

MANUAL DE INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL PARA LA ATENCION DE PERSONAS VICTIMAS DE DESASTRES

INTRODUCCION

El istmo centroamericano es una zona de riesgo permanente para los desastres naturales como huracanes, inundaciones, terremotos y erupciones volcánicas, sin embargo los gobiernos no están preparados para dar respuesta inmediata y las víctimas por lo general quedan desprotegidas emocionalmente y sin suplírseles necesidades básicas como abrigo, vivienda, alimentos y agua.

Se conoce que a consecuencia de un desastre se producen intensas reacciones emocionales y psicológicas que pueden llegar a ser dañinas, si no se realizan oportunas intervenciones de salud mental.

Para que el personal de apoyo en desastre (PAD) intervenga apropiadamente a la población afectada requiere conocer las características del evento estresor; cuales son las reacciones fisiológicas, conductuales y psicológicas que se producen y como ayudar a las víctimas a aliviar el sufrimiento, disminuir los efectos negativos del estrés, ordenar los pensamientos, estabilizar las emociones, restablecer la funcionalidad y prevenir las complicaciones psiquiátricas. Con este propósito se ha elaborado el presente manual que pretende dar los conocimientos básicos para realizar las intervenciones en salud mental a víctimas de desastres, y está adaptado para ser utilizado por socorristas, voluntarios, profesores, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, etc.

DESASTRE

El **desastre** es un evento extraordinario de origen natural o generado por el hombre que excede la capacidad de respuesta de la comunidad que provoca destrucción, lesiones físicas, sufrimiento y muertes.

Los **desastres naturales** por lo general son inesperados, inevitables, vertiginosos y duran de segundos a semanas.

Los desastres naturales se clasifican en:

- A. Tectónicos: Terremotos, maremotos y erupciones volcánicas.
- B. Meteorológicos: Huracanes, inundaciones y sequías.
- C. Topológicos: Deslizamientos y avalanchas.

DESASTRE: Evento extraordinario de origen natural o generado por el hombre que excede la capacidad de respuesta de la comunidad y provoca destrucción, lesiones físicas, sufrimiento y muertes

Los **desastres antrópicos** o sea los provocados por el hombre son en su mayoría predecibles, evitables y su duración varía de segundos a años.

Los más conocidos son:

- Incendios
- Guerras
- Motines
- Terrorismo
- Explosiones
- Derrumbe de estructuras
- Fallas en suministro de agua
- Accidentes masivos
- Contaminaciones químicas

DESASTRES NATURALES

A. Tectónicos

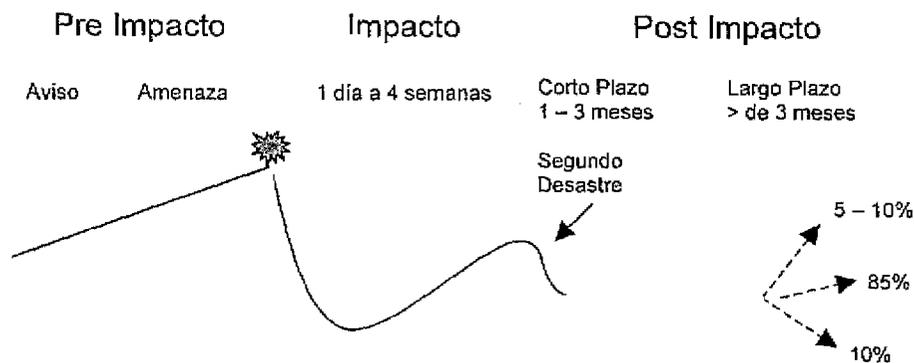
B. Meteorológicos

C. Topológicos

FASES DEL DESASTRE

Las reacciones humanas frente a un desastre tal como evolucionan con el transcurso del tiempo pueden analizarse según las siguientes fases:

Fases de adaptación de las víctimas



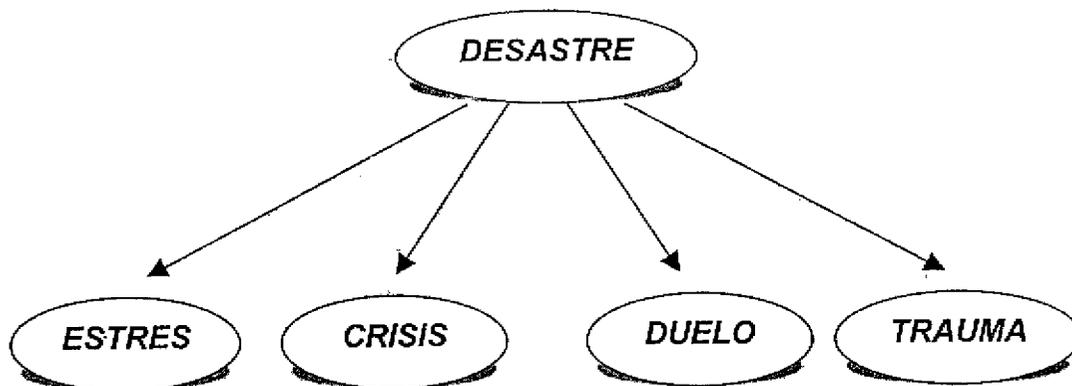
1. Fase de pre - impacto (aviso - amenaza). Los distintos medios de comunicación preparan y alertan a la población sobre la posibilidad de un desastre. Durante esta etapa hay un aumento en los niveles de ansiedad y de respuestas fisiológicas como parte de las reacciones de "temor" ante los estímulos de amenaza, dando lugar a un estado de hiperalerta.
2. Fase de impacto. Se inicia desde el día del desastre hasta aproximadamente cuatro semanas, presentando los afectados reacciones emocionales intensas que incluyen estrés, miedo, ira, desmayos, pánico, agitación, embotamiento, etc.
3. Post - impacto. Se divide en dos etapas: corto plazo, de uno a tres meses y largo plazo, mayor de tres meses. En esta fase se pueden encontrar personas con reacciones emocionales de culpa, resignación, duelo y depresión. Otras estarán desarrollando diferentes trastornos post traumáticos, mientras que el resto retorna a la normalidad.

