

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
DIVISION DE SALUD MENTAL

LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL  
PARA VICTIMAS DE DESASTRES  
MANUAL PARA LA CAPACITACION DEL TRA-  
BAJADOR DE ATENCION PRIMARIA

DR. BRUNO R. LIMA

PROFESOR ASISTENTE  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA  
ESCUELA DE MEDICINA Y  
DEPARTAMENTO DE HIGIENE Y SALUD  
PUBLICA- UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS  
BALTIMORE - ESTADOS UNIDOS

CONDENSADO POR:

DR. NELSON SAMANIEGO S.  
DR. HERNAN CHAVEZ OLEAS

PORTADA:: DR. ALBERTO NARVAEZ

**SALUD MENTAL :**

" ES LA CONDICION DE LA VIDA HUMANA QUE RESULTA DE UN ARMONICO DESARROLLO INTELLECTUAL, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL INDIVIDUO Y QUE SE CARACTERIZA POR UNA CONDUCTA ORIENTADA HACIA -- EL LOGRO DE UN BIENESTAR SUBJETIVO-- Y OBJETIVO, PERSONAL Y COLECTIVO, A TRAVES DE LA REALIZACION DE SUS POTENCIALIDADES Y CONTRIBUCION A -- LOS PROCESOS DE CAMBIO DEL MEDIO "

OPS/ OMS - 1973

LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL  
PARA VICTIMAS DE DESASTRES

I. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Capacitar al Trabajador de Atención Primaria (T.A.P.) en el manejo de problemas emocionales que adolecen las víctimas de desastre natural; problemas que generalmente se inician alrededor del tercer mes luego del desastre y pueden durar hasta dos años.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Al final de la revisión de los contenidos del manual para la capacitación del T.A.P.(+), éste debe estar en capacidad de:

- Identificar individuos con problemas emocionales derivados del desastre.
- Manejar dichos problemas
- Integrar el sistema de intervención - en casos de desastre, en base a:
  1. Conocer mecanismos psicológicos en casos de desastre
  2. Identificar el ambiente psicosocial de la familia
  3. Identificar los síntomas propios de éstos desórdenes.

(+ ) Trabajador de Atención Primaria

4. Estar en capacidad de diagnosticar el estado mental.
5. Referir los casos complejos
6. Intervenir en forma preventiva y terapéutica.
7. Identificar recursos comunitarios de apoyo
8. Conocer los sistemas de ayuda
9. Supervisar y solicitar consulta

ESQUEMA No 1 DEFINICION DE ATENCION PRIMARIA.

" La Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas:

- Científicamente fundados y socialmente aceptables.
- Al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación.
- A un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo.
- Con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.
- Formando parte integrante del sistema nacional de salud, como del desarrollo socioeconómico de la comunidad.
- Primer nivel de contacto entre individuo-familia y comunidad
- Primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria "

ESQUEMA No 2 PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN LAS VICTIMAS DE DESASTRE

PERIODOS

PRE- IMPACTO	
AMENAZA	ALERTA
Se corri- ge con - planific. y educa- ción.	Dura min.u horas. Hi- peractivi- dad, pánico.

