, preparación, alerta, respuesta, rehabilitación, y reconstrucción.

Aun cuando los desastres tienen en cada caso características propias, es posible encontrar elementos comunes, que hacen posible ofrecer patrones de respuestas para su aplicación en cada situación particular.

Cuando se considera que los desastres provocados por la naturaleza no son ajenos a la acción del hombre, estamos señalando las posibilidades de su prevención o eliminación. La acción del hombre va desde tener asentamientos humanos en zonas de alto riesgo, que es posible modificar cuando se trata de pequeñas localidades, pero imposible cuando son ciudades como San Francisco; hasta accidentes por error humano en el manejo de situaciones de riesgo.

Dentro de la caracterización de los desastres se incluye, los términos de catástrofe y emergencia. El primero se considera, por lo común, como un desastre de gran magnitud por sus daños y necesidad de ayuda externa y colaboración internacional. La designación de un evento como catástrofe, se corresponde en muchos casos a una prerrogativa de los gobiernos. La emergencia se concibe como la situación de cualquier tipo que necesita de la ayuda o apoyo de otros para el retorno a la situación previa

LO COMUNITARIO:

En las definiciones de desastre se señalan como elementos básicos la ruptura de las estructuras sociales de una comunidad, con la consecuente afectación y sufrimiento de la población, y la necesidad de ayuda externa para la mitigación, recuperación y rehabilitación de sus efectos. Es por ello que lo comunitario tiene un papel fundamental en todo lo relacionado con el desastre, desde las fases previas al impacto, durante el mismo posteriormente.

Ahora bien el enfoque e lo comunitario, tiene dos variantes que difieren entre si. La primera desde fuera, pero EN la comunidad, y la segunda desde dentro, CON la

comunidad. Cuando se trabaja en la comunidad, viniendo desde fuera, se tiene la ventaja de ser mas objetivo en la apreciación de aspectos de la situación, contar con los recursos y organización que no fueron afectados en el desastre, pero se corre el riesgo de la no aceptación por parte de la población, de no poder apreciar los aspectos mas íntimos, subjetivos, de los efectos del desastre en la vida de esa comunidad.

Cada desastre tiene características únicas, y es posible determinar respuestas, que se consideran, universales del ser humano ante las pérdidas de vida y materiales ante los cambios que significa el evento en cuestión. La ayuda exterior puede tener también características universales, seguir patrones previamente establecidos, y aun pueden contemplarse estos aspectos en la capacitación de los socorristas y en la de la propia comunidad en riesgo de sufrir desastres de cualquier tipo.

No obstante esta afirmación no es absoluta y debe contemplarse en la ayuda exterior las características propias de cada comunidad. Las comunidades pueden ser urbanas y dentro de ellas la afectación puede ser en un barrio, vecindario y estos a su vez ser marginales con elevados índices de pobreza, residenciales, industriales o de servicios. Pueden ser rurales o apartados de las grandes ciudades, tener como actividad fundamental, la agrícola, o la minera, de pescadores, poseer servicios básicos de electricidad, agua, disposición de albañales, tenerlos de modo deficitario, o carecer de ellos. La planta física de sus viviendas puede ir de buena a pésima, en zona de alto riesgo o supuestamente segura. En nuestra región encontramos múltiples variables étnicas, con gran diferencia entre si, como por ejemplo: yoruba, maya, lucumi, miskita, garifona, etc., no debemos olvidar que los hispanos constituimos una etnia diferenciada en las comunidades norteamericanas y somos a su vez los extranjeros cuando vamos a nuestras "comunidades"

Las diferentes culturas que encontramos, los diversos modos de vida habitual, la intima organización de estas comunidades, el nivel educacional (según nuestros patrones), condicionan en gran medida la respuesta al desastre y la aceptación de la ayuda exterior. Hay que tener siempre presente la sabiduría popular, que enfrentaban los desastres de todo tipo mucho antes de nuestra existencia como expertos. Si queremos trabajar CON las comunidades afectados tenemos que estar dispuestos a aprender de ellas para poder enseñarles modos de enfrentamiento a los desastres superiores o mas efectivos.

Como síntesis de la aquí expresado permítanme parafrasear a Alejo Carpentier en Los Pasos Perdido, cuando dice, América es el único continente donde las distintas edades coexisten, donde un hombre del siglo XIX puede darse la mano con otro del cuaternario, o con poblados sin periódicos, ni comunicaciones que se asemejan a la edad media o coexistir con otro de provincia mas cerca del romanticismo que de esta época. Hoy ante un desastre llegamos con los adelantos científico técnicos a esa América de Carpentier, que aunque algunos posean algunos de esos adelantos, no han incorporados a su cultura, y es con esa cultura que responden a los desastres.

Ese es nuestro reto, A pesar de los mas recientes adelantos en materia de desastres, desde las posibilidades de las ayudas externas en tiempo record, las posibilidades de comunicación satelital, la preparación integral de los socorristas en los aspectos de salud mental, del incremento de ayudas especializadas en la mitigación y recuperación psicoemocional de las victimas, la primera ayuda de cualquier tipo y en especial la psicoemocional para la población infantojuvenil en situación de desastres proviene de la propia comunidad afectada, de las victimas adultas que de este modo contribuyen además

a su propia superación del trauma y finalmente de los niños, niñas y adolescentes que de víctimas se convierten en actores. Todo ello sucede antes de que llegue la primera ayuda exterior y se hace de modo espontáneo, siguiendo patrones culturales, o por el contrario se incluyen elementos de demostrada eficacia para los que fue entrenada previamente esa población, respetando su sabiduría y quehacer ratificado por su empleo histórico o superado por experiencias más recientes.

SALUD MENTAL, Y OTROS FACTORES EN RELACION CON EL PSIQUISMO.

Los términos, salud mental, factores psicosociales y psicoemocionales se emplean en el campo de los desastres, indistintamente, unas veces como sinónimos, otras para referirse a cuestiones distintas dentro de la respuesta humana a los desastres. En realidad tienen límites difusos entre ellos, así como un amplio entrecruzamiento, overlapping en inglés, pero en esencia los sustentan criterios o conceptos distintos.

Salud Mental es más amplio que los otros, se refiere al proceso de salud y enfermedad en el área de la psiquis, y también a la forma en que se organiza la asistencia en general o según otros se priorizan las actividades de promoción y prevención y las asistenciales pasan a un segundo plano. Al referirnos a **los aspectos psicosociales** estamos abordando particularidades del proceso salud enfermedad mental con énfasis en el entorno social y comunitario y cuando hablamos de **psicoemocional** el énfasis está en la dinámica y manifestaciones psicológicas del individuo y su posible respuesta a las exigencias del medio.

Los tres términos tienen en común que relacionan a la persona con su medio social y físico, y a estos medios con las posibles respuestas del individuo o su colectivo frente a los factores distorsionadores del más variado orden.

Este mismo enfoque es válido para los denominados recursos emocionales, el apoyo social y los recursos sociales. Los **recursos emocionales** son los propios de un individuo para enfrentar o responder a la acción o requerimientos del medio social y físico. El **apoyo emocional** debe concebirse como el elemento externo que facilita la respuesta integradora frente a la crisis del desastre y el estrés implícito en ella, incluye la posibilidad de brindar cuidados básicos, satisfacción de las necesidades, igualmente básicas que actúan indirectamente en la respuesta de enfrentamiento emocional, positivo al desastre. También incluye las intervenciones directas sobre el psiquismo individual, con igual propósito. Los **recursos sociales**, son aquellos que se encuentran en la comunidad y se emplean en el apoyo tanto material como emocional del individuo y su colectividad de pertenencia. Son, por una parte, la suma de las relaciones del individuo con otros individuos, y grupos de su medio, y por la otra depende de la organización social, formal o informal de esa comunidad. Forman una red de vínculos sociales que se concretan en la situación de desastre en el principal factor de apoyo emocional de las víctimas de un desastre.

En la terminología de desastres se emplean con frecuencia términos que proceden de la epidemiología de las enfermedades infectocontagiosas, fueron modificados en su aplicación en enfermedades no transmisibles y se modifican nuevamente para ser

aplicados en las situaciones que afectan la salud y tienen un elevado componente conductual y afectivo. Entre ellos encontramos a la vulnerabilidad, la susceptibilidad, la resistencia y el riesgo. Comienza a emplearse el de resiliencia que tiene otro origen e igual aplicación en desastres.

La **vulnerabilidad** se define como la condición de un sujeto con la máxima posibilidad de contraer una enfermedad no infectocontagiosa. Para estas se reserva el término de susceptibilidad que se da cuando el individuo o grupo de estos no tienen las defensas específicas para una enfermedad de este tipo, por no haber tenido experiencia previa que le permita generar estas defensas. Ambos conceptos son los opuestos a resistencia e inmunidad que se refieren a las mínimas o ninguna posibilidad de desarrollar la enfermedad por tener las defensas y mecanismos para ello.

En epidemiología actual, estos términos se relacionan con la etiología, multicausal de las enfermedades, que incluyen también a la conducta del hombre y condiciones de su entorno. No representan una condición fija de que la enfermedad estará presente, es una probabilidad mayor que el individuo o su colectivo presente esa condición.

En semejante sentido se define el **riesgo**. Cuando se tiene algo o se está expuesto a algo que hace posible la aparición del proceso o efecto que quiere evitarse, se está expuesto a riesgo de padecerlo, es decir existen mayores posibilidades de ello.

En desastres la vulnerabilidad está dada tanto por las condiciones biopsíquicas del individuo como por las determinantes sociales y se relaciona con la capacidad o no de respuestas adaptativas de este o su colectivo ante las exigencias de un medio agresivo y estresante. Es en ese sentido que se consideran a la tercera edad, discapacitados y niños, niñas y adolescentes como más vulnerables ante situaciones de desastres.

Los desastres naturales, las condiciones sociales de pobreza, situación política, la falta de apoyo social y emocional y otros similares, no constituyen vulnerabilidades, son factores de riesgo que hacen vulnerables a los señalados por condición de su ciclo vital, condición económica, segregación étnica, etc. No se considera una vulnerabilidad ambiental, el medio ambiente crea condiciones para que la vulnerabilidad se manifieste con mayor o menor importancia en el ser humano y sus comunidades. La acción del hombre de igual modo induce a que se creen situaciones de riesgo que determinan la vulnerabilidad propia o de otros grupos.

Los asentamientos humanos en lugares de mayor riesgo son más vulnerables al desastre que los ubicados en condiciones más adecuadas. Un fenómeno natural que ocurre en lugar no habitado, no se considera como desastre por no haber afectación humana. Las comunidades vulnerables lo son en gran medida por factores socioeconómicos y en este sentido pueden disminuirse los desastres y aun evitarse.

Establecer la vulnerabilidad y los factores de riesgo de una comunidad son elementos fundamentales en la apreciación de las situaciones de desastres, la valoración de las posibles respuestas de la población y la planificación de la intervención externa desde el antes, el durante y después de impacto. Recientemente se añade a estos, el concepto de resiliencia que tiene connotación similar pero además características propias que salen del marco de esta ponencia.

En la situación de desastre las **redes de apoyo social** juegan un papel capital. Se han definido como; grupos de individuos que ejercen influencia mutua en sus vidas para satisfacer las necesidades humanas específicas en los individuos. Se convierten en fuente

de respeto, aprobación y definición de sí mismo e incluye valores morales, juicio crítico, seguridad y otras condiciones de la vida social.

La gama de las redes sociales, es amplia e incluyen las instituciones sociales formales o la comunidad o asentamiento humano se destacan además de las familias, las asociaciones no, como la familia, la escuela, las organizaciones sociales de la sociedad civil. En de vecinos y gremiales, las religiosas y sus iglesias respectivas. Se consideran por algunos a las instituciones formales locales como la alcaldía, los servicios de salud, los de educación y de comunicación como integrantes de estas redes y las catalogan como externas a esta red. Dejan así un papel más íntimo y subjetivo a las no formales.

Ahora bien, estas redes existen en la cotidianidad de las comunidades y se adaptan a funciones especiales en situación de desastre, existen otras redes locales que se crean para mitigar los efectos del impacto y facilitar la recuperación. Muchas veces son temporales y tienden a desaparecer absorbidas por las habituales. La ayuda externa puede crear estas redes temporales en atención a la apreciación de la situación que realiza al llegar a la localidad impactada.

SALUD MENTAL EN DESASTRES.

El amplio campo de la salud mental en situaciones de desastres no se limita a las enfermedades psiquiátricas, por el contrario, se relaciona con una amplia gama de problemas psicosociales que se dan como respuesta y modo de enfrentamiento a las elevadas demandas de un medio que rompe con los patrones habituales de la cotidianidad y se torna súbitamente agresivo. Las respuestas ante un desastre, se expresan una alteración del comportamiento habitual, pueden ser de tres tipos, las consideradas como "normales", los trastornos transitorios y los de larga evolución o crónicos y que pueden ser o no diagnosticables en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su décima revisión

En primer lugar aparecen las llamadas reacciones "normales" ante situaciones anormales creadas por el desastre, que son las más frecuentes, tiene un curso corto y tienden a la desaparición. Le siguen en orden de frecuencia y morbilidad los trastornos transitorios, que demoran más en desaparecer y pueden evolucionar hacia un curso prolongado, si no se tratan adecuadamente, y finalmente los trastornos mentales de evolución hacia la cronicidad. En todos los casos hay que considerar las personalidades básicas previas al desastre, las alteraciones mentales preexistentes, que pueden descompensarse y las que surgen en relación con el evento traumático.

Las niñas, niños y adolescentes se consideran como más vulnerables y pueden presentar cualquiera de estas manifestaciones. Es necesario desde la etapa previa tomar medidas que eviten las mismas. No es necesaria la intervención especializada. En el momento del impacto, periodo de crisis o el conocido "durante" la población infanto juvenil ha de ser priorizada en las medidas generales de satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad. En determinadas situaciones extremas la primera ayuda psicológica, es el abordaje indicado, que no necesariamente estará a cargo de personal especializado, pero sí con algún entrenamiento en ello. Estas personas pueden ser socorristas, maestros, líderes no formales, madres y padres u otro familiar, identificados y entrenados previamente. Lo ideal es que se dé una asignación de roles en la familia para ejercer estas acciones para con ellos y con la población de la tercera edad. La etapa de "después" o de

recuperación, se caracteriza, por la atención a las respuestas psicoemocionales de esta población, que es ampliamente abordada en la literatura por lo que no insistimos aquí.

Las respuestas normales ante la situación de desastre tienden a desaparecer con el tiempo y restauración de la situación después del impacto, los trastornos transitorios, van a requerir de la primera ayuda psicológica y de intervención en crisis y quizás de una atención individualizada y especializada. Esto es válido para el sector más joven de la comunidad. Ellos son, por una parte más vulnerables y por la otra más recuperables, pero necesitan de la ayuda externa, aun cuando sean actores de su propia recuperación.

Es común encontrar referencias a que los trastornos de evolución crónica en situaciones de desastre son pocos, con buen pronóstico y que el trastorno de estrés postraumático tiene una baja morbilidad. De igual modo se dan como eficientes y eficaces las intervenciones del más diverso tipo y en especial las dirigidas a niñas, niños y adolescentes. Es necesario, sin embargo, lograr la evidencia científica de estas afirmaciones, que muchas veces se quedan en lo anecdótico, con elevado contenido emocional, pero que raras veces obedecen a un seguimiento a largo plazo de los afectados.

Durante la fase del impacto se pueden identificar diversas manifestaciones clínicas, como cortejo sintomático, que no necesariamente constituyen en ese momento una entidad nosológica psiquiátrica. Así aparecen, crisis de diferente tipo, reacciones colectivas de agitación o pánico manifestaciones individuales o de grupos pequeños e ansiedad, depresión, turbación de conciencia, excitación que puede llegar a ser psicótica. La población más joven, es especialmente susceptible a las manifestaciones colectivas, dada su gran sugestibilidad. En las situaciones de trastornos colectivos, es necesaria la intervención, también dirigida a los grupos que la manifiesten, tomar medidas generales para evitar la propagación, identificar a las personas que se pueden considerar como índices o generadoras de la situación colectiva, separarlas del grupo y tratar los casos individuales que así lo requieran. En su conjunto constituyen las variables manifestaciones del estrés peri traumático.

