

GUÍA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL



GUÍA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	4
AGRADECIMIENTOS	5
1. INTRODUCCIÓN	7
Salud mental y apoyo psicosocial en conflictos armados y en otras situaciones de violencia	8
Propósito de este documento	10
Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.....	10
Principios centrales que rigen las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial	10
1. Defender la humanidad, la imparcialidad y la no discriminación.....	11
2. Garantizar la participación de la comunidad y la sensibilidad cultural.....	11
3. Respetar la ética médica y sanitaria.....	12
4. Brindar atención de buena calidad según normas internacionalmente aceptadas.....	12
5. Garantizar la continuidad de los cuidados.....	12
El marco de salud mental y apoyo psicosocial del CICR	12
Objetivos principales	12
Acciones de habilitación.....	13
Tipos de intervenciones.....	13
Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial del CICR ante situaciones traumáticas	15
Seguimiento y evaluación basados en pruebas.....	16
Requisitos de los programas	17
Equipo de salud mental y apoyo psicosocial en el terreno	17
Marco temporal de los programas.....	18
2. FAMILIARES DE PERSONAS DESAPARECIDAS	21
Contexto general	22
Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	23
Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial.....	25
Diagnóstico de las necesidades.....	27
Formulación e implementación de los programas	28
Grupos que reciben apoyo.....	28
Objetivos específicos.....	28
Métodos	29
Monitoreo y evaluación	32
Principales desafíos para la implementación de los programas	35
3. VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	37
Contexto general	38
Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	40
Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial.....	42
Diagnóstico de las necesidades.....	42
Formulación e implementación de los programas	45
Grupos destinatarios	48
Objetivos específicos.....	49
Métodos	50
Monitoreo y evaluación	54
Principales desafíos para la implementación de los programas	57

4. CUIDADORES. MIEMBROS DE EQUIPOS DE INTERVENCIONES DE EMERGENCIA Y ACTORES CLAVE DE LA COMUNIDAD	59
Contexto general.....	60
Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	62
Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial	64
Diagnóstico de las necesidades	65
Formulación e implementación de los programas.....	66
Grupos destinatarios	66
Objetivos específicos.....	67
Métodos	67
Monitoreo y evaluación	70
Principales desafíos para la implementación de los programas.....	71
5. PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HERIDAS POR ARMA DE FUEGO Y PERSONAS CON DISCAPACIDADES FÍSICAS	73
Contexto general.....	74
Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	75
Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial	76
Diagnóstico de las necesidades	77
Formulación e implementación de los programas.....	78
Grupos destinatarios	78
Objetivos específicos.....	78
Métodos	79
Monitoreo y evaluación	81
Principales desafíos para la implementación de los programas.....	83
6. PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD Y EXDETENIDOS.....	85
Contexto general.....	86
Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	88
Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial	89
Diagnóstico de las necesidades	90
Formulación e implementación de los programas.....	91
Grupos destinatarios	91
Objetivos específicos.....	92
Métodos	92
Monitoreo y evaluación	94
Principales desafíos para la implementación de los programas.....	97
7. PERSONAS AFECTADAS POR EMERGENCIAS	99
Contexto general.....	100
Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	101
Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial	101
Diagnóstico de las necesidades	102
Formulación e implementación de los programas.....	103
Grupos que reciben apoyo.....	103
Objetivos específicos.....	103
Métodos	104
Monitoreo y evaluación	105
Principales desafíos para la implementación de los programas.....	105
BIBLIOGRAFÍA.....	107

PRÓLOGO

La guerra y la violencia destruyen comunidades y países en todo el mundo y tienen un impacto devastador en la salud mental y el bienestar psicosocial de millones de personas. Provocan el colapso de la infraestructura y de los sistemas locales. Consecuentemente, en muchas oportunidades no hay asistencia adecuada disponible cuando la población más la necesita. Las personas afectadas por los conflictos y la violencia corren el riesgo de morir, verse obligadas a desplazarse, perder a seres queridos y sufrir lesiones, entre otros peligros, y necesitan atención médica para tratar sus problemas tanto físicos como psicológicos.

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha elaborado esta guía para resumir el enfoque que adopta en relación con la salud mental y el apoyo psicosocial durante y después de los conflictos armados y otras situaciones de violencia. Esta guía contiene orientaciones internas que brindan un marco para armonizar los programas de salud mental y apoyo psicosocial dentro de la institución, combinando recomendaciones y prácticas internacionales basadas en pruebas con los conocimientos de los equipos del CICR sobre el terreno. Su objetivo es asegurar la calidad de las intervenciones del CICR para aliviar el sufrimiento de la población y mejorar su capacidad de funcionar en la vida cotidiana, reforzar los mecanismos de afrontamiento individuales y colectivos y evitar daños adicionales.

Esta publicación brinda un panorama general de los programas de salud mental y apoyo psicosocial basados en las necesidades. Describe las cuestiones preocupantes, los métodos de diagnóstico de las necesidades específicos de cada programa, las principales actividades y estrategias de implementación de los programas y sus procesos de seguimiento y evaluación. Al difundir esta guía ante un público externo, el CICR se propone sensibilizar a los profesionales y a otros interesados acerca de su enfoque y promover normas coherentes de implementación de los programas a nivel tanto profesional como operacional, dando una idea de sus procesos estratégicos y sus prácticas en el terreno. *No obstante, no se pretende que esta publicación sirva como manual de capacitación sobre técnicas de salud mental y apoyo psicosocial específicas.*

El CICR tiene abundante experiencia en el ámbito de los servicios salud mental y apoyo psicosocial. Sus programas dan respuesta a las necesidades de familiares de personas desaparecidas, víctimas de violencia (incluida la violencia sexual), personas que han sufrido heridas o una discapacidad como consecuencia de conflictos y quienes brindan asistencia en una comunidad afectada (los “ayudantes”). La naturaleza integral de los capítulos dedicados a esos grupos refleja la amplia experiencia humanitaria del CICR y las lecciones que ha obtenido. Los capítulos sobre programas de salud mental y apoyo psicosocial que abordan las necesidades de las personas que han estado detenidas o que lo están actualmente presentan los antecedentes teóricos de las actividades más recientes, que se profundizarán en el futuro.

Dada la experiencia del CICR en la respuesta a diversas necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en un contexto humanitario en constante cambio, esta guía se ha elaborado con miras a seguir adaptándola y ajustándola en el futuro.

AGRADECIMIENTOS

Esta guía se redactó junto con el equipo de salud mental y apoyo psicosocial del CICR, con aportes valiosos tanto del personal sobre el terreno como de otros miembros de la Unidad de Salud del departamento de Actividades Operacionales de la sede. Se nutren de los amplios conocimientos y experiencias adquiridos durante años de trabajo con personas afectadas por conflictos armados y por otros tipos de violencia.

El equipo de salud mental y apoyo psicosocial quiere expresar su sincero agradecimiento a todas las personas que han revisado este documento y que han contribuido a su redacción, especialmente a los colegas de las divisiones de Asistencia y Protección.



1. INTRODUCCIÓN

SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN CONFLICTOS ARMADOS Y EN OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA

Los servicios de salud mental y apoyo psicosocial cumplen una función especialmente importante en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia¹, así como en emergencias. La violencia, el temor y la incertidumbre pueden provocar el caos y agotar los recursos de una comunidad. Como consecuencia, las personas sufren problemas psicológicos que deterioran su funcionamiento cotidiano habitual y su interacción social.

La tasa de incidencia de problemas de salud mental suele incrementarse en esos períodos, en los que también es posible que los trastornos preexistentes reaparezcan como consecuencia de los conflictos o de la violencia o que empeoren a causa de estos. Aunque las personas con trastornos de salud mental constituyen un grupo especialmente vulnerable, muchas veces se las descuida.

La incidencia de problemas psicosociales también aumenta significativamente en conflictos armados, otras situaciones de violencia y emergencias. La exposición a la violencia, el deterioro de las redes de contacto social, la pérdida o la separación de familiares y amigos, la degradación de las condiciones de vida, la pobreza y el acceso limitado a la ayuda pueden afectar el bienestar de las personas, las familias y las comunidades tanto a corto plazo como a largo plazo.

En este documento, el término **“salud mental”** se emplea en referencia al bienestar psicológico. Las intervenciones de salud mental tienen por objeto mejorar el bienestar psicológico reduciendo los niveles de sufrimiento psicológico, mejorando el funcionamiento cotidiano y proporcionando estrategias de afrontamiento eficaces. Esas intervenciones las supervisa un profesional de la salud mental y van dirigidas a personas, familias o grupos.

El término **“psicosocial”** se emplea para describir la interconexión entre el individuo (es decir, la “psiquis” de una persona) y su entorno, sus relaciones interpersonales, su comunidad o su cultura (es decir, su contexto social). El apoyo psicosocial es esencial para mantener una buena salud física y mental y supone un mecanismo de afrontamiento importante para la población en tiempos difíciles. Las intervenciones psicosociales son la columna vertebral de cualquier respuesta de salud mental y apoyo psicosocial e incluyen diversas actividades sociales diseñadas para fomentar mejoras en el ámbito psicológico, como compartir experiencias y alentar el apoyo social, la sensibilización y la psicoeducación.

Las necesidades psicosociales y de salud mental muchas veces exceden considerablemente la capacidad de respuesta de los servicios locales. Las situaciones de conflicto pueden sobrecargar aún más los recursos ya escasos o inadecuados de los sistemas de salud y debilitar su capacidad de brindar atención de buena calidad a quienes más la necesitan. A menudo, la atención psicosocial y de salud mental es una preocupación secundaria en contextos de conflicto, en los que los esfuerzos de ayuda iniciales normalmente se centran en cuestiones de salud más inmediatas y evidentes.

¹ “Otras situaciones de violencia” se emplea para designar las “situaciones en las que se cometen colectivamente actos de violencia, pero que están por debajo del umbral de un conflicto armado. Esas situaciones se caracterizan, en particular, por el hecho de que la violencia es generada por uno o varios grupos compuestos por un gran número de personas. Otros tipos de violencia (interpersonal o autodirigida) no son lo que el CICR entiende por ‘otras situaciones de violencia’ en su declaración de principios.” Extraído de “El papel del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en situaciones de violencia que no alcanzan el umbral de los conflictos armados” (en inglés), en la publicación *International Review of the Red Cross*, n.º 893, marzo de 2014, págs. 275–304.

En situaciones en las que hay servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles, puede suceder que el acceso a estos sea limitado a causa de su ubicación geográfica o por restricciones de seguridad. La raza o etnia de una persona, su género, sus discapacidades, sus necesidades especiales de atención de salud o su condición socioeconómica pueden afectar su acceso a la atención. Cuando se brinda atención de salud mental, esta suele tener un alcance limitado y discriminatorio. Además, se tiende a considerar que todas las personas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial son enfermos mentales. Es posible que el personal sanitario no especializado carezca de conocimientos específicos de salud mental y apoyo psicosocial o de experiencia en ese ámbito, o que no tenga tiempo de adquirir las habilidades necesarias para abordar el impacto de la violencia en la salud mental, y hay pocos expertos en ese tema. Las creencias o los prejuicios sociales y culturales sobre la salud mental también pueden desalentar la búsqueda de ayuda de los pacientes, porque pueden verse estigmatizados².

En respuesta a las necesidades sobre el terreno, y dada la importancia creciente de la atención de salud mental y apoyo psicosocial, el CICR ha ampliado y diversificado sus programas de asistencia. En 2004, la Política de Asistencia de la institución³ incluyó la salud mental como uno de los nueve ámbitos de la atención primaria de la salud en los cuales el CICR evalúa las necesidades e implementa actividades sanitarias. Eso permitió a la institución elaborar un número de programas para abordar las necesidades psicosociales y de salud mental. Con el tiempo, el CICR amplió sus programas de salud mental y apoyo psicosocial. Así, la estrategia de salud del CICR para 2014-2018 incluyó este ámbito en su objetivo estratégico, cuya finalidad es dar respuesta a las necesidades de salud nuevas e incipientes de las personas afectadas por conflictos armados y por otras situaciones de violencia. Para garantizar la continuidad de los cuidados⁴, los programas de salud mental y apoyo psicosocial se integran, cuando es necesario, en la respuesta global en materia de salud.

Los programas de salud mental y apoyo psicosocial hacen referencia a una amplia gama de intervenciones que abordan las dificultades psicológicas y psicosociales que pueden ser provocadas o empeoradas por los conflictos armados y por otras situaciones de violencia. Las necesidades psicosociales y de salud mental están íntimamente ligadas entre sí, por lo que cualquier intervención eficaz debe abordar ambos componentes.

Los programas del CICR se han elaborado con miras a fortalecer la capacidad local de estabilizar y mejorar las condiciones de salud mental y de bienestar psicosocial de las personas y las comunidades. Los programas de salud mental y apoyo psicosocial aplican un enfoque integrado y multidisciplinario para abordar necesidades específicas, como brindar apoyo a los familiares de personas desaparecidas, a las víctimas o los supervivientes de la violencia (incluidos niños y víctimas de violencia sexual) y a personas detenidas o que estuvieron detenidas en el pasado.

² El estigma es un atributo que se percibe como negativo y que hace que alguien menosprecie a una persona o a un grupo; la estigmatización provoca discriminación, que es el hecho de recibir un trato diferente debido a ese atributo que se percibe como negativo. La mayoría de las intervenciones de apoyo psicosocial y en salud mental se centran en abordar la estigmatización. Sin embargo, si es necesario, puede abordarse también específicamente la discriminación, especialmente en los casos de personas con trastornos psiquiátricos que pueden estar sufriendo malos tratos físicos o psicológicos a causa de su estado.

³ https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc_855_policy_ang.pdf.

⁴ Continuidad de los cuidados (definición del CICR): la continuidad de los cuidados se basa en un sistema integrado que garantiza que las personas tengan acceso seguro y oportuno a servicios de salud eficaces e imparciales. Vincula los primeros auxilios, la atención prehospitalaria, la atención primaria de salud, los servicios hospitalarios y la rehabilitación (incluida la salud mental y el apoyo psicosocial), así como los servicios de salud de las personas detenidas, con sistemas funcionales de referencia de ida y vuelta.

PROPÓSITO DE ESTE DOCUMENTO

Esta guía reúne normas y prácticas de salud mental y apoyo psicosocial internacionalmente reconocidas y basadas en pruebas, combinadas con los conocimientos, la experiencia y la perspectiva de profesionales de salud mental que han trabajado en conflictos armados y en otras situaciones de violencia. Se han formulado para que puedan adaptarse y desarrollarse a lo largo del tiempo y establecen un marco de principios éticos, definiciones comunes y procedimientos recomendados que deben aplicarse a las actividades de salud mental y apoyo psicosocial del CICR.

Los programas de salud mental y apoyo psicosocial del CICR brindan servicios psicológicos y psicosociales con modelos de prestación adaptados a países y situaciones específicos. Por este motivo, los grupos beneficiarios, los recursos humanos, las iniciativas de trabajo comunitario y la forma en que las actividades de salud mental y apoyo psicosocial se relacionan con otras actividades del CICR y las complementan varían de un programa a otro.

Dada la amplia variedad de contextos en los que está activo el CICR, es necesario contar con programas de salud mental y apoyo psicosocial apropiados y eficaces basados en normas profesionales comunes y adaptados a situaciones específicas. No adoptar un enfoque coherente podría ser perjudicial precisamente para las personas y las comunidades a las que el CICR pretende ayudar. Por ello, el propósito de esta guía es armonizar los programas de salud mental y apoyo psicosocial del CICR en todo el mundo, para garantizar la calidad de la atención y mejorar las sinergias con otras actividades del CICR y de otros prestadores de servicios a nivel mundial.

MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA

El CICR forma parte del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que incluye también a 190 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (conocida como “la Federación Internacional”). El CICR, la Federación Internacional y cada una de las Sociedades Nacionales son entidades independientes, con sus propios estatutos y sin autoridad unas sobre otras. Todas implementan una amplia gama de programas de salud mental y apoyo psicosocial, ya sea de manera independiente o en colaboración unas con otras⁵.

PRINCIPIOS CENTRALES QUE RIGEN LAS INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Para garantizar la provisión de atención de buena calidad en materia de salud mental y apoyo psicosocial en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia, las intervenciones del CICR se basan en un conjunto de principios tomados de la publicación de 2007 del IASC titulada *Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*⁶, del manual de 2011 del Proyecto Esfera⁷ y de la estrategia de salud del CICR para 2014–2018. Además de los siete Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad⁸), los cinco principios siguientes establecen un marco ético y profesional para los profesionales de la salud:

- 5 V. CICR, *Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*, CICR, Ginebra, 2015; y www.ifrc.org (todas las referencias de internet fueron consultadas en febrero de 2017).
- 6 Comité Permanente entre Organismos (IASC, por sus siglas en inglés), *Guía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, IASC, Ginebra, 2007.
- 7 Proyecto Esfera, *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*, Proyecto Esfera, Ginebra, 2011.
- 8 CICR, *Principios Fundamentales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*, CICR, 1996: <https://shop.icrc.org/icrc/pdf/view/id/2322>.

1. Defender la humanidad, la imparcialidad y la no discriminación.
2. Garantizar la participación de la comunidad y la sensibilidad cultural.
3. Respetar la ética médica y sanitaria.
4. Brindar atención de buena calidad según normas internacionalmente aceptadas.
5. Garantizar la continuidad de los cuidados.

Los profesionales de la salud mental en el terreno se esfuerzan por actuar en defensa de los intereses de los pacientes. Implementar actividades de salud mental y apoyo psicosocial según los principios mencionados contribuye a fomentar la confianza y a lograr que las personas que tienen necesidades de salud mental y apoyo psicosocial se involucren plenamente y participen en estos programas.

1. DEFENDER LA HUMANIDAD, LA IMPARCIALIDAD Y LA NO DISCRIMINACIÓN

Las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial se centran en satisfacer las necesidades de la población y en brindar un trato humano. El documento *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*⁹ del Proyecto Esfera se basa en el principio de humanidad y reconoce el derecho de las personas a una vida digna, su derecho a protección y seguridad, y su derecho a recibir ayuda humanitaria según sus necesidades. Este principio también es un aspecto fundamental de la misión del CICR, que consiste en prevenir y aliviar el sufrimiento humano en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia.

Al mantener su imparcialidad, el CICR se propone garantizar que sus intervenciones aborden las necesidades específicas más urgentes de las comunidades y personas más afectadas. Todas las actividades del CICR cumplen el principio de imparcialidad, que estipula que se brinde apoyo humanitario según las necesidades de la población en el terreno.

Al defender el principio de no discriminación, el CICR pretende evitar cualquier tipo de discriminación, sin importar si se basa en la edad, el género, la raza, el color, la etnia, la orientación sexual, la lengua, la religión, las condiciones de salud, la opinión política o de otra índole o el origen nacional o social.

Al aplicar los principios de humanidad, imparcialidad y no discriminación, también deben tenerse en cuenta los factores individuales (por ejemplo, el género, la edad y la exposición a la violencia). Estos ayudan a identificar vulnerabilidades específicas y son esenciales para comprender las necesidades de las personas y las comunidades y darles una respuesta eficaz.

2. GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD Y LA SENSIBILIDAD CULTURAL

Las intervenciones humanitarias son más eficaces cuando los beneficiarios previstos participan activamente en el programa desde el principio. Como señala el CICR, “[l]as personas y comunidades afectadas deben ser consultadas para definir mejor sus necesidades e intereses, y hay que asociarlas a la acción. Han de tomarse en cuenta sus sistemas de valores y sus vulnerabilidades específicas, así como la percepción que esas personas y comunidades tienen de sus propias necesidades. El CICR privilegia un proceder participativo, con vistas a reforzar las capacidades operativas locales”¹⁰.

Por lo tanto, las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial se realizan de una forma que promueve la dignidad, permite que los beneficiarios se ayuden a sí mismos mediante una participación con sentido, respeta la importancia de las prácticas religiosas y culturales y mejora el bienestar general de las comunidades. En las intervenciones, se procura tener en cuenta las consideraciones culturales mediante la participación de miembros clave de la comunidad en cuestión, incluidos sus líderes tradicionales y religiosos, docentes y profesionales de la salud. Es crucial identificar y reforzar esos recursos locales (tanto del gobierno como de la sociedad civil). El CICR lo hace con tipos de acción específicos:

⁹ Proyecto Esfera, *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*, Proyecto Esfera, Ginebra, 2011.

¹⁰ CICR, *El CICR: su misión y su acción*, 2009: <https://shop.icrc.org/icrc/pdf/view/id/692>.

sensibilización sobre la responsabilidad (persuasión, movilización, denuncia); apoyo; y sustitución (prestación de servicios directa)¹¹.

Si los programas no reconocen la importancia de la participación de la comunidad y de la sensibilización cultural, pueden causar daño al no tener en cuenta los mecanismos de afrontamiento vigentes y prolongar el sufrimiento. También es probable que la población local solo los asuma como propios en una medida muy limitada. Por el contrario, los programas que involucran a la comunidad y que tienen en cuenta los factores culturales pueden brindar un apoyo eficaz.

3. RESPETAR LA ÉTICA MÉDICA Y SANITARIA

Hasta ahora, no hay un código ético global para los profesionales de la salud mental, aunque se han elaborado numerosos códigos a nivel nacional u organizacional¹². Los códigos de conducta para trabajadores de salud mental, como los que emplean otros profesionales de la salud, se centran en preservar la dignidad, garantizar la confidencialidad, prevenir la enfermedad, restablecer la salud, aliviar el sufrimiento y, sobre todo, “no causar daño”.

Para respetar esos principios, es necesario contar con programas de salud mental y apoyo psicosocial eficaces y formulados e implementados por profesionales cualificados y con competencias específicas en el ámbito de la salud mental y del apoyo psicosocial. Esos especialistas deben trabajar exclusivamente en el ámbito de su especialidad y seguir perfeccionándose profesionalmente.

4. BRINDAR ATENCIÓN DE BUENA CALIDAD SEGÚN NORMAS INTERNACIONALMENTE ACEPTADAS

Las intervenciones del CICR se basan en normas y prácticas de salud mental y apoyo psicosocial internacionalmente aceptadas y basadas en pruebas. Este documento ofrece una guía para la implementación de programas que reflejen las mejores prácticas vigentes entre los actores humanitarios. Todas las intervenciones adoptan una perspectiva a largo plazo en relación con la recuperación, sin importar la duración de un programa dado, y brindan apoyo a actores locales para que apliquen esos conceptos en su labor de ayudar a las comunidades afectadas.

5. GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Como se detalla en la estrategia de salud del CICR, todos los programas de salud deben garantizar la atención de los cuidados. Eso significa que los servicios brindados deben formar parte de un sistema integrado que ofrezca un acceso seguro y oportuno a servicios de salud eficaces e imparciales. Las actividades y los programas de salud mental y apoyo psicosocial se integran, en la medida de lo posible, en el marco de los servicios de salud, para brindar una atención integral a lo largo de toda la cadena de gestión de pacientes y beneficiarios. La continuidad de los cuidados vincula los primeros auxilios y la atención prehospitalaria, la atención primaria de la salud, los servicios hospitalarios y los de rehabilitación (incluido el de salud mental y apoyo psicosocial), así como los servicios de salud de los centros de detención, con sistemas funcionales de referencia de ida y vuelta.

EL MARCO DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL DEL CICR

Los programas del CICR incluyen componentes tanto psicosociales como de salud mental.

OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Abordar las necesidades psicológicas y psicosociales a nivel individual, familiar y comunitario;

¹¹ Ibíd.

¹² V., por ejemplo, American Psychological Association, *Ethical principles of psychologists and code of conduct*, American Psychological Association, 2010; The British Psychological Society, *Code of Ethics and Conduct: Guidance published by the Ethics Committee of the British Psychological Society*, The British Psychological Society, Leicester (Reino Unido), 2009; y Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, *Meta-Code of Ethics*, Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, Atenas, 1995.

2. promover mecanismos de afrontamiento individuales, familiares y comunitarios;
3. prevenir otros problemas psicosociales y de salud mental.

ACCIONES DE HABILITACIÓN

- Aliviar el sufrimiento mediante la reducción de la intensidad y la frecuencia de síntomas psicológicos y psicosociales;
- mejorar el funcionamiento psicológico y psicosocial cotidiano;
- reforzar los mecanismos de afrontamiento de las personas y las comunidades.

Pirámide de necesidades de salud mental y psicosociales, con el apoyo que brindan los programas de salud mental y apoyo psicosocial del CICR



TIPOS DE INTERVENCIONES

Los programas de salud mental y apoyo psicosocial del CICR abarcan las actividades que se describen a continuación.

• Actividades de salud mental

Los programas de salud mental y apoyo psicosocial brindan apoyo en materia de salud mental principalmente mediante actividades de fortalecimiento de la capacidad que mejoran las habilidades de apoyo psicosocial de los actores clave de la comunidad, incluidos los trabajadores de la salud y los profesionales de atención de salud mental locales. Las sesiones de capacitación están a cargo de profesionales de la salud mental, como delegados de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales, que las adaptan a la función específica de quienes brindan esa atención, a las necesidades psicosociales de la comunidad afectada y a la cultura y el contexto locales. Esas actividades de fortalecimiento de la capacidad incluyen la formación sobre habilidades básicas de apoyo psicosocial o habilidades de apoyo psicoterapéutico. En general, se brinda capacitación básica en apoyo psicológico a actores cuyas funciones actuales implican abordar las necesidades de las víctimas y que pueden requerir más apoyo para realizar esas tareas con eficacia. Entre esos actores, puede haber miembros de equipos de intervenciones de emergencias, personal hospitalario y docentes, que normalmente tienen una gran carga de trabajo y solo tienen tiempo para comprometerse con una capacitación básica. A la vez, se brinda capacitación en apoyo psicoterapéutico a actores que ya cuentan con habilidades más avanzadas (por ejemplo, trabajadores locales de salud mental, actores especializados en apoyo social o actores de la comunidad que tienen tanto competencias pertinentes como tiempo para una mayor capacitación).

Para desarrollar capacidades y garantizar la calidad de las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial, es esencial hacer un seguimiento y una supervisión adecuados de todas las actividades de fortalecimiento de la capacidad. Además de abordar las necesidades de salud mental inmediatas, las actividades de fortalecimiento de la capacidad tienen el objetivo más amplio de fomentar sistemas de salud mental o reforzar los sistemas de salud mental ya disponibles.

– *Apoyo psicológico básico (individual y grupal)*

Las personas atrapadas en situaciones de conflicto y de violencia pueden necesitar apoyo para superar dificultades psicológicas inmediatas leves. El apoyo psicológico básico se centra principalmente en ayudar a las personas a mejorar su funcionamiento inmediato.

Según las necesidades de la población y los recursos humanos disponibles, actores seleccionados de la comunidad (por ejemplo, líderes comunitarios, líderes religiosos o docentes) o prestadores de servicios de salud (por ejemplo, trabajadores de salud de la comunidad, enfermeros o médicos) reciben capacitación, apoyo y supervisión de profesionales de la salud mental (por ejemplo, delegados de salud mental y apoyo psicosocial, colaboradores sobre el terreno o psicólogos locales) para poder brindar apoyo psicológico básico. El nivel y el tipo de apoyo que brinden dependerán de las necesidades sobre el terreno y de sus conocimientos, habilidades y disponibilidad. Aunque algunos de esos actores pueden ser profesionales cualificados o miembros respetados de la comunidad, cuyas funciones vigentes ya incluyan un componente de apoyo, otros pueden necesitar capacitación adicional para poder brindar ese tipo de asistencia de una forma independiente. Muchas veces, esas personas son miembros de la comunidad afectada que tienen una actitud solidaria. Las habilidades básicas que se enseñan a esos actores incluyen saber crear un entorno seguro, inspirar confianza y mejorar sus habilidades de comunicación y de escucha activa. Otros ámbitos básicos incluyen la psicoeducación (es decir, la provisión de información sobre reacciones psicológicas específicas y la difusión de estrategias de afrontamiento positivas) y la normalización (es decir, la provisión de información sobre reacciones psicológicas comunes ante situaciones anormales). Un actor de la comunidad que ha recibido la capacitación correspondiente y tiene experiencia en dificultades similares actúa como facilitador de grupos de apoyo entre pares con un componente de apoyo psicológico básico.

– *Apoyo psicoterapéutico (individual y grupal)*

En situaciones en las que las necesidades de salud mental son más agudas, se capacita a actores de la comunidad cualificados y capacitados, a psicólogos locales y a otros trabajadores de salud mental (por ejemplo, *counsellors*, algunos trabajadores sociales y, en algunos casos, actores de la comunidad con habilidades adecuadas) para que brinden apoyo psicoterapéutico. Se les enseña a identificar síntomas de sufrimiento psicológico y el impacto de esos síntomas en el funcionamiento cotidiano, así como a investigar los recursos individuales y sociales y a promover estrategias de afrontamiento positivas. El objetivo del apoyo psicoterapéutico es reducir los síntomas de sufrimiento y mejorar el funcionamiento cotidiano de las personas y las estrategias de afrontamiento psicológico con las que cuentan. Cuando es necesario, puede brindarse apoyo psicoterapéutico grupal a personas con necesidades de salud mental similares, para abordar un problema de salud mental específico o para compartir experiencias.

– *Atención especializada y referencias*

En programas y contextos específicos (por ejemplo, en instalaciones de detención y hospitales), se facilita el apoyo psiquiátrico y el apoyo especializado, principalmente mediante el fortalecimiento de la capacidad y actividades de promoción y sensibilización destinadas a los recursos locales. Es esencial identificar a los prestadores de servicios de salud mental disponibles, para facilitar la referencia de casos graves o complejos. Los profesionales de la salud mental brindan capacitación y apoyo para equipar a otros actores cualificados que realizan labores de apoyo psicológico o psicoterapéutico básico, para identificar las necesidades y efectuar las referencias que correspondan.

- **Actividades de apoyo psicosocial**

Los trabajadores de salud mental capacitan a actores clave de la comunidad (por ejemplo, delegados de salud mental y apoyo psicosocial, psicólogos locales o *counsellors* cualificados) y les brindan apoyo para que puedan identificar las necesidades psicosociales y darles una respuesta adecuada. Esa respuesta puede incluir la facilitación de grupos de apoyo psicosocial, la realización de actividades informativas o de sensibilización o la derivación de pacientes a prestadores de servicios de buena calidad. También se puede brindar capacitación para fortalecer las habilidades en materia psicosocial a ciertos especialistas (por ejemplo, para ayudar a los psiquiatras locales a incorporar elementos psicosociales en la atención que brindan). Como sucede con todas las actividades de fortalecimiento de la capacidad, es esencial prever las actividades de control, seguimiento y supervisión adecuadas.

- **Actividades psicosociales grupales**

Los actores clave de la comunidad reciben capacitación por parte de profesionales de salud mental (por ejemplo, delegados de salud mental y apoyo psicosocial, psicólogos locales o *counsellors* cualificados) para que puedan realizar actividades que aborden los problemas psicosociales mediante la psicoeducación y el fomento de la confianza, la resolución de problemas y el intercambio de experiencias e información. Las actividades grupales (como los grupos de apoyo entre pares o las actividades sociales) ayudan a combatir el aislamiento, ya que brindan oportunidades de conocer a otras personas que han tenido experiencias similares y de formar redes de apoyo social. En esas actividades, se da por hecho el vínculo entre los problemas psicosociales y el sufrimiento psicológico, lo cual significa que las actividades contribuyen a mejorar el bienestar psicológico.

- **Actividades informativas y de sensibilización**

Las actividades informativas y de sensibilización suelen tener un aspecto psicosocial, pero su finalidad es crear conciencia respecto de cuestiones tanto psicosociales como de salud mental. Aunque muchas veces abordan aspectos técnicos, el objetivo de esas actividades es transmitir información de una forma comprensible, interesante y culturalmente adecuada. Las actividades informativas van dirigidas a diversos públicos y tienen por objeto brindar información general sobre cuestiones de salud mental y apoyo psicosocial, como el impacto de la violencia y la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios. Las actividades de sensibilización van dirigidas a un grupo específico de personas, normalmente las que son influyentes en la comunidad o mantienen contacto directo con personas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. Las actividades de sensibilización se adaptan al grupo objetivo y tienen por objeto influir positivamente en las actitudes y las conductas hacia las personas que tienen necesidades de salud mental y apoyo psicosocial, para hacer frente a la estigmatización que esas personas sufren en muchos casos. A menudo, las actividades informativas y de sensibilización se realizan en el marco de una estrategia de movilización de la comunidad, con el objetivo de involucrar a los miembros de la comunidad y de reforzar las redes de apoyo comunitario nuevas o ya vigentes.

- **Referencias**

Se crea una red multidisciplinaria para hacer referencias y se hacen referencias oportunas en casos en los que se identifican necesidades adicionales económicas, sanitarias, jurídicas o de protección. El CICR brinda capacitación y apoyo para permitir a los actores de apoyo psicosocial identificar las necesidades y hacer las referencias que correspondan.

RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL DEL CICR ANTE SITUACIONES TRAUMÁTICAS

La definición y el uso del término “situación traumática” pueden ser excesivamente generales o sumamente específicos. Pueden hacer referencia a cualquier acontecimiento adverso en la vida o describir un conjunto de estados clínicos que cumplan criterios de diagnóstico específicos. Ninguna de esas dos definiciones cubre la compleja interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales antes, durante y después de las experiencias traumáticas. Los traumas pueden agudizarse en situaciones que impliquen violencia grave,

continuada e imprevisible. Por ejemplo, una persona puede resultar herida, sufrir amenazas de muerte, padecer violencia sexual, ser testigo de la muerte de un ser querido o enterarse de las experiencias traumáticas de otros.

Una persona puede sufrir un trauma como consecuencia de amenazas contra su vida o su integridad física o psicológica, o de haber sido testigo de actos de violencia, lesiones o muertes. El estrés y la intensidad emocional de un hecho traumático son abrumadores y pueden causar miedo extremo y terror. El contexto social en el que se producen los hechos traumáticos tiene una importancia vital. Da forma a nuestras suposiciones y expectativas en relación con nosotros mismos y con otras personas, y afecta el modo en que ese hecho traumático (que normalmente echa por tierra esas suposiciones) se integra en nuestra visión del mundo. Uno de los principales factores determinantes del estrés traumático es la sensación de impotencia extrema en el momento de los hechos. En esas circunstancias, es posible que las personas se paralicen o sientan confusión, shock o falta de sensibilidad. Ese proceso de afrontamiento es una reacción normal ante un hecho anormal, y, cuando se les brinda un entorno de apoyo, la mayoría de las personas se recuperan bien. Sin embargo, no todos reaccionan igual ante los hechos adversos. La recuperación es más difícil en casos en los que han colapsado las redes de apoyo social, cosa que suele suceder en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia. Los hechos traumáticos incluyen, con frecuencia, actos de abuso de poder, deslealtad, trampas, dolor y pérdidas. Si las víctimas no logran integrar esos hechos en su propia visión del mundo, la marca del trauma dominará su forma de organizar sus vidas.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5 (DSM-5)*, por sus siglas en inglés)¹³ de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10)*¹⁴ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen criterios para el diagnóstico de los traumas y de otros trastornos relacionados con estresores, incluido el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Reconocer patrones de reacciones ante hechos extremos facilita su clasificación. Sin embargo, aplicar esos criterios limita la definición del trauma a un diagnóstico específico. Los factores culturales y ambientales que influyen en la experiencia del trauma de los supervivientes y en sus necesidades de salud mental y apoyo psicosocial son diversos y dependen del contexto, lo que a veces no se tiene adecuadamente en cuenta al hacer un diagnóstico. En vista de la inestabilidad y la inseguridad provocadas por los conflictos armados y por otras situaciones de violencia y la devastación que causan, es imperativo encontrar un enfoque adaptable y práctico que aborde las diversas necesidades de las personas que padecen traumas.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, el enfoque del CICR sobre el trauma no se centra en el diagnóstico de trastornos de salud mental, sino que sus intervenciones se encaminan a reducir los síntomas psicológicos y psicosociales y el sufrimiento de las personas y mejorar su funcionamiento cotidiano y sus mecanismos de afrontamiento.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN BASADOS EN PRUEBAS

Es importante evaluar y adaptar las actividades para garantizar su eficacia. Los sistemas de seguimiento y evaluación implican un proceso continuo y sistemático de registro, obtención, medición, análisis y transmisión de información, para identificar los ámbitos susceptibles de mejora y, llegado el caso, para cumplir con mayor eficacia los objetivos establecidos. Además, las lecciones adquiridas pueden aplicarse a programas futuros.

En los programas de salud mental y apoyo psicosocial del CICR, se emplean escalas estandarizadas para realizar el seguimiento y la evaluación de las actividades que se basen en pruebas. Tomando en cuenta la diversidad de países y comunidades en los que opera el CICR, las escalas que emplean los programas de salud mental y apoyo psicosocial deben validarse en el plano intercultural y traducirse a las lenguas locales. Las escalas vigentes no siempre pueden aplicarse a situaciones de conflicto “no occidentales”, por lo que el CICR emplea escalas adaptables. Esas escalas se utilizan para medir cambios en el nivel de sufrimiento psicológico, en el funcionamiento cotidiano y en las estrategias de afrontamiento de las personas y comunidades a lo largo del tiempo.

¹³ Asociación Estadounidense de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5 (DSM-5)*, 5ª ed., American Psychiatric Association, Arlington, Virginia (EE. UU.), 2014.

¹⁴ OMS, *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, OMS, Ginebra, 1992.

Algunos ejemplos de escalas empleadas en los programas de salud mental y apoyo psicosocial son los siguientes:

Sufrimiento

- Escala Revisada de Impacto de Sucesos (IES-R, por sus siglas en inglés)¹⁵
- Escala Revisada de Impacto de Sucesos en Niños (CRIES, por sus siglas en inglés)¹⁶

Funcionamiento

- Programa de evaluación de la discapacidad 2.0 de la OMS (WHODAS 2.0, por sus siglas en inglés)¹⁷
- Cuestionario sobre la calidad de vida profesional (ProQOL, por sus siglas en inglés)¹⁸
- Cuestionario de autoevaluación 20 (SRQ 20, por sus siglas en inglés)¹⁹

Adaptación

- Breve inventario COPE²⁰

Los indicadores son variables o factores cuantitativos o cualitativos que establecen una base sencilla y fiable para evaluar o medir los cambios o el desempeño. Se emplean datos cuantitativos para brindar información sobre el número de personas que reciben apoyo y sobre cualquier cambio en el bienestar psicológico y psicosocial de esas personas a lo largo del tiempo (es decir, al comparar un punto en el tiempo con otro). Se obtienen datos cualitativos en entrevistas grupales o individuales; se da a las personas y a las comunidades la oportunidad de expresar sus puntos de vista y sus experiencias, lo cual aporta sentido y detalles a los datos numéricos. Los indicadores de resultados y de productos se emplean para estimar la eficacia de las intervenciones. Los datos combinados se utilizan para que los programas se sigan adaptando y perfeccionando. El CICR ha desarrollado sus propias herramientas de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial, que brindan una plataforma consolidada para el almacenamiento y el análisis de la información.

REQUISITOS DE LOS PROGRAMAS

EQUIPO DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EL TERRENO

El equipo de salud mental y apoyo psicosocial del CICR se compone de casi cien profesionales de la salud mental²¹ en todo el mundo. Esa cifra incluye personal tanto extranjero como local en el terreno. Su número varía de un año a otro, según las necesidades globales y el número de programas de salud mental y apoyo psicosocial activos. El número de programas de este tipo desplegados por el CICR en el mundo ha aumentado mucho en los últimos años, de 10 en 2010 a 77 en 2017.

Los delegados de salud mental y apoyo psicosocial son psicólogos y psiquiatras contratados por sus cualificaciones profesionales y su capacidad de brindar apoyo en salud mental y psicosocial sólido a comunidades afectadas por los conflictos y por la violencia. Tienen experiencia en los ámbitos de la atención de salud mental y la respuesta a emergencias, así como habilidades específicas para abordar el impacto psicológico de la violencia. Es posible que hayan trabajado con víctimas de violencia (incluso víctimas de violencia sexual y niños), en entornos de atención de salud o con familiares de personas desaparecidas. Los conocimientos de los delegados de salud mental y apoyo psicosocial incluyen también competencias relativas a la supervisión, la capacitación y la gestión de equipos.

15 V. www.emdrhap.org/content/wp-content/uploads/2014/07/VIII-E_Impact_of_Events_Scale_Revised.pdf.

16 V. Children and War Foundation, CRIES 13, Bergen (Noruega), 1998: <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/jies13/>.

17 V. <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>.

18 V. http://www.proqol.org/ProQol_Test.html.

19 V. OMS, *A User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*, OMS, Ginebra, 1994: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf.

20 V. Departamento de Psicología, College of Arts & Sciences, University of Miami: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.html>.

21 En este documento, el término “profesional de la salud mental” se emplea en referencia a psicólogos y psiquiatras; el término “especialista en salud mental” se emplea en referencia a psicólogos y psiquiatras y también a personas capacitadas por un profesional de la salud mental para desarrollar sus habilidades de apoyo psicológico y psicosocial, pero que no son profesionales de la salud mental (esto incluye a actores de la comunidad que se han capacitado como *counsellors*).

Los delegados son responsables de evaluar las necesidades psicológicas y psicosociales, así como de elaborar y conducir los programas. Aunque las características principales de los programas se resumen en esta guía, cada programa debe ser específico para su contexto. Los delegados de salud mental y apoyo psicosocial también ayudan a seleccionar y capacitar al personal local para la implementación de los programas. Los períodos de capacitación son variables y pueden superar los doce meses, según las cualificaciones y la experiencia del miembro del personal en cuestión y la complejidad del programa.

Desde 2013, la Unidad de Salud del CICR organiza un taller de capacitación anual que se conoce como Semana de Consolidación de salud mental y apoyo psicosocial. Brinda a los delegados de salud mental y apoyo psicosocial y al personal local sobre el terreno responsable de coordinar y aplicar los programas la oportunidad de compartir experiencias y lecciones adquiridas y de armonizar sus enfoques en materia de salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la estrategia de salud del CICR. El taller ha pasado a ser también una plataforma que permite a los participantes contribuir a la elaboración de esta guía de salud mental y apoyo psicosocial.

MARCO TEMPORAL DE LOS PROGRAMAS

La duración ideal de un programa de salud mental y apoyo psicosocial es difícil de definir. Sin embargo, no suelen ser proyectos a corto plazo. Por ejemplo, las intervenciones de emergencia y las evaluaciones pueden durar aproximadamente tres meses, mientras que los programas de salud mental y apoyo psicosocial que abordan necesidades específicas pueden durar por lo menos doce meses.

El período de tiempo en el que se necesitan servicios de salud mental y apoyo psicosocial depende de varios factores, como la naturaleza y el número de hechos traumáticos y la disponibilidad de apoyo psicológico y psicosocial. Es frecuente que los síntomas de sufrimiento sigan siendo generalizados en las comunidades muchos años después del final del conflicto o el período violento.

Por consiguiente, todas las respuestas de salud mental y apoyo psicosocial adoptan implícitamente un enfoque a largo plazo, sin importar la duración real del programa concreto. Los tipos de acción que aplica el CICR en estas actividades son: apoyo, movilización y persuasión²². Contribuyen a establecer un marco sostenible que se pueda incorporar a los sistemas de apoyo formal e informal vigentes²³. Ese proceso lleva tiempo. En situaciones en las que los servicios y recursos psicosociales y de salud mental están poco desarrollados y la sociedad estigmatiza los problemas de ese tipo, los proyectos a menudo se implementan en entornos con poca o ninguna capacidad disponible y los programas de capacitación, herramientas y equipos se crean desde cero.

El proceso de transferencia de conocimientos y habilidades de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de conflicto no depende solo de la capacitación. Requiere la aplicación supervisada de las habilidades enseñadas, así como un seguimiento adecuado. La capacitación eficaz es un proceso continuo que requiere una práctica rigurosa y acciones de asesoramiento, seguimiento y supervisión activas por parte de capacitadores cualificados.

Este objetivo a largo plazo debe incorporarse en todos los programas, para que los beneficiarios no se sientan abandonados. Si se pone en marcha un programa para reducir las vulnerabilidades y reforzar las respuestas de afrontamiento, pero, poco después de concluida esa intervención, se retiran los servicios de apoyo, es probable que la comunidad se sienta muy decepcionada. Así se puede dañar la confianza y las relaciones con la comunidad y dejar a las personas afectadas peor de lo que estaban. Esos riesgos pueden evitarse mediante la planificación temprana de estrategias de salida, con el objetivo de garantizar que haya un marco local que asegure la continuación de los programas de apoyo una vez finalizada la intervención.

²² CICR, *El CICR: su misión y su acción*, 2009: <https://shop.icrc.org/icrc/pdf/view/id/692>.

²³ Los servicios de atención de salud constituyen sistemas de apoyo formales, mientras que los sistemas informales tienen que ver con los distintos tipos de apoyo de la comunidad.



2. FAMILIARES DE PERSONAS DESAPARECIDAS

CONTEXTO GENERAL

En todo el mundo, cientos de miles de personas han perdido el contacto con sus familiares como consecuencia de conflictos armados, desastres naturales o migraciones. Sus seres queridos pueden haber perdido la vida en ejecuciones masivas, tras las cuales los cadáveres se arrojaron a fosas sin identificar; pueden haber sido capturados o secuestrados; pueden haber sido detenidos y haber muerto en cautiverio; o pueden estar incomunicados en un lugar secreto. Las personas desaparecidas pueden ser civiles que huyen de un conflicto, niños separados de sus familiares, combatientes desaparecidos en acción o personas muertas en combate, cuyos restos aún no se han recuperado.

Una persona desaparecida es una persona que se encuentra en paradero desconocido para sus familiares o que, sobre la base de información fidedigna, ha sido dada por desaparecida de conformidad con el derecho interno en relación con un conflicto armado internacional o no internacional, una situación de violencia o disturbios de carácter interno, una catástrofe natural o cualquier otra situación que pudiera requerir la intervención de una autoridad pública competente.

Definición del Servicio de Asesoramiento del CICR en derecho internacional humanitario²⁴

Toda persona desaparecida tiene una historia única y, a veces, devastadora. En muchos casos, sus familiares se ven atrapados en un limbo tras la desaparición de un ser querido y pueden afrontar diversos problemas. Su necesidad de saber la verdad puede causarles problemas económicos, jurídicos o administrativos, y también pueden padecer dificultades psicológicas y psicosociales. Además del dolor que sienten tras su separación de un ser querido, a menudo en circunstancias muy difíciles, su situación social y económica puede hacerse también más precaria, ya que es posible que la persona desaparecida fuera el principal sostén económico de la familia. Tal vez, los miembros de esa familia no sepan cómo buscar a la persona desaparecida ni cómo solicitar apoyo económico o material u obtener asesoramiento jurídico. Por consiguiente, pueden verse aislados de su entorno social. Tal vez, pierdan la confianza en el sistema jurídico de su país, les cueste confiar en otros miembros de su comunidad o, si la persona ha desaparecido en el contexto de tensiones violentas entre dos grupos opuestos o más, teman el estigma de que los asocien con grupos de oposición.

En esas circunstancias, es sumamente útil que cualquier intervención para ayudar a los familiares de personas desaparecidas cuente con un marco psicosocial. Para evitar nuevos daños a esas familias, se deben adoptar estrategias psicosociales que han de mantenerse durante el ciclo completo de un programa. El proceso comienza con la identificación de los familiares de personas desaparecidas, el diagnóstico de sus necesidades y la invitación a que participen en el programa. Luego, se toman medidas (en colaboración con los propios familiares) para establecer cuál es la mejor forma, adecuada para esa cultura, de abordar sus necesidades y de reforzar sus recursos individuales, familiares y sociales.

²⁴ CICR, Principios rectores – Modelo de ley sobre las personas desaparecidas – Principios para legislar la situación de las personas desaparecidas a raíz de un conflicto armado o de una situación de violencia interna: medidas para prevenir las desapariciones y proteger los derechos e intereses de las personas desaparecidas y de sus familiares, CICR, Ginebra, 2009.

Familiar de la persona desaparecida: a menos que se especifique otra cosa, el término “familiar” deberá comprenderse según las disposiciones del [Código Civil/ Derecho de familia]. Debe incluir, como mínimo, a las siguientes personas:

- los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio, los hijos adoptivos y los hijastros;
- el cónyuge legal o conviviente;
- los padres (incluidos la madrastra, el padrastro y los padres adoptivos);
- los hermanos, los hermanastros y los hermanos adoptivos.

*Definición adaptada del Servicio de Asesoramiento del CICR
en derecho internacional humanitario²⁵*

El apoyo psicosocial puede cumplir una función importantísima para ayudar a las familias a adaptarse a reacciones comunes, como pena intensa, incertidumbre, culpa, sentimientos de aislamiento, ira, agotamiento mental, confusión y ansiedad. Esas reacciones pueden verse exacerbadas durante las reuniones familiares, cuando los familiares de personas desaparecidas deben enfrentarse a sus sentimientos y eso genera el surgimiento de recuerdos dolorosos.

NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Los familiares de personas desaparecidas afrontan las mismas dificultades que otras personas afectadas por conflictos armados y por otras situaciones de violencia, incluida la pérdida de su vivienda o sus ingresos. Además, muchas veces deben afrontar también problemas psicológicos y psicosociales específicos que pueden provocar sufrimiento y perturbar su capacidad de funcionar y de hacer frente a su vida cotidiana.

Afrontar una pérdida ambigua

Los programas que organiza el CICR en varios países brindan apoyo a muchas familias que deben hacer frente a una pérdida ambigua. La teoría de la pérdida ambigua, tal como la define Pauline Boss²⁶, se basa en el supuesto de que la incertidumbre asociada con el hecho de desconocer el paradero de un ser querido (o no saber si esa persona está viva o muerta) generalmente causa un enorme sufrimiento a personas, parejas y familias. Al contrario que la muerte, la pérdida ambigua no ofrece certeza, ya que la persona puede aún estar viva en algún lugar; el hecho de que no se hayan recuperado sus restos implica que la familia no puede celebrar una ceremonia de entierro y avanzar con el proceso de duelo.

Los familiares que sufren una pérdida ambigua pueden experimentar síntomas de depresión, ansiedad y somatización, así como conflictos en sus relaciones con otras personas. La ambigüedad prolongada puede paralizar a las personas: se posponen decisiones, se frenan las estrategias de afrontamiento, se suspende el proceso de duelo, y las familias quedan atrapadas en un limbo confuso. Es posible que la persona afectada se sienta incapaz de retomar sus funciones, normas y ritos en la familia o la pareja, ya que no sabe si su familiar desaparecido volverá algún día²⁷.

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ P. Boss, *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts (EE. UU.), 1999.

²⁷ P. Boss, “Ambiguous loss in families of the missing”, *The Lancet*, vol. 360 (supl. 1), diciembre de 2002, párr. 39.

Aislamiento social y emocional

Los familiares de personas desaparecidas muchas veces se sienten emocionalmente aislados. Tal vez, creen que nadie entiende su sufrimiento y, por consiguiente, se nieguen a pedir ayuda. Algunos miembros de la comunidad pueden perder la paciencia con esa falta de cierre del tema, y otros pueden estigmatizar activamente a esas familias basándose en suposiciones sobre el destino de la persona desaparecida.

Las desapariciones pueden ser un tema sumamente delicado cuando alguien desaparece en un contexto de tensión violenta o de conflicto armado entre dos grupos o más. En esos casos, puede sospecharse que los familiares de personas desaparecidas mantienen vínculos con grupos “rebeldes”. Es posible que los miembros de la comunidad teman que se los vincule también a ellos, por asociación, con esa familia y que prefieran mantener las distancias, lo cual puede estigmatizar a la familia y aislarla aún más.

La lucha contra el olvido, la búsqueda de sentido y la necesidad de reconocimiento

En un ambiente de silencio e incertidumbre, las personas luchan activamente por mantener vivo el recuerdo de sus familiares desaparecidos, tanto en el seno de la familia como en la comunidad en general. La ausencia de lápida o de otra forma de conmemorar a ese ser querido hace aún más difícil esa tarea. La condición ambigua que se asigna a las personas desaparecidas priva a sus familiares de los marcadores habituales de la vida y la muerte. Como consecuencia, su sufrimiento no obtiene reconocimiento.

Las familias pueden tratar de mantener viva la memoria de las personas desaparecidas mediante una búsqueda persistente de respuestas, luchando por obtener el reconocimiento formal de la condición de esa persona y hablando de ellas. Sin embargo, ese enfoque puede suponer una adaptación negativa si incluye pensamientos obsesivos y conductas compulsivas que afectan significativamente el funcionamiento cotidiano de una persona y su capacidad de interactuar y trabajar con otras personas.

Buscar una forma de abordar y canalizar la necesidad de las familias de recordar a sus familiares desaparecidos y de reconocer de alguna forma su condición de “personas desaparecidas” puede reducir el sufrimiento. Los homenajes y actos conmemorativos, los monumentos y las ceremonias de entierro brindan una vía de escape potente para que las familias expresen el sufrimiento que antes no habían expresado, den sentido a su experiencia y se vinculen con otras personas. Es posible que los familiares requieran apoyo psicológico y psicosocial durante un proceso de conmemoración, ya que pueden surgir diversas dificultades en el transcurso y al final de ese proceso.

Dificultades de salud mental

En general, los familiares de personas desaparecidas no suelen tener problemas de salud mental graves, aunque muchos sí requieren apoyo psicológico para recuperar cierta normalidad y mejorar su funcionamiento individual y social. Sin embargo, la pérdida ambigua no es necesariamente un concepto bien conocido en todos los lugares del mundo, y puede resultar difícil encontrar especialistas que entiendan los problemas que afrontan los familiares de personas desaparecidas.

Algunos familiares sí pueden presentar problemas psicológicos y trastornos de salud mental graves, que pueden incluir pensamientos y discursos obsesivos, así como patrones de conducta repetitivos y rígidos. Es posible que sufran confusión, ya que la intensidad emocional de su situación puede distorsionar sus percepciones y hacer que crean que han visto a su familiar desaparecido. En casos extremos, la vida parece haberse detenido. Es posible que las personas afectadas no logren seguir adelante, porque creen que sus familiares desaparecidos pueden regresar en cualquier momento. Los familiares también pueden padecer estados intensos o prolongados de ansiedad, depresión, aislamiento o retraimiento que perturban su funcionamiento y su capacidad de adaptarse a la situación y que provocan más sufrimiento.

Pueden surgir complicaciones graves si esos familiares fueron testigos de los hechos que derivaron en la desaparición de sus seres queridos y si sus propias vidas también corren peligro. Cuando una desaparición se agrava por otro hecho horrendo (como un bombardeo, una masacre, etc.), puede ser aún más difícil manejar la posible pérdida o desaparición de un ser querido. Del mismo modo, si una familia debe hacer frente a la pérdida o desaparición de más de uno de sus miembros, eso puede incrementar exponencialmente su sufrimiento.

Esas dificultades de salud mental graves pueden persistir sin tratarse durante largos períodos de tiempo. Muchas veces, los familiares siguen buscando a la persona desaparecida o se centran en consolar a otros, pero descuidan sus propias necesidades. Sin intervención externa, puede ser difícil romper los patrones que impiden a las familias pedir ayuda. Para capacitar a trabajadores locales y establecer una red de derivación adecuada con servicios de apoyo local de buena calidad, es necesario comprender en profundidad las dificultades de salud mental que deben afrontar los familiares de personas desaparecidas.

Apoyo durante el proceso de recuperación e identificación de restos humanos

En el prolongado y arduo proceso de investigar las desapariciones, las familias muchas veces necesitan apoyo a largo plazo. Los familiares de personas desaparecidas atravesarán, sin ninguna duda, momentos difíciles durante el proceso de recuperación e identificación de restos humanos que podrían ser los de sus seres queridos. Es posible que deban afrontar el hecho desolador de que su ser querido ha muerto o de que los restos no se han podido identificar.

En el proceso de recuperación e identificación de restos, pueden resurgir recuerdos dolorosos que causen reacciones emocionales intensas e inesperadas, que incluyen ira, frustración, desconfianza, temor, negación y desesperación. Los familiares pueden sentir también confusión y decepción. Obtener una prueba de muerte concluyente es un proceso lento y laborioso y no siempre da a las familias las respuestas que buscan. Durante ese tiempo, los familiares necesitan un apoyo psicosocial y en salud mental más intensivo, especialmente si se les pide que brinden datos de antes de la muerte y aporten muestras de sangre o de saliva para un análisis de ADN, si se los informa de la muerte de su ser querido, si están presentes cuando se recuperan los restos o si se les pide que identifiquen o reclamen los restos y los efectos personales de su ser querido²⁸.

Si no se establece, al inicio del proceso, un vínculo de confianza entre los expertos forenses y las familias de las personas desaparecidas, es improbable que estas confíen en el resultado de la investigación. Por ello, los expertos a menudo necesitan apoyo técnico de profesionales de la salud mental al entrevistar a familiares de personas desaparecidas y al transmitir información y trabajar con ellos, para evitar causar un sufrimiento adicional.

RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Para abordar las necesidades diversas que surgen tras una desaparición, es necesario adoptar un enfoque multidisciplinario. Deben aplicarse distintas medidas, que incluyen pasos para ayudar a las familias a encontrar respuestas sobre lo que les sucedió a sus seres queridos y a obtener apoyo económico, jurídico, administrativo, psicológico y psicosocial, además de lograr reconocimiento y justicia.

El CICR trata de incluir todos esos componentes en su enfoque. El objetivo principal de lo que denomina “acompañamiento” es mejorar la capacidad de personas y familias para adaptarse a las dificultades que surgen de la desaparición de uno o varios de sus familiares y recuperar poco a poco su bienestar psicológico y psicosocial. Eso puede incluir aprender

²⁸ CICR, *Personas desaparecidas, análisis forense de ADN e identificación de restos humanos: guía sobre prácticas idóneas en caso de conflicto armado y de otras situaciones de violencia armada*, 2ª ed., CICR, Ginebra, 2009.

a convivir con la incertidumbre. Puede lograrse empleando los recursos propios de las familias y de la comunidad más amplia (a nivel tanto local como nacional) y creando una red de apoyo. El marco de aplicación se describe en el documento *Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas: guía práctica*²⁹, que se nutre de la experiencia del CICR de apoyo a familiares de personas desaparecidas en distintos contextos.

El “acompañamiento” es una respuesta multidisciplinaria que consiste en “caminar al lado de alguien”, estableciendo relaciones de empatía y redes de apoyo mutuo con actores locales (“acompañantes”) capacitados para brindar apoyo cuando se necesite.

Los “acompañantes” reciben capacitación y apoyo de un equipo multidisciplinario. Se les enseña a comprender y abordar el amplio espectro de necesidades de los familiares de personas desaparecidas y a servir de puente con los servicios locales. La clave de un programa de acompañamiento eficaz es la calidad de la relación que se establece con la familia. Si los acompañantes son capaces de mostrar empatía y de ganarse la confianza de la familia, esos familiares sentirán que reciben comprensión y apoyo y estarán cómodos a la hora de participar en sesiones grupales y de recibir visitas en su hogar. El CICR ha capacitado a acompañantes de entornos muy diversos, que incluyen profesionales de disciplinas distintas, voluntarios de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de organizaciones no gubernamentales, otras personas con familiares desaparecidos y miembros de la comunidad. Seleccionar a los acompañantes en función de su capacidad de comprender, empatizar y brindar apoyo a las familias de personas desaparecidas es más importante que asegurarse de que tengan cierta formación concreta. Lo ideal es que también sean personas que los miembros de la comunidad (y, en particular, los familiares de personas desaparecidas) consideren las mejor preparadas para esa tarea.

Aunque los acompañantes no tienen que ser expertos, sí requieren una capacitación adecuada, herramientas prácticas y supervisión para poder brindar un apoyo eficaz a corto plazo y largo plazo. Además, es importante establecer y reforzar las relaciones entre los acompañantes, ya que constituyen la red de apoyo de esas familias.

Se puede capacitar a los acompañantes para que brinden atención adicional antes, durante y después de acontecimientos específicos (como homenajes y ceremonias en memoria de personas desaparecidas) y durante el proceso de recuperación e identificación de restos humanos. Los familiares pueden reaccionar de muchas formas distintas al enfrentarse a la posibilidad de que un ser querido pueda haber muerto o al confirmarse ese temor. Es posible que esos familiares necesiten un apoyo más intensivo para afrontar los duros recuerdos que resurgen durante el proceso de recuperación y de identificación de restos. Ese apoyo puede consistir en una entrevista sobre las circunstancias que precedieron a la muerte, así como la recuperación concreta de los restos, su identificación o su entrega a la familia. Tal vez, los acompañantes necesiten preparar a los familiares y brindarles apoyo en todos los pasos de ese proceso difícil. Al asegurar que estén bien informados y que comprendan lo que sucede, los acompañantes pueden contribuir a reducir el sufrimiento de los familiares durante ese proceso. Puede ser útil que las familias compartan sus experiencias con una red de apoyo social (por ejemplo, otras personas con familiares dados por desaparecidos, miembros de su propia familia, amigos, vecinos u otros miembros de su comunidad). Para mejorar la calidad del apoyo que reciben las familias en determinados momentos del proceso³⁰, pueden ofrecerse ejercicios de sensibilización y de capacitación al personal sanitario, a los expertos forenses, a profesionales de entidades gubernamentales y a miembros de asociaciones locales.

²⁹ CICR, *Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas: guía práctica*, CICR, Ginebra, 2013.

³⁰ Para más información, v. CICR, *Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas: guía práctica*, CICR, 2013, pp. 123–147.

Lo ideal es que la mayoría de los casos los atiendan acompañantes que trabajen con supervisión. Si los familiares requieren apoyo de salud mental especializado, pueden ponerse en contacto con acompañantes que sean también psicólogos debidamente capacitados, responsables de salud mental y apoyo psicosocial sobre el terreno o psicólogos locales o acompañantes expertos que hayan recibido capacitación para brindar apoyo psicológico. También es necesaria una red de derivación eficaz, que pueda brindar apoyo externo cuando se necesite. Identificar a prestadores de atención de salud mental motivados y mejorar su capacidad de brindar apoyo a las familias contribuye a garantizar que los acompañantes puedan prestar la asistencia adecuada sin causar daño adicional y que las familias obtengan el apoyo psicológico necesario a través de recursos locales.

Invertir en acompañantes bien equipados y competentes facilita el acceso al apoyo psicológico y psicosocial y la elaboración de programas de buena calidad y que no causen daño, que sean formulados, aplicados y supervisados por profesionales de la salud mental. El acompañamiento implica una respuesta multidisciplinaria, por lo que las actividades de salud mental y apoyo psicosocial se implementan junto con diversas actividades de apoyo (jurídicas, de protección, de seguridad económica y de otros tipos).

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES

Los familiares de personas desaparecidas tienen necesidades específicas que el CICR debe evaluar antes de tomar medidas. Muchas veces, no es posible que la evaluación la haga un especialista de cada ámbito, por lo cual la División de Protección del CICR ha creado un modelo de diagnóstico multidisciplinario que pueden emplear personas que no sean expertas para definir las necesidades de los familiares de personas desaparecidas. Aunque lo ideal es que un delegado de salud mental y apoyo psicosocial que se encuentre en el país brinde apoyo para el diagnóstico, también pueden hacerlo un psicólogo local con capacitación o, a distancia, asesores de salud mental y apoyo psicosocial.

El diagnóstico de las necesidades se emplea para dar a los equipos en el terreno una idea en profundidad de la situación, con el fin de identificar los problemas que deben afrontar esas familias, crear conciencia al respecto y planificar una respuesta multidisciplinaria. Se reúne información sobre las dificultades, necesidades y expectativas específicas de las familias con miras a definir los recursos, medios y mecanismos de afrontamiento disponibles. Los datos recopilados se emplean para mostrar cómo se relacionan entre sí los distintos aspectos de la vida de esas familias (con inclusión de su situación económica, su búsqueda de información, sus necesidades jurídicas, psicológicas y psicosociales y su deseo de justicia y reconocimiento), para demostrar el impacto de la vulnerabilidad y destacar la necesidad de una respuesta transversal.

Al preparar el diagnóstico de las necesidades, es crucial que participe el personal local para que asuma como propio ese proceso. Así se facilitará la implementación eficaz de un programa de acompañamiento potencial, ya que el equipo en el terreno habrá obtenido ya un conocimiento práctico y una experiencia de interacción con las familias. Entenderá las necesidades de esas familias y podrá desarrollar un vínculo cercano con ellas y ganarse su confianza, creando así una base sólida para la implementación del programa.

Es muy recomendable que, durante el diagnóstico, esté presente un profesional de la salud mental (un delegado de salud mental y apoyo psicosocial o un psicólogo local), en especial para ayudar con la capacitación y con la preparación de las entrevistas. Esa persona puede brindar asesoramiento y supervisar la parte psicológica y psicosocial de la evaluación, que incluye ayudar al equipo a adaptar al contexto cultural las preguntas sobre salud mental. También se requieren conocimientos técnicos para garantizar que las preguntas de evaluación se traduzcan a la lengua local. Además, el experto puede brindar apoyo a los entrevistadores y a las familias, si surgen dificultades psicológicas durante el proceso de la entrevista.

FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Las necesidades que se identifican durante el diagnóstico se analizan y se ordenan según su prioridad. Luego, se establecen los objetivos específicos y las estrategias respectivas, que incluyen los requisitos de recursos humanos y el marco temporal de los programas.

En los casos en los que se identifican como prioritarias las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial, debería participar en la formulación y la implementación de los programas un delegado de salud mental y apoyo psicosocial durante un **mínimo de doce meses**. Si las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial son menos urgentes, el delegado puede participar durante menos tiempo (entre tres y seis meses, aproximadamente).

El delegado ayudará a planificar los programas teniendo en cuenta los recursos locales para abordar las necesidades y a definir actividades que puedan realizar el CICR u otros actores. Como en el caso del diagnóstico de las necesidades, un enfoque participativo que incluya a las familias, a las comunidades y a actores locales mejorará las posibilidades de que los programas se acepten como propios y ayudará a adaptarlos al contexto local.

Los programas de salud mental y apoyo psicosocial abordan actividades tanto psicosociales como de salud mental. Las actividades psicosociales benefician a las familias y a sus comunidades, mientras que las actividades de salud mental van dirigidas a los familiares que requieren un apoyo psicológico más especializado.

GRUPOS QUE RECIBEN APOYO

1. Directos: los familiares de personas desaparecidas

Los familiares se abordan como una unidad, porque la incertidumbre acerca del destino o el paradero de un pariente puede tener un impacto tanto directo como indirecto en todos los miembros de la familia. Entre los problemas más comunes, se cuentan desacuerdos sobre lo que pasó con la persona desaparecida, distintos mecanismos de afrontamiento, problemas de comunicación entre familiares y desafíos vinculados a un cambio de función. En muchos contextos socioculturales, las familias incluyen una red ampliada de personas que viven bajo el mismo techo o que tienen una relación cercana unas con otras.

Es posible que ciertos miembros de la familia requieran apoyo psicológico especializado individual. Pueden experimentar incertidumbre, culpa o ira que les causan sufrimiento o falta de interés en otros aspectos de sus vidas, o quizá se culpen de lo sucedido u oscilen entre la esperanza y la desesperación.

2. Indirectos: la comunidad

Las personas desaparecidas forman parte de una comunidad (étnica, religiosa, política, etc.), y su desaparición tendrá un impacto en los grupos a los que pertenecen. Las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial van dirigidas a esos grupos, para abordar problemas como la estigmatización, la ausencia de ritos o el aislamiento social, y para fomentar la creación de redes de apoyo social. También van dirigidas a quienes prestan servicio a esa comunidad mediante actividades de sensibilización y de capacitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Lo que se propone brindar la parte de salud mental y apoyo psicosocial de un programa de acompañamiento:

Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) para los familiares de personas desaparecidas

De un total de XX familias de personas desaparecidas [especificar], XX familias en el lugar XX tendrán prestadores locales que satisfagan sus necesidades psicológicas y psicosociales. Eso se logrará con el trabajo del CICR [especificar el tipo o el contenido de las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial].

Lo que se propone brindar el programa de acompañamiento en general:

Apoyo multidisciplinario para los familiares de personas desaparecidas

XXX familias [especificar el número] de XXX [especificar distrito, región, país] han mejorado su capacidad de afrontar cuestiones psicosociales y psicológicas, socioeconómicas, jurídicas, administrativas y de otros tipos con ayuda de una red de acompañantes [especificar lo que corresponda: las propias familias, organizaciones que incluyan al CICR y a la Sociedad Nacional, prestadores de servicios gubernamentales y no gubernamentales], durante XXX sesiones grupales [especificar el número] y (si se prescribe) XXX sesiones individuales [especificar el número].

Se pretende que la red de acompañantes alcance la autosuficiencia mediante XXX talleres de capacitación [especificar el número], apoyo y asesoramiento por parte del CICR y de XXX expertos locales [especificar el número] de XXX recursos locales (acompañantes) [especificar el número] durante el período de XXX [especificar el tiempo].

MÉTODOS

Apoyo grupal para los familiares de personas desaparecidas

Las actividades grupales son un elemento clave de los programas de acompañamiento. Unen a las familias de personas desaparecidas, crean un entorno de apoyo y promueven el apoyo y el intercambio de comentarios entre pares, así como la atención recíproca.

El orden de esas actividades y el número de sesiones previstas en el marco del ciclo del programa de acompañamiento dependen de las necesidades que se identifiquen y de la situación específica. A continuación, se presenta un conjunto de actividades de muestra, tomado de diversos programas de acompañamiento existentes.

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Grupos de apoyo	Brindar a los familiares apoyo psicológico y psicosocial básico mediante experiencias compartidas y la interacción social.	Grupos, con la facilitación de un acompañante o de un especialista en salud mental. Un promedio de entre seis y diez sesiones a intervalos regulares.	Los familiares: • refuerzan su red de apoyo; • reducen su sufrimiento psicológico; • mejoran su funcionamiento cotidiano; y • mejoran su conocimiento y su capacidad de aplicar mecanismos de afrontamiento nuevos o existentes. Los familiares con necesidades de salud mental más agudas reciben las derivaciones adecuadas.
Visitas a grupos de apoyo existentes	Motivar a los familiares que tienen dudas sobre si deben participar en un grupo de apoyo y mejorar su confianza en sí mismas.	Se invita a los familiares a asistir a grupos disponibles con la facilitación de un acompañante o de un especialista en salud mental.	Los familiares cuentan con la información necesaria sobre los grupos de apoyo y se sienten más cómodos al participar en ellos.

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Sesiones informativas	Brindar información útil sobre temas pertinentes (por ejemplo, cuestiones de salud mental y apoyo psicosocial comunes, servicios disponibles).	Las sesiones cuentan con la facilitación de un acompañante, de un especialista en salud mental o de otros expertos. Las sesiones se adaptan al grupo objetivo: se brinda información general a un grupo grande de personas en un lugar público e información específica a un grupo más pequeño y selecto (por ejemplo, madres o hermanos de personas desaparecidas).	Los familiares tienen suficientes conocimientos de los temas preocupantes. Los familiares saben qué servicios están disponibles y cómo acceder a ellos. Cuando es necesario, se refiere a servicios especializados.
Actividades conmemorativas	Brindar a los familiares una oportunidad de recordar de una forma positiva a su ser querido, compartir su dolor con las personas de su entorno social y conmemorar a ese miembro de su familia junto con otras personas de su comunidad.	Los familiares participan en la planificación de la ceremonia. Se invita a participar a actores pertinentes (por ejemplo, sanadores tradicionales, líderes comunitarios, funcionarios de partidos políticos y representantes gubernamentales a nivel local). El acto lo supervisa un acompañante o un especialista en salud mental.	Los familiares logran mantener la memoria positiva de sus seres queridos. Las comunidades o las autoridades locales o nacionales reconocen a los familiares de personas desaparecidas y reducen su marginación.
Sesiones grupales de sensibilización	Brindar información y sensibilizar a grupos específicos sobre las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial y las preocupaciones de los familiares de personas desaparecidas.	Las actividades se adaptan a su público y a cuestiones clave específicas. Los grupos beneficiarios incluyen a familiares, sanadores tradicionales, líderes comunitarios, funcionarios de partidos políticos y representantes gubernamentales a nivel local. Las sesiones cuentan con la facilitación de un acompañante o de un especialista en salud mental.	Las comunidades o las autoridades locales o nacionales comprenden las necesidades específicas de los familiares de personas desaparecidas y reducen su marginación. Las comunidades o las autoridades locales o nacionales se suman a una red reforzada de apoyo a los familiares de personas desaparecidas.
Día Internacional de las Víctimas de Desapariciones Forzadas	Reconocer públicamente el destino de las personas desaparecidas y apoyar la reintegración social de sus familiares.	Un acompañante o especialista en salud mental organiza actos pertinentes. Los grupos beneficiarios incluyen a familiares, sanadores tradicionales, líderes comunitarios, funcionarios de partidos políticos y representantes gubernamentales a nivel local.	Los familiares logran mantener memorias positivas de sus seres queridos. Los familiares pueden reanudar o mejorar su funcionamiento cotidiano ayudando a otras personas. Las comunidades o las autoridades locales o nacionales reconocen el destino de las personas desaparecidas y reducen la sensación de aislamiento de sus familiares.

Apoyo individual y familiar

Muchos programas ofrecen acompañamiento individual (que incluye visitas a domicilio), consultas individuales o familiares y referencias a otros prestadores de servicios. Si una persona se niega a participar en sesiones grupales, pero expresa ciertas necesidades y desea aprovechar el acompañamiento personal, pueden brindarse consultas individuales o visitas a domicilio.

En los programas que apoyan a las familias durante la recuperación y la identificación de restos, puede ser necesario brindar apoyo individual y familiar en las distintas etapas del proceso.

La tabla que figura a continuación describe las circunstancias en las cuales se ofrece ese tipo de apoyo y cómo se aplican algunos de esos elementos en el contexto de un programa dado:

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Visitas a domicilio	Estimular la participación en los programas de acompañamiento y brindar apoyo psicológico y psicosocial a personas o familias que: • se ven psicológicamente afectadas; • están geográficamente aisladas; • tienen problemas de salud que reducen su movilidad; • tienen poca motivación o demuestran una conducta pasiva; • deben ser sometidas a un control continuo (requieren seguimiento).	Un acompañante o un especialista en salud mental visita a la persona o la familia en su casa. La frecuencia y el nivel de apoyo dependerán de las necesidades de la familia. Si las visitas a domicilio reemplazan a sesiones grupales de apoyo (por ejemplo, por una situación de aislamiento geográfico), el número de sesiones será el mismo que el de sesiones de apoyo grupales. Es decir, habrá entre seis y diez sesiones. Si las visitas a domicilio se hacen además del grupo de apoyo, como medida de seguimiento (por las necesidades psicológicas de la familia), habrá en promedio entre tres y cinco sesiones.	Los familiares: • pueden acceder a servicios de apoyo; • se motivan para participar en programas de acompañamiento; • reducen su nivel de sufrimiento psicológico; • mejoran su funcionamiento cotidiano; y • mejoran su conocimiento y su capacidad de aplicar mecanismos de afrontamiento nuevos o existentes. Se identifican otras necesidades y se hacen las referencias correspondientes.
Consultas en oficina	Brindar apoyo psicológico y psicosocial a personas o familias con necesidades y problemas específicos que no se puedan abordar en visitas a domicilio ni en sesiones grupales.	Un acompañante o un especialista en salud mental brinda apoyo individual o familiar en su oficina. La frecuencia y el nivel de apoyo dependerán de las necesidades de la familia. Si las consultas en una oficina reemplazan a sesiones grupales de apoyo (por ejemplo, por una situación de aislamiento geográfico), el número de sesiones será el mismo que el de sesiones de apoyo grupales. Es decir, habrá entre seis y diez sesiones. Si las consultas en una oficina se hacen además de las sesiones grupales de apoyo, como medida de seguimiento (por las necesidades psicológicas de la familia), habrá en promedio entre tres y cinco sesiones.	Las personas con problemas que no pueden abordarse en sesiones grupales ni en visitas a domicilio reciben asistencia. Se fomenta el acceso abierto y la derivación a otros prestadores de servicios. Se motiva a las personas para que actúen.
Referencias	Brindar apoyo a personas o familias cuyas necesidades no se puedan satisfacer con los recursos de la red de acompañamiento, derivándolas a otros prestadores de servicio (por ejemplo, instituciones públicas, otras organizaciones no gubernamentales, mutuales, etc.).	Un acompañante, un especialista en salud mental u otro experto pertinente deriva a la persona o familia con necesidades especiales, en cualquier punto del ciclo de acompañamiento.	Se moviliza a prestadores de servicios especializados para que atiendan a los miembros de la familia en cuestión. Se abordan las necesidades específicas de los miembros de esa familia. Los familiares emplean los servicios disponibles y están motivados para cuidarse a sí mismos y entre sí.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los programas para apoyar a los familiares de personas desaparecidas emplean el marco de acompañamiento. Al recopilar y revisar los comentarios, se toman las medidas necesarias para que las estrategias y actividades previstas sean específicas para el contexto dado y adecuadas para la cultura respectiva. Como el acompañamiento combina diversos tipos de actividades de apoyo, un seguimiento periódico mejora la coordinación multidisciplinaria. La herramienta integral de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial del CICR brinda una plataforma consolidada para la recolección y el análisis de los datos.

Antes del inicio del programa, se definen todos los indicadores y se establecen plazos. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de los indicadores de resultados y productos que se emplean para medir la eficacia de las intervenciones:

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de acompañantes capacitados para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial (acompañantes) para apoyar a los familiares de personas desaparecidas.
Número de acompañantes capacitados a los que se supervisa	• Informa sobre la calidad de las medidas de seguimiento y control. • Ayuda a planificar los recursos humanos y de otros tipos (capacitación de repaso y nivel de apoyo brindado por un supervisor o por un profesional de la salud mental).
Número de familiares con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que acceden a los servicios pertinentes	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Sirve como base para calcular la cobertura de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Ayuda a planificar los recursos humanos y de otros tipos.
Número de familiares con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que reciben los servicios pertinentes a nivel individual, familiar o grupal	• Monitorea la magnitud de las necesidades de servicios particulares de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea el uso de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Sirve como base para calcular la cobertura de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Ayuda a planificar los recursos humanos y de otros tipos.
Número de familiares referidos a servicios de salud mental especializados/Número de familiares con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados. • Informa sobre la capacidad de los acompañantes para identificar casos que necesiten ser referidos y efectuar las referencias.
Impacto	
Número de familiares que presentan un menor sufrimiento/ Número de familiares que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de familiares que presentan un mejor funcionamiento/ Número de familiares que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de familiares que presentan un mejor afrontamiento/ Número de familiares que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

El acompañamiento adopta un enfoque multidisciplinario, por lo que los indicadores relacionados con otros componentes (es decir, no con los servicios de salud mental y apoyo psicosocial) se incorporan al proceso de seguimiento y de evaluación, según las necesidades de las familias en un contexto dado. Algunos ejemplos de indicadores del resultado que describen vías de referencia a otros tipos de acompañamiento son los siguientes:

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de familiares referidos a servicios jurídicos	• Informa sobre las necesidades jurídicas que reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados. • Informa sobre la capacidad de los acompañantes para identificar casos que necesiten ser referidos y efectuar las referencias.
Número de familiares referidos a servicios económicos	• Informa sobre las necesidades económicas que reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados. • Informa sobre la capacidad de los acompañantes para identificar casos que necesiten ser referidos y efectuar las referencias.
Número de familiares referidos a servicios médicos	• Informa sobre las necesidades médicas que reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados. • Informa sobre la capacidad de los acompañantes para identificar casos que necesiten ser referidos y efectuar las referencias.
Número de familiares referidos a servicios de protección	• Informa sobre las necesidades de protección que reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados. • Informa sobre la capacidad de los acompañantes para identificar casos que necesiten ser referidos y efectuar las referencias.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL PARA FAMILIARES DE PERSONAS DESAPARECIDAS

Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial: clasificadas según los niveles de sufrimiento, funcionamiento y adaptación, medidos con escalas estandarizadas.

Familiar: familiar de una persona desaparecida (la definición figura en la sección “Contexto general”).

Sufrimiento: los niveles de sufrimiento se miden con escalas estandarizadas.

Funcionamiento: los niveles de funcionamiento se miden con escalas estandarizadas.

Adaptación: los mecanismos de afrontamiento se miden con escalas estandarizadas.

Servicios jurídicos: servicios que abordan las necesidades jurídicas.

Salud mental y apoyo psicosocial/Servicios de salud mental y apoyo psicosocial: apoyo o servicios que abordan las necesidades psicosociales y de salud mental y que se brindan en el marco de un programa de salud mental y apoyo psicosocial.

Servicios especializados en salud mental: servicios que abordan las necesidades de personas con problemas de salud mental graves o complejos, incluidos los trastornos psiquiátricos.

Servicios económicos: servicios que abordan las necesidades económicas.

Servicios médicos: servicios que abordan las necesidades de atención médica.

Referencias: se identifican las necesidades específicas de un familiar y luego se pone a esa persona en contacto con un servicio adecuado que aborde sus necesidades.

Capacitado para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial: los niveles de capacitación en salud mental y apoyo psicosocial que se brindan varían según las necesidades de las víctimas, la disponibilidad de especialistas locales en salud mental, la brecha entre las necesidades y la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y las competencias y la disponibilidad de los acompañantes que reciben capacitación. Pueden incluir diversas técnicas básicas de apoyo psicológico o técnicas psicoterapéuticas más completas adaptadas a las necesidades de las víctimas.

PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

- **Enfoque multidisciplinario**

El enfoque multidisciplinario que emplean los programas de acompañamiento es, a la vez, una fuente de solidez y un gran desafío. Los programas de acompañamiento eficaces se basan en el resultado del diagnóstico de las necesidades y permiten dar una respuesta adecuada. Por ello, es fundamental que los equipos en el terreno coordinen sus acciones para ofrecer una respuesta integral.

- **Apoyo a largo plazo**

Para ser eficaces, los programas de apoyo a los familiares de personas desaparecidas deben adoptar desde el principio un enfoque a largo plazo: el proceso de tratar de averiguar qué les sucedió a las personas desaparecidas y de hacer frente a lo que sigue tras su desaparición es inevitablemente largo y lento.



3. VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

CONTEXTO GENERAL

La violencia³¹ destruye vidas, desintegra familias y comunidades, y es una amenaza para el desarrollo. Se estima que, aproximadamente, una quinta parte de la población mundial se ve afectada por algún tipo de conflicto, violencia o inseguridad³². La violencia, cada vez más extendida a nivel tanto nacional como regional, destruye el progreso social y económico. Están apareciendo nuevos tipos de conflictos: transfronterizos, urbanos o particularmente imprevisibles. Aunque se reduce el número de conflictos internacionales, hay cada vez más conflictos armados internos y situaciones de violencia prolongadas.

La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Definición de la OMS³³

La dinámica de la violencia y los conflictos se ha vuelto más compleja, del mismo modo que su impacto en la población. Cada vez mueren más personas como consecuencia de los conflictos, la violencia y la inseguridad³⁴, y el impacto psicológico y social de los conflictos es cada vez mayor. Los conflictos armados y otras situaciones de violencia muchas veces provocan oleadas enormes de personas desplazadas y refugiadas, lo cual genera una gran presión para los servicios sociales y, en algunos casos, puede causar el colapso total de la infraestructura básica. La violencia provoca separaciones de familiares y desintegra comunidades, lo que debilita o destruye las redes de apoyo social. En ese contexto de peligro, incertidumbre y pérdida, es probable que las víctimas/supervivientes³⁵ de la violencia sufran problemas de salud mental y dificultades psicosociales a corto plazo y largo plazo. En un momento de sufrimiento psicológico extremo, cuando se reduce la capacidad básica de funcionar en el plano cotidiano, la falta de servicios de salud mental y psicosociales de buena calidad implica que la mayoría de las víctimas no puedan acceder a la atención que necesitan. En las situaciones en las que las iniciativas para brindar asistencia humanitaria se ven obstaculizados por la violencia, el acceso a la atención es aún más difícil.

Las víctimas de violencia sexual constituyen un grupo vulnerable que requiere apoyo especial durante los conflictos armados y otras situaciones de violencia. La violencia sexual es más frecuente cuando se debilitan los sistemas de protección, seguridad y justicia. En efecto, muchas veces se emplea como método de guerra estratégico. La violencia sexual es un problema devastador y muy extendido, con consecuencias muy amplias para las víctimas, para sus familiares y para las comunidades afectadas. Es un acto de dominación violenta que tiene sus raíces en una compleja red de prejuicios culturales, especialmente en lo que respecta a los roles de género. La violencia sexual relacionada con los conflictos

³¹ A los efectos de este documento, se incluye entre las “víctimas de violencia” a las víctimas de violencia sexual y a las niñas y niños afectados por violencia.

³² Grupo del Banco Mundial, *Indicadores del Desarrollo Mundial 2016*, Grupo del Banco Mundial, Washington, D.C., 2016.

³³ OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, OMS, Ginebra, 2002, pág. 5.

³⁴ Institute of Strategic Studies (ISS), *The Armed Conflict Survey 2015*, ISS, 2015.

³⁵ Si bien el CICR recomienda emplear el término “víctima” para describir a las personas que han sufrido actos de violencia (y en particular actos de violencia sexual, para destacar que este tipo de violencia constituye una violación grave del derecho internacional), el término se ha criticado por considerarse que supone un desempoderamiento e implica debilidad, impotencia y pasividad. Los textos sobre resiliencia aconsejan emplear el término “superviviente” para denotar agencia, entusiasmo y acción al describir a las personas que han sufrido la violencia, y también para evitar sesgos negativos en las organizaciones y prestadores de servicios que emplean esos rótulos. Por ello, esta guía del CICR emplea los términos “víctima” y “víctima/superviviente” para ilustrar mejor las identidades complejas de quienes han sufrido la violencia y deben hacer frente a sus consecuencias. Por esas razones, en este documento se emplean ambos términos.

incluye violaciones, esclavitud sexual, explotación sexual, prostitución forzada y cualquier otro tipo de violencia sexual directa o indirectamente vinculada con un conflicto.

La mayoría de las víctimas de violencia sexual relacionada con conflictos son mujeres y niñas. Los hombres y los niños también la padecen y son especialmente vulnerables cuando están detenidos o cuando son reclutados forzosamente por fuerzas o grupos armados. No es raro que las víctimas de violencia sexual sean revictimizadas y que sufran ese tipo de violencia varias veces a lo largo de sus vidas por parte de diferentes agresores, que actúan solos o en grupo.

Violencia sexual: actos de naturaleza sexual que se imponen por la fuerza, por la amenaza del uso de la fuerza o por coacción provocada por la amenaza de violencia, coerción, detención, opresión psicológica o abuso de poder, que pueden perpetrarse contra mujeres, hombres, niñas o niños. La violencia sexual puede incluir cualquiera de los actos siguientes: violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otro tipo de violencia sexual de gravedad comparable. La violencia sexual no se limita a la violencia física y no necesariamente incluye un contacto físico. Puede incluir violaciones anales y vaginales; desnudez forzada; masturbación forzada; violación forzada de terceros; ser forzado a presenciar la violación de otras personas, incluidos familiares, amigos u otros detenidos; padecer el uso de instrumentos sobre los genitales; traumatismos, como los producidos por golpes con palos, cables, etc.; y amenazas sexuales verbales.

Definición del CICR³⁶

Incluso fuera de las situaciones de crisis, la violencia sexual muchas veces no se denuncia, por diversas razones: las víctimas temen represalias o piensan que nadie va a creerles, o tal vez no tengan apoyo o hayan perdido la confianza en los servicios públicos disponibles. Muchas víctimas de violencia sexual temen ser excluidas o estigmatizadas, y es posible que incluso teman que les hagan daño o las maten miembros de sus propias familias o comunidades si revelan lo que les sucedió o si piden ayuda. A menudo, quienes perpetran actos de violencia sexual son personas conocidas por la víctima; puede tratarse del sostén de la familia o de una persona que recompense económicamente los actos sexuales. En esos casos, es posible que la víctima se sienta atrapada y desesperada, lo cual le causará un daño psicológico y psicosocial adicional.

Esos problemas se agravan en contextos de conflicto, lo cual incrementa la probabilidad de que no se denuncien ni se traten los actos de violencia sexual. En casos en los que hay atención disponible, las víctimas deben afrontar una elección atroz: si buscan tratamiento, es posible que deban revelar información y enfrentarse potencialmente al rechazo o a la estigmatización; si no hablan con nadie, deberán soportar solas su carga de dolor, aflicción y vergüenza, lo que puede ser perjudicial para su salud y su bienestar a corto plazo y largo plazo.

Los niños son otro grupo vulnerable que requiere una consideración especial, particularmente los niños separados de sus cuidadores primarios. Sin la protección y el cuidado de sus familiares en el momento en que más los necesitan, muchas veces son vulnerables frente al hambre, las enfermedades, la violencia, los reclutamientos por fuerzas militares, la explotación y los abusos sexuales.

³⁶ Basada en la definición establecida en el *Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional* y en los Elementos de los Crímenes de ese tribunal.

Un **niño separado** es un niño separado de ambos padres o de su cuidador legal o habitual anterior, pero no necesariamente de otros familiares. Por lo tanto, es posible que un niño separado esté acompañado por otros familiares adultos.

Un **niño no acompañado** (también denominado menor no acompañado) es un niño que ha sido separado de ambos padres y otros familiares y al que no cuida un adulto que, según la ley o las costumbres, sea responsable de cuidarlo.

Definición adaptada de las Directrices Inter-Agenciales sobre niñas y niños no acompañados y separados³⁷

Un **niño o niña asociado a una fuerza armada o un grupo armado** es cualquier persona menor de 18 años de edad que haya sido reclutada o utilizada por una fuerza armada o un grupo armado en cualquier tipo de función, incluidos, sin limitaciones, los niños y niñas utilizados como combatientes, cocineros, portadores, mensajeros o espías o con fines sexuales. El término no se refiere solamente a un niño o niña que esté participando o haya participado directamente en las hostilidades.

Definición adaptada de Los Principios de París³⁸

A las víctimas de violencia, incluidas las víctimas de violencia sexual y los niños, puede resultarles muy difícil obtener ayuda. Cuando se brinda asistencia, es posible que, por los prejuicios o por la falta de capacitación de los cuidadores, las víctimas se sientan culpables, sean revictimizadas o estigmatizadas. El miedo y la vergüenza generan silencio, lo cual dificulta la labor de identificar a las personas que necesitan apoyo.

NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

En situaciones de conflicto, las personas pueden verse expuestas simultáneamente a muchos tipos de violencia distintos: las muertes violentas de familiares o amigos, el exilio o desplazamiento forzados y la pérdida de todo lo que aprecian o conocen, incluidos sus hogares, sus pertenencias, sus costumbres y sus tradiciones. La acumulación de estas experiencias puede tener un impacto negativo y duradero en las relaciones interpersonales. Es posible que las víctimas no puedan cumplir con sus responsabilidades familiares, como ocuparse del hogar, cuidar a los niños o salir a trabajar. La violencia tiene también un impacto colectivo en el bienestar psicosocial de las comunidades, ya que debilita la cohesión social y los mecanismos de afrontamiento que podrían ayudar a las víctimas a recuperarse. Por eso, las consecuencias psicológicas y psicosociales de la violencia están estrecha e inextricablemente correlacionadas.

Los problemas de salud mental y psicosociales que padecen las víctimas de violencia pueden ser muy diversos. Son muy comunes, sin embargo, los síntomas psicosomáticos, como los dolores de cabeza, de espalda y de estómago, que provocan visitas reiteradas al médico, aunque estas finalmente resulten inútiles. Las víctimas también suelen padecer depresión, ansiedad y síntomas relacionados con el trauma, como sentirse emocionalmente embotadas, aislarse de otras personas y revivir la experiencia traumática. Pueden desarrollar también mecanismos de afrontamiento nocivos, como autolesiones,

³⁷ CICR, IRC, Save the Children, UNICEF, ACNUR y World Vision, *Directrices Inter-Agenciales sobre niñas y niños no acompañados y separados*, CICR, Ginebra, 2004: https://www.unicef.org/protection/IAG_UASCs.pdf

³⁸ UNICEF, *Los Principios de París: principios y directrices sobre los niños asociados a fuerzas armadas o grupos armados*, 2007: https://www.unicef.org/protection/Paris_Principles_SP.pdf.

abuso de sustancias o presentar comportamientos agresivos, lo cual solo les causará más sufrimiento. En casos crónicos, estos síntomas provocan a menudo niveles significativos de disfuncionalidad y discapacidad. El impacto de la violencia en las víctimas depende de diversos factores, entre ellos, su historia personal, el tipo de relación con los agresores y la presencia o ausencia de una red de apoyo social.

Las víctimas de violencia sexual sufren, en particular, un tipo de vulneración muy íntimo. La respuesta difiere según cada víctima, pero la mayoría de ellas suele percibir que el hecho destruye su sentido de seguridad personal y amenaza sus creencias y supuestos básicos de sí mismas y del mundo que las rodea. Lo que sigue a un ataque puede ser tan punitivo y doloroso como el incidente en sí mismo: hay pruebas de que las víctimas de violación presentan niveles altos de sufrimiento psicológico durante la primera semana después de la violación. Su sufrimiento alcanza un máximo tres semanas después del hecho y permanece alto hasta dos meses más, antes de finalmente empezar a disminuir³⁹. En algunos casos, los síntomas pueden transformarse en un trastorno traumático e incluso provocar, eventualmente, cambios de conducta o de personalidad permanentes. Es posible que los miembros de su familia o comunidad humillen, culpen, rechacen o estigmaticen a las víctimas, que muchas veces deben luchar contra sentimientos abrumadores de vergüenza, culpa y miedo. Tanto si las víctimas hablan sobre su experiencia como si no lo hacen, muchas veces terminan aisladas y vulnerables a nuevos incidentes de maltrato.

Los niños afectados por violencia, en especial los que están separados de sus familiares o asociados con fuerzas armadas, requieren una atención específica. Es más probable que las dificultades psicológicas de los niños se manifiesten como síntomas psicósomáticos. Los niños pueden presentar depresión, ansiedad, temor, ira y problemas de sueño (por ejemplo, insomnio, pesadillas, incontinencia urinaria, sonambulismo y sueño excesivo). Puede que revivan constantemente sus experiencias traumáticas, recordando lo que vieron o lo que les forzaron a hacer. Como consecuencia, tal vez sufran síntomas relacionados con el trauma: regresiones, conductas de evitación e hipervigilancia. A largo plazo, es posible que los niños sigan temiendo que se los lleven o que traten de escapar incluso cuando estén a salvo.

Los niños que han participado en hostilidades como miembros de un grupo armado padecen dificultades psicológicas cuando se reinseran en la sociedad y deben readaptarse a la vida civil. Es probable que su experiencia impacte directamente en su conducta y en sus relaciones con otras personas, incluidos sus familiares, otros niños y sus comunidades. Además, en los casos de niños que se vieron obligados a sumarse a un grupo armado por la falta de trabajo, la violencia en sus hogares, la falta de un cuidador o un deseo de venganza, la reinserción puede resultar sumamente difícil, ya que regresan al mismo entorno que querían dejar atrás.

Cuando esos niños vuelven a reunirse con sus familiares, puede ser difícil que se integren en la sociedad. Es posible que sus familiares y sus comunidades teman el regreso de alguien a quien ven más como un perpetrador que como una víctima, especialmente si se ha obligado a ese niño a cometer atrocidades y actos de violencia durante la separación. Por ello, tal vez el niño sufra estigmatización o incluso rechazo. También puede suceder que los niños se sientan incomprendidos y aislados si su comunidad no reconoce ciertas habilidades que han adquirido y por las que recibían elogios cuando formaban parte de un grupo armado, como, por ejemplo, su capacidad de liderazgo o de combate. Es especialmente importante que las comunidades y las familias ayuden a los niños que regresan de un grupo armado a reintegrarse en la vida normal. Los miembros de las familias reunidas deben aprender formas nuevas de relacionarse unos con otros y de crear una nueva dinámica familiar. Es más probable que los niños sufran problemas psicosociales y de salud mental tras una separación prolongada, especialmente cuando se reencuentran con familiares lejanos o cuando la familia está en una situación económica muy difícil.

Todas las actividades destinadas a responder a las necesidades de los niños deben centrarse en proteger su bienestar y sus intereses.

³⁹ R. Campbell, "Mental health services for rape survivors: Current issues in therapeutic practice", *Violence Against Women Online Resources*, 2001, págs. 1–9.

RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

El CICR se esfuerza por dar respuesta al sufrimiento y a las necesidades de las personas afectadas por conflictos armados y por violencia, así como por abordar tanto las causas como los efectos de esas circunstancias. Sus actividades son multidisciplinarias e incluyen la adopción de medidas preventivas, la provisión de asistencia (curativa y de seguimiento) para víctimas/supervivientes y la protección de personas y grupos vulnerables.

Una respuesta eficaz requiere un marco psicosocial sólido, para que a las víctimas les resulte más accesible y seguro pedir ayuda. Con ese fin, es importante que la planificación de los programas tenga en cuenta el contexto sociocultural de la violencia, facilite la participación de la comunidad y fomente la confianza entre los prestadores de servicios y las comunidades, lo que lleva tiempo.

La respuesta que se planifique deberá integrar la atención médica, psicológica y psicosocial. Como se resumió en la estrategia de salud 2014-2018 del CICR, es necesaria una respuesta de salud integrada que asegure la continuidad de cuidados a las víctimas de los conflictos armados y de otras situaciones de violencia.

Aunque las víctimas no suelen hablar abiertamente de sus experiencias, es posible que busquen tratamiento por sus síntomas físicos (por ejemplo, lesiones, fatiga, dolores de cabeza, infecciones urinarias o infecciones de transmisión sexual). Por ello, las estructuras las instalaciones de salud (es decir, puestos de salud, centros de salud y hospitales) pueden cumplir una función clave para identificar a las víctimas de violencia. Asimismo, es importante tener en cuenta la función de los líderes religiosos y comunitarios, que suelen ser miembros respetados de la comunidad, en los que la población confía. Dado que las víctimas de violencia pueden dirigirse a ellos en busca de apoyo y orientación, estos líderes pueden contribuir también a identificar a las personas que necesitan atención.

Para abordar con eficacia las necesidades de las víctimas de violencia, es crucial crear un entorno seguro para ellas. Eso implica adoptar un enfoque de “no causar daño” que vaya más allá de la gestión clínica. Las víctimas tienen que poder revelar a los prestadores de servicios detalles de la violencia que han sufrido sin correr el riesgo de que se las estigmatice más aún. Las actividades de atención sanitaria, tanto en estructuras de salud como a nivel de la comunidad, deben ser discretas y dirigirse a todas las personas afectadas por la violencia. Además, deben proteger la identidad de víctimas específicas (y, en especial, de las víctimas de violencia sexual) y garantizar plena confidencialidad.

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES

El diagnóstico de las necesidades psicológicas y psicosociales de las víctimas de violencia es un desafío que se debe abordar con precaución. Detectar a las víctimas, especialmente a las víctimas de violencia sexual, para conocer sus necesidades, identificar puntos de entrada y planificar un programa multidisciplinario adecuado es una etapa compleja. Las víctimas son reacias a revelar detalles de su experiencia, por lo que cualquier diagnóstico deberá detectar problemas ocultos y no-dichos. Además, los prestadores de servicios a menudo no están dispuestos a reconocer que se ha producido un abuso sexual. Esa reticencia, sumada al silencio de la víctima, hace que los problemas sean difíciles de detectar. Por eso, es importante que, durante el proceso de diagnóstico de necesidades, se generen espacios que permitan superar el silencio y las reticencias. En este sentido, las consideraciones psicológicas y psicosociales son factores clave.

Los puntos de entrada son mecanismos de apoyo existentes que las víctimas reconocen, en los que confían y a los que tienen acceso. Una respuesta eficaz a las necesidades de las víctimas implica reforzar los puntos de entrada para que se pueda identificar a las víctimas, ofrecerles apoyo y hacer seguimientos de un modo que les resulte accesible, que mantenga su confianza y no perpetúe la estigmatización.

Los diagnósticos de necesidades deben hacerse sin forzar a las víctimas a revelar lo que les ha sucedido. Sin embargo, es posible que durante el proceso surjan recuerdos traumáticos. Es importante tener una actitud que no agrave aún más el traumatismo si las víctimas reviven sus atroces experiencias. Los profesionales de la salud mental pueden jugar un papel valioso en ese proceso, ya que tienen las aptitudes necesarias para proveer psicoeducación (es decir, informar sobre reacciones psicológicas específicas y sobre estrategias de afrontamiento positivas), brindar apoyo psicológico y, si es necesario, orientar a las víctimas a otros servicios. Además, si las víctimas perciben que la entrevista o la sesión grupal no es un mero ejercicio de recolección de información, es posible que las víctimas confíen y se abran.

Un diagnóstico de necesidades que se centre en los supervivientes es un proceso participativo que toma en cuenta los mecanismos de afrontamiento que las víctimas ya tienen, así como las sugerencias y expectativas de esas personas. También se debe preguntar a las víctimas a quién piden ayuda y dónde. Estas son algunas de las preguntas que se hacen: *¿Cuándo siente la necesidad de hablar sobre lo que ha vivido, ¿habla con alguien de la comunidad? Si no se siente bien físicamente como consecuencia de lo que le sucedió, ¿adónde va para pedir ayuda?* Las contestaciones a esas preguntas brindan información sobre posibles “puntos de entrada” para una respuesta de salud mental y apoyo psicosocial.

En el marco del diagnóstico integral de necesidades centrado en los supervivientes que ha adoptado el CICR, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

Víctimas: identificar y referir (si es necesario) a las víctimas de violencia; evaluar los factores de riesgo específicos y los grupos vulnerables y sus necesidades; identificar las necesidades imperantes en materia de salud, las preocupaciones y los puntos fuertes de las víctimas y las comunidades, incluidos el apoyo social (rechazo o inclusión) y la percepción y la experiencia de la estigmatización.

Estructuras de salud: evaluar el potencial de las estructuras de salud para brindar atención a las víctimas a nivel de la atención tanto primaria como secundaria, incluidos los puestos de salud, centros de salud y hospitales, en colaboración con profesionales de la salud. Para las víctimas de violencia sexual, se deben incluir los tipos y la disponibilidad de los tratamientos médicos necesarios para una gestión clínica adecuada⁴⁰.

Principales actores: identificar a los actores clave de la comunidad y las estructuras de salud que participan en la atención a las víctimas de violencia. Evaluar la eficacia de los servicios disponibles, incluidos los de salud, los de salud mental y los servicios psicosociales.

Participación de la comunidad: es esencial obtener la participación de actores clave de la comunidad, ya que las víctimas de violencia a veces tienen temor de ponerse en contacto con servicios formales. Se deben investigar tanto los recursos de la comunidad como los obstáculos para satisfacer las necesidades de las víctimas, incluidas las barreras que impiden el acceso. La evaluación también ayudará a identificar las actitudes y prácticas de los actores clave en los sectores de la salud, los servicios psicosociales, la seguridad, los derechos humanos y los servicios jurídicos (los equipos de salud y de protección del

⁴⁰ V. OMS y ACNUR, *Gestión clínica de los sobrevivientes de violación: una guía para la elaboración de protocolos para el uso en situaciones de refugiados y desplazados internos* (edición revisada), OMS y ACNUR, Ginebra, 2004: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf?ua=1> [en inglés].

CICR hacen esto juntos). Otro aspecto jurídico importante que se debe tener en cuenta es la emisión de un certificado médico acorde a las disposiciones legales vigentes.

Los métodos que se emplean para obtener esta información incluyen entrevistas semiestructuradas (individuales o en grupos pequeños) con:

1. miembros de la comunidad, agrupados por género (por ejemplo, al centrarse en la violencia sexual, se recomienda separar a mujeres y hombres) y por edad;
2. prestadores de servicios informales, incluidos los líderes comunitarios (por ejemplo, líderes religiosos, parteras tradicionales, grupos o asociaciones de mujeres);
3. prestadores de servicios de salud (por ejemplo, médicos, enfermeros, profesionales de la salud mental y parteras);
4. otros actores claves.

Al diagnosticar las necesidades de las víctimas/supervivientes de violencia sexual mediante entrevistas grupales o individuales realizadas en un espacio seguro, es vital garantizar la confidencialidad y la privacidad. Los temas de esas entrevistas grupales e individuales deben ser lo suficientemente amplios para dar a las víctimas oportunidades de hablar sobre su experiencia de la violencia sexual sin invitarlas explícitamente a hacerlo (por ejemplo, salud reproductiva, salud femenina o violencia en general). Así se garantizará que el proceso de evaluación no desempodere ni estigmatice aún más a las víctimas/supervivientes.

La decisión sobre si conviene realizar entrevistas grupales o individuales dependerá de los hábitos socioculturales y las creencias locales. En algunos contextos, puede ser posible entrevistar a las mujeres juntas, en grupos; mientras que, en otros, pedirá estar presente un hombre en posición de liderazgo, lo cual puede desalentar a las mujeres a hablar abiertamente. De una forma similar, en ciertas situaciones, realizar las entrevistas en el hogar de la víctima puede garantizar su privacidad; mientras que, en otras, es posible que haya personas que no quieran revelar lo que les ha sucedido en un lugar donde sus familiares puedan oírlo. También deben tenerse en cuenta los factores socioculturales al decidir si se deben emplear evaluadores, intérpretes, entrevistadores o facilitadores de grupos que sean hombres o mujeres.

Como la violencia sexual se denuncia en muy pocos casos, su incidencia no puede deducirse solo del número de casos registrados. Durante el proceso de diagnóstico, deben emplearse mecanismos para identificar activamente a las víctimas, por ejemplo, preguntar a los prestadores de servicios de salud el número de pacientes con síntomas o señales que indiquen que pueden haber sufrido violencia sexual (por caso, lesiones sin explicación, infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, síntomas psicológicos que sean indicios de violencia, etc.).

Para obtener información de un espectro más amplio, se recomienda realizar un mínimo de diez entrevistas (individuales o grupales) en cada lugar, durante un **período mínimo de tres meses**. Además, puede obtenerse información de fuentes secundarias, que incluyen informes elaborados por organizaciones internacionales, ONG y organizaciones de defensa de los derechos humanos, así como informes con información pública. Al evaluar la relevancia y la factibilidad de integrar la atención de salud mental y apoyo psicosocial en las estructuras de salud, el CICR emplea la “Lista de verificación para integrar la salud mental en la atención primaria de salud en contextos humanitarios”⁴¹ elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Esa lista se emplea principalmente en los debates de grupos focales con trabajadores de la salud.

Tras el diagnóstico, se elabora un informe integral donde se incluyen recomendaciones detalladas para la formulación del programa, con inclusión de la estrategia, los plazos y los recursos financieros y humanos necesarios. La naturaleza transversal de las necesidades de salud mental y psicosociales implica que debe hacerse, al principio, un análisis del

⁴¹ OMS y ACNUR, “Lista de verificación para integrar la salud mental en la atención primaria de salud (APS) en contextos humanitarios”, en el documento *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: guía de herramientas para contextos humanitarios*, OMS y ACNUR, Ginebra, 2012.

problema desde múltiples perspectivas y que las consiguientes recomendaciones deben ser multidisciplinarias. Al evaluar las necesidades de las víctimas de conflictos armados y de violencia, los equipos del CICR (por ejemplo, los de Salud, Seguridad económica, Agua y hábitat, y Protección) realizan diagnósticos de las necesidades conjuntos y pormenorizados.

FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Los programas de salud mental y apoyo psicosocial pueden implementarse en una emergencia (a corto plazo) o en situaciones de violencia crónica (a mediano plazo o largo plazo). En ambos contextos, un delegado de salud mental y apoyo psicosocial deberá evaluar, implementar y supervisar el programa. Los programas de emergencia pueden durar de **tres a seis meses**, mientras que, en situaciones de violencia crónica, se recomienda implementar el programa durante un mínimo de **doce meses**. En todos los casos, en cuanto comience el programa, debe contratarse a oficiales de campo de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales, para alentar la apropiación del programa por parte de la comunidad local y para desarrollar capacidades a nivel local.

Dada la diversidad de contextos y necesidades, no hay una respuesta aplicable a todos los casos de víctimas/supervivientes de la violencia; los programas se adaptan a los puntos de entrada que identifican las víctimas, a los rasgos culturales específicos y a las necesidades de salud. El nivel de participación y de apoyo que se brinden dependerá de las necesidades y recursos que se identifiquen en la evaluación de las necesidades, así como de los objetivos y de los resultados esperados del programa. Los puntos de entrada (es decir, los mecanismos de apoyo existentes que las víctimas identifiquen, en los que confíen y a los que tengan acceso) se refuerzan para mejorar el apoyo médico, psicológico y psicosocial que se brinda a las víctimas, mientras que el tipo de punto de entrada determinará las características del programa y sus actividades:

1. Si se considera que el mejor punto de entrada son las estructuras de salud (es decir, los puestos de salud, los centros de salud y los hospitales), el programa se centrará en capacitar al personal sanitario para que brinde atención médica y atención psicológica básica (en algunas situaciones, puede ofrecerse capacitación psicoterapéutica) y, cuando sea posible, se sumará a esas estructuras un especialista en salud mental. En ambos casos, será necesario crear un equipo de trabajo comunitario cuya labor sea desarrollar una red de apoyo psicosocial.
2. Si el mejor punto de entrada lo brindan los servicios comunitarios (por ejemplo, los líderes religiosos, los líderes de la comunidad, las organizaciones de base), el programa se centrará en reforzar la provisión de apoyo psicológico y psicosocial por parte de estos, mientras que la atención médica se brindará mediante referencias a otras estructuras.



1. Integrar los programas para víctimas/supervivientes de violencia (incluida violencia sexual) en las estructuras de salud

El consenso internacional sostiene que la provisión de atención de salud mental en estructuras de salud (por ejemplo, puestos de salud, centros de salud y hospitales) es clave para brindar un servicio integral. La mejor forma de brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial es a través de una pirámide de atención en la cual la atención primaria de salud ejerce de puente entre la atención informal provista por los actores comunitarios o las propias víctimas, por un lado y, por otro, las estructuras y los servicios especializados en salud mental.

La Declaración de Alma-Ata, adoptada en 1978, fue la primera declaración internacional que destacó la importancia de la atención primaria de la salud y cumplió una función clave a la hora de sentar las bases de la protección y la promoción de la salud en todo el mundo⁴². En su primer principio, la Declaración reitera la definición de salud de la OMS como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁴³. La Declaración señala, asimismo, que la atención primaria de la salud consiste en brindar “asistencia sanitaria esencial” basada en las necesidades de las personas que sea accesible universalmente para las personas y las familias de la comunidad y, por lo tanto, que esté disponible lo más cerca posible de los lugares de residencia y de trabajo de la población.

Tanto la OMS⁴⁴ como el IASC⁴⁵ recomiendan integrar los servicios básicos de salud mental y apoyo psicosocial en las centros de atención primaria de la salud, para reducir la brecha en el ámbito de la salud mental (es decir, para mejorar el acceso a la atención de las personas con trastornos de salud mental comunes). Así se garantiza un mejor acceso a la atención de salud mental y apoyo psicosocial, pero también se evita la estigmatización asociada con recibir tratamiento en instituciones psiquiátricas. Los servicios de salud mental y apoyo psicosocial integrados facilitan la identificación temprana y el tratamiento en un entorno de apoyo, con un seguimiento eficaz.

Para dar la mejor respuesta posible a las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de las víctimas, el CICR se centra en mejorar las estructuras de atención primaria de la salud, que son puntos de entrada clave para promover la atención de salud mental. En ese enfoque, se destaca el uso de kits de profilaxis posviolación (que contienen medicamentos y materiales esenciales para tratar adecuadamente a las víctimas de violación) en un plazo adecuado⁴⁶ y asegurarse de que el personal sanitario comprenda que hacer un seguimiento del paciente es clave para que este cumpla el tratamiento. Se capacita al personal sanitario de esas estructuras (por ejemplo, médicos, enfermeros y otros generalistas que forman la primera línea de atención) para que pueda identificar a las víctimas de violencia con preguntas de triaje y para que sepa ayudar a esas personas brindándoles un apoyo psicológico básico. El enfoque habitual se centra en la capacitación, el asesoramiento y el seguimiento estrecho para permitir al personal sanitario que brinde salud mental y apoyo psicosocial en forma de consultas individuales y, si es necesario, que derive a las víctimas a un especialista en salud mental integrado en esas instalaciones de salud o a servicios especializados en salud mental. En ciertas situaciones, es posible que se capacite al propio personal sanitario para que pueda brindar apoyo psicoterapéutico. Sin embargo, dado el gran volumen de trabajo y la falta de tiempo que ya padece ese personal, ese enfoque no es habitual.

Al atender en estructuras de salud a las víctimas de violencia y, en particular, a las víctimas de violencia sexual, es esencial asegurar la confidencialidad y la privacidad. Ese enfoque implica tratar con sensibilidad a las personas y registrar sus casos con discreción. También

⁴² Declaración de Alma-Ata, adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6 a 12 de septiembre de 1978.

⁴³ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada el 22 de julio de 1946.

⁴⁴ OMS y Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca, por sus siglas en inglés), *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*, Singapur, 2008; OMS, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings* (versión 2.0), OMS, Ginebra, 2016.

⁴⁵ IASC, *Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*, IASC, Ginebra, 2007.

⁴⁶ Para más información, v. OMS y ACNUR, *Gestión clínica de los sobrevivientes de violación: una guía para la elaboración de protocolos para el uso en situaciones de refugiados y desplazados internos* (edición revisada), OMS y ACNUR, Ginebra, 2004: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf?ua=1> [en inglés].

es importante evitar etiquetar los servicios brindados de una forma que pueda estigmatizar aún más a las víctimas o causarles más daño (por ejemplo, hay que evitar términos como “clínica de violaciones” o “centro de violencia sexual”). Lo ideal sería incorporar el apoyo psicológico al marco de los servicios disponibles. Puede brindarse apoyo psicológico mediante la capacitación del personal que ya trabaja en esos servicios o mediante la contratación de *counsellors* y psicólogos ya capacitados para que brinden servicios de apoyo a todas las víctimas de violencia y para que prevengan la estigmatización.

En crisis agudas en las que las estructuras de salud primaria han dejado de funcionar, el CICR emplea unidades de salud móviles que brindan atención médica de emergencia. Existe la posibilidad de incorporar temporalmente las actividades de salud mental y apoyo psicosocial a los servicios que brindan las unidades de salud móviles, hasta que reabran las estructuras de salud permanentes.

2. Integrar los programas para víctimas/supervivientes de la violencia (incluida la violencia sexual) en los servicios comunitarios

Las capacidades de los actores de la comunidad local (identificados como puntos de entrada adecuados para brindar asistencia) se desarrollan con un enfoque participativo. Se empodera a esos actores, incluidos líderes comunitarios y quienes encabezan grupos de mujeres, para que puedan brindar un apoyo eficaz y adecuado a las víctimas de violencia. Esa capacitación les permite incorporar el apoyo psicológico a las actividades que ya realizaban previamente. Además, se identifica a los prestadores de servicios de salud mental ya disponibles y se capacita a los actores de la comunidad para que puedan identificar a las víctimas de violencia que necesitan ser referidas a servicios más especializados.

Los actores de la comunidad capacitados pueden organizar grupos de apoyo que aborden los problemas psicosociales y de salud mental. Esos grupos de apoyo pueden asistir a las personas que se niegan a pedir ayuda o que deciden interrumpir el tratamiento por las barreras que les impiden el acceso. También pueden ser muy eficaces en las culturas que valoran las relaciones con la comunidad y la cohesión social.

Información y sensibilización

A menudo, las víctimas deben hacer frente a un laberinto institucional para acceder a los servicios, y esa experiencia puede confundirlas y desmoralizarlas. El CICR puede capacitar y empoderar a miembros clave de la comunidad para que actúen como primer punto de contacto para las víctimas de violencia. Los equipos de trabajo comunitario pueden brindar información y apoyo antes, durante y después del tratamiento médico, en especial a las víctimas de violencia sexual. El trabajo comunitario funciona como una red de protección para facilitar el acceso a la atención en situaciones en las que el sistema de salud no puede satisfacer la demanda o en las que recurrir a ese sistema llevaría a una estigmatización.

Las actividades comunitarias incluyen campañas informativas y de sensibilización. Los equipos de trabajo comunitario dan información sobre los servicios disponibles y dónde encontrarlos, motivan a las personas afectadas para que busquen apoyo y hacen un seguimiento de las víctimas a nivel comunitario. También enseñan a la población a reconocer los indicios del sufrimiento psicológico, las consecuencias de la violencia y el impacto negativo de la estigmatización. El objetivo de esas actividades es animar a las víctimas a pedir ayuda y reducir la estigmatización. Además, las actividades comunitarias mejoran el funcionamiento general de las estructuras de salud al generar una verdadera interacción con esa comunidad.

Para garantizar que las víctimas de violencia tengan acceso a una atención integral, es fundamental crear y mantener un sistema multidisciplinario de referencia que funcione bien y que respete adecuadamente la confidencialidad del paciente. Un sistema eficaz incluye diversos servicios, como gestión clínica y médica, protección física y alojamiento, servicios jurídicos y sociales y apoyo psicosocial. También puede ofrecer un enlace con servicios que promueven la educación y el empoderamiento económico. Todos esos elementos pueden contribuir a la recuperación. Las víctimas no deben tener que exponerse a las mismas preguntas de los distintos prestadores de servicios. Por ello, es esencial que todos los prestadores coordinen sus actividades e intercambien información, a la vez que preservan la confidencialidad y se esfuerzan por proteger a las víctimas y por evitar que sufran más daños.

Consideraciones particulares para niñas y niños

En conflictos armados y en otras situaciones de violencia, es frecuente que los miembros de una familia se separen unos de otros, y parte de la labor del CICR es reunir a familiares. Ese proceso se idealiza muchas veces como un rápido retorno a la “normalidad”. Sin embargo, en función de lo que haya sucedido durante esa separación, es posible que tanto a los adultos como a los niños les cueste abordar las dificultades psicológicas, que tendrán un impacto en su interacción con los miembros de su propia familia o comunidad durante el proceso de reunión familiar o después de él.

El CICR cuenta con equipos de Restablecimiento del contacto entre familiares (RCF) para reunir a familiares separados. El trabajo de algunos de esos equipos incluye servicios de salud mental y apoyo psicosocial: se enseña a los equipos a reconocer las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los niños y de sus familiares, para que eviten causar más daños durante el proceso de reunión familiar. Hay profesionales de la salud mental que ayudan a capacitar a los equipos de RCF sobre el terreno para que puedan diagnosticar las necesidades psicológicas y psicosociales, brindar apoyo psicológico básico e identificar a los niños con necesidades de salud mental más acuciantes, a fin de referirlos a prestadores de servicios especializados. Una vez que se ha reunido una familia, se hace un seguimiento de las cuestiones relativas a salud mental y apoyo psicosocial y, si es necesario, se abordan esas cuestiones en visitas a la familia.

En países en los que están disponibles programas de salud mental y apoyo psicosocial (u otros servicios de salud mental) gestionados por *counsellors* bien capacitados, se puede referir a esos programas a los niños con necesidades psicológicas concretas. Cuando no hay un sistema de atención de la salud mental y apoyo psicosociales, es aún más importante capacitar a los equipos de RCF para que puedan brindar apoyo psicológico básico. Si se capacita a los equipos de RCF para que comprendan las dificultades psicológicas y psicosociales que pueden afectar a los niños y a sus familiares, es probable que el proceso de reunión familiar logre mejores resultados. Mientras los niños afectados esperan que se encuentre a sus familiares, lo ideal es brindarles atención alternativa colocándolos con una familia, en lugar de alojarlos en una residencia. Eso es lo mejor para los intereses de esos niños, ya que una familia de acogida bien seleccionada les dará una oportunidad de interactuar en el marco de una estructura familiar y de una comunidad. También se capacita a los equipos de RCF para que apoyen a esas familias de acogida en el acompañamiento que brindan a los niños durante el período de espera.

GRUPOS DESTINATARIOS

- 1. Directos: víctimas de violencia (incluidos los niños y las víctimas de violencia sexual):** se trata de identificar a los grupos y las personas especialmente vulnerables según distintos factores: género; discapacidad (física o mental); edad (prestando atención específicamente a niños separados de sus familiares, niños asociados con grupos armados, niños nacidos como consecuencia de una violación y ancianos); cualquier otro grupo social marginado en la comunidad; o víctimas de ciertos tipos de actos de violencia (por ejemplo, violencia sexual).
- 2. Indirectos:** familiares de víctimas, personal sanitario, actores clave de la comunidad, equipos de RCF en el terreno y miembros de la comunidad en general.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El programa se propone brindar atención en salud mental y apoyo psicosocial a:

Víctimas de violencia (incluida violencia sexual) en las estructuras de salud

Los pacientes que se atienden en estructuras de salud apoyadas por el CICR (ESPECIFICAR, *tipo(s) / nombre(s) de la(s) estructura(s) y/o ubicación, etc.*) que sufren de problemas de salud mental o consecuencias psicosociales de la violencia son diagnosticados y tratados adecuadamente, conforme a los estándares nacionales e internacionales.

Víctimas de violencia (incluida violencia sexual) a nivel comunitario

Las necesidades de salud mental y psicosociales de las víctimas de violencia en (ESPECIFICAR *tipo(s) de violencia, ubicación(es)*) son satisfechas por actores comunitarios debidamente capacitados.

Niños víctimas de violencia que necesitan reunirse con sus familiares

Niños separados de sus familiares en/como resultado de (ESPECIFICAR *ubicación(es), razones de la separación, etc.*) y sus familiares reciben apoyo psicológico y psicosocial para sobreponerse a las dificultades ligadas a la reunión familiar y así facilitar el proceso.

Esos objetivos se pueden cumplir fortaleciendo la capacidad del personal sanitario y de actores clave de la comunidad y brindando apoyo grupal e individual a víctimas/supervivientes.

MÉTODOS

Fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario o de actores clave de la comunidad para que puedan brindar apoyo psicológico básico (individual o grupal):

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilización	Integrar a trabajadores de salud mental en las estructuras de salud.	Dialogar con las autoridades de salud locales pertinentes, incluido el personal de administración de las estructuras de salud, sobre la importancia de incorporar la atención en salud mental y el apoyo psicosocial en los servicios que brindan y de emplear a trabajadores de salud mental.	Las autoridades de salud y el personal de administración de las estructuras de salud incorporan la atención en salud mental y apoyo psicosocial en los servicios que brindan. Esas estructuras de salud incluyen a trabajadores de salud mental entre sus empleados.
Capacitación de trabajadores de salud mental locales	Enseñar o mejorar las habilidades de los trabajadores de salud mental locales para que puedan brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial a las víctimas de violencia, prestando especial atención a los niños y las víctimas de violencia sexual.	Talleres con trabajadores de salud mental locales sobre las necesidades psicológicas de las víctimas de violencia y sobre las técnicas psicoterapéuticas que se emplean para abordar esas necesidades. Los talleres son dirigidos por delegados de salud mental y apoyo psicosocial del CICR. Se realizan talleres cada semana o cada dos semanas, por un lapso de tres a seis meses (es decir, un período que permite abordar los contenidos necesarios). Los talleres incluyen presentaciones teóricas, así como actividades grupales, actividades de simulación (dramatizaciones), videos y debates sobre casos.	Los psicólogos o <i>counsellors</i> locales brindan atención de salud mental y apoyo psicosocial de buena calidad a las víctimas de violencia, incluidos los siguientes elementos: identificar y tratar los síntomas del sufrimiento psicológico; comprender el impacto del sufrimiento en el funcionamiento cotidiano; identificar las estrategias de afrontamiento actuales y analizar estrategias de afrontamiento positivas; estimular los recursos individuales y las redes de apoyo social. Se emplean métodos para recoger datos de salud mental y apoyo psicosocial y, cuando es posible, se incorporan a las herramientas de recolección de datos que utilizan las instalaciones de salud. Se identifican otros servicios disponibles (por ejemplo, servicios económicos, jurídicos, sociales o de salud mental) y, si es posible, se establece un sistema de referencia.
Capacitación del personal sanitario	Establecer o mejorar las habilidades del personal sanitario, para que pueda brindar apoyo psicológico básico a las víctimas de violencia, prestando especial atención a los niños y las víctimas de violencia sexual.	Talleres para el personal sanitario sobre apoyo psicológico básico. Los temas tratados incluyen: habilidades de escucha, habilidades de comunicación, cómo obtener con sensibilidad información de la víctima, cómo detectar problemas psicológicos, categorizar las necesidades según su prioridad e identificar recursos individuales y sociales, y adónde referir a la víctima para que reciba atención adicional. Si es necesario, puede brindarse al personal sanitario una capacitación psicoterapéutica más exhaustiva. Talleres para el personal sanitario sobre la provisión de apoyo psicológico básico a las víctimas de violencia sexual (que incluye el empleo de kits de profilaxis posviolación) y sobre la importancia de hacer un seguimiento para garantizar que se cumpla el tratamiento. El programa de los talleres debe ajustarse al horario de trabajo del personal (por ejemplo, una hora por día durante un período lo suficientemente largo como para cubrir el material del curso, es decir, entre uno y tres meses de sesiones de capacitación periódicas). Los talleres son dirigidos por profesionales de la salud mental (es decir, delegados de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales). Los talleres incluyen presentaciones teóricas, actividades grupales, dramatizaciones, videos y debates.	El personal sanitario tiene los suficientes conocimientos y habilidades para brindar apoyo psicológico básico. El personal sanitario tiene capacidad para brindar asesoramiento psicológico centrado en la búsqueda de soluciones, incluida una “sesión única” (como es improbable que las víctimas que estén inmersas en situaciones violentas asistan a sesiones de seguimiento, la primera sesión puede ser la única en la que participen). El personal sanitario tiene suficientes conocimientos y habilidades para brindar apoyo psicológico básico a víctimas de violencia sexual, incluido el seguimiento de pacientes que tomen medicamentos para la profilaxis posterior a la violación. El personal sanitario participa en la identificación de otros servicios conexos y en la creación de un sistema de referencia o de seguimiento. El personal sanitario puede identificar a las personas con necesidades psicológicas más graves o con otras necesidades y puede hacer las referencias que correspondan (cuando haya servicios disponibles).

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Capacitación de actores clave de la comunidad	Establecer o mejorar las habilidades de los actores de la comunidad, para que puedan brindar apoyo psicológico básico o ayuda psicoterapéutica a las víctimas de violencia, prestando especial atención a los niños y las víctimas de violencia sexual.	Talleres con actores clave de la comunidad sobre apoyo psicológico básico. Los temas tratados incluyen: habilidades de escucha, habilidades de comunicación, cómo obtener con sensibilidad información de la víctima, cómo detectar problemas psicológicos, priorizar necesidades e identificar recursos individuales y sociales, y adónde referir a la víctima para que reciba atención especializada, de ser necesario. Talleres con actores clave de la comunidad, para que estos puedan adquirir conocimientos y habilidades de apoyo psicoterapéutico: técnicas psicoterapéuticas para atender necesidades psicológicas y psicosociales moderadas. Talleres con actores clave de la comunidad sobre cómo ofrecer apoyo psicológico específico a las víctimas de violencia sexual. Talleres sobre el apoyo específico a niños, cuestiones relativas a la separación de familiares y el proceso de reunión familiar, y consideraciones importantes en materia de salud mental y apoyo psicosocial. Se realizan talleres cada semana o cada dos semanas por un período de varios meses (el período varía, para garantizar que pueda cubrirse todo el contenido de la formación). Los talleres son dirigidos por profesionales de la salud mental (es decir, delegados SMAPS, salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales). Los talleres incluyen presentaciones teóricas, actividades grupales, dramatizaciones, videos y debates.	Los actores clave de la comunidad tienen suficientes conocimientos y habilidades para brindar apoyo psicológico básico o en profundidad a las víctimas de violencia (incluida la violencia sexual). Los actores clave de la comunidad tienen capacidad para brindar asesoramiento psicológico con enfoque en la búsqueda de soluciones, incluida una “sesión única” (como es improbable que las víctimas inmersas en situaciones violentas asistan a sesiones de seguimiento, la primera sesión puede ser la única en la que participen). Los actores clave tienen suficientes conocimientos y habilidades en relación con el trabajo con niños, la separación de familiares y el proceso de reunión familiar. Los actores clave de la comunidad se involucran en la identificación de otros servicios conexos y en la creación de un sistema de referencia o de seguimiento. Los actores clave de la comunidad pueden identificar a las personas con necesidades psicológicas más graves o necesidades de otro tipo (incluso de índole médica) y pueden organizar las referencias que correspondan.
Capacitación de equipos que trabajen en comunidad	Desarrollar una red de apoyo psicosocial en las comunidades mediante la adopción de estrategias de trabajo comunitario.	Talleres con actores clave de la comunidad que se realizan en un período breve (entre dos y cuatro semanas). Los talleres son dirigidos por profesionales de salud mental (es decir, delegados de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales). Los talleres incluyen presentaciones teóricas, actividades grupales, dramatizaciones, videos y debates.	Los equipos de trabajo en comunidad pueden brindar información sobre el impacto de la violencia en la salud mental, prestando especial atención a los niños vulnerables y a las víctimas de violencia sexual. Los equipos de trabajo en comunidad tienen los conocimientos y las habilidades necesarios para sensibilizar a los grupos correspondientes sobre salud mental y apoyo psicosocial adaptando las sesiones a participantes específicos. Los equipos de trabajo en comunidad tienen los conocimientos y las habilidades necesarios para identificar a las víctimas de violencia durante actividades informativas y de sensibilización, y pueden hacer las referencias que corresponda. Los equipos de trabajo comunitario pueden ayudar a las víctimas a obtener apoyo en salud mental y psicosocial orientándolas dentro del sistema institucional de atención.

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Supervisión	Seguimiento y apoyo sostenido para que el personal sanitario y los actores clave de la comunidad puedan consolidar los conocimientos y las habilidades que hayan adquirido en la capacitación.	Visitas periódicas a las estructuras de salud y reuniones/discusiones con el personal sanitario o los actores clave de la comunidad, según las necesidades. Participación ocasional en sesiones de apoyo psicológico. Análisis de casos con el personal sanitario que brinda apoyo psicológico básico a los pacientes o con los actores comunitarios clave comunidad que brindan apoyo psicológico básico o en profundidad a las víctimas. Acompañar y observar a los equipos de trabajo comunitarios en las campañas informativas y las actividades de sensibilización. Darles retroalimentación sobre el contenido y la pertinencia de las actividades, las habilidades de comunicación, etc. Evaluar las percepciones de la comunidad sobre la función del equipo en su ámbito (por ejemplo, evaluar la capacidad de los equipos de generar confianza mediante entrevistas con miembros de la comunidad).	Se asegura la apropiación y la sostenibilidad del programa de apoyo psicológico y psicosocial. Hay miembros del personal sanitario o actores clave de la comunidad adecuadamente capacitados que prestan servicios de apoyo psicológico y psicosocial de buena calidad. Hay miembros del personal sanitario o actores clave de la comunidad adecuadamente capacitados que tienen los conocimientos y las habilidades necesarios para aplicar un enfoque centrado en la búsqueda de soluciones y para dar respuesta a todas las necesidades de las víctimas. Hay miembros del personal sanitario o actores clave de la comunidad adecuadamente capacitados que pueden identificar los casos de sufrimiento psicológico agudo y cuadros psiquiátricos graves y referir a esos pacientes (si hay servicios especializados disponibles). Los equipos de trabajo comunitarios comprenden los mensajes clave y obtienen el apoyo necesario para poder comunicar adecuadamente esa información. Se emplean métodos adecuados de recolección de datos. Se identifican ámbitos que requieren más apoyo y se realizan actividades para refrescar conocimientos.

Las víctimas de violencia obtienen atención de salud mental y apoyo psicosocial por parte de profesionales de salud mental, personal sanitario o actores clave de la comunidad de las formas que se describen a continuación:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Consultas individuales	Trabajadores de salud mental locales, miembros del personal sanitario debidamente capacitados o actores clave de la comunidad debidamente capacitados identifican a las personas con síntomas de sufrimiento psicológico y dan tratamiento. En casos de necesidades psicológicas graves, se deriva a los pacientes a servicios especializados. Cada consulta individual dura, en promedio, entre 30 y 40 minutos. El proceso de seguimiento puede contar con el apoyo de equipos de trabajo comunitarios.
Visitas a domicilio	Si hay trabajadores salud mental (por ejemplo, <i>counsellors</i> o psicólogos locales) o actores clave o equipo de trabajo de la comunidad debidamente capacitados , podrán organizarse visitas a domicilio para víctimas con necesidades psicológicas específicas. El objetivo de esas visitas es brindar apoyo, identificar otras necesidades, evaluar los recursos individuales, familiares y comunitarios y hacer un seguimiento de los casos de pacientes que no puedan acceder a sesiones de apoyo individuales o grupales o que no deseen acceder a esas sesiones por temor a que se los estigmatice. En ciertos casos, los pacientes podrán ser referidos a servicios especializados.
Apoyo grupal	Los grupos son dirigidos por trabajadores de salud mental locales, miembros del personal sanitario, actores clave o equipos de trabajo de la comunidad debidamente capacitados . Los participantes deben comprometerse a preservar la confidencialidad. Esos grupos pueden ser abiertos (es decir, que admiten participantes nuevos en cualquier momento) o cerrados (es decir, solo disponibles para quienes participan en ellos desde el principio). El contenido dependerá de las necesidades de los participantes. En promedio, cada grupo realiza entre cinco y diez sesiones de aproximadamente 1,5 horas cada una, con un máximo de doce participantes.

Información y sensibilización:

Las sesiones grupales y las visitas a domicilio brindan información y sensibilizan a la población sobre cuestiones de salud mental y apoyo psicosocial. Las sesiones grupales que se realizan en lugares públicos pueden ser una oportunidad ideal de abrirse a la comunidad, mientras que las visitas a domicilio pueden ser especialmente adecuadas para personas con menos movilidad, incluidos los ancianos, las personas con discapacidades físicas y las amas de casa.

Los equipos de trabajo comunitarios organizan actividades informativas que emplean los métodos que se describen a continuación:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MEDIDAS ADOPTADAS POR LOS EQUIPOS DE SENSIBILIZACIÓN
Campanas de sensibilización	Información sobre salud mental y apoyo psicosocial que se brinda a las comunidades en grupos grandes. Se organizan eventos en lugares públicos (por ejemplo, mercados o plazas públicas) o a través de los medios de comunicación más accesibles o más ampliamente disponibles.	Definir la información clave que se debe difundir, en particular: mensajes de promoción de la salud (por ejemplo, motivar a las víctimas de violencia sexual para que pidan ayuda); orientación sobre dónde y cómo acceder a los servicios; y descripciones de síntomas psicológicos comunes de sufrimiento como consecuencia de la violencia. Definir los mensajes clave para las víctimas de violencia sexual, en particular: el impacto de la violencia sexual (las consecuencias médicas, psicológicas y psicosociales a nivel tanto individual como comunitario); dónde y cómo acceder a los servicios; la importancia de pedir ayuda lo antes posible (en 72 horas)⁴⁷; el protocolo de tratamiento en las instalaciones de salud; y la accesibilidad (lo ideal es que esté disponible las 24 horas) y el costo (gratuito) de los servicios. Informar a las comunidades mediante la difusión de mensajes, la distribución de folletos y afiches, el uso de las redes sociales o la difusión en la radio, etc.
Sesiones de información para grupos	Información de salud mental y apoyo psicosocial que se brinda a grupos específicos (por ejemplo, jóvenes, mujeres, hombres, docentes o líderes comunitarios). Cada sesión dura, en promedio, una hora.	En presentaciones y debates, se brinda información adaptada a grupos específicos (el objetivo es informar a esos grupos sobre los síntomas psicológicos del sufrimiento, crear un espacio seguro para que los participantes hablen de sus propias experiencias e informar a los asistentes sobre los servicios disponibles).
Sesiones de información para familias	Información sobre salud mental y apoyo psicosocial que se brinda a los miembros de una familia (por ejemplo, familiares cercanos o miembros de la familia extendida). Cada sesión dura, en promedio, una hora por hogar.	En visitas a domicilio o en un lugar que resulte cómodo, se brinda información adaptada a los miembros de la familia (el objetivo es informar sobre los síntomas psicológicos del sufrimiento, crear un espacio seguro para que los participantes hablen de sus propias experiencias e informar a las familias sobre los servicios disponibles).

Se emplean herramientas de recolección de datos para registrar el número de actividades informativas realizadas. Se hace un seguimiento de su eficacia mediante un registro del número de personas que buscan ayuda como consecuencia de actividades de sensibilización en salud mental y apoyo psicosocial.

Las actividades de sensibilización son dirigidas por los equipos de sensibilización y se adaptan para abordar cuestiones específicas.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	ACCIONES DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO COMUNITARIO
Sensibilización grupal	Sensibilización de grupos mixtos o grupos específicos (agrupados por edad, género, afiliación religiosa, etc.) sobre salud mental y apoyo psicosocial Se realizan eventos en lugares públicos propios de la comunidad (por ejemplo, centros para jóvenes, iglesias, mezquitas o escuelas). Cada sesión dura, en promedio, una hora.	Informar a los líderes comunitarios y a otros miembros clave de la comunidad sobre la actividad y, si es necesario, obtener su permiso. Planificar actividades en las que participe la comunidad, por ejemplo, una representación teatral que muestre a un miembro de la comunidad que asesora a una persona con necesidades psicológicas para que esta acuda al centro de salud, seguida de un debate en grupo. Definir los mensajes clave que se pretende difundir durante la actividad de sensibilización grupal. Emplear herramientas de recolección de datos para hacer un registro de los participantes, tomar nota de sus preocupaciones y preguntas, y hacer un seguimiento de los cambios de percepción sobre las cuestiones abordadas en las actividades de sensibilización (por ejemplo, la estigmatización, las conductas de búsqueda de opciones que promuevan la salud).

⁴⁷ Es importante solicitar asistencia médica lo antes posible después de una violación, para que se pueda examinar a la víctima y obtener pruebas de cara a un juicio penal. El período de mayor eficacia del tratamiento médico (incluidos los anticonceptivos de emergencia para reducir el riesgo de embarazo y los fármacos antirretrovirales) son las primeras 72 horas que siguen a la violación. Para más información, v. nota 46.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

En el proceso de monitoreo, se pueden emplear varios indicadores para evaluar la eficacia de los programas de salud mental y apoyo psicosocial dirigidos a las víctimas de violencia.

Dado que los programas de apoyo a las víctimas de violencia se implementan tanto en estructuras de salud como a nivel comunitario, los indicadores y las herramientas de recolección de datos deberán adaptarse a cada contexto. El monitoreo continuo mejora la coordinación multidisciplinaria de los programas que, a menudo, combinan varios tipos de apoyo, como atención médica, apoyo psicológico y actividades informativas y de sensibilización.

La información sobre casos de violencia sexual es sumamente sensible y confidencial. La divulgación de esa información puede tener consecuencias graves e incluso poner en peligro la vida de las víctimas/supervivientes y de quienes los ayuden. Sin embargo, también es importante obtener datos, para comprender tendencias y patrones más generales en relación con las necesidades de protección y prevención. Los protocolos seguros de recolección de datos deben dar prioridad a las víctimas/supervivientes y proteger sus identidades. Por ejemplo, los datos deben ser anónimos y los prestadores de servicios de salud deben seguir un código de confidencialidad estricto. La herramienta de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial del CICR brinda una plataforma consolidada para la recolección y el análisis de los datos.

Todos los indicadores se especifican antes del inicio del programa y se les asignan plazos. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de los indicadores de resultados y de impacto que se emplean para medir la eficacia de las intervenciones:

Integrar los programas para víctimas/supervivientes de la violencia en las estructuras de salud

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de miembros del personal sanitario capacitados para brindar atención en salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las víctimas de violencia.
Número de pacientes con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que acceden a esos servicios	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Sirve como base para calcular la tasa de cobertura de los servicios de apoyo psicológico y psicosocial. • Ayuda a planificar los recursos necesarios (humanos, materiales y otros).
Número de referencias que el personal sanitario hace a servicios especializados en salud mental	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de cuidados. • Informa sobre la capacidad de los acompañantes para identificar casos que necesiten ser referidos y para efectuar las referencias.
Impacto	
Número de pacientes con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que muestran una disminución de su sufrimiento/Número de pacientes que reciben los servicios	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de pacientes con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que muestran un mejor funcionamiento/Número de pacientes que reciben los servicios	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de pacientes con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que mejoran sus mecanismos de afrontamiento/Número de pacientes que reciben esos servicios	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de pacientes con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que acceden a los servicios a través de las sesiones informativas y de sensibilización/Número de pacientes con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que acceden a los servicios	• Monitorea la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial y específicamente de las actividades informativas y de sensibilización. • Informa sobre la capacidad de los equipos de sensibilización de identificar casos que necesiten ser referidos y para efectuar las referencias. • Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que reúnan los criterios para referir los casos.

Programas para víctimas/supervivientes de violencia integrados en servicios comunitarios

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de actores clave de la comunidad capacitados para brindar servicios salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la disponibilidad de prestadores de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las víctimas de violencia.
Número de referencias que los actores clave de la comunidad hacen a servicios especializados en salud mental	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que reúnen los criterios para referir el caso. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de cuidados. • Informa sobre la capacidad de los actores clave de la comunidad para identificar casos que necesiten ser referidos y efectuar las referencias.
Impacto	
Número de víctimas de violencia que muestran una disminución de su sufrimiento/Número de víctimas de violencia que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de víctimas de violencia que muestran un mejor funcionamiento/Número de víctimas de violencia que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de víctimas de violencia que muestran un mejor afrontamiento/ Número de víctimas de violencia que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

Consideraciones particulares para las víctimas de violencia sexual

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de miembros del personal sanitario capacitados para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial a víctimas de violencia sexual	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las víctimas de violencia sexual.
Número de actores clave de la comunidad capacitados para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial a víctimas de violencia sexual	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las víctimas de violencia sexual.
Número de nuevos casos de violencia sexual que acceden a servicios en las estructuras de salud	• Informa sobre el alcance de la violencia sexual. • Informa sobre el uso de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Sirve como base para calcular la cobertura de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Ayuda a planificar los recursos humanos y otros.
Número de víctimas de violación que consultaron a los servicios médicos en las primeras 72 horas	• Informa sobre el acceso a servicios de salud para las víctimas de violación (es decir, sobre cómo actúan las víctimas/supervivientes a la hora de pedir ayuda). • Informa sobre la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y específicamente sobre las actividades informativas y de sensibilización relacionadas con el acceso a servicios de salud en las primeras 72 horas.
Impacto	
Número de nuevas consultas sobre violencia sexual en las estructuras de salud / Número de nuevas consultas en las estructuras de salud (en un período de tiempo determinado)	• Monitorea el número de víctimas de violencia sexual que acceden a servicios de salud. • Informa sobre el acceso a servicios de salud (es decir, sobre cómo actúan las víctimas/supervivientes a la hora de pedir ayuda). • Ayuda a planificar los recursos humanos y otros.
Número de nuevas víctimas de violación que consultaron los servicios de salud en las primeras 72 horas/Número de víctimas de violaciones que consultaron los servicios de salud (en un período de tiempo concreto)	• Informa sobre el acceso a servicios de salud para las víctimas de violación (es decir, sobre cómo actúan las víctimas/supervivientes a la hora de pedir ayuda). • Informa sobre la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y específicamente sobre las actividades informativas y de sensibilización relacionadas con el acceso a servicios de salud en las primeras 72 horas.

Consideraciones particulares para niños y niñas

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de voluntarios de RCF capacitados para brindar apoyo psicológico y psicosocial básico a niños durante el proceso de reunión familiar	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para niños que necesitan ser reunidos con sus familiares.
Número de niños víctimas de violencia con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que acceden a esos servicios	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Sirve como base para calcular la cobertura de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Ayuda a planificar los recursos humanos y otros.
Impacto	
Número de niños víctimas de violencia que muestran una disminución de su sufrimiento/Número de niños víctimas de violencia que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de niños víctimas de violencia que muestran un mejor funcionamiento/Número de niños víctimas de violencia que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de niños víctimas de violencia que mejoran los mecanismos de afrontamiento/Número de niños víctimas de violencia que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial: clasificadas según los niveles de sufrimiento, funcionamiento y mecanismo de afrontamiento, medidos con escalas estandarizadas.

Víctima de violación: víctima de violencia sexual que ha sufrido, sin su consentimiento, penetración vaginal o anal con cualquier parte del cuerpo de otra persona o con un objeto, o penetración oral con un órgano sexual de otra persona.

Sufrimiento: los niveles de sufrimiento se miden con escalas estandarizadas.

Funcionamiento: los niveles de funcionamiento se miden con escalas estandarizadas.

Afrontamiento: los mecanismos de afrontamiento se miden con escalas estandarizadas.

Salud mental y apoyo psicosocial/Servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS): apoyo o servicios que atienden las necesidades de salud mental y apoyo psicosociales y que se brindan en el marco de un programa de salud mental y apoyo psicosocial.

Servicios especializados en salud mental: servicios que atienden las necesidades de personas con problemas graves o complejos de salud mental, incluidos los trastornos psiquiátricos.

Referencias: cuando se diagnostica que una víctima de violencia tiene necesidades específicas, se la refiere al servicio adecuado para responder a sus necesidades.

Capacitado para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial: los niveles de capacitación de salud mental y apoyo psicosocial pueden variar según las necesidades de las víctimas, la disponibilidad de trabajadores locales de salud mental, la brecha entre las necesidades y la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y las competencias y la disponibilidad de los acompañantes que reciben capacitación. La formación puede incluir diversas técnicas de apoyo psicológico básico o técnicas psicoterapéuticas más complejas que se adapten a las necesidades de las víctimas.

PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

- **Carga de trabajo del personal sanitario**

El personal sanitario que atiende a víctimas de violencia ya tiene una gran carga de trabajo. Es posible que algunos quieran integrar las actividades sobre salud mental en su labor cotidiana, pero otros pueden estar menos motivados para hacerlo o pueden verse sobrecargados. Puede resultar difícil evitar que esa carga de trabajo adicional afecte negativamente la calidad de los servicios. Por otra parte, brindar apoyo psicológico también puede resultar dificultoso para el personal sanitario por problemas de idioma, ideas preconcebidas sobre las cuestiones de salud mental, problemas de tiempo y aptitudes personales. Es importante que los servicios de salud mental y apoyo psicosocial se adapten a las circunstancias, para alcanzar un equilibrio realista entre la carga de trabajo del personal sanitario y las necesidades de salud mental de los pacientes.

- **Identificar a las víctimas de violencia sexual**

Abordar y superar el silencio asociado con la violencia sexual es un desafío enorme. Las víctimas tienen una elección difícil: si buscan un tratamiento, deberán divulgar información, lo que puede provocar rechazo y estigmatización; si guardan silencio, su salud puede verse muy perjudicada. La forma de abordar ese problema es crear un entorno en el que las víctimas se sientan lo suficientemente seguras para expresarse. Se trata no solo de crear un espacio tranquilo y privado en el que puedan hablar con la seguridad de que lo que digan será confidencial, sino también de garantizar que, desde el comienzo, sean atendidas por personas con una actitud comprensiva.

Puede ser sumamente complejo identificar a los hombres que han sido víctimas de violencia sexual. En todo el mundo, el modo en que las sociedades perciben la violencia sexual contra los hombres puede impedir a las víctimas aceptar que son víctimas, lo cual provoca grandes demoras en su búsqueda de apoyo. Las actividades informativas y de sensibilización pueden tratar esa cuestión, pero deben hacerlo con sensibilidad cultural.

- **Dar una respuesta multidisciplinaria adecuada**

Las necesidades de las víctimas de violencia (incluida la violencia sexual) no son solo de salud mental y apoyo psicosocial. Para garantizar que se satisfagan todas sus necesidades, se les debe dar una respuesta multidisciplinaria. Todos los actores implicados deben colaborar e intercambiar la información pertinente, garantizando siempre la confidencialidad de la información sensible.

- **Necesidades particulares de los niños y las niñas**

Es especialmente difícil abordar los casos de violencia contra niños y niñas, ya que requiere el consentimiento de sus cuidadores y de los prestadores de servicios. Cuando no hay cuidadores presentes, los prestadores de servicios deben tomar decisiones basadas en los intereses vitales de los niños. Para evitar perpetuar la estigmatización, se recomienda que, en toda respuesta de salud mental y apoyo psicosocial, participen todos los niños de una comunidad. Es decir, se recomienda evitar las actividades dirigidas únicamente a grupos específicos de niños, como los asociados con fuerzas armadas o los nacidos como consecuencia de una violación.



4. CUIDADORES

MIEMBROS DE EQUIPOS DE INTERVENCIONES DE
EMERGENCIA Y ACTORES CLAVE DE LA COMUNIDAD

CONTEXTO GENERAL

En conflictos armados, en otras situaciones de violencia y en emergencias, son principalmente las personas de las propias comunidades afectadas las que ayudan a diario al resto de la población. A esas personas se las suele llamar “cuidadores”: son personas que deben hacer frente a las mismas dificultades que los demás miembros de la comunidad (han perdido a familiares y amigos, sus hogares han quedado destruidos y viven en un entorno peligroso e inestable), y aun así, siguen cuidando de los demás. El CICR reconoce la doble carga que afrontan los cuidadores y se centra, en particular, en brindar apoyo a quienes canalizan su energía, sus esfuerzos y sus conocimientos para responder a las necesidades de sus comunidades en las circunstancias más duras⁴⁸.

Los cuidadores son personas que ocupan un puesto de servicio en la primera línea. Son miembros de una comunidad afectada por un conflicto armado y por violencia. Son personas que la comunidad conoce, en quienes confía y a las que pide consejo, ayuda y apoyo. Tienen un acceso privilegiado a las personas de su comunidad que necesitan asistencia y cuentan, además, con una perspectiva cultural importante que los colaboradores externos pueden no tener. Estas personas pueden ocupar puestos remunerados o pueden ser voluntarios.

Definición empleada en los programas de salud mental y apoyo psicosocial del CICR

Al ayudar a otras personas en situaciones de crisis, conflicto o violencia, los cuidadores (de diferentes disciplinas) demuestran, a menudo, un nivel de motivación alto y una gran preocupación por el bienestar de los demás. Los cuidadores, que trabajan en situaciones volátiles y peligrosas, con recursos limitados y cerca de las víctimas, fomentan en las comunidades un sentido de solidaridad, que puede ayudarlas a recomponer y estabilizar el sistema social.

Puede ser muy gratificante prestar atención y asistencia a otras personas, pero las situaciones de violencia e inseguridad continuas, la alteración de las redes sociales, las largas jornadas de trabajo y la incertidumbre sobre la eficacia de sus esfuerzos incrementan la probabilidad de que los cuidadores experimenten malestar. Los cuidadores pueden padecer inseguridad y temor en su día a día, más allá del trabajo, lo cual hace particularmente difícil que puedan mantener la separación entre su vida personal y profesional. Los cuidadores se esfuerzan por satisfacer las necesidades de los demás, pero es posible que no tengan satisfechas sus propias necesidades básicas (de comida y vivienda, por ejemplo). Así se incrementa la carga que soportan los cuidadores y sus familiares: se esfuerzan por brindar asistencia a otros, al tiempo que les cuesta satisfacer sus propias necesidades. Además, un entorno de trabajo difícil puede afectar significativamente el bienestar de los cuidadores, especialmente cuando se combina con problemas de gestión. Con frecuencia, no reciben de sus supervisores ni el reconocimiento ni la recompensa que merecen, lo cual puede afectar negativamente su moral y, en última instancia, su desempeño.

Como cualquier persona, los cuidadores llevan a las crisis sus propias vulnerabilidades emocionales. Los diferentes tipos de personalidad, las dificultades de salud mental previas o actuales, las estrategias de afrontamiento particulares o las dinámicas familiares pueden crear puntos ciegos que empeoren como consecuencia del trabajo en circunstancias difíciles. Algunos cuidadores pueden no hacer uso de sus fuentes de apoyo habituales, ya que están demasiado centrados en las necesidades de los demás. Estas cuestiones no deben tomarse como razón para excluirlos de la tarea de cuidar de los demás, sino que deben comprenderse y abordarse para reforzar la eficacia y la resistencia de los cuidadores.

⁴⁸ En contraste con los “cuidadores”, que son miembros de la comunidad afectada, el personal del CICR recibe apoyo del equipo de salud del personal del Departamento de Recursos Humanos de la institución. Ese apoyo es independiente de los programas operacionales de salud mental y apoyo psicosocial en el terreno, que se centran específicamente en ayudar a personas y comunidades afectadas por conflictos armados, otras situaciones de violencia y emergencias.

Es importante identificar esos problemas, evaluar su potencial impacto y tomar medidas proactivas para garantizar el bienestar a largo plazo de los cuidadores y evitar el síndrome de desgaste profesional (*burnout*).

Los cuidadores también requieren orientación y apoyo para mejorar la forma en que ayudan a otras personas en situaciones de crisis. En medio de los conflictos y del caos, las personas muestran una agitación extrema y pueden exhibir reacciones emocionales intensas, como llanto desesperado, ira, nerviosismo o pánico. Esas reacciones son difíciles de controlar para quienes no han recibido la capacitación adecuada. A veces, los cuidadores tienen que transmitir malas noticias u otros mensajes difíciles, y no siempre están preparados para hacerlo. Sin duda, los cuidadores cuentan con las habilidades básicas para hacer su trabajo con humanidad y se esfuerzan por preservar la dignidad de las víctimas. Sin embargo, en situaciones de conflicto y violencia, o en las emergencias, esas habilidades pueden no ser suficientes. Sin una capacitación adecuada, los cuidadores pueden causar daño sin querer, aunque tengan buenas intenciones. Necesitan capacitación y supervisión intensas para desarrollar sus habilidades de apoyo psicológico básico. Los cuidadores son agentes de cambio en sus comunidades y, con la capacitación, orientación y supervisión adecuadas, pueden lograr un efecto positivo aún mayor en las personas a las que ayudan.

Los cuidadores pueden ser:

miembros de equipos de intervenciones de emergencia, cuya función implica ser los primeros en llegar al lugar donde se ha producido un incidente crítico en la comunidad o en brindar asistencia ante una emergencia (por ejemplo, personal de ambulancias, especialistas en primeros auxilios, personal médico especializado en emergencias, miembros de equipos de intervenciones de emergencias de la comunidad); o

actores clave de la comunidad, que cumplen una función activa en su comunidad para brindar servicios o atención a otras personas (por ejemplo, líderes comunitarios, docentes, personal médico no especializado en emergencias y otros voluntarios).

El CICR se esfuerza por apuntalar la salud mental y el bienestar psicosocial de los cuidadores (miembros de equipos de intervenciones de emergencias y actores clave de la comunidad), a la vez que reconoce que el compromiso, la motivación y la voluntad que tienen de ayudar a las víctimas en sus comunidades también pueden exponerlos a posibles daños físicos, psicológicos y psicosociales. Tanto los miembros de equipos de intervenciones de emergencias como los actores clave de la comunidad en las comunidades afectadas no solo deben afrontar personalmente las consecuencias de los conflictos y la violencia, sino que también se ven habitualmente expuestos al sufrimiento de otras personas.

Las intervenciones de emergencia en situaciones de crisis son complejas ya en tiempos de paz; llevarlas adelante en situaciones de conflicto o de violencia es más complicado aún y entraña riesgos de seguridad adicionales para todas las personas involucradas. A medida que aumentan la cantidad, la frecuencia y la gravedad de los incidentes críticos, los miembros de equipos de intervenciones de emergencias deben atender cada vez más a personas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial agudas e inmediatas. A menudo, no están bien preparados para sus propias reacciones emocionales ante el dolor y el sufrimiento de las personas a las que ayudan, y es posible que no sepan cómo atender a las personas psicológicamente afectadas. Muchos miembros de equipos de intervenciones de emergencias brindan asistencia física a personas que padecen lesiones o enfermedades repentinas y, a la vez, consuelan y tranquilizan tanto a los propios heridos como a las personas presentes en el lugar de la emergencia. Cuando las necesidades psicológicas tanto de los heridos como de los testigos son agudas y graves, la sensación puede ser abrumadora e interferir con la capacidad de los miembros de equipos de intervenciones de emergencias para llevar adelante su labor.

A diferencia de los miembros de equipos de intervenciones de emergencias, los actores clave de la comunidad no están necesariamente acostumbrados a trabajar con personas con

necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. No obstante, en conflictos, en situaciones de violencia o en emergencias, ciertos actores en los que la población confía pueden hallarse continuamente expuestos a las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de las personas a las que prestan servicio. Como los actores clave de la comunidad son personas a las que las víctimas de los conflictos y la violencia ya solicitan algún tipo de servicio o asistencia (más aún en situaciones de crisis), están bien posicionados para brindar apoyo psicológico y psicosocial básico a grupos de población específicos (por ejemplo, la persona que lidera la asociación de mujeres local tiene un acceso único a las mujeres de la comunidad). Sin embargo, sin una capacitación a medida para que puedan brindar ese apoyo, los cuidadores pueden sentirse mal preparados y carecer de orientación sobre cómo ayudar, especialmente en lo que respecta a cuestiones complejas, como la muerte o la violencia (y, en especial, la violencia sexual), y cómo asistir a los niños con necesidades específicas.

Es cada vez más frecuente que los cuidadores, como miembros de las comunidades afectadas, sean las únicas personas con acceso a los afectados por los conflictos, la violencia y las emergencias. En esos casos, se debe prestar mayor atención a los cuidadores, no solo porque podrían agudizarse sus propias necesidades psicológicas y psicosociales, sino también porque son vitales para la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial a sus comunidades.

En el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja cumplen una función especialmente importante en los programas destinados a ayudar a los cuidadores (es decir, a los colaboradores remunerados o a los voluntarios⁴⁹ que se desempeñan, por ejemplo, como miembros de equipos de intervenciones de emergencias y, en particular, a los que prestan primeros auxilios). Muchas veces, son los primeros en brindar apoyo cuando ocurre un desastre y siguen haciéndolo cuando otros actores se han ido. Dado su entorno laboral peligroso y estresante, a veces les cuesta respetar plenamente los Principios Fundamentales de imparcialidad, neutralidad e independencia del Movimiento Internacional. Las actitudes de sus comunidades pueden tener un efecto alentador o desmotivador. Por ejemplo, es posible que se felicite a los cuidadores cuando intervienen tras un terremoto, pero que reciban poco o ningún reconocimiento cuando brindan apoyo a comunidades desplazadas o a personas de grupos opositores. Además, las Sociedades Nacionales deben tener en cuenta cómo se las percibe a nivel local, ya que una percepción negativa puede tener un impacto directo, y a veces peligroso, en los cuidadores que exhiben o visten el emblema de la cruz roja o de la media luna roja.

NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Las necesidades psicológicas y psicosociales de los cuidadores pueden ser, en general, similares a las de las personas a las que ayudan, pero es más probable que los cuidadores presenten necesidades especiales motivadas por su labor de asistencia en circunstancias muy difíciles.

Algunas de las preocupaciones que se enumeran aquí tienen que ver con un estrés que supera el que producen los factores estresantes cotidianos generales. El estrés es un estado de alteración que muchas veces se describe como la sensación de verse superado, tenso y preocupado. En sí mismo, el estrés es una reacción fisiológica y psicológica necesaria y útil, y solo pasa a ser un problema cuando dura demasiado tiempo, es demasiado intenso o excede a los mecanismos de afrontamiento naturales de una persona. Las reacciones de estrés pueden ser agudas o acumulativas.

Según su situación y su función, los cuidadores pueden correr el riesgo de ser atacados, encontrarse al alcance de las balas o ser víctimas de bombardeos, secuestros u otros ataques. A veces, son objeto de ataques deliberados o pueden ser testigos de actos atroces,

⁴⁹ Según el Principio Fundamental del voluntariado del Movimiento, los voluntarios o trabajadores voluntarios son personas que ofrecen sus servicios de forma gratuita o por una pequeña cantidad de dinero, ya sea de manera permanente o temporal.

como ejecuciones y violaciones (o ser obligados a presenciar esos actos)⁵⁰. Además, cuando participan en la gestión de cadáveres, es posible que no estén preparados o bien equipados o que no cuenten con la autorización legal para hacerlo, o tal vez solo puedan acceder a esos cadáveres días después de la muerte (a veces, con temperaturas muy altas que dejan los cuerpos muy deformados). Esas escenas pueden ser muy angustiantes. Puede suceder que cuando los cuidadores viven esos incidentes terribles, no reciban siquiera un apoyo básico.

Las reacciones de estrés agudas ocurren como consecuencia de hechos en los que se amenaza a una persona con someterla a violencia o a la muerte o en los que la persona es testigo de actos de violencia o muerte. Esos tipos de actos suelen denominarse “incidentes críticos”: un hecho único, repentino e inesperado que afecta la integridad física o psicológica y que se produce sin dar tiempo a la persona para prepararse emocionalmente.

Las reacciones de estrés agudas tras un incidente crítico son una respuesta normal a una situación anormal. Las reacciones pueden incluir irritabilidad, desasosiego, problemas de sueño y de alimentación, fatiga, retraimiento y mutismo. Además de otras reacciones, como un período de atención reducido y problemas de memoria, pueden presentarse síntomas relacionados con el trauma, como flashbacks y conductas de evitación. En el marco del proceso de recuperación, pueden producirse algunas reacciones emocionales intensas que pueden asustar a las propias personas afectadas y ser difíciles de comprender para quienes las rodean, como cambios de humor, excitación, culpa, ira, tristeza, sensación de alienación, indiferencia, sensación de estar fuera de control e insensibilidad emocional. Además, las personas expuestas a un incidente crítico pueden tener el reflejo del sobresalto potenciado (es decir, una reacción exagerada ante un ruido o movimiento repentino), apartarse de los demás, tener dificultades para expresarse, hablar constantemente sobre ese incidente, discutir con otras personas o expresar un sentido del humor excesivamente siniestro.

Las reacciones de estrés acumulativas tienen que ver con factores estresantes de baja intensidad pero crónicos que predominan en la vida de una persona y que “se amontonan” unos sobre otros. Se trata de un tipo de estrés gradual que afecta a las personas a lo largo del tiempo y que puede causarles fatiga profesional o *burnout*.

El *burnout* es consecuencia del estrés prolongado que provoca la sobrecarga de trabajo y lleva al agotamiento físico y psicológico, así como a la falta de motivación y de entusiasmo.

Algunas fuentes habituales de estrés crónico para los cuidadores son un entorno laboral caótico que requiere decisiones y reacciones rápidas, la sensación de verse superados por una gran carga de trabajo y por necesidades insatisfechas, colegas estresados o cuestiones estructurales internas de la administración. Además, es posible que los cuidadores tengan dificultades de comunicación (motivadas por diferencias culturales y de personalidad o por deficiencias en la preparación y en la información), que se les pida que realicen labores que exceden su ámbito de capacitación y sus competencias o que deban afrontar dilemas morales o éticos. Esos factores se suman a la sensación de aislamiento de los cuidadores con respecto a sus familiares o sus redes de apoyo social, a la privación de sueño crónica y a la ausencia de supervisión y reconocimiento de su labor. Los efectos negativos de esos factores estresantes cotidianos se acumulan y pueden provocar *burnout*. Muchas veces, la presencia de múltiples factores estresantes crónicos explica mejor los niveles más altos de

⁵⁰ Para abordar el problema de la violencia contra pacientes, miembros del personal sanitario e instalaciones y vehículos de salud, así como garantizar el acceso seguro a la asistencia de salud en conflictos armados y en otras situaciones de emergencia y la provisión segura de esa asistencia, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja puso en marcha la iniciativa “Asistencia de salud en peligro”: <http://healthcareindanger.org/es/>.

estrés que un incidente crítico único y ocasional. En situaciones de conflicto armado y de violencia, en las que se debilitan los recursos individuales y sociales, colapsan los sistemas de reglamentación y el sistema judicial y la población está permanentemente en peligro, los efectos del estrés crónico pueden ser más devastadores todavía.

Ya se ha documentado ampliamente que, por interactuar con víctimas que han padecido hechos traumáticos, los cuidadores corren un alto riesgo de sufrir un trauma vicario o indirecto, o un trauma secundario. Escuchar asiduamente relatos angustiantes o ser testigo de los hechos traumáticos que afectan a otras personas y tener que hacer frente a las realidades de la violencia y el sufrimiento, con el tiempo, puede afectar a los propios cuidadores. Es posible que presenten las mismas reacciones de estrés relacionadas con traumas que las personas a las que ayudan.

El **trauma vicario** (o indirecto) es una exposición indirecta a hechos traumáticos a través de relatos o narraciones de esos hechos en primera persona por parte de quienes los han padecido. Con el tiempo, esa exposición genera una experiencia vicaria, en la que quienes escuchan esos relatos presentan ellos mismos reacciones relacionadas con esos traumas.

El **trauma secundario** implica la experiencia directa de ser testigo de los hechos traumáticos que afectan a otros. Aunque el testigo no es una víctima primaria de esos hechos, puede ser una víctima secundaria si se ve abrumado por lo que ve y oye en persona. Según la naturaleza y el grado de su exposición, es posible que los testigos sufran también un trauma primario. El trauma secundario puede afectar, asimismo, a familiares y otras personas cercanas a víctimas de un trauma, por la cercanía de su relación con estas.

Definición adaptada de Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma⁵¹

Además de controlar sus propias reacciones ante situaciones difíciles, los cuidadores deben afrontar la carga de realizar las tareas que se les han asignado y brindar simultáneamente un apoyo psicológico básico a las personas a las que deben asistir. Los cuidadores son personas que están en puestos clave para brindar apoyo a las necesidades psicológicas y psicosociales de las comunidades afectadas por conflictos armados y por violencia, por lo que es esencial garantizar que estén empoderados para hacerlo de una manera adecuada, sin sentirse ellos mismos sobrecargados o abrumados.

Los cuidadores expuestos a los riesgos mencionados requieren y merecen un apoyo integral de buena calidad, para poder ayudarse a sí mismos y también ayudar mejor a los demás. Debe garantizarse también una continuidad de los cuidados, ya que algunos cuidadores pueden requerir la asistencia de servicios especializados en salud mental para ellos mismos o necesitar saber dónde y cómo emplear un sistema de referencia para las personas a las que ayudan.

RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Los programas de “Cuidar a los cuidadores” emplean diversas estrategias para reforzar el bienestar de los cuidadores y empoderarlos en su función, además de mejorar la calidad de la labor vital que cumplen.

⁵¹ Rothschild, B., *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*, W.W. Norton and Company, Nueva York, 2006.

Esos programas se basan en una respuesta doble:

1. ayudar a los cuidadores a que se cuiden a sí mismos: las actividades se adaptan a la cultura respectiva y tienen como objetivo proporcionar a los cuidadores herramientas que refuercen sus recursos internos, para ayudarlos a cuidar mejor de sí mismos y a pedir apoyo cuando lo necesiten. Además, el programa de salud mental y apoyo psicosocial se propone que los jefes o supervisores hagan todo lo que puedan para reducir los factores estresantes laborales que pueden afectar a los cuidadores;
2. enseñar a los cuidadores habilidades de salud mental y apoyo psicosocial, para que puedan apoyar mejor a las comunidades afectadas a las que ayudan: el objetivo de la respuesta de salud mental y apoyo psicosocial no es capacitar a los cuidadores para que puedan brindar una atención de salud mental curativa, sino fortalecer sus capacidades y recursos específicos para brindar apoyo psicológico básico en el ámbito de sus funciones y asegurar que sepan cuándo y a dónde referir a un paciente.

Para que los programas cumplan esos dos objetivos, se requiere mucho más que talleres de capacitación ocasionales. La estrategia más eficaz es integrar los aspectos psicológicos y psicosociales en la capacitación central que reciben los cuidadores para su función actual (por ejemplo, en su capacitación sobre primeros auxilios). Además, la capacitación, la supervisión y el seguimiento deben ser continuos. Si se enseñan aptitudes de apoyo psicosocial básico a los cuidadores, mejorarán la confianza en sí mismos y podrán adaptarse a situaciones estresantes.

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES

El primer objetivo del diagnóstico de las necesidades es saber cuáles son las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los propios cuidadores. El primer paso es identificar a cuidadores especialmente vulnerables en sus funciones por su nivel de exposición a la violencia, a situaciones angustiantes o a situaciones de emergencia (es decir, los miembros de equipos de intervenciones de emergencias), así como a cuidadores a los que ya abordan las víctimas o que están en condiciones de ayudar a grupos específicos que se han visto afectados por la violencia (es decir, los actores clave de la comunidad)⁵².

El diagnóstico de las necesidades tiene en cuenta las experiencias de los cuidadores, sus vulnerabilidades y dificultades y las estrategias de afrontamiento que emplean hasta ese momento. El diagnóstico también analiza las dificultades estructurales y administrativas que pueden afectar el bienestar de los cuidadores (por ejemplo, la asignación de turnos de trabajo, los conocimientos de salud mental y apoyo psicosocial y las percepciones del personal responsable de la administración, y los servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles para los cuidadores en su propia organización) e identifica factores de riesgo y posibles soluciones para abordarlos.

El segundo objetivo del diagnóstico de las necesidades es identificar los problemas que afrontan los cuidadores en relación con las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de las personas a las que prestan servicio. Para eso, se investigan las diferencias que pueda haber entre las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de las víctimas y las aptitudes de los cuidadores que brindan respuesta a sus necesidades. Es necesario que el diagnóstico se adapte al grupo específico de cuidadores mediante el análisis de las obligaciones que conlleva su función (por ejemplo, enseñar, prestar servicios de salud, brindar primeros auxilios), del tipo de víctimas a las que ayudan (por ejemplo, si son niños, pacientes, personas con lesiones) y las necesidades específicas de estas, y el nivel actual de conocimiento y aptitud de los cuidadores en lo que respecta a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial (por ejemplo, su capacidad de escucha, de identificar el sufrimiento, etc.).

Cuando el CICR realiza un diagnóstico de las necesidades en una Sociedad Nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, la persona encargada del diagnóstico (un delegado de salud mental y apoyo psicosocial) coordina su actividad con los delegados de primeros

⁵² Un ejemplo de ese grupo de cuidadores son los voluntarios de Restablecimiento del contacto entre familiares de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que ayudan a los niños separados de sus cuidadores.

auxilios y de cooperación del CICR en el terreno⁵³, cuyas funciones requieren una colaboración cercana con las Sociedades Nacionales. De ese modo, el CICR trabaja con una estructura de coordinación ya establecida, lo cual facilita la participación activa de las Sociedades Nacionales en el diagnóstico y la posibilidad de que asuman como propio cualquier programa que se implemente.

Un diagnóstico integral de las necesidades lleva entre **uno y tres meses**, y debe realizarlo un delegado de salud mental y apoyo psicosocial. La duración del diagnóstico dependerá del número de grupos que reciben apoyo y de la gravedad de las necesidades, tanto de los cuidadores como de las víctimas, en lo que respecta a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Se analizan las necesidades identificadas durante el diagnóstico y se establecen las prioridades. En función de ese análisis, se establecen objetivos específicos y las estrategias conexas, así como los requisitos de recursos humanos y el marco temporal del programa.

Se envía a un delegado de salud mental y apoyo psicosocial por un período de entre **seis y doce meses**, según las capacidades locales, para que diagnostique las necesidades y elabore, adapte e implemente el programa. El programa suele ser más eficaz cuando la persona encargada de realizar el diagnóstico es también la que implementa el programa, ya que ella misma puede entonces desarrollar y reforzar la cercanía con cuidadores específicos (es decir, con el grupo destinatario) que se genera durante el diagnóstico.

La primera prioridad del programa es que los propios cuidadores reciban apoyo psicológico y psicosocial. Por ejemplo, se puede seleccionar cuidadores bien preparados y solidarios y brindarles capacitación y apoyo para generar y facilitar un sistema de apoyo entre pares. Se crea y se implementa un sistema de referencia para los cuidadores que requieran servicios especializados en salud mental.

El segundo objetivo del programa es conseguir que los cuidadores cuenten con las herramientas necesarias para atender mejor a las comunidades afectadas en la función que cumplen, lo que se logra mediante sesiones de capacitación que aborden las diferencias entre las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de las víctimas y las aptitudes de los cuidadores, y también con la supervisión continua de la aplicación de esas aptitudes de apoyo psicológico básico.

El CICR cuenta con una respuesta de primeros auxilios bien establecida, que cubre tanto los primeros auxilios físicos como el **apoyo psicológico y psicosocial básico** (es decir, el apoyo que se brinda a las personas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial con técnicas básicas).

La respuesta de salud mental y apoyo psicosocial del CICR implica brindar apoyo psicológico y psicosocial básico en el marco de una respuesta exhaustiva a esas necesidades. Dicha respuesta requiere actividades de capacitación, supervisión y seguimiento prolongadas.

GRUPOS DESTINATARIOS

1. **Directos:** cuidadores (es decir, miembros de equipos de intervenciones de emergencias y actores clave de la comunidad que forman parte de la comunidad afectada y que asumen un puesto de servicio en la primera línea).
2. **Indirectos:** víctimas de conflictos armados y de otras situaciones de violencia a las que los cuidadores prestan asistencia.

⁵³ El CICR suele colaborar con las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en el terreno. Los delegados de cooperación se aseguran de que, en las situaciones difíciles, el CICR, la Federación y las Sociedades Nacionales trabajen juntos y con los mismos objetivos. Los delegados de primeros auxilios colaboran estrechamente con las Sociedades Nacionales para asegurarse de que se brinde una asistencia oportuna, imparcial y eficaz a las personas heridas en situaciones de emergencia en zonas afectadas por conflictos armados o por otras situaciones de violencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El programa se propone brindar el servicio que se describe a continuación:

Atención de salud mental y apoyo psicosocial para los cuidadores

Los cuidadores [ESPECIFICAR, *por ejemplo, voluntarios/especialistas en primeros auxilios/ cuidadores de la Sociedad Nacional, etc.*] mejoran su bienestar y su capacidad de dar a las víctimas apoyo psicológico y psicosocial básico de buena calidad.

Este objetivo se cumple mediante el establecimiento de un sistema de apoyo estructural que brinde apoyo psicológico y psicosocial eficaz a los cuidadores (para prevenir o para permitirles recuperarse) y el refuerzo de la capacidad de los cuidadores de dar más apoyo a las víctimas de violencia en el marco de sus propias funciones.

MÉTODOS

Cuidar a los cuidadores

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Apoyo estructural	Establecer un sistema de gestión del estrés sostenible y de buena calidad que esté integrado en la organización de los cuidadores (por ejemplo, las Sociedades Nacionales, los servicios de ambulancia o las escuelas en contextos violentos).	Promover el tema ante la jefatura mediante actividades de sensibilización (por ejemplo, debates entre la jefatura y los cuidadores para facilitar el intercambio de experiencias; presentación de los relatos de casos reales de cuidadores sobre incidentes críticos; talleres sobre los factores de riesgo psicológicos y psicosociales asociados con la labor de los cuidadores). Las actividades de sensibilización incluyen recomendaciones sobre el descanso y la recuperación, pausas adecuadas para el personal que trabaja en condiciones estresantes, descripciones de puestos bien definidas, comunicación clara entre la jefatura y el personal, y mecanismos para reducir la tensión tras los incidentes críticos. Las sesiones de sensibilización son dirigidas por profesionales de la salud mental (es decir, delegados de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales).	La jefatura comprende la importancia de centrarse en la preparación psicológica y la recuperación de los cuidadores tras los incidentes críticos. La jefatura integra el apoyo psicológico y psicosocial en las actividades básicas de cada grupo específico de cuidadores. La jefatura designa un responsable para la gestión del estrés. La jefatura se compromete a minimizar los factores de riesgo propiciando la aplicación de horarios de trabajo y recursos adecuados. La jefatura reconoce la labor de los cuidadores a nivel interno y públicamente.
Capacitar a los cuidadores para que puedan cuidarse a sí mismos	Lograr que los cuidadores adquieran conocimientos de herramientas de gestión del estrés y de cómo prevenir y abordar las consecuencias negativas de los incidentes críticos en materia de salud mental y apoyo psicosocial, a nivel tanto individual como grupal.	Talleres con los cuidadores para intercambiar y analizar conocimientos sobre cuestiones de salud mental y apoyo psicosocial, como las consecuencias de la exposición a la violencia en materia de salud mental y apoyo psicosocial, los desafíos que los cuidadores deben afrontar en sus funciones, el estrés, la normalización de las reacciones o los mecanismos de afrontamiento propios. Los talleres son dirigidos por profesionales de la salud mental (es decir, delegados de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales). Los talleres incluyen presentaciones teóricas sobre salud mental y apoyo psicosocial, así como actividades grupales, actividades de simulación (dramatizaciones), videos y debates.	Los cuidadores cuentan con conocimientos suficientes en materia de salud mental y apoyo psicosocial para comprender los desafíos que plantea su labor y afrontarlos mejor. Los cuidadores comprenden las técnicas de autoayuda y se sienten cómodos al emplearlas y al acceder a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a cuidadores como facilitadores del apoyo entre pares	Lograr que los cuidadores cuenten con los conocimientos y las aptitudes necesarios para brindar apoyo psicológico o psicosocial básico de buena calidad a otros cuidadores.	Talleres con facilitadores del apoyo entre pares (que pertenecen al mismo grupo beneficiario que los cuidadores), para mejorar los conocimientos y las habilidades que permiten brindar un apoyo psicológico básico, incluido el refuerzo de los mecanismos de afrontamiento propios, la conducción de sesiones para reducir la tensión tras los incidentes críticos y la realización de derivaciones. Talleres con facilitadores del apoyo entre pares para mejorar los conocimientos y las habilidades que permiten brindar apoyo psicosocial, incluido el refuerzo de las redes sociales de apoyo, el impacto de su trabajo en su propia familia y en sus relaciones, y el análisis de otras necesidades (por ejemplo, cuestiones económicas y condiciones de vida).	Los facilitadores del apoyo entre pares brindan un apoyo psicológico básico eficaz para personas y grupos. Los facilitadores del apoyo entre pares identifican a los cuidadores con necesidades psicológicas más graves y los refieren adecuadamente. Se establecen procedimientos para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial de emergencia a los cuidadores en casos de incidentes críticos (por ejemplo, sesiones para reducir la tensión con facilitadores debidamente capacitados, que tienen lugar inmediatamente después de que los cuidadores hayan participado en el incidente). Los facilitadores del apoyo entre pares brindan apoyo psicosocial eficaz a otros ayudantes.
Supervisión	Seguimiento continuo del sistema de apoyo estructural y orientación al respecto, así como apoyo de prevención y recuperación en materia de salud mental y apoyo psicosocial para los cuidadores.	Reuniones o discusiones periódicas con la jefatura. Reuniones o discusiones periódicas con los cuidadores. Reuniones o discusiones periódicas con los facilitadores del apoyo entre pares. Participación ocasional en sesiones en las que se brinda apoyo entre pares.	Se prestan servicios de apoyo psicológico y psicosocial de buena calidad. Se identifican los casos psicológicos graves y se refieren adecuadamente (cuando hay servicios especializados disponibles). Se identifican otras necesidades y se hacen las referencias adecuadas a otros servicios (cuando están disponibles). Los servicios de salud mental y apoyo psicosocial se integran en la organización de forma sostenible. Se emplean métodos apropiados para la recolección de datos.

Ayudar a los cuidadores a brindar apoyo a las víctimas de conflictos armados y otras situaciones de violencia

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a los cuidadores para que puedan ayudar a otras personas	Establecer o mejorar las aptitudes de los cuidadores para que puedan brindar apoyo psicológico y psicosocial básico en el marco de sus funciones.	Grupos de discusión con los cuidadores para definir qué tipo de aptitudes y actividades de salud mental y apoyo psicosocial pueden integrar en su labor cotidiana (por ejemplo, para los docentes, es importante conocer tanto los horarios lectivos como la composición demográfica de sus alumnos y sus respectivas necesidades, para seleccionar actividades de salud mental y apoyo psicosocial adecuadas e incluirlas en la capacitación). Talleres con los cuidadores (adaptados a sus actividades cotidianas) sobre temas como las habilidades de escucha y comunicación, cómo detectar problemas psicológicos, cómo normalizar las reacciones, cómo priorizar las necesidades e identificar recursos individuales y sociales, y adónde referir a la víctima para que reciba atención adicional. (Los talleres de salud mental y apoyo psicosocial con especialistas en primeros auxilios se integran en la capacitación de primeros auxilios.) Al capacitar a cuidadores, el programa de los talleres debe ajustarse adecuadamente al horario de trabajo de estos (por ejemplo, una hora por día durante un período que permita cubrir los contenidos necesarios, es decir, entre uno y tres meses de capacitación periódica). Los talleres son dirigidos por profesionales de la salud mental (es decir, delegados de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales). Los talleres incluyen presentaciones teóricas sobre salud mental y apoyo psicosocial, así como actividades grupales, actividades de simulación (dramatizaciones), videos y debates.	Los cuidadores cuentan con suficientes conocimientos y aptitudes de salud mental y apoyo psicosocial para brindar apoyo psicológico o psicosocial básico a las víctimas en el marco de sus funciones. Los cuidadores pueden identificar a las personas con necesidades psicológicas más graves o con otras necesidades y pueden hacer las referencias apropiadas. Las actividades de capacitación sobre primeros auxilios incluyen técnicas y prácticas para brindar apoyo psicológico básico.
Supervisión	Seguimiento y apoyo continuos en relación con la capacidad de los cuidadores para brindar apoyo psicológico y psicosocial básico en el marco de sus funciones.	Reuniones o discusiones periódicas con los cuidadores. Participación en actividades cotidianas de los cuidadores en las que se brinda apoyo psicológico o psicosocial básico.	Se prestan servicios de apoyo psicológico y psicosocial básicos de buena calidad a las víctimas. Se identifican los casos psicológicos graves y se derivan apropiadamente (cuando hay servicios especializados disponibles). Se identifican otras necesidades y se hacen las referencias adecuadas a otros servicios (cuando están disponibles). Los servicios de salud mental y apoyo psicosocial se integran de forma sostenible en las actividades que ya realizan los cuidadores. Se emplean métodos apropiados para la recolección de datos.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para reforzar el proceso de monitoreo, el CICR ha definido diversos indicadores que se pueden emplear para evaluar la eficacia de los programas que ayudan a los cuidadores y que ayudan a esos mismos cuidadores a brindar apoyo a las víctimas de conflictos armados y de otras situaciones de violencia. Ambos componentes deben ser objeto de un monitoreo continuo. La herramienta integral de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial del CICR brinda una plataforma consolidada para la recolección y el análisis de los datos.

Todos los indicadores se especifican antes del inicio del programa, y se les asignan plazos. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de los indicadores de resultados e impactos que se emplean para medir la eficacia de las intervenciones:

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de cuidadores que participaron en grupos de apoyo entre pares	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para los cuidadores.
Número de cuidadores capacitados para brindar apoyo de salud mental y apoyo psicosocial básico en el marco de sus funciones	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial (cuidadores capacitados) para las víctimas de conflictos, violencia y emergencias. • Informa sobre la capacidad de los cuidadores para identificar las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de las víctimas de conflictos, violencia y emergencias y para ofrecerles un apoyo adecuado.
Número de referencias efectuadas por los cuidadores a servicios especializados en salud mental	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de cuidados. • Informa sobre la capacidad de los cuidadores para identificar adecuadamente los casos que necesiten ser referidos y para efectuar las referencias.
Impacto	
Número de cuidadores que muestran una disminución de su sufrimiento / Número de cuidadores a los que se prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de cuidadores que muestran un mejor funcionamiento/Número de cuidadores a los que se prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de cuidadores que muestran un mejor mecanismo de afrontamiento/ Número de cuidadores a los que se prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de cuidadores que prestan servicios básicos de salud mental y apoyo psicosocial de buena calidad a otras personas en el marco de sus funciones/Número de cuidadores capacitados para brindar apoyo de salud mental y apoyo psicosocial básico en el marco de sus funciones	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la capacidad de los cuidadores capacitados para brindar un apoyo adecuado a las víctimas de conflictos, violencia y emergencias.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL PARA CUIDADORES

Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial: clasificadas según los niveles de sufrimiento, funcionamiento y afrontamiento, medidos con escalas estandarizadas.

Salud mental y apoyo psicosocial/Servicios de salud mental y apoyo psicosocial: apoyo o servicios que abordan las necesidades psicosociales y de salud mental y que se brindan en el marco del programa de salud mental y apoyo psicosocial.

Servicios especializados en salud mental: servicios que abordan las necesidades de personas con problemas graves o complejos de salud mental, incluidos los trastornos psiquiátricos.

Sufrimiento: los niveles de sufrimiento se miden con escalas estandarizadas.

Funcionamiento: los niveles de funcionamiento se miden con escalas estandarizadas.

Afrontamiento: los mecanismos de afrontamiento se miden con escalas estandarizadas.

Referencias: se identifican las necesidades específicas de un cuidador y luego se lo pone en contacto con un servicio adecuado que aborde esas necesidades.

Capacitado para brindar servicios básicos de salud mental y apoyo psicosocial: los niveles de capacitación de salud mental y apoyo psicosocial que se brindan varían según las necesidades de las víctimas, la brecha entre las necesidades y la disponibilidad de esos servicios, y las competencias y la disponibilidad de los ayudantes que reciben capacitación. La capacitación tiene por objeto mejorar la labor actual del ayudante, por lo que incluye diversas técnicas básicas de apoyo psicológico adaptadas a las necesidades de las víctimas.

PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

- Puede ser difícil establecer un sistema de apoyo estructural para los cuidadores, ya que requiere integrar medidas tanto de preparación como de respuesta en la estructura de las organizaciones de cuidadores para reducir y abordar sus necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. Con frecuencia, implica también cambios de actitud en lo que respecta a dar prioridad al bienestar de los cuidadores, lo cual puede chocar con las posturas y los deseos de la administración, dadas las presiones sobre los recursos y las normas culturales.
- Aunque es difícil, para satisfacer las necesidades psicosociales y de salud mental de los cuidadores, también es esencial adoptar un enfoque centrado en la resiliencia y adaptado al contexto. Eso implica no solo identificar los recursos locales (por ejemplo, sistemas sociales de apoyo, servicios de salud mental de buena calidad, acceso a servicios), sino también comprender cómo esos recursos deben influir en el programa.
- Para ser eficaces, las intervenciones que ayudan a los cuidadores a asistir mejor a otras personas deben adaptarse a la cultura del lugar y ser pertinentes para cada situación, para las necesidades de las personas asistidas por los cuidadores y para la función de los propios cuidadores. Eso significa que no hay un modelo único en lo que respecta al nivel y al tipo de capacitación sobre apoyo psicológico básico que deberá integrar en su función cada grupo de cuidadores: cada programa es único.



**5.
PACIENTES
HOSPITALIZADOS
CON HERIDAS
POR ARMA
DE FUEGO Y
PERSONAS CON
DISCAPACIDADES
FÍSICAS**

CONTEXTO GENERAL

Los conflictos armados y otras situaciones de violencia provocan lesiones tanto a civiles como a quienes participan directamente en las hostilidades e incrementan la vulnerabilidad de las personas que ya presenten discapacidades físicas. La atención médica de las víctimas en esas situaciones es distinta de la que se practica en tiempo de paz. Hay restricciones de seguridad que afectan a todo el sistema de salud, se interrumpen los suministros, los hospitales sufren ataques y el personal huye para preservar su seguridad⁵⁴. Un éxodo masivo del personal sanitario deja las estructuras de salud en una situación crítica debido a la falta de personal. A menudo, el personal sanitario formado para ejercer en equipos multidisciplinarios se encuentra con toda la carga de trabajo médico y se ve obligado a abordar subespecialidades con las que, en el mejor de los casos, apenas está familiarizado.

Los **pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego** son personas que se someten a cirugías y a tratamiento agudo en hospitales tras resultar heridas por arma de fuego.

Como consecuencia de los conflictos y de la violencia, el número de personas enfermas o heridas o que desarrollan discapacidades físicas aumenta drásticamente. Por la naturaleza violenta de las lesiones o por el empeoramiento de sus condiciones físicas durante los conflictos, esas personas son vulnerables física y psicológicamente. La mayoría de las heridas afectan a las extremidades; el alcance de la destrucción de tejidos y la contaminación que se produce no se parecen en nada a las heridas que se ven en las consultas traumatológicas de todos los días. A esos problemas de índole física, se suman las dificultades psicológicas, agravadas por factores que se agudizan durante los conflictos, como la separación de familias, la muerte de seres queridos, la pérdida de ingresos y los desplazamientos.

Las **personas con discapacidades físicas** pueden ser víctimas tanto directas como indirectas de los conflictos. Las víctimas directas son las que sufren, por ejemplo, amputaciones o fracturas de miembros, lesiones de la columna vertebral o quemaduras como consecuencia del conflicto. Las víctimas indirectas son las que sufren discapacidades por las restricciones de la atención médica relacionadas con el conflicto o con la situación posconflicto, como las personas con problemas agudos o crónicos (por ejemplo, diabetes, accidentes cerebrovasculares) o deformaciones congénitas (por ejemplo, niños con pie equinovaro o parálisis cerebral).

El personal sanitario debe afrontar el enorme desafío de prestar servicios en un contexto conmocionado por el conflicto; tiene que cumplir con una pesada carga de trabajo y, a la vez, afrontar los impactos personales del conflicto y de la violencia⁵⁵. Junto con la falta de trabajadores de salud mental capacitados, eso puede generar y perpetuar una atención relacional deficiente con los pacientes, lo cual afecta negativamente su bienestar y su recuperación. La probabilidad de que el personal sanitario disponible tenga cierto conocimiento o habilidades para trabajar en salud mental y apoyo psicosocial es escasa,

⁵⁴ Para abordar el problema de la violencia contra los pacientes, contra los miembros del personal de salud y contra las instalaciones y vehículos sanitarios, así como para garantizar el acceso seguro a la asistencia de salud en conflictos armados y en otras situaciones de emergencia y la provisión de esa asistencia en condiciones seguras, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja puso en marcha la iniciativa “Asistencia de salud en peligro”: <http://healthcareindanger.org/es/>.

⁵⁵ El personal del CICR recibe apoyo del personal de salud del Departamento de Recursos Humanos de la institución. Ese apoyo es independiente de los programas operacionales de salud mental y apoyo psicosocial en el terreno, que se centran específicamente en ayudar a personas y comunidades afectadas por conflictos armados, otras situaciones de violencia y emergencias.

en momentos en los que las necesidades psicológicas y psicosociales de los pacientes son muy grandes. Para que el paciente pueda enfrentar no solamente el impacto psicológico de un diagnóstico que cambia su vida y las emociones fuertes que lo acompañan (como temor, ira, tristeza o negación), sino también el hecho de violencia que causó la lesión, necesita una atención comprensiva e integral.

Cuando se sufre estrés durante un período prolongado, se altera la producción de hormonas, lo cual afecta los procesos fisiológicos y genera problemas de salud mental. Del mismo modo que el sufrimiento deteriora los procesos generales de curación, un buen estado de salud mental propicia la curación física.

El tratamiento que reciben los pacientes en tiempos difíciles, cuando se encuentran más vulnerables, afecta su salud mental a corto plazo y largo plazo. Muchas personas tienen dificultades físicas, psicológicas o sociales en cuatro etapas críticas después de un incidente: (1) reacciones asociadas con el trauma físico; (2) reacciones a los procedimientos médicos; (3) reacciones a los cambios de estado físico y a la discapacidad; y (4) reacciones y adaptaciones al entorno social y familiar⁵⁶. Esas reacciones pueden presentarse inmediatamente o después de un tiempo, según los recursos individuales y sociales del paciente. Deben abordarse adecuadamente, en el marco de una respuesta integral psicosocial y de salud mental.

El CICR procura atender a las personas que están en esas situaciones integrando la salud mental y el apoyo psicosocial en la atención hospitalaria y en los servicios de rehabilitación física (con buenos enlaces con la atención prehospitalaria y con la atención primaria de la salud), para garantizar a los pacientes la continuidad de los cuidados.

NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

El tratamiento de los pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y de las personas con discapacidades físicas suele centrarse en los aspectos físicos (como la gravedad de la lesión, los modelos de atención traumatológica y la administración clínica). Sin embargo, los aspectos psicológicos cumplen una función crucial en la recuperación del paciente tras una lesión física traumática.

Los pacientes con lesiones graves corren un riesgo importante de desarrollar síntomas psicológicos relacionados con el trauma, como estados de shock, ansiedad, ira, depresión, desesperanza, dificultad para concentrarse, insomnio, sensación de impotencia, insensibilidad, sensación de estar en peligro constante, cambios de apetito y de peso, recuerdos aterradores y la sensación de revivir experiencias (*flashbacks*). Esos síntomas pueden verse agravados por factores como el tipo de personalidad, los problemas de salud mental previos y el abuso de sustancias tóxicas, así como por la naturaleza del hecho en el que la persona resultó herida y las circunstancias sociales de esa persona. Tras las lesiones traumáticas de cabeza, pueden producirse cambios de personalidad y deterioros cognitivos. Los síntomas psicológicos pueden magnificar la experiencia de dolor y provocar que persista mucho después de que haya remitido la lesión física.

Las personas con nuevas discapacidades físicas deben hacer frente a desafíos específicos, como adaptarse a las transiciones y convivir con la discapacidad durante toda su vida. Al mismo tiempo, tienen que afrontar los cambios en su función familiar y social (por ejemplo, divorcio, pocas perspectivas de entablar relaciones, desempleo) y la estigmatización y las actitudes negativas de otras personas. Su experiencia puede compararse con un proceso de duelo que incluye shock, negación, ira, depresión, adaptación y aceptación. Aunque esas reacciones pueden preverse, es posible que ocurran en otro orden y que presenten distintos

⁵⁶ R. Singh y otros, "Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall", *Clinical Rehabilitation*, vol. 23, n.º 3, 2009, págs. 281-286.

grados de intensidad. Cuando la persona tiene dificultades para resolver algunas de esas reacciones y queda “atrapada” en ellas, el proceso puede verse afectado y dificultar el avance hacia la adaptación y la aceptación.

Aunque las reacciones psicológicas y los síntomas descritos están muy presentes en las personas con discapacidades físicas, no puede darse por sentado que ocurren en todos los casos. Distintos tipos de lesiones y discapacidades generan diferentes síntomas psicológicos. También se presentan reacciones diferentes según el género, la edad, la función familiar (por ejemplo, si la persona es el sostén de su familia, si es ama de casa), la profesión y los mecanismos de afrontamiento individuales y sociales.

Las necesidades de los pacientes varían en las distintas etapas de su tratamiento y rehabilitación. Mientras los pacientes están hospitalizados, deben enfrentarse a los efectos psicológicos del hecho que les causó la lesión, al dolor, a temores relacionados con la atención médica y con la etapa prequirúrgica y a un entorno hospitalario con el que no están familiarizados, posiblemente sin tener contacto con sus seres queridos y sin saber si se encuentran bien. Es común que los pacientes sientan temor de sufrir problemas fisiológicos que pongan en peligro o cambien sus vidas, ansiedad por los procedimientos médicos (por ejemplo, no despertarse de la anestesia, estrés relacionado con la cirugía) y temor a la muerte. Sienten angustia por la posibilidad de recibir malas noticias, como las que anuncian una amputación, y pueden mostrarse reacios a dar su consentimiento a un procedimiento médico necesario. En algunas situaciones, es posible que los pacientes sientan gran angustia y requieran estabilización y apoyo especializado en salud mental.

En la fase posoperatoria, los pacientes deben afrontar el dolor relacionado con la cirugía a la que se han sometido, posibles complicaciones de esa cirugía, depresión, ira y miedo de los problemas que plantean una recuperación lenta y una discapacidad que persista. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden afectar el cumplimiento del tratamiento, desde seguir las dietas prescritas y las recomendaciones en materia de higiene hasta las prácticas posoperatorias más complejas, como tomar los medicamentos necesarios y limpiar las heridas.

Durante el proceso de rehabilitación, según su situación, es posible que las personas con discapacidades físicas tengan que reducir gradualmente su dependencia de los servicios médicos, hospitalarios o de rehabilitación, adaptarse a las dificultades de emplear dispositivos de movilidad y aceptar que dependen de otras personas para su cuidado personal y su higiene, y también que son más vulnerables ante el peligro. Algunos de los principales desafíos tienen que ver con aceptar una imagen corporal nueva y adaptarse a ella, así como con las limitaciones de la movilidad cotidiana.

Por último, el dolor crónico y el dolor de un miembro fantasma son comunes tras las amputaciones y afectan mucho la calidad de vida. Es probable que los pacientes con antecedentes médicos complejos (por ejemplo, cirugías múltiples, infecciones crónicas y heridas complicadas) sientan dolor crónico. El término que describe cualquier fenómeno sensorial que se siente en un miembro ausente o en una parte ausente de un miembro es “dolor de un miembro fantasma”. La mayoría de quienes han tenido amputaciones tienen sensaciones fantasma en algún momento, y algunos las padecen durante toda la vida.

RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

El CICR se propone sumar actividades de salud mental y apoyo psicosocial a sus programas de atención integrada para pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas. Los equipos hospitalarios y de rehabilitación física deben adquirir una comprensión integral de las dificultades psicológicas de los pacientes, tanto durante el tratamiento como durante la rehabilitación.

La atención de salud mental y apoyo psicosocial puede brindarla el personal sanitario debidamente capacitado que cuente con un apoyo adecuado o un especialista en salud mental que trabaje junto con ese personal. Los trabajadores de salud mental también deben comprender las dificultades físicas asociadas con las discapacidades, las lesiones y los procedimientos de tratamiento médico o de rehabilitación física. Por lo tanto, para brindar una atención integral a los pacientes, es crucial que los equipos de salud mental y apoyo psicosocial, hospitalarios y de rehabilitación física colaboren entre ellos en todo momento de la prestación de servicios. En el marco de los esfuerzos del CICR por garantizar la continuidad de los cuidados, se brinda apoyo a los pacientes durante toda su hospitalización y rehabilitación, con servicios de salud mental y apoyo psicosocial integrados en ambas etapas.

Dado que las necesidades de los pacientes varían en las distintas etapas de su tratamiento y rehabilitación, la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial deberá adaptarse en consecuencia. La finalidad principal de los programas que se aplican en contextos hospitalarios es brindar apoyo a los pacientes para que puedan adaptarse mejor a las reacciones asociadas con el trauma físico y con los procedimientos médicos. En esa etapa, el apoyo psicológico y psicosocial ayuda a los pacientes hospitalizados a aceptar y cumplir el tratamiento médico, lo cual facilita su recuperación física. El objetivo principal de los programas que se implementan en estructuras de rehabilitación física es ayudar a los pacientes a enfrentar mejor las reacciones ante sus cambios de estado físico (es decir, los relacionados con su discapacidad) y la readaptación a su entorno social y familiar. En esa etapa, el apoyo psicológico y psicosocial ayuda a las personas con discapacidades físicas a superar el trauma de su experiencia y promueve su independencia, su bienestar social y su autonomía.

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES

Al diagnosticar las necesidades de pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y de personas con discapacidades físicas, el CICR realiza entrevistas individuales y debates grupales con el personal sanitario que trabaja con esos pacientes (por ejemplo, médicos clínicos, cirujanos, enfermeros, especialistas en ortopedia y fisioterapeutas). El objetivo es comprender las prácticas de atención vigentes, los servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles y la medida en que el personal sanitario ya presta servicios de salud mental y apoyo psicosocial. También es importante determinar los conocimientos de salud mental y apoyo psicosocial del personal y su comprensión de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los pacientes. A continuación, se realizan entrevistas individuales con pacientes hospitalizados y con personas con discapacidades físicas, para conocer en profundidad las necesidades en materia de salud mental y apoyo psicosocial específicas de esas personas y su experiencia con los servicios de salud.

El diagnóstico determinará la brecha que separa las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los pacientes y los servicios de ese tipo ya disponibles (que incluyen los servicios profesionales de salud mental y el nivel de apoyo psicológico y psicosocial básico que brinda el personal sanitario en el marco de sus funciones). Cuando los servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles son insuficientes para satisfacer las necesidades de los pacientes, se evalúa la posibilidad de asignar un especialista en salud mental local a tiempo completo. En algunos países, no es posible hacerlo, por falta de especialistas con las aptitudes necesarias o por motivos de seguridad o restricciones económicas en las estructuras de salud.

Por ello, se determina cuál es la capacidad del personal sanitario de brindar por sí mismo servicios de salud mental y apoyo psicosocial: el nivel de conocimientos y aptitudes de ese personal, su disposición a recibir capacitación en ese tema, su carga de trabajo y el tiempo del que dispone. Los hospitales y los servicios de rehabilitación física se ven superados en conflictos armados y en otras situaciones de violencia, por lo que es posible que el personal tenga poca disponibilidad para asistir a sesiones de capacitación y para prestar servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Por ello, cuando las necesidades en materia de salud mental y apoyo psicosocial de los pacientes son grandes, el apoyo que les brinda el personal sanitario puede no ser suficiente y tal vez sea necesario buscar a otros posibles prestadores

de esos servicios. Para ello, habrá que identificar a otros actores de la comunidad (no especializados) a los que se podría capacitar para que brinden servicios de asesoramiento psicológico o *counselling*.

También se estudian algunos aspectos psicosociales. Por ejemplo, un análisis de la cultura local, que puede tener prácticas positivas que estimulan la resiliencia de los pacientes o prácticas negativas (como la estigmatización) que deben identificarse y abordarse. Es importante evaluar el entorno social de los pacientes (por ejemplo, familiares, cuidadores, amigos y colegas) al identificar el apoyo disponible durante su hospitalización, así como los problemas potenciales de su reinserción social. Un delegado de salud mental y apoyo psicosocial realiza un diagnóstico integral de las necesidades, que lleva entre **uno y tres meses**. Su duración exacta dependerá del número de estructuras de salud y de la gravedad de las necesidades relacionadas con el conflicto.

FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Una vez realizado el diagnóstico, se aplican las recomendaciones específicas sobre salud mental y apoyo psicosocial en instalaciones tanto hospitalarias como de rehabilitación física.

Para ofrecer una atención de salud mental y apoyo psicosocial de buena calidad, el CICR designa a un delegado de salud mental y apoyo psicosocial que supervise la formulación y la implementación del programa. Es muy recomendable contar con un delegado de esa disciplina en el terreno durante **doce meses** para garantizar la continuidad y la sostenibilidad del programa, ya que el fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario o de los psicólogos o *counsellors* locales en instalaciones tanto hospitalarias como de rehabilitación física requiere actividades de capacitación, supervisión y apoyo continuas y exhaustivas.

GRUPOS DESTINATARIOS

1. **Directos:** pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas que requieran rehabilitación física.
2. **Indirectos:** personal sanitario y familiares o cuidadores de los pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El programa se propone brindar:

Servicios de salud mental y apoyo psicosocial para pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas

Para los pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y las personas con discapacidades físicas en instalaciones que cuentan con apoyo del CICR [ESPECIFICAR, por ejemplo, tipos o nombres de las instalaciones o lugares, etc.] es beneficioso contar con atención en salud mental y apoyo psicosocial según sus necesidades de recuperación y de rehabilitación psicológica y física.

