



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la*  
**Organización Mundial de la Salud**

*Area de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorros en Casos de Desastres*

*Unidad de Salud Mental y Programas Especializados*

**GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD MENTAL EN  
SITUACIONES DE DESASTRES Y EMERGENCIAS EN LOS PAÍSES CENTROAMERICANOS**

**Octubre, 2003**

## I. INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas se ha hecho más evidente la importancia del componente psicosocial en las estrategias de intervención para la prevención, mitigación y atención de los desastres. También resulta indudable que en los últimos años los gobiernos y sociedades centroamericanas le han concedido mayor relevancia al tema de la salud mental y se ha evidenciado, en alguna medida, la voluntad política para priorizarlo. La mayoría de los países centroamericanos realizan esfuerzos por reorientar los servicios psiquiátricos y desarrollar modelos centrados en la Atención Primaria en Salud, desplazando al hospital como eje fundamental de la asistencia especializada.

La incorporación del tema de gestión del riesgo entendido desde la perspectiva no sólo de la amenaza, sino de la vulnerabilidad, ha contribuido a fortalecer esta forma de abordaje comunitario de la salud mental que utiliza preferentemente los espacios de trabajo grupal. Pero, también, resulta indudable que el tema de la salud mental en situaciones de desastres, aún no se ha trabajado con suficiente amplitud y profundidad.

La OPS/OMS, desde abril del 2000, inició la ejecución del “Proyecto Centroamericano para la Reducción de la Vulnerabilidad frente a los Desastres en los países afectados por el Huracán Mitch”, el cual ha centrado sus esfuerzos en tres componentes: la organización comunitaria en situaciones de desastres, la reducción de la vulnerabilidad en las instalaciones de salud y el fortalecimiento de la capacidad del sector salud en materia de prevención, preparación y mitigación de desastres.

También la OPS/OMS ha trabajado desde hace varios años en el Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres en todos los países de la región, logrando desarrollar y fortalecer la capacidad de respuesta del sector ante situaciones de desastres y trabajado en procesos de prevención, preparación y mitigación de desastres. Además se ha fortalecido la organización comunitaria y reducido la vulnerabilidad en las instalaciones de salud

El presente documento se enmarca dentro de las acciones del Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres, desarrolladas por la OPS/OMS en todos los países de Centroamérica. Su propósito fundamental es proporcionar el marco referencial y metodológico para la elaboración de los Planes de Salud Mental en situaciones de Desastres, a nivel nacional.

## II ANTECEDENTES

Los países centroamericanos han sufrido históricamente múltiples eventos traumáticos como desastres naturales (huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, etc.) y conflictos armados internos (como los de Guatemala, Nicaragua y El Salvador) en un contexto de altos niveles de pobreza e inequidades sociales. Como consecuencia de lo anterior, en la región se han desarrollado numerosas experiencias de atención psicosocial en diferentes situaciones; las lecciones aprendidas han sido muchas.

Previo a la elaboración de este documento se realizó una evaluación de la situación existente en el tema, en las naciones del Proyecto de “Reducción de la Vulnerabilidad frente a los Desastres en los países afectados por el Huracán Mitch”. A tales efectos se desarrollaron reuniones de consulta en Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Honduras. A continuación se enumeran de forma resumida las principales debilidades y fortalezas identificadas, y que fueron comunes a la mayoría de los países.