M E D I D A S	
Preparar a la comunidad	Adecuada comunicación
Rescatar líderes	

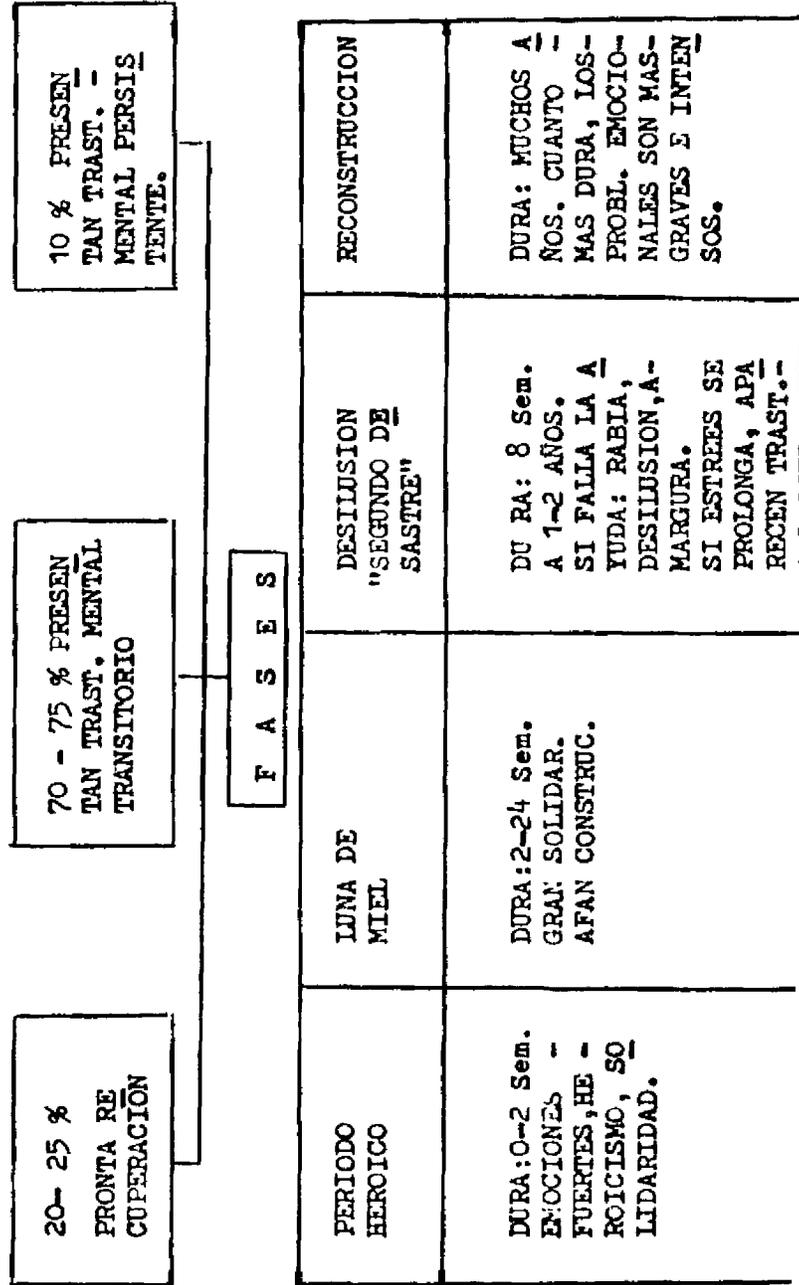
IMPACTO	
REACCIONES POCO CONOCIDAS.	

M E D I D A S	
Entrenamiento previo.	

POST-IMPACTO	
EVALUO DE DAÑOS MATERIALES, HUMANOS	REACC. PSICOLOG. MALADAPTATIVAS

SINDROME DE DESASTRE.	
- Desorientación	- Vagabundeo
- Apatía	- Sin voluntad
- Sorpresa	- Incredulidad
- Miedo	- Angustia

ESQUEMA No 3 PROBLEMAS EMOCIONALES POST-IMPACTO



## EVALUACION DEL ESTADO EMOCIONAL DE LAS VICTIMAS DE DESASTRES

El trabajador de atención primaria debe estar capacitado para obtener una adecuada información acerca de los problemas físicos, psicológicos y sociales que las víctimas de desastres naturales, presentan. Para ello es necesario que desarrolle técnicas sencillas de entrevista y de exploración del estado mental. Por su estrecha relación con la salud mental de las víctimas, deben explorarse también algunos síntomas físicos, problemas de conducta y sociales.

La entrevista con la víctima debe evidenciar la disposición del trabajador de atención primaria, por escucharle pacientemente favoreciendo la expresión de sus sentimientos, sus dolencias físicas y sus expectativas. La actitud del trabajador de atención primaria debe ir revestida de auténtico interés y calma, de deseo de apoyar al paciente, comprendiendo su problemática individualmente y buscando en todo momento, establecer una adecuada empatía.

### ESQUEMA 5 CONDICIONES DE LA ENTREVISTA

- Establecer un contacto individual
- Buena disposición y paciencia
- Brindar apoyo y comprensión
- Demstrar auténtico interés
- Promover la empatía
- Mantener buen contacto visual

ESQUEMA No 6 ATENCION PRIMARIA Y SALUD  
MENTAL

EL TRABAJADOR DE ATENCION PRIMARIA O PROMOTOR DE SALUD	
COBERTURA:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. EMERG. PSIQUIATRICAS</li><li>2. TRAST. PSIQUIATR. CRONICOS</li><li>3. PROBL. MENORES DE SALUD M.</li><li>4. PROBL. EMOCIONALES Y ALGUNOS PROBL. PSIQUIATRICOS DE GRUPOS EN RIESGO. (VICTIMAS DE DESASTRES).</li></ol>
JUSTIFICACIONES:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA</li><li>2. ESCASEZ ESPECIALISTAS</li><li>3. EL 20% DE PACIENTES DE LOS CENTROS DE SALUD TIENEN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL</li><li>4. INCIDENCIA DE PROBL. EMOCIONALES ENTRE LAS VICTIMAS.</li><li>5. SE DESPRECIA LA SALUD MENTAL DE LOS DAMNIFICADOS.</li><li>6. LOS DESASTRES SON MAS FRECUENTES EN PAISES EN DESARROLLO.</li></ol>

