

Módulo de Salud Mental y  
Gestión del Riesgo

# Atención Psicológica en Situaciones de Desastre

*Curso Líderes 2002*

# Objetivos

- Describir las actividades de Salud Mental en la Gestión del Riesgo.
- Identificar las acciones de Salud Mental apropiadas para el personal de socorro, damnificados y familiares ante una situación de Desastre.
- Profundizar el concepto de resiliencia.

# El Enfoque de Gestión del Riesgo

## Enfoque de Gestión del Riesgo:

Enfoque alternativo que pasa del énfasis del evento al empoderamiento de las comunidades como gestores de desarrollo. Considera que muchas comunidades se encuentran en situación permanente de riesgo, y asume que todos los actores sociales son agentes de cambio capaces de manejar el riesgo en sus localidades, antes de que ocurra un desastre.

El enfoque de Gestión del Riesgo enfatiza los siguientes factores:

- Consideración de los desastres en las agendas para el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.
- Concepción del desastre como riesgos no manejados, y el papel de los actores sociales como agentes capaces de transformarlo.

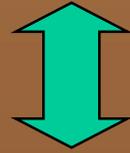
● Rescate de la experiencia colectiva y la organización comunitaria, como un factor protector para la prevención de los desastres. -

● Asignación de recursos para la disminución de vulnerabilidades.

●Asignación de recursos para la atención de la emergencia, integrando los recursos comunales en la solución.

●Promoción de estrategias de prevención del desastre, a la par de la preparación de la respuesta.

Gestión Local para la Reducción del Riesgo

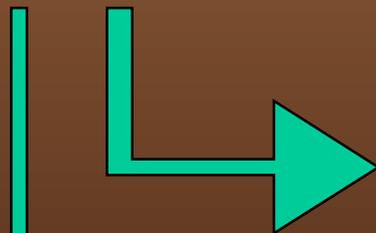


Enfoque de Salud Mental Comunitario

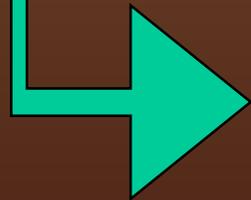
Sector Salud



Actor social en la Gestion para  
- la reducción del Riesgo



Sistema local de Salud



Enfoque de Salud Mental Comunitaria

# La dimensión comunitaria de los desastres

La comunidad es un sujeto colectivo que se constituye y desarrolla a partir de su historia y sentimientos de identidad y pertenencia . Un desastre es un hecho colectivo, debido a que tiene un impacto en el entorno inmediato de las personas.

Por ello, las nociones de estrés, crisis, pérdida, duelo y trauma se deben concebir no solamente desde lo individual, sino dentro del contexto de la comunidad.

● Dentro de los grupos hay elementos a tomar en cuenta: los vínculos entre las personas, el imaginario social individual y colectivo, la historia de la comunidad, el esquema mental de la comunidad, y la autopercepción de sus miembros.

● Conocer los antecedentes de la vida diaria de la comunidad, antes de un desastre, ayuda a entenderla y trabajar en ella cuando aquel se produce.

● Es fundamental conocer la historia de la comunidad y la forma como las personas se relacionan, ya sean vínculos de solidaridad o de conflicto.

● Con el desastre los vínculos de las personas cambian.

● Junto con la atención de las necesidades de techo y alimentación, las personas y las comunidades necesitan de atención psicológica.

El impacto de un desastre sobre la comunidad implica lo siguiente:

- Se produce un rompimiento brusco de la vida de las personas y de la comunidad.
- Las pérdidas no son las mismas para todas las personas y los grupos.
- La vivencia y los efectos no son iguales para todas las personas y grupos que existen en la comunidad.

● En muchas ocasiones, las personas en las comunidades afectadas asumen posiciones de actores sociales frente a la crisis, utilizando sus propios recursos.