En etapa posterior inmediata al impacto, no es infrecuente encontrar, trastornos de ansiedad y depresión y la descompensación de los trastornos o modos de afrontamiento deficientes preexistentes. La violencia aparece con más intensidad y en variadas formas y puede relacionarse con el incremento del consumo de alcohol y drogas. El trastorno de estrés agudo incluye en su diagnóstico casi todas estas manifestaciones. Se requiere tanto de la ayuda no especializada, el empleo de técnicas participativas grupales y de intervención comunitaria. El sector de la comunidad de los más jóvenes es especialmente vulnerable a las exigencias psicosociales de esta etapa y requiere de un abordaje multisectorial y el empleo de técnicas comunitarias y de psicoterapia de grupo o individual.

Ya en la etapa de recuperación, las manifestaciones ansiosas y/o depresivas constituyen diagnósticos nosológicos, al igual que el alcoholismo y abuso de sustancias adictivas y requieren de tratamiento especializado. El trastorno de estrés agudo puede evolucionar hacia el postraumático, más grave y de evolución crónica y torpida. Los casos que llegan en esas condiciones, son los que no han resuelto el impacto del estrés por múltiples razones y necesitan de ayuda especializada como parte del tratamiento, que además incluye el empleo de técnicas colectivas de rehabilitación y reinserción familiar y escolar.

Lo descrito tomando como base las fases del desastre, pueden repetirse en lo que se ha llamado segundo desastre, como el que ocurre cuando el albergue de damnificados adolece de los factores protectores psicosociales y se convierte en fuente de estrés. De nuevo las niñas, niños y adolescentes son los más vulnerables y víctimas de la conducta o respuesta inadecuada de la población adulta, que incluye la separación familiar, violencia psicológica y física, abuso sexual, adicciones y otros.

La gran complejidad de los desastres, se manifiesta en, la afectación que producen en los asentamientos humanos con pérdidas en de vidas humanas y materiales, daños a la estructura social, trastornos en el comportamiento y psiquismo de las víctimas, y sus mecanismos de afrontamiento. Las acciones de la comunidad afectada y la ayuda exterior para mitigar sus efectos, lograr la recuperación psicosocial de los afectados y aun para preparar a las comunidades en la prevención de nuevos acontecimientos similares permiten comprobar también, la complejidad de este fenómeno. Son múltiples las propuestas de intervenciones, las experiencias prácticas. Los reportes de sus resultados, los puntos de coincidencia y los de discrepancias, y los enfoques teóricos no siempre coinciden.

En este amplio abanico caleidoscópico se vislumbra la posibilidad de encontrar patrones que guíen las respuestas de los colectivos humanos para prevenir, mitigar y recuperarse de los desastres. Se hace necesario en este camino demostrar la eficacia y eficiencia de las acciones realizadas y las que se proponen hacer, para tener la seguridad de que se generalizan aquellas con demostrada utilidad, flexibilidad y aplicabilidad en diferentes catástrofes y contextos socioculturales.

ALGUNAS INTERROGANTES

El conocimiento de las situaciones de desastres no es aun completo, hay aspectos donde hay que profundizar para responder a interrogantes tales como: ¿Hay relación entre el tipo de desastre, su magnitud y la severidad de sus consecuencias para los aspectos psicosociales de los integrantes de la comunidad con más riesgo, como la infantojuvenil? ¿La respuesta varía según tipo y calidad del desastre? ¿Qué factores influyen en las diferentes respuestas afectivas y conductuales colectivas e individuales? ¿Cuáles son los factores de riesgo a considerar en la evolución de los trastornos de la salud mental después del desastre? ¿Cómo influyen en la mitigación de los efectos del desastre, la organización comunitaria, y las características culturales y de los individuos integrantes de esa comunidad?.

En relación con las intervenciones, surgen otras preguntas, entre ellas: ¿Qué intervenciones son más efectivas en cada etapa del desastre? ¿Cuáles logran resultados de adaptación social sin trastornos a largo plazo? ¿Como se muestran los resultados? ¿Son las intervenciones aplicables a todas las circunstancias y poblaciones? ¿Hay técnicas de intervención solo aplicables a la población infantojuvenil, o esta se beneficia también de técnicas generales? ¿En que difieren las técnicas aplicables en la primera fase de las que se emplean en las otras? ¿Son las técnicas de catarsis efectivas en todas las fases y aplicables por no especialistas? ¿Cómo influyen los factores culturales e históricos de una comunidad y en la población infantojuvenil, tanto en la respuesta como en las posibles intervenciones? ¿Puede el apoyo social de por sí facilitar la recuperación psicoafectiva de las niñas, niños y adolescentes? Las preguntas pueden ser tan variadas como complejo es el problema que se pretende resolver. Hay una respuesta para todos estos cuestionamientos. Es necesario lograr la evidencia de las afirmaciones y acciones

que aquí se cuestionan y así poder generalizarlas y ser mas efectivos en las intervenciones en situaciones de desastres, lograr la recuperación de los mas jóvenes, que son la garantía de la sostenibilidad del enfrentamiento a los desastres desde la perspectiva de su prevención y evitación.

HACIA LA EVIDENCIA.

En la actualidad, todo nuevo aporte al desarrollo en el campo de las ciencias ha de estar basado en la evidencia científica. El termino evidencia se emplea en diversos áreas del conocimiento en su acepción mas amplia, que lo hace sinónimo de certeza, convicción seguridad, convencimiento, en el de las ciencias ha de cumplir con determinados requisitos. En un juicio penal, la evidencia aceptada y que permite la condena o absolución de un acusado, que pueden ser pruebas o declaración de unos testigos, no seria aceptada fácilmente por los científicos, si no se puede replicar, si no es representativa de hechos ocurridos en circunstancias similares, si los testigos no son escogidos aleatoriamente y otros requisitos similares.

En el sector salud se habla de la medicina de la evidencia, que de los estudios de ciencias básicas y de la clínica se extienden a la promoción de salud, prevención de las enfermedades y la rehabilitación y limitación de secuelas. Derivadas de una concepción neopositivista, es que tenemos los estudios de ensayos clínicos aleatorios con grupos y control, aleatorios y la aplicación del método cuantitativo. Se trata de superar el subjetivismo y juicio basado en la experiencia medica, que se ve como un rico anecdótico. Estos tipos de investigaciones, han demostrado su valor en el desarrollo de la medicina y aun en sus aspectos mas relacionados con las ciencias sociales implícitas en las acciones de salud.

En fecha reciente, se cuestiona que este sea el único modo de lograr la evidencia científica en nuestro, complicado, universo de trabajo. Se señalan algunas dificultades, entre las que se encuentran, la replicabilidad de las investigaciones, la necesidad del grupo control, la selección de las variable, independientes, dependientes y participantes, el subjetivismo de los sujetos y objetos de las investigaciones, el tiempo que media entre la recogida de información los resultados y la aplicación de los mismos. Como alternativa gana espacio el llamado método cualitativo, de investigación acción, donde muchas de las variables surgen en la propia investigación, los sujetos investigados, participan de la investigación y los investigadores se inmersiónan en la situación investigada. Se plantea que es el método ideal para los temas complejos con múltiples variable y donde esta implícito la conducta y afectividad del ser humano.

En definitiva, se hace necesario en el estudio de las situaciones de desastres, contar con investigaciones que permitan la generalización de nuestros conceptos teóricos, avalados por la practica, generalizar y a la vez individualizar las repuestas del ser humano ante la situación de emergencia, así como contar con técnicas de intervención colectiva e individuales para prevenir, mitigar tratar y rehabilitar a los afectados por estos eventos.

Los niños, niñas y adolescentes, que aun están en la etapa de formación de su aparato psíquico, que tienen una expectativa de vida mayor, que deben encontrar su posición en el medio social y familiar, verse envueltos en eventos traumáticos, pueden tener efectos catastróficos, o pueden ser el pivote de un elevado desarrollo psicoemocional. Contar con los recursos de las ciencias para solucionar las afectaciones de verse envueltos en estos

eventos traumáticos. Esa es la principal motivación para el desarrollo científico técnico de la medicina de desastres en los aspectos psicoemocionales.

Se han mencionado algunas lagunas en nuestro conocimiento, se han formulado en forma de preguntas, que se pueden responder solo con investigaciones. Es posible distinguir aquellas que van dirigidas a perfeccionar nuestro conocimiento de las necesidades sentidas por la población en general y las de sus grupos más vulnerables por razón de su ciclo vital, discapacidad física o mental, por condiciones socioeconómicas, características culturales. Otras tienen como elemento fundamental, la valoración de la eficiencia y efectividad de las intervenciones, y la evolución de las respuestas de los diferentes grupos poblacionales en conjunto o de los individuos que los integran. Ejemplos de estas investigaciones son:

Determinar los factores de riesgos y su percepción en poblaciones seleccionadas por: Aislamiento, culturas cerradas, historia anterior de situaciones de emergencia, pobreza. En ese mismo sentido, están las dirigidas al riesgo individual o de grupos como los infantes juveniles, las de determinadas características de personalidad previa los enfermos mentales con trastornos psiquiátricos mayores, y los llamados en conjunto como neuróticos. En estos mismos grupos es necesario conocer cuales son sus respuestas más comunes en las diferentes etapas del desastre, con énfasis en la de impacto.

La valoración de los mecanismos de afrontamiento propios de la población infante juvenil sus diferencias con los adultos y su efectividad o no para sobreponerse al desastre. La vulnerabilidad de grupos humanos y condiciones previas al evento traumático. Estudio de los factores protectores y su papel en situación de emergencia. Evaluación de los enfrentamientos individuales o colectivos en los diversos grupos y en especial niñas, niños y adolescentes.

Conocer el papel del apoyo social en la mitigación del efecto traumático del desastre y modificación de las respuestas de las personas, sus variables según las comunidades afectadas, la severidad del impacto, la evolución de las respuestas normales, los trastornos transitorios, el trastorno de estrés postraumático y otros.

Seguimiento a largo plazo de los trastornos mentales diagnosticados como consecuencia del desastre y su relación con las variables psicosociales. Determinar cuales son las intervenciones más efectivas en los estadios tempranos de las respuestas a los desastres y su papel protector o de prevención de problemas mentales a mediano y largo plazo. Determinar las características de las técnicas de catarsis y su efectividad en sectores de población. Evaluar con el seguimiento a largo plazo de la efectividad de las técnicas de intervención especiales para niñas, niños y adolescentes. Determinar las posibilidades de transferencia de tecnologías terapéuticas a otros profesionales y personal legos, para multiplicar las posibilidades de intervención.

Este listado puede ser aun más extenso, tanto como lo son nuestras necesidades de acercarnos a conocer la verdad científica de nuestro quehacer y las necesidades de la población a los que va dirigido.

En un somero análisis de los temas propuestos, se comprende que no todos pueden abordarse solamente con los métodos cuantitativos, la complejidad de objeto de estudio, la inmutabilidad de las variables a estudiar en cada caso, obligan a tener un enfoque amplio y flexible, en el que las técnicas cualitativas son el complemento de una efectiva triangulación que nos acerque a la realidad que se investiga.

Estas técnicas cualitativas originadas en las ciencias sociales ganan en fecha reciente espacio y reconocimiento en las de la salud y otras que se relacionan con la conducta y sentimiento de las personas. Son interdisciplinarias y poseen muy diversos métodos de obtener la información, procesarla y aplicar sus resultados.

La posibilidad real de entrenar personal para llevar a cabo este tipo de investigación acción y la situación de desastre hace que superen a las tradicionales y a la vez las complementan. Se necesitan ambos enfoques para que la medicina de desastres en sus aspectos de salud mental avance por el camino científico.

Las investigaciones son el elemento esencial para lograr patrones de intervenciones con posibilidad de ser generalizados, de que hablemos un lenguaje cada vez más común, que seamos más eficientes y efectivos y logremos una mayor salud mental en las poblaciones necesitadas.