

**MINISTERIO DE SALUD**

**MANUAL DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL**

**MANUAL PARA LA CAPACITACION DEL  
TRABAJADOR DE ATENCION PRIMARIA**

**PROGRAMA DE PREPARATIVOS PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**NOVIEMBRE DE 1987**

MANUAL ELABORADO POR:

BRUNO R. LIMA, MD., M.P.H.

Profesor Asistente  
Departamento de Psiquiatria  
Escuela de Medicina

Y

Departamento de Hygiene Mental  
Escuela de Higiene y Salud Pública

Universidad Johns Hopkins  
Baltimore  
Estados Unidos

Dirección: 188 Meyer  
Johns Hopkins Hospital  
600 N. Wolfe Street  
Baltimore, MD 21205, EUA  
Tel: 301-955-2236

Agradezco:

Al Dr. Hernan Chavez, y al Dr. Nelson Samaniego, de la Division de Salud mental del Ministerio de Salud Publica, Quito, Ecuador por la elaboracion de los diagramas esquematicos;

Al Dr. Julio Lozano y al equipo de salud mental de la Seccional de Salud del Tolima por la revision cuidadosa del manuscrito; y

a los trabajadores de atencion primaria del Tolima en Colombia, y de la provincia de Imbabura, en el Ecuador, por aportaren sus ideas al texto original.

## I. OBJETIVOS

### A. Generales

- o Promover la participación activa de los trabajadores de atención primaria (TAP) en Salud Mental.
- o Orientar y capacitar a los TAP sobre las acciones de Salud Mental a realizar con las víctimas de desastres, para la identificación y manejo de sus problemas emocionales.

### B. Específicos

Al finalizar la capacitación el TAP estará en condiciones de:

- o Conocer los mecanismos psicológicos básicos que se presentan con frecuencia en una situación de desastre, relativos a la respuesta de stress, duelo y adaptación posterior.
- o Identificar los rasgos de carácter, estructura familiar, apoyo social u otros factores que sirvan para promover y proteger la salud mental de las víctimas.
- o Identificar los síntomas que con frecuencia sugieren la presencia de problemas emocionales.
- o Obtener datos psicológicos simples, pero adecuados, incluyendo la historia psicosocial y el examen del estado mental, de las víctimas.
- o Establecer un diagnóstico tentativo de los síndromes psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia en las víctimas de desastres.
- o Identificar los criterios de remisión al médico general o al especialista en Salud Mental, de los trastornos psiquiátricos más graves, tales como síntomas psicóticos, riesgo de suicidio o conducta violenta, entre otros.
- o Implementar intervenciones preventivas y terapéuticas sencillas.

- o Identificar los recursos comunitarios y familiares que puedan ayudar al bienestar del paciente.
- o Conocer el sistema de ayuda en desastres, para facilitar el acceso del paciente a sus recursos y poder obtener así la información y los servicios necesarios.
- o Utilizar la supervisión disponible y solicitar adecuadamente la consultoría del médico general y/o del sector especializado en Salud Mental.

Este Manual se elaboró para ser utilizado como material educativo para la capacitación del TAP, e incluye las siguientes áreas:

- o los conceptos de atención primaria y salud mental, aplicados a situaciones de desastres;
- o la importancia de los trastornos psiquiátricos y psicosociales en la atención de salud a las víctimas de desastres;
- o las técnicas para la evaluación del estado emocional de las víctimas; y
- o la identificación y el manejo de los problemas emocionales que con mayor frecuencia se presentan en los individuos y comunidades en situaciones de desastre.

## II. La Atención Primaria En Salud Mental En Desastres

La atención primaria en salud ha sido definida por la oms como: la atención sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y auto-determinación. La atención primaria forma parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel del contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Servicio Nacional de Salud, llevando la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistenciasanitaria."

El "Plan de Salud para las Americas" incluye la salud mental entre las actividades de proteccion y promocion de la salud general, a través de su incorporacion a los servicios de salud primaria, los cuales son considerados como una actividad clave para el desarrollo e implementacion del Plan.

Para que el TAP pueda tener un papel efectivo en la atencion en salud mental a las victimas de desastres, es necesario que los roles del médico general, la enfermera profesional y el especialista en salud mental sean bien definidos. El TAP deberá utilizar en un primer nivel los servicios de consultoria y supervisión del médico general y de la enfermera profesional reservando al especialista en salud mental los problemas más complejos.

El objetivo es de estimular la formacion de los recursos locales, de manera que, a mediano y largo plazo, las acciones en salud mental de la red primaria requieran un minimo de participacion directa del sector especializado en salud mental.

El médico general deberá atender los problemas de salud mental más simples que el TAP maneja en sus actividades diarias. Dentro de los límites de sus conocimientos y capacidades, tanto el médico general como la enfermera profesional deberán ofrecer al TAP:

- o educación
- o supervisión,
- o consultoria, y
- o apoyo

El sector especializado en salud mental será el responsable de las actividades más complejas en salud mental, que serán desarrolladas con el médico general, la enfermera profesional o con el TAP. Cuanto más capaz sea el médico general o la enfermera profesional para desarrollar actividades en salud mental, menos deberá interactuar directamente el especialista en salud mental con el TAP, delegando al médico general o a la enfermera profesional del puesto o centro de salud muchas de sus responsabilidades.