● La comunidad debe concebirse y autopercebirse como una entidad activa ante la ocurrencia de un desastre.

# Trabajando la Salud Mental en las comunidades

---

## Salud mental:

Es un proceso que integra varias dimensiones del ser humano: lo biológico, lo psicológico (pensamientos, sentimientos, percepciones, actitudes, valores, formas de interacción y de comunicación, amor y sexualidad), lo sociocultural, las condiciones de existencia material, la realización laboral y otras.

Debido a lo anterior, salud mental no es sinónimo de ausencia de enfermedad. Tiene como propósito el fomento, en las personas y en sus vínculos, de un pensamiento lúcido, una afectividad positiva, autoestima y un quehacer personal que les permita realizar sus aptitudes, habilidades e intereses creativos.

## Salud mental comunitaria:

Las comunidades locales son importantes para la producción social de la salud, debido a que en ellas es posible relacionar los problemas de salud que se producen en situaciones de desastre con procesos subyacentes más complejos.

Los elementos que caracterizan a la salud mental comunitaria son:

● La construcción de vínculos coparticipativos entre las comunidades y las instituciones de servicio, mediante perfiles de actuación llamados “sistemas locales de salud”.

● El papel innovador de los trabajadores de atención primaria (promotores, facilitadores), para fortalecer la participación de la comunidad.

● La actuación de equipos especialmente formados para tales efectos, como serían los equipos básicos de atención en salud.

● La producción de una tecnología ajustada a las necesidades y recursos disponibles.

El principal objetivo de la salud mental comunitaria es la aplicación práctica de dichos principios al fomento integral de la salud mental, así como la atención primaria de los problemas de salud mental.

# Organización de las acciones de Salud Mental en prevención de desastres

## **Los objetivos del plan de Salud Mental Comunitaria en situaciones de Desastre son:**

- El aumento de la resolutiveidad psicosocial del personal de Salud Mental especializado y no especializado.
- Aumentar la cobertura de los Servicios de Salud Mental ante situaciones de desastre.
- Los servicios deben brindarse en los contextos cotidianos de las poblaciones: albergues, centros educativos, centros religiosos y las propias casas.

# Plan de Salud Mental en Desastres debe contemplar:

Capacitar a personal especializado en Salud Mental en los efectos psicosociales de los desastres.

Ampliar el Modelo de atención especializado en Salud Mental para coordinar con el Modelo de atención en la Comunidad (referencia, contrareferencia).

Los especialistas en Salud Mental deben capacitar al personal no especializado (médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria, agentes comunitarios).

Coordinar formas de registro, evaluación y seguimiento.

Los agentes promotores son los encargados de trabajar la temática de Salud Mental en las comunidades. Sus principios orientadores son los siguientes:

● Entender y comprender los procesos psicosociales que se generan en las comunidades impactadas por desastres.

● Identificar y reconocer los factores de riesgo y los factores protectores presentes en las personas afectadas por desastres.

● Identificar actores sociales claves para el trabajo en salud mental.

● Promover la organización en las comunidades de diversos agentes de salud mental que pueden desarrollar recursos de promoción de la Salud Mental.

● Identificar grupos de riesgo o en alta vulnerabilidad.

● Diagnóstico participativo:  
modificar el diagnóstico individual  
y psicopatologizante por el  
participativo, grupal y de contexto.

● Potenciar los recursos  
comunales a través del personal  
no especializado en Salud Mental  
que haya recibido entrenamiento  
para intervención en crisis y  
manejo del duelo

Como parte del trabajo en Salud Mental comunitaria, se debe capacitar personal no especializado de la comunidad para que brinden atención psicosocial y trabajen en el proceso de gestión de riesgo.

## Este personal lo integran:

- Médicos generales, técnicos en atención de emergencias médicas, enfermeras, trabajadores sociales, técnicos de atención primaria en salud.
- Socorristas, rescatistas, bomberos, policías, ayuda humanitaria, líderes comunales, líderes religiosos, profesores y maestros.
- Miembros de los comités locales de emergencia.

Estos actores deben recibir un proceso de capacitación, supervisión y seguimiento en atención psicológica. El proceso es coordinado por el sistema local de salud, con el apoyo del personal de salud mental especializado:, psicólogos, psiquiatras, enfermeras con especialidad en salud mental, trabajadores sociales con experiencia en salud mental y otros.

Los actores no especializados ,  
una vez capacitados, trabajan en  
los siguientes ámbitos:

- Conocer la problemática de salud mental que se genera en situaciones de desastre.
- Planificar, desarrollar y ejecutar el plan de atención en salud mental en situaciones de desastre a nivel local.
- Capacitar, organizar, supervisar y dar seguimiento a las acciones desarrolladas por personal no especializado en salud mental en situaciones de desastre.

- Brindar atención psicológica de primer orden o intervención en crisis en situaciones de desastre.
- Filtrar pacientes hacia niveles más especializados de atención en salud mental.
- Velar por la salud mental al interior de los mismos equipos básicos de salud, identificando factores y conductas de riesgo y fomentando el autocuidado.

# Intervención en salud mental con la población

—

Estos servicios de atención en  
salud mental se dirigen a:

● Población que reside en albergues.

● Población que labora en instituciones de la comunidad (escuela, oficinas gubernamentales, etc.).

● Personas que se han dedicado a atender la emergencia (trabajadores de salud, agentes comunitarios, líderes, población que está ayudando en brigadas de rescate, etc.).

● Población de la comunidad que aún vive en sus casas o en lo que quedó de ellas.

Toda esta población debe tratarse  
tomando en cuenta las  
particularidades de género, edad,  
clase social, etc.

Primeramente, se debe valorar el estado de salud mental de las personas. Para ello se toma en cuenta:

- Aspectos cognitivos.
- La experiencia vivida durante el evento.
- Consecuencias del evento en la vida personal y familiar.
- Aspectos emocionales.
- Ruptura de la cotidianidad.
- Aspectos de la historia personal.
- Relaciones interpersonales.
- Aspectos de comportamiento y acción.
- Autoconcepto y autoestima.

La atención en salud mental busca que las personas y grupos afectados puedan hablar de todos estos aspectos; que puedan conversar juntos y reconocer sus sentimientos, conductas, pensamientos y formas de relación a raíz del desastre. Esto les posibilita “descargar” las vivencias y emociones que tienen contenidas, a través de la palabra u otros medios (el juego, por ejemplo, en los niños).

Los grupos más vulnerables  
ante una situación de  
desastre

Dentro de una comunidad, las personas damnificadas se ven afectadas de mayor o menor magnitud si:

- Han experimentado vivencias traumáticas previas.
- Están en riesgo a causa de enfermedades recientes.
- Experimentan estrés y pérdidas graves.
- Pierden su sistema de apoyo social y psicológico.
- Carecen de habilidades para la resolución de problemas.

Entre las personas y grupos afectados por un desastre y sus consecuencias, se conforman determinados grupos de riesgo, según particularidades de edad, género, clase social y otras. Estos grupos ameritan atención específica. Entre ellos se encuentran:

Adultos mayores: suelen tener dificultades para enfrentar las implicaciones de un desastre. Sus principales síntomas después del evento son la depresión y la sensación de impotencia. En algunos casos se manifiesta una ausencia de motivación para la reconstrucción de vida.

Niños y niñas: se les dificulta más comprender lo ocurrido por el desastre. Tienden a manifestar dificultades emocionales, problemas de conducta en el hogar o la escuela, fobias, trastornos del sueño, pérdida del interés en la escuela y conductas negativas.

Personas con antecedentes de enfermedades mentales: se dan frecuentes recaídas como resultado del estrés adicional o de las dificultades en la obtención de medicamentos.

