

Intervención en crisis durante la fase de emergencia para víctimas de desplazamiento forzado y desastres

Guía de Gestión de Caso Psicosocial
Para Unidades Móviles



Libertad y Orden
República de Colombia
Ministerio de la Protección Social




Organización
Internacional
para las
Migraciones



Derecho
a la felicidad



**BIENESTAR
FAMILIAR**



Intervención en crisis durante la fase de emergencia para víctimas de desplazamiento forzado y desastres

**Guía para Gestión de Caso Psicosocial
Para Unidades Móviles**



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Directora General

Elvira Forero Hernández

Directora Técnica

Luz Mila Cardona Arce

Grupo de Atención a la Población

Desplazada y Víctimas de Desastres Naturales

Coordinación Editorial

Oficina de Comunicaciones y Atención al ciudadano ICBF

Diseño y Diagramación

Centro de Diseño y Comunicación Universidad el Bosque

Guía de Gestión de Caso Psicosocial para Unidades Móviles

Edición, 2009

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Jefe de Misión en Colombia

José Ángel Oropeza

Programa de Atención a Desplazados y Grupos Vulnerables

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Iván Alberto Jiménez Rojas

Autores

Alfonso Rodríguez González.

- ICSN

José A. Posada-Villa. - ICSN

María Clara Bayón Montaña.

- ICSN

Juan Fernando Pacheco

- ICSN

Universidad El Bosque

Rector

Jaime Alberto Escobar Triana.

Este producto se realizó dentro del marco del convenio OID No. 0073 de 2008 suscrito entre el ICBF y la OIM

Los contenidos son responsabilidad de sus autores y del ICBF, y no necesariamente reflejan las opiniones de la OIM.

Equipo Técnico

Ana Carmenza Molano Murcia (ICBF)

Merly Muñoz Hurtado (ICBF)

Flor de María Realpe Realpe (ICBF)

Doris Acosta Espinosa (ICBF)

Ángela González Puche (OIM)

Fernando Puerto Chavez (OIM)

Diana Martínez (OIM)

Iván Alberto Jiménez Rojas (ICSN)

Alfonso Rodríguez González (ICSN)

José A. Posada-Villa (ICSN)

María Clara Bayón Montaña (ICSN)

Juan Fernando Pacheco (ICSN)



Contenido

Presentación	
Introducción	11
1. La guía de gestión de caso psicosocial:	12
2. Gestión de caso	12
3. Condiciones previas	20
4. Preparación de la atención en terreno	21
5. Coordinación con autoridades locales y líderes comunitarios	22
6. Análisis de la situación actual	23
7. Gestión de casos psicosociales	25
7.1. Entrada al proceso de Gestión de Caso Psicosocial	27
7.2. Evaluación de aspectos psicosociales por el Equipo	30
7.3. Diseño del Plan de Abordaje	44
7.4. Implementación y monitoreo del Plan	47
7.5. Cierre de la Gestión del Caso	48
8. Finalización de la atención	50
9. Procesos de cierre (equipo profesional)	51
10. Procesos de cierre regional y nacional	52

ANEXOS 53

ANEXO 1. Cuestionarios de tamizaje	54
Cuestionario de síntomas (SRQ)	54
Cuestionario de síntomas para niños (RQC)	56
Cuestionario CAGE	57
APGAR Familiar	58


ANEXO 2. Formato historia / perfil socio-familiar	59
Eventos vividos en la Familia en el último año o muy significativos en su historia.	60
Perfil de vulnerabilidad y generatividad familiar	61
Mapa de pertenencia actual y potencial.	62
ANEXO 3. Manual de primeros auxilios mentales	63
Primera parte	66
CAPÍTULO 1	
1. ¿Qué es salud mental?	66
1.1 Se sienten bien consigo mismas	67
1.2 Se sienten a gusto con otras personas	68
1.3 Son capaces de enfrentar las demandas de la vida	68
2. Influencia del entorno sobre la salud mental	69
3. ¿Qué es un desorden mental?	71
4. ¿Qué es una urgencia mental?	72
5. ¿Qué es una crisis?	72
CAPITULO 2. Reglas básicas para prestar primeros auxilios mentales	73
CAPÍTULO 3. Intervención en crisis	77
Segunda parte	79
CAPÍTULO 4. Desordenes mentales más comunes	79
CAPÍTULO 5. Duelo (reacción ante pérdidas graves)	82
CAPÍTULO 6. La persona violenta	87
CAPÍTULO 7. Maltrato al cónyuge	91
CAPÍTULO 8. Maltrato y abuso sexual infantil	96
CAPÍTULO 9. Violación	101
CAPÍTULO 10. Suicidio	109
CAPÍTULO 11. Víctimas de desastres	113
Bibliografía	120

Presentación

La Constitución Política de Colombia en el art. 42 define la familia, como el núcleo fundamental de la sociedad, cualquier forma de violencia en la familia, se considera destructiva de su armonía, por lo cual el Estado y la sociedad deben garantizar su protección integral, de tal manera que ésta pueda asegurar las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos, en especial los niños, niñas, adolescentes y sus familias, que se encuentren en mayor vulneración y/o riesgo, su postura frente al riesgo o vulneración depende de la forma y de las condiciones de la familia o personas para relacionarse a un proceso personal, social e institucional.

Como parte de la misión Institucional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, comprometido con la política de atención integral a la población en situación de desplazamiento y dando cumplimiento a lo ordenado en la Ley 387 de 1997, creó el programa de unidades móviles, conformado por un equipo profesional interdisciplinario, el cual se traslada a las distintas regiones del país, principalmente a las de difícil acceso y cobertura institucional, a fin de brindar la atención directa a los niños, niñas, adolescentes y sus familias que se encuentran en situación de desplazamiento, desastre natural o en condiciones de inseguridad alimentaria.

Tanto los sucesos que preceden al desplazamiento como éste mismo, generan efectos psicosociales y culturales que perturban la estabilidad emocional, vincular, socio-



cultural, y económica de quienes la padecen, que unido a los cambios climáticos que últimamente ocurren en distintas zonas del territorio colombiano, han generado un alerta constante para prever los recursos y programas Institucionales e Interinstitucionales, que promuevan la oportuna y efectiva respuesta en la articulación de servicios para la población afectada, a fin de atenuar los efectos y prevenir la agudización de las problemáticas que enfrentan.

Con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta que los profesionales de las unidades móviles, brindan a las familias afectadas por el desplazamiento y el desastre natural, se diseñó la **Guía de Gestión de Casos Psicosociales**, como fruto del Diplomado Virtual de Intervención en Crisis, con la cual se brinda una herramienta metodológica, diseñada para ser utilizada en la atención e intervención en crisis a estas familias. Esta guía tiene como fin vigorizar y/o desarrollar en las personas habilidades y competencias para auto-gestionar, la solución a sus necesidades y la restitución de sus derechos, entendiendo que cada situación de emergencia es diferente y que cada una de ellas merece una atención particular de acuerdo a sus características.

Para contribuir a la superación de los efectos psicosociales generados por desplazamiento y/o el desastre natural, es preciso el compromiso profesional para acoger a la familia en su contexto actual, convocándola a valorar su capacidad de afrontamiento y recuperación para sobrellevar los cambios a los que ha sido sometida, restablecer su dignidad y fortalecer la esperanza de un mejor mañana, de lo cual estamos seguros que para que esto sea posible, sus aportes son y serán muy valiosos.

ELVIRA FORERO HERNANDEZ

DIRECTORA GENERAL ICBF



Introducción

Las personas y las familias que son víctimas de la situación de desplazamiento forzado, son perturbadas en sus esferas de respuesta tanto emocional, vincular, como social, económico y cultural, entre otros; lo cual trasciende en el habitual desempeño de su calidad de vida. A pesar de la magnitud de la situación en muchas ocasiones el sentido común de estas personas y/o de quienes las rodean, hacen que se sobrepongan rápidamente ante el dolor o sufrimiento generado por el impacto del evento. De igual forma dada la connotación de la situación a la que se han visto sometidas, éstas personas requieren ser apoyadas entre otras formas, por otra serie de técnicas y herramientas de abordaje psicosocial, que se presentan en esta guía y que han sido estudiadas y analizadas para la atención e intervención específica en situaciones como ésta ya que usadas de manera adecuada y oportuna pueden contribuir de manera más efectiva al restablecimiento y/o mejoramiento de su calidad de vida.



1. La guía de gestión de caso psicosocial:

Instrumento metodológico diseñado para vigorizar y/o desarrollar en las personas habilidades y competencias para auto-gestionar, la solución a sus necesidades y la restitución de sus derechos, como complemento, al trabajo que realizan los profesionales de las unidades móviles. Para una mayor comprensión de la misma, se requiere de la postura técnica que asume dicho profesional ante la situación presentada y que conjuntamente con las personas y/o familias afectadas, permita reconocer y explorar tanto sus necesidades específicas como también sus recursos y sus potencialidades, para afianzar la capacidad de recuperación y afrontamiento, en el proceso de adaptación y acomodación a la nueva realidad y así propender por re-significar y/o mejorar su calidad de vida, promoviendo la conformación y dinamización de redes sociales e institucionales.


2. Gestión de caso

La Gestión de Caso, es una herramienta con una metodología educativa diseñada, para contribuir al proceso de abordaje psicosocial, de los niños, niñas, adolescentes,

mujeres gestantes, madres en lactancia, y sus familias, que se encuentran en situación de desplazamiento, desastre natural y/o inseguridad alimentaria, y que además son afectados por condiciones que generan violencia intrafamiliar, abuso, explotación sexual entre otros.

En este sentido la Gestión de Caso requiere de un proceso de acompañamiento continuo, que se realiza a partir de las necesidades de las familias y de la accesibilidad a los servicios, en **donde cada familia es un actor activo de su propio proceso de recuperación**, que busca principalmente el encuentro entre la oferta pública y privada de servicios y las necesidades de las familias afectadas.

- **CASO: En el marco del programa de unidades móviles** se refiere al niño, niña adolescente, madre en lactancia, mujer gestante con o sin familia, afectados por Desplazamiento forzado, desastre natural y/o condiciones de inseguridad alimentaria.
- **GESTIÓN:** Corresponde a la formulación, implementación y seguimiento de un Plan de Abordaje Psicosocial interdisciplinario para atenuar los efectos psicosociales, superar su situación de crisis generada por el evento y contribuir a la restitución de los derechos vulnerados.
- **GESTOR DE CASO:** Se refiere al profesional que realizó el contacto inicial con la familia sujeto de atención por la unidad móvil. Cuando esto no es posible, se presenta el caso al grupo de profesionales de la unidad móvil y entre todos de acuerdo a la situación, eligen quien asumirá la atención al caso. El profesional que realizó el contacto inicial con la familia, debe



acompañar al profesional quien asumirá la atención como gestor de caso asignado y presentarlo personalmente ante la persona y/o familia inicialmente atendida.

- **PLAN DE ABORDAJE:** Es el conjunto de acciones, actividades previstas y acordadas conjuntamente por el equipo profesional y/o con las personas o familias, para la atención a las mismas en su contexto situacional.


El abordaje implica estar junto a la familia en la búsqueda y recepción de las estrategias y servicios que coadyuven en la restitución de sus derechos vulnerados, siendo consecuentes con el discurso del sujeto de derechos, dándole a la familia el lugar que le corresponde como protagonista e interlocutora válida en la búsqueda de alternativas dignas y viables. Trascendiendo la figura tradicional de asistencialismo, remisión, referencia o contra referencia, hacia la resolución de los problemas, previamente definidos conjuntamente con la familia.

El énfasis en el aspecto educativo de la gestión, se da por la necesidad de desarrollar y formar en cada familia las **competencias** necesarias para que en el corto y mediano plazo gane en autonomía y logre autogestionar sus propias soluciones en la búsqueda de la promoción, ejercicio y restitución de sus derechos.

El reposicionar la familia, la visibiliza, le reconoce su lugar en la historia y en las políticas sociales como actor decisivo y como capital social, es un lugar de dignidad desde sus potencialidades y su papel protagónico, también redefine la postura de los agentes de intervención (como gestores sociales), del estado y la sociedad civil presentes a través del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población en Situación de Desplazamiento (SNAIPD) y del Sistema Nacional de Atención a Desastres (SNAD); como corresponsables de brindar el acompañamiento y las condiciones indispensables para que la persona encuentre su lugar y papel con su familia (nuclear- extensa) y redes vinculantes.

El principal instrumento o herramienta para el trabajo con las personas y con las familias, es el **gestor de caso** (gestor social o agente de intervención); por lo tanto es indispensable su permanente cualificación y el indeleble cuestionamiento sobre la postura personal, para que la intervención sea transformadora de experiencias que constituyen los motivos de ayuda o intervención, esa postura personal es ante todo, una postura ética (saber que está bien y qué es lo justo), más que técnica, y las competencias son ante todo de orden relacional; porque el contexto de la creación del cambio es justamente el mundo relacional. (Lineamientos Técnicos para la inclusión y atención a la Familia M.S. ICBF).


Para la aplicación de esta herramienta, la unidad móvil debe tener en cuenta las siguientes características del proceso de gestión de casos:





a. **Búsqueda Activa de las Familias:** Una vez existe la solicitud al ICBF, de la necesidad de atención a las familias, por la entidad competente, dicha solicitud es recepcionada y direccionada a la unidad móvil, quienes conjuntamente con la coordinación de asistencia técnica o quien la represente, realizan el análisis de la situación y trazan el **plan de atención** a seguir (mapeo de familias y territorio) que permita establecer prioridades. Una vez acordado el plan de trabajo, la unidad móvil, **no** espera que la familia llegue al servicio, sino que realiza una búsqueda activa de ella, es decir va a las familias, ya que generalmente las que más necesitan ayuda, están desinformadas o no saben a dónde acudir, también puede ocurrir que estén atemorizadas para dar información o simplemente paralizadas por el impacto de los hechos.

b. **Visión Integral:** Consiste en la mirada holística- sistémica, de los recursos internos y externos que presenta la familia en su situación, los que hay en su entorno y en su contexto, como una red de relaciones. Ya que no es posible ayudar de forma eficiente y sostenible sin tener una mirada sistémica de la familia, y que a su vez ésta también tenga una mirada integral de su situación.

- c. Objetivos concretos:** Una vez realizada la mirada integral a la familia, la ayuda apunta a establecer los objetivos concretos referido a unos aspectos mínimos de bienestar en el corto plazo, que se establecen con base en los Derechos Humanos y en el Derecho Internacional Humanitario y a unos máximos definidos por la familia de acuerdo a sus necesidades, expectativas y prioridades.
- d. La propuesta de ayuda es integral y acordada con la familia:** Conjuntamente con la familia como capital social que coevoluciona con todos los sistemas sociales presentes en el contexto amplio, que se ubica en un continuo de vulnerabilidad – generatividad, se establece, tanto la prioridad de atención a las necesidades identificadas como las alternativas de solución a las mismas, de tal forma que la atención no se orienta solo a una dimensión o área especializada, sino a diversas dimensiones de la familia y de los recursos presentes a su alrededor. Las decisiones deben ser organizadas como estrategias que articulan las medidas psicológicas, sociales, de seguridad, etc, las cuales orientan la coordinación de acciones específicas.
- e. El proceso implica un reconocimiento de los saberes** de la familia y el respeto a su autonomía. (aplicación del enfoque diferencial y con perspectiva de derechos)
- f. La gestión es para apoyar y orientar a la familia en la búsqueda de soluciones.** La familia debe ser la protagonista de su proceso y el gestor de casos es quien facilita un espacio de cooperación, actuando de



forma corresponsable. Este proceso de apoyo debe centrarse en capacitar a la familia para que sea capaz de autogestionar las soluciones a sus problemas, lo cual implica una clara división de tareas entre familia y gestor, y el logro de compromisos en torno a estas.

- 
- 
- g. **Se basa en un equipo interdisciplinario de ayuda para facilitar una mirada integral de la situación.** La mirada integral e interdisciplinaria promueve el dialogo de saberes alrededor de una misma situación, lo cual favorece el análisis de la misma y la búsqueda exploratoria conjunta de las posibles interpretaciones y soluciones. En este sentido, tanto la evaluación de la situación de la familia como la propuesta del plan de abordaje psicosocial se realizan por parte de todos los integrantes de la unidad móvil y con la participación activa de la familia y en ocasiones con los líderes de la comunidad. Legitimar el conocimiento de los diversos actores es un asunto ético de la intervención social que como consecuencia genera una corresponsabilidad interinstitucional y comunitaria.
- h. **La evaluación** no debe ser sólo desde las carencias, sino también desde las capacidades, recursos y potencialidades de la familia y de su entorno.

- i. **Ayuda personalizada**, de tal forma que la familia es acompañada por un único gestor de casos que le apoya en la implementación de todo su plan de abordaje. Se busca la generación de proximidad y confianza con la familia, de tal forma que el proceso se vaya fortaleciendo durante su implementación.
- j. **Contacto directo y periódico con la familia**. El gestor de casos permanece en contacto permanente con la familia durante el proceso, motivándola para que sea responsable frente a los compromisos adquiridos e implemente adecuadamente el plan de abordaje psicosocial.
- k. **Se busca aprender a usar sistemas informales** (apoyo familiar, ayuda mutua y redes sociales) que complementen los sistemas formales de atención (servicios sociales privados y del Estado).
- l. **La Gestión de Casos permite generar información** real y actual de la oferta de servicios públicos y privados, lo que constituye un instrumento indispensable para evaluar y retroalimentar las políticas públicas en los diversos sectores en los que se esté trabajando. (acciones de articulación y trabajo en red).
- m. **La Gestión de Casos permite analizar la calidad**, articulación y complementariedad de la oferta de servicios, para sugerir acciones de fortalecimiento, ya sea de complementariedad en los servicios o de desarrollo institucional.

3. Condiciones previas

La aplicación de esta guía por parte de la unidad móvil implica unas condiciones previas que deben darse para aumentar su capacidad de trabajo y posibilidad de éxito. Estas condiciones dependen de la gestión del ICBF y son las siguientes:


- a. **El ICBF Sede Nacional:** Establece un diálogo frecuente con el coordinador del SNAIPD y/o con el coordinador del SNAD, con el fin de evitar duplicidad en las acciones y facilitar la creación de acuerdos en la respuesta interinstitucional. Esta coordinación a nivel nacional permite identificar los cambios en políticas públicas, así como en programas y proyectos que se relacionan con las unidades móviles. De igual forma, permite incorporar en el SNAIPD y en el SNAD, los aprendizajes obtenidos con la operación de las unidades móviles. De otro lado, el ICBF realiza el estudio y revisión periódica de los lineamientos técnicos de las unidades móviles, a partir de la experiencia y los conocimientos adquiridos, de tal forma que se mejoren sus procedimientos y se facilite la articulación de las acciones de las unidades móviles con los demás programas del ICBF.
- b. **El ICBF Nacional y regional** a nivel preparatorio: A través de un adecuado esque-

ma de coordinación para la operación de las unidades móviles, se establecen las funciones y los procesos de fortalecimiento y capacitación, en el proceso de abordaje psicosocial y de atención integral a los beneficiarios del programa. El ICBF participa y contribuye en la coordinación de las unidades móviles con los comités municipales, distritales y departamentales para la atención integral a población desplazada por la violencia, así como con los comités regionales y locales para la prevención y atención de desastres, o posibilitando así la identificación y el fortalecimiento en la articulación interinstitucional para la elaboración de las rutas y protocolos de atención, coordinación, remisión y seguimiento (tanto a nivel local, departamental y nacional).

- c. Adicionalmente, el ICBF debe preveer mecanismos para recibir de manera oportuna solicitudes de atención de emergencias o necesidades de prevención.

4. Preparación de la atención en terreno

Una vez existe la solicitud de atención a las familias por autoridad competente, dirigida al ICBF, la coordinadora de asistencia técnica convoca a la unidad móvil del área correspondiente y conjuntamente realizan el estudio de la solicitud presentada y la situación a atender, previamente al traslado del equipo al lugar donde se es solicitada su presencia para la atención a las personas que se encuentran afectadas por el desplazamiento o son víctimas de un desastre natural (en adelante “población beneficiaria”).



La unidad móvil en conjunto con la coordinadora de asistencia técnica y/o profesional designado realiza el análisis de la situación e inician la gestión de los recursos materiales, financieros y de información necesarios para el desarrollo del trabajo de campo. En este mismo sentido, debe prever los elementos de la logística, para transporte y estadía de la zona así como las condiciones de seguridad consultadas con autoridad competente.

5. Coordinación con autoridades locales y líderes comunitarios

La primera tarea de la unidad móvil al llegar al lugar en donde se encuentra la población beneficiaria es contactar a las autoridades locales competentes y a los líderes tanto de la comunidad receptora como de la población beneficiaria. El propósito de este contacto inicial es, además de presentar al equipo profesional, explicarles la razón de su presencia y el alcance de su trabajo.

Una vez se conoce el contexto integral de la situación en la que se encuentra la población, es pertinente que se convoque y/o participe como equipo en las reuniones que de forma inmediata se establecen en la zona con las entidades, autoridades y líderes, presentes de


tal forma que le permita responderse al menos las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las personas con las que deben interactuar, tanto de las instituciones como de la comunidad receptora y la población beneficiaria?
- ¿Qué ocurrió, qué tipo de personas fueron las afectadas y de dónde provienen?
- ¿Qué organizaciones de ayuda se encuentran en la zona y qué están haciendo?
- ¿Cuál es la coyuntura en que los eventos ocurrieron?
- ¿Cuál es la información contextual relevante que debe saber para estar en la zona, en los ámbitos de seguridad, socio-político, histórico y étnico – cultural, respecto de la comunidad receptora y la beneficiaria?

6. Análisis de la situación actual

Antes de iniciar el trabajo de gestión de caso psicossocial con cada familia, es necesario que la unidad móvil tenga una comprensión general del grupo de familias a las que les va a prestar el servicio, de tal forma que pueda dimensionar el esfuerzo a realizar y trazar una agenda de trabajo para el tiempo que va a permanecer en el lugar.

Este análisis de la situación actual se puede realizar desde las siguientes preguntas, que deben ser respondidas en conjunto con los líderes de la comunidad beneficiaria:

- 
- a. ¿Cuáles son los problemas y necesidades principales y cómo priorizarlos?
 - b. ¿Cuántas familias y cuántas personas hacen parte del grupo que será atendido por la unidad móvil?
 - c. ¿Cuál es su distribución por grupo étnico, género y edad, ciclo vital?
 - d. ¿Qué personas deben ser atendidas con mayor urgencia dentro de este grupo?
 - e. ¿Qué recursos y fortalezas existen en la familia y en la comunidad?
 - f. ¿Ya tienen albergue? ¿Qué ayudas están recibiendo? (necesidades básicas).
 - g. ¿Qué acciones ha adelantado el grupo frente a su(s) actual(es) problema(s)? (Manual de convivencia).
 - h. ¿Qué acciones de solidaridad se están dando entre el mismo grupo y entre ellos y la comunidad receptora?
 - i. ¿Qué redes sociales e institucionales existen dentro del grupo y cuáles pueden ser útiles? (articulación interinstitucional e intrainstitucional).

- j. ¿Qué prácticas, costumbres, normas, existen en el grupo y cuales pueden ser utilizadas, de acuerdo a su cultura?


La unidad móvil a través del ejercicio conjunto, determina qué situaciones deben ser atendidas de forma inmediata, incluso antes del proceso formal de gestión de casos psicosociales, tal como lo es la presencia en el grupo de niños y niñas que han quedado huérfanos y personas en grave estado de salud física o mental.


De igual forma, debe identificar los procesos que puede desarrollar de forma colectiva, de manera complementaria a la gestión de casos a nivel de cada familia. Estos procesos colectivos pueden estar orientados a cubrir las funciones de la unidad móvil en cuanto a la atención y prevención de violencia intrafamiliar y las acciones que contribuyen a la promoción de la convivencia familiar y comunitaria.

7. Gestión de casos psicosociales

Una vez se tiene la información general de todo el grupo, se pasa al abordaje particular con cada familia, de acuerdo a la población sujeto de atención para la unidad móvil, el cual se realiza por medio de los siguientes pasos:

- **Entrada al proceso- recepción del caso** – (Registro en formato RUB / u otro HSF.)

- 
- **Evaluación de aspectos psicosociales.**(Conjuntamente con la familia y equipo interdisciplinario)
 - **Diseño del Plan de Abordaje Psicosocial.** (Aplicación de herramientas, técnicas disciplinarias e Interdisciplinarias)
 - **Implementación y seguimiento al Plan de Abordaje.**
 - **Referencia y contra-referencia** (Acciones de articulación con Entidades del SNAIPD- Formato de referencia).
 - **Seguimiento en contexto.** Casos excepcionales.
 - **Cierre del caso.** (Cumplimiento de objetivos, deserción, análisis de la situación por el equipo de trabajo).




La Unidad Móvil establece la prioridad de atención a las familias con niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes, Madres en periodo de lactancia. Los casos de niños, niñas, adolescentes huérfanos y personas en grave estado de salud física o mental no solo son prioritarios si no que deben considerarse urgentes.

7.1. Entrada al proceso de Gestión de Caso Psicosocial

7.1.1 *Contacto inicial con cada familia*


El contacto inicial entre la unidad móvil y la familia, lo realiza cualquiera de los profesionales del equipo. Para este contacto es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Se ubica dentro del contexto en el cual se encuentra la población, un lugar tranquilo y aislado de las demás familias a atender. Luego se convoca a todos los integrantes del grupo familiar o sistema significativo presentes.
2. El profesional de la unidad móvil, se presenta y en forma breve explica las funciones de la unidad, aclarando el alcance de estas para no generar falsas expectativas sobre la ayuda que les puede prestar. De igual forma, debe informarles sobre los derechos que tienen por su situación de desplazados o de víctimas de un desastre natural.
3. Se motiva la presentación de cada uno de los integrantes de la familia.
4. El profesional de la unidad explica los pasos a seguir en el proceso de intervención en crisis que presta la unidad móvil, que corresponden a las etapas de la gestión de casos.
5. El profesional genera un clima de confianza con la familia y motiva al diálogo sencillo y acorde al contexto




y/o entorno en el que se encuentra, refiriendo entre otros las acciones que se desarrollarán en los días siguientes.

6. El profesional no debe profundizar en la relación con la familia en este primer contacto, hasta que no sea nombrado formalmente, por parte del líder de la unidad móvil, como el gestor de caso de dicha familia.
7. El profesional establece una primera comprensión o lectura de la situación la comparte con la familia y conjuntamente formula las hipótesis iniciales sobre la dinámica familiar que se presenta.
8. De manera conjunta entre el profesional y la familia deben decidir cuándo se realizará la evaluación y quiénes deben participar.



Para analizar la condición en la que se va a satisfacer la solicitud de ayuda, también llamado “análisis de la demanda”, es importante tener en cuenta tres elementos:

- Quien tiene el síntoma.
- Quien sufre con estos síntomas.
- Quien tiene la queja.



Es decir quien realiza la demanda de ayuda (remitente). Todo esto se puede resumir en la siguiente frase: **¿Quién dice qué de quién y qué hacemos?**

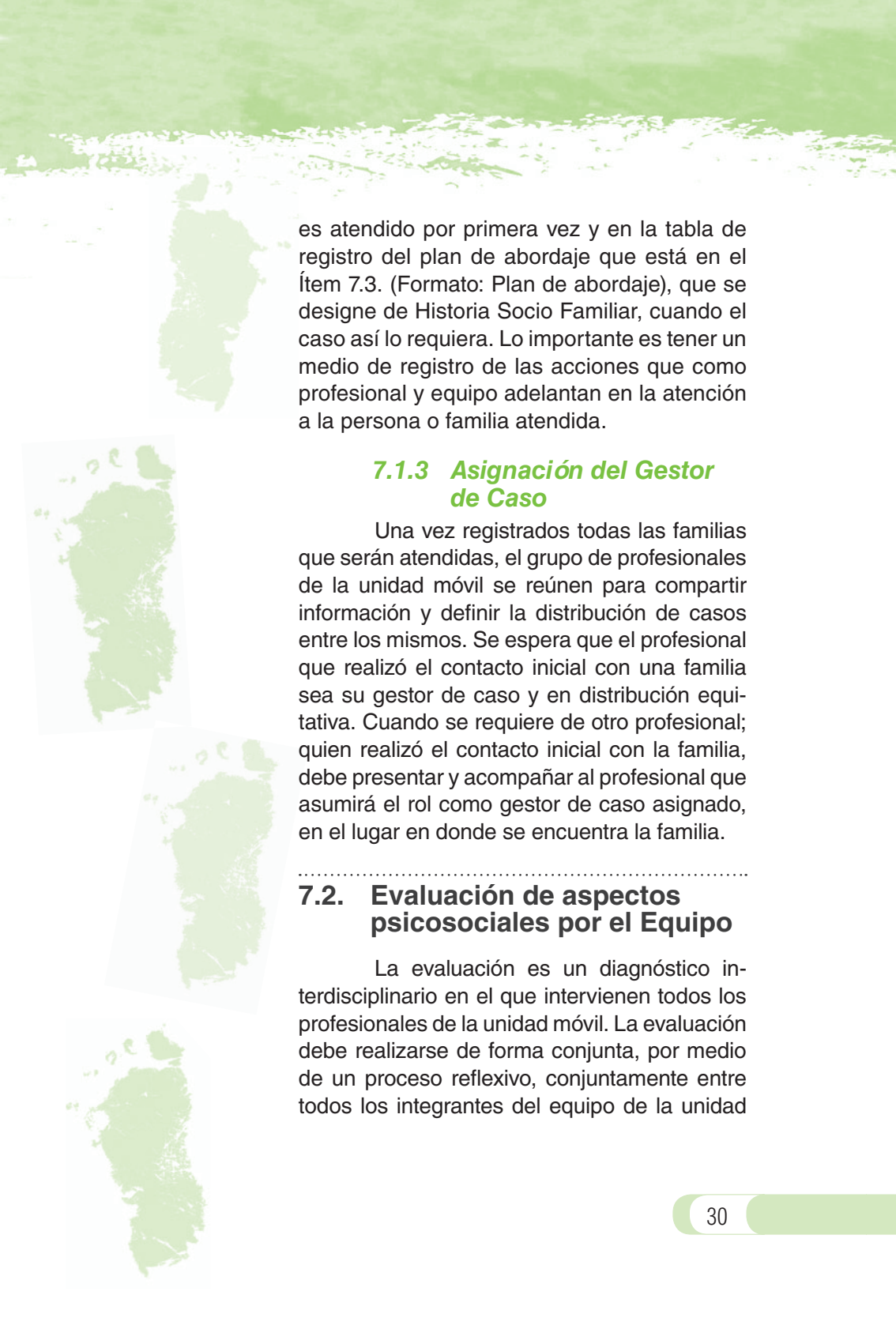
El cruce de esta información permite establecer el tipo de abordaje:

- Si el síntoma, el sufrimiento y la demanda se encuentran en la misma persona, la indicación de abordaje será **individual**.
- Si el síntoma, el sufrimiento y la demanda se encuentran repartidos en diferentes miembros implicados del sistema familiar, el abordaje privilegiado será en el ámbito **familiar**.
- Si el síntoma, el sufrimiento y la demanda se encuentran repartidos más allá del ámbito familiar, se recomienda realizar abordajes combinados de familia, grupo o incluso **colectivo**.

Debe tenerse en cuenta que los **abordajes más abarcadores**, con grupos grandes, tienen mayor cobertura y estimulan la cohesión social y el sentido de pertenencia al colectivo, pero logran menor impacto en los casos particulares de los individuos más afectados que asisten a las actividades masivas. Por el contrario los enfoques más individualistas dejan de lado un componente importante del daño causado por la violencia y los desastres, como es la alteración en las relaciones interpersonales y la afectación del tejido social, saber balancear estos dos aspectos constituye la médula del abordaje psicosocial.

7.1.2 Registro de la familia

El profesional con uno de los integrantes de la familia procede a diligenciar los datos básicos de la familia. Esto se puede realizar en el formato de “Registro Único de Beneficiarios de las unidades móviles” cuando el caso



es atendido por primera vez y en la tabla de registro del plan de abordaje que está en el Ítem 7.3. (Formato: Plan de abordaje), que se designe de Historia Socio Familiar, cuando el caso así lo requiera. Lo importante es tener un medio de registro de las acciones que como profesional y equipo adelantan en la atención a la persona o familia atendida.

7.1.3 Asignación del Gestor de Caso

Una vez registrados todas las familias que serán atendidas, el grupo de profesionales de la unidad móvil se reúnen para compartir información y definir la distribución de casos entre los mismos. Se espera que el profesional que realizó el contacto inicial con una familia sea su gestor de caso y en distribución equitativa. Cuando se requiere de otro profesional; quien realizó el contacto inicial con la familia, debe presentar y acompañar al profesional que asumirá el rol como gestor de caso asignado, en el lugar en donde se encuentra la familia.

7.2. Evaluación de aspectos psicosociales por el Equipo

La evaluación es un diagnóstico interdisciplinario en el que intervienen todos los profesionales de la unidad móvil. La evaluación debe realizarse de forma conjunta, por medio de un proceso reflexivo, conjuntamente entre todos los integrantes del equipo de la unidad


móvil, en un dialogo de saberes que permita contribuir y aportar desde su especialidad, en el estudio y análisis de la situación explorando las alternativas y recursos existentes para las soluciones al caso. Luego como equipo reflexionan ante el caso y consolida un breve informe que describa las acciones adelantadas y la evaluación del mismo en una aproximación /concepto integral, que además visualice las sugerencias a tener en cuenta en la formulación del Plan de Abordaje Psicosocial a seguir.

La evaluación es un proceso de diálogo y reflexión entre el equipo de la unidad móvil y la familia en su conjunto, con el fin de analizar los diversos problemas y recursos que tiene la familia y sus individuos y las alternativas de solución. Si la unidad móvil lo considera adecuado, puede enfocar su evaluación, no a realizar un diagnóstico sino a trabajar con la familia en un diseño de un futuro deseable, en la construcción de una visión familiar basada en las capacidades e intereses de sus integrantes. En un plan de abordaje que permita visualizar un proceso de atención breve e intensivo y que conlleve a un efecto. La evaluación se puede hacer de forma inmediata a la entrada al proceso, pero es recomendable que sea solo cuando se haya nombrado formalmente al gestor del caso.

La evaluación contempla los siguientes aspectos:

7.2.1 Elementos de la evaluación

Se convoca a todos los integrantes de la familia presentes o sistema significativo para el caso. Esta etapa puede tomar varias horas dependiendo del tipo de familia o situación familiar con el cuál esté trabajando y a su número de integrantes.