El nivel de adaptación en la mayoría de las personas cae inmediatamente después del impacto, pero en la medida que transcurren los días la capacidad de adaptación se restablece. Se observa que un 10% de las personas no logran adaptarse, un 85% si lo alcanza y un 5% no solo logra un buen nivel de adaptación sino que pueden desarrollar nuevas capacidades.

Desde el punto de vista psicológico el DESASTRE se convierte en un estresor fuera del rango de la experiencia humana normal, en donde un individuo, grupo o colectividad se ven expuestos a experiencias catastróficas que representan un peligro real para su vida, para su integridad o seguridad. Es una experiencia que involucra sentimientos de profundo desamparo e impotencia para evitar graves lesiones o la muerte.

Las respuestas humanas ante un desastre incluyen:

- Estrés
- Crisis
- Pérdida - Duelo
- Trauma



ESTRÉS

Se define como estrés al conjunto de reacciones fisiológicas que tiene el organismo ante cualquier demanda (Selye). A la demanda se le llama estresor. Si el estresor toma características de amenazas a la vida, a la seguridad o a la integridad de la persona, la

respuesta psicofisiológica primaria de autoprotección será de "lucha o fuga". En estas condiciones, partes específicas del cerebro activarán el sistema de alarma, provocando el disparo de adrenalina, entre otras sustancias, que ponen en acción inmediata a todo el organismo para reaccionar ante la amenaza.

La reacción aguda de estrés es una respuesta adaptativa: la hiperactividad autonómica y la hipervigilancia facilitan las respuestas inmediatas ante la amenaza; la analgesia y embotamiento sensorial (efecto opioide) mejoran la posibilidad de sobrevivencia; el aumento de cortisol, promueve la actividad metabólica para las demandas físicas; y la activación adrenérgica y del eje Hipotálamo - Hipófisis - Adrenal aumenta la energía del sistema nervioso y del músculo esquelético con el propósito de supervivencia.

□

ESTRÉS

- 1. Conjunto de reacciones fisiológicas que tiene el organismo ante cualquier demanda.***
- 2. Popularmente se le describe como una tensión emocional excesiva que provoca sobreesfuerzo físico y mental.***

La respuesta de estrés difiere si se trata de un estresor psicosocial (problemas familiares, laborales, económicas y académicas; enfermedades, muerte de personas cercanas, etc.) o de un estresor catastrófico. En el primero, se identifican diferentes niveles de estrés, llegándose incluso a cuantificar el impacto del estresor, (ver cuadros de escalas de estrés de Holmes y Rahe). En el caso de un desastre natural, en la cual toma las características de catástrofe, la reacción del individuo es rápida e intensa y de consecuencias impredecibles. Por lo general, la demanda rebasa la capacidad de respuesta del individuo produciéndose un estrés severísimo, que da lugar a reacciones físicas, conductuales y mentales alarmantes, que aunque son normales, requieren de atención inmediata, ya que además de producir en un sufrimiento al máximo, desorganiza e incapacita temporalmente a la persona, lo cual hace prolongar el estrés, dando lugar a daños psicológicos y neurobiológicos que pueden llegar a ser permanentes.

Reacciones psicológicas y somáticas del estrés

□□

| Reacciones psicológicas | Reacciones somáticas |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">▫ Ansiedad▫ Ataque de nervios▫ Temor▫ Agitación▫ Irritabilidad▫ Ira▫ Ataques de llanto▫ Tristeza▫ Sobresaltos▫ Distractibilidad▫ Confusión▫ Embotamiento mental▫ Abulia | <ul style="list-style-type: none">▫ Insomnio▫ Temblor▫ Taquicardia▫ Sudoración▫ Trastornos del apetito▫ Malestares gastrointestinales▫ Molestias musculares▫ Agotamiento |

ESCALA DE NIVELES DE ESTRÉS
(HOLMES Y RAHE 1967)

| RANGO | EVENTOS VITALES | VALOR MEDIO | RANGO | EVENTOS VITALES | VALOR MEDIO |
|-------|------------------------------|-------------|-------|--|-------------|
| 1. | Muerte del cónyuge | 100 | 23 | Hijo(a) abandona el hogar | 29 |
| 2. | Divorcio | 73 | 24. | Problemas con Fam. política | 29 |
| 3. | Separación matrimonial | 65 | 25 | Logro personal sobresaliente | 28 |
| 4. | Condena en la cárcel | 63 | 26. | Esposa empieza o deja trabajo | 26 |
| 5. | Muerte familiar cercano | 63 | 27. | Empezar o terminar la escuela | 26 |
| 6. | Lesión o enfermedad personal | 53 | 28. | Cambio en condiciones de vida | 25 |
| 7. | Matrimonio | 50 | 29. | Ajuste de hábitos personales | 24 |
| 8. | Despido del trabajo | 47 | 30 | Dificultad con el jefe | 23 |
| 9. | Reconciliación matrimonial | 45 | 31 | Cambio de lugar de trabajo | 20 |
| 10 | Jubilación | 45 | 32 | Cambio de residencia | 20 |
| 11. | Cambios de salud en familiar | 44 | 33. | Cambio de escuela | 20 |
| 12. | Embarazo | 40 | 34. | Cambios en la recreación | 19 |
| 13. | Problemas sexuales | 39 | 35. | Cambios de labores en iglesia | 18 |
| 14. | Nuevo miembro en la familia | 39 | 36. | Cambio en actividades sociales | 18 |
| 15. | Reajuste empresarial | 39 | 37. | Hipoteca o préstamos menores | 17 |
| 16. | Cambio financiero | 38 | 38. | Cambios en hábitos de sueño | 16 |
| 17 | Muerte de amigo cercano | 37 | 39. | Cambio en número en reuniones familiares | 15 |
| 18 | Cambio de campo de trabajo | 36 | 40. | Cambio en hábitos alimentarios | 15 |
| 19 | Más discusiones con cónyuge | 35 | 41. | Vacaciones | 13 |
| 20. | Problemas por hipotecas | 31 | 42 | Navidad | 12 |
| 21. | Cancelación de hipoteca | 30 | 43 | Infracciones menores de las leyes | 11 |
| 22. | Cambio de nivel en trabajo | 29 | | | |

El riesgo de enfermarse se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas de los acontecimientos sucedidos en los últimos doce meses.

150 o menos: SIN PROBLEMAS significativos.

150 – 199: CRISIS LEVE 33% de posibilidades de contraer una enfermedad.

200 – 299: CRISIS MODERADA 50% de posibilidades de caer enfermo.

300 o más: CRISIS INTENSA 80% de posibilidades de sufrir una enfermedad.

DIFERENCIAS ENTRE ESTRÉS PSICOSOCIAL Y EL ESTRÉS CATASTRÓFICO

□□□

ESTRÉS PSICOSOCIAL

- *Diferentes niveles de estrés.*
- *Posibilidad de cuantificar impacto.*
- *La demanda puede o no rebasar la capacidad de respuesta.*
- *Reacciones físicas conductuales y mentales oscilan de leves a moderadas.*

ESTRÉS CATASTRÓFICO

- *Reacción de estrés rápido e intenso.*
- *Consecuencias impredecibles.*
- *La demanda por lo general rebasa capacidad de respuesta.*
- *Reacciones físicas, conductuales y mentales graves.*

CRISIS

Un desastre natural provoca una crisis porque causa un cambio repentino y significativo en la situación vital de las personas, que conlleva desamparo, sufrimiento y una alteración súbita de los patrones cotidianos.

Las crisis presentan dos momentos:

1. La crisis como un período limitado de desequilibrio psicológico o confusión, de sensación de impotencia e ineficiencia y gran tensión, al encontrarse de un momento a otro con una realidad distinta, en que los soportes afectivos, familiares, sociales y laborales han quedado rotos, con pérdida de efectos materiales, con familiares sobrevivientes que cuidar, muerte de familiares y amigos, etc. El cambio rápido rebasa la capacidad de respuesta del individuo.
2. El cambio repentino se convierte en un período crucial en que la persona debe tomar decisiones, buscando soluciones adaptativas.

□

CRISIS

Período limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital del individuo. Período crucial para la toma de decisiones.

En la primera situación se hace incapie en el desequilibrio psicológico y en el estrés.

En el segundo, en la oportunidad de toma de decisiones. Ambas deben ser consideradas al realizarse una intervención.

El término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad ocurriendo al mismo tiempo (Wilhelm 1967). La palabra inglesa se basa en el griego Krinein que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el que habría un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott, 1968).

Tipos de crisis

1 Crisis esperadas.

Son aquellas que la persona puede prever y por tal razón se enfrentan con mucho más control.

2. Crisis inesperadas.

Son las no predecibles, son mas graves y requieren un plan de abordaje terapéutico urgente.

TIPOS DE CRISIS

| CRISIS ESPERADAS | CRISIS INESPERADAS |
|---------------------------------|--|
| Nacimiento de un niño | Enfermedad o cirugía |
| Matrimonio | Enfrentamiento con una enfermedad grave |
| Graduación | Problemas obstétricos (parto prematuro, óbito fetal) |
| Cuando los hijos se van de casa | Mujeres embarazadas abandonadas |
| Adolescencia | Adolescentes embarazadas |
| Menopausia | Madre de hija embarazada |
| Jubilación | Divorcio |
| Cambio de casa | Muerte del cónyuge |
| Cambio de empleo | Muerte de un hijo |
| Síndrome de abstinencia | Robo o asalto |
| | Violación sexual |
| | Desastres naturales |
| | Accidentes |
| | Pérdida o impedimento de alguna parte del cuerpo |
| | Aborto |

Fases de la crisis

Fase de Shock:

La persona se observa "tranquila", "atontada" o "como ida", lo que no concuerda con la situación. El shock protege a la víctima de mayores sufrimientos. En este caso la persona está utilizando un mecanismo inconsciente de negación (negar la realidad que está viviendo) y los PAD no deberán confrontarlo con la realidad (a menos que esté en riesgo su salud o seguridad), pero si invitarlo a hablar.

Fase de Reacción:

La persona al tomar consciencia de lo sucedido, reacciona con desasosiego, inquietud, ansiedad, ira, frustración, temor, indecisión o rebeldía.

Fase de Procesamiento:

Las reacciones emocionales se hacen cada vez menos intensas con la aceptación de los hechos y la visualización de maneras de solventar los problemas.

Fase de Reorientación:

Con el nuevo cambio vital, se toman decisiones y se reorienta el futuro.

LA CRISIS EN PROCESO



DUELO

Se trata del conjunto reacciones emocionales, conductuales y cognitivas (interpretaciones) que presenta una persona ante la pérdida.

Las pérdidas no solo incluyen muertes de seres queridos sino destrucción de bienes materiales (también simbólicos), desempleo repentino, pérdida de la salud, deterioro del funcionamiento físico, social y laboral.

Desde el punto de vista emocional, la pérdida provoca en una persona un estado inicial de "shock" en donde hay conmoción y aturdimiento, luego aflicción aguda y por último resignación o aceptación.

□

DUELO

Se trata del conjunto reacciones emocionales, conductuales y cognoscitivas (interpretaciones) que presenta una persona ante la pérdida.

El duelo como proceso de resolver la pérdida pasa por las siguientes etapas, las cuales no necesariamente siguen inflexiblemente un orden:

Etapas I: Negación

Las víctimas "olvidan" las pérdidas y buscan conversar de otros temas o se mantiene ocupados, como un mecanismo inconsciente de no recordar los sucedido.

Etapas II: Ira

Las víctimas se sienten frustradas, irritables y coléricos por la situación. Suelen preguntarse ¿porqué a mí?. La ira puede ir dirigida contra sí mismo, un amigo, un vecino, un familiar, personal de socorro, Dios o el destino.

Etapa III: Negociación

En este período hace reflexiones de lo sucedido para reconciliarse consigo mismo, con Dios o los otros seres que lo rodean.

Etapa IV: Depresión

La toma de conciencia plena de la pérdida lleva consigo tristeza, decaimiento, desánimo, insomnio, llanto, trastornos en el sueño y el apetito.

Etapa V: Aceptación

La persona se da cuenta de que los eventos vividos y las pérdidas experimentadas eran inevitables y aceptan que estas experiencias pueden ser sufridas por cualquier ser humano. La "resignación" puede ser una forma inadecuada de resolver esta etapa. Los PAD en una situación de pérdida deberá realizar la intervención en crisis tomando en cuenta estas etapas a fin de ayudar a las personas a que vaya superándolas, ya que puede anclarse en una de ellas y provocar un duelo patológico.

ETAPAS DEL DUELO

- 1. Negación**
- 2. Ira**
- 3. Negociación**
- 4. Depresión**
- 5. Aceptación**

TRAUMA

Un desastre por su carácter catastrófico, se convierte en un episodio traumático y por lo tanto, capaz de provocar en las personas dos tipos de daños:

1. Uno psíquico, al romper las defensas psicológicas en forma repentina y con tanta fuerza que le impide responder en forma eficaz y dejar como secuela un "trauma psicológico".
2. Otro neurofisiológico; cuando los mecanismos cerebrales implicados en el estrés, sufren severas alteraciones por la gravedad del impacto y como consecuencia de ellos se presentan trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentran:

Estrés traumático agudo: se presenta inmediatamente al desastre y es de corta duración. Se caracteriza por un estado de desorganización aguda en la que se incluye conducta disociativa (también psicótica), agitación o inhibición motora, insomnio y fuerte labilidad emocional.

Trastorno de estrés post-traumático: se caracteriza por síntomas persistentes de reexperimentación del evento traumático, de evitación de estímulos asociados con el trauma, de disminución de la reactividad general de la persona y de aumento de la activación.

□

TRAUMA

Un desastre por su carácter catastrófico, se convierte en un episodio traumático capaz de provocar en las personas dos tipos de daños:

- 1. Psíquico***
- 2. Neurofisiológico***

Depresión post-traumática: por lo general se inicia semanas después del evento traumático y se detectan los siguientes síntomas: tristeza, falta de energía y de interés, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades en el apetito y sueño, cansancio, pérdida de la capacidad de disfrutar las cosas y molestias somáticas.

Trastorno de ansiedad generalizada: la persona presenta síntomas de ansiedad y preocupaciones excesivas y de síntomas de tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia.

Abuso de sustancias: por lo general se inicia como un intento de la persona para calmar los síntomas de ansiedad, recurriendo al alcohol, drogas y tranquilizantes.

□

TRASTORNOS PSQUIATRICOS POST-TRAUMA

- 1. Estrés traumático agudo**
- 2. Trastorno de estrés post-traumático**
- 3. Depresión post-traumática**
- 4. Trastorno de ansiedad generalizada**
- 5. Abuso de sustancias**

GUIA PARA LA REALIZACION DE INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL

I. PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL EN LA FASE DE IMPACTO

OBJETIVO:

1. Disminuir el efecto del estrés individual del desastre.
2. Ayudar a aliviar los sufrimientos emocionales.
3. Promover acciones que disminuyan las incertidumbres producidas por el cambio brusco de su vida.
4. Suministrar información racional sobre los acontecimientos.
5. Disminuir la desorganización cognoscitiva.
6. Detectar y remitir los casos psiquiátricos.

LAS ESTRATEGIAS PARA LLEVAR A CABO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL SON:

A. PARA DISMINUIR EL EFECTO DEL ESTRÉS INDIVIDUAL

1. Remueva a la persona de la situación que provoca estrés (ej. personas gravemente heridas) y del peligro.
2. Proporcione abrigo y alimentos.
3. Establezca una buena relación afectiva mostrándole preocupación por ella, proporcionándole apoyo, confianza y seguridad.
4. Confirmele que las reacciones que tiene son normales y pasajeras, por muy desorganizadas que parezcan (esto es en caso de presentar nerviosismo, angustia, miedo, tristeza, retraimiento, insomnio, malestares corporales, etc.)
5. Proteja al afectado de la prensa y de los curiosos.

B. PARA AYUDAR A ATENUAR LOS SUFRIMIENTOS EMOCIONALES

1. En el primer momento del desastre el socorrista solo debe acompañar al afectado sin intentar modificar sus conductas defensivas.
2. Busque un lugar apartado para hablar.

3. MotíVELO a hablar y a expresar sus emociones. Si es necesario introduzca frases como "debe haber sufrido mucho al ver perder su casa", "me imagino la experiencia horrible que pasó al ver que se inundaba su casa y no tener a nadie que le socorriera", "estuvo a punto de morir usted y otros familiares?".
4. Permita expresar sus emociones. Si en ese momento llora, tómele la mano y motíVELO a hablar de lo que le está pasando.
5. AyúDELO a pasar de los sentimientos a los pensamientos, redefiniendo la situación y haciendo énfasis en lo positivo (ej. una víctima del desastre decía: "todo lo perdí, me siento desgraciado, inútil y que no valgo nada". Al redefinir la situación, concluyo: "solo perdí la casa, toda mi familia se salvo, físicamente estoy bien y como usted dice, los nervios me molestaran por poco tiempo, entonces volveré a trabajar y rehacer mi vida y la de mi familia").
6. Evite siempre frases como "hágase fuerte", "usted es una persona valiente", "no llore".

C. PARA DISMINUIR LA DESORGANIZACION PSICOLOGICA

1. Reafirmele que es normal sentirse "aturdido", "que se esta volviendo loco", "desorientado", "confundido", "incapacitado", etc., ante un desastre.
2. AyúDELE a organizar su mente motivándolo a hablar de lo sucedido en forma ordenada: primero que describa los hechos, segundo que narre cuales pensamientos tuvo en el momento del desastre y por último como reaccionó emocionalmente.
3. Oriéntelo en el funcionamiento del albergue (localización de los diferentes espacios, sistemas de alimentación, actividades, etc.)
4. AyúDELE a recordar a familiares o amigos cercanos, para luego contactar con ellos.

D. PARA DAR INFORMACION RACIONAL SOBRE LOS ACONTECIMIENTOS

1. Proporcione información suficientemente objetiva acerca de las condiciones atmosféricas y de la existencia o no de peligros (en Honduras fue motivo de reacciones de pánico colectivo y desalojo innecesario de barrios al darse la noticia de nuevos hundimientos por la presunta apertura de represas de agua).
2. Obtenga información acerca de las condiciones de los familiares que vivían con el damnificado y en el caso de tener que informar de la muerte de un ser querido, hacerlo directamente, dando el nombre de la persona fallecida.