Personas que experimentan crisis vitales en el momento del desastre: divorcio, desempleo, adolescencia, entre otras.

Mujeres y hombres: Por su condición de género, los hombres y las mujeres no reaccionan ni enfrentan de la misma manera las situaciones de desastre. Esto los constituye en grupos de riesgo con características diferentes.

Clase social: Los sectores más desprotegidos y de menores recursos son los más golpeados en lo inmediato y a futuro por el desastre. Los recursos para mitigar y reconstruir no son iguales para las comunidades más pobres.

# Los efectos psicológicos de los desastres

Diversas experiencias han determinado los siguientes efectos psicológicos como los más comunes:

- Alteraciones del sueño.
- Trastornos en la memoria.
- Agotamiento físico y psicológico.
- Entorpecimiento psíquico.
- Desensibilización por la experiencia.
- Negación y aislamiento afectivo.
- Desesperación y angustia.
- Miedo y conducta hiperalerta.
- Disminución de la confianza.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Impresión y ansiedad hacia la muerte.
- Desesperanza y vacío.
- Violencia Intrafamiliar.

- Irritabilidad.
- Depresión y ansiedad.
- Síntomas fóbicos, neurosis y psicosis.
- Duelos no resueltos por pérdidas.
- Reacciones somáticas (vómitos, diarreas, sudoración, hipertensión, etc.).
- Estrés post – traumático.
- Inseguridad y temor.
- Trastornos en el modo de vida.
- Pérdida del interés en actividades que previamente eran gratificantes.
- Alteración de la vida sexual.
- Abuso de alcohol y drogas.

Es importante destacar que estas reacciones son normales ante situaciones anormales, y que, así como aparecen reacciones de este tipo, también se encuentran manifestaciones de solidaridad y ayuda. Muchas de las operaciones iniciales de rescate ante un desastre son organizadas por los propios afectados.

La experiencia en el campo ha permitido distinguir en las personas cuatro sentimientos predominantes ante una situación de desastre:

Desprotección:

Miedo, sensaciones de peligro, de estar desamparado, amenazado, a merced de fuerzas que no se pueden controlar.

**Impotencia:**

Sensación de no poder con la situación; pérdida de la propia estima y pensamientos negativos como “no puedo”, “no hay solución”.

**Destrucción y muerte:**

**Sensaciones de que todo será destruido, con la correspondiente carga de angustia y terror.**

Omnipotencia:

Sensaciones y actitudes de negación: “lo que pasó no me afecta en nada”, “no necesito hablar de nada de lo ocurrido”.

Estas ansiedades y fantasías se experimentan en forma personal y colectiva, afectando de distinta manera a las personas y grupos.

Aunque todas las personas vivieron el desastre, no todas reaccionan de la misma manera.

Las reacciones difieren dependiendo de la historia personal, creencias, características culturales, redes de apoyo y pérdidas específicas que se tienen.

La práctica de los profesionales en salud mental ha conducido a considerar diversos factores relacionados entre sí, en lo referente a la conducta después de la catástrofe:

Estrés:

Tensiones reactivas físicas y emocionales que pueden derivarse de eventos objetivos, estímulos externos o ambas, denominados factores estresantes.

## Crisis:

Período temporal en el que se rompe bruscamente la vida cotidiana de una persona, grupo o población, debido a un evento desencadenante. Ante esta situación, las personas cambian su manera habitual de comportarse, para hacer frente a los efectos.

## Trauma:

Es la ruptura de los procesos psicológicos de la persona, que se puede basar en experiencias muy dolorosas o impactantes. Se enlazan con la historia personal, lo cual explica por qué aunque la situación que lo originó haya desaparecido, el trauma podría ser recurrente.

## Pérdida:

Suele enfocarse en la muerte, pero puede abarcar la destrucción de bienes materiales, desempleo, discapacidad física, pérdida del entorno social, así como la separación respecto a los seres amados.