- 
- Cada integrante de la unidad móvil, se reúne por separado con los integrantes de la familia y discuten sobre uno o varios de los aspectos de la evaluación, de acuerdo a cómo se hayan distribuido las tareas y lo encontrado dentro de la unidad.
 - La evaluación comienza con una explicación sencilla pero clara y suficiente por parte del gestor de caso.
 - Si es necesario, cualquier integrante del equipo de la unidad móvil puede hacer un diálogo individual con algunos o todos los integrantes de la familia.
 - En la evaluación se pueden utilizar las herramientas que consideren pertinentes dentro de la disciplina. Se recomienda emplear una herramienta como el “perfil de vulnerabilidad – generatividad familiar”, definida en el Modelo Solidario del ICBF, que consiste en la mirada integral de las debilidades y de los recursos que se presentan al interior y al exterior de la familia. Así mismo, el esquema de los eventos muy significativos vividos en el último año - meses en su historia antes durante o después del desplazamiento (**Ver Lineamientos técnicos para la Inclusión y Atención a las Familias- Modelo Solidario**), u otras herramientas que el equipo considere pertinentes y se ajusten a la

situación que enfrentan en el momento con la persona o familia atendida.

- El resultado de la evaluación debe quedar escrito y ser compartido con la familia y los profesionales que participaron. Estableciendo un concepto integral y recomendaciones u observaciones pertinentes al caso.

7.2.2 Ejes de la evaluación

La evaluación está dividida en cuatro aspectos a analizar, de acuerdo a los objetivos establecidos para las unidades móviles y teniendo en cuenta que la intervención es de un horizonte de **máximo** veinte (20) días por mes, para el caso de las unidades móviles tradicionales. Cada uno de los aspectos tiene una serie de variables, tal como se describen a continuación*:

- a. Factores de riesgo:** A continuación se ofrece una lista de las problemáticas que revisten un mayor riesgo con relación a tres elementos fundamentales: las características del evento, las características de la(s) víctima(s) y las características de la respuesta social al evento.

* En caso de duda favor remitirse al material de capacitación de las Unidades Móviles para la explicación de cada uno de los términos y conceptos que se presentan en los ejes de evaluación. Ver CD o Texto: Intervención en crisis en la fase de emergencia para víctimas de desplazamiento forzado y desastres. Memorias del Diplomado. Módulo 1 y IV y glosario respectivo.

¿Qué factores de riesgo se identifican?

– Relacionados con el evento

- Expectativa de que se repita.
- Un amplio segmento de la población ha sido afectada.
- Hay grandes daños a las propiedades.
- Las víctimas no están preparadas o familiarizadas con el tipo de evento.
- Exposición a situaciones de vida o muerte de otros.
- Persisten amenazas.

– Relacionados con las víctimas

- Población por ciclo vital afectada.
- Pérdida de la fuente de sustento.
- Duelos múltiples.
- Muerte o desaparición de familiares
- Antecedentes de sufrimiento emocional/enfermedad mental.
- Pérdida de órganos.
- Pérdida de la vivienda.
- Se es testigo de atrocidades
- Escasa red de apoyo familiar - social.
- Desplazamiento múltiple.

– Relacionados con la respuesta social al evento

- Se presenta confusiones o reacciones de pánico.


- No hay acuerdos respecto a la decisión de evacuar.
- La evacuación es caótica.
- Los refugios temporales se perciben como muy provisionales, peligrosos o inadecuados.
- Las familias se ven separadas entre sí, o de sus vecinos o comunidad.
- Se aísla a las víctimas.
- Las víctimas son excluidas de programas formales de ayuda.
- Eventos inconfesables o indeclarables.

¿Considera usted que hay un miembro de la familia que presenta manifestaciones en alguno de los siguientes campos?

- Psicosis (locura).
- Abuso de sustancias psicoactivas (incluye alcohol).
- Condiciones de estrés extremo.
- Indicios de violencia de tipo sexual.

¿Se presentan manifestaciones de ansiedad y depresión?

- Manifestaciones disociativas o de franca negación.
- Intensa desesperanza y pérdida de la visión de futuro.
- Alteraciones incapacitantes en el apetito o el sueño.
- Manifestaciones corporales incapacitantes: desmayos, palpitaciones, náuseas, cefalea constante, diarrea o vómito.
- Ideas suicidas y sensación de culpa intensa.

- 
- Perturbación importante en el funcionamiento social, laboral o familiar.
 - ¿Detecta riesgos o ideación suicida en alguno de los integrantes de la familia?

b. Condiciones especiales

¿Qué pérdidas ha tenido la familia en términos de seres queridos y bienes materiales, en sentido cultural, en sentido moral?

*¿Qué manifestaciones de duelo se están presentando en los integrantes de la familia? ** ¿Quién las tiene?*

- Manifestaciones de tipo **Cognitivo**:
 - Incredulidad.
 - Confusión.
 - Olvidos.
 - Dificultad para concentrarse.
 - Sensación de presencia del ser querido perdido.
 - Alucinaciones.
 - Despersonalización.

** Sigue la propuesta de K. Slaikeu, modificada del esquema multimodal de A. Lazarus conocido con la sigla CASIC: **C**onductual, **A**fectivo, **S**omático, **I**nterpersonal, **C**ognoscitivo. Ver CD o Texto: Intervención en crisis en la fase de emergencia para víctimas de desplazamiento forzado y desastres. Memorias del Diplomado. Módulo I, III y V y glosario respectivo.

- Manifestaciones **Afectivas**:
 - Tristeza
 - Rabia
 - Ansiedad
 - Culpa
 - Impotencia

- Manifestaciones **Somáticas**:
 - Alteraciones en el sueño o apetito
 - Dolores corporales
 - Vacío en el estómago
 - Opresión precordial
 - Falta de aire
 - Sequedad de la boca
 - Debilidad

- Manifestaciones **Interpersonales**:
 - Aislamiento
 - Desconfianza
 - Control

- Manifestaciones **Conductuales**:
 - Hiperactividad
 - Evitación o Búsqueda
 - Silenciamiento de lo sucedido.

¿A qué tipo de duelo se refieren?

- Duelo complicado
- Duelo cultural
- Duelo Traumático



¿En qué fase de duelo se encuentran?

- Etapa de Shock
- Etapa de desorganización
- Etapa de restauración o reorganización

c. Indicadores de Riesgo de Enfermedad

Mental: Con el fin de desarrollar este aspecto se recomienda además del estudio y análisis realizado en la entrevista estructurada o semi -estructurada desarrollada conjuntamente con la persona o familia; el análisis agregado con los otros profesionales y disciplinas competentes.

De igual forma de acuerdo al estudio del caso, es pertinente emplear pruebas de tamizaje. Para lo cual es requisito fundamental estar debidamente capacitado, tener conocimiento en cada una de las pruebas en las normas de manejo y aplicación de los instrumentos.

Un tamizaje en salud mental es una serie de preguntas que al ser respondidas pueden dar **indicios** sobre la presencia o ausencia de un problema de salud mental particular, pero **NO SON UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA** de un trastorno mental. De tal forma, los cuestionarios sirven para evaluar y recoger información por parte de los profesionales de las unidades móviles,

para establecer si hay o no sospecha de alteración en la salud mental y en el funcionamiento familiar, con el fin de decidir si se requiere una remisión. Es el profesional de la salud mental, capacitado para este efecto, quien va a realizar un diagnóstico mediante entrevista e historia clínica y eventualmente quien va a realizar un tratamiento.

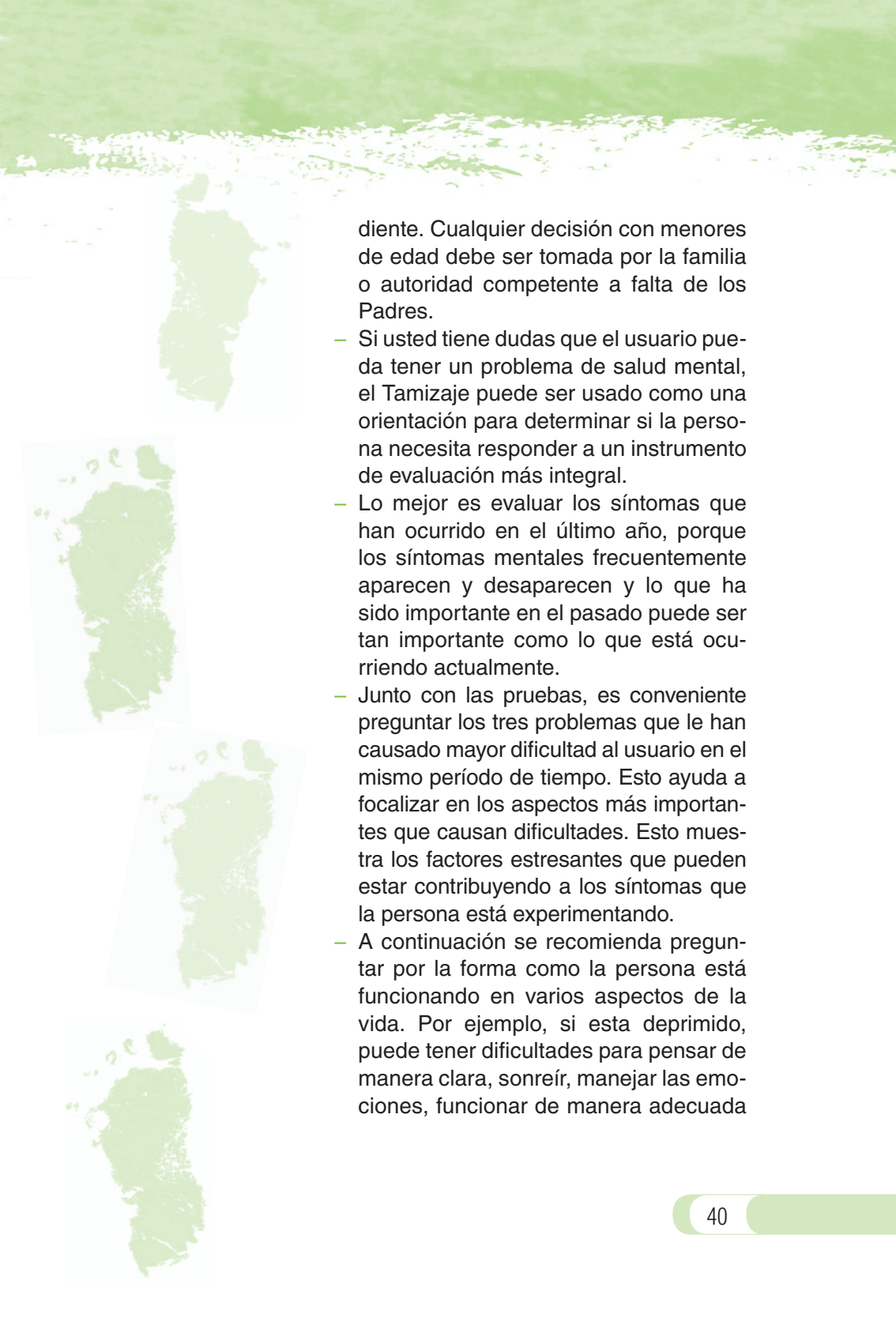
Para el tamizaje se adjuntan **VER ANEXO 1:**

- El Self Reporting Questionnaire (SRQ), prueba para aplicar en población mayor de 15 años, que permite el tamizaje respecto a síntomas de ansiedad, depresión, psicosis y epilepsia.
- El Cuestionario de Síntomas para niños (Reporting Questionnaire Children – RQC), prueba para aplicar en población de 5 a 15 años.
- El Cuestionario CAGE para tamizaje en alcoholismo y
- El APGAR Familiar para evaluar la funcionalidad familiar.

Estas pruebas de tamizaje ya han sido validadas y son aptas para población colombiana y pueden ser realizadas por cualquier profesional de las unidades móviles de manera ágil y sencilla.

Tenga en cuenta:

- La información recogida es absolutamente confidencial y para el uso que se define en esta guía. El manejo de estas pruebas está reglamentado por leyes y normas en nuestro país.
- A ninguna persona menor de 18 años se le debe aplicar el instrumento de tamizaje sin que esté presente o se tenga autorización de su padre o acu-



diente. Cualquier decisión con menores de edad debe ser tomada por la familia o autoridad competente a falta de los Padres.

- Si usted tiene dudas que el usuario pueda tener un problema de salud mental, el Tamizaje puede ser usado como una orientación para determinar si la persona necesita responder a un instrumento de evaluación más integral.
- Lo mejor es evaluar los síntomas que han ocurrido en el último año, porque los síntomas mentales frecuentemente aparecen y desaparecen y lo que ha sido importante en el pasado puede ser tan importante como lo que está ocurriendo actualmente.
- Junto con las pruebas, es conveniente preguntar los tres problemas que le han causado mayor dificultad al usuario en el mismo período de tiempo. Esto ayuda a focalizar en los aspectos más importantes que causan dificultades. Esto muestra los factores estresantes que pueden estar contribuyendo a los síntomas que la persona está experimentando.
- A continuación se recomienda preguntar por la forma como la persona está funcionando en varios aspectos de la vida. Por ejemplo, si esta deprimido, puede tener dificultades para pensar de manera clara, sonreír, manejar las emociones, funcionar de manera adecuada

en el trabajo o el estudio y pensar positivamente sobre si mismo.

- Si los síntomas están afectando de manera grave el funcionamiento en la vida diaria, laboral, escolar o afectiva, esto es signo de que se debe buscar ayuda profesional.
- Si el usuario está recibiendo tratamiento esta información debe registrarse y tenerse en cuenta para una posible remisión, el instrumento de Tamizaje puede ser útil para hacer evaluación y seguimiento del tratamiento.

d. Resiliencia***

¿Qué características de resiliencia encuentra en la familia?

- Temperamento
- Inteligencia
- Creencia de poder controlar eventos
- Compromiso con sus actividades
- Anticipación de cambio
- Coherencia
- Optimismo
- Buen humor
- Interpretación de los hechos
- Expectativas.

*** Para ampliar este aspecto, puede consultarse el material correspondiente al CD o Texto: Intervención en crisis en la fase de emergencia para víctimas de desplazamiento forzado y desastres. Memorias del Diplomado. Módulo III y glosario respectivo



e. Verificación de derechos de la familia

- **Derechos a la debida orientación e información integral de sus derechos y programas existentes para el restablecimiento a los mismos.**
- Derecho a ser registrados como personas en situación de desplazamiento.
- Si están registrados como desplazados todos los integrantes de la familia.
- Derecho a conservar todos los derechos fundamentales y a ser sujeto de protección especial del Estado. La satisfacción inmediata a sus necesidades básicas en la fase humanitaria y de emergencia.
- ¿En este momento están recibiendo protección del Estado?
- Derecho a recibir atención humanitaria de emergencia.
- ¿Qué tipo de atención humanitaria han recibido hasta el momento?
- Derecho a recibir el documento que acredita a cada integrante de la familia en una entidad promotora de salud, para garantizar su acceso a los servicios de salud.
- ¿Ya disponen del documento que los acredita frente a una entidad promotora de salud?
- Derecho a retornar a su lugar de origen en condiciones de seguridad, o a reubicarse en otro lugar.

- ¿Qué opción se va a trabajar con la familia: Retorno, reubicación o asentamiento?
- Derecho a identificar cómo pueden trabajar y a tener una alternativa de generación de ingresos que les permita vivir dignamente, de acuerdo con sus circunstancias personales y familiares.
- ¿Qué opciones de corto y mediano plazo tienen para trabajar, los integrantes de la familia en edad de hacerlo?
- Derecho a tener un cupo en un establecimiento educativo, para menores de 15 años.
- ¿Los menores de 15 años ya tienen cupo en un establecimiento educativo?
- Como víctima de un delito, tiene todos los derechos que la Constitución Nacional y la Ley le reconocen para asegurar que se haga justicia.
- ¿Qué procesos de tipo legal se han adelantado y ante qué instancias?

Para apoyar la lectura de la situación personal y/o familiar actual que se presenta, se considera pertinente la aplicación de la herramienta “Perfil de vulnerabilidad y generatividad familiar” – **Lineamientos de inclusión y atención de las familias- Modelo Solidario. VER ANEXO 2.** “Eventos vividos en la Familia en el último año o muy significativos en su historia”; “Perfil de vulnerabilidad y generatividad familiar”, “Mapa de pertenencia actual y potencial”. **(Tomados del formato de historia socio-familiar, Tomados de “Lineamientos técnicos para la inclusión y atención a las familias. ICBF- Modelo Solidario.- Sinopsis- centro de formación, consultoría y psicoterapia Angela Hernandez Córdoba- Jairo Estupiñan Mojica).**



7.3 Diseño del Plan de Abordaje

Entendido como un conjunto de actividades acordadas y programadas para que la familia reciba, con orientación y acompañamiento, los servicios que requiere para superar los problemas que enfrenta, o supla las necesidades que posea y que han sido reconocidas en la evaluación del proceso. El diseño del plan se realiza entre el gestor del caso y la familia o comunidad y tanto el gestor como la familia, adquieren compromisos específicos que deben ser cumplidos.