## A. HISTORIA PSICOSOCIAL

El estudio de la historia psicosocial de la víctima comprende las siguientes áreas:

1. Datos familiares y personales:
  - Antecedentes de enfermedad mental, - suicidio, alcoholismo, epilepsia.
  - Problemas de desarrollo infantil
  - Escolaridad
  - Historia laboral
  - Miembros de la familia
  - Abuso de alcohol y drogas
  - Enfermedades orgánicas
  - Tipo de vivienda
2. Problemas emocionales antes del desast
  - Síntomas, hospitalizaciones
  - Tipo de tratamiento
3. Exp eriencia del desastre:
  - Cómo experimentó el peligro
  - Pérdidas: muertes, destrucción, emplec
  - Lesiones físicas
  - Planes para el futuro
4. Repercusiones varias:
  - Sueño, apetito, problemas físicos
  - Nivel de energía, interés y actividad
  - Abuso de alcohol y drogas
  - Cambios en la vida sexual

**5. Apoyo social y comunitario:**

- Familiares, amigos, instituciones
- Situación de vivienda, económica y la boral.

La utilidad de que el trabajador de atención primaria conozca la historia psicosocial, - obedece a que determinadas características - de ésta, vuelven a los individuos mas vulnerables al desarrollo de problemas emocionales, especialmente cuando antes del desastre la - persona estaba viviendo una situación de crisis, se encontraba mentalmente enferma o tenía una enfermedad física. Los niños, adolescentes y ancianos tienen mayor riesgo de problemas emocionales o de conducta.

**ESQUEMA No 7 LA HISTORIA PSICOSOCIAL**

**Se investigará:**

1. DATOS FAMILIARES Y PERSONALES
2. PROBLEMAS EMOCIONALES ANTES DEL DESASTRE.
3. EXPERIENCIA DEL DESASTRE
4. REPERCUSIONES VARIAS
5. APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO

**B. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL**

Busca identificar las alteraciones psicológicas y los problemas emocionales, que pueden expresarse a través de diferentes síntomas:

1. Conducta: adecuada extraña, hiperactiva o retrasada.
2. Humor: deprimido, quiere quitarse la vida, llora, ansioso, tenso o preocupado, exaltado, eufórico.
3. Pensamiento: Tiene sentido lo que dice? sus ideas están acordes con la realidad ?.
4. Percepción: Oye voces que nadie escucha o ve cosas que nadie ve ?
5. Orientación: sabe la fecha, lugar y quién es ?
6. Memoria: se acuerda de cosas que pasaron el mismo día y de aquellas que pasaron meses o años antes ?
7. Concentración: logra centrar la atención o salta de un asunto a otro.

<b>ESQUEMA No 8 AREAS DE ESTUDIO EN EL EXAMEN MENTAL DE LA VICTIMA</b>
--

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONDUCTA</li> <li>2. HUMOR O ESTADO DE ANIMO</li> <li>3. PENSAMIENTO: A. COHERENCIA<br/>B. REALIDAD</li> <li>4. PERCEPCION DE ESTIMULOS</li> <li>5. ORIENTACION</li> <li>6. MEMORIA</li> <li>7. CONCENTRACION</li> </ol> |
|--|

La experiencia clínica con pacientes y con víctimas de desastre han permitido de finir a ciertos síntomas dentro de la categoría de "Neuróticos" (angustia y depresión) y otros como "Psicóticos", que en general indican problemas mas graves.

ESQUEMA No 9 SINTOMAS NEUROTICOS

Para investigarlos pregunte:

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 Usted 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 ?

Si damos un punto para cada síntoma, la probabilidad de que el paciente esté sufriendo un trastorno neurótico es mayor cuando él alcanza 8 o más puntos, del total de 20.

**ESQUEMA No 10 SINTOMAS PSICOTICOS**

Para identificarlos pregunte:

1. Piensa que alguien quiere perjudicar lo de alguna manera ?
2. Cree que Usted 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 oído voces estando usted sólo o sin que otras personas las oigan ?