### **Fortalezas o condiciones de viabilidad para el desarrollo del Plan:**

- Disponibilidad de profesionales especializados (psiquiatras y psicólogos) capacitados en el tema de gestión del riesgo. Se evidenció motivación y sensibilización del personal de salud mental para abordar el tema de los desastres.
- Existen educadores preparados en el tema de salud mental y desastres; también se muestra interés, por parte de las Universidades, en contribuir a los procesos de capacitación.
- Existencia de convenios interinstitucionales para la formación de recursos humanos.
- En la mayoría de países, de alguna manera, se han descentralizado recursos y servicios de atención en salud mental hacia el ámbito local. Se han creado algunas Unidades de Salud Mental en la Atención Primaria y en Hospitales Generales.
- Existen diagnósticos previos en los cuales se han identificado necesidades de prevención y atención psicosocial.
- Apoyo de organismos internacionales para el desarrollo de acciones específicas.
- Las estructuras institucionales encargadas de la prevención y atención de desastres se han fortalecido en los últimos años.
- Los Programas de Salud Mental de los Ministerios de Salud conocen el tema y están anuentes a incorporar el componente de desastres y emergencias.
- Diversos organismos con planes de atención en desastres, pueden incorporar el tema de salud mental.
- Se ha fortalecido la organización comunitaria. Posibilidad de aprovechar las estructuras locales existentes para promover la sensibilización en el tema.
- Existen experiencias documentadas sobre los procesos de atención en salud mental en situaciones de desastres. Se ha generado un proceso de aprendizaje de lecciones, en el personal de salud, posterior al impacto del Mitch.
- En algunos países (Guatemala por ejemplo) existen antecedentes y experiencia de trabajo en Salud Mental Comunitaria, en especial con poblaciones que fueron afectadas por el conflicto armado.
- La mayoría de países de la región cuentan con legislación vigente para intervenir en el tema de gestión del riesgo.
- Se le ha dado continuidad al proyecto “Reducción de la Vulnerabilidad frente a los Desastres” auspiciado por OPS/OMS en los países afectados por el Mitch, aún con los respectivos cambios en autoridades de gobierno.

### **Debilidades o variables críticas:**

- El tema salud mental en situaciones de desastres no ha sido aún debidamente priorizado en la mayoría de los países. Los mecanismos de evaluación y seguimiento en los diferentes ámbitos de acción son limitados.
- No se cuenta con estrategias comunes ni complementariedad, entre diferentes instituciones, que favorezcan los procesos de toma de decisión e intervención. No son buenos los mecanismos de coordinación entre las instituciones públicas, privadas, académicas y de prestación de servicios de salud, así como ONGs y otros entes que desarrollan acciones de salud mental.
- Falta de delimitación de las acciones según niveles (regional, nacional y local).
- Carencia o debilidades en las estrategias y planes de capacitación para la prevención y mitigación de las consecuencias psicosociales de los desastres, dirigidos a la población y personal institucional.
- No se ha incorporado de una manera regular y efectiva el Componente Salud Mental dentro de los Programas de Desastres en las instituciones del Sector Salud
- No ha existido una adecuada difusión de la legislación y normativas vigentes en cada país sobre el tema de desastres.
- Pobre sensibilización de la población, en el tema psicosocial.

### III. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Hasta 1985 (cuando ocurren los desastres de México y Armero), se le concedía poca importancia al tema de la salud mental en situaciones de desastres. En México y Armero se realizaron estudios para evaluar la morbilidad psiquiátrica en condiciones de desastres, a la vez que se implementaron estrategias para el manejo de la problemática de salud mental por los trabajadores de la Red de Atención Primaria (TAP). Se reconoció también la importancia del trabajo grupal y la utilización de espacios comunitarios en las acciones.

A continuación se muestra, como ejemplo, una investigación, auspiciada por la OPS en Honduras, donde se analiza la prevalencia de trastornos psíquicos en el periodo inmediato posterior al huracán Mitch.

***Manifestaciones psicosociales en el periodo posterior al huracán Mitch. Resultados de una investigación de la población adulta en Tegucigalpa, Honduras. (Organización Panamericana de la Salud / 1998-1999)***

El episodio depresivo mayor estuvo presente en un 19,5% de la población. Las zonas de alta exposición tenían una tasa de un 24,2%, contra un 14,2% en los barrios menos expuestos.

La presencia de Estrés Postraumático (EPT) se encontró en un 10,6% de la población; en el 7,9% del grupo de baja exposición y el 13,4% de la muestra sumamente expuesta. Sin embargo, la tasa de síntomas de EPT relacionados con el huracán fue mucho mayor (23,0%) cuando se excluyeron los criterios de duración y discapacidad. La tasa de comorbilidad (EPT y episodio depresivo mayor) fue de un 6.9%; un 8.9% en el grupo de alta exposición y 4,9% en el grupo de baja exposición.

Los problemas relacionados con el alcohol se elevaron significativamente en el grupo de bajo estrato socioeconómico y alta exposición que vivía en albergues.

