

## **GUIA DE MANEJO EN SALUD MENTAL EN DESASTRES.**

### **Procedimientos para sustentar el bienestar del personal y proveedores de servicio luego de ocurrida una emergencia y desastre.**

**Problemas:** Dar servicio inmediatos de soporte al personal y a los proveedores de servicio, directamente involucrados con el incidente.

#### **Situación catastrófica o emergencia.**

Se produce por un evento natural (terremoto, erupción volcánica, huracán, deslave, grandes sequías, etc.), accidente tecnológico (explosión en una industria) o directamente provocada por el hombre (conflicto armado, ataque terrorista, accidentes por error humano, etc.) en la que se ve amenazada la vida de las personas o su integridad física y/o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano.

En las grandes emergencias se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

En el orden individual se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social.

#### **Desastres y Salud Mental**

Desde la perspectiva de la salud mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada. Se espera un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos psíquicos. Se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica.

Las perturbaciones psicológicas que generan estas circunstancias se expresan ya sea a corto, mediano o largo plazo. Sin embargo, las reacciones naturales inmediatas a la catástrofe tienen un patrón que está determinado por la evolución biológica y diseñada para maximizar la supervivencia individual y colectiva. Así, las reacciones de temor o pánico sólo representan la activación de conductas fisiológicas que tienden a proteger al individuo de la muerte. Existen variadas respuestas automáticas que van de estados de paralización absoluta, hasta conductas de huida.

La mantención, exacerbación, o la resolución de estas conductas agudas, están determinadas por factores hereditarios, pre-exposiciones traumáticas, y la condición psiquiátrica de la persona, también dependen del género, o del contexto socio-cultural del afectado.

Durante los primeros momentos o en los días que siguen al desastre, predomina el temor y la angustia. Se altera el ritmo vigilia-sueño, también el apetito y hay clara disminución de la energía. Durante los meses siguientes tanto los sobrevivientes como el personal de rescate experimentan sensación de tristeza, también irritabilidad y frustración. Se desarrollan procesos de duelo que perturban el desempeño de los afectados.

En el largo plazo (meses o años), la mayor parte de la población retorna a su nivel funcional previo. Sin embargo, algunas personas mantienen síntomas persistentes de estrés.

Si se analizan los estados patológicos de los distintos momentos de esta "enfermedad" se puede establecer que en el período inmediato al desastre predominan los trastornos ansiosos. Reaparecen estados de pánico individual y/o colectivo con un alto nivel de tensión y angustia que pueden tornarse incontrolables. También surgen reacciones de violencia y agresividad, así como actitudes temerarias. Los individuos en pánico muestran inquietud extrema, angustia, miedo a morir y sensación de irrealidad, que se asocian a síntomas somáticos y autonómicos.

### **Factores que determinan el impacto psicosocial de los eventos traumáticos**

<b>Naturaleza misma del evento</b>	<b>Características de la personalidad de las víctimas</b>	<b>Entorno y las circunstancias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos inesperados (no dan tiempo de reacción, sentimiento de impotencia, pánico paralizante o huida)</li> <li>• Eventos ocasionados por el hombre (miedo, rabia, odio, venganza, complica el duelo, violencia)</li> <li>• Eventos que producen estrés prolongado (agotamiento de las defensas)</li> <li>• Eventos con afectación colectiva (afecta red familiar y social de apoyo, desorganización)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de afrontamiento ante eventos catastróficos e inesperados.</li> <li>• Grupos vulnerables (niños, adolescentes, mujeres y ancianos)</li> <li>• Enfermedad física o mental previa.</li> <li>• Confluencia de múltiples situaciones traumáticas en individuos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inciden más en la población expuesta a pobreza, con limitación de los servicios sociales y de salud.</li> <li>• Grupos sociales desestructurados.</li> <li>• Provisión de ayuda de forma precaria, desorganizada y tardía. (agrava el conflicto social)</li> <li>• Minorías tienen mayor riesgo de discriminación (estructura de soporte precaria )</li> </ul>

### **Respuesta individual según fases durante un desastre**

<b>ANTES</b>	<b>DURANTE</b>	<b>DESPUES</b>	<b>FASE DE READAPTACION</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de amenaza que produce miedo y tensión emocional.</li> <li>• Se prepara para enfrentar la amenaza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios neuroquímicos en el Sistema Nervioso Central.</li> <li>• Reacciones emocionales intensas. (miedo paralizante,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continúa el temor y ansiedad al recordar evento traumático.</li> <li>• Inestabilidad emocional con tristeza e ira.</li> <li>• Conductas inapropiadas.</li> <li>• Alteraciones del sueño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de asumir la cotidianidad</li> <li>• Superación de pérdidas</li> <li>• Mala adaptación prolongan reacciones</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias previas</li> <li>• Negación</li> <li>• Actitudes desafiantes desorganizadas.</li> <li>• Comportamientos poco adaptativos (pasivos o agitados)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agitación, anestesia sensorial, dolor extremo)</li> <li>• Estados de hiperalerta.</li> <li>• Alteraciones del estado de conciencia.</li> <li>• Estados de disociación (desrealización, despersonalización).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Conflictos en relaciones interpersonales.</li> <li>• Dificultad para cumplir tareas habituales</li> <li>• Dolencias somáticas.</li> <li>• Agudizan enfermedades preexistentes.</li> <li>• Impacto grave, colectivo y persistente con mayor daño en la cohesión familiar y social prolonga proceso de readaptación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psicósomáticas y se cronifican.</li> <li>• Temor y ansiedad pueden persistir.</li> <li>• Tiempo variable.</li> </ul>
--	---	---	---

### Evaluación y Manejo

El personal que presumiblemente trabaje en la realización de la evaluación debe ser entrenado con antelación; uno de los requisitos es que esté preparado para trabajar bajo presión. Para la evaluación en salud mental se toman como período de referencia los primeros 30 días, a partir de la presentación del suceso (periodos crítico y poscrítico inmediato). Se habla de tres etapas de evaluación:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inicial:</b> se efectúa en las primeras 72 horas posteriores al evento, participa la comunidad, organizaciones comunitarias, grupos de socorro y trabajadores de salud de nivel primario, evaluación de tipo general y cualitativa, se trata de identificar de forma rápida los problemas psicosociales y factores positivos o negativos en la salud mental de los evaluados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intermedia:</b> registra la evolución de la situación de salud mental en forma continua durante las primeras cuatro semanas, es especializada, cuantitativa y cualitativa, participación de personal de salud mental, analiza y evalúa las necesidades psicológicas y sociales de los afectados. (30 días)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Final:</b> se lleva a cabo al finalizar la etapa intermedia.</li> </ul>

### Recomendaciones antes del desastre o emergencia.

Es importante disponer de un diagnóstico o análisis actualizado de la situación de salud mental, incluyendo mapas de riesgos psicosociales y recursos de salud mental.

Descripción de la población (aspectos cuantitativos y cualitativos) con énfasis en lo sociocultural.

Aspectos generales de la economía local

Datos demográficos de la población.  
Composición étnica y estructura social.  
Antecedentes históricos de la comunidad.  
Tradiciones, tabúes y rituales más comunes.  
Liderazgos formales e informales.

## **Recursos, servicios y programas de salud mental existentes.**

### **Análisis breve de la situación psicosocial existente**

Datos de morbilidad y mortalidad en salud mental.  
Conocimientos, actitudes y prácticas de la población ante problema de salud mental.  
Vías de mediación y solución de conflictos.  
Fortalezas y debilidades psicosociales.

### **Las primeras 72 horas**

Permite un conocimiento preliminar del impacto del desastre y trata de identificar las necesidades más inmediatas, se aplica la observación directa y la recopilación de información más detallada proveniente de la atención primaria en salud; aquí se deben establecer de manera muy resumida las conclusiones y recomendaciones pertinentes para la fase posterior. Esta tabla se puede modificar con la realidad del lugar donde se aplicará. (Tablas 1.)

### **Después de las primeras 72 horas hasta los 30 días.**

Es un proceso sistemático y más detallado de recolección de información, analiza los daños a la salud mental, las necesidades psicosociales y los factores de riesgo, identifica las acciones que se están realizando y permite establecer oportunamente las líneas de acción pertinentes, aquí también el personal especializado de salud mental puede agrupar las manifestaciones psicopatológicas por síndromes para orientar al diagnóstico. El periodo de treinta días que se ha señalado es un tiempo promedio, por lo cual puede variar. (Tablas 2.)

### **Final del periodo poscrítico**

Permite analizar la situación de salud mental después del período poscrítico, así como una evolución de las apreciaciones realizadas. Debe ofrecer una visión global con una profundización especializada que facilite plantear las líneas de acción para la fase subsiguiente de recuperación

### **Reacciones psicológicas ante un desastres.**

El impacto emocional esperable varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento catastrófico.

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis emocionales</li> <li>• Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas</li> <li>• Excitación aumentada o "parálisis" por el temor</li> <li>• Ansiedad difusa</li> <li>• Deseo-temor de conocer la realidad</li> <li>• Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra</li> <li>• Inestabilidad afectiva con variaciones extremas</li> <li>• Ocasionalmente, estado de confusión aguda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental</li> <li>• Socorro y protección</li> <li>• Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas</li> <li>• Primera ayuda psicológica</li> </ul>
Primer mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aflicción y miedo; nerviosismo</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Duelo</li> <li>• Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental</li> <li>• Ayuda humanitaria</li> <li>• Apoyo de la red social</li> </ul>

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primer mes (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito</li> <li>• Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento personal a casos en riesgo</li> <li>• Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con psicopatología</li> <li>• Intervenciones psicosociales individuales y grupales</li> <li>• Atención de casos con trastornos psíquicos</li> </ul>
2 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad que se va reduciendo</li> <li>• Tristeza que persiste por más tiempo</li> <li>• Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autogresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos)</li> <li>• Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas</li> <li>• Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad</li> <li>• Síntomas somáticos que persisten</li> <li>• Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo de la red social</li> <li>• Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados</li> <li>• Intervención psicológica individual</li> <li>• Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional)</li> </ul>

### A partir de los tres meses.

En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones emocionales, pero en algunas circunstancias pueden presentarse duelos que no se superen, riesgo de suicidio, síntomas tardíos como fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos, y síntomas de estrés postraumático.

Muchas veces estas alteraciones pueden aparecer luego de un año de una aparente recuperación emocional del individuo afectado. Aquí los miembros que componen el servicio de salud mental intervienen para diagnóstico, tratamiento y controles regulares de enfermedades mentales que se pudieran presentarse.

### **Intervención psicológica individual en adultos**

Si bien en situaciones de desastres el eje de las intervenciones psicosociales debe ser grupal, en un número importante de casos es necesario prestar, también, atenciones individuales, para profundizar en la asistencia de quienes parecen requerirlo así (detección de riesgos, mejor evaluación y ayuda de personas sintomáticas en precario equilibrio o con acentuada vulnerabilidad, y detección de enfermos).



1. Ayudar a la víctima o persona afectada a enfrentarse y entender su nueva realidad, comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones (psicológicas y somáticas).
2. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
3. Brindar apoyo emocional, aliviando la aflicción y el sufrimiento.

### **Intervención psicológica individual y cómo establecer una relación de ayuda**

Qué hacer	Cómo hacerlo
Crear un clima de confianza y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estar disponible cuando lo necesiten.</li> <li>▪ Adaptar una actitud amable y cortés, evitando los extremos de frialdad o formalismo versus paternalismo.</li> </ul>
Establecer una buena comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprender a escuchar sin interrumpir y demostrando interés; utilizar algunos gestos de asentimiento o formular algunas preguntas sobre lo que está expresando.</li> <li>▪ Respetar el silencio o las explosiones emocionales; esperar en silencio a que pueda controlarse.</li> <li>▪ Identificar y adaptar el trato y el lenguaje a las características culturales y la edad; "don Alvaro" o "señora Ramírez" y "usted", "vos" o "tú", según lo que se use.</li> <li>▪ Adaptar el ritmo de la conversación a las características de las personas ancianas que se cansan más rápido y pueden tener dificultades sensoriales.</li> </ul>
Fomentar el respeto y la tolerancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entender, aceptar y respetar a la persona con sus características.</li> <li>▪ Tratar de razonar con lógica y utilizar el sentido común sin imponer criterios.</li> <li>▪ No ponerse de ejemplo, ni comparar situaciones.</li> <li>▪ No predisponerse con las personas, aprender a manejar las situaciones y mantener el dominio sobre las propias emociones.</li> <li>▪ Nunca perder el control ni responder con agresividad.</li> </ul>
Brindar apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buscar la reunificación de las familias.</li> <li>▪ Gestionar el apoyo, la solidaridad y la ayuda de la familia y de las organizaciones comunitarias existentes.</li> <li>▪ Asegurar el acompañamiento y el cuidado personal en el periodo inmediato posterior al evento traumático, especialmente para quienes han quedado solos y han tenido más pérdidas; asegurar su continuidad.</li> <li>▪ Facilitar que las personas, cuando lo deseen, hablen del desastre, de sus reacciones emocionales y de su condición actual. El hablar no sólo alivia sino que, también, puede ayudar a una mejor comprensión de las experiencias dolorosas y al descubrimiento de estrategias de solución.</li> <li>▪ Asegurar la provisión de información clara, coherente, oportuna y veraz.</li> </ul>
Entender y aliviar los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No restar importancia a los síntomas actuales, sino ayudar a la persona a entenderlos y afrontarlos.</li> <li>▪ Permitir (pero no forzar) la expresión de sentimientos.</li> <li>▪ Explorar lo que las personas piensan acerca de la expresión abierta de sentimientos, para contrarrestar la creencia de que ello implica debilidad.</li> <li>▪ Señalar la relación que los síntomas y su reacción tienen con la situación vivida y con las circunstancias actuales.</li> </ul>

Qué hacer	Cómo hacerlo
Entender y aliviar los síntomas (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que se irán aliviando con el tiempo, aunque puedan aparecer recrudecimientos temporales. Promover el reconocimiento de las evidencias de progreso por parte del paciente.</li> <li>• Facilitar y promover el reconocimiento de expresiones encubiertas de sentimientos a manera de modificaciones de conducta (agresividad, consumo de alcohol o drogas, por ejemplo) o de síntomas físicos y ayudar a la persona a entender las relaciones y a adoptar mejores medios de expresión.</li> <li>• Hacer seguimiento para evaluar la naturaleza normal o patológica de su evolución.</li> </ul>
Reforzar la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar, junto con la víctima, las ideas negativas e invitarla a hacer también un inventario de elementos positivos, intentando un balance más equilibrado. Recordar y enfatizar que, a pesar del desastre, son personas que tienen fortalezas que han sido probadas en el pasado.</li> <li>• Sugerir y orientar hacia posibilidades de solución, alentando a las personas a asumir un compromiso activo en la toma de decisiones y en su implementación. Es muy importante combatir la sensación de haber perdido el control sobre su propia vida, de manera que pasen de víctimas pasivas y dependientes a sobrevivientes capaces de enfrentarse a su destino.</li> <li>• Promover que se mantenga o retome el estilo habitual de vida de la persona.</li> <li>• Promover el reinicio de las actividades sociales, tales como prácticas religiosas, deportivas, recreativas, etc. Esto puede generar culpa; en tal caso, insistir en que es indispensable que su vida se normalice lo más pronto posible y, además, que distraerse es importante para contrarrestar los síntomas.</li> <li>• Enfatizar y reforzar el hecho de que cuenta con apoyo familiar y social para la recuperación.</li> <li>• Orientar sobre el acceso a los recursos de apoyo y ayuda, proveyendo información clara.</li> </ul>
Elaborar los duelos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear todos los recursos enunciados a propósito del apoyo emocional, aliviar los síntomas y fortalecer la autoestima.</li> <li>• Intentar averiguar las reacciones previas ante situaciones de duelo, lo cual dará una idea de cuál es la manera como la persona se ha "defendido" antes.</li> <li>• Con cuidado, en la medida en que la situación emocional del paciente lo permita, ayudar a superar la negación, confrontando a la persona con la realidad y ayudándola a analizar las perspectivas de una vida que debe continuar, a pesar de la pérdida.</li> <li>• En caso de muerte de familiares, reforzar los recuerdos positivos del fallecido.</li> </ul>
Qué hacer	Cómo hacerlo
Elaborar los duelos (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar la identificación del cadáver y la sepultura individual.</li> <li>• Apoyar y ayudar a elaborar rituales de aceptación. Por ejemplo, poner una cruz en el lugar presumible de la muerte, hacer navenario, etc.</li> <li>• Reiniciar las actividades sociales, como prácticas religiosas, deportivas, recreación familiar, etc.</li> </ul>

## El duelo

El manejo del duelo tiene una especial importancia en situaciones de desastres y emergencias, en las cuales frecuentemente se experimentan grandes pérdidas. Toda persona que sufre algún tipo de pérdida tiene un proceso natural de cambios emocionales, llamado proceso de duelo, que usualmente termina con la recuperación del equilibrio psíquico.



## **Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres**

1. Trastorno de ansiedad
2. Crisis de pánico
3. Depresión
4. Trastornos orgánicos de causa predominantemente psíquica
5. Trastorno de estrés postraumático
6. Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas
- H? Conductas violentas

## **Protección de la salud mental del personal y proveedores de servicios de salud**

El estrés agudo es uno de los riesgos ocupacionales más graves en el personal de salud, porque afecta el funcionamiento orgánico y el desempeño en el trabajo, así como la vida familiar y espiritual.

El evento traumático puede producir una serie de reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas, y tiene el potencial de interferir en las habilidades para actuar en el lugar de las operaciones en forma inmediata o, posteriormente, en el retorno a la rutina laboral y familiar, además de mayor riesgo de consumo de alcohol o drogas.

Por lo cual es de vital importancia velar por la salud mental de los trabajadores de salud, ya que así se podrá garantizar que lleguen a ser operativos en su trabajo y logren actuar durante los momentos de desastres.

<b>SITUACIONES ESTRESANTES</b>	
Salvar vidas en poco tiempo	Equipos inadecuado
Trabajo en ambientes adversos	Alteraciones del ritmo diario de vida
Labores pesados	Triage
Trabajar ante la presencia de medios de comunicación	Presión del público, información confusa

### **Factores de riesgo**

<b>Factores Individuales</b>	<b>Factores Interpersonales</b>	<b>Factores Comunitarios</b>	<b>Factores propios del desastre</b>
Enfermedades crónicas (asma/HTA) Problemas o situaciones estresantes previas. Edad. Perdidas personales o lesiones Retiro de puesto de trabajo por lesión (culpa) Mayor tiempo con las víctimas	Responsabilidades causan conflictos familiares. Separación de estructura social de soporte (nostalgia). Conflictos por la personalidad de sus compañeros de trabajo	Medios de comunicación y curiosos. Grupos armados o violencia política.	Tipo de desastre afecta de forma específica. Desastres en la noche. Duración del desastre. Incertidumbre y réplicas del desastre. Emergencias complejas.

### **Estímulos traumáticos que afectan al personal de salud.**

- Entrar en contacto directo con víctimas durante un tiempo prolongado, mientras luchan por lograr su rescate o atención; en ocasiones, algunas de ellas mueren.
- Encontrar cadáveres de niños o con graves heridas; el personal tiende a identificarse con ellos, en especial, si tienen hijos con edades similares.
- La presencia de gran número de cadáveres, en especial, si están seriamente mutilados o tienen varios días, o si descubren conocidos entre ellos.

Los Problemas de organización son los provenientes de la misma organización de la estructura en la cual interactúa el trabajador y son característicos de las situaciones de desastres, podemos mencionar algunos:

1. Ausencia de un lugar dónde descansar, déficit en el suministro oportuno de agua potable y comida, ausencia de servicios higiénicos y de privacidad.
2. Falla en la misión (rescatar personas con vida, apagar un incendio, llegar en forma oportuna con la ayuda humanitaria, etc.), especialmente, si se presentó por descuido, impericia, agotamiento o confusión en las órdenes.
3. Presión ocupacional: la necesidad de cumplir con muchas tareas en forma rápida y oportuna.
4. Demandas del trabajo que requiere de un gran esfuerzo físico y mental por tiempo prolongado y en condiciones adversas. Además, exige de precisión de criterios, juicio, habilidad para elaborar cálculos y decidir muchas veces entre la vida y la muerte.

### **Señales de afectación psicológica en el personal de salud**

Que requieren una acción correctiva inmediata	Que no requieren una acción correctiva inmediata
<b>Aspecto físico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>dolor en el pecho</li> <li>dificultad respiratoria</li> <li>presión arterial alta</li> <li>arritmia cardíaca</li> <li>señales de choque</li> <li>deshidratación excesiva</li> <li>vértigo</li> <li>vómito excesivo</li> </ul>	<b>Aspecto físico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>náuseas</li> <li>malestar estomacal</li> <li>temblor</li> <li>sudoración profusa</li> <li>diarrea</li> <li>aceleración del pulso</li> <li>dolores musculares</li> <li>boca seca</li> <li>alteraciones del sueño</li> <li>sobresaltos</li> <li>problemas en la visión</li> <li>fatiga</li> </ul>
<b>Aspecto cognitivo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>dificultad para tomar decisiones</li> <li>estado hiperalerta</li> <li>confusión mental generalizada</li> <li>desorientación en persona, tiempo o lugar</li> <li>dificultad para nombrar artículos familiares</li> <li>dificultad para reconocer a personas familiares</li> </ul>	<b>Aspecto cognitivo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>turbación</li> <li>dificultad para el cálculo</li> <li>concentración deficiente</li> <li>tendencia a culpar a terceras personas</li> <li>dificultad para mantener la atención</li> </ul>
<b>Aspecto emocional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>reacciones fóbicas</li> <li>pérdida del control emocional</li> <li>reacciones de pánico</li> <li>emociones impropias</li> </ul>	<b>Aspecto emocional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pesar</li> <li>tristeza</li> <li>extrañamiento</li> </ul>
Que requieren una acción correctiva inmediata	Que no requieren una acción correctiva inmediata
<b>Aspecto conductual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>violencia</li> <li>actos antisociales</li> <li>labilidad emocional, como llorar por cualquier cosa</li> <li>explosiones de enojo</li> <li>extrema hiperactividad</li> </ul>	<b>Aspecto conductual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>cambio en la forma habitual de actuar</li> <li>alejamiento</li> <li>suspición</li> <li>cambios en su comunicación interpersonal</li> <li>cambios en las relaciones interpersonales</li> <li>aumento o disminución del apetito</li> <li>aumento en el consumo de tabaco o alcohol</li> <li>estado hiperalerta</li> <li>excesivo silencio</li> <li>comportamiento inusitado</li> </ul>
<b>Estrategia de intervención</b> Cualquiera de estos síntomas demandan, por lo general, el relevo del trabajador o su evacuación a un centro asistencial.	<b>Estrategia de intervención</b> Se recomienda un repliegue a una zona de descanso acompañado de un proceso de apoyo psicológico o la inserción a un programa de actividades preventivas de manejo del estrés posterior al incidente traumático.

## Bibliografía

1. Guía práctica de salud mental en desastres Serie Manuales y Guías sobre Desastres No. 7, Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, Jorge Rodríguez, Mónica Zaccarelli Davoli, Ricardo Pérez, OPS/OMS

Washington, D.C. • Julio 2009.

2. Plan Marco Subregional para la protección de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres, Area de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorros en Casos de Desastres Unidad de Salud Mental y Programas Especializados, SECTOR SALUD / CENTROAMERICA, Agosto, 2004

## ANEXOS

TABLAS 1.

Fecha del informe:	Tipo de suceso:	Responsable del informe:	Institución:	
Fecha del suceso:	Población total estimada previamente:			
Colonia, cantón, aldea:	Municipio:	Departamento o provincia:		

  

	A. LISTADO DE FACTORES DE RIESGO (evaluación cualitativa)				Gravedad, marque el color correspondiente			
	ROJO (GRAVE)	AMARILLO (MEDIO)	VERDE (BAJO)	BLANCO (No existe)	G	M	B	NE
1	Gran número de heridos o lesionados.							
2	Gran número de cadáveres.							
3	Desorden social (pleitos bochinchas).							
4	Enfrentamientos étnicos, políticos, religiosos o de otra índole.							
5	Grupos violentos, delictivos o destructores.							
6	Violencia en el seno de las familias.							
7	Violaciones sexuales.							
8	Secuestratos.							
9	Víctimas de tortura.							
10	Desaparecidos (como producto del acaecimiento o por grupos irregulares).							
11	Grupos de población desplazada.							
12	Personas en albergues o refugios.							
13	Separación de familias.							
14	Personas con mucha aflicción, alarmados, con miedo u otras reacciones emocionales como consecuencia del suceso.							
15	Consumo o abuso de alcohol, drogas o ambos.							
16	Personas con trastornos mentales evidentes.							
17	Desintegración de las organizaciones comunitarias.							
18	Inconformidad comunitaria por las acciones de ayuda o humanitarias.							
19	Rechazo de la población a cooperar.							
20	Información insuficiente o poco confiable.							
21	Existencia de rumores o chismes.							
22	Equipos de respuesta afectados.							

B. LISTADO DE FACTORES PROTECTORES		Marque en la casilla	
	Existe o no existe	SI	NO
23	Organización comunitaria previa al desastre.		
24	Grupos de ciudadanos que participan activamente en la solución de los problemas derivados del desastre.		
25	Acceso a información confiable y sistemática.		
26	Miembros de la comunidad capacitados en salud mental.		
27	Servicios sociales disponibles.		
28	Servicios de salud mental disponibles.		
29	Programas externos de ayuda humanitaria funcionando.		
30	Ayuda gubernamental.		
31	Otras		

Comentarios sobre:

a) La información que está recibiendo la población (medios de comunicación masiva, medios oficiales, informaciones locales, rumores, chismes, etc.).

b) Otras consideraciones.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

C. LISTADO DE RECURSOS (Disponibles en el lugar)			
HUMANOS		ESCRIBA LA CANTIDAD	
31	Psicólogos		
32	Psiquiatras		
33	Médicos con entrenamiento en salud mental.		
34	Personal de enfermería con entrenamiento en salud mental.		
35	Trabajadores sociales.		
36	Terapeutas ocupacionales.		
37	Estudiantes de la salud mental (psicología, trabajo social, etc.).		
38	Otros		
MATERIALES		SI	NO
39	Medicamentos (para trastornos nerviosos).		
40	Juegos o juguetes.		
41	Instalaciones y servicios de salud mental.		
42	Otros		
ECONÓMICOS		SI	NO
43	Fondos disponibles para acciones de salud mental.		

D. LISTADO DE NECESIDADES				
		ROJO (sin resolver)	AZUL (resuelto)	Gravedad del problema (marque el color)
		PSICOSOCIALES		R      A
44	Orientación e información.			
45	Contacto y apoyo entre los miembros de la familia.			
46	Apoyo emocional.			
47	Apoyo social e institucional.			
48	Continuidad de la educación para los niños y jóvenes.			
49	Liderazgo.			
50	Necesidades culturales (acorde con las costumbres y tradiciones locales).			
51	Necesidades religiosas o espirituales.			
	<b>INSTITUCIONALES</b>			
52	Movilización o incremento de personal.			
53	Capacitación y entrenamiento.			
54	Apertura de servicios de atención mental.			
	<b>BÁSICAS: (Comentarios sobre el grado de satisfacción de vivienda, alimentación, agua y seguridad)</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
CONSIDERACIONES FINALES Y ACCIONES POR REALIZAR:				
<hr/> <hr/> <hr/>				



## TABLAS 2.

### 1. Casos con trastornos psíquicos atendidos, según tipo de consulta, sexo y grupo de edad

Grupos de edad*	Casos nuevos		Consultas nuevas		Total	
	M	F	M	F	M	F
0 a 9						
10 a 19						
20 a 59						
60 y más						
Total						

\* Los rangos de los grupos de edades se dan sólo a manera de un ejemplo. Cada país debe adaptarlos a su sistema de información.

### 2. Casos vistos por lugares y según tipo de personal (especializado o no especializado)

Personal que atiende	Hospitales		APS		Otros	
	M	F	M	F	M	F
Psiquiatras						
Psicólogos						
Técnicos de salud mental						
Personal no especializado						
Total						

### 3. Morbilidad

Categorías por síndromes	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Estrés agudo/ansiedad									
Depresión									
Conducta suicida									
Psicosis									
Consumo indebido de sustancias psicoactivas									
Epilepsia y cuadros orgánicos o confusionales									
Trastornos emocionales y conductuales de la niñez									

Categorías por síndromes	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Manifestaciones emocionales no definitivamente patológicas									
Conductas violentas									
Trastornos psicósomáticos									
Total									

### 4. Número de casos referidos a psicólogos o psiquiatras. Evaluación del funcionamiento de los mecanismo de referencia y contrarreferencia.

---



---

## 5. Mortalidad

Causa	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Suicidio									
Homicidio									
Accidentes									
Violencia intrafamiliar									
Muertes relacionadas con el alcohol u otras drogas									
Otras (especificar)									
Total									

## 6. Actividades grupales psicoeducativas/de apoyo emocional y terapéuticas

Tipo de actividad	No. de sesiones	No. de participantes
Reuniones psicoeducativas o de apoyo emocional por personal no especializado		
Reuniones psicoeducativas o de apoyo emocional por personal especializado		
Grupos terapéuticos (por personal especializado)		

## 7. Atención a la población infantil

Tipo de actividad	No. de sesiones	No. de participantes
Actividades con grupos de niños		
Actividades con grupos de padres		

## 8. Capacitación desarrollada por el equipo especializado

Público objetivo	No. de participantes	Porcentaje capacitado en relación con el total
Trabajadores de la salud		
Agentes comunitarios		
Equipos de respuesta		
Maestros		
Otro personal		
Total de capacitación		

### III. Identificación de grupos de población que requieren mayor atención en salud mental

Calificación de PRIORIDAD: / 1 Bajo / 2 Medio / 3 Alto

Grupo	Prioridad	Comentarios
Lesionados o afectados directamente.		
Familias que sufrieron los efectos directos del desastre o que tuvieron pérdidas (humanas y materiales).		
Personas que presenciaron muertes o situaciones de alto impacto humano/grupos en los que hubo muertes masivas.		
Niños.		
Adolescentes.		
Menores sin familias, huérfanos y niños de la calle.		
Adolescentes sin familias o que han tenido que asumir la jefatura de la misma.		
Ancianos.		
Mujeres, con especial énfasis en viudas, mujeres cabeza de familia y mujeres abandonadas.		
Sobrevivientes de la violencia, en sus diferentes modalidades.		
Personas con antecedentes de trastornos psíquicos.		
Personas con discapacidades (diferenciadas).		
Miembros de equipos de respuesta (especificar).		