Duelo y pena:

Procesos emocionales que se derivan de la experiencia de la pérdida. El proceso de duelo hace que la persona pase por los estados de choque emocional, aflicción aguda y aceptación.

## AFRONTAMIENTO/ RESILENCIA

La resiliencia es la capacidad de afrontamiento positivo de experiencias traumáticas que causan daño emocional individual o colectivo.

**El impacto de los efectos y consecuencias que tienen las catastrofes colectivas están mediadas por:**

**Variables de tipo personal (tendencias individuales para afrontar dificultades emocionales):**

- Rasgos de personalidad.
- Actitud hacia las experiencias (percepción de los hechos).
- Historia personal.
- Sensación de control (manejo de emociones).
- Formas de comunicación.
- Mecanismos de defensa.
- Afrontamiento de estrés y de tensión.
- Elaborar y dar sentido a la experiencia (validar, reconocer y entender).
- Capacidad de compartir las experiencias (vivencias y emociones).

## Factores sociales:

- El significado de los hechos a partir del contexto histórico, político y social.
  - Atribución de los hechos a partir de la intersubjetividad colectiva.
  - La cohesión grupal.
  - Las redes de apoyo social (sentido de comunidad).
  - Apoyo institucional.
  - Posibilidad de dar sentido al a experiencia colectivamente.
- Información que se posea para la toma de decisiones.
  - Manejo de la información y de los rumores.
  - Factores religiosos o espirituales.
  - Factores ideológicos, culturales y étnicos.
  - Contar con espacios colectivos para elaborar y dar sentido a la experiencia.
  - Ayuda humanitaria.

# La Intervención en Crisis

Es la primera ayuda psicológica que recibe la población afectada por una crisis o por un trauma, como los generados por un desastre. Son “primeros auxilios psicológicos”, y quienes la llevan a cabo no son necesariamente profesionales en salud mental.

En la intervención en crisis se facilita la expresión y la comprensión de las emociones dolorosas, para así reducir la vulnerabilidad psicosocial de la población.

Para ello se proponen los siguientes objetivos:

- Manejar y reducir el miedo y la aflicción en la población.

● Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población como consecuencia del desastre.

● Prevenir, atender y rehabilitar los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta de la situación del desastre en sus diferentes etapas.

La intervención en crisis se realiza en varios niveles: individual, grupal y referido a poblaciones específicas.

## Intervención en crisis en el nivel individual:

- Primero se establece un contacto psicológico con la persona. Esto es, que sienta la confianza para descargar sus sentimientos y contar lo que le ocurrió durante el evento.

● Segundo, se valora el daño emocional, los riesgos y se analizan las dimensiones del problema.

● Tercero, se realiza un proceso de seguimiento y referencia. La intervención debe finalizar con un plan de acción a seguir.

## Intervención en crisis con grupos y familias:

- Se trabaja mediante los puntos básicos del trabajo individual, sólo que la descarga de sentimientos se hace en forma colectiva. Todas las personas hablan de sus experiencias en torno al desastre.

●Primero, se establece el contacto psicológico grupal, en el que todos los miembros del grupo cuentan su experiencia.

●Segundo, se retoman las reacciones del grupo y se comparten, de tal manera que los integrantes se sientan identificados. Luego se les brinda elementos acerca de algunas reacciones psicológicas esperables ante un desastre.

● Tercero, se exploran con el grupo las preocupaciones más importantes en el momento, con el propósito de ayudar a establecer prioridades.

● Como punto importante, se intenta fortalecer las redes de apoyo y la solidaridad entre las personas, lo cual genera identificación y confianza.

## Intervención en crisis con población infantil:

- Para ayudar a los niños y las niñas en una situación de desastre, se parte de su edad y de los recursos afectivos y cognoscitivos que tienen.