Ese objetivo se logra mediante el fortalecimiento de la capacidad de los equipos hospitalarios y de rehabilitación física o los psicólogos o *counsellors* locales, para que puedan prestar servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

MÉTODOS

Fortalecer la capacidad del personal hospitalario y de rehabilitación física para que pueda prestar servicios de salud mental y apoyo psicosocial a pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Promoción	Integrar en el hospital o en las estructuras de rehabilitación física un sistema de salud mental y apoyo psicosocial de buena calidad para los pacientes.	Hablar con las autoridades de salud locales pertinentes (incluido el personal de administración del hospital o de las estructuras de rehabilitación física) sobre la importancia de incorporar el apoyo en salud mental y el apoyo psicosocial en los servicios que brindan.	Las autoridades de salud pertinentes y el personal de administración del hospital o de las estructuras de rehabilitación física incorporan en sus servicios la salud mental y el apoyo psicosocial. El hospital o las estructuras de rehabilitación física incluyen a trabajadores de salud mental en su plantilla.
Capacitar al personal hospitalario o de rehabilitación física	Adquirir o mejorar aptitudes para brindar apoyo de salud mental (apoyo psicológico básico) a pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas.	Talleres sobre temas como las habilidades de escucha, la sensibilidad al obtener información sobre el paciente y su situación, cómo detectar problemas psicológicos, cómo priorizar las necesidades e identificar recursos individuales y sociales, y adónde referir al paciente para que reciba atención adicional. El programa de los talleres debe ajustarse adecuadamente al horario de trabajo del personal (por ejemplo, una hora por día durante un período que permita abarcar los contenidos necesarios, es decir, entre uno y tres meses de capacitación periódica). Los talleres son dirigidos por profesionales de la salud mental (es decir, delegados de salud mental y apoyo psicosocial o psicólogos locales). Los talleres incluyen presentaciones teóricas sobre salud mental y apoyo psicosocial, así como actividades grupales, actividades de simulación (dramatizaciones), videos y debates sobre casos de pacientes.	El personal hospitalario y de rehabilitación física entiende e integra mejor las consideraciones psicológicas en sus prácticas de atención cotidianas. Se establece un sistema eficaz para examinar a los pacientes, así como una gestión integral de sus casos. El personal hospitalario y de rehabilitación física identifica con eficacia las necesidades psicológicas y psicosociales de los pacientes. El personal hospitalario y de rehabilitación física identifica con eficacia los casos graves y los refiere a un especialista en salud mental (cuando hay uno disponible en esas instalaciones). El personal hospitalario y de rehabilitación física brinda asesoramiento psicológico básico a los pacientes (cuando no hay un especialista en salud mental disponible en esas estructuras). Se emplean métodos de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial y se incorporan en las herramientas de recolección de datos del hospital o de las estructuras de rehabilitación física. El personal hospitalario o de rehabilitación física participa en la identificación de otros actores relacionados y establece y utiliza con fluidez un sistema de referencia.
Capacitación de psicólogos o counsellors locales	Adquirir o mejorar aptitudes para prestar servicios de salud mental y apoyo psicosocial a pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas.	Talleres sobre las necesidades psicológicas de los pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y las personas con discapacidades físicas, y sobre técnicas psicoterapéuticas para abordar adecuadamente las necesidades de esos pacientes. Se realizan talleres cada semana o cada dos semanas, por un espacio de varios meses (es decir, un período que permita abarcar los contenidos necesarios). Los talleres son dirigidos por el personal de salud mental del CICR. Los talleres incluyen presentaciones teóricas sobre salud mental y apoyo psicosocial, así como actividades grupales, actividades de simulación (dramatizaciones), videos y debates sobre casos de pacientes.	El psicólogo o <i>counsellor</i> local brinda servicios de salud mental y apoyo psicosocial de buena calidad a pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas, incluidos servicios relativos a: la identificación y el tratamiento de síntomas de sufrimiento psicológico (por ejemplo, ansiedad, ira, desesperación); problemas de sueño; problemas de alimentación; impacto de los síntomas de sufrimiento en el estado físico (por ejemplo, palpitaciones provocadas por la ansiedad, dificultades para respirar, dolores de cabeza y de otros tipos); impacto de los síntomas de sufrimiento en la rehabilitación física (por ejemplo, cumplimiento de un plan de ejercicio físico, gestión del dolor de un miembro fantasma); y cuestiones relacionadas con la reinserción social (por ejemplo, mecanismos de afrontamiento para hacer frente a la estigmatización, readaptación a la función familiar y social). Se emplean métodos de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial y se incorporan en las herramientas de recolección de datos del hospital o de las estructuras de rehabilitación física. Se identifica a otros actores y se establece un sistema de referencia que se emplea con fluidez en todos los casos posibles.

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Supervisión del personal hospitalario y de rehabilitación física o del psicólogo o el counsellor local	Seguimiento y apoyo continuos para que se empleen los conocimientos y las aptitudes que se hayan adquirido en la capacitación.	Reuniones o debates periódicos. Supervisión de sesiones en las que se brinda apoyo psicológico. Análisis de casos (sobre pacientes que reciben <i>counselling</i> o apoyo psicológico).	Los servicios de salud mental y apoyo psicosocial son sostenibles y están integrados en el hospital o las estructuras de rehabilitación física. Se brindan servicios de apoyo psicológico y psicosocial de buena calidad a los pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y las personas con discapacidades físicas. Se identifican los casos psicológicos graves y se derivan apropiadamente (cuando hay servicios especializados disponibles). Se identifican otras necesidades y se hacen las referencia que corresponda a otros servicios (cuando están disponibles). Se emplean métodos de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial y se incorporan en las herramientas de recolección de datos del hospital o de las estructuras de rehabilitación física. Se identifican y se abordan las cuestiones que requieren más apoyo (por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento y sesiones de repaso).

Servicios de salud mental y apoyo psicosocial para pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas y para los familiares y cuidadores de esas personas

GRUPO OBJETIVO	ESTRUCTURAS DE SALUD	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Pacientes prequirúrgicos	Hospital	Servicios individuales de salud mental y apoyo psicosocial para los pacientes, en colaboración con el equipo del hospital (para brindar a los pacientes información sobre los procedimientos médicos y facilitar que expresen sus miedos y preocupaciones).	Disminuyen la ansiedad de los pacientes en relación con la cirugía. Disminuyen los síntomas de sufrimiento psicológico de los pacientes.
Pacientes posoperatorios	Hospital	Servicios individuales de salud mental y apoyo psicosocial para los pacientes sobre la gestión del dolor y el cumplimiento de las pautas de cuidado necesarias tras la operación. Dictado por un especialista en salud mental, en colaboración con el equipo del hospital.	Los pacientes señalan que registran una disminución del dolor y mejora su uso de estrategias de afrontamiento positivas para la gestión del dolor. Disminuyen los síntomas de sufrimiento psicológico de los pacientes (por ejemplo, disminuyen los síntomas de sufrimiento relacionados con la permanencia en el hospital). Mejora el cumplimiento de las pautas de cuidado necesarias tras la operación por parte de los pacientes. Mejora la recuperación médica de los pacientes.
Familiares y cuidadores de pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego	Hospital	Un especialista en salud mental brinda apoyo individual o modera debates grupales, en colaboración con el equipo del hospital. Se informa a los familiares y cuidadores sobre el estado físico de cada paciente y los problemas que plantea ese estado (con el consentimiento del paciente).	Disminuyen las preocupaciones de los familiares y los cuidadores en relación con el estado físico del paciente. Los familiares y cuidadores planifican la atención del paciente para cuando regrese a su hogar.

GRUPO OBJETIVO	ESTRUCTURAS DE SALUD	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Personas con discapacidades físicas	Estructuras de rehabilitación física	Un especialista en salud mental brinda apoyo individual o modera grupos de apoyo entre pares, en colaboración con el equipo de rehabilitación física.	Los pacientes señalan que registran una disminución del dolor y mejora su uso de estrategias de afrontamiento positivas para la gestión del dolor (dolor crónico o dolor de un miembro fantasma). Los pacientes aceptan su estado y se apoyan unos a otros en el proceso de rehabilitación. Los pacientes mejoran su cumplimiento del plan de rehabilitación física. Disminuyen los síntomas de sufrimiento psicológico de los pacientes (por ejemplo, síntomas de depresión y ansiedad relacionados con la discapacidad).
Familiares y cuidadores de personas con discapacidades físicas	Estructuras de rehabilitación física	Un especialista en salud mental brinda apoyo individual o grupal, en colaboración con el equipo de rehabilitación física.	Los familiares y cuidadores de los pacientes comprenden y aceptan los cambios físicos de esos pacientes y adquieren las habilidades que necesitan para facilitar su rehabilitación y reinserción.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para reforzar el proceso de seguimiento, el CICR ha identificado diversos indicadores que se pueden emplear para evaluar la eficacia de los programas que prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial a pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego (en adelante, “pacientes hospitalizados”) y a personas con discapacidades físicas. La herramienta integral de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial del CICR brinda una plataforma consolidada para la recolección y el análisis de los datos y, cuando es pertinente y factible, se integra en los mecanismos de registro de datos de las estructuras de salud.

Todos los indicadores se especifican antes del inicio del programa, y se les asignan plazos. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de los indicadores de resultados y productos que se emplean para medir la eficacia de las intervenciones:

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número total de miembros del personal sanitario capacitados para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas.
Número total de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas a los que se prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Sirve como base para calcular la cobertura de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Ayuda a planificar los recursos humanos y de otros tipos.
Número total de referencias que el personal sanitario hace a servicios especializados en salud mental	• Informa sobre la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que reúnen los criterios para proceder a una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados. • Informa sobre la capacidad del personal sanitario para identificar casos que necesiten ser referidos y efectuar las referencias.
Impacto	
Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que muestran una disminución de su sufrimiento psicológico/Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea el alcance de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Impacto	
Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que muestran un mejor funcionamiento/ Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial que muestran un mejor afrontamiento/ Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas cuyo cumplimiento del tratamiento mejoró/Número de pacientes hospitalizados o de personas con discapacidades físicas a los que se prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HERIDAS POR ARMA DE FUEGO Y PERSONAS CON DISCAPACIDADES FÍSICAS

Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial: clasificadas según los niveles de sufrimiento, funcionamiento y adaptación, medidos con escalas estandarizadas.

Pacientes hospitalizados: pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego.

Personas con discapacidades físicas: personas con discapacidades físicas nuevas o preexistentes que requieren rehabilitación física.

Salud mental y apoyo psicosocial/Servicios de salud mental y apoyo psicosocial: apoyo o servicios que abordan las necesidades psicosociales y de salud mental y que se brindan en el marco de un programa de salud mental y apoyo psicosocial.

Servicios especializados en salud mental: servicios que abordan las necesidades de personas con problemas graves o complejos de salud mental, incluidos los trastornos psiquiátricos.

Sufrimiento: los niveles de sufrimiento se miden con escalas estandarizadas.

Funcionamiento: los niveles de funcionamiento se miden con escalas estandarizadas.

Afrontamiento: los mecanismos de afrontamiento se miden con escalas estandarizadas.

Cumplimiento del tratamiento: se evalúan la línea de base y el seguimiento en consulta con el personal sanitario.

Referencias: se identifican las necesidades específicas de un paciente y luego se lo pone en contacto con un servicio adecuado que aborde esas necesidades.

Capacitado para brindar servicios de salud mental y apoyo psicosocial: los niveles de capacitación de salud mental y apoyo psicosocial que se brindan varían según las necesidades de los pacientes, la disponibilidad de trabajadores locales de salud mental, la brecha entre las necesidades y la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y las competencias y la disponibilidad del personal o de los actores de la comunidad que reciben capacitación. Pueden incluir diversas técnicas básicas de apoyo psicológico o técnicas psicoterapéuticas más completas y adaptadas a las necesidades de los pacientes.

PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

- Dado el estado crítico de muchos pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y la naturaleza temporal de su permanencia en el hospital, puede ser difícil prestarles servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Es importante tener objetivos claros para el apoyo psicológico, centrados en abordar las necesidades inmediatas de salud mental y apoyo psicosocial de los pacientes (por ejemplo, el cumplimiento del tratamiento) desde una perspectiva centrada en la búsqueda de soluciones.
- La adaptación a una lesión traumática o a una discapacidad física es un proceso único, dinámico y complejo. Una adaptación satisfactoria implica centrarse en las capacidades, no en la discapacidad; tener expectativas realistas de las propias fortalezas y debilidades; e integrar el estado físico en el concepto que uno tiene de sí mismo. Esos son los factores clave que se deben tener en cuenta para prestar servicios de salud mental y apoyo psicosocial eficaces.
- Las discapacidades no afectan solamente a una persona. Por ejemplo, es posible que sus familiares también tengan dificultades para adaptar sus expectativas, sus funciones, sus prioridades y su vida en general. Por ello, dar apoyo a las personas con discapacidades excede el mero cuidado del paciente; también se trata de apoyar a sus familiares y a su entorno social. El proceso de integrar a varias personas y abordar las necesidades de todas ellas puede ser un aspecto difícil del programa.



6. PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD Y EXDETENIDOS

CONTEXTO GENERAL

Las personas privadas de libertad son intrínsecamente vulnerables, especialmente en conflictos armados y en otras situaciones de violencia, cuando los sistemas de detención pueden verse muy perturbados. El aumento de las detenciones muchas veces excede la capacidad de los sistemas judicial y penitenciario, por lo que las instalaciones están descuidadas, superpobladas o controladas por pandillas. En esas circunstancias, se vuelve más difícil mantener el trato humano hacia los detenidos: las condiciones de vida se deterioran, se obstruye el acceso a los servicios de salud y las autoridades imponen grandes restricciones, tales como la separación o el aislamiento. Independientemente de los motivos de la detención, algunos grupos son especialmente vulnerables, por ejemplo, las mujeres, los menores de edad, las personas de edad avanzada, las personas heridas, enfermas o con discapacidades, las personas con uso o abuso drogas y las personas con trastornos mentales.

Personas privadas de libertad: según el CICR, una persona está privada de libertad (detenida) cuando se la confina en un espacio reducido, bajo el control o por aprobación de un actor estatal o no estatal, y no puede salir por su propia voluntad. Se considera detenida a una persona desde el momento de su aprehensión o desde que se la retiene sin darle permiso ni autoridad para irse, hasta que se la libera.

El trato inhumano, las malas condiciones de vida y la falta de gobernanza en los lugares de detención pueden resultar física y psicológicamente perjudiciales para los detenidos. Es posible que sufran físicamente cuando no se satisfacen sus necesidades básicas (incluidas las necesidades de alimentación y de atención médica) o cuando son víctimas de violencia por parte del personal de los centros penitenciarios o de otros detenidos. Entre otros factores, la superpoblación y la escasez de personal de custodia son factores de riesgo que provocan el aumento de la violencia entre los detenidos. También es posible que los detenidos se vean expuestos a abusos físicos, psicológicos y sexuales mientras están recluidos. Las condiciones empeoran aún más cuando no se les permite comunicar su arresto a sus familiares o amigos y cuando no se les brinda acceso a un abogado o a un examen clínico por parte de un médico independiente⁵⁷.

En conflictos armados y en otras situaciones de violencia o en épocas de agitación política, suelen aumentar los actos de tortura, los malos tratos y las ejecuciones extrajudiciales en los lugares de detención. Esos tipos de experiencias atroces causan, tanto en las víctimas como en sus familiares, un impacto físico, psicológico y psicosocial, cuyos efectos perduran mucho tiempo después de finalizados los hechos.

⁵⁷ Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), “*¿Sí, la prevención de la tortura funciona?*”: conclusiones principales de un estudio mundial sobre 30 años de prevención de la tortura, APT, Ginebra, 2016.

El término **malos tratos** no es un término jurídico, pero abarca los siguientes actos:

Tortura: dolor o sufrimiento grave (1), de tipo físico o mental, que se inflige (2) con el fin de obtener información o una confesión, ejerciendo presión, intimidación o humillación.

Trato cruel o inhumano (términos sinónimos): actos que causan dolor o sufrimiento mental grave o que constituyen un agravio serio a la dignidad. A diferencia de la tortura, no es necesario que esos actos se cometan con un fin específico.

Trato humillante o degradante (términos sinónimos): actos que implican una humillación real e importante o que constituyen un grave atentado contra la dignidad humana y cuya intensidad es tal que cualquier persona razonable se sentiría ultrajada.

Definiciones basadas en el derecho internacional humanitario consuetudinario⁵⁸

Muchos detenidos también corren peligro de desarrollar problemas de salud mental, independientemente de si han presentado problemas de salud mental previamente. A menudo, la incertidumbre sobre su situación, el trato que reciben durante la detención y su separación del mundo exterior causan o agravan el sufrimiento psicológico de los detenidos. Por la vulnerabilidad que genera la detención, además de la falta de servicios de salud (especialmente, servicios de salud mental) en las instalaciones penitenciarias, suelen prevalecer las dificultades psicológicas, aunque por lo común no son detectadas ni tratadas.

Es especialmente probable que las personas con trastornos de salud mental preexistentes terminen siendo detenidas en conflictos armados y en otras situaciones de violencia. Cuando los servicios de salud resultan afectados, los pacientes con problemas de salud mental suelen quedarse sin tratamiento. Esto puede provocar un empeoramiento de su condición, lo que a su vez genera una conducta más disruptiva, imprevisible e incluso agresiva, lo que puede terminar en una condena penal. En muchos casos, los sistemas locales no tienen dónde atender a las personas con trastornos de salud mental y emplean los lugares de detención como una alternativa a los hospitales psiquiátricos. Con frecuencia, los problemas de salud mental son desatendidos porque los sistemas de salud de los lugares de detención no suelen contar con los recursos suficientes y no tienen los conocimientos de psiquiatría necesarios para tratar estos problemas de forma sistemática.

Incluso mucho tiempo después de su salida del lugar de detención, los exdetenidos⁵⁹ siguen sufriendo las consecuencias de la mala nutrición, la falta de atención médica, la pérdida de contacto con sus familiares y con su comunidad, la estigmatización, los malos tratos y la tortura. La reinserción es un proceso largo y complejo que supone abordar las secuelas de la detención, así como asegurar el bienestar físico, psicológico y psicosocial de quienes han estado detenidos.

⁵⁸ CICR, Base de datos del CICR sobre DIH consuetudinario, Norma 90. Tortura y trato cruel, inhumano o degradante: https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule90.

⁵⁹ Aunque en este documento se emplea, para facilitar la lectura, el término “exdetenido”, se recomienda emplear, siempre que sea posible, el término “persona que ha estado detenida”.

NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Muchas personas con trastornos de salud mental graves que ingresan en centros de detención presentan dificultades significativas. En muchos casos, llegan adultos con enfermedades mentales y con antecedentes de problemas de salud crónicos, desempleo, situación de calle, inestabilidad económica, consumo de drogas y otras conductas de alto riesgo. En la mayoría de las sociedades, las personas con trastornos de salud mental deben afrontar problemas de marginación, estigma y discriminación en los ámbitos social, económico y sanitario, a causa de las ideas erróneas que predominan respecto de los trastornos de salud mental. Normalmente estas personas no cuentan con una red de apoyo familiar y social, que es esencial para satisfacer sus necesidades básicas; tampoco cuentan con relaciones de apoyo positivas y duraderas, que fomenten la salud emocional y la estabilidad.

Es posible que el personal de los centros penitenciarios, que no está familiarizado con los problemas de salud mental y su atención, recurra a prácticas como el encadenamiento y el aislamiento de estos detenidos, medidas que pueden agravar los problemas que padecen. Es frecuente que la salud mental y el bienestar general de los detenidos se deterioren rápidamente cuando se los somete a esas prácticas. Además, dado que las condiciones de los lugares de detención no son propicias para una buena salud mental, todos los detenidos corren el riesgo de sufrir un deterioro de su estado mental.

En los lugares de detención, los servicios de atención en salud mental (incluidas las referencias a servicios especializados de salud mental) suelen ser inadecuados o inexistentes y, cuando existen, por lo general se centran únicamente en la atención psiquiátrica. La experiencia del CICR en el terreno ha confirmado que sigue habiendo muchos lugares de detención en los que el personal sanitario tiene poca o ninguna capacitación en salud mental, especialmente en los países en los que hay una escasez general de trabajadores de salud mental (como psiquiatras, enfermeros especializados en psiquiatría y psicólogos). Por ello, los detenidos con trastornos de salud mental no reciben apoyo eficaz del personal sanitario.

Para los detenidos que requieren medicamentos como parte de su atención de salud mental, la interrupción del tratamiento puede tener consecuencias sumamente adversas y generar un rápido deterioro de su estado psicológico. Es posible que los sistemas de detención no puedan obtener los medicamentos necesarios o que esos sistemas no garanticen la continuidad de la atención médica cuando los detenidos son trasladados de un lugar de detención a otro o cuando son liberados.

Las personas que padecen malos tratos y torturas durante la detención pueden sufrir consecuencias físicas, psicológicas y psicosociales devastadoras. La tortura es un mecanismo complejo que puede traumatizar el cuerpo, comprometer el funcionamiento social⁶⁰ y debilitar la autonomía y la identidad de una persona, su sentido de seguridad y su capacidad de sobrevivir. La tortura puede también afectar profundamente la conexión y la confianza de la persona en sus familiares, sus amigos y la sociedad en general. Puede impedirle establecer vínculos y quebrantar su sistema de creencias y la forma en que ve el mundo y su lugar en este.

Más allá de las marcas físicas que perduran por la tortura y los malos tratos, el impacto psicológico puede ser catastrófico. Aunque los efectos varían considerablemente, según el Protocolo de Estambul⁶¹, los problemas psicológicos más comunes son la depresión mayor y los trastornos relacionados con el trauma, como el trastorno por estrés posttraumático (TEPT). Las reacciones pueden ser, entre otras, la revivificación de los hechos, la evitación y el aplanamiento afectivo, vivir con miedo constante, el abatimiento depresivo, el deterioro del autoconcepto, los ataques de pánico, las quejas somáticas, el abuso de sustancias o el

⁶⁰ I. A. Kira, "Torture assessment and treatment: The wraparound approach", *Traumatology*, vol. 8, n.º 2, págs. 61–90, 2002.

⁶¹ OACNUDH, *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* ("Protocolo de Estambul"), HR/P/PT/8/Rev.1, Ginebra, 2004.

deterioro neuropsicológico. Las víctimas de malos tratos y tortura pueden seguir sufriendo enormemente y no poder llevar una vida normal después de la liberación.

Cuando las personas detenidas son liberadas, muchas veces sienten temor en relación con su futuro y tienen problemas para reintegrarse a su entorno familiar y social, así como para afrontar los efectos del estigma. Precisamente en los momentos en que el apoyo social es esencial para lograr una reintegración positiva, las relaciones familiares tienden a ser tensas. Algunas de las dificultades que los exdetenidos suelen presentar son: asilamiento emocional de sus seres queridos, porque les cuesta hablar de lo que vivieron mientras estuvieron detenidos, sensación de no poder satisfacer las expectativas de sus familiares sobre su adaptación a la vida una vez fuera del lugar de detención, así como problemas relativos al sexo y la intimidad en sus relaciones interpersonales⁶².

Ya sean problemas físicos, secuelas psicológicas que perduran en el tiempo o exclusión social (a nivel familiar, profesional o comunitario), las necesidades de las personas detenidas deben atenderse de forma integral para que el apoyo resulte eficaz. Debido a que están sufriendo las consecuencias de los malos tratos y la tortura, junto con los ya difíciles problemas que rodean a la liberación, requerirán un mayor manejo clínico a largo plazo después de ser puestas en libertad.

RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Las actividades asistenciales, en particular las que están relacionadas con garantizar la disponibilidad de una atención en salud adecuada para los detenidos y exdetenidos, constituyen una parte fundamental de la labor del CICR. El objetivo del CICR es que los detenidos reciban un trato humano y que sus condiciones de detención sean aceptables y respeten las disposiciones del derecho internacional humanitario y del derecho internacional de los derechos humanos. Para preservar la salud física y mental y la dignidad de los detenidos, el CICR brinda una respuesta multidisciplinaria a las necesidades de salud individuales y colectivas, de acuerdo con el marco institucional sobre detención y las políticas sobre tortura y asistencia.

En lo que respecta específicamente a la atención de salud, la Estrategia de Salud del CICR establece el compromiso de dar respuesta a las necesidades de los detenidos con problemas psiquiátricos, así como las consecuencias médicas, psicológicas y psicosociales de los malos tratos y la tortura que han padecido los exdetenidos.

En ese contexto, la estrategia que se propone tiene dos enfoques: *intra muros* y *extra muros*.

Intra muros: dentro de los lugares de detención, el CICR tendrá como objetivo garantizar que se aborden las necesidades de los detenidos con problemas psiquiátricos.

El apoyo *intra muros* incluye brindar recomendaciones técnicas o determinar las aptitudes y fortalecer la capacidad del personal sanitario, a fin de promover una atención adecuada a los detenidos que presentan trastornos de salud mental. Cuando se identifican problemas psicosociales (por ejemplo, en relación con las condiciones de vida y la higiene), se hace una labor de persuasión con el personal penitenciario en el marco del enfoque multidisciplinario de los equipos de protección y de salud del CICR. El CICR puede también suministrar

⁶² C. Haney, "The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Postprison Adjustment", en J. Travis y M. Waul (ed.), *Prisoners Once Removed: The Impact of Incarceration and Reentry on Children, Families, and Communities*, The Urban Institute Press, Washington, D.C., 2003, págs. 33-66.

medicamentos psicofarmacológicos en los lugares de detención que atraviesan situaciones transitorias de escasez.

Extra muros: fuera de los lugares de detención, el CICR se propone que los exdetenidos que tuvieron experiencias de malos tratos y tortura tengan acceso a la atención médica, psicológica y psicosocial que necesitan.

La asistencia *extra muros* requiere de una respuesta multidisciplinaria para abordar las necesidades de los exdetenidos y, en particular, de las víctimas de malos tratos y torturas, mediante el fortalecimiento de los servicios locales que sean culturalmente adecuados para satisfacer esas necesidades a largo plazo.

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES

Intra muros

Los diagnósticos de las necesidades *intra muros* son realizados por delegados en salud mental y apoyo psicosocial, en colaboración con médicos y enfermeros de los lugares de detención y miembros del personal de protección del CICR. Estos diagnósticos *intra muros* deben incluir, al menos, los siguientes elementos: el tipo, la prevalencia y el comienzo de problemas de salud mental entre los detenidos; los factores subyacentes de esos problemas, así como los tipos de discriminación que, en términos de alojamiento, alimentación, acceso al agua y acceso a servicios de salud, afrontan los detenidos que presentan dificultades de salud mental.

Durante el diagnóstico *intra muros*, el CICR realiza entrevistas individuales con los detenidos y con el personal sanitario que trabaja en el lugar de detención. Pueden hacerse también diagnósticos psiquiátricos de pacientes con trastornos de salud mental, para evaluar su estado con mayor profundidad. Además, se organizan reuniones con las autoridades pertinentes a fin de conocer su posición en lo que respecta a la salud mental de los detenidos y su disposición a brindarles una atención adecuada.

Asimismo se debe llevar a cabo un mapeo de los servicios disponibles tanto dentro como fuera de los lugares de detención, y de los servicios que se centran específicamente en la salud mental (promoción, prevención o tratamiento) que brindan otras autoridades u organizaciones externas. Finalmente, la legislación nacional o local sobre la provisión de atención de salud mental a los detenidos también debe tomarse en cuenta en ese diagnóstico.

Extra muros

Un diagnóstico de las necesidades llevado a cabo *extra muros*, enfocado en las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los exdetenidos, es muy similar a la que se realiza *intra muros*, pero quien lo realiza puede ser un especialista en psicología más que en psiquiatría y adoptar un enfoque multidisciplinario más amplio.

Como mínimo, en los diagnósticos *extra muros* se evalúan los siguientes elementos: el tipo, la prevalencia y el inicio de los problemas psicológicos y psicosociales que padecen los exdetenidos; los factores subyacentes de esos problemas; las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la tortura y los malos tratos; y los tipos de discriminación que afrontan los exdetenidos, en términos de alojamiento, generación de ingresos y acceso a servicios de salud tras la liberación.

Para la realización un diagnóstico de las necesidades *extra muros*, el CICR realiza entrevistas individuales a exdetenidos y, cuando es posible, a sus familiares, con el objetivo de lograr una buena comprensión de los desafíos físicos, psicológicos y sociales que enfrentan. Además,

se realizan entrevistas con los prestadores de servicios y las autoridades correspondientes, a fin de mapear y evaluar los servicios disponibles (médicos, de rehabilitación física, sociales, de apoyo administrativo) y la voluntad de brindar apoyo a los exdetenidos por parte de las autoridades.

El diagnóstico incluye la identificación y valoración de la calidad técnica de los servicios de salud mental disponibles (promoción, prevención o tratamiento) que brindan las autoridades u organizaciones externas. Asimismo, la legislación nacional o local sobre la provisión de atención de salud mental a los exdetenidos también debe tomarse en cuenta en el diagnóstico.

Un diagnóstico *extra muros* abarca también aspectos psicosociales, como las necesidades del individuo respecto de sus relaciones interpersonales y su entorno social. Es importante observar la cultura local, e identificar y abordar tanto las prácticas positivas (por ejemplo, las que promueven la resiliencia de los exdetenidos) como las negativas (por ejemplo, la estigmatización). Se evalúan las redes de apoyo social (por ejemplo, familiares, cuidadores, amigos, colegas), ya que constituyen un factor significativo que se debe tener en cuenta al identificar los desafíos potenciales de la reintegración social de los exdetenidos.

Un diagnóstico integral de las necesidades, ya sea *intra muros* o *extra muros*, lleva de **uno a tres meses**, según el acceso que tenga el CICR a los lugares de detención o a los exdetenidos. En función del tipo de diagnóstico, lo realizará un delegado en salud mental y apoyo psicosocial que sea psicólogo (*extra muros*) o psiquiatra (*intra muros*).

FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Se lleva a cabo una intervención en salud mental y apoyo psicosocial como parte de una respuesta multidisciplinaria más amplia que el CICR brinda a las necesidades de los detenidos y exdetenidos.

Después del diagnóstico, se diseña un programa basado en las necesidades identificadas y en los recursos locales disponibles. La implementación requiere la presencia de un delegado de salud mental y apoyo psicosocial por un período de **doce meses**. Lo ideal es que ese delegado trabaje en colaboración con un especialista en salud mental local que tenga amplia experiencia en el ámbito de la psiquiatría o bien con sólidos antecedentes de práctica en psicología clínica. Se capacita al psiquiatra o psicólogo local para que más adelante pueda encargarse de la implementación por sí solo, siempre que no existan riesgos de seguridad para el personal local que trabaje en los lugares de detención o con los exdetenidos.

GRUPOS DESTINATARIOS

1. Directos:

Intra muros: detenidos con trastornos de salud mental.

Extra muros: exdetenidos, especialmente los que han sido víctimas de malos tratos y tortura.

2. Indirectos: familiares de detenidos y exdetenidos, miembros de la comunidad en general y todas las personas vinculadas con lugares de detención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS⁶³

El programa se propone brindar:

Atención psiquiátrica a detenidos con trastornos graves de salud mental

En [especificar el número y los tipos de lugares de detención previstos o la zona geográfica en cuestión], las personas privadas de libertad que padecen trastornos graves de salud mental son diagnosticadas apropiadamente cuando acuden a los servicios médicos penitenciarios disponibles y reciben atención médica adecuada durante todo el período de detención de acuerdo con protocolos de tratamiento internacionales.

Atención médica, de salud mental y apoyo psicosocial a exdetenidos

Después de la liberación de (ESPECIFICAR), XX exdetenidos que padecen las consecuencias físicas y/o psicológicas de malos tratos y/o de una detención prolongada reciben una atención médica y/o de salud mental adecuada, así como apoyo psicosocial, en consonancia con los estándares internacionales.

Esos objetivos pueden cumplirse *intra muros* mediante el fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario y la sensibilización del personal general de los lugares de detención, y *extra muros* mediante el fortalecimiento de las capacidades de prestadores de servicios locales para que estos puedan ayudar a los exdetenidos, en particular, a las víctimas de malos tratos y tortura, a superar las consecuencias de su detención y lograr su reintegración.

MÉTODOS

Intra muros: apoyo técnico para la atención de los detenidos con trastornos de salud mental

Al brindar apoyo *intra muros*, el CICR se propone que los detenidos afectados por trastornos de salud mental en los lugares de detención reciban una atención adecuada. Este apoyo puede mejorar también las condiciones de la población total de detenidos.

⁶³ Según las necesidades de los exdetenidos en cada contexto (es decir, psicosociales o físicas), el objetivo específico lo establecerá el equipo de Asistencia de Salud en Lugares de Detención o el equipo de apoyo psicosocial y en salud mental.

Puede brindarse apoyo *intra muros* mediante las siguientes actividades:

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Persuasión/Apoyo infraestructural	Velar por que los detenidos con trastornos de salud mental reciban un trato humano y vivan en condiciones adecuadas.	Persuadir a las autoridades, mediante actividades de información y sensibilización (por ejemplo, grupos de discusión o reuniones individuales), para que se mejoren el alojamiento, el saneamiento y las instalaciones recreativas.	Las autoridades comprenden la importancia de brindar condiciones e instalaciones adecuadas para preservar la salud y facilitar la recuperación de los detenidos. Las autoridades asumen el compromiso de garantizar que los detenidos con trastornos de salud mental reciban un trato humano por parte de todo el personal.
Fortalecimiento de la capacidad del personal penitenciario (incluido el personal sanitario que trabaja con los detenidos)	Mejorar los procedimientos de identificación y detección de los detenidos con trastornos de salud mental (a su llegada y periódicamente).	Se provee a los lugares de detención las herramientas de detección de trastornos. Se evalúan las herramientas vigentes y se capacita al personal para que pueda utilizarlas. Se brinda psicoeducación básica al personal penitenciario, para que pueda identificar mejor a los detenidos con trastornos de salud mental e interactuar con ellos.	El personal penitenciario tiene una mejor comprensión de los trastornos de salud mental y demuestra una mejor interacción con los detenidos que padecen trastornos de salud mental. Se reducen los factores estresantes en los lugares de detención (por ejemplo, falta de visitas de familiares, confinamiento en solitario, falta de acceso a material educativo, falta de acceso a espacios al aire libre).
Elaboración de protocolos y referencias	Elaborar protocolos y tratamientos adecuados (que incluyan referencias) para distintos trastornos de salud mental, según el tipo y la gravedad y según las actitudes culturales.	Se facilitan al personal sanitario de los lugares de detención los protocolos adecuados para que pueda interactuar con los detenidos que padecen trastornos de salud mental y referirlos apropiadamente. Se provee a los lugares de detención los medicamentos psicotrópicos necesarios.	Los detenidos con necesidades o trastornos de salud mental reciben tratamiento, manejo y atención terapéutica adecuada o referencias (por ejemplo, traslado a un hospital psiquiátrico, medicamentos psicotrópicos, asesoramiento psicológico especializado, psicoterapia). Colaboración con las autoridades u otros servicios dentro o fuera de los lugares de detención (por ejemplo, asociaciones u ONG especializadas) para que los detenidos reciban un cuidado igualitario al que recibe la población en general.
Información	Asegurar que se informe a los detenidos sobre los servicios disponibles tras la liberación.	Se brinda a los detenidos y a sus familiares información sobre los servicios de apoyo o las organizaciones disponibles (lo ideal es que los detenidos reciban esa información antes de la liberación o en el momento en que esta se produce, cuando se acercan al CICR para solicitar asistencia).	Los detenidos y sus familiares conocen los servicios de apoyo y las organizaciones disponibles.

Extra muros: atender las consecuencias de la detención, en particular las relacionadas con malos tratos y tortura

Al brindar apoyo *extra muros*, el CICR se propone facilitar la prestación de una atención integral (que incluya apoyo médico, psicológico y psicosocial) a los exdetenidos que deben lidiar con las consecuencias de una privación de libertad prolongada o de haber sido objeto de malos tratos o de tortura.

Puede brindarse apoyo *extra muros* mediante las siguientes actividades:

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Persuasión / Apoyo infraestructural	Encaminar los esfuerzos hacia el logro de una atención de salud continua para los exdetenidos, en el marco de un enfoque integrado (servicios médicos, psicosociales y de salud mental).	Establecer o reforzar asociaciones con prestadores de servicios disponibles (públicos o privados), con miras a que se atiendan las necesidades de los exdetenidos. Sensibilizar y capacitar a los prestadores de servicios sobre las necesidades específicas de los exdetenidos.	Los prestadores de servicios presentes en la comunidad atienden las necesidades de los exdetenidos. Los exdetenidos y sus familiares cuentan con el apoyo de esos servicios tras la liberación.
Atención y referencias	Ayudar a los exdetenidos a reintegrarse en la sociedad y garantizar que se atiendan sus necesidades físicas, psicológicas y psicosociales.	El personal de los lugares de detención o el personal del CICR que trabaja en esas instalaciones alienta a los exdetenidos a acudir a los servicios disponibles al poco tiempo de ser liberados, para someterse a chequeos médicos, de salud mental y psicosociales. Se refiere a los exdetenidos al equipo pertinente del CICR o de un prestador de servicios que se haya identificado y que pueda abordar necesidades adicionales (por ejemplo, necesidades socioeconómicas, jurídicas o de salud). A falta de servicios disponibles, los exdetenidos contarán, por un período limitado, con el apoyo (multidisciplinario, en función de las necesidades) del personal del CICR, mientras este persuade para la creación de servicios locales que satisfagan sus necesidades a largo plazo.	Los exdetenidos solicitan, asisten y reciben chequeos médicos, de salud mental y psicosociales. Los exdetenidos conocen la disponibilidad de otros prestadores y utilizan sus servicios. Se desarrollan o se refuerzan las relaciones con servicios locales que puedan atender a largo plazo las necesidades de los exdetenidos.

Idealmente, en el futuro, el programa de asistencia médica después de la liberación que lleve adelante el CICR deberá estar basado en un enfoque integral y ampliarse para incluir a los familiares de los detenidos. El programa debería implementarse en asociación con organizaciones locales que puedan dar apoyo a largo plazo a los exdetenidos y a sus familiares.

La lista de actividades mencionada no es exhaustiva. Solo pretende ilustrar los numerosos ámbitos que se pueden abordar mediante una respuesta en salud mental y apoyo psicosocial de calidad, incluso si los recursos son limitados.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para reforzar el proceso de monitoreo, el CICR ha identificado diversos indicadores que se pueden emplear para evaluar los progresos de los programas de salud mental y apoyo psicosocial para detenidos y exdetenidos. En los programas *intra muros*, se ingresan datos de salud mental y salud mental en la base de datos de asistencia de salud en lugares de detención del CICR con la finalidad de obtener un panorama integral de las necesidades de salud y facilitar el proceso de recolección y análisis de datos. En los programas *extra muros*, se obtienen datos más exhaustivos sobre cuestiones psicológicas y psicosociales, además de los registros de asistencia de salud en lugares de detención.

También puede ser útil evaluar la capacidad del sistema nacional o local para satisfacer las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los detenidos y exdetenidos (por ejemplo, sensibilización de las autoridades locales, recursos económicos) desde una perspectiva cualitativa.

Todos los indicadores se especifican antes del inicio del programa y se les asignan plazos. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de los indicadores de resultados y de impacto que se emplean para medir la eficacia de las intervenciones:

Programas intra muros

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de miembros del personal sanitario de los lugares de detención que han recibido capacitación sobre cuestiones de salud mental	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental apoyo psicosocial (personal sanitario entrenado) para los detenidos.
Número de miembros del personal de los lugares de detención que han asistido a sesiones informativas (sobre cómo identificar mejor a los detenidos que padecen trastornos de salud mental y cómo interactuar con ellos)	• Informa sobre la capacidad del personal de los lugares de detención para identificar a los detenidos con trastornos de salud mental y para interactuar adecuadamente con ellos.
Impacto	
Número de detenidos que presentan trastornos de salud mental y que acceden a atención de salud mental / Número de detenidos	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental. • Informa sobre el uso de la atención en salud mental y sobre el acceso a ella. • Sirve como base para calcular la cobertura de los servicios de salud mental. • Ayuda a planificar los recursos humanos y de otros tipos.
Número de detenidos con trastornos de salud mental que reciben seguimiento / Número de detenidos que reciben atención de salud mental	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de muertes de detenidos con trastornos de salud mental identificados / Número de detenidos con trastornos de salud mental identificados	• Monitorea la tasa de mortalidad de los detenidos con trastornos de salud mental. • Monitorea el grado de vulnerabilidad de los detenidos con trastornos de salud mental. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la capacidad del personal penitenciario de brindar apoyo a los detenidos con trastornos de salud mental.
Número de muertes de detenidos con trastornos de salud mental identificados / Número de muertes de detenidos sin trastornos de salud mental	• Monitorea la diferencia en la tasa de mortalidad de los detenidos con trastornos de salud mental y sin ella. • Monitorea el grado de vulnerabilidad de los detenidos con trastornos de salud mental. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. • Informa sobre la capacidad del personal de los lugares de detención de brindar apoyo a los detenidos con trastornos de salud mental.

Programas extra muros

INDICADOR	MOTIVO PARA USARLO
Resultado	
Número de miembros del personal de salud mental y apoyo psicosocial de los lugares de detención que han asistido a sesiones de sensibilización o de fortalecimiento de capacidades sobre salud mental y apoyo psicosocial en relación con el apoyo que necesitan los exdetenidos	• Informa sobre la disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para los exdetenidos y sensibiliza sobre sus necesidades.
Número de exdetenidos referidos a servicios de salud mental especializados/Número de exdetenidos con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial	• Informa sobre el grado en que las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial reúnen los criterios para una referencia. • Informa sobre la factibilidad, la pertinencia y la eficacia de la continuidad de los cuidados. • Informa sobre la capacidad de los prestadores de servicios para identificar casos que necesiten ser referidos para efectuar las referencias.
Impacto	
Número de exdetenidos que muestran una disminución de su sufrimiento psicológico/Número de exdetenidos que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de exdetenidos que muestran mejoría en su funcionamiento/Número de exdetenidos que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Número de exdetenidos que mejoran sus mecanismos de afrontamiento/Número de exdetenidos que reciben servicios de salud mental y apoyo psicosocial	• Monitorea la magnitud de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. • Monitorea la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD Y EXDETENIDOS

Personal sanitario de los lugares de detención: incluye al personal médico que trabaja en instalaciones de detención o en asociación con estas.

Personal de los lugares de detención: todo el resto del personal que trabaja en lugares de detención, que puede incluir a personal penitenciario, asistentes sociales y personal de administración.

Seguimiento: detenidos con trastornos de salud mental que consultan al personal sanitario más de una vez.

Trastorno de salud mental: grupos de síntomas que se clasifican mediante un diagnóstico psiquiátrico.

Prestadores de servicios de salud mental y apoyo psicosocial: cualquier otra organización que preste servicios de salud mental y apoyo psicosocial (en este caso, que atienda las necesidades de los exdetenidos o que se encuentre accesible a esas personas).

Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial: clasificadas según los niveles de sufrimiento psicológico, funcionamiento y mecanismos de afrontamiento, medidos con escalas estandarizadas.

Sufrimiento psicológico: los niveles de sufrimiento psicológico que se miden con escalas estandarizadas.

Funcionamiento: los niveles de funcionamiento diario que se miden con escalas estandarizadas.

Mecanismos de afrontamiento: los mecanismos de afrontamiento se miden con escalas estandarizadas.

Salud mental y apoyo psicosocial/Servicios de salud mental y apoyo psicosocial: apoyo o servicios que abordan las necesidades de salud mental y psicosociales que se brindan en el marco de un programa salud mental y apoyo psicosocial

Servicios especializados en salud mental: servicios que se enfocan en las necesidades de personas con problemas de salud mental graves o complejos, incluidos los trastornos psiquiátricos.

Referencias: se identifican las necesidades específicas de una persona y luego se pone a esa persona en contacto con un servicio adecuado que aborde dichas necesidades.

PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

- El abuso de sustancias sigue siendo un problema extendido en los lugares de detención, aunque es un ámbito de trabajo relativamente nuevo para el CICR. La definición de las estrategias más viables y sostenibles para abordar los aspectos de ese problema que se relacionan con la salud va a requerir más práctica en el terreno.
- Aunque están muy presentes, los problemas de salud mental son, en muchos casos, un tema tabú entre los detenidos. Para identificar a los detenidos con trastornos de salud mental, el CICR debe promover la prestación de atención en salud mental al mismo tiempo que va construyendo la confianza entre el personal sanitario y los detenidos.
- El apoyo en salud mental para los detenidos con trastornos de salud mental y para los exdetenidos requiere un compromiso a largo plazo y un seguimiento cercano por parte de profesionales de la salud mental.

El apoyo a los exdetenidos depende mucho de la capacidad local. La calidad de ese apoyo dependerá de si los prestadores de servicios locales o nacionales son conscientes de que hay necesidades a largo plazo y de su capacidad para satisfacer adecuadamente esas necesidades.



7. PERSONAS AFECTADAS POR EMERGENCIAS

CONTEXTO GENERAL

Así se originen en desastres naturales o provocados por el hombre, las emergencias causan una destrucción generalizada y amenazan la vida humana. Los daños graves a hogares, comunidades y servicios locales dejan a la población con una necesidad urgente de asistencia vital, como refugio, alimentos, agua y atención de la salud. Los habitantes de países y comunidades de bajos ingresos son especialmente vulnerables, ya que tienen menos recursos para prepararse para una emergencia y para recuperarse. En esas situaciones, es probable que las necesidades y las pérdidas de vidas humanas sean aún mayores.

Se declara una **emergencia** cuando la situación humanitaria cambia (en lo que respecta a la magnitud, la urgencia o la complejidad de las necesidades) significativamente y de forma repentina, cuando grandes sectores de la población corren un riesgo grave de morir, padecer grandes sufrimientos o perder la dignidad y cuando la capacidad de respuesta humanitaria en el terreno para hacer frente a la crisis es limitada.

Definición basada en los protocolos de la Agenda de Transformación del IASC⁶⁴

Cuando se declara una emergencia, se presta asistencia humanitaria desde múltiples ámbitos y a gran escala. La prioridad de la respuesta es preservar la seguridad de la población y satisfacer sus necesidades básicas. Además de estas prioridades, las intervenciones también suelen prever la prestación de servicios médicos, psicológicos y sociales.

Durante las emergencias y mucho después de ellas, la población sufre diversas consecuencias psicosociales y de salud mental agudas y prolongadas. Esos problemas pueden ser provocados por la propia emergencia (por ejemplo, lesiones, muerte de seres queridos, separación familiar, pérdida de fuentes de ingresos, aumento de la violencia, pérdida de apoyo comunitario), por estados preexistentes (por ejemplo, trastornos de salud mental) o por la respuesta humanitaria (por ejemplo, refugios superpoblados, falta de privacidad). Aunque las necesidades en el plano de la salud mental y el apoyo psicosocial pueden ser agudas a corto plazo, también pueden debilitar el bienestar a largo plazo de las personas y las comunidades afectadas⁶⁵.

Por lo tanto, durante las emergencias, es esencial que se hagan esfuerzos integrales a nivel individual, familiar y comunitario para preservar y reforzar la salud mental y el bienestar psicosocial de la población. Una respuesta de salud mental y apoyo psicosocial eficaz implica fortalecer los entornos sociales a través del apoyo psicológico básico y del acceso a servicios especializados en salud mental. En reconocimiento de las actividades de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y para darles apoyo, el documento *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*⁶⁶ presenta un conjunto de respuestas multisectoriales mínimas que integran los servicios de salud mental y apoyo psicosocial como parte de un modelo exhaustivo de respuesta a emergencias. La *Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*⁶⁷ del IASC, de 2007, también explica cómo planificar, establecer y coordinar la labor de salud mental y apoyo psicosocial en el marco de las estrategias de respuesta a emergencias.

⁶⁴ IASC, "What does the IASC Humanitarian System-Wide Level 3 Emergency Response mean in practice?", IASC, 2015.

⁶⁵ OMS, *La salud mental en las emergencias: aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*, OMS, Ginebra, 2003.

⁶⁶ Proyecto Esfera, *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*, Proyecto Esfera, Ginebra, 2011.

⁶⁷ IASC, *Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*, IASC, Ginebra, 2007.

NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Las dificultades psicosociales y de salud mental están estrechamente relacionadas, especialmente en las emergencias, ya que se produce una devastación personal, social y económica inmediata, grave, generalizada y dura.

Las reacciones psicológicas provocadas por emergencias incluyen tristeza, temor, ira, hipervigilancia, insomnio, pesadillas, irritabilidad, culpa, pensamientos suicidas, vergüenza (la llamada “culpa del superviviente”), confusión, desesperanza, retraimiento y desorientación. Es común que se presenten altos niveles de ansiedad debido a la falta general de información y de acceso a servicios básicos, y es probable que empeore el sufrimiento psicológico preexistente, como los casos de depresión, ansiedad y duelo complicado. El sufrimiento psicológico puede manifestarse también con síntomas físicos, como dolores de cabeza, fatiga, pérdida del apetito y dolores diversos.

Con el tiempo, la mayoría de las personas con esas reacciones agudas lograrán superarlas, siempre que puedan satisfacer sus necesidades básicas y reanudar su funcionamiento cotidiano y siempre que reciban el apoyo que necesitan. Sin embargo, algunas personas con síntomas relacionados con el trauma y con el estrés siguen sufriendo mucho tiempo después del episodio de emergencia y podrían reunir los criterios de diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Para afrontar la situación y el sufrimiento que le sigue, es posible que algunas personas desarrollen mecanismos de afrontamiento negativos, como abuso de sustancias, conductas agresivas o aislamiento social.

En muchos casos, el aumento de las necesidades psicosociales y de salud mental supera la capacidad de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles, que probablemente estuvieran poco desarrollados y que se deterioran más aún en una emergencia. La falta de servicios, sumada a la enorme devastación y a las necesidades básicas insatisfechas, puede llevar al descuido de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. Las personas que ya padecían trastornos de salud mental o que los desarrollan en ese momento son especialmente vulnerables en situaciones de emergencia. Es posible que su estado se deteriore rápidamente, pero además es probable que reciban poco tratamiento o ninguno y que se interrumpa cualquier tratamiento anterior.

RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Cuando se produce una emergencia, el CICR trabaja en estrecha coordinación con otros componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (por ejemplo, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja), así como con diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. El CICR se centra principalmente en proteger y atender a las personas afectadas por conflictos armados y otras situaciones de violencia⁶⁸.

En situaciones de emergencias y desastres, se brindan diversos niveles de apoyo psicológico y psicosocial con miras a satisfacer todo el espectro de necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los distintos grupos y a prevenir que surjan nuevas necesidades de salud mental y apoyo psicosocial o que empeoren las existentes. Esa estrategia de respuesta se ajusta al sistema de apoyo de varios niveles que resume la pirámide de intervención

⁶⁸ Acuerdo sobre la organización de las actividades internacionales de los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja – Acuerdo de Sevilla, Sevilla (España), 1997.

del IASC, con servicios básicos y seguridad en la base, seguidos del apoyo comunitario y familiar, luego el apoyo no especializado y por último los servicios especializados⁶⁹.

El CICR brinda apoyo psicosocial encarando las necesidades básicas y los factores sociales estresantes, divulgando información esencial y sensibilizando a los distintos grupos sobre las cuestiones que son motivo de preocupación. En respuesta a las necesidades psicológicas, los sistemas de apoyo psicológico básico se refuerzan con prestadores de atención de la salud o actores de la comunidad. Además, se identifican prestadores de servicios especializados que aborden las necesidades de las personas con trastornos de salud mental graves y se les brinda apoyo.

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES

Para realizar un diagnóstico exhaustivo, el CICR normalmente designa a un delegado de salud mental y apoyo psicosocial por un período mínimo de entre **tres y cuatro semanas**.

Ese delegado hace un diagnóstico de las necesidades y los recursos de salud mental y apoyo psicosocial (que incluye un análisis de la capacidad de la comunidad para afrontar una emergencia), empleando la herramienta de diagnóstico rápido de salud mental y apoyo psicosocial⁷⁰. La herramienta aplica un marco metodológico integral que incluye los siguientes elementos: (1) una breve descripción de los hechos; (2) grupos de riesgo o personas afectadas; (3) un inventario de servicios e intervenciones ya realizadas; (4) salud mental y apoyo psicosocial disponible; (5) cuestiones de interés, ámbitos problemáticos y prioridades; y (6) recomendaciones y sugerencias.

El diagnóstico de salud mental y apoyo psicosocial de emergencia eficaz identifica necesidades, percepciones culturales del sufrimiento, mecanismos de afrontamiento individuales y comunitarios, vulnerabilidades psicosociales y de salud mental y servicios disponibles. Dado que es urgente ofrecer apoyo psicológico y psicosocial en esas situaciones, es importante que el diagnóstico se haga y las actividades comiencen lo antes posible después de producida la emergencia.

Además de recoger datos e identificar necesidades, el diagnóstico es, en sí mismo, una forma de dar una primera respuesta. Al entrevistar a las personas y las comunidades afectadas, se les puede brindar apoyo psicológico y psicosocial en forma de intercambio de información, normalización (es decir, información sobre reacciones psicológicas comunes en situaciones anormales) y psicoeducación (es decir, difusión de estrategias de afrontamiento positivas para abordar esas reacciones).

Según la guía del IASC⁷¹, el delegado de salud mental y apoyo psicosocial coordina su labor con los actores que responden a la emergencia, esto es, el personal y los voluntarios de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, los prestadores de servicios de salud, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y las organizaciones comunitarias y religiosas, entre otros. Entre los grupos específicos de personas cuyas vulnerabilidades se agudizan en situaciones de emergencia, se cuentan las víctimas de violencia (incluidas las víctimas de violencia sexual), los menores no acompañados, los trabajadores que prestan servicios en la primera línea, los pacientes con heridas por arma de fuego y las personas con discapacidades físicas. Cada uno de esos grupos requiere atención especial en el diagnóstico. Las recomendaciones para brindar apoyo a esos grupos se detallan en los capítulos pertinentes de esta guía.

Puede obtenerse un panorama más integral del impacto de la emergencia mediante un diagnóstico de las necesidades específicas de distintos grupos demográficos (es decir, de la población agrupada por edad, género o grupo étnico). También se presta especial atención a aspectos culturales locales, tanto los que fomentan la resiliencia como los que obstaculizan la recuperación con prácticas perjudiciales.

⁶⁹ IASC, *Grupo de referencia sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes del IASC*, IASC, Ginebra, 2012.

⁷⁰ W. V. Laurel, "Development of the rapid assessment tool for mental health and psychosocial support in the Philippine health emergency setting", *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, vol. 40, n.º 1, 2009, págs. 88–95.

⁷¹ IASC, *Grupo de referencia sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes del IASC*, IASC, Ginebra, 2012.

FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Tras el diagnóstico, las necesidades identificadas se analizan y se ordenan según su prioridad. En la mayoría de las emergencias, el CICR integra el apoyo de salud mental en las estructuras de salud. Esa medida optimiza el acceso a la atención de salud mental para las personas que la necesitan, ya que gran parte de la población pedirá ayuda inmediatamente debido a manifestaciones físicas y somáticas de su sufrimiento psicológico.

Normalmente, la mayoría de los síntomas del sufrimiento psicológico agudo pueden manejarse sin medicamentos y tratarse con apoyo psicológico y psicosocial básico, que incluye las intervenciones de crisis (por ejemplo, técnicas terapéuticas breves orientadas a la búsqueda de soluciones), la normalización, la psicoeducación y la referencia a prestadores de servicios que aborden necesidades básicas o específicas. Es importante identificar a prestadores de servicios especializados de buena calidad que puedan prestar apoyo a las personas con trastornos de salud mental y compartir esa información con los interesados que corresponda, con el objeto de establecer un sistema de referencia eficaz. En situaciones de emergencia, adquieren aún más importancia las consideraciones prácticas relativas a cómo los pacientes pueden recurrir al sistema de referencia. Esas consideraciones incluyen aspectos como organizar opciones de traslado, cubrir gastos de traslado y actualizar periódicamente la lista de prestadores de servicios disponibles, ya que es posible que cambien constantemente.

Es esencial realizar actividades psicosociales, para garantizar que las personas afectadas reconozcan los servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles y puedan acceder a ellos. La forma más eficaz de llegar a las personas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial (especialmente a los grupos más vulnerables) y de facilitar el acceso de esas personas a los servicios es establecer equipos de trabajo comunitario. Esos equipos móviles organizan actividades informativas y de sensibilización en lugares desde los que pueden llegar a toda la comunidad y a grupos que reciben apoyo específicos.

GRUPOS QUE RECIBEN APOYO

1. **Directos:** según el tipo de emergencia, los grupos vulnerables que se identifican en los capítulos respectivos de este documento (familiares de personas desaparecidas, víctimas de violencia, cuidadores, pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas, así como personas privadas de libertad) especialmente afectados por la emergencia.
2. **Indirectos:** personas y comunidades afectadas por emergencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El programa se propone brindar:

Apoyo de salud mental y apoyo psicosocial a los grupos más vulnerables afectados por la emergencia

En la emergencia XX, la población destinataria XX [ESPECIFICAR (víctimas de violencia, cuidadores, pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas, familiares de personas desaparecidas, detenidos)] en los lugares XY [ESPECIFICAR, por ejemplo, zona geográfica] ha reducido su vulnerabilidad a los problemas psicosociales y de salud mental.

Esos objetivos se pueden cumplir fortaleciendo la capacidad del personal sanitario disponible (o, si no hay personal disponible, de actores clave de la comunidad) y creando equipos de trabajo comunitario y apoyando el desarrollo y el uso de referencias.

MÉTODOS

Se prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial para personas afectadas por emergencias mediante las siguientes actividades:

OBJETIVO	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Capacitación del personal sanitario (o de actores clave de la comunidad)	Capacitar al personal sanitario (o a actores clave de la comunidad) sobre las necesidades y las consecuencias en materia de salud mental y apoyo psicosocial, para mejorar la respuesta a necesidades de ese tipo en situaciones de emergencia.	Desarrollar herramientas de capacitación y material informativo y de sensibilización pertinentes, según la situación específica y el público previsto. Se brinda capacitación al personal sanitario (o, si no es posible, a actores clave de la comunidad) sobre cuestiones de salud mental y apoyo psicosocial, como las reacciones psicológicas normales y anormales, la identificación de síntomas y de reacciones agudas de estrés, la provisión de apoyo psicológico básico y los umbrales y las vías de derivación. Facilitar la creación de equipos de trabajo comunitario e identificar los mecanismos más eficaces para realizar actividades de sensibilización y de intercambio de información (por ejemplo, radio, número directo, folletos, teatro).	El personal de salud y los actores clave de la comunidad (según los recursos locales y su disponibilidad) tienen los suficientes conocimientos y habilidades para brindar apoyo psicológico básico a personas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia. El personal de salud y los actores clave de la comunidad pueden identificar los casos de sufrimiento psicológico grave y los cuadros psiquiátricos y efectuar las referencias necesarias (cuando hay servicios especializados disponibles). La información sobre las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial y los servicios disponibles en una emergencia se divulga entre las personas y las comunidades afectadas. Se facilita el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Referencias	Tomar las medidas necesarias para referir apropiadamente a las personas con necesidades específicas de salud mental y de otros tipos.	Identificar o compartir una lista de prestadores de servicios especializados en salud mental de buena calidad y brindar apoyo para el desarrollo de vías de referencia. Actualizar continuamente la lista de referencias. Colaborar con las autoridades locales y con otras entidades que participan en la respuesta de salud mental y apoyo psicosocial y brindarles apoyo. Excepcionalmente, dar apoyo de salud mental directo a determinadas personas (solamente cuando todo el sistema haya colapsado y se presenten síntomas agudos que deban abordarse con urgencia).	Se identifica correctamente a las personas con trastornos de salud mental y se las refiere a servicios especializados. Se identifica a las personas con otras necesidades y se las deriva a los servicios pertinentes.
Supervisión	Seguimiento y apoyo continuos para que el personal sanitario y los actores clave de la comunidad puedan aplicar los conocimientos y las aptitudes que hayan adquirido en la capacitación.	Brindar asesoramiento y supervisión periódicos al personal sanitario y los actores clave de la comunidad capacitados, para que puedan ofrecer apoyo psicológico básico. Visitas periódicas a las estructuras de salud y reuniones y debates periódicos con el personal de salud o los actores clave de la comunidad, según sea necesario. Participación ocasional en sesiones en las que se brinda apoyo psicológico básico y en debates sobre casos específicos.	Hay miembros del personal de salud o actores clave de la comunidad adecuadamente capacitados que prestan servicios de apoyo psicológico y psicosocial de buena calidad. Se identifican los casos psicológicos graves y se los refiere adecuadamente (cuando hay servicios especializados disponibles). Se identifican otras necesidades y se hacen las referencias correspondientes a otros servicios (cuando están disponibles). Se emplean métodos de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial. Se identifican y se abordan las cuestiones que requieren más apoyo (por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento y sesiones de repaso).

Esta lista de actividades no es exhaustiva. Solo pretende ilustrar los numerosos ámbitos que se pueden abordar mediante la salud mental y el apoyo psicosocial de buena calidad incluso con recursos limitados.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los programas basados en pruebas verificables son esenciales para brindar una respuesta de salud mental y apoyo psicosocial de buena calidad en situaciones de emergencia humanitaria. La recolección y el análisis de los datos son más difíciles en esas situaciones debido al carácter incierto y cambiante de las emergencias, pero el proceso es clave para garantizar la eficacia y el éxito tanto de la respuesta a esa emergencia como de las posibles intervenciones a largo plazo. La planificación temprana y los enfoques flexibles pueden ser de utilidad, y es posible que los datos cualitativos sean especialmente pertinentes.

Recomendamos consultar el capítulo respectivo de esta guía para ver ejemplos de los indicadores que emplea el CICR para distintos grupos que reciben apoyo (es decir, familiares de personas desaparecidas, víctimas de violencia, cuidadores, pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas, así como personas privadas de libertad).

PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

- En las emergencias, la salud mental y el apoyo psicosocial no siempre se consideran prioritarios, porque las organizaciones deben ocuparse de las abrumadoras necesidades básicas insatisfechas y se ven restringidas por consideraciones operacionales y de seguridad. Sin embargo, en muchos contextos, una respuesta de salud mental y apoyo psicosocial temprana brinda una atención crucial a personas vulnerables y contribuye a reducir los problemas psicosociales y de salud mental a largo plazo.
- Es especialmente difícil integrar la atención de salud mental cuando los servicios de salud se han visto gravemente afectados o simplemente no existen.
- En las emergencias, es sumamente importante que el CICR colabore con las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y con otros prestadores de servicios para dar una respuesta de salud mental y apoyo psicosocial integral y bien coordinada. La identificación de los prestadores de servicios y la organización de una respuesta colaborativa y bien sincronizada pueden llevar tiempo, mientras que las respuestas a emergencias son urgentes. La situación se complica aún más porque, en las situaciones de emergencia, los prestadores de servicios suelen cambiar con frecuencia: comienzan a actuar prestadores nuevos y otros con más experiencia dejan de hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

ACNUR, *Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas: guía para la prevención y respuesta*, ACNUR, Ginebra, 2003

Acuerdo sobre la organización de las actividades internacionales de los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja – Acuerdo de Sevilla, Sevilla (España), 1997

American Psychological Association, *Ethical principles of psychologists and code of conduct*, American Psychological Association, 2010

Asociación Estadounidense de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5 (DSM-5)*, 5ª ed., American Psychiatric Association, Arlington, Virginia (EE. UU.), 2014

Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), “Sí, la prevención de la tortura funciona”: conclusiones principales de un estudio mundial sobre 30 años de prevención de la tortura, APT, Ginebra, 2016

Blaauw, E., y Van Marle, H., “Mental health in prisons”, en L. Møller y otros (ed.), *Health in Prisons: A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*, Oficina regional de la OMS para Europa, Copenhague, 2007

Boss, P. “Ambiguous loss in families of the missing”, *The Lancet*, vol. 360 (supl. 1), diciembre de 2002, párr. 39

Boss, P., *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts (EE. UU.), 1999

Campbell, R., *Mental health services for rape survivors: Current issues in therapeutic practice*, Violence Against Women Online Resources, 2001, págs. 1-9

CICR, *Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas: guía práctica*, CICR, Ginebra, 2013

CICR, *El CICR: su misión y su acción*, 2009: <https://shop.icrc.org/icrc/pdf/view/id/692>

CICR, “El papel del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en situaciones de violencia que no alcanzan el umbral de los conflictos armados” (en inglés), en *International Review of the Red Cross*, vol. 96, n.º 893, marzo de 2014, págs. 275-304

CICR, IRC, Save the Children, UNICEF, ACNUR y World Vision, *Directrices Inter-Agenciales sobre niñas y niños no acompañados y separados*, CICR, Ginebra, 2004: https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/icrc_003_1011.pdf

CICR, Módulo de aprendizaje en línea sobre apoyo psicosocial y Restablecimiento del contacto entre familiares, Ginebra, 2013

CICR, *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia*, CICR, Ginebra, 2010

CICR, *Principios Fundamentales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*, CICR, Ginebra, 1996

CICR, *Principios rectores – Modelo de ley sobre las personas desaparecidas – Principios para legislar la situación de las personas desaparecidas a raíz de un conflicto armado o de una situación de violencia interna: medidas para prevenir las desapariciones y proteger los derechos e intereses de las personas desaparecidas y de sus familiares*, CICR, Ginebra, 2009

CICR, *Protección de las personas privadas de libertad*, CICR, Ginebra, 2016

CICR, *Unaccompanied/Separated Children and Children Associated with Armed Forces or Groups: The ICRC's approach and operational practices*, CICR, Ginebra, 2010

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en la Conferencia Sanitaria Internacional, OMS, Nueva York, 22 de julio de 1946

Declaración de Alma-Ata, adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), del 6 al 12 de septiembre de 1978

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, Meta-Code of Ethics, Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, Atenas, 1995

Gureje, O. y otros "Integrating mental health into primary care in Nigeria: Report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide", *BMC Health Services Research*, vol. 15, n.º 1, 2015, pág. 242

Haney, C., "The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Postprison Adjustment", en J. Travis y M. Waul (ed.), *Prisoners Once Removed: The Impact of Incarceration and Reentry on Children, Families, and Communities*, The Urban Institute Press, Washington, D.C., 2003, págs. 33-66

IASC, *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria*, IASC, Ginebra, 2005

IASC, *Grupo de referencia sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes del IASC*, IASC, Ginebra, 2012

OMS, *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, OMS, Ginebra, 1992

OMS, *Informe mundial sobre la discapacidad*, OMS, Ginebra, 2011

OMS, *La salud mental en las emergencias: aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*, OMS, Ginebra, 2003

OMS, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings* (versión 2.0), OMS, Ginebra, 2016

OMS, *Prisons and Health*, Oficina regional de la OMS para Europa, Copenhagen, 2014

OMS y ACNUR, *Gestión clínica de los sobrevivientes de violación: una guía para la elaboración de protocolos para el uso en situaciones de refugiados y desplazados internos* (edición revisada), OMS y ACNUR, Ginebra, 2004: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf?ua=1> [en inglés].

OMS y ACNUR, Lista de verificación para integrar la salud mental en la atención primaria de salud (APS) en contextos humanitarios, en el documento *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: guía de herramientas para contextos humanitarios*, OMS y ACNUR, Ginebra, 2012.

Proyecto Esfera, *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*, Proyecto Esfera, Ginebra, 2011

Rothschild, B., *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*, W.W. Norton and Company, Nueva York, 2006

Singh, R. y otros "Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall", *Clinical Rehabilitation*, vol. 23, n.º 3, 2009, págs. 281-286

The British Psychological Society, *Code of Ethics and Conduct: Guidance published by the Ethics Committee of the British Psychological Society*, The British Psychological Society, Leicester (Reino Unido), 2009

UNICEF, *Los Principios de París: principios y directrices sobre los niños asociados a fuerzas armadas o grupos armados*, 2007: https://www.unicef.org/protection/Paris_Principles_SP.pdf

Recursos internos del CICR (pueden estar disponibles si se solicitan)

Assessing the Needs of the Families of Missing Persons: Internal Guidelines, 2011

Forensic Services Reference Framework for CV-SEP, 2016

Protection Reference Framework for Civilian Population (Missing), 2015

Reference Framework for Health Interventions at First Level of Care, 2016

Reference Framework for Health Interventions for People Deprived of Freedom (DF-DFG), 2016

Reference Framework for Health Interventions for Wounded and Sick, Hospital Care, 2016

Reference Framework for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS), 2016

Reference Framework for the Civilian Population (RFL) and for People Deprived of Freedom (RFL), 2014

Reference Framework for Wounded and Sick, Physical Rehabilitation Programmes, 2016

Reference Framework for Wounded and Acute Sick, First Aid/Pre-hospital Emergency Care, 2016

The ICRC strategy to assure health care for people affected by armed conflict and other situations of violence (2014–2018), CICR, 2014

Unaccompanied/Separated Children and Children Associated with Armed Forces or Groups: The ICRC's Approach and Operational Practices, 2010

El CICR ayuda a personas de todo el mundo afectadas por conflictos armados y por otras situaciones de violencia haciendo lo posible por proteger su vida y su dignidad y aliviar su sufrimiento, a menudo junto a sus asociados de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Además, la Institución procura prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales. Como autoridad en materia de derecho internacional humanitario, contribuye a su desarrollo y fomenta su cumplimiento.

Se puede contar con el CICR a la hora de realizar actividades para salvar vidas en zonas de conflicto: suministrar alimentos, agua potable, saneamiento y alojamiento, brindar asistencia de salud y ayudar a disminuir el peligro que suponen las minas y las municiones sin estallar. También reúne a familiares separados por los conflictos y visita a detenidos para verificar que sean tratados como corresponde. La Institución trabaja estrechamente con las comunidades locales para entender y satisfacer sus necesidades, valiéndose de su experiencia y de sus conocimientos especializados para responder con rapidez, eficacia e imparcialidad.

 facebook.com/ICRCespanol/
 twitter.com/CICR_es
 instagram.com/cicr_americas/



CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
T +41 22 734 60 01
shop.icrc.org
© CICR, mayo de 2019