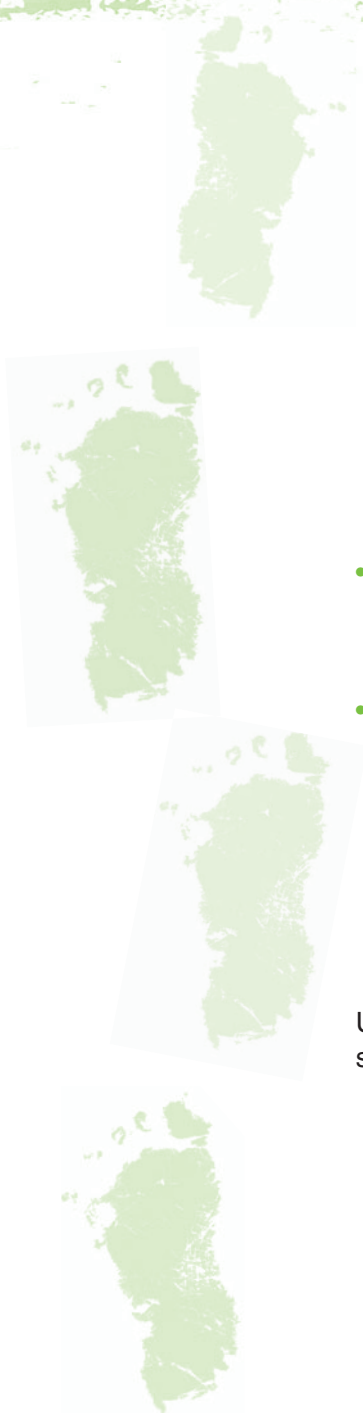
El plan debe establecer metas realistas, basado en las condiciones objetivas existentes; debe ser práctico, concertado, integral y desmedicalizado, apto para las condiciones socioeconómicas y culturales locales y debe mantener un espíritu de flexibilidad. Pueden participar en su diseño todo el equipo de la Unidad Móvil y las personas que consideren convenientes. En caso de requerirse abordajes específicos de tipo psicológico se recomienda consultar el Manual de Primeros Auxilios Mentales del **ANEXO 3**.

Es importante que el plan se esquematice con objetivos, indicadores, actividades, responsables y plazos, de tal forma que sirva como guía de trabajo y pueda ser monitoreado. Los responsables de las actividades serán los integrantes de la familia y los del equipo de la

Unidad Móvil, según sea la situación. De todas formas, la responsabilidad de todo el plan ante la familia será del gestor de caso asignado.

El Plan de Abordaje puede tener el siguiente esquema ya predefinido:

- **Objetivo General:** Atenuar los efectos del evento, re-significando las experiencias vividas, restableciendo la normalidad y previendo los daños de la salud mental de las familias afectadas.
- **Objetivos específicos:** se definen a partir de cada uno de los elementos que resultan de la evaluación. Se formulan en términos de los cambios que se desea obtener en los aspectos psicosociales de la familia.
- **Indicador:** Se recomienda que cada objetivo específico tenga al menos un indicador que permita medir tanto la situación actual como la magnitud del cambio alcanzado.
- **Actividades:** Cada objetivo específico debe tener una serie de actividades para lograr el cambio deseado.
- **Plazo:** Cada actividad tiene una fecha máxima para ser realizada de forma completa. Se debe tener en cuenta que el plazo máximo por mes de las actividades en las cuales va a intervenir directamente los integrantes de la unidad móvil es de aproximadamente 20 días, contados a partir de la llegada de la unidad móvil a la zona, para las unidades móviles tradicionales. Para lo cual debe realizarse un previo estudio y análisis jus-



tificado de la situación a atender conjuntamente con el coordinador de asistencia técnica / el supervisor del contrato y debe realizarse previo al traslado, de manera que permita visualizar en un mapa relacional la situación en terreno o región, y de las familias que se requiere atender. Las actividades que sobrepasen ese horizonte de planeación deben quedar bajo responsabilidad de alguno de los integrantes de la familia, aún cuando la unidad móvil le haga seguimiento al caso más allá de su permanencia en terreno.

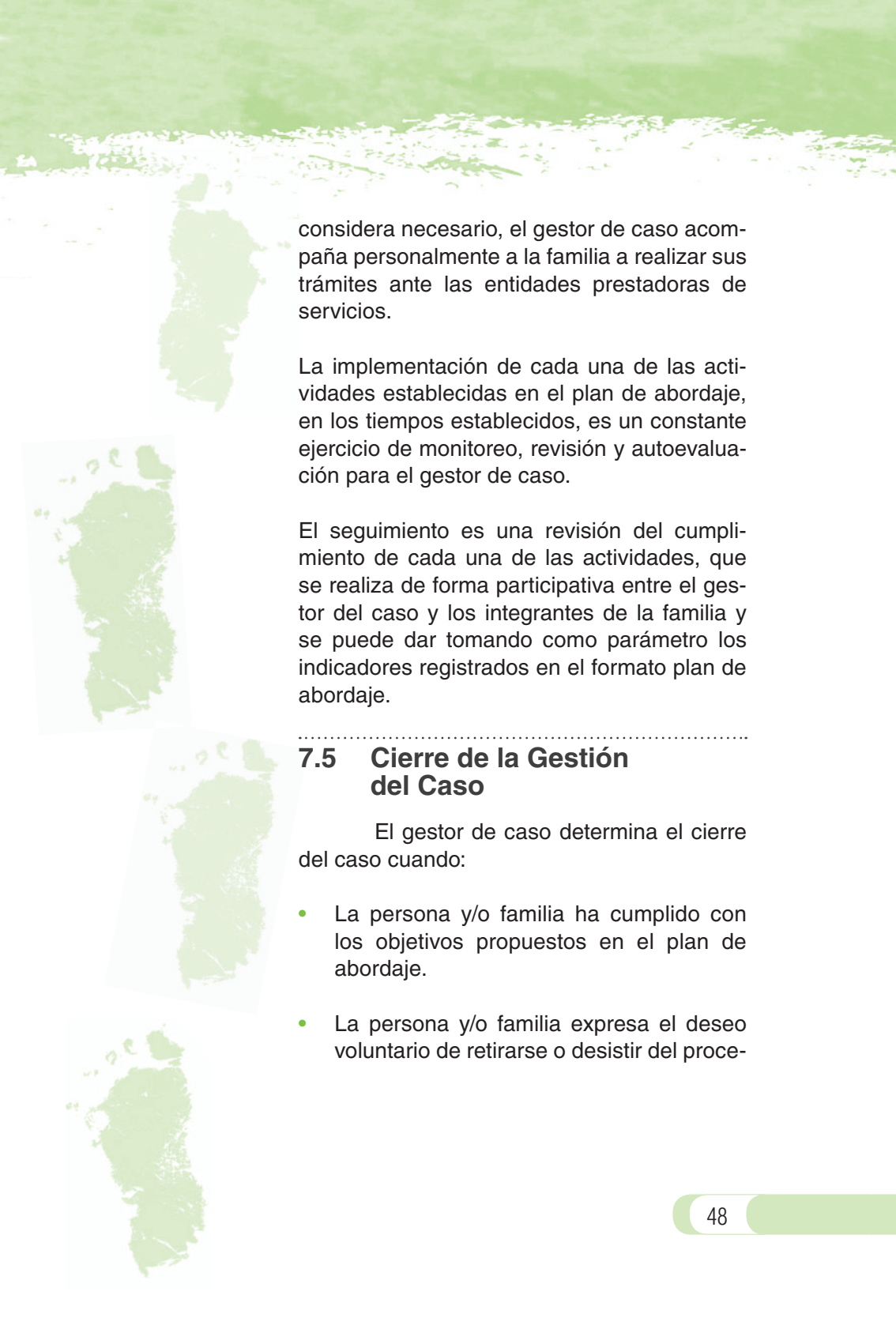
- **Responsable:** Cada actividad debe tener una persona responsable de su realización en el plazo establecido.
- **Recursos:** Cada actividad implica unos recursos (materiales, financieros, humanos) para ser realizada. Es importante que se formulen actividades que sean viables o posibles de cumplir de acuerdo a las capacidades de la familia y la unidad móvil, según los recursos disponibles y el contexto.

Una tabla para registrar la información puede ser la siguiente:

PLAN DE ABORDAJE			
Objetivo Específico 1:			
Indicador:			
Valor inicial del indicador (actual):			
Valor meta del indicador (deseado):			
Actividades para alcanzar el objetivo	Plazo	Responsable	Recursos que se requieren
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

7.4 Implementación y monitoreo del Plan

La implementación y el monitoreo del plan de abordaje consiste, en un acompañamiento educativo a la persona o familia (beneficiario) en el desarrollo de las actividades planificadas, de tal forma que los beneficiarios puedan desarrollar las competencias necesarias para lograr autonomía, apropiación adecuada de los recursos disponibles y/o consecución de aquellos que se requieren para la restitución de los derechos vulnerados. Si se



considera necesario, el gestor de caso acompaña personalmente a la familia a realizar sus trámites ante las entidades prestadoras de servicios.

La implementación de cada una de las actividades establecidas en el plan de abordaje, en los tiempos establecidos, es un constante ejercicio de monitoreo, revisión y autoevaluación para el gestor de caso.

El seguimiento es una revisión del cumplimiento de cada una de las actividades, que se realiza de forma participativa entre el gestor del caso y los integrantes de la familia y se puede dar tomando como parámetro los indicadores registrados en el formato plan de abordaje.

7.5 Cierre de la Gestión del Caso

El gestor de caso determina el cierre del caso cuando:

- La persona y/o familia ha cumplido con los objetivos propuestos en el plan de abordaje.
- La persona y/o familia expresa el deseo voluntario de retirarse o desistir del proce-

so de acompañamiento que le brinda el gestor de caso o el equipo profesional de la unidad móvil.

- La familia abandona el proceso o incumple de forma reiterativa los compromisos conjuntamente acordados dentro del plan.
- Por acuerdo entre el profesional que realiza el estudio técnico del caso y la familia. Dejando constancia de los factores que conllevan a esta decisión.
- Por referencia a Entidad competente de acuerdo al estudio y necesidad particular del caso. Dejando la constancia de los factores que motivaron dicha referencia.

Teniendo en cuenta que el horizonte del plan de abordaje puede ser más extenso que el tiempo de permanencia de la unidad móvil en el terreno, cuando la unidad móvil termina su trabajo de campo no significa que se cierra la gestión del caso, el caso permanece abierto y la unidad móvil podrá hacerle seguimiento desde su ciudad de base, incluso regresar a la zona si es que es necesario y posible y /o referenciar a la unidad móvil especializada o programa pertinente en la atención al caso.

Cuando se ha cumplido el tiempo máximo de estadía de la unidad móvil en la zona, debe formalizar su retiro ante cada una de las familias y ante las autoridades locales y líderes locales.



8. Finalización de la atención

La unidad móvil regresa a su ciudad de base para finalizar el proceso de atención a la población beneficiaria. Para esto, realiza lo siguiente:

1. Entrega formalmente la información, al coordinador de asistencia técnica y/o supervisor técnico del contrato, comunicando su trabajo, tanto respecto a las actividades realizadas como a los casos atendidos. Conjuntamente realizan el análisis de la situación encontrada atendida y/o pendiente por gestionar, para luego de acuerdo al escenario atendido comprender el contexto de la situación que se presenta en el territorio zonal y regional y así planear acciones futuras.
2. Los casos identificados por inobservancia, amenaza o vulneración de los derechos de los niños, niñas adolescentes, deben ser puestos en conocimiento de la autoridad competente y de las demás entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar de requerirse, para garantizar la protección integral, con la debida constatación de que el servicio le haya sido prestado tanto en el escenario institucional como en el centro zonal de ICBF o autoridad competente. Presentando informe de las

acciones adelantadas para el restablecimiento de los derechos en los casos referidos.

3. Elaboración y descripción de las actividades realizadas, entrega de Informe cualitativo en cada regional para análisis de la situación que se presenta en los municipios o regiones atendidas por las unidades móviles.
4. Retroalimentación de la Coordinación de asistencia técnica a las Unidades Móviles sobre su informe.

9. Procesos de cierre (equipo profesional)

Posteriormente a la finalización del proceso de atención, se deben trabajar una serie de procesos que dependen tanto de las unidades móviles como del ICBF:

- Soporte emocional al equipo profesional de la unidad móvil.
- Evaluación interna y externa de resultados, efectos e impactos obtenidos. Esto se hace en diferentes momentos posteriores al trabajo de campo.
- Reconocimiento y sistematización de lecciones aprendidas, este puede ser un proceso anual.
- Aplicación y compartimiento de experiencias exitosas.



10. Procesos de cierre regional y nacional

Rendición de cuentas al Director Regional o Nacional según se solicite, como proceso de socialización y evaluación del programa.

Fortalecimiento Institucional: Mantener una red de trabajo de los equipos de las unidades móviles a nivel regional y/o nacional para intercambiar experiencias, y realizar estudios integrales sobre la población en situación de desplazamiento.

HERRAMIENTAS DE APOYO PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL

Con el propósito de fortalecer el abordaje psicosocial, a continuación se presentan algunas de los instrumentos pertinentes para la evaluación e identificación de riesgos, que facilitan la referencia oportuna a otros servicios o áreas especializadas:

1. Cuestionarios de Tamizaje.

- Cuestionario de Síntomas (SRQ)
- Cuestionario de Síntomas para niños (RQC)
- Cuestionario CAGE.
- APGAR Familiar.

2. Formato historia / perfil socio-familiar: Modelo solidario. Herramientas metodológicas para apoyo en la entrevista con las familias de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento beneficiarios de programas de ICBF.

- Eventos vividos en la Familia en el último año o muy significativos en su historia.
- Perfil de vulnerabilidad y generatividad familiar.
- Mapa de pertenencia actual y potencial.

Tomados de "Lineamientos técnicos para la inclusión y atención a las familias. ICBF- Modelo Solidario.- Sinapsis- centro de formación, consultoría y psicoterapia" (Angela Hernández Córdoba- Jairo Estupiñan Mojica).

Primeros Auxilios Mentales.

ANEXO 1

CUESTIONARIOS DE TAMIZAJE

Cuestionario de síntomas (SRQ)

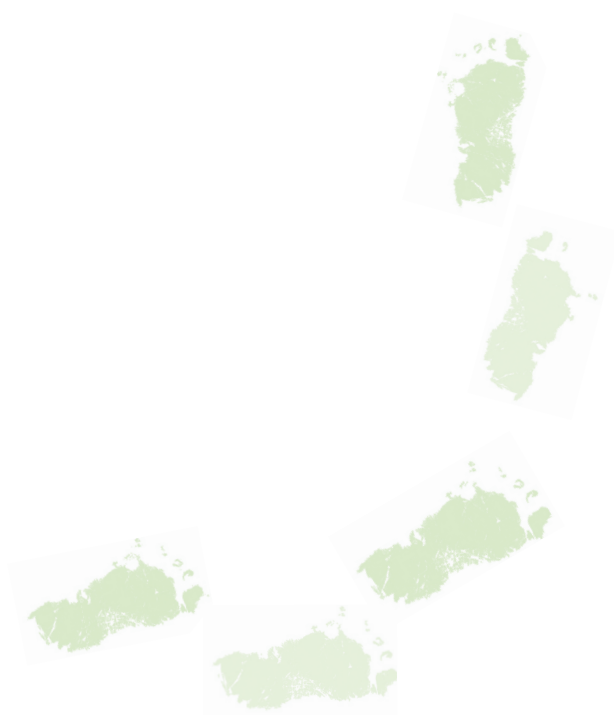
(Self Reporting Questionnaire)

Pregunta	Sí	No
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		

Determinación de la puntuación:

Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) se debe hacer evaluación especializada.

Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.



CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA NIÑOS (RQC)

(Reporting Questionnaire Children)

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño(a) duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		
8. ¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		
9. ¿El niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		
10. ¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		

El RQC (Cuestionario de síntomas para niños) es un instrumento que consta de 10 preguntas que identifican signos y síntomas de interés en salud mental en muchachos de 5-15 años.

Un ítem positivo indica evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

CUESTIONARIO CAGE

Reflejan problemas de consumo de alcohol.

CUESTIONARIO CAGE		Si	No
1	¿Durante el último año usted ha considerado la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?	1	0
2	¿Durante el último año se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber?	1	0
3	¿Durante el último año se ha sentido alguna vez mal o culpable por su manera de beber?	1	0
4	¿Durante el último año se ha tomado un trago o bebida alcohólica en la mañana para calmar los nervios o quitar el guayabo?	1	0

Las puntuaciones iguales o superiores a dos sugieren consumo problemático de alcohol (abuso o dependencia).

APGAR FAMILIAR

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo o sola, su “familia” consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes. Para cada pregunta marcar sólo una equis (X) la que parezca aplicar para usted durante los seis últimos meses.

APGAR FAMILIAR	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	0	1	2	3	4

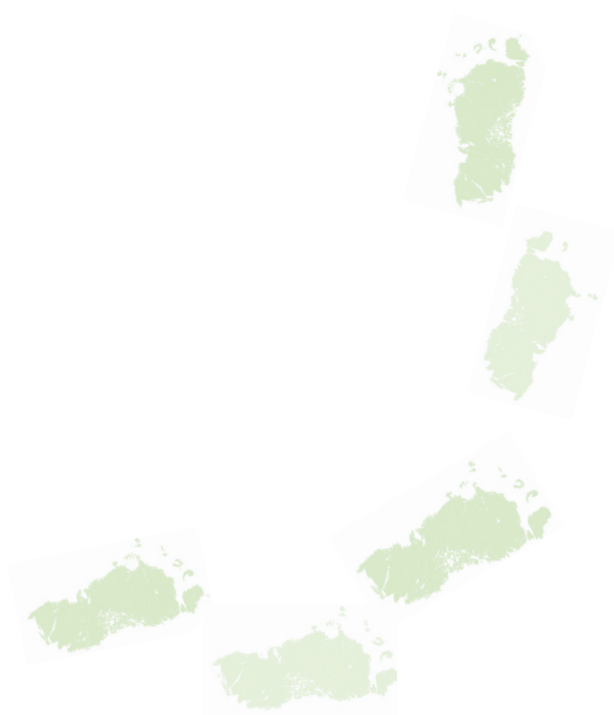
Puntuaciones de 15 o menos indican algún grado de disfunción familiar.