Las actividades que el especialista en salud mental deberá desarrollar incluyen:

- o capacitación del médico general, de la enfermera profesional y del TAP en acciones básicas de salud mental;

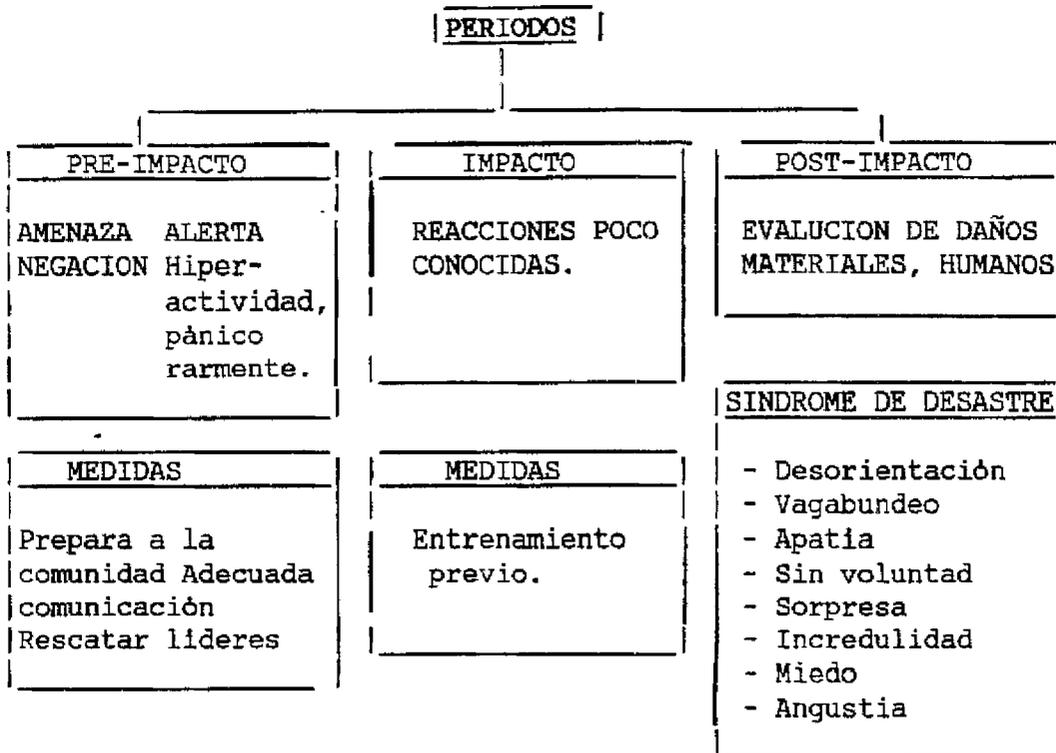
- o consultará para trastornos psiquiátricos más complejos;
- o supervisión programada y continuada para revisar problemas específicos;
- o apoyo al médico general, a la enfermera profesional y al TAP; y
- o manejo de los casos más complejos que le sean remitidos, incluyendo la formulación de psicotrópicos.

### III. REACCIONES EMOCIONALES DE LAS VICTIMAS DE DESASTRES.

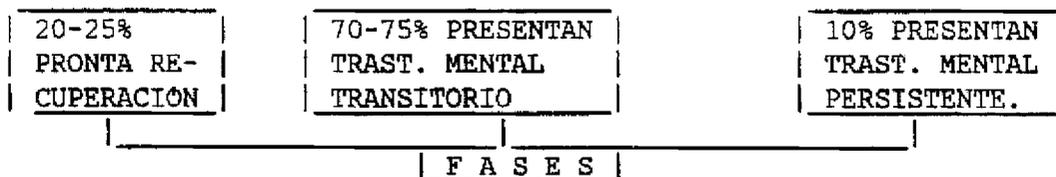
Los desastres se dividen en tres periodo de impacto y el periodo: el periodo pre-impacto, el periodo de post-impacto. Cada uno de esos periodos se caracteriza, desde el punto de vista psicológico, por reacciones específicas.

El periodo pre-impacto puede ser subdividido en los periodos de amenaza y alerta. Poco se conoce de las reacciones emocionales del periodo de impacto. El periodo post-impacto, luego de las respuestas emocionales inmediatas (síndrome de desastre), Puede ser subdividido en los periodos heroico, de luna-de-miel, de desilusion y de reconstruccion. Los esquemas abajo resumen las reacciones emocionales de cada uno de esos periodos.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN LAS VICTIMAS DE DESASTRE



PROBLEMAS EMOCIONALES POST - IMPACTO



PERIODO HEROICO	LUNA DE MIEL	DESILUSION "SEGUNDO DESASTRE"	RECONSTRUCCION
DURA: 0-2 Sem. EMO- CIONES FUERTES, HEROICISMO, SOLIDARIDAD.	DURA: 2-24 Sem. GRAN SOLIDAR. AFAN CONSTRUC.	DURA: 8 Sem. A 1-2 AÑOS. SI FALLA LA A- YUDA: RABIA, DESILUSION, A- MARGURA. SI ESTREES SE PRO- LONGA, APARECEN TRAST. CHARACTER, AFECTIVIDAD, CON- DUCTA.	DURA: MUCHOS AÑOS. CUANTO MAS DURA, LOS PROBL. EMOCIO- NALES SON MAS- GRAVES E INTENSOS.

#### IV. EVALUACION DEL ESTADO EMOCIONAL DE LAS VICTIMAS DE-DESASTRES

El TAP debe ser capaz de obtener información sobre los problemas físicos, psicológicos y sociales que presenten las víctimas. Sus acciones deben ser desarrolladas en los centros y puestos de salud, así como en la comunidad. Por lo tanto, es necesario que desarrolle técnicas sencillas de entrevista, sepa obtener los datos básicos de la historia, y haga un examen del estado mental. Por su estrecha relación con la salud mental de las víctimas, los otros síntomas físicos, al igual que los problemas de conducta o sociales, también deberán ser identificados por el TAP.

##### A. Entrevista

Durante la entrevista, aunque breve, el TAP debe oír las quejas que el paciente trae a la consulta, las cuales con frecuencia serán aparentemente de naturaleza apenas física. Sin embargo, se debe tener en cuenta que importantes factores psicológicos frecuentemente están presentes. Por ello, el TAP deberá adoptar una actitud de interés y calma, apoyar al paciente, mantener un buen contacto visual y hacer las preguntas necesarias con empatía y comprensión.

##### B. Historia

Los datos básicos de la historia psicosocial del paciente incluyen las siguientes áreas:

###### 1. DATOS FAMILIARES Y PERSONALES:

- o historia familiar, incluyendo antecedentes de enfermedad mental, suicidio, alcoholismo y epilepsia;
- o problemas significativos de desarrollo en la infancia;
- o escolaridad;
- o adolescencia;
- o empleos anteriores y el actual;
- o estado civil y número de hijos;
- o religión;
- o abuso de alcohol y drogas;
- o problemas médicos y quirúrgicos;
- o condiciones de vivienda;
- o personas con quien vive.