● Se trabaja con medios que se adapten más a la mentalidad infantil, tales como historias, cuentos, relatos, juegos, dibujos, títeres, etc. Estas técnicas facilitan la expresión de sentimientos y la reconstrucción del suceso.

## Intervención en crisis con adultos mayores:

- Se trabajan los mismos contenidos de la intervención en crisis, de una forma más personalizada y tomando en cuenta las necesidades y posibles limitaciones existentes.
- Se intenta establecer rutinas cotidianas lo más pronto posible.

## Intervención en crisis con personas que presentan trastornos mentales:

- Los principios básicos de la intervención en crisis de primer orden son válidos para este tipo de poblaciones.

● Si se observan ideas extrañas, alucinaciones, pensamiento desorganizado, delirios de persecución, se debe referir a la persona para que sea valorada por un profesional especializado en salud mental.

# El trabajo psicológico ante los procesos de pérdida, muerte y duelo

Es conveniente que las personas que han sufrido pérdidas, desde materiales hasta de seres queridos, tengan la oportunidad de conversar sobre sus vivencias y sentimientos.

Los agentes comunitarios pueden brindar ayuda importante a las personas en este tipo de situaciones.

Algunos parámetros que se siguen son los siguientes:

● Los principios de la intervención en crisis, especialmente los que se refieren al contacto psicológico, son válidos en estos casos.

● Se reviven con la persona las circunstancias de la muerte del ser querido, así como la necesidad de que celebre el funeral de acuerdo con sus creencias religiosas y costumbres culturales.

● Se permite a la persona que hable sobre el ser querido que falleció, mediante recuerdos, relaciones, significado de la persona, etc. -

● Se escucha con una actitud de paciencia para escuchar varias veces el mismo relato, así como de tolerancia al llanto y la queja.

● Si el cuerpo de la persona desaparecida no se ha encontrado, puede presentarse la angustia por la búsqueda, lo cual lleva al doliente a buscar en los escombros de forma reiterada. Ante esto se recomienda tolerancia, dado que es un proceso de aceptación más lento que en los procesos de duelo en donde aparece el cuerpo.

● Se debe estar preparado para enfrentar el síndrome del sobreviviente, que consiste en la vivencia de imágenes de muerte, recuerdos, impresiones, ansiedad, culpa por estar vivo, depresión y aislamiento.

La salud mental del personal  
que atiende las emergencias  
por desastre

En el personal que atiende desastres, se han detectado factores de riesgo en salud mental, que deben ser abordados adecuadamente. Algunos se citan a continuación:

● Largas jornadas laborales sin períodos adecuados de descanso, lo cual no les permite alimentarse o dormir en la cantidad y la calidad adecuada.

● Estar expuestos a factores de riesgo para su integridad física y emocional (por ejemplo, tener que rescatar a personas arriesgando su propia vida).

● Ver lesionarse gravemente o morir a miembros de su equipo.

● Sentirse culpable por no responder a todas las demandas a las que se ve sometido, por ejemplo, intentar salvar personas y fracasar.

● No contar con los medios materiales o humanos necesarios para atender la emergencia.

● Expectativas, exigencias y demandas muy altas sobre sí mismos, así como demandas externas que sobrepasan sus capacidades.

● Tener sentimientos de impotencia u omnipotencia ante la situación (desde “yo no puedo hacer nada”, hasta “a mí no me va a pasar nada”).

● No tener información sobre familiares o seres queridos que pueden haber sido afectados por el evento.

● Conflictos interpersonales al interior del equipo, como la deficiente distribución de tareas, críticas destructivas, problemas de comunicación, etc.

● El enfrentarse a tantas muertes los hace verse impactados por los procesos de elaboración de duelo de las personas sobrevivientes, lo cual causa impacto en ellos mismos.

Todos estos factores de riesgo que se generan en los grupos que atienden situaciones de desastre, se abordan por medio del trabajo en autocuidado, haciéndolos evidentes y promoviendo estrategias para su adecuado enfrentamiento.