ANEXO 2

FORMATO HISTORIA / PERFIL SOCIO-FAMILIAR Modelo solidario

*Lineamientos técnicos para la inclusión
y atención a las familias*

Herramientas metodológicas para apoyo en la entrevista con las familias de niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento beneficiarios de programas de ICBF.



- I. Eventos vividos en la familia en el último año o muy significativos en su historia, antes durante, después del desplazamiento.

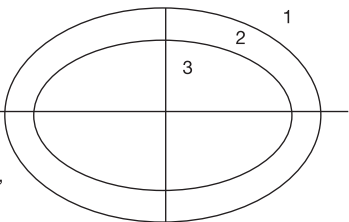
Conflictos graves entre padres e hijos.		Discapacidad Física.	
Conflictos graves entre Cónyuges		Enfermedades o accidentes graves	
Ruptura de la Relación Conyugal		Trastornos Psicológicos	
Padre abandono la familia		Trastornos Psiquiátricos	
Madre abandono la familia		Abuso de Alcohol o de Drogas	
Embarazo de menores de 18 años.		Problemas con la Ley, personas en la Cárcel.	
NNA, menores de 18 años sin estudio.		Problemas o pérdidas económicos graves	
NNA, menores de 18 años maltratados.		Adultos desempleados	
NNA, menores de 12 años que trabajan.		Hechos de inseguridad o violencia social	
Fuga del hogar de menores de 18 años		Desplazamiento Forzoso	
Niños, Niñas, Adolescentes, abandonados		Muertes cercanas.	
Niños, Niñas, Adolescentes Institucionalizados		Abuso Sexual	
Actualmente están incursos en otros procesos	No/Si	Cuales(Legales, Terapéuticos, médicos)	

II. Perfil de vulnerabilidad y generatividad familiar - modelo solidario.

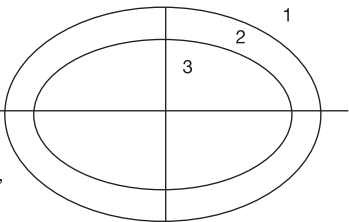
Indicadores de cada parametro	Criterios de Vulnerabilidad-Generatividad	Vulnerabilidad-Generatividad					
		1	2	3	4	5	6
<p>Red Vincular: Constituida por miembros de la familia que conviven en el momento, patrones con los que cuentan, instituciones que dan apoyo, grupos políticos, religiosos, deportivos, sociales; etc a los que pertenecen.</p> <p>Filiación: Tipos de vínculos entre miembros de la familia y de su red. Consanguinidad, parentesco filiales, adopción, custodia, patria potestad, conyugales, tipos de unión económica, dependencia-autonomía económica de los miembros, sociales pertenencia-anfitrión-exclusión de su comunidad</p> <p>Sociocultural: Circunstancias y valores sociales, tradicionales, religiosos y políticos relevantes, sentido atribuido a los eventos que motivan el contacto con el ICBF, circunstancias sociales y políticas específicas que inciden sobre el proceso de atención</p> <p>Vulnerabilidad social: Riesgos /apropiación de recursos.</p> <p>Condiciones y acceso a vivienda, salud, educación, ingreso/ empleo, servicios públicos, calidad del entorno: ambiental, transporte, equipamiento de servicios, etc.</p> <p>Histórico y Evolutivo: Historia/relato encarnado de la familia; Ciclo vital de los miembros y de la familia como grupo; eventos estresantes de la familia y en relación con el entorno, de orden afectivo, económico, de salud, de cuidado de los miembros, laborales, sociopolíticos, etc.</p> <p>Jurídico. Procesos activos pendientes sobre asuntos de filiación y de cumplimiento de deberes conyugales y Parento-filiales. Otros procesos con la justicia ordinaria.</p> <p>Dinámico relacional:</p> <p>Estilo de vinculación emocional y expresión afectiva.</p> <p>Estilo de organización familiar: Toma de decisiones, resolución de conflictos, disciplina, ejercicio de la autoridad</p> <p>Cierre de la Entrevista: Que aprendieron de esta experiencia?</p>	<p>Pequeño, tamaño y/o desajuste de la red familiar-red suficiente y vínculos familiares significativos.</p> <p>Escasez suficiencia de fuentes de apoyo social e institucional.</p> <p>Confusiones o conflictos/Claridad y acuerdo en:</p> <p>Vínculos, parentofiliales. Vínculos, conyugales. Vínculos, económicos.</p> <p>Exclusión/Inclusión en la comunidad</p> <p>Circunstancias sociales, y políticas agravan el problema/favorecen su solución.</p> <p>Circunstancias sociales, y políticas obstaculizan/favorecen la intervención</p> <p>Escasa/Suficiente apropiación de recursos para el bienestar socioeconómico de la familia y el afrontamiento de sus problemas</p> <p>Existen/No, existen eventos de la historia familiar que frenan su desarrollo.</p> <p>Sobre carga de demandas de los miembros en diferentes etapas evolutivas/ade cuadas, demandas para los recursos familiares.</p> <p>Alto/Baja acumulación de eventos estresantes en los últimos dos años</p> <p>Presencia/Ausencia de procesos jurídicos que interfieren la vida familiar.</p> <p>Conflicto/Armonía conyugal Conflicto/Armonía Padres e hijos Conflicto/Armonía Madre e hijos Conflicto/Armonía entre hermanos Conflicto/Armonía con familia extensa</p> <p>De que se dan cuenta?</p>						
							Observaciones

Tomados del formato de historia sociofamiliar, Lineamientos técnicos para la inclusión y atención a las familias. Modelo Solidario. ICBF- Sinapsis- centro de formación, consultoría y psicoterapia Angela Hernández Córdoba- Jairo Estupiñán Mojica

III. Mapa de pertenencia actual y potencial

MAPA DE PERTENENCIA ACTUAL: Lo que percibo	
Actualmente vivo con _____	
VIDA SOCIAL: Amigos, vecinos, grupos informales	
INSTITUCIONES Y PROFESIONALES: Salud, ICBF, SNAIPD,	FAMILIA
	OCUPACIÓN: Estudio, trabajo.
1= poca cercanía, 2= moderada cercanía, 3= mucha cercanía	

Tomados del formato de historia sociofamiliar, Lineamientos técnicos para la inclusión y atención a las familias. Modelo Solidario.- Sinapsis- centro de formación, consultoría y psicoterapia Angela Hernandez Córdoba- Jairo Estupiñan Mojica).

MAPA DE PERTENENCIA POTENCIAL: Lo que quisiera	
Quisiera vivir con: _____	
VIDA SOCIAL: Amigos, vecinos, grupos informales	
INSTITUCIONES Y PROFESIONALES: Salud, ICBF, SNAIPD,	FAMILIA
	OCUPACIÓN: Estudio, trabajo.
1= poca cercanía, 2= moderada cercanía, 3= mucha cercanía	

Tomados del formato de historia sociofamiliar, Lineamientos técnicos para la inclusión y atención a las familias. Modelo Solidario.- Sinapsis- centro de formación, consultoría y psicoterapia Angela Hernandez Córdoba- Jairo Estupiñan Mojica

ANEXO 3

Manual de primeros auxilios mentales

1. Introducción

Aunque el simple sentido común puede permitir que cualquier persona, ayude emocionalmente a otra que sufre por causas como: la pérdida de un empleo, el maltrato de su cónyuge e incluso la muerte de un ser querido, hay ciertas reglas y técnicas, respecto de los desórdenes mentales que las anteriores situaciones producen, que pueden hacer que la ayuda sea mucho más efectiva.

Bajo ciertas circunstancias, desafortunadamente no tan extraordinarias en la vida de muchas personas, éstas pueden perder progresivamente su estabilidad emocional, afectándose así su capacidad para ser felices, para trabajar, para interactuar con los demás. Los primeros auxilios constituyen un alto en esa ruta descendente y en ocasiones consisten simplemente en la ayuda vital de una persona que ofrece su mano, su sensibilidad y capacidad para entender al otro. Sin embargo, no siempre la buena voluntad es suficiente ya que hay ciertas cosas que se deben hacer y otras que no, según cada caso. Las técnicas y procedimientos que describe este manual son una orientación en ese sentido.

Los primeros auxilios, como su nombre lo indica, son aquellas medidas o cuidados adecuados que se ponen en práctica en forma provisional tan pronto se reconoce una emergencia y mientras se obtiene una atención profesional especializada para salvar la vida, lograr estabi-

lidad emocional y recuperar la salud. En el caso de los desórdenes mentales al igual que en los accidentes o enfermedades que afectan nuestra salud física, hay ciertas reglas básicas que se deben seguir para que la víctima pueda superar la etapa crítica y reasuma su vida normal, en algunos casos sin necesidad de atención médica. En ocasiones se puede no necesitar de atención profesional, por esta razón aquí también le explicaremos hasta dónde debe llegar su ayuda y en qué circunstancias debe solicitarse ayuda especializada.

Dentro de los programas de atención de Primeros Auxilios siempre se ha enfatizado la parte física, pero se ha olvidado que el ser humano es también un ser psicosocial y que como tal debe tratarse. La salud mental de las personas es eje del bienestar de una población. Este manual pretende llenar ese vacío al proporcionar los contenidos suficientes para que cualquier persona (auxiliador) con la capacidad y el deseo de ayudar, identifique las señales de una persona (doliente, víctima) que puede estar pasando por una dificultad mental y pueda ayudarla.

PRIMERA PARTE: Desarrolla los conceptos básicos de los primeros auxilios mentales, sus reglas y procedimientos básicos.

Capítulo 1: Ofrece una definición de Salud Mental y explica cómo el entorno actúa sobre el Yo y esto condiciona la salud mental de un individuo. También se definen los conceptos de desorden mental, urgencia mental y crisis, los cuales son utilizados a lo largo del manual.

Capítulo 2: Contiene reglas básicas para prestar primeros auxilios que deben ser aprendidas, anticipándose a una posible crisis que pueda presentarse de improviso y que pueda afectar la salud mental de las personas.

Capítulo 3: Revisa los procedimientos que deben seguirse para dar soporte cuando se presenta una crisis.

SEGUNDA PARTE: Aborda las emergencias mentales que requieren atención inmediata más frecuentemente. En cada caso se desarrolla:

1. Definición del desorden mental.
2. Señales
3. Forma de atenderlo. Lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer.

Capítulo 4: Trastorno de ansiedad.
Ataques de pánico.

Capítulo 5: Duelo (reacción ante pérdidas graves).

Capítulo 6: La Persona violenta. Definición..

Capítulo 7: Maltrato al cónyuge.

Capítulo 8: Maltrato y abuso sexual infantil.

Capítulo 9: Violación.

Capítulo 10: Suicidio.

Capítulo 11: Víctima de desastres.

Bibliografía

Primera parte

Desarrolla los conceptos básicos de los primeros auxilios mentales, sus reglas y procedimientos básicos

CAPÍTULO 1

Ofrece una definición de Salud Mental y explica cómo el entorno actúa sobre el Yo y esto condiciona la salud mental de un individuo. También se definen los conceptos de desorden mental, urgencia mental y crisis, los cuales son utilizados a lo largo del manual.

1. ¿Qué es salud mental?

Muchas personas, cuando escuchan el término SALUD MENTAL, piensan en enfermedad mental, pero la salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad. La salud mental es algo que todos queremos para nosotros mismos, no importa si sabemos definirla o no. Cuando hablamos de felicidad, equilibrio emocional, gozo o satisfacción, generalmente estamos hablando de salud mental.

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos nosotros. Significa sobre todo la forma como la gente se relaciona con sus familias, en el sitio de estudio, en el trabajo, en el juego, con sus compañeros, en sus comuni-

dades. Tiene que ver con la forma en que cada persona armoniza sus deseos, ambiciones, habilidades, ideales, sentimientos y conciencia para enfrentar las demandas de la vida. Tiene que ver con:

- 1.1 Cómo se siente usted consigo mismo
- 1.2 Cómo se siente usted con las otras personas.
- 1.3 Cómo enfrenta usted las demandas de la vida

No hay una línea que divida claramente a aquellos que tienen una buena salud mental de los que no la tienen. Existen diferentes grados de salud mental. Una sola característica por sí misma no debe ser tomada como evidencia de buena salud mental, o la falta de alguna como evidencia de enfermedad. Y al igual que con la salud física, nadie posee todas las condiciones de buena salud mental en todo momento.

El goce de una buena salud mental no viene garantizado por el sólo conocimiento de lo que ella significa. Sin embargo la observación de sus características puede ser un paso importante si usted busca cultivar su salud mental.

Una forma de describir la salud mental es describir a las personas mentalmente saludables. Las siguientes son algunas de las características de las personas que son mentalmente saludables.

1.1 Se sienten bien consigo mismas

- Estas personas no se encuentran abrumadas por sus propias emociones, temores, iras, amor, celos, culpa o preocupaciones.

- No se sienten más ni menos de lo que son.
- Pueden superar las decepciones de la vida.
- Tienen una actitud tolerante y abierta ante si mismos así como ante los demás y son capaces de reírse de si mismos.
- Reconocen sus propios defectos.
- Se tienen respeto a si mismos.
- Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- Sienten placer por cosas simples y cotidianas

1.2 Se sienten a gusto con otras personas

- Son capaces de amar y perciben los intereses de los otros.
- Mantienen relaciones de amistad y estas son satisfactorias y duraderas.
- Quieren y confían en los demás y sienten que los demás los quieren y confían en ellos.
- Respetan las diferencias que encuentran en las otras personas.
- Pueden sentir que son parte de un grupo.
- Perciben un sentido de responsabilidad respecto de los demás seres humanos y de su entorno.

1.3 Son capaces de enfrentar las demandas de la vida

- Hacen algo por sus problemas a medida que estos surgen
- Aceptan sus responsabilidades

- Modifican su medio ambiente cuando es necesario y se amoldan a el cuando es preciso.
- Hacen planes para el futuro y no le temen.
- Acogen nuevas ideas y experiencias.
- Hacen uso de sus talentos.
- Se ponen metas realistas.
- Son capaces de tomar sus propias decisiones.
- Se sienten satisfechos cuando ponen el mejor empeño en lo que hacen.

2. Influencia del entorno sobre la salud mental

Los problemas que pueden afectar la salud mental de las personas son muchos y derivan de un conjunto de factores que se encuentran en los que sufren, así como en la realidad que los rodea.

El YO, o sea nuestro ser psicológico y físico, y la REALIDAD, o sea nuestro entorno familiar, micro social (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) y macro social (la comunidad, la ciudad o el pueblo, el país mismo donde vivimos) están en relación estrecha y se influyen recíprocamente.

La salud mental y sus desórdenes dependen ya sea de factores que pertenecen al yo como de factores que pertenecen a la realidad.

La realidad actúa sobre la persona a través de eventos continuos y eventos puntuales. Si una persona vive en la pobreza o en un país en guerra, podemos decir que la realidad influye sobre esta persona a través de un evento continuo (la pobreza o la guerra no son eventos de un día

sino que pueden durar años o una vida entera). Sin embargo si un día perdemos nuestro trabajo o nos queman la casa o perdemos a algún ser querido, podemos decir que el entorno está influyendo sobre nosotros a través de un evento puntual o sea bien definido y delimitado.

La influencia de la realidad sobre la persona puede ser protectora (una familia puede querer, ayudar y apoyar a sus miembros) así como opresiva (otra familia puede descuidar, abandonar, hacer sufrir a sus miembros).

Este concepto es especialmente evidente cuando pensamos en los componentes micro y macro sociales de la realidad: el trabajo, la escuela, la vida misma de un país pueden ser factores protectores o al revés opresivos hacia sus ciudadanos. Nuestro país por sus características de pobreza, violencia e imprevisión ante las catástrofes naturales conforma un ambiente opresivo, especialmente para aquellos a quienes toca más de cerca.

Hay personas que, por sus características personales, son muy vulnerables ante las contingencias de la vida, pero si se encuentran con una realidad favorable pueden mantener un buen nivel de salud mental; así como hay personas que, aunque favorecidas por sus características personales, han encontrado eventos puntuales o continuos tan desfavorables que su salud mental está afectada. Esta puede ser afectada de distintas maneras y con una duración variable.

3. ¿Qué es un desorden mental?

Quando en este manual hablamos de desorden mental nos estamos refiriendo a aquellos casos en que un sufrimiento considerable y agudo trastorna nuestro funcionamiento psicológico y social. Algunas personas resuelven sus crisis solas, especialmente cuando cuentan con el apoyo familiar o de su pareja, en otros casos la ayuda externa puede ser la solución, sobretodo cuando ésta es adecuada y oportuna.

En ocasiones el desorden emocional puede prolongarse y sus síntomas agudizarse. Entonces las personas que lo padecen deben recibir la ayuda médica y psiquiátrica apropiada y obtener los beneficios que la psicoterapia y/o la prescripción de ciertos fármacos tiene en aquellos casos.

Debido a la complejidad del sufrimiento mental incluso en aquellos casos en que la intervención médica y farmacológica es una necesidad, no debe pensarse que estas sean suficientes. La actitud de escucha de aquellos que rodean a la persona es crucial en su proceso de mejoría no solamente porque esto puede ayudarlo a aliviar el sufrimiento, sino también para ayudarla a encontrar las razones fundamentales, a veces escondidas, de sus padecimientos y dificultades. Es importante hacer todo lo posible para volver favorable el entorno del paciente: la familia, el contexto micro social y el macro social.

4. ¿Qué es una urgencia mental?

Aquella situación en que la víctima de un desorden mental crea un riesgo de hacerse daño a si mismo o a otros constituye una urgencia. Situaciones como intentos de suicidio, posibilidad de homicidio, agresividad o psicosis (locura) son evidentemente urgencias.

5. ¿Qué es una crisis?

Según Ahearn y Cohen (1989), “Una crisis es un periodo crucial o decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales. De manera específica, es un periodo limitado de desequilibrio psicológico, precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital de la persona. Este cambio origina necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo”.

CAPITULO 2

Contiene reglas básicas para prestar primeros auxilios que deben ser aprendidas, anticipándose a una posible crisis que pueda presentarse de improviso y que pueda afectar la salud mental de las personas.

Reglas básicas para prestar primeros auxilios mentales

- 1. Instrumento principal de trabajo.** El protagonista del trabajo en salud mental es el auxiliador. El auxiliador puede ser **usted mismo**, alguien que se siente responsable en alguna medida por el bienestar de otras personas y se siente motivado a ayudarlas. Alguien que posiblemente ya ha servido de apoyo a los que lo rodean, pero que ahora contará con muchas más herramientas. La materia prima muy probablemente ya estará presente y es la estructura de su carácter, sus valores, su sensibilidad hacia los sentimientos de otros, su capacidad de comunicación.
- 2. Papel de la persona que presta primeros auxilios mentales.** Como regla general el auxiliador debe ser **amable y no emitir juicios**, además debe mostrarse **interesado y preocupado** por el bienestar de la persona a quien va a ayudar. Debe **transmitir seguridad y competencia**, o sea debe comunicar a la persona afectada que se encuentra capacitado(a) para ayudarla, que cuenta con las herramientas necesarias para prestar el auxilio. Sólo así podrá **ganar la confianza de la víctima** la cual es un ingrediente fundamental en la facilita-

ción del primer auxilio mental. La víctima debe percibir que ha encontrado alguien en quien puede apoyarse.

3. **Reconocer nuestras limitaciones.** Si el auxiliador resulta afectado emocionalmente ante alguna circunstancia, en forma tal que esto afecte la seguridad que debe transmitir, o su juicio imparcial, entonces deberá estar alerta para percibirlo y abstenerse de intervenir.
4. **Empatía, no lástima.** Quien presta los primeros auxilios no debe demostrar lástima por la persona afectada, más bien debe intentar experimentar en si misma los sentimientos de la otra persona, esto es generar empatía hacia ella. Es importante que el afectado perciba que se le comprende, que el auxiliador es capaz de ponerse en su lugar y entender su situación.
5. **Definición de Funciones.** En la mayor parte de las situaciones de urgencias mentales la gente no sabe que hacer, por lo tanto una de las funciones del que presta primeros auxilios consiste en comunicar a los demás lo que hay que hacer y en ayudar al afectado y a los que le acompañan a desarrollar una idea clara de lo que pueden hacer. La definición de funciones convierte la urgencia en un problema corriente y permite a las personas interesadas servirse de sus propias habilidades de adaptación para movilizar los recursos de su medio ambiente.
6. **El afectado no siempre colaborará con el auxiliador.** En efecto, si está convencido de que no se puede hacer nada y de que es incapaz de enfrentarse a sus

problemas podrá disimular, de hecho, sus propios recursos, en un intento por lograr que el auxiliador cuide de él. Una vez que la urgencia ha desaparecido no es raro encontrar que la persona mencione posibles soluciones como pedir la ayuda de un pariente cercano, unos fondos de reserva, o un plan al que pudo haber recurrido si el auxiliador hubiera fallado. Existen casos en los que el afectado se niega activamente a recibir ayuda o no se interesa por mejorar la situación, Si definitivamente la persona no actúa una vez hemos intentado estimularlo debemos considerar la posibilidad de retirarnos del caso.

7. **Cada caso es especial.** Los desórdenes mentales son de origen multifactorial, o sea se deben a múltiples causas. No todo el mundo reacciona de la misma manera ante las eventualidades que puedan presentarse. En cada persona intervienen su propia constitución física y mental, pero también el medio en que se ha desarrollado, su educación, estilo de vida y sus circunstancias actuales. Por eso cada caso es único y especial. El auxiliador debe poner empeño por comprender las circunstancias específicas de la persona o personas a quien busca prestar el auxilio.
8. **El espacio adecuado.** Para lograr una buena comunicación con la víctima de un desorden mental debe buscarse un sitio adecuado, cómodo, tranquilo y que permita la privacidad.
9. **Cuándo remitir a evaluación médica.** Si la víctima de un desorden mental es francamente suicida o presenta

comportamientos francamente fuera de control como psicosis (locura) el auxiliador debe llevarlo o remitirlo rápidamente a un servicio de urgencias.

- 10. Al evaluar una urgencia mental es mejor errar por exceso que por defecto.** No hay que subestimar ninguna señal de pedido de auxilio. Es preferible equivocarse en el sentido de prestar más ayuda de la necesaria, que descuidar alguna situación que finalmente resulta desatendida.
- 11. Situaciones Especiales.** Si la persona amenaza con violencia, es violento o presenta síntomas que no permiten sostener una conversación, puede ser necesaria la inmovilización¹ y/o un tratamiento médico rápido antes que cualquier otra cosa.

¹ El Método de Inmovilización se explica en el capítulo 6 de la Segunda Parte de este Manual, Pág.19.

CAPÍTULO 3

Revisa los procedimientos que deben seguirse para dar soporte cuando se presenta una crisis.

Intervención en crisis

La intervención en crisis es un método de relación muy útil para prestar ayuda en momentos de estrés. Se ofrece ya sea a una persona, familia o grupo. La intención es auxiliar a la persona o personas en tensión, ayudarlas durante el periodo difícil y prevenir posibles complicaciones psicológicas, y en lo posible sacar algún provecho positivo en la resolución de la crisis. La intervención en crisis no significa sustituir al profesional (psiquiatra o psicólogo). Se trata de establecer una rápida relación con la persona en situación de estrés, determinar la causa del problema y proponer una solución razonable y práctica (ya sea recurrir a tratamiento o consultando una institución adecuada, según el caso que se presente).

1. Para que sea útil la intervención en una crisis, se debe hablar el lenguaje de la persona, de tal manera que comprenda rápidamente lo que intentamos hacer y así brindar una verdadera ayuda.
2. Para lograr una conversación efectiva se debe garantizar una cierta privacidad digna, como la que se puede necesitar en el caso de una violación.
3. Crear una atmósfera de alianza, comodidad y ayuda efectiva en la resolución del problema. Establecer ob-

jetivamente la causa del estrés de la persona y discutirlo activamente con ella.

4. Conjuntamente con la persona buscar una solución al problema y llegar a un acuerdo sobre lo que ha de hacerse a partir de ese momento.

La intervención en crisis puede ser útil para:

- a. Proporcionar apoyo y oportunidad de expresarse
- b. Procurar el apoyo social
- c. Generar esperanza.
- d. Convertir la crisis en una oportunidad de crecimiento y aprendizaje en el desarrollo de la persona.
- e. En los momentos de crisis, la persona siente que no hay salida al problema y la única forma de ver una salida es a través del apoyo y objetividad de otra persona. Si la crisis es tan grande que se da en el contexto de un trastorno psiquiátrico es preciso una evaluación y manejo profesional.

Segunda parte

Aborda las emergencias mentales que requieren atención inmediata más frecuentemente. En cada caso se desarrolla:

- Definición del desorden mental.
- Señales
- Forma de atenderlo. Lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer.

CAPÍTULO 4

Desordenes mentales más comunes

Trastorno de ansiedad

La ansiedad es más común de lo que nos imaginamos. En nuestro país un 9.6% de la población sufre de este trastorno (Tres millones y medio de personas aproximadamente).

De las personas que sufren trastornos de ansiedad, los que presentan ataques de pánico son los que más solicitan ayuda de urgencia.

Ataques de pánico

Son episodios de ansiedad intensa que se presentan de forma inesperada, alcanzan en forma rápida su máxima intensidad (frecuentemente en unos pocos minutos) y desaparecen casi siempre en términos de una hora. Ocurren tanto espontáneamente como en la presencia de

algún estímulo que los desencadene. La persona experimenta un temor intenso, sin razón aparente, tiene la sensación que algo terrible va a suceder. Generalmente se queja de algún malestar físico como dolor en el pecho o dificultad para respirar.

El diagnóstico de los ataques de pánico requiere que se hayan presentado por lo menos tres episodios en el lapso de tres semanas y que estos no estén asociados con una situación en que la vida de la persona haya estado amenazada, un fuerte ejercicio físico o la presencia de un estímulo ante el cual la persona experimenta fobia.²

Para saber si una persona sufre de ataques de pánico también se requiere que durante estos haya presentado por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Sensación de ahogo
- Mareo y desvanecimiento
- Palpitaciones
- Temblores
- Transpiración
- Nausea y malestar abdominal
- Sensación de irrealidad
- Adormecimiento de manos y pies
- Destellos de calor o frío
- Dolor en el pecho
- Miedo de morir, de volverse loco o perder el control durante el ataque.

² Fobia: temor irracional muy intenso, angustiioso y obsesivo, a determinadas personas, cosas o situaciones.

Factores de Riesgo

1. Antecedentes familiares de pánico o ansiedad
2. Antecedente de un ataque en algún periodo de su vida
3. Sexo femenino

¿Qué se debe hacer?

1. Acompañar a la persona y darle apoyo mientras pasa la crisis.
2. Asegurarle que realmente nada grave esta pasando, no se va a morir, ni va a perder el control y que en un rato todo volverá a la normalidad.
3. Decirle que lo que le pasa tiene un nombre, que no es la única persona que lo ha sentido y que existe un tratamiento efectivo en estos casos.
4. Acompañarla a un especialista con el fin de que sea diagnosticada e inicie el tratamiento adecuado

Lo que no se debe hacer

1. Regañar a la persona
2. Marcarla de débil o quejumbrosa
3. Dejarla sola durante el ataque

CAPÍTULO 5

Duelo (reacción ante pérdidas graves)

El duelo es la respuesta característica ante una pérdida significativa como cuando se muere un ser querido, se pierde una parte del cuerpo, el empleo, etc. El duelo generalmente evoluciona de forma normal tal como se explica más adelante. Su gravedad depende de lo inesperado de la pérdida y la importancia de la persona o el objeto perdidos.

Cuando no ocurre el proceso normal del duelo la persona se encuentra en peligro de desarrollar problemas mentales y emocionales secundarios.

Factores de riesgo:

Los factores que pueden hacer que un duelo sea más complicado son:

- Historia de depresión personal o en la familia
- Muerte temprana del padre o la madre
- Experiencias infantiles en un entorno caótico y generalmente negativo
- Alcoholismo, o historia de alcoholismo familiar
- Farmacodependencia
- Trastornos de ansiedad
- Enfermedad crónica

Desarrollo del duelo normal

Las características del duelo varían según el carácter de la persona, sus estilos culturales y la forma en que las pérdidas fueron asumidas en el pasado. Sin em-

bargo, generalmente el duelo se desarrolla de la siguiente forma:

1. PRIMERA ETAPA. En esta primera etapa que abarca desde las primeras horas a días en normal que se experimente lo siguiente:

- Shock e incredulidad
- Negación de la pérdida o muerte
- Pensamiento confuso

2. SEGUNDA ETAPA. De las primeras semanas hasta los seis meses se entra en una fase en la cual se percibe totalmente la pérdida. Los sentimientos que acompañan esta etapa son:

- Tristeza
- Vergüenza
- Desesperanza
- Vacío
- Desamparo
- Llanto frecuente
- Adormilamiento
- Pérdida del apetito
- Dificultad para dormir
- Pérdida de interés por las tareas usuales
- Dificultad para trabajar
- Malestares físicos
- Difícil interacción social
- Soledad insoportable
- Sentimiento de rabia hacia la persona perdida por haberlo(a) abandonado con su muerte

- Culpa por las cosas que se podrían haber hecho por el desaparecido o ante la muerte
- Pensamientos de muerte (acompañar al muerto)

3. ETAPA FINAL DEL DUELO. Entre 6 meses y 1 año. Reorganización en la cual se restaura el funcionamiento normal de la persona y su conducta. Se acepta el hecho totalmente y el impacto que ha tenido en su vida. Aunque los síntomas de la segunda etapa del duelo deben haber desaparecido dentro de los primeros seis meses, estos pueden prolongarse cuando la relación con la persona era muy importante. En esta etapa pueden reaparecer algunos aspectos de las dos primeras, especialmente en fechas significativas como cuando se conmemora el aniversario de la muerte.

¿Cómo prestar los primeros auxilios a una persona en duelo?

Recomendaciones generales:

- La mayoría de las personas pueden superar el proceso de duelo sin ayuda médica, siempre y cuando cuenten con el apoyo y comprensión de quienes lo rodean.
- Cuando no hay señales de aflicción ante una pérdida importante, esto puede considerarse como un indicio de que la persona está necesitando ayuda.
- No debe asumirse que las personas calladas, que reprimen sus emociones, están manejando apropiadamente el duelo.
- Cuando la persona muestra tanta pena como al principio y ya ha pasado más o menos un año de la

pérdida, es señal de que esta necesitando ayuda para superar el duelo.

- La administración de medicamentos es contraproducente ya que retarda la vivencia del duelo que en ningún caso es evitable. Incluso los medicamentos pueden hacer sentir a la persona culpable por no estar conciente en las fases del duelo. Si hay medicamentos, estos deben ser ordenados por un médico que estudie las condiciones de la persona y evalúe el alcance de los mismos.
- Los familiares de una persona que se ha suicidado son los que más necesitan y pueden beneficiarse de ayuda profesional para superar sus sentimientos de fracaso, rabia y dolor.

¿Qué se debe hacer?

- Acompañar al doliente. El desconsuelo de aquellos que sufren una pérdida importante es tan intenso que estas personas pueden sentirse muy aturcidas o paralizadas para pedir ayuda. No hay que esperar a que esto suceda, los familiares y amigos deben tomar la iniciativa de pasar algún tiempo con ellos, aunque esto signifique simplemente sentarse al lado y permanecer en silencio.
- Escuchar. Las personas que enfrentan un duelo necesitan expresar sus sentimientos, frecuentemente una y otra vez.
- En todo caso debe permitirse que la persona exprese sus emociones sean estas de rabia, tristeza o desespero. Recuerde que los sentimientos de hostilidad comúnmente se presentan.
- Deben evitarse los comentarios tales como: “por lo menos usted tiene niños” o “es la voluntad de

Dios” o “la vida debe seguir”, ya que desautorizan los sentimientos del doliente.

- Procurar que la persona entienda que los síntomas de insomnio, aislamiento y preocupaciones asociadas son la imagen del muerto son reacciones normales ante la pérdida y que gradualmente se superan con el tiempo y la expresión de los sentimientos.
- Asegurar a la persona que no está volviéndose loca por presentar estos síntomas.
- Permita que el doliente se cerciore de que la muerte es real e irreversible. Por esto, cuando no se presentan casos de desfiguración, es conveniente que el doliente vea el cuerpo del muerto, si lo desea, ya que las fantasías suelen ser peores que la realidad. Para asumir el duelo es importante poder decir adiós.
- Recomendar la reanudación de las actividades habituales tan pronto como sea posible.

CAPÍTULO 6

La persona violenta

Hay que subrayar que la mayoría de personas violentas de nuestra sociedad no son enfermos mentales o definibles como pacientes.

Las personas que más comúnmente se tornan violentas son las personas intoxicadas con alcohol, o sustancias que producen dependencia, o los que por ser farmacodependientes presentan síndrome de abstinencia al suspender el consumo.

También pueden mostrarse violentos las personas que presentan trastornos neurológicos u orgánicos y los enfermos mentales.

¿Qué se debe hacer?

1. Si la persona está armada, se debe pedir ayuda al personal de seguridad o las autoridades.
2. Se debe mantener a la persona violenta, en un lugar con poca gente, en una habitación que no se pueda asegurar o cerrar desde adentro.
3. Detectar la persona que parece estabilizar o tranquilizar al violento y mantenerla cerca. De la misma manera se debe alejar la persona que lo desestabiliza o irrita.
4. Detectar pistas de violencia inminente:

- a. El tono de voz es grave, amenazante y se expresa vulgarmente
 - b. Elevada tensión muscular. Esta se puede observar en acciones como sentarse en el borde de la silla y tensar los brazos.
 - c. Mucha actividad física y movimiento
 - d. La persona empieza a golpear puertas o mobiliario.
5. Se debe intentar tranquilizar verbalmente a la persona, pero si permanece demasiado agitada y agresiva ha de inmovilizarse.

Método de inmovilización física

- La inmovilización debe aplicarse por un buen número de personas, por lo menos cinco (5). Una demostración de fuerza puede propiciar cooperación espontánea.
- Debe haber un plan específico: por ejemplo una persona sujeta cada extremidad del individuo y la quinta persona sujeta la cabeza.
- La inmovilización debe realizarse preferiblemente cuando la persona violenta esta distraída.
- Si es necesario, mientras se traslada la persona se puede atar por las manos y piernas con elementos que se encuentren cerca como sábanas, fundas, cobijas (nunca un material que hiera o aprete).La idea es sujetar de la manera más cómoda posible al violento y segura para los que lo transportan.

- Explicar a la persona con tranquilidad el motivo de la inmovilización.
- No retirar las ataduras si no hay suficientes personas disponibles.
- Las personas intoxicadas deben acostarse del lado izquierdo y observarse continuamente para prevenir que se ahoguen por vómito o secreciones.

Es importante:

- Mostrar interés.
- Abordar las peticiones de la persona en forma directa.
- Permitirle hacer alguna elección, como el lugar en donde sentarse.
- Ofrecerle algún alimento, bebida o un cigarrillo (si es fumador), esto puede ayudar a calmar la persona agitada.
- Establecer algún grado de comunicación y confianza antes de hacer preguntas relativas al motivo de la violencia.
- Asegurar a la persona que se va a hacer todo lo posible por ayudarlo a controlar sus impulsos violentos.
- Poner límites firmes a su conducta violenta pero no ser amenazantes con él.
- Retirar elementos que pueden ser utilizados como armas (p. ej.; ceniceros, lápices, lámparas de mesa etc.).

Lo que no se debe hacer

- Agredir, acosar o desafiar a la persona violenta.

- Intentar sujetar a la persona cuando usted se encuentra solo. No olvide que por lo menos debe haber cinco personas colaborando.

Recuerde debemos reconocer nuestras limitaciones. *La persona violenta nos puede provocar miedo o cólera con deseos de agredir al violento y esto puede entorpecer nuestra ayuda. En ciertos casos es preferible abstenerse de intervenir.*

CAPÍTULO 7

Maltrato al cónyuge

Se habla de maltrato al cónyuge (abuso de la mujer por su marido o compañero), cuando voluntaria y con alguna frecuencia éste agrede a la mujer con la que vive y con quien tiene relaciones sexuales. En nuestra sociedad son las mujeres las que tienen el mayor riesgo de maltrato físico grave.

Generalmente los comportamientos violentos son repetitivos y se observan desde el comienzo del matrimonio. Es característico que el marido golpee a la mujer en partes no visibles del cuerpo (senos, tórax, abdomen), también es común el traumatismo craneal. La mayor parte de las veces el abuso ocurre en la casa; el marido rara vez se pondrá violento frente a alguien que no pertenece al hogar. En la mayoría de los casos el hombre maltrata también a los hijos.

Es común que en los casos de violencia intrafamiliar se encuentren problemas de alcoholismo y drogadicción, dificultades económicas o legales y hasta trastornos psiquiátricos. Tanto las personas que sufren de maltrato como los que lo causan, tienen muchas dificultades para pedir ayuda. En un momento dado pueden querer pedir auxilio, pero simultáneamente sienten temor o culpa de hacerlo.

También es difícil intervenir ante un caso de maltrato, ya que suele presentarse el temor a que estemos juzgando inadecuadamente o a que se nos acuse de entrometernos

en la vida privada de otras personas. Sin embargo dada la gravedad del problema y el estado de indefensión en que se encuentra el maltratado, tal vez valga la pena intentar algún acercamiento, especialmente cuando hay señales de que se esta pidiendo ayuda.

A continuación le contaremos cuáles son las características que podemos observar cuando hay maltrato y qué cosas podemos hacer para prestar un primer auxilio.

Características del abusador

- Se considera superior a la mujer (machista)
- Es Posesivo
- Es Celoso
- Tiene un nivel económico y educativo inferior a la mujer
- Tiene poca autoestima
- Generalmente proviene de una familia en la que se presento abuso infantil o del cónyuge
- La víctima del maltrato, por su parte, suele identificarse con su madre que también es o fue objeto de abuso y esto dificulta la toma de alguna decisión.

Situaciones desencadenantes de maltrato

- Cuando el hombre tiene disgustos o peleas con personas fuera del hogar.
- Cuando la mujer muestra señales de independencia en una relación machista.
- Cuando la esposa por sus ocupaciones con los niños o en el trabajo tiene menos tiempo para el marido.

Señales:

- La mujer maltratada presenta generalmente las siguientes características:
- Se encuentra emocionalmente sola y sin saber qué hacer.
- Es común que no confíe en nadie ajeno a su núcleo familiar y que piense que cualquier persona que se entere de su problema va a ser muy drástica con él o ella.
- No se queja abiertamente de maltrato sino que manifiesta quejas vagas y permanentes. Comúnmente habla de problemas matrimoniales, infidelidad o problemas económicos pero no menciona los golpes.
- Se observan en ella huellas de heridas o traumatismos ocurridos los días anteriores.
- Es común verla tensa y reservada, sin una explicación verosímil de sus lesiones.
- Sufre de depresión o ansiedad crónica (insomnio, pesadillas y sensación de que algo terrible va a ocurrir).
- Experimenta mucho temor a que se le hiera o mate por contarle a alguien de los maltratos.
- Es muy frecuente que la mujer quiera terminar con la relación violenta. Sin embargo permanece con su esposo ya sea por amor, dependencia económica, vergüenza, un sentido de responsabilidad con los hijos, o porque sienten que en el fondo ella tienen la culpa de lo que pasa.
- Presenta ocasionalmente dolores de cabeza, molestias abdominales etc.
- Si se le pregunta, generalmente niega haber sido golpeada.

- Para ella es angustiante y aterrador reconocer el maltrato.

Cuando una mujer solicita ayuda por maltrato es porque la situación ha llegado a un punto tal que ella se encuentra decidida a cambiar la situación. Este momento debe aprovecharse para apoyar su decisión e infundirle la certeza de que está en su derecho.

¿Qué se debe hacer para ayudar a la persona maltratada?

- Si parece haber un riesgo grave de que la afectada por el maltrato pueda sufrir heridas o graves o incluso morir, se debe hacer todo lo posible para apartarla del hogar. Ofrecer la posibilidad de un albergue de urgencia.
- Es muy importante hablarle con respeto
- Atender a la persona sin afanes y en un lugar donde haya privacidad.
- Se debe animar a la persona que nos pide ayuda a que nos hable de su problema y escucharla permitiéndole describir los problemas a su modo.
- No emitir juicios severos respecto al marido ya que la mujer puede reaccionar protegiéndolo.
- Es útil preguntarle a la víctima si hay algo que ella pueda hacer para protegerse a sí misma y a sus hijos.
- Si detectamos alguna idea suicida u homicida debemos ofrecer orientación y ayuda para que reciba un tratamiento especializado.
- Si hay armas peligrosas en el hogar indicar que estas se deben sacar de allí.

- Si estamos seguros de que se presenta el maltrato y sin embargo la mujer sigue negando los golpes, en vez de insistir puede ser mucho más útil darle la seguridad y confianza de que puede recurrir a nuestra ayuda y apoyo en un momento de urgencia.
- Dar toda la compañía, apoyo y comprensión para buscar servicios médicos, legales, educativos y de soporte social que la víctima esté dispuesta a aceptar.
- Cuando se presentan problemas de alcoholismo o drogadicción, problemas económicos o legales o problemas psiquiátricos se debe ofrecer orientación sobre Instituciones que prestan ayuda en cada caso específico.

No despreciar las acciones legales ya que la experiencia comprueba que constituyen la forma más efectiva para evitar actos violentos en el futuro.

CAPÍTULO 8

Maltrato y abuso sexual infantil

8.1 Maltrato infantil

Supone las lesiones físicas o emocionales que se producen sobre el niño, alterando de forma grave su estabilidad general o poniéndolo en riesgo de muerte. En algunos casos estas lesiones ocurren por descuido o negligencia (omisión de cuidado). Padres de todas las clases sociales maltratan a sus hijos, pero es más común en los estratos bajos.

Factores asociados al maltrato

- Relaciones interpersonales e intrafamiliares caóticas
- Abuso de alcohol o drogadicción
- Violencia entre cónyuges
- Estrés ambiental
- Un niño hacia el cual los padres sienten indiferencia o desamor
- La violencia se acentúa cuando se presenta una situación estresante como desempleo o sensación de fracaso en la vida.
- Además de los padres también son abusadoras otras personas que cuidan a los niños como familiares amigos o niñeras.
- En un número importante fueron ellos mismos objeto de abusos en la infancia.
- En algunas familias se abusa de todos los hijos, pero lo más habitual es que el abuso se centre en uno de ellos.

Señales de maltrato

El niño maltratado presenta las siguientes características:

- Quejas vagas o explicación poco convincente de una lesión o trauma
- Desnutrición y suciedad
- Es retraído o excesivamente conversador
- Se muestra excesivamente cooperador con el padre o muy temeroso de él
- Muestra una complacencia inusual con los extraños antes que con los padres
- Se observan en él pruebas de traumatismo y lesiones que parecen ser de diferente antigüedad. (Quemaduras, moretones, enrojecimientos en lugares infrecuentes).
- Aparentemente se fractura con facilidad
- La mayoría de veces el niño niega que haya sido objeto de abusos, porque se siente culpable o teme nuevos castigos.

Características del abusador

- Inmadurez y dependencia
- Poca autoestima
- Sentimientos de incompetencia e inutilidad
- Dificultad para encontrar placer y satisfacción en las actividades cotidianas
- Aislamiento social
- Temor de malcriar a los hijos, y una alta convicción en el valor del castigo
- Expectativas falsas hacia los hijos ya que esperan de ellos actitudes y respuestas que no corresponden a su edad y desarrollo.

- Completa falta de empatía hacia las condiciones del niño y sus necesidades.

¿Qué se puede hacer?

- Brindarle apoyo al niño.
- Hacerle sentir que si necesita ayuda puede contar con usted.
- Orientar a la madre o familiar interesado en ayudar al niño sobre sitios en los cuales pueden recibir orientación profesional para manejo psicológico, físico y legal, tanto para el niño como para el padre maltratador.
- Si el niño se queja directamente del abuso, debe tomarse en serio, los niños nunca hacen estas acusaciones en falso.

8.2 Abuso sexual infantil

En la mayoría de los casos, el abuso sexual, al igual que el maltrato, se da en la familia; el abusador es una persona conocida, de confianza, que ejerce una relación de poder sobre el menor, lo cual obliga al niño a callar.

Muchos niños y niñas no comprenden el significado real del abuso sexual en el momento que ocurre, pero saben que es algo que no deben contar y que con su silencio no sólo se cuidan a sí mismos, sino también a su abusador.

Los abusadores se dan en todas las clases sociales y pueden ser, además de los padres, los vecinos, algún pariente cercano, maestros, niños, hermanos o compañeros mayores.

Señales de abuso sexual en el niño

El niño del cual se ha abusado sexualmente presenta variaciones de su estado emocional distintas según su edad.

En los niños menores de 6 años se presenta:

- Pánico
- Búsqueda de afecto, quejándose de dolor
- Miedo excesivo
- Alteraciones del sueño (pesadillas, sonambulismo)
- Conductas de bebé como chuparse el dedo u orinarse en la cama

En niños mayores de 6 años hay manifestaciones más graves como:

- Depresión grave
- Intentos de suicidio
- Se escapan de la casa
- Poca concentración en las actividades escolares
- Interés exagerado por lo sexual o por el contrario, temores o evitación de todo lo que se relacione con el sexo.

¿Qué se puede hacer?

Recomendaciones generales

La mayoría de los niños niegan inicialmente que han sido objeto de molestias sexuales (el niño puede estar agobiado o temeroso de un castigo).

Hay que respetar los temores del niño aun cuando se tenga certeza del abuso.

El manejo y la entrevista del niño abusado la debe realizar un profesional. Nosotros como auxiliares podemos dar apoyo al niño y a la familia (si es el caso) de la siguiente manera:

- Ofreciendo confianza y apoyo.
- Hacerle sentir que si necesita algo o se presenta una urgencia puede contar con usted.
- Procurar una actitud positiva del niño y de la familia
- Cooperar con los padres
- Orientar a la familia sobre instituciones que prestan atención en estos casos.

Lo que no se debe hacer...

- Examinar los órganos genitales del niño
- Avergonzar al niño
- Regañarlo.
- Culpabilizarlo.
- Hacer escándalo (puede hacer más daño que el mismo abuso)
- Pedir que le relate detalles del abuso.
- Confrontar al niño con el abusador o hacer acusaciones.

NOTA:

La prevención es importante para que esta situación no se presente. Se puede enseñar a los niños a evitar que se los toque o acaricie cuando y donde no deben y darles la suficiente confianza para que estos temas sean tratados en familia.

CAPÍTULO 9

Violación

La violación es la realización de un acto sexual en contra de la voluntad y el consentimiento de quien la padece. En realidad, más que un acto sexual es un acto agresivo con una expresión sexual. Se ha demostrado que en la mayoría de los casos la motivación del violador es más la dominación y degradación de la víctima que el logro de relaciones sexuales que no podría obtener de otra manera. La violación desencadena reacciones emocionales complejas de parte de la víctima, generalmente más significativas que el daño físico.

Señales

Cuando ha ocurrido una violación, pueden distinguirse ciertas secuelas tempranas y otras a más largo plazo.

1. Secuelas tempranas. (Etapa de desorganización aguda)

Se presenta desde el momento de la violación y puede durar por varias semanas. Durante esta etapa la víctima posiblemente buscará ayuda.

Aunque la violación es una experiencia que sobrepasa las expectativas normales y ante la cual uno no puede prever como reaccionaría, las víctimas suelen presentar:

- Llanto frecuente
- Expresión de rabia
- Temor
- Inestabilidad
- Incredulidad

Hay víctimas de violación que lucen controladas aunque emocionalmente distantes. No debe asumirse que éstas se encuentran bien ya que pueden estar enmascarando sentimientos que son tan penosos y confusos, como los de aquellas que sí están expresando su pena. También pueden presentarse síntomas físicos como:

- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Dolores debido al trauma físico por el que la víctima ha pasado
- Dificultad para dormir (en ocasiones y si se encuentran dormidas, pueden despertar en la hora en que ocurrió la violación).

Y síntomas psicológicos como:

- Culpabilidad
- Temor a ser asesinada
- Sentimiento de degradación y pérdida de la estima.
- Sentimientos de despersonalización e irrealidad
- Pensamientos y recuerdos recurrentes e intrusos (repentinos).
- Ansiedad.
- Depresión.

2. Efectos a largo plazo. Desorden de estrés postraumático

- Volver a sentir todo lo que sucedió.
- Poca respuesta o compromiso con las actividades de la vida diaria.
- Desesperación
- Temor de los hombres.

¿Cómo prestar los primeros auxilios a la víctima de una violación?

Para tener en cuenta

- El objetivo del auxilio es que la persona recobre el sentimiento de control sobre sí misma y que supere el sentimiento de culpa que la violación frecuentemente desencadena.
- Para hablar con la víctima de una violación debe buscarse un lugar cómodo, tranquilo y que permita la privacidad.
- El efecto psicológico de la violación puede ser mucho más grave que el físico. Por esto el atender a la persona es una acción que debe anteponerse a la visita al médico o la posible denuncia del asaltante.

¿Qué se debe hacer?

- Acompañar a la persona en todo momento.
- Escucharla. Si la persona quiere hablar de la violación, es conveniente que lo haga. Hay evidencias de que la capacidad de hablar de la violación con la familia y amigos ayuda en la recuperación. Hay que entender que para la persona será difícil hablar de ciertas cosas, como la penetración, por ejemplo.
- Hacerle saber que se le cuidará y ayudará en todos los aspectos.
- Facilitar la seguridad en relación con su condición física. Sugerirle que vea a un médico y si es posible acompañarla.

- Es bueno explicar a la persona que el objetivo del violador al atacarla era más degradarla y hacerla sentir mal que el realizar el acto sexual. Esto ayuda a entender la causa de la violación sobre la cual puede haber preocupación.
- Ayudar a que la víctima decida si quiere o no presentar cargos contra el asaltante. Recordar que esta debe ser una decisión personal. Si se piensa hacer una denuncia y la violación acaba de ocurrir, se recomienda no bañarse para que puedan realizar exámenes de laboratorio. Puede acudir a un centro especializado en violación y luego acudir a la policía. La descripción del violador debe ser lo más clara y completa que sea posible.

Lo que no se debe hacer

- No se debe presionar para que hable, si no se encuentra lista psicológicamente, probablemente lo haga más tarde.
- No emitir juicios. No es el momento de hablar sobre lo que habría podido hacerse para evitar la violación.

Acciones preventivas frente a una violación.

La mayoría de las violaciones no son espontáneas, son asaltos deliberadamente planeados. Algunas tácticas de entrenamiento en defensa personal ayudan a que las mujeres se sientan más capaces de defenderse a sí mismas y menos vulnerables y ansiosas frente a una violación.

También son medidas preventivas las siguientes:

- Este alerta en zonas en las que podría enfrentar un problema y planee con anticipación lo que podría hacer en caso de un ataque.
- escoja caminos distintos para llegar a su casa, especialmente de noche. Procure caminar acompañada en zonas de riesgo u oscuras. Si le toca caminar sola trate de hacerlo por la parte central y más iluminada del andén, fuera del alcance de personas que pudieran estar escondidas detrás de árboles, carros, parqueados o accesos a edificios.
- Si sospecha que alguien esta siguiéndola, mire hacia atrás. Cruce la calle, camine en direcciones distintas y varíe la velocidad de sus pasos. Si la persona persiste en seguirla, diríjase a la casa iluminada o almacén abierto más cercanos y llame a un amigo, un taxi, o a la policía. No le de susto gritar o hacer ruido, esto podría alejar a un posible atacante.
- Si por algún motivo usted debe movilizarse en una zona que no conoce, trate de planear su ruta anticipadamente, con ayuda de un mapa o de alguien que conozca la zona.
- Procure siempre caminar con actitud segura y confiada. No parezca como si estuviera perdida o absolutamente distraída. Utilice ropa y zapatos cómodos que le permitan desplazarse con facilidad.
- Si un carro para frente a usted, permanezca a prudente distancia. No sostenga una conversación prolongada.
- Si usted presiente el peligro de una violación, grite “Incendio” o “Policía”, en vez de “Violación” o “Ayuda”. Corra hasta un establecimiento abierto y entre

rápidamente. En situaciones de emergencia es recomendable romper una ventana en vez de tocar un timbre.