## 2. PROBLEMAS EMOCIONALES ANTES DEL DESASTRE:

- o síntomas;
- o tratamientos;
- o hospitalizaciones;
- o medicamentos.

## 3. EXPERIENCIA DEL DESASTRE:

- o vivencias del peligro;
- o pérdidas: muertes de familiares y amigos, destrucción de la casa, pérdida de bienes y empleo;
- o lesiones físicas;
- o planes para el futuro;

## 4. PROBLEMAS EMOCIONALES CORRIENTES:

- o sueño;
- o apetito;
- o nivel de energía;
- o abuso de alcohol y drogas;
- o cambios en la vida sexual;
- o intereses y actividad;
- o problemas físicos;
- o tratamientos recibidos.

## 5. APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO:

- o familiares, amigos, vecinos;
- o situación de vivienda;
- o situación financiera y laboral;
- o instituciones de apoyo: iglesia, asociaciones comunitarias.

proceso de recolección de los datos de la historia no será seguir necesariamente el orden presentado; se comiende empezar por los problemas actuales, la experiencia del desastre y el nivel de apoyo social y comunitario, los cuales serán, por supuesto, la mayor preocupación del paciente.

Los datos familiares y personales, así como la existencia de problemas emocionales anteriores al desastre, deberán ser colectados de una manera somera en la primera entrevista, con el objeto de obtener una visión general del paciente. Posteriormente a través de las citas futuras, se podrá tener los demás datos de la historia clínica.

TAP deberá recordar que determinadas características de la historia clínica de los individuos, los tornan más susceptibles para desarrollar posteriormente problemas

emocionales. Al recolectar la historia del paciente, el trabajador de atención primaria deberá identificar específicamente esas características, las cuales incluyen las personas que, antes del desastre:

- o estaban viviendo una situación de crisis,
- o se encontraban mentalmente enfermas, o
- o tenían una enfermedad física.

Respecto a los grupos de edad, se sabe que los niños, los adolescentes y los ancianos, se encuentran en mayor riesgo de sufrir dificultades emocionales o de presentar trastornos de conducta.

### C. Examen Del Estado Mental

En el examen del estado mental del paciente, se busca la identificación de alteraciones psicológicas que indiquen la presencia de problemas emocionales. Estas alteraciones se pueden manifestar en la conducta del paciente, en su estado de humor, en su manera de pensar, en su capacidad de ver u oír lo que pasa a su alrededor (es decir, en su sensopercepción), o en sus funciones cognitivas, como la orientación, la memoria y la concentración.

El TAP deberá evaluar los siguientes síntomas básicos:

- o conducta - adecuada o bizarra, hiperactiva o restrasada.
- o afecto o humor - deprimido, llora, piensa quitarse la vida, ansioso, tenso o preocupado, exaltado, eufórico.
- o pensamiento - tiene sentido lo que dice? expresa sus ideas de acuerdo con la realidad?
- o sensopercepción - oye voces que nadie escucha o ve cosas que nadie ve?
- o orientación - sabe la fecha, dónde se encuentra o quién es?.
- o memoria - es capaz de recordar las cosas que pasaron el día de la consulta y las cosas que sucedieron muchos días antes?

- o concentración - es capaz de focalizar la atención o se distrae fácilmente, pasando de un tema a otro?

Se sabe que algunos síntomas básicos y bien definidos se encuentran frecuentemente asociados a los problemas de naturaleza emocional. Estos problemas se dividen en dos grupos: síntomas de angustia o depresión (es decir, síntomas neuróticos) y síntomas psicóticos, que en general indican problemas más graves. Estos síntomas han sido grupados en el Cuestionario de Auto-Reportaje.

CUESTIONARIO DE AUTO-REPORTAJE
--------------------------------

SINTOMAS NEUROTICOS
---------------------

- |   |
|---|
| 1. Tiene dolores de cabeza?                         |
| 2. Tiene falta de apetito?                          |
| 3. Tiene dificultades para dormir?                  |
| 4. Se asusta con facilidad?                         |
| 5. Le tiemblan las manos?                           |
| 6. Se siente angustiado o preocupado?               |
| 7. Tiene problemas con la digestión?                |
| 8. Tiene problemas en pensar claramente?            |
| 9. Se siente infeliz?                               |
| 10. Lloro mas de lo normal?                         |
| 11. Es incapaz de gozar con sus actividades?        |
| 12. Tiene dificultad de tomar decisiones?           |
| 13. Su trabajo diario es un sufrimiento?            |
| 14. Se siente incapaz de ser útil en la vida?       |
| 15. Ha perdido el interés por las cosas?            |
| 16. Siente que Ud. no vale nada?                    |
| 17. Piensa en quitarse la vida?                     |
| 18. Siente cansancio todo el tiempo?                |
| 19. Tiene sensaciones desagradables en el estómago? |
| 20. Siente cansancio con facilidad?                 |

SINTOMAS PSICOTICOS	
1.	Piensa que alguien quiere perjudicarlo de alguna manera?
2.	Cree que Ud. es una persona mucho mas importante que todos los demás?
3.	Piensa que alguien o algo puede controlar, leer o interferir sus ideas?
4.	Ha oido voces estando usted sólo o sin que otras personas las oigan?

De una manera general, se sabe que si se dá un punto para cada sintoma, la probabilidad de que el paciente esté sufriendo de un trastorno emocional es mayor cuando él alcanza:

- o 8 o más puntos en los 20 sintomas neuróticos; y/o
- o 1 o más puntos en los sintomas psicóticos

En una situación de desastre, se observó que para los pacientes que alcanzan 12 o más puntos en los sintomas neuróticos, la gran mayoría (más del 90%) va a tener un diagnóstico psiquiátrico definido, lo cual exigirá remisión al médico general o al especialista en salud mental. Se observó también que cuando ciertos sintomas neuróticos específicos están presentes, nueve de cada diez víctimas estarán sufriendo de problemas emocionales, aunque no necesariamente graves.

SINTOMAS "CLAVE" PARA DIAGNOSTICO DE TRASTORNO EMOCIONAL
o Sentirse incapaz de ser útil en la vida
o Sentir cansancio todo el tiempo
o Dificultad para pensar con claridad

#### D. Otros Sintomas y Problemas

Para la evaluación del estado psicosocial del paciente, el TAP deberá investigar también los siguientes problemas que con frecuencia se presentan en situaciones de desastres:

- o epilepsia;
- o abuso o dependencia al alcohol;
- o problemas en el manejo de trastornos físicos crónicos;
- o sintomas físicos inespecíficos, y;
- o la anticoncepción.

COMO INVESTIGAR LA PRESENCIA DE EPILEPSIA

Pregunte: Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con sacudidas de brazos y piernas, con mordeduras de la lengua y pérdida de conocimiento, sin que recuerde luego que ha pasado?

COMO INVESTIGAR EL ABUSO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Pregunte: Alguna vez, las personas allegadas a Ud. le han dicho que estaba bebiendo demasiado licor?  
 Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?  
 ¿Ha tenido dificultades en el trabajo o el estudio a causa de la bebida?  
 Ha estado en riñas o ha transgredido la ley estando borracho?  
 Le parece que Ud. bebe demasiad

COMO INVESTIGAR LA PRESENCIA DE  
 ENFERMEDADES FISICAS CRONICAS

Pregunte: Usted adolece de una enfermedad física desde tiempo atrás, y que requiera control y toma de medicamentos en forma regular?

(Ejemplos: Hipertensión arterial, diabetes, artritis, cardiopatía)

PROBLEMAS FISICOS QUE TRADUCEN  
 DISTURBIO EMOCIONAL

- o Decaimiento físico
- o Dolor en la espalda
- o Mareo
- o Dolor en la cabeza
- o Dolor abdominal

COMO INVESTIGAR LA UTILIZACION DE  
UN METODO DE ANTICONCEPCION

Pregunte: Uds., los esposos, han recurrido antes de éste desastre a alguna forma de control para evitar el embarazo?

(Ejemplos: Abstinencia, pildora, condón, espumas etc.)

INTERVENCION SOBRE LA PAREJA QUE  
UTILIZA UN METODO ANTICONCEPTIVO

- o Educación sobre el riesgo de suspender la anticoncepción y sus consecuencias, si no se desea un embarazo.
- o Influir para que continúe con el método, o lo sustituya por otro disponible.

V. IDENTIFICACION Y MANEJO DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES

Esta sección presenta los elementos básicos del proceso de ayuda psicológica para las víctimas de desastres, los tipos de problemas psicosociales y psiquiátricos que se pueden presentar, los criterios para su detección y las pautas para su manejo, por el TAP.

A. El Proceso de Ayuda

Las víctimas de desastres son, en su gran mayoría, personas emocionalmente sanas, que han sido sometidas a experiencias estresantes y pérdidas que van mucho más allá de las vivencias comunes y corrientes que uno maneja en la vida rutinaria. Muchas de esas personas no desarrollan problemas emocionales o solamente presentan síntomas leves o transitorios. Sin embargo, si la recuperación del desastre se demora y los problemas sociales - como empleo y vivienda - no son atendidos oportunamente, la proporción de los damnificados con trastornos emocionales o de conducta puede aumentar significativamente.

Los rótulos de salud mental y de psiquiatría se deben evitar, siempre que sea posible. Sin embargo, aquellas víctimas que presenten problemas más serios deben

recibir la evaluación y el tratamiento que necesitan, y el TAP deberá utilizar los recursos disponibles para su diagnóstico y manejo, incluyendo la remisión del paciente al médico general o al especialista en salud mental.

El TAP también deberá utilizar los recursos comunitarios para desarrollar sus acciones de salud mental. Por ejemplo, los líderes comunitarios podrán ayudarnos a detectar los individuos que presenten problemas emocionales o de conducta. Su papel debe ser activo, trabajando con los individuos, las familias y la comunidad.

Además de identificar los individuos con problemas emocionales, el TAP deberá promover la salud mental a través de su trabajo con la comunidad. Estas acciones pueden incluir el desarrollo de grupos comunitarios y actividades recreativas.

El TAP deberá recordar también que las víctimas de desastres carecen de información adecuada sobre lo que pasa. En lo posible, él deberá tratar de obtener la información que se le pida, la cual será de gran importancia para el bienestar emocional de las víctimas.

Muchas de las víctimas con problemas emocionales que el TAP podrá identificar, van a presentar síntomas en respuesta a la situación de crisis vivida por el desastre. Estos pacientes deberán ser manejados a través de la aplicación de los conocimientos derivados de la teoría de intervención en crisis, la cual se basa en el principio de que la mayor parte de las personas son capaces de cuidar de la mayoría de los problemas que se presenten en sus vidas. Sin embargo, cuando la emergencia es nueva o el stress es excesivo, es posible que no existan mecanismos de adaptación y manejo adecuados, y la víctima puede tornarse y permanecer muy perturbada. Las etapas básicas para la intervención en crisis, incluyen:

- o el establecimiento de la relación de ayuda,
- o la identificación, definición y focalización del problema,
- o la evaluación de los recursos disponibles a nivel individual, familiar y comunitario, y
- o el desarrollo e implementación de un plan de intervención

## B. Tipos de Problemas Encontrados

El TAP podrá identificar y manejar los diversos problemas emocionales de las víctimas según el grado de su capacitación y de la naturaleza misma del problema. Así, el TAP podrá ser capaz de:

- o Identificar y manejar o remitir las víctimas con síntomas o conductas anormales;
- o Identificar y manejar o remitir las víctimas con los problemas psicológicos al vivir una situación de desastre, o;
- o Diagnosticar y manejar o remitir las víctimas con trastornos psiquiátricos encontrados mayor frecuencia;
- o Diagnosticar y manejar o remitir los niños y adolescentes con trastornos emocionales y/o de conducta.