E. PARA PROMOVER LAS ACCIONES QUE DISMINUYAN LAS INCERTIDUMBRES PROVOCADAS POR EL CAMBIO BRUSCO DE SU VIDA

1. Reafirmele que todas las personas en la primera etapa post-desastre se sienten aturdidas e incapaces de afrontar la vida, lo cual es normal y pasajero, pero que más temprano que tarde el potencial interno para enfrentarse a los nuevos cambios resultan siempre efectivas, además de la colaboración de instituciones, familiares y amigos.
2. Ayúdele a encontrar solución a los problemas que vayan surgiendo.
3. Hable de la nueva realidad, de aceptar la ayuda temporal y de participar en las actividades programadas.
4. Que le comente de situaciones pasadas en las que él ha tenido que afrontar crisis de las cuales ha salido exitoso y en base a ello reafirmar su confianza de salir airoso el nuevo reto. (ej. cuénteme usted. ¿alguna vez ha tenido problemas?, ¿cómo lo resolvió?)
5. Ayúdelo a conectarse con las redes sociales de colaboración.

F. PARA DETECTAR CASOS PSIQUIATRICOS

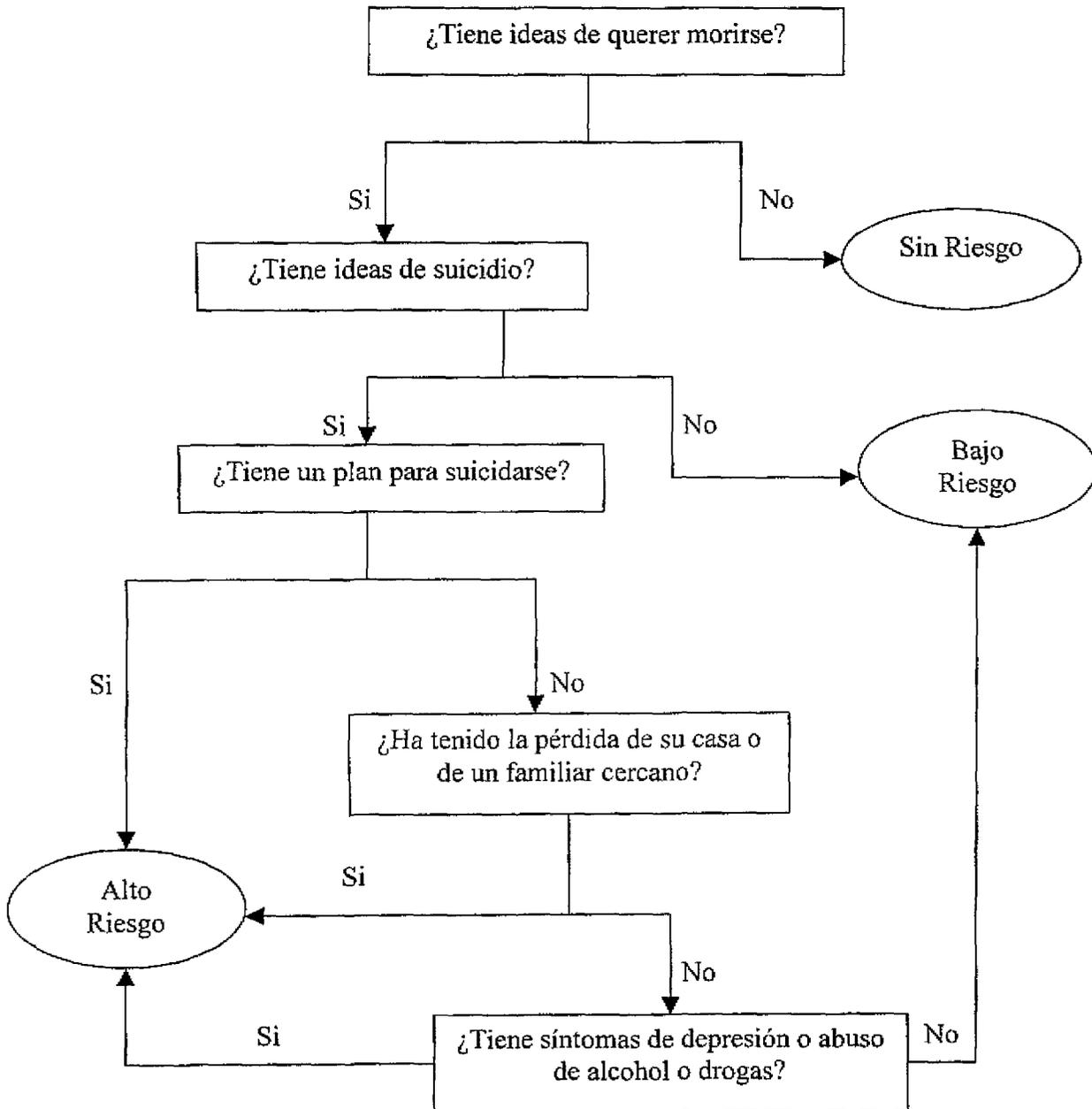
La mayor parte de los afectados no requieren intervención especializada, sin embargo es necesario que los PAD estén capacitados para detectar los casos psiquiátricos y remitirlos para su adecuado manejo.

Para la detección de casos, se requiere hacer uso de la observación personal, información de familiares o vecinos y de preguntas dirigidas. Muchas de las personas con trastornos mentales severos tienen antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Los siguientes casos requieren atención profesional de salud mental:

1. **Personas en riesgo de suicidio.** (ver algoritmo, pag.18) Para evaluar riesgo de suicidio, preguntar a la persona deprimida o muy ansiosa tiene el deseo de morirse o quitarse la vida (por ej. utilice la siguiente pregunta ¿en algún momento ha pensado en morirse o de quitarse la vida?)
2. **Personas con psicosis (locura):** busque síntomas como: hablar solo, manifestaciones de que quieren matarlo o hacerle daño, agresividad, agitación, escuchar voces o tener visiones.

Algoritmo para detectar personas con alto riesgo de suicidio



3. Personas con depresión severa: la persona se mantiene aislada, sin querer levantarse, ni comer.
4. Personas con manifestaciones de violencia o agitación.
5. Personas con abuso de alcohol o drogas.
6. Personas en estado de ansiedad severa.
7. Personas con síntomas de trastorno de estrés post-traumático.

□

**ESTRATEGIAS PARA LLEVAR A CABO
LOS PRIMEROS AUXILIOS
EN SALUD MENTAL**

- A. Disminuir impacto de estrés individual.*
- B. Ayudar a aliviar los sufrimientos emocionales.*
- C. Disminuir la desorganización psicológica.*
- D. Dar información racional sobre los acontecimientos.*
- E. Promover acciones para disminuir incertidumbres provocadas por el cambio brusco de su vida.*
- F. Detectar casos psiquiátricos.*
- G. Otras técnicas de abordaje.*

G. OTROS ABORDAJES

Outreach:

La finalidad de este procedimiento es encontrar a las víctimas y ayudarlas a expresar y comprender tanto el estrés como sus reacciones causadas por el desastre.

Triage

Se refiere al hecho de separar y clasificar a los individuos de tal forma que puedan ser encausados para recibir el tratamiento adecuado.

II. ATENCIÓN INDIVIDUAL DE PERSONAS EN CRISIS

El personal de ayuda debe saber que las crisis son períodos de desequilibrio pero también de toma de decisiones. El período crítico pasará o se resolverá. Si la ayudamos a resolverla, las soluciones serán saludables y con repercusiones positivas para el futuro. Si las dejamos pasar hay el riesgo de tener lo contrario. Si se presentase un agravamiento de su estado emocional (depresión, psicosis, ansiedad, riesgo de suicidio) deberá remitirse a un profesional de la salud mental.

Una crisis puede llevar entonces a los siguientes resultados:

1. El cambio para mejorar
2. El cambio para obtener los niveles previos de funcionamiento.
3. El cambio para empeorar

Para lograr los dos primeros, los PAD utilizarán la técnica de intervención en crisis.

INTERVENCIÓN EN CRISIS:

Se trata de la estrategia que toma lugar en el momento de la desorganización como resultado de los cambios vitales provocados por el desastre. Tiene el objetivo de ayudar a la persona a aminorarle las reacciones emocionales post-traumáticas, a ordenarle su pensamiento y a que tome las mejores decisiones.

□

Resultados de una crisis

1. El cambio para mejorar.
2. El cambio para obtener a los niveles previos de funcionamiento.
3. El cambio para empeorar

GUIA PARA INTERVENCION EN CRISIS

1. Primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden.

Objetivos:

- a. Proporcionar apoyo.
- b. Reducir la mortalidad.
- c. Vincular a la persona en crisis con otros recursos de apoyo.

Pasos a seguir:

- a. Invitar a la persona a hablar.
 - b. Hacerle saber que uno está dispuesto a escuchar sin juzgar y que está en condición de ayudarlo.
 - c. Escucharlo primero y preguntar después.
 - d. Estar atento a los hechos y sentimientos.
 - e. Calmarle con manifestaciones físicas (tomarle de las manos) y hacerle saber el carácter transitorio de la crisis.
 - f. Evaluar riesgo de suicidio (ver algoritmo suicidio, pág.18) y presencia de trastornos psiquiátricos (ver pág 15) y remitirlos para atención profesional.
- ### **2. Terapia en crisis o intervención en crisis de segundo orden.**

Pasos a seguir:

- a. Garantizar la seguridad de la persona.

Los PAD deben garantizar la seguridad física y psicológica del afectado.

- b. Brindar apoyo.

Los PAD tiene que tener la capacidad de brindar afecto corporal, una buena empatía, que incluye desde un tono de voz adecuado hasta hablar siempre con sinceridad y asegurarle que no se encuentra solo en el mundo.

- c. Definir el problema.

Asegúrese de que el problema está bien definido desde el punto de vista del afectado. Una vez aclarado cual es el problema deberá formularlo desde un punto de vista práctico y que permita su abordaje.

- d. Examinar alternativas.

Evaluar alternativas de solución al problema planteado, teniendo el cuidado de que no sea impuesto. El afectado tiene que ayudar a formular las soluciones y

ver que es lo que conviene, aunque usted no esté de acuerdo, exceptuando aquellas formulaciones que arriesguen la seguridad física y psicológica del mismo. En muchos casos la persona sabe que acciones tiene que tomar y simplemente lo que le falta es apoyo para realizarlas.

e. **Planificación.**

Es necesario que el PAD ayude a la persona a tomar acciones inmediatas y positivas para salir de su crisis. Tiene que planificar que va a hacer, adonde va a ir, con quien va a hablar, cuando lo va a hacer, etc., de tal manera que se den pasos cortos, claros y apropiados.

f. **Compromisos.**

Obtener el compromiso de la persona para cumplir su plan de acción, el cual puede ser verbal, pero de preferencia por escrito.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Pasos a seguir:

- a. Garantizar la seguridad de la persona**
- b. Definir el problema**
- c. Brindar apoyo**
- d. Examinar alternativas**
- e. Planificación**
- f. Compromiso**

III. ATENCIÓN GRUPAL

“Debrifin”

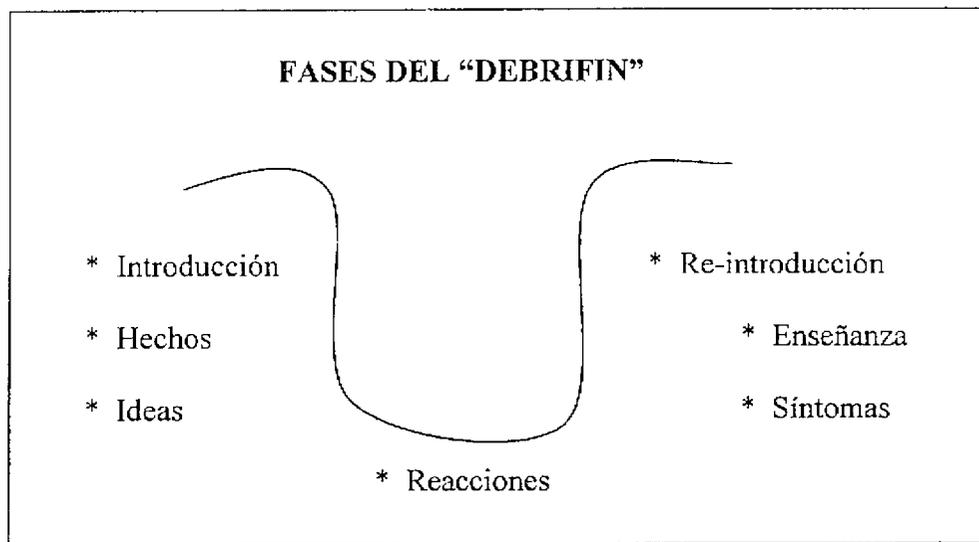
Método de abordaje que permite a los individuos identificar las relaciones causales realistas entre los eventos y las reacciones de manera individual o en grupo, bajo la supervisión de personal capacitado.

Por lo general se celebra unos pocos días después de un incidente crítico o al final de una misión, en la que se informa de uno o varios factores estresantes intensos. Es una oportunidad para que los participantes expresen y compartan sus sentimientos expuestos a los mismos factores estresantes, conozcan las reacciones humanas típicas a las experiencias traumáticas, y analicen estrategias de resolución a su problemática.

OBJETIVOS:

1. Reducir el estrés emocional y físico.
2. Restaurar de manera rápida la funcionalidad individual y cohesión grupal.

□□□



FASES DEL “DEBRIFIN”

Se debe de seguir el siguiente orden:

1. Introducción

Inicialmente se presenta al líder (PAD1), colider (PAD2) y al que tomará el rol de portero (PAD3), explican las reglas de la reunión:

- No se toman notas ni se hacen grabaciones.
- No se programan descansos.
- No se obliga a hablar a nadie pero a todos se recomienda hacerlo.
- Cada orador habla por sí mismo y no por los demás.
- Todas las personas son iguales durante el “Debrifin”.
- No es una crítica a la forma de que se actuó (operacional).
- Se buscan hechos y no defectos.
- Los sentimientos expresados no deben usarse contra el orador o contra nadie más.
- Los líderes (PAD) permanecen disponibles después de la reunión
- Es requisito indispensable la confidencialidad aunque hay que advertir que esto no excusa la responsabilidad legal y moral de reportar violaciones de la ley.

2. Hechos

- El propósito es reconstruir hechos en forma cronológica desde todas las perspectivas.
- El líder comienza anticipándose al evento crítico (ej. "sé lo difícil que es hablar de lo sucedido, pero es necesario hacerlo, nadie estaba preparado para este suceso, hacer un esfuerzo para contar lo que se vivió, le ayudará a resolver su situación crítica “.
- Hacer discusión en círculo.
- Solicitar a cada uno su nombre respectivo y que describa que le sucedió.
- Otros participantes aportan sus observaciones a su debido tiempo.
- El líder (PAD1) pregunta a los que no hablan voluntariamente que hicieron durante el desastre.
- Si surgen desacuerdos pedir las opiniones de los demás.
- Evitar discusiones y no tomar partido.
- Si las ideas y expresiones salen de su control, váyase con la corriente.

- Eventualmente completar y reconstruir los eventos.

3. Pensamientos

- El propósito es personalizar el evento y cambiar el enfoque.
- El líder debe guiar la transición de los hechos a los pensamientos.

- Pedir a los participantes que compartan los pensamientos que tuvieron en los momentos claves durante y después del evento. (ej. ¿Qué pensó al momento de suceder el desastre?, ¿Qué pensó después?)

4. Reacciones

- Identifique y ventile sentimientos y emociones.
- Hacer énfasis en que se debe expresar, escuchar y respetar los sentimientos de cada uno.
- Motive a compartir las “reacciones”, “que fue lo peor del evento”, “escenas difíciles”, “viendo hacia atrás”.
- Detectar, ventilar y dar apoyo a tópicos comunes, sentimientos y percepciones erróneas, culpas (del sobreviviente) o por verdaderos errores.
- Detectar y comentar las culpas hacia sí mismo o los demás, y el enojo hacia los que no ayudan.
- Detectar y comentar sentimientos como “no sentirse lo mismo”, que es “diferente” o “menos” que los demás.
- Confirmar que las reacciones son normales y comunes.
- Los verdaderos errores pueden ser permitidos, perdonados y justificados.
- Asegurarse de que los sufrimientos y malentendidos no sean ignorados o negados.

5. Síntomas

- Motivar a que expresen las respuestas personales al estrés físico.
- Ayudar a que expresen sus vivencias emocionales como reacciones físicas.
- Los participantes dicen como reaccionaron sus cuerpos al evento.
- Legitimizar como normales las reacciones físicas y conductuales.
- Los síntomas físicos incluyen problemas gastrointestinales, urgencia urinaria, pérdida del control de esfínteres, pérdida del interés y del deseo

sexual, palpitaciones, dificultad para respirar, dolores musculares o sobresaltos, insomnio y agotamiento.

- Los síntomas psicológicos incluyen pesadillas, pensamientos recurrentes, problemas para concentrarse, de memoria, embotamiento e irritabilidad.

6. Enseñanza

- Enseñar el proceso normal del estrés (Que los síntomas del estrés pueden durar un tiempo).
- Enseñar el manejo del estrés y entrenarlos en estrategias de enfrentamientos.
- Ayudar al proceso de duelo.
- Manejar la irritabilidad.
- No anticipe o prediga una discapacidad a largo plazo.
- Si el sufrimiento continúa hay que trabajar con él, y ser activo.
- Aconsejar que busque la mejor persona con quien pueda hablar.

7. Re-introducción

- Completar y cerrar su participación.
- Tener un profesional de salud mental que pueda dar seguimiento.
- Promover actividades grupales de autoayuda.
- Los líderes (PAD) deben estar disponibles para hablar con personas.
- Finalizar dándole la mano a todos los participantes, haciéndole un comentario breve a cada uno.
- Asignar a un líder (PAD) para dar ayuda individualizada al más afectado.
- Compartir el refrigerio.

Actividades de los líderes Post “Debrifin”

- Repasar y evaluar.
- Enterarse de lo que cada uno piensa en el grupo.
- Hablar sobre el seguimiento de los participantes que más le preocupan.
- Dialogar como les afectó la reunión y asegúrese de que el grupo esté bien.

Roles

- El líder del grupo debe ser un profesional de salud mental, que es responsable del bienestar psicológico global del grupo, que pueda propiciar la participación y manejo de la discusión y dar enseñanza.
- El colider es un compañero que asiste al profesional de salud mental en el "Debrifin", con capacidad de empatía y de dar seguimiento a las personas con problemas.
- El líder (PAD3) es un compañero que previene la entrada de personas ajenas al grupo, motiva a regresar a aquellos que deciden irse y se involucran en la relación de persona a persona
- El guía espiritual, da apoyo espiritual, no da sermones y restaura la fe cuestionada.

IV. INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN NIÑOS VICTIMAS DE DESASTRES

Objetivos:

1. Ayudar a manejar la situación de crisis, estrés y pérdida.
2. Reestablecer la seguridad emocional.
3. Restaurar la capacidad de funcionamiento

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN NIÑOS

- 1 Brigadas de "outreach"
- 2 Intervención en crisis
- 3 Dinámicas lúdicas
- 4 Psicoeducación a la familia
5. Psicoeducación a los profesores

Estrategias:

1. Brigadas de "outreach".

Los PAD en la fase de impacto buscaran a los niños afectados para ayudarlos a expresar y comprender las reacciones de estrés y pérdida causados por el desastre. Puede hacerse en forma individual, pero se recomienda realizarlo en grupos, compartiendo un refriero

2. Intervención en crisis.

La intervención en crisis se puede hacer en niños mayores siguiendo el modelo “debriefing” o hacerlo individualmente tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- a. Reestablecer la seguridad emocional del niño. Para el niño es normal la rutina de levantarse, comer a su hora, ir a clases, jugar y relacionarse con sus familiares; pero con el desastre esto se altera, la seguridad se pierde y consecuentemente reacciona con temor.
- b. El apoyo emocional y seguridad del niño depende de la familia, de tal manera que el PAD debe involucrarse en reorganizar, reorientar y poner en funcionar la familia
- c. El niño se siente mejor si comparte sus sentimientos, temores y pérdidas

3. Dinámicas lúdicas.

Los PAD deben reunir pequeños grupos de niños para que a través del dibujo, juego, cuentos, etc den la oportunidad de exponerlos a los elementos de un desastre, revivir los acontecimientos y manejarlos

4. Psicoeducación a los familiares.

Los padres deben conocer las reacciones físicas y emocionales de los niños después de un desastre para que sean comprendidas, toleradas y bien manejadas. Después del desastre los niños rehúsan a ir a la cama, les cuesta dormirse, se despiertan frecuentemente y tienen pesadillas. Desarrollan miedos a diferentes objetos y situaciones (ejemplo lluvia, truenos, oscuridad, escuela). Presentan conductas regresivas como prenderse de sus padres, mojar la cama y chuparse los dedos.

Debe aconsejarse a los padres que sean tolerantes a estos comportamientos, que no deben regañarlos, apenarlos y mucho menos castigarlos. Que deben acompañarlos a sus hijos a la escuela si rehúsan ir a clases, y estar pendientes de ellos por las noches. Que frecuentemente les den seguridad (ejemplo: “estamos juntos; no tienes que preocuparte”) y en el caso que el niño manifieste miedo que no vacilen en decirle que ellos también lo han tenido

REACCIONES DE LOS NIÑOS DESPUÉS DE UN DESASTRE

| Reacciones psicológicas: | Reacciones físicas: |
|--|-------------------------------|
| Temores, miedos, ansiedad, irritabilidad, tristeza, sobresaltos y rabietas | Trastornos del sueño |
| Juegos violentos | Trastornos de la alimentación |
| Conductas regresivas | Trastornos de la evacuación |
| Problemas de aprendizaje | Dolores |

5. Psicoeducación a los profesores

Los profesores deben conocer que los niños después de los desastres presentan cambios de conducta como volverse impertinentes, distraídos y sin interés de aprender. Se le recomienda ser tolerantes a la vez que tienen que hacer dinámicas grupales de tipo lúdico o utilizando el "debriefing"

V. ATENCION PARA EL PERSONAL DE RESCATE Y DE LOS COLABORADORES EN LA ATENCION DE VICTIMAS DE DESASTRES.

Introducción:

El personal de rescate y los colaboradores en la atención de las víctimas de desastres están expuestos a estrés, pudiendo producirse trastorno de estrés post-traumático, depresión, signos de agotamiento y abuso de sustancias. De hecho tienen personas sin precedentes por su deseo de ayudar a satisfacer las necesidades de las víctimas, motivo por el cual se deben realizar esfuerzos de apoyo psicológico y prevención de trastornos en su salud mental.

Recomendaciones:

- ♦ Capacitación constante al personal de rescate dirigido a la protección del estrés.
- ♦ Hacer conciencia sobre las ideas o actitudes de omnipotencia de alto riesgo que se puedan presentar (ej Ideas heroicas, de permanecer en actividad constante, que descansar signifique desinterés, etc.)

- ♦ Realizar labores por turnos para permitir descanso.
- ♦ No consumir sustancias psicoactivas (alcohol u otro tipo de drogas)
- ♦ Después de cada misión realizar un "Debrifin".

BIBLIOGRAFÍA.

1. Raquel Cohen, Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores Manual moderno. OPS. 1999.
2. Raquel Cohen, Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores Manual moderno OPS. 1999.
3. Joseph O Prewitt. Primeros auxilios psicológicos. Cruz Roja Americana. 2001.
4. Comisión Nacional Interinstitucional de Salud Mental en Situaciones de Desastre (CONISAMED) Lineamientos generales de intervención ante situaciones de emergencia (Crisis). Material educativo. 1998
5. Bruno Lima. Desastres. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría Editorial Panamericana
6. J. Américo Reyes Ticas. Salud Mental en casos de desastre: Criterios diagnósticos y abordaje en salud pública. Curso Centroamericano de preparación de emergencia y desastres, dirigidos a ONGs italianas Honduras, 2001
7. J. Américo Reyes Ticas Manejo psicológico de las víctimas de desastres. Memorias del Tercer congreso Latinoamericano de Neuropsicofarmacología. Venezuela, 2001
8. Julian Melgosa. Sin estrés Editorial Safeliz. España. 1995
9. Ariel Y Shalev. Estrés traumático y sus consecuencias: Manual para el personal de asistencia profesional. OPS. 2000.
10. Raquel E. Cohen, Frederick L. Ahern. Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres OPS 1980.