La probabilidad de que el paciente est sufriendo un trastorno psicótico es mayor cuando él alcanza uno o más puntos, del total de 4.

En una situación de desastre , se observó que cuando los pacientes alcanzan 12 ó más puntos en los síntomas neuróticos, más del 90 % de ellos va a tener un diagnóstico psiquiátrico definido, que requerirá admisión al médico general o al especialista. Se observó también que ciertos síntomas neuróticos son "indicativos" de problema emocional, ya que en éstos trastornos están presentes en 9 de cada diez casos.

**ESQUEMA No 11 SINTOMAS "CLAVE" PARA DIAGNOSTICO DE TRASTORNO EMOCIONAL**

1. Sentirse incapaz de ser útil en la vida
2. Sentir cansancio todo el tiempo
3. Dificultad para pensar con claridad

### C. OTROS SINTOMAS Y PROBLEMAS

La evaluación del estado psicosocial del paciente se completa investigando la presencia de epilepsia, abuso o dependencia de alcohol, problemas en el manejo de trastornos físicos crónicos, síntomas físicos inespecíficos y la anticoncepción. La forma cómo se investigarán éstos problemas se expone en los siguientes esquemas.

#### ESQUEMA NO 12 COMO INVESTIGAR LA PRESENCIA DE EPILEPSIA

Pregunta: 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 ?

#### ESQUEMA NO 13 COMO INVESTIGAR EL ABUSO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Pregunta: 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 rifas o ha transgredido la ley estando borracho ?

Le parece que Ud. bebe demasiado ?

La desorganización social causada por el desastre, la pérdida de la rutina, la desarticulación del hogar al vivir en los campamentos, el difícil acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, van a dificultar seriamente el control de las enfermedades físicas crónicas; por ello, es necesario la detección y manejo de éstos problemas.

ESQUEMA No 14 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)

Hay algunos problemas físicos que traducen disturbios emocionales. Esas quejas están descritas en el esquema No 10.

ESQUEMA No 15 PROBLEMAS FISICOS QUE TRADUCE  
DISTURBIO EMOCIONAL

1. Decaimiento físico
2. Dolor en la espalda
3. Mareo
4. Dolor en la cabeza
5. Dolor abdominal

La probabilidad de que un paciente tenga problemas de ansiedad o depresión aumenta - cuando él refiere muchas quejas físicas, - principalmente si presenta mas de tres quejas en una consulta.

Un área que puede tener graves consecuencias para la salud mental son los embarazos sin planeamiento. En el período post-desastre se ha observado aumento en la natalidad, que puede deberse a la tentativa de reparar las pérdidas sufridas, pero esos embarazos pueden aumentar la problemática psicolosocial de las familias afectadas.

**ESQUEMA No 16 COMO INVESTIGAR LA UTILIZACION DE UN METODO DE ANTICONCEPCION.**

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

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

**INTERVENCION SOBRE LA PAREJA QUE UTILIZA UN METODO ANTICONCEPTIVO**

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

## IDENTIFICACION Y MANEJO DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES

En ésta sección se presentan los elementos básicos del proceso de ayuda psicológica para las víctimas de desastre, los problemas psicosociales y psiquiátricos que se pueden presentar, los criterios para su detección y las pautas para su manejo por el trabajador de atención primaria.

### A. EL PROCESO DE AYUDA

Las víctimas de desastre son, en su mayor parte, personas emocionalmente sanas, - que ha sido expuesta a una experiencia (el desastre) que va mucho mas allá de las vivencias comunes que uno maneja en la vida rutinaria. Muchas de éstas personas no desarrollan problemas emocionales o lo hacen levemente, a menos que se aplaze la recuperación del desastre y no se atiendan los problemas de empleo y vivienda. La terminología psiquiátrica debe ser evitada en lo posible, pero si se identifican problemas serios de salud mental, la víctima debe ser evaluada adecuadamente e incluso remitida al especialista psiquiatra.

El trabajador de atención primaria debe utilizar los recursos comunitarios trabajando activamente con los individuos, las familias y la comunidad. La intervención preventiva a través de trabajo grupal y re creativo es de especial importancia en el cuidado de la salud mental de las víctimas, quienes desconocen muchos hechos del momento

Las víctimas que presentan problemas emocionales, lo hacen en respuesta a la experiencia crítica del desastre y deben ser manejadas en base a la teoría de intervención en crisis, que sostiene que la mayor parte de las personas es capaz de cuidar de la mayoría de los problemas de sus vidas; sin embargo, si la experiencia es nueva o altamente estresante, el mecanismo de adaptación falla y la persona se muestra muy perturbada.

ESQUEMA No 17 ETAPAS BASICAS PARA LA INTERVENCION EN CRISIS

1. ESTABLECER UNA RELACION DE AYUDA
2. IDENTIFICAR Y DEFINIR EL PROBLEMA
3. EVALUAR RECURSOS DISPONIBLES A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO.
4. DESARROLLAR Y EJECUTAR UN PLAN DE INTERVENCION.

B. TIPOS DE PROBLEMAS PSIQUICOS ENCONTRADOS EN SITUACIONES DE DESASTRE.

1. SINTOMAS Y CONDUCTAS ANORMALES

Estos síntomas y conductas pueden ser leves y transitorios o indicar una patología psiquiátrica mas grave; por ello el trabajador de atención primaria debe primeramente detectar el síntoma y decidir si puede manejarlo o debe derivar su atención al personal especializado.

**ESQUEMA No 18 SINTOMAS Y CONDUCTAS ANORMALES.**

1. TRASTORNOS DEL NIVEL DE CONCIENCIA
2. ACTITUD DISCORDANTE FRENTE A LA SITUACION.
3. TRASTORNOS EMOCIONALES
4. TRASTORNOS EN LA CONDUCTA
5. SINTOMAS FISICOS QUE TRADUCEN CONFLICTOS EMOCIONALES.

**TRASTORNOS DEL NIVEL DE CONCIENCIA**

El trabajador de atención primaria podrá manejar la situación si el paciente:

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

Las situaciones para remitirle al médico general o al psiquiatra constan en el esquema No 19.

**ESQUEMA No 19 TRASTORNOS DE CONCIENCIA QUE DEBEN DERIVARSE AL MEDICO.**

1. NO PUEDE DECIR SU NOMBRE O EL DE LAS PERSONAS CON QUIENES VIVE.
2. NO SABE DONDE ESTA, QUIEN ES NI LA FECHA
3. NO RECUERDA LO PASADO EN EL ULTIMO DIA
4. HAY FALLAS IMPORTANTES EN LA MEMORIA

## ACTITUD DISCORDANTE FRENTE A LA SITUACION

El trabajador de atención primaria podrá manejar la situación si el paciente:

- Muestra tristeza, desesperación, acomplejamiento proporcionales a la situación.
- Duda sobre su capacidad de recuperarse
- Excesivamente preocupado con cosas pequeñas y desinteresado con las importantes.
- Niega sus problemas o se cree autosuficiente,,
- Culpa de sus problemas a otros, sus planes son imprecisos y le enoja el hecho de ser una víctima.

El T.A.P. debe conocer exactamente en que casos remitirá el paciente al médico general o especialista (esquema No 20)

### ESQUEMA No 20 TRASTORNOS EN LA ACTITUD QUE DEBEN REMITIRSE AL MEDICO GENERAL O ESPECIALISTA.

1. DICE ESCUCHAR VOCES, VER COSAS O TENER - SENSACIONES CORPORALES RARAS.
2. SU CUERPO LE PARECE IRREAL Y TIENE MIEDO DE VOLVERSE "LOCO".
3. CENTRA SU MENTE SOLO EN UNA IDEA
4. ESTA CONVENCIDO DE QUE LO QUIEREN PERJUDICAR A EL O A SU FAMILIA.
5. NO PUEDE TOMAR DECISIONES SENCILLAS O REALIZAR LAS TAREAS COTIDIANAS.
6. DICE COSAS SIN SENTIDO

## TRASTORNOS EMOCIONALES

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

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

La remisión al médico general o especialista se hará en los casos contemplados en el esquema No 21.

ESQUEMA No 21 TRASTORNOS EMOCIONALES QUE DEBEN REMITIRSE AL MEDICO GENERAL O AL ESPECIALISTA.

1. TIENE IDEAS SUICIDAS
2. EXPRESA DESEOS DE MATAR A OTRAS PERSONAS
3. MUY AISLADO, CON AFECTO " CONGELADO"
4. DEMASIADO EMOTIVO, CON REACCIONES EXCESIVAS Y ANORMALES (REIRSE EN EXCESO)

## TRASTORNOS EN LA CONDUCTA

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

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

La remisión de los pacientes que tienen trastornos en la conducta debe hacerse en los casos contemplado en el esquema No 22

**ESQUEMA No 22 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
QUE DEBEN REMITIRSE AL MEDICO**

1. MUY DEPRIMIDO, CON INQUIETUD SEVERA
2. APATICO, INCAPAZ DE MOVILIZARSE
3. SE AUTOMUTILA
4. USA ALCOHOL EN EXCESO O DROGAS
5. NO CUIDA DE SI MISMO (ALIMENTOS, ASEO)
6. HACE RITUALES SIN SIGNIFICADO CULTURAL

**SINTOMAS FISICOS QUE TRADUCEN CONFLICTOS  
EMOCIONALES**

Algunos problemas físicos tienen un origen claramente emocional. Se debe sospechar de esto cuando el paciente presente los síntomas enumerados en el esquema No 23.