### 1. SINTOMAS Y CONDUCTAS ANORMALES

Las víctimas de desastres pueden desarrollar síntomas o conductas anormales en respuesta al stress vivido en el desastre o a los problemas enfrentados en el periodo post-desastre. Esos síntomas pueden ser leves, transitorios y sin mayor significado clínico, o pueden indicar una patología psiquiátrica más grave y crónica.

El TAP ejecutar dos acciones:

- o detectar el síntoma o conducta anormal, y;
- o decidir si puede manejarlo o si debe remitir el paciente al médico general o al sector especializado en salud mental.

En esta sección se resumen los principales síntomas emocionales que el TAP podrá encontrar en su trabajo con las víctimas de desastres, estableciéndose algunos criterios generales para su remisión.

SINTOMAS Y CONDUCTAS ANORMALES
--------------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Trastornos del nivel de conciencia;</li> <li>b. Actitud discordante frente a la situación;</li> <li>c. Trastornos emocionales;</li> <li>d. Trastornos en la conducta;</li> <li>e. Síntomas físicos que traducen conflictos emocionales.</li> </ul> |
|--|

a. Trastornos del Nivel de Conciencia

El TAP podrá manejar la situación si el paciente:

- o Está conciente de quién es, dónde está y de lo que pasó;
- o Está ligeramente confuso o "perdido", tiene dificultad para pensar claramente o en concentrarse.

TRASTORNOS DE CONCIENCIA QUE DEBEN DERIVARSE AL MEDICO
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>o No puede decir su nombre o el de las personas con quienes vive;</li> <li>o No sabe donde esta, quien es ni la fecha;</li> <li>o No recuerda lo pasado en el ultimo dia;</li> <li>o Hay fallas importantes en la memoria.</li> </ul> |
|--|

b. Actitud discordante frente a la situación el TAP podrá manejar la situación si el paciente:

- o Muestra tristeza, desesperación, acomplexamiento proporcionales a la situación.
- o Duda sobre su capacidad de recuperarse

- o Excesivamente preocupado con cosas pequeñas y desinteresado con las importantes.
- o Niega sus problemas o se cree autosuficiente.
- o Culpa de sus problemas a otros, sus planes son imprecisos y le enoja el hecho de ser una víctima.

TRASTORNOS EN LA ACTITUD QUE DEBEN REMITIRSE AL MEDICO GENERAL O ESPECIALISTAA
---

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>o dice escuchar voces, ver cosas o tener sensaciones corporales raras.</li> <li>o Su cuerpo le parece irreal y tiene miedo de volverse "loco".</li> <li>o Centra su mente solo en una idea.</li> <li>o Esta convencido de que lo quieren perjudicar a el o a su familia.</li> <li>o No puede tomar decisiones sencillas o-realizar las tareas cotidianas.</li> <li>o Dice cosas sin sentido.</li> </ul> |
|--|

c. Trastornos Emocionales

El TAP puede manejar la situación si el paciente:

- o Lloro, cuenta continuamente sobre el desastre.
- o Reacciona poco a lo que pasa alrededor.
- o Está muy irritado por cosas pequeñas.

TRASTORNOS EMOCIONALES QUE DEBEN REMITIRSE AL MEDICO GENERAL O ALESPECIALISTA
--

- |   |
|---|
| o Tiene ideas suicidas  |
| o Expresa deseos de matar a otras personas                                      |
| o Muy aislado, con afecto "congelado"   |
| o Demasiado emotivo, con reacciones<br>excesivas y anormales (reirse en exceso) |

d. Trastornos en la Conducta

El T.A.P. puede manejar la situación si el paciente:

- o Está muy nervioso, agita las manos.
- o Está excitado, camina de un lado a otro.
- o Tiene problemas de sueño.
- o Habla muy rápido.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA QUE DEBEN REMITIRSE AL MEDICO
--

- |  |
|--|
| o Muy deprimido, con inquietud severa    |
| o Apatico, incapaz de movilizarse        |
| o Se automutila                          |
| o Usa alcohol o drogas en exceso         |
| o No cuida de si mismo (alimentos, aseo) |
| o Hace rituales sin significado cultural |

e. Sintomas Fisicos Que Traducen Conflictos Emocional

SINTOMAS FISICOS QUE PUEDEN TENER UN ORIGEN EMOCIONAL	
o	Dolor de cabeza, abdomen o espalda
o	Quejas múltiples (más de 3) y vagas
o	Mareo y decaimiento
o	Quejas psicológicas: insomnio dificultad para concentrarse, ansiedad problema sexual
o	Explicaciones prolongadas, tipo "listado"
o	Visitas frecuentes a Centros de Salud
o	Ingesta de mucha medicación y exámenes frecuentes

## 2. PROBLEMAS EN LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de las víctimas de desastres se ve afectada al trastornarse su condición psicosocial y por la pérdida de cualquier tipo que lleva consigo un proceso de duelo. Los problemas sociales incluyen vivienda temporal, desempleo, carencia de servicios públicos, recreación limitada o inexistente.

El TAP debe ser una fuente de información y recursos, ya que la experiencia ha mostrado que la falta de información crea una situación de expectativa nociva para la salud mental de las víctimas, así como la carencia de recursos comunitarios y de servicios para desastres dificulta la cobertura de necesidades de las víctimas

El TAP deberá conocer los recursos de la comunidad y los servicios de ayuda disponibles para los damnificados. Esta información el TAP deberá tenerla por escrito el TAP y deberá contener:

- o el nombre de las distintas instituciones de ayuda,
- o La dirección de estas instituciones, incluyendo el número telefónico,
- o el horario de atención al público, y
- o los servicios que ofrecen.

Además de los problemas psicosociales que hemos señalado, todas las víctimas de desastre sufren un proceso de duelo vinculado a las pérdidas humanas y materiales, el duelo en desastres tiene características especiales, pasa por etapas específicas y requiere intervenciones oportunas.

CARACTERISTICAS DEL DUELO	
O COLECTIVO:	Porque abarca toda la comunidad, desarticulando mecanismos de protección y apoyo que en otras situaciones ayudan a la víctima, como por ej. visitas de familiares, sepultamiento individualizado.
O SELECTIVO:	Porque ha afectado a unas personas y no a otras, sin motivo aparente.
O POLIVALENTE:	Porque lo afecta en diversas áreas de su vida.

El DUELO es un proceso que se inicia por la pérdida o disminución de algo y termina con la restauración del equilibrio psíquico. Aparte de las pérdidas por sí mismas (personas, amigos, objetos, costumbres etc.), formas de vida y responsabilidades.

## ETAPAS DEL DUELO

- O NEGACION: ante la magnitud de la pérdida, la víctima la niega, contrariando las leyes de la realidad.
- O AGRESION: al advertir que el desastre le ha afectado mas que a otros. Se siente objeto de un trato cruel.
- O TRISTEZA: La aceptación gradual de la realidad lleva consigo tristeza, sentimientos de culpa o culpabilizar a otra persona, deterioro de sus actividades etc.
- © ACEPTACION: La víctima acaba por aceptar la realidad y establecer alternativas de solución.

Las personas que tienen mayor madurez emocional, variados intereses y relaciones, diversos objetivos afectivos, superan con facilidad la crisis antes de las 4-6 semanas. El proceso de duelo no complicado debe ser manejado por el TAP.

ESTRATEGIA DE INTERVENCION ANTE EL DUELO	
o	Facilitar la expresion verbal.
o	Señalar el caracter transitorio del duelo.
o	Ayudar a elaborar rituales de aceptacion de perdidas afectivas (EJ. Poner una cruz en el lugar presumible de la muerte).
o	Permitir la expresion de sentimientos, especialmente culpa.
o	Razonar las ideas y actos negativistas.
o	Ayudar a superar la negacion, confrontandola con la realidad.
o	Mantener las actividades propias de la persona y de su estilo de vida.
o	Evaluar las reacciones previas ante situaciones parecidas.
o	Evaluar los recursos de ayuda y permitir el acceso a ellos.
o	Sugerir posibilidades de solucion



### 3. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS POSIBLES DE ENCONTRAR ENTRE LAS VICTIMAS

Aparte de los síntomas que no llegan a configurar un diagnóstico psiquiátrico, y de los problemas en su calidad de vida, las víctimas de desastres pueden desarrollar enfermedades psiquiátricas definidas, ante las cuales el rol del TAP es importante.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN LAS VICTIMAS DE DESASTRE
---

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 1. PROBLEMAS PSICOSOMATICOS           |
| 2. DEPRESION ENDOGENA                 |
| 3. SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO   |
| 4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA |
| 5. ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL     |

INTERVENCION DEL TAP FRENTE A LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS:
--

- |  |
|--|
| o Deteccion del trastorno                            |
| o Remision oportuna al medico general o especialista |
| o Seguimiento de control del tratamiento             |
| o Decidir una nueva evaluacion                       |

a. Problemas Psicomaticos

Son alteraciones fisicas dependientes de la exposici3n a estr3s prolongado o muy intenso sobre individuos susceptibles. En su causalidad intervienen, por tanto, factores psic3genos. Las manifestaciones clinicas pueden ser muy variadas.

SINTOMAS PSICOSOMATICOS
-------------------------

- |                        |
|------------------------|
| o Insomnio             |
| o P3dida de apetito    |
| o Dolor de cabeza      |
| o Alergias             |
| o Ulceras              |
| o Problemas urinaricos |
| o Cansancio extremo    |
| o V3mito               |
| o Diarrea              |

b. Depresion Endogena

Es un cuadro clínico diferente a la reacción depresiva y al duelo no complicado, ya que depende de alteraciones neurobioquímicas a nivel cerebral a más de una vulnerabilidad genética, y precipitantes como estrés, infecciones, medicamentos antihipertensivos etc.

La depresión endógena debe tratarse con medicamentos antidepressivos prescritos por el médico general o el especialista psiquiatra, vigilando los afectos secundarios y la respuesta, que, de ser negativa a las 4 semanas, requiere remisión al médico psiquiatra.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA DEPRESION ENDOGENA	
o	Afecto ansioso o triste, desinteresado, irritable, melancólico, significativo y que dure al menos 2 semanas.
o	Por lo menos 4 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida o aumento de peso y apetito.</li> <li>- Disminución o aumento de sueño</li> <li>- Pérdida de energía o fatiga</li> <li>- Agitación o retraso psicomotor</li> <li>- Sentimiento de culpa, minusvalía</li> <li>- Dificultad de concentración</li> <li>- Ideas de muerte, suicidio, deseos de morir o intento suicidas.</li> <li>- Desinterés por las actividades rutinarias y la sexualidad.</li> </ul>
o	No hay otro trastorno mental presente, como esquizofrenia o síndrome cerebral orgánico.

c. Síndrome Postraumático

El estrés que acarrea consigo una situación de desastre puede propiciar el apareamiento de un síndrome, inmediatamente después del trauma o a veces meses y años más tarde. Este síndrome se llama "Postraumático."

**CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL  
SINDROME POSTRAUMATICO:**

- o Un evento estresante que produzca síntomas de gran ansiedad en toda la gente o en su gran mayoría.
- o Revivencia del trauma (recuerdos, sueños)
- o Disminución del interés por el mundo externo, sentimiento de estar aislado de los demás, afecto empobrecido.
- o Al menos 2 de los siguientes síntomas:
  - Excesivas respuestas a estímulos
  - Trastornos del sueño
  - Fallas en la memoria o dificultad para concentrarse
  - Sentimientos de culpa por haber sobrevivido
  - Evitación de actividades que recuerdan el evento traumático
  - Incremento de los síntomas por la exposición a eventos que simbolizan o se parecen al evento-traumático.

Como medidas terapéuticas, el TAP debe acogerse a los lineamientos del esquema siguiente:

**TRATAMIENTO DEL SINDROME POSTRAUMATICO:**

- o Permitir el desahogo.
- o Ayudar a elaborar el trauma, promoviendo la repetición psicológica del mismo.
- o Demostrarle comprensión y apoyo.
- o Definir la remisión al médico.

## d. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Se presenta en individuos adultos y se caracteriza por ansiedad y otros síntomas acompañantes.

**CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA  
ANSIEDAD GENERALIZADA**

Debe presentar por lo menos 3 de los siguientes grupos de síntomas:

- o Tension Muscular: temblor, inquietud dolor muscular, fatiga, dificultad para relajarse.
- o Hiperactividad Autonoma: Sudor, palpitaciones, manos frías y húmedas, oleadas de calor y frío, micción frecuente, diarrea, rubor, palidez, respiración rápida en reposo.
- o Aprehension: ansiedad, preocupación, miedo, pesimismo.
- o Excesiva Vigilancia: pobre concentración, insomnio, irritabilidad, impaciencia.

El humor ansioso debe estar presente en forma continua al menos un mes, y no ser debido a ninguna otra enfermedad mental.

**TRATAMIENTO DEL SINDROME POR  
ANSIEDAD GENERALIZADA**

- o Apoyo y desahogo afectivo
- o Recabar solidaridad familiar
- o Prescripción de tranquilizantes menores (SOLO MEDICOS)

e. Abuso y Dependencia de Alcohol

La situación de desastre, por el estrés que lleva consigo, puede conducir al aumento en la ingesta de alcohol, la misma que se considera anormal cuando reúne los criterios diagnósticos abajo.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL ABUSO  
EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

Por lo menos un sintoma de los grupos A y B

A. Funcionamiento Social y Ocupacional:

- o Conflictos con familiares y amigos debido al uso de alcohol.
- o Ausentismo del trabajo.
- o Pérdida del empleo.
- o Actos violentos estando embriagado.
- o Accidente de vehículo o arresto por conducir embriagado.

B. Pautas Anormales en el Consumo:

- o Consumo ocasional de un litro de aguardiente (Equivalente de otro).
- o Incapacidad de dejar la bebida.
- o Esfuerzos repetidos por controlar la bebida absteniéndose o restringiendo su ingesta por breves periodos.
- o Embriagarse todo el día, por lo menos dos días seguidos.
- o Continuar con la bebida a pesar de reconocer su nocividad para alguna enfermedad física que adolece el paciente.
- o Necesidad de ingerir alcohol todos los días para funcionar adecuadamente.
- o Ingestión del trastorno por lo menos un mes.
- o Duración del trastorno por lo menos un mes.

Los criterios diagnósticos para la dependencia al alcohol incluyen por lo menos uno de los criterios antes señalados y además el desarrollo de tolerancia o de abstinencia al alcohol.

La TOLERANCIA ocurre cuando el paciente toma cantidades de alcohol cada vez mayores para obtener el efecto deseado, o cuando el efecto va disminuyendo con el uso de la misma cantidad de alcohol.

La ABSTINENCIA es un conjunto de signos y síntomas que se inician después que el paciente para de beber o disminuye la bebida. Estos síntomas incluyen temblores matinales, alivio del malestar con la ingesta de alcohol, convulsiones, fiebre, trastornos en la sensopercepción, inquietud motriz.

El manejo de los problemas causados por el alcohol, consta en el esquema abajo.

MANEJO DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL ALCOHOL
<p>EN LA INTOXICACION AGUDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Vigilar la respiracion y cuidar la aspiracion de vomito.</li> <li>o En la Resaca (chuchaqui): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reposo</li> <li>- Liquidos</li> <li>- Aspirina</li> <li>- Antiacidos</li> </ul> </li> </ul> <p>Para el Alcoholismo Cronico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Motivar al paciente y la familia a que se someta a tratamiento.</li> <li>o Remitir al paciente a grupos de alcoholicos anonimos o ex-bebedores.</li> <li>o Buscar la participacion del especialista.</li> </ul> <p>Para el sindrome de abstinencia no <u>complicado</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Reposo en ambiente fresco, iluminado,</li> <li>o Evitar el exceso de estímulos</li> <li>o Adecuado aporte de liquidos y alimentos.</li> <li>o Si hay fiebre, taquicardia, confusion mental, remitirle al especialista.</li> </ul>

#### 4. PROBLEMAS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES \*

En un desastre natural, los niños están sometidos a intenso estrés, separaciones y pérdidas que pueden ocasionar alteraciones de conducta, problemas psicossomáticos y trastornos depresivo-ansiosos que se manifiestan distintamente según sea la etapa del desarrollo. El manejo de esos problemas debe incluir a la familia y por tanto deben ser manejados dentro de ella. Los problemas se presentan de manera distinta según el nivel del desarrollo psicosocial del niño.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conductas Regresivas: orinarse en la cama, "chuparse" el dedo.</li> <li>2. Diarrea, vomito, inapetencia</li> <li>3. Trastornos del sueño</li> <li>4. Irritabilidad, desobediencia, tics, tartamudeo, miedo a oscuridad</li> </ol>
M A N E J O
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acompañar al niño y darle apoyo emocional verbal.</li> <li>2. Facilitar la expresión emocional a través del juego, pintura etc.</li> <li>3. Planificar actividades placenteras.</li> </ol>

\* Esta sección es basada en la publicación "Training - Manual for Human Service Workers in Major Disasters", National Institute of Mental Health, DHHS Pub. No. (ADM) 83-538, Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1978.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN NIÑOS  
DE 6 A 11 AÑOS

1. Conducta competitiva con sus hermanos.
2. Cefalea
3. Trastornos visuales
4. Trastornos del sueño
5. Aislamiento
6. Fobia escolar
7. Pobre rendimiento escolar
8. Peleas con compañeros
9. Desinterés en actividades habituales.

M A N E J O

1. Evitar temporalmente la exigencia de mejor rendimiento académico-familiar.
2. Facilitar el desahogo emocional
3. Delegar responsabilidades en el hogar.
4. Practicar medidas de seguridad para desastres futuros.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN NIÑOS  
DE 11 A 14 AÑOS

1. Actitud competitiva
2. Ineficiencia en las tareas
3. Regresión en el desarrollo conductual y afectivo.
4. Fobia escolar
5. Dolores somáticos
6. Trastorno del apetito y sueño
7. Desinterés en las relaciones sociales.
8. Resistencia a la autoridad paterna

M A N E J O

1. Proverle atención adicional.
2. Rebajar las exigencias académicas.
3. Permitir la expresión de sentimientos.
4. Delegar responsabilidades.
5. Promover las actividades de grupo.
6. Practicar medidas de seguridad para desastres futuros.

<b>MANIFESTACIONES CLINICAS EN          ADOLESCENTES (15-18 AÑOS)</b>
---

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdida de responsabilidad en las actividades</li> <li>2. Conducta y afecto regresivos</li> <li>3. Perdida del interes sexual</li> <li>4. Disminucion del interes por emanciparse del control paterno</li> <li>5. Dolores somaticos</li> <li>6. Trastornos del sueño</li> <li>7. Trastornos de la digestion</li> <li>8. Aumento o disminucion en la actividad fisica.</li> <li>9. Sentimientos de displacer y desesperanza.</li> <li>10. Dificultades de concentracion</li> </ol> |
|---|

<b>M A N E J O</b>
--------------------

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propiciar la discusion de las experiencias del desastre.</li> <li>2. Reducir temporalmente las exigencias de funcionamiento ideal.</li> <li>3. Facilitar y apoyar la participacion en actividades sociales.</li> <li>4. Empezar medidas de rehabilitacion.</li> <li>5. Practicar medidas de seguridad para desastres futuros.</li> </ol> |
|--|

Bibliografia Consultada

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. 3rd Edition, 1980. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Busnello, E, Lima, B., Comes, R. et al (1983) Aspectos interculturais de classificacao e diagnostico. Jornal Brasileiro Psiquiatrico 32: 207-10, 1983.
- Climent, C.E., deArango, M.V. (1983) Manual de Psiquiatria Para Trabajadores de Atencion Primaria. Washington, DC: Organizacion Panamericana de la salud.
- Climent, C.E., Diop, B.S.M., Harding, T.W. et al (1980) Mental health in primary health care. World Health Organization Chronicle 34: 231-6.
- Cohen, R.E. (1982) Intervening with disaster victims. In: Schulberg, H.C., Killilea, M. (eds) The Modern Practice of Community Mental Health San Francisco: Jossey-Bass Pub., Ch. 16, p. 397-418.
- Cohen, R.E. (1985) Reacciones individuales ante desastres naturales. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana 98:171-80.
- Cohen, R.E., Ahearn, Jr., F.L. (1980) Handbook for Mental Health Care for Disaster Victims. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Colombia, Ministerio de Salud (1986) Plan de Atencion Primaria en Salud Mental. Bogota, Colombia.
- Drayer, C.S., Cameron, D.C., Woodward, W.D., Glass, A.J. (1954) Psychological First Aid in Community Disaster. Journal of the American Medical Association 156: 36-41.
- Farberow, N.L., Gordon, N.S. (1981) Manual for Child Health Worker in Major disasters. DHHS Pub. No. (ADM) 81-700, Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Giel, R., Workneh, F. (1980) O manejo do queixoso cronico. Revista Associacao Medica Do Rio Grande Do Sul 24: 220-5.
- Glass, A.J. (1959) Psychological aspects of disaster. Journal of the American Medical Association 171: 222-5.

- Harding, T.W. Climent, C.E., Diop, Giel, R., Ibrahim, H.H.A., Srinivasa, Murthy, R., Suleiman, M.A., Wig, N.N. (1983) The WHO collaborative study of strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. American Journal of Psychiatry 140: 1474-80.
- Harding T.W., DeArango, M.V., Baltazar, J., Oliment, C.E., Ibrahim, H.H.A., Labrido-Ignacio, L., Srinivasa, Murthy, R., Wig, N.N. (1980) Mental disorder in primary health care: a study of their frequency in four developing countries. Psychological Medicine 10: 231-41.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Curso de Capacitacion. Programa de fomento a la salud - Subprograma de la superacion de crisis individuales, familiares y colectivas. Manuscripts no publicado.
- Lima, B.R. (ed) (1981) Manual de Treinamento em Cuidados Promarios de Salud Mental. Porto Alegre, RS: Secretaria da Saude e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Lima, B.R. (1985) Informe Final. Asesoria en salud para disenar, implementar y evaluar el Plan Nacional de Atencion Primaria. Brindada al Ministerio de Salud de Colombia, 4 A 15 de agosto, Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud.
- Lima, B.R. (1986) Primary mental health care for disaster victims in developing countries. Disasters, 10: 203-204.
- Lima, B.R. (1986) Asesoria en salud mental a raiz del desastre de Armero en Colombia. Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana 101: 678-683.
- Lima, B.R., Pai, S., Santacruz, H., Lozano, J., Luna, J. Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. Acta Psiquiatrica Scandinavica, in prenta.
- Lima, B.R., Santacruz, H., Lozano, J., Luna, J., Pai, S. La atencion primaria en salud mental para victimas de desastres: Armero Colombia. Acta psiquiatrica y Psicologica de America Latina, in prenta.
- Lima, B.R., Lozano, J., Santacruz, H. La atencion en salud mental para victimas de Desastres. Actividades desarrolladas en Armero, Colombia.
- Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericanz, in prenta.

- Lima, B.R., Santacruz, H., Lozano, J., Luna, J. Planning for health/mental health integration in emergencies. In: Lystad, M. (ed). Mental Health in Mass Emergencies: Theory and Practice. New York, Brunner/Mazel. In prenta.
- National Institute of Mental Health (1978) Field Manual for Human Service Workers in Major Disasters. DHEW Publ. No. (ADM) 78-537. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- National Institute of Mental Health (198) Training Manual for Human Service Workers in Major Disasters. DHHS Pub. No. (ADM) 83-538, Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Sartorius, N., Harding T.S. (1983) The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: The genesis of the study. American Journal of Psychiatry 140: 1470-3.
- Wig, N.N., Srinivasa Murthy, R. (1981) Manual for Mental Disorders for Primary Health Care Personnel. Chandigarh, India: Post-Graduate Institute of Medical Education and Research.
- World Health Organization (1978) Primary Health Care. A joint report by the director-general of the World Health Organization, and the executive-director of the United Nation's Children's Fund. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1980) The Primary Health Worker. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1984) Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. Technical Report Series 698. Geneva: World health Organization.