Si el ataque es inminente

Frente a un ataque, solo la persona asaltada puede juzgar si le es posible parar al atacante sin el riesgo de un daño peor. Si se ve amenazada por un arma o un cuchillo, tal vez la posición más razonable sea someterse, pero si el atacado piensa que puede resistirse, debe pelear tan vigorosa y decididamente como le sea posible.

Ante una violación se recomienda gritar ¡“Incendio”!. Dar una patada al atacante en la ingle o coger sus testículos y apretarlos tan fuerte como sea posible. Su reacción ante un dolor agudo será soltar a la víctima o aflojar un poco. Si no están al alcance sus genitales entonces los ojos son una parte sensible. Se debe morder, arañar y golpear con cualquier objeto pesado que este al alcance. Es preferible no cargar armas ya que estas pueden ser utilizadas en contra de la víctima.

Durante la penetración, permanezca calmada, el propósito en éste momento es prevenir mayores daños. Hable en forma sensata y en voz baja para recordar al atacante que usted es un ser humano. Memorice los detalles de su cara y vestido.

Cuando el violador es conocido

En un alto porcentaje el violador es una persona conocida o cercana a la víctima. En estos casos el sentimiento de culpa se hace más evidente.

Acciones preventivas

Si usted es una mujer:

- Deje claro desde el primer momento del encuentro o relación que no está interesado en el sexo con él.
- Hable abiertamente respecto de sus expectativas sexuales.
- El llanto, la resistencia física, o la advertencia de que se sufre una enfermedad de transmisión sexual han logrado detener algunos posibles violadores.
- Si el hombre es de los que hace todo por usted (ordena la comida, decide a dónde van a ir, lo que van a hacer, etc.), esté alerta, muy posiblemente él querrá tomar las decisiones cuando la situación se torne más íntima.
- No acceda cuando su pareja la presione para realizar actividades que usted no quiere hacer (como consumir mucho alcohol o participar en actividades riesgosas).
- Comunique con claridad lo que usted siente, no diga simplemente “no”, si su pareja se muestra sexualmente agresiva, insista en que se vaya o sino hágalo usted.
- Evite mensajes contradictorios; no le diga que la deje de acariciar si a los pocos minutos usted permite que lo vuelva a hacer.
- Manténgase al margen de situaciones riesgosas.
- Procure que la primera cita con una nueva pareja sea con un grupo de amigos.
- Manténgase alejada de lugares muy solos donde usted no podrá obtener ayuda. Nunca es buena idea parquear en una zona remota.

- Aprenda a defenderse. Muchas mujeres confían en que al ser una persona conocida, ésta va a respetar sus “nos”.
- Pero si no sucede así: defiéndase (grite, arañe, patee) haga lo que sea para demostrarle que no quiere tener relaciones sexuales con él.
- -Si a usted la violan en una cita, cuénteles a alguien.

Si usted es un hombre:

- Recuerde que no es necesario que tenga relaciones sexuales en cada cita.
- Fije los límites y tenga en cuenta que las decisiones sobre el sexo deben tomarse conjuntamente con su pareja.
- Averigüe cómo se siente ella; escúchela. Si ella dice que no, así lo haga en voz baja y tímidamente, esto quiere decir que no.
- Esté atento a las actitudes de ella ante sus insinuaciones sexuales. Si lo rechaza, trata de levantarse, etc., usted debe entender el mensaje y respetarlo.
- No asuma que un vestido descotado o la coqueteería es una invitación al sexo.

CAPÍTULO 10

Suicidio

El suicidio es quitarse la vida voluntariamente. En Colombia 5 de cada 100 personas entre 12 y 60 años han intentado suicidarse alguna vez en su vida. El suicidio es generalmente previsible, por esto la importancia de una intervención a tiempo. Evaluar el riesgo de suicidio no es fácil pero aquí le daremos algunas pautas para que usted pueda predecirlo con algún grado de certeza.

Recuerde que al evaluar una urgencia mental es mejor errar por exceso que por defecto.

Personas que requieren evaluación profesional

- Aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio
- Aquellos que dicen tener pensamientos suicidas
- Aquellos que muestran potencialidad suicida o sea aquellos que por sus características, a su juicio, podrían llegar a suicidarse.

Recomendaciones generales:

- Dar importancia a todo intento de suicidio.
- Pregúntese sobre toda persona que presente una sensación de desesperanza o desamparo. Las personas que creen que no hay salida a sus problemas tienen un alto riesgo de suicidio.
- Pregúntese acerca de aquellos con historia de frecuentes heridas por accidentes, con muchos problemas en su vida, uso de drogas o alcohol, depresión y sentimientos de autodestrucción.

- Pregúntese sobre personas que han estado deprimidas y repentinamente mejoran. Esa mejoría aparentemente inexplicable, puede surgir de personas que han resuelto todos sus problemas con la decisión de suicidarse.

Técnica para el manejo de una persona suicida

Para determinar si una persona realmente está pensando en suicidarse, hay que comunicarse con ella, y para esto hay ciertos aspectos que deberá tener en cuenta:

- **Empatía.** El suicidio es algo muy personal. Por lo tanto la persona debe ser abordada con empatía (poniéndose en la situación del otro) y respeto. Se debe permanecer calmado y acrítico. Debe establecerse un grado mínimo de comunicación antes de preguntarle directamente sobre ideas suicidas. Se debe proceder de lo general a lo específico. Ejemplo:
 - ¿Se siente tan mal como para no querer vivir?, después,
 - ¿Las cosas están tan mal como para querer hacerse daño?
- **Privacidad.** El éxito de la entrevista depende de la disposición de la persona para comunicarse con usted. Si el ambiente no es propicio, o sea que no hay un lugar donde sentarse, pasan personas constantemente por allí, etc., es muy probable que el diálogo no se logre. Por esto es importante que busque un lugar donde haya privacidad y cierta comodidad.

- **Preguntar a la persona sobre ideas de suicidio**, no pone este pensamiento en su cabeza. Es un error evitar el tema por pensar que de pronto la persona lo lleve a cabo. Las verdaderas personas suicidas frecuentemente sienten alivio al preguntárseles sobre esto.
- **No se ponga en la tarea de que la persona hable de algo distinto al suicidio.**

Objetivos de la entrevista

1. *Evaluar a la persona en cuanto a:*

- Pensamientos suicidas
- Intentos de suicidio
- Planes de suicidio
- Planes para el futuro
- Estado mental: ¿deprimido?, ¿loco?, ¿intoxicado?

2. *Establecer el diálogo*

3. *Descartar factores de riesgo personales y demográficos para suicidio (ver cuadro).*

4. *Determinar si se requiere enviar a evaluación médica, a un servicio de urgencias.*

Cuadro. Factores de Riesgo para Suicidio

- Depresión severa
- Alcoholismo
- Historia de ideación suicida o intentos de **suicidio**
- Sexo masculino
- Edad:
 - hombres mayores de 75
 - mujeres entre 55 y 65
- Solteros o viudos
- Desempleados o discapacitados
- Enfermedades crónicas o terminales
- Dolor crónico

CAPÍTULO 11

Víctimas de desastres

Un desastre es un cambio rápido y destructivo que sobrepasa la capacidad de adaptación del grupo afectado. Este puede tener causas naturales (inundación, terremoto), o puede ser causado por el hombre (accidente de avión, incendio), puede afectar a un número pequeño de personas (accidente de tráfico) o a una comunidad entera (erupción de un volcán).

En el pasado, la tendencia general era considerar que las necesidades básicas de una población afectada por algún desastre eran techo, comida y salud física. Sus necesidades emocionales fueron vistas como algo secundario. Sin embargo en los últimos años se ha evidenciado una tendencia diferente y hay ahora un amplio reconocimiento del hecho que una población afectada por un desastre tiene necesidades psicosociales especiales. Los desastres pueden tener un impacto en la conducta de la gente antes, durante y después de estos ocurran, e influyen en la incidencia de casos de desordenes mentales después del desastre.

Señales

- Las reacciones emocionales o mentales después de un desastre incluyen:
- Intensos sentimientos de ansiedad que pueden ser acompañados de imágenes súbitas y recuerdos desagradables de la experiencia.

- La persona puede tratar de evitar los recuerdos del hecho e impedir la aparición de sentimientos sobre lo que pasó.
- Puede haber terrores nocturnos, despertándose la persona con pánico.
- También se presenta angustia, desorganización en los pensamientos, dificultad para expresarse normalmente, temor constante.
- Las personas afectadas pueden estar también muy excitadas, así como temerosas y tratando de protegerse de un retorno de la experiencia atemorizante.
- Normalmente todas estas reacciones se presentan las primeras semanas y luego desaparecen gradualmente. En una pequeña proporción de casos pueden durar varios años.

Manejo de las personas afectadas

Es conveniente establecer las prioridades en las actividades de soporte emocional, tomando en cuenta los diferentes grupos que se presentan. Las víctimas de un desastre pueden clasificarse así:

1. Los sobrevivientes heridos y las personas más cercanas a estos.

Los heridos deberán recibir atención médica inmediata. Si las víctimas están concientes se les debe tranquilizar comunicándoles que alguien les prestará ayuda.

Los sobrevivientes querrán saber sobre lo que pasó y si sus amigos o familia fueron afectados. Se le debe propor-

cionar esta información a menos que se considere prudente esperar un poco. Si no se sabe aún o es grave lo que ha sucedido a sus familiares se le debe decir al herido que más tarde se averiguará y se le informará de lo sucedido.

2. Los sobrevivientes no heridos.

Al comienzo muchas personas que sobreviven al desastre se sienten exaltadas y aliviadas, frecuentemente con fuertes sentimientos positivos, por haber sobrevivido. Sin embargo, gradual y rápidamente se muestran los efectos del estrés.

Los sobrevivientes ilesos pueden presentar sentimientos de culpa porque escaparon al trauma, mientras que a otros no les sucedió igual y también culpables por lo que hicieron en un momento dado para sobrevivir. Se sienten mal por no haber prevenido o actuado para reducir los efectos del desastre, en sus seres queridos.

3. Los parientes de las víctimas.

Se presentan generalmente porque han escuchado reportes incompletos sobre el desastre. Generalmente se encuentra en ellos sentimientos de culpa y desamparo.

Es importante proporcionarles información certera y clara.

4. Auxiliadores en el desastre.

Las personas que proporcionan ayuda a víctimas del desastre generalmente presentan también trauma psicológico. Especialmente los socorristas no profesionales pueden experimentar un estrés similar al de las víctimas. Como voluntarios en el periodo anterior a la llegada de

ayuda profesional, ellos pueden sufrir el terrible trauma de no ser capaces de lograr éxito en sus intentos de rescate.

Adicionalmente a alguna posible herida experimentan: **frustración, rabia, culpa y desamparo**, por esto pueden también requerir apoyo.

¿Qué se debe hacer?

- **Dialogar con ellos.** El efecto psicológico sobre estas cuatro clases de víctimas puede reducirse poniendo atención a sus temores y sentimientos tan pronto como sea posible.
- **No posponer el acercamiento.** Inmediatamente ha sucedido un desastre muchos sobrevivientes están psicológicamente abiertos y dispuestos a hablar de sus experiencias; una actitud que, sin embargo, puede cambiar rápidamente a una posición de aislamiento, si se permite que el tiempo pase sin intentar establecer una comunicación adecuada.
- **Adoptar una actitud flexible y comprensiva** hacia las reacciones que las víctimas puedan adoptar. Durante la etapa de primeros auxilios no debe intentarse la modificación de las conductas defensivas. Constituyen una especie de cicatrización psicológica inicial, que conserva el funcionamiento de la personalidad durante las fases siguientes.
- **Procurar un sitio de descanso** y bebidas calientes para los que no tienen complicaciones físicas.
- **Acompañar a las víctimas**, no dejarlas solas. Los heridos son especialmente vulnerables a sentirse abandonados en la oscuridad.

- **Agrupar a algunas personas** para dialogar con ellas es generalmente útil. Si han enfrentado el peligro juntas es muy probable que se hayan creado fuertes lazos entre ellas. Las personas que se muestran muy alteradas si deben ser separadas de las otras.
- Permita **que los afectados expresen sus sentimientos** abiertamente respecto de la experiencia.
- **Fortalecer la conciencia de que las reacciones de la persona son normales** e incluso apropiadas. Muchos damnificados piensan que “se están volviendo locos” porque advierten cambios en su conducta social, por lo que es útil informarles sobre la forma en que evoluciona normalmente el proceso de duelo
- **Establecer mecanismos de información.** Debido a que la información es una de las preocupaciones más urgentes de los sobrevivientes, es conveniente establecer mecanismos que la faciliten. Por ejemplo hacer una lista de las personas que se encuentran afectadas, datos sobre su estado de salud y el lugar dónde se encuentran. Toda información pertinente debe ser suministrada y corregida la que es incorrecta. Esto ayuda a mejorar la capacidad de las víctimas para la resolución de problemas.
- **Informar a las víctimas sobre la disponibilidad de ayuda profesional** para su desorden emocional, si esta se encuentra disponible. Las personas que se muestran demasiado afectadas cuya tristeza va más allá de lo normal deben remitirse para atención especializada.

- **Las pesadillas** sufridas por las víctimas frecuentemente se alivian con el contacto físico, como un abrazo o una caricia. Si esto falla, puede ser mejor despertar a la persona y permitir que duerma un poco después.
- **Dar al damnificado la oportunidad de ver el cuerpo del muerto** si lo desea y si esto es posible. Permanecer con el muerto da a la familia la oportunidad de hacer conciente la realidad de lo ocurrido y una completa comprensión de la pérdida, que la falta de certeza ha sido superada y que deben tener una despedida final.

Recomendaciones Generales

- El éxito del auxiliador para lograr una buena comunicación con el damnificado depende de su capacidad para lograr la confianza de este en el auxiliador y en sí mismo.
- Los auxiliadores deben desalentar la dependencia respecto de ellos, aunque es posible que la permitan inicialmente, hasta que los damnificados deriven confianza de ellos mismos.
- Que los damnificados se sientan atendidos y menos impotentes y desvalidos. El objetivo primordial de la fase inicial de asistencia en casos de desastres es disminuir el estrés.
- Los damnificados suelen tener una sensación de impotencia, conducta indecisa y la creencia de que carecen de habilidades para resolver los problemas. La ayuda inicial deberá estar orientada hacia la supresión de estos sentimientos. El objetivo está en mejorar la confianza en su capacidad personal,

su autoestima, su flexibilidad para considerar soluciones opcionales a los problemas y su capacidad para soportar la confusión y la información contradictoria, que son características de esta primera fase de ayuda en desastres.

- Los auxiliadores deben suponer que los damnificados son en potencia, capaces de resolver sus propios problemas después de que se les ayuda a identificar las barreras para la solución o que se motiva su pensamiento hacia la exploración de nuevas soluciones.
- El “hablar bien”³ puede ser la principal herramienta psicoterapéutica, ya que involucra varios elementos importantes: el contacto interpersonal, la verbalización por parte de la víctima, que incrementa el control, el efecto catártico de ventilar las emociones (desahogarse) y la necesidad de elaborar psicológicamente las experiencias una y otra vez, si las impresiones se encuentran fragmentadas y confusas y no hay plena conciencia de lo que pasó.
- Se debe involucrar a las personas afectadas al proceso de reconstrucción, rehabilitación y/o recuperación. Esto les hará sentirse útiles y les facilitará el proceso de aceptación, y así superarán más fácilmente la situación crítica que se ha presentado

³ “Hablar bien”: saber conversar, ser buen conversador, entendido como aquel que habla sabiendo escuchar y permitiendo que la otra persona se exprese libremente.

BIBLIOGRAFÍA

Ahearn, F y Cohen R. *Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres*. México, DF.: Harla, 1989.

Cruz Roja Colombiana. *Manual de Primeros Auxilios y Autocuidado* (3ra ed.). Bogotá: Lerner, 1995.

Hales, D. *An Invitation to Health* (5ta. ed.). Redwood City, California: The Benjamin/Cummings, 1992.

Hyman E. Steven (editor). *Manual of Psychiatric Emergencias*. Boston/Toronto: Little Brown and Company, 1984.

Mejía, S. *Manual para la Detección de Casos de Maltrato a la Niñez*. Bogotá: Save the Children, 1994.

Ministerio de Salud. *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 1993*. Bogotá: Editorial Carrera Séptima, 1994.

Montoya, C. *Maltrato Infantil Vs. Prostaglandinas*. Temas de Pediatría No. 134. Bogotá: Nestle, 1995.

National Mental Health Association. *Mental Health is 1 2 3*. Alexandria: NMHA, 1988.

OMS. *Consecuencias Psicosociales de los Desastres: Prevención y Manejo*. (Trad: J. Posada Villa), Ministerio de Salud. Bogotá: Seneca Eds., 1995.

Presidencia de la República. *Maltrato Infantil. Un mal que sí tiene cura*. Bogotá: Plaza Impresores, 1993.

Saraceno, B. y otros. *El Promotor de Salud frente a los Trastornos Mentales*. San Salvador: Talleres Gráficos UCA, 1992.



Intervención en crisis durante la fase de emergencia para víctimas de desplazamiento forzado y desastres

Guía de Gestión de Caso Psicosocial
Para Unidades Móviles

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Dirección General Avenida Carrera 68 N° 64 c.75 • Bogotá • PBX 4377630

Línea gratuita nacional Bienestar Familiar 01 8000 91 80 80

www.icbf.gov.co

Estado Comunitario: desarrollo para todos

ISBN: 978-958-99030-1-8



9 789589 903018