**ESQUEMA No 23 SINTOMAS FISICOS QUE PUEDEN  
TENER UN ORIGEN EMOCIONAL.**

1. Dolor de cabeza, abdomen o espalda
2. Quejas múltiples (más de 3) y vagas
3. Mareo y decaimiento
4. Quejas psicológicas: insomnio, dificultad para concentrarse, ansiedad, probl. sexual.
5. Explicaciones prolongadas, tipo "listado"
6. Visitas frecuentes a Centros de Salud
7. Ingesta de mucha medicación y exámenes frecuentes.

Es necesario en éstos casos asegurarse de que no hay problemas físicos y explorar la esfera psicosocial del paciente. La ayuda debe ser sobre todo psicológica.

## 2. PROBLEMAS EN SU 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 T.A.P. 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.

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, proceso que es colectivo, selectivo y polivalente.

**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.

**SELECTIVO:** Porque ha afectado a unas personas y no a otras.

**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), se suman sus consecuencias: soledad, desamparo, nuevas formas de vida y responsabilidades.

El DUELO comprende varias etapas:

1. NEGACION: ante la magnitud de la pérdida, la víctima la niega, contrariando las leyes de la realidad.
2. AGRESION: al advertir que el desastre la ha afectado mas que a otros. Se siente objeto de un trato cruel.
3. TRISTEZA: La aceptación gradual de la realidad lleva consigo tristeza, sentimientos de culpa o culpabilizar a otra persona, deterioro de sus actividades etc.
4. 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 Trabajador de atención primaria.

**ESQUEMA No 24 ETAPAS DEL DUELO NO COMPLICADO**

1. NEGACION
2. AGRESION
3. TRISTEZA
4. ACEPTACION

**ESTRATEGIA DE INTERVENCION ANTE EL DUELO**

1. FACILITAR LA EXPRESION VERBAL
2. SEÑALAR EL CARACTER TRANSITORIO DEL DUELO
3. AYUDAR A ELABORAR RITUALES DE ACEPTACION DE PERDIDAS AFECTIVAS EJ. PONER UNA CRUZ- EN EL LUGAR PRESUMIBLE DE LA MUERTE.
4. PERMITIR LA EXPRESION DE SENTIMIENTOS
5. RAZONAR LAS IDEAS Y ACTOS NEGATIVISTAS
6. AYUDAR A SUPERAR LA NEGACION CONFRONTANDOLA CON LA REALIDAD.
7. MANTENER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA - PERSONA Y DE SU ESTILO DE VIDA.
8. EVALUAR LAS REACCIONES PREVIAS ANTE SITUACIONES PARECIDAS.
9. EVALUAR LOS RECURSOS DE AYUDA Y PERMITIR- EL ACCESO A ELLOS.
10. 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 T.A.P. es importante.

ESQUEMA No25 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 T.A.P. FRENTE A LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS:

1. DETECCION DEL TRASTORNO
2. REMISION OPORTUNA AL MEDICO GENERAL O ESPECIALISTA.
3. SEGUIMIENTO DE CONTROL DEL TRATAMIENTO
4. DECIDIR UNA NUEVA EVALUACION

## PROBLEMAS PSICOSOMATICOS

Son alteraciones físicas dependientes de la exposición a estrés prolongado o muy intenso sobre individuos susceptibles. En su causalidad intervienen, por tanto, factores psicógenos. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas. (Esquema No 26)

### ESQUEMA No 26 SINTOMAS PSICOSOMATICOS

1. Insomnio
2. Pérdida de apetito
3. Dolor de cabeza
4. Alergias
5. Ulceras
6. Problemas urinarios
7. Cansancio extremo
8. Vómito
9. Diarrea

## 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 antidepresivos prescritos por el médico general o el especialista psiquiatra, vigilando los efectos secundarios y la respuesta, que de ser negativa a las 4 semanas, requiere remisión al médico psiquiatra.

ESQUEMA No 27 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA  
DEPRESION ENDOGENA

1. Afecto ansioso o triste, desinteresado, irritable, melancólico, significativo y que dure al menos 2 semanas.
2. Por lo menos 4 de los siguientes:
  - 2.1. Pérdida o aumento de peso y apetito.
  - 2.2. Disminución o aumento de sueño
  - 2.3. Pérdida de energía e fatiga
  - 2.4. Agitación o retraso psicomotor
  - 2.5. Sentimiento de culpa, minusvalía
  - 2.6. Dificultad de concentración
  - 2.7. Ideas de muerte, suicidio, deseos de morir o intento suicidas.
  - 2.8. Desinterés por las actividades rutinarias y la sexualidad.
3. No hay otro trastorno mental presente, como esquizofrenia o síndrome cerebral orgánico.

SINDROME POSTRAUMATICO

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 mas tarde. Este síndrome se llama "Postraumático".

ESQUEMA No 28 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL  
SINDROME POSTRAUMATICO:

1. Un evento estresante que produzca síntomas de gran ansiedad en toda la gente o en su gran mayoría.
2. Revivencia del trauma (recuerdos, sueños)
3. Disminución del interés por el mundo-externo, sentimiento de estar aislado de los demás, afecto empobrecido.
4. Al menos 2 de los siguientes síntomas:
  - 4.1. Excesivas respuestas a estímulos
  - 4.2. Trastornos del sueño
  - 4.3. Evitación de actividades que recuerdan el evento traumático.
  - 4.4. Incremento de los síntomas por la exposición a eventos que simbolizan o se parecen al evento-traumático.

Como medidas terapéuticas, el T.A.P debe-  
acogerse a los lineamientos del esquma siguien  
te:

ESQUEMA No 29 TRATAMIENTO DEL SINDROME POSTRAU  
MATICO:

1. Permitir el desahogo
2. Ayudar a elaborar el trauma, promoviendo la repetición psicológica del mismo.
3. Demostrarle comprensión y apoyo
4. Definir la remisión al médico

## TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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

### ESQUEMA No 30 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA ANSIEDAD GENERALIZADA.

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

1. TENSION MUSCULAR: temblor, inquietud dolor muscular, fatiga, dificultad para relajarse.
2. HIPERACTIVIDAD AUTONOMA: sudor, palpitaciones, manos frías y húmedas, oleadas de calor y frío, micción frecuente, diarrea, rubor, palidez, respiración rápida en reposo.
3. APREHENSION: ansiedad, preocupación, miedo, pesimismo.
4. 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.

### ESQUEMA No 31 TRATAMIENTO DEL SINDROME POR ANSIEDAD GENERALIZADA

1. Apoyo y desahogo afectivo
2. Recabar solidaridad familiar
3. Prescripción de tranquilizantes menores (SOLO MEDICOS)

## 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 del esquema No 32 .

### ESQUEMA No 32 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL ABUSO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Por lo menos un síntoma de los grupos A y B

#### A. FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y OCUPACIONAL:

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

#### B. PAUTAS ANORMALES EN EL CONSUMO:

1. Consumo ocasional de un litro de aguardiente (Equivalente de otro)
2. Incapacidad de dejar la bebida
3. Esfuerzos repetidos por controlar la bebida absteniéndose o restringiendo su ingesta por breves períodos.

4. Embriagarse todo el día, por lo me nos dos días seguidos.
5. Continuar con la bebida a pesar de reconocer su nocividad para alguna enfermedad física que adolece el paciente.
6. Necesidad de ingerir alcohol todos los días para funcionar adecuada mente.
7. Ingestión de alcohol metílico
8. Duración del trastorno por lo me nos 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 ma yores para obtener el efecto deseado, o cuando el efecto va disminuyendo con el u so 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 temblo res 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 No 33.

**ESQUEMA No 33 MANEJO DE LOS PROBLEMAS  
CAUSADOS POR EL ALCOHOL**

**EN LA INTOXICACION AGUDA:**

- 1.. VIGILAR LA RESPIRACION Y CUIDAR LA ASPIRACION DE VOMITO.
- 2.. EN LA RESACA(CHUCHAQUI):
  - 2.1. REPOSO
  - 2.2. LIQUIDOS
  - 2.3. ASPIRINA
  - 2.4. ANTIACIDOS

**PARA EL ALCOHOLISMO CRONICO :**

1. MOTIVAR AL PACIENTE Y LA FAMILIA A QUE SE SOMETA A TRATAMIENTO.
2. REMITIR AL PACIENTE A GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS O EX-BEBEDORES.
3. BUSCAR LA PARTICIPACION DEL ESPECIALISTA.

**PARA EL SINDROME DE ABSTINENCIA NO COMPLICADO.**

1. REPOSO EN AMBIENTE FRESCO, ILUMINADO,
2. EVITAR EL EXCESO DE ESTIMULOS
3. ADECUADO APOORTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS.
4. SI HAY FIEBRE, TAQUICARDIA, CONFUSION MENTAL, REMITIRLE AL ESPECIALISTA.

## PROBLEMAS DE LOS NIÑOS

En un desastre natural los niños están sometidos a intenso estrés, separaciones y pérdidas que pueden ocasionar alteraciones de conducta, problemas psicósomáticos 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.

### ESQUEMA No<sup>34</sup> MANIFESTACIONES CLINICAS - EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS.

1. CONDUCTAS REGRESIVAS: orinarse en la cama, "chuparse" el dedo.
2. DIARREA, VOMITO, INAPETENCIA
3. TRASTORNOS DEL SUEÑO
4. IRRITABILIDAD, DESOBEDENCIA, TICS TARTAMUDEO, MIEDO A OSCURIDAD

### M A N E J O

1. ACOMPAÑAR AL NIÑO Y DARLE APOYO EMOCIONAL VERBAL.
2. FACILITAR LA EXPRESION EMOCIONAL A TRAVES DEL JUEGO, PINTURA ETC.
3. PLANIFICAR ACTIVIDADES PLACENTERAS.

**ESQUEMA No 35 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. DESINTERES EN ACTIVIDADES HABITUALES.

**M A N E J O**

1. EVITAR TEMPORALMENTE LA EXIGENCIA DE MEJOR RENDIMIENTO ACADEMICO-FAMILIAR.
2. FACILITAR EL DESAHOGO EMOCIONAL
3. DELEGAR RESPONSABILIDADES EN EL HOGAR.
4. PRACTICAR MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA DESASTRES FUTUROS.

**ESQUEMA No 36 MANIFESTACIONES CLINICAS EN  
NIÑOS DE 11 A 14 AÑOS**

1. ACTITUD COMPETITIVA
2. INEFICIENCIA EN LAS TAREAS
3. REGRESION EN EL DESARROLLO CONDUCTUAL Y AFECTIVO.
4. FOBIA ESCOLAR
5. DOLORES SOMATICOS
6. TRASTORNO DEL APETITO Y SUEÑO
7. DESINTERES EN LAS RELACIONES SOCIALES.
8. RESISTENCIA A LA AUTORIDAD PATERNA

**M A N E J O**

1. PROVEERLE ATENCION ADICIONAL
2. REBAJAR LAS EXIGENCIAS ACADEMICAS
3. PERMITIR LA EXPRESION DE SENTIMIENTOS.
4. DELEGAR RESPONSABILIDADES
5. PROMOVER LAS ACTIVIDADES DE GRUPO
6. PRACTICAR MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA DESASTRES FUTUROS.

**ESQUEMA No 37 MANIFESTACIONES CLINICAS EN:  
ADOLESCENTES (15- 18 AÑOS)**

1. PERDIDA DE RESPONSABILIDAD EN LAS ACTIVIDADES
2. CONDUCTA Y AFECTO REGRESIVOS
3. PERDIDA DEL INTERES SEXUAL
4. DISMINUCION DEL INTERES POR EMAN  
CIPARSE DEL CONTROL PATERNO
5. DOLORES SOMATICOS
6. TRASTORNOS DEL SUEÑO
7. TRASTORNOS DE LA DIGESTION
8. AUMENTO O DISMINUCION EN LA ACTI  
VIDAD FISICA.
9. SENTIMIENTOS DE DISPLACER Y DESES  
PERANZA.
10. DIFICULTADES DE CONCENTRACION

**M A N E J O**

1. PROPICIAR LA DISCUSION DE LAS EX-  
PERIENCIAS DEL DESASTRE.
2. REDUCIR TEMPORALEMTE LAS EXIGEN-  
CIAS DE FUNCIONAMIENTO IDEAL.
3. FACILITAR Y APOYAR LA PÁRTICIPA -  
CION EN ACTIVIDADES SOCIALES.
4. EMPRENDER MEDIDAS DE REHABILITA -  
CION.
5. PRACTICAR MEDIDAS DE SEGURIDAD PA  
RA DESASTRES FUTUROS.