Factores de riesgo: La exposición alta, género femenino, estrato socioeconómico bajo, divorciado, separado o viudo, bajo nivel educativo y haber tenido "problemas previos con los nervios" fueron factores significativos de riesgo para la morbilidad.

Patrones de búsqueda de atención: Un 26,5% de la muestra consultó los servicios de salud después de Huracán Mitch. El 8,9% de la muestra informó que consultó con alguien o solicitó ayuda después del huracán por los "problemas con los nervios". Las mujeres fueron a los servicios de salud en una tasa mayor que los hombres y más a menudo buscaron ayuda para los "problemas con los nervios".

Exposición a la violencia: La exposición a la violencia después del huracán ocurrió en, aproximadamente, un tercio de la muestra, y un 6,2% informaron haber sido asaltados ellos mismos. El 7% de los entrevistados admitieron perpetrar actos de la violencia. Los más pobres fueron los más afectados.

Se ha reconocido y aceptado que en situaciones de desastres naturales y emergencias no sólo se producen muertes, enfermedades físicas y pérdidas económicas, sino también un serio impacto en el estado de salud mental de la población. Así mismo, en países muy afectados se requerirá de un monitoreo continuo para determinar la repercusión a mediano y largo plazo.

Anteriormente, la respuesta ante los eventos críticos era visualizada desde un modelo biomédico con énfasis en la identificación de síntomas, tratamientos medicamentosos y hospitalización. Sin embargo, en la medida en que el paradigma de la atención sanitaria a los desastres ha evolucionado, los problemas psicosociales se han enfocado de manera más integral y en un contexto comunitario.

Paralelamente, y especialmente en la década de los 90, se ha producido una evolución de la comprensión y abordaje de la salud mental en Latinoamérica. La Declaración de Caracas (1991) y posteriores Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (1997 y 2001) enfatizan el desarrollo de servicios de salud mental de bases comunitarias y descentralizados. Consecuentemente, el hospital psiquiátrico deja de ser el eje de las acciones de atención en salud mental.

La reestructuración o reorientación de los servicios psiquiátricos, unido a la inserción del componente psicosocial en la Atención Primaria en Salud (APS), ha permitido cambiar los esquemas de trabajo en muchos países de la Región y hace posible que ante situaciones de desastres u otras emergencias estén en mejores condiciones de afrontar los desafíos existentes.

A continuación resumimos las principales tendencias, en Latinoamérica, en los campos de la salud mental y las emergencias:

<b>Salud Mental</b>	<b>Emergencias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de Programas Nacionales de Salud Mental.</li> <li>• Inserción del componente psicosocial en la APS.</li> <li>• Descentralización de los servicios de atención psiquiátrica.</li> <li>• Desplazamiento del hospital psiquiátrico como eje fundamental de la atención en salud mental.</li> <li>• Evolución de un modelo de atención medicalizado y centrado en el daño, hacia otro integral y de base comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque de gestión de riesgo, que significa un abordaje preventivo dirigido a eliminar o reducir la posibilidad de sufrir daños.</li> <li>• Desarrollo de planes y estructuras organizativas en el sector salud para el manejo de los desastres.</li> <li>• Asistencia sanitaria eficiente y compatible con las necesidades de la población.</li> <li>• Reconocimiento del componente salud mental como parte de la respuesta en situaciones de emergencias.</li> </ul>

En situaciones de desastres y emergencias se destacan tres grandes grupos de problemas psicosociales:

- El miedo y la aflicción.
- Trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas.
- Desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas.

De lo anterior se derivan tres mensajes:

- No pensar solo en la psicopatología, también en la amplia gama de problemas sociales.
- La necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental.
- Los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos - en gran proporción - por personal no especializado.

#### **IV. RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES**

Los planes de salud mental en desastres, contrario a lo que muchos pueden pensar, deben ser relativamente sencillos, prácticos y de bajo costo; dependen en lo fundamental del recurso humano.

Previo a la formulación del plan se sugiere:

- a. Revisión de políticas y normativas legales vigentes en el país

- b. Revisión de Planes Nacionales de Prevención y Atención de Desastres en los Ministerios de Salud y principales instituciones del Sector.
- c. Revisión de los Planes Nacionales de Salud Mental.
- d. Recopilación de documentación existentes sobre el tema.
- e. Entrevistas con actores claves a nivel nacional y local.
- f. Conformación de un grupo de trabajo multisectorial para el diseño del plan.

Se deben considerar, entre otros, los diferentes actores:

- Ente coordinador del Gobierno para las situaciones de desastres y emergencias (se le denomina de diferentes maneras, según los países).
- Ministerio de Salud Pública, como ente rector del Sector Salud.
- Otros Organismos Gubernamentales (Educación, Cultura, Deportes, Obras Públicas, Trabajo y otros organismos de la economía del Estado).
- Alcaldías y autoridades locales.
- Fuerzas Armadas.
- Policía u otros organismos de Seguridad Pública.
- Defensa civil.
- Bomberos.
- Universidades.
- Asociaciones o Colegios Profesionales.
- Iglesias.
- Cruz Roja.
- Organizaciones No Gubernamentales (nacionales y extranjeras).
- Empresa privada.
- Medios de comunicación.
- Organismos o Agencias Internacionales.
- La comunidad y sus líderes.

## Estructura del Plan

### *Componentes estructurales recomendados para el diseño de los Planes Nacionales:*

- Introducción y análisis de la situación de salud mental y de los riesgos naturales o creados por el hombre en el país.
- Propósito.
- Objetivo general.
- Objetivos específicos.
- Estrategias
- Resultados o productos esperados, que definen las áreas de acción.
- Actividades necesarias, para alcanzar los distintos resultados, según las diferentes etapas del desastre.
- Identificación de los responsables de cada actividad.
- Indicadores y medios de verificación.
- Supuestos necesarios.
- Evaluación y supervisión periódica.
- Definición de un presupuesto, en la medida de lo posible y una calendarización operativa.
- Establecer la necesidad de elaboración de materiales complementarios, como manuales de organización y procedimientos, documentos educativos y de capacitación, etc.

**Propósito:**

Reducir el riesgo y disminuir los efectos psicosociales en la población, derivados de las situaciones de desastres.

**Objetivo general:**

Introducir y desarrollar el Componente Salud Mental en la atención sanitaria en situaciones de emergencias, para brindar una adecuada respuesta a las necesidades psicosociales de la población, previniendo y mitigando los efectos de los desastres.

Los objetivos específicos los definimos acorde a los grandes problemas psicosociales, anteriormente citados:

- Eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales.
- Evitar y/o reducir el miedo y la aflicción en la población.
- Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población, en especial en los más afectados, albergados y desplazados.
- Reducir, atender y rehabilitar los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta del desastre o emergencia.
- Proporcionar apoyo y atención psicosocial al personal de los equipos de respuesta.

**Estrategias:**

1. Coherencia del Programa de Emergencia con el Sistema Nacional de Salud y la Red de Servicios de Salud Mental.
2. Enfoque interdisciplinario y multisectorial que favorece la participación coordinada de Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales.
3. Abordaje integral de la salud con enfoque de Atención Primaria, que incluye la promoción de la salud mental y prevención específica.
4. Enfoque de vulnerabilidad y riesgo.
5. Enfoque de derechos humanos.
6. Enfoque étnico, lingüístico, cultural y religioso.
7. Enfoque de equidad de género.
8. Estrategia niño-niño y niño-adulto.
9. Uso de las actividades grupales, los juegos, deportes y otras actividades expresivas, como elementos fundamentales para la rehabilitación y el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.
10. Desarrollo de los recursos humanos.
11. Flexibilidad y adecuación a las condiciones locales.
12. Desarrollo de las capacidades de monitoreo y evaluación.

**Propuesta de matriz de marco lógico con resultados esperados:**

<b>Objetivos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
<p><b>FIN:</b> Contribuir al mejoramiento de la salud mental de las poblaciones afectadas por desastres naturales y otras emergencias.</p>			
<p><b>PROPÓSITO:</b> Reducir el riesgo y disminuir los efectos psicosociales en la población, derivados de las situaciones de desastres.</p>	<p>Plan Operativo Nacional de Atención de Salud Mental en situaciones de desastres naturales y otras emergencias funcionando.</p>	<p>Documentos del plan e Informes de avances.  Presupuesto y recursos asignados al plan operativo.</p>	<p>Voluntad política de las autoridades para abordar el tema.  Compromiso con el proceso y se aseguran los recursos planificados en el tiempo establecido.</p>
<b>Objetivos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
<p>R. 1. Capacidad para realizar un diagnóstico de salud mental preliminar rápido en situación de emergencia.</p> <p>R. 2. Se dispone de atención en salud mental para los sobrevivientes, con un adecuado y eficiente modelo de intervención en crisis (por personal no especializado / atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos más complejos / atención priorizada a grupos de riesgo).</p> <p>R. 3. Miembros de equipos de respuesta, personal de APS y agentes comunitarios capacitados en la temática psicosocial.</p> <p>R. 4. Se desarrollan acciones de promoción y educación para la salud, en especial con grupos de</p>	<p>Análisis de la situación de salud mental (ASSM) disponible, así como de la oferta de servicios. Definición de actores participantes.</p> <p>Plan Operativo de atención a casos, con los mecanismos de referencia y contrarreferencia definidos. Número de Servicios funcionando. Número de casos atendidos por trastornos psíquicos y análisis de otros indicadores.</p> <p>Planes de Capacitación disponibles. Número de personal capacitado y % que significa según categorías.</p> <p>Grupos de jóvenes funcionando. Número de niños y niñas participantes en actividades grupales escolares.</p>	<p>Documentación del ASSM</p> <p>Documentación del Plan. Informes estadísticos.</p> <p>Documentación de los planes de capacitación y su cumplimiento. Actas de las sesiones de capacitación.</p> <p>Informes sobre actividades con niños y niñas escolares, así como con jóvenes. Informes de actividades con organizaciones</p>	<p>Compromiso de los niveles políticos y técnicos para asumir el trabajo y su posterior sostenibilidad.</p> <p>Asesoría de expertos en áreas específicas.</p> <p>El personal de los servicios de salud y otras instituciones contribuyen al buen desarrollo del Plan.</p>

niños, niñas y adolescentes, así como en las escuelas. Las organizaciones comunitarias participan en actividades psicoeducativas.  R. 5. El Sector Salud asesora y apoya las tareas de comunicación social.  R. 6. Mesa o grupo de coordinación interinstitucional funcionado, a los diferentes niveles, para desarrollar el Plan de Salud Mental.	Participantes en actividades psicoeducativas con grupos comunitarios.  Plan de comunicación social del Sector Salud elaborado con la asesoría del equipo de salud mental.  Tareas operativas del Grupo Interinstitucional en ejecución.  Convenios interinstitucionales	comunitarias.  Documentación del Plan de comunicación social del Sector Salud e informes sobre el cumplimiento del mismo.  Actas y documentación de constitución del grupo y de sus reuniones periódicas	
---	---	--	--

### Actividades sugeridas, según resultados esperados:

#### Actividades generales y organizativas:

- Integración del componente de emergencias en el Programa Nacional de Salud Mental.
- Integración del componente de Salud Mental en el Plan Nacional de Gestión del Riesgo en Salud.
- Plan Nacional que permita, a las instancias locales de salud, disponer de orientaciones suficientes para formular sus planes.
- Establecer, con el apoyo de OPS, mecanismos viables y rápidos para la ayuda mutua y la cooperación entre países de Centroamérica y Caribe Hispano.

#### R. 1. Capacidad para realizar un diagnóstico de salud mental preliminar rápido en situación de emergencia.

Debe existir un Análisis de la Situación de Salud Mental (ASSM) en los territorios y/o países, el cual sirva de base y permita realizar con más eficiencia el diagnóstico rápido que debe ejecutarse en el período inmediato posterior al desastre.

#### Evaluación general y sociodemográfica de la comunidad:

- Caracterización general del territorio (extensión, principales poblados o aldeas, vías de comunicación, economía, niveles de pobreza existentes, etc.)
- Descripción demográfica de la población.
- Identificación de los principales características socio culturales de la comunidad.
- Identificación de organización y redes de soporte social.

#### Identificar necesidades y problemas de la población afectada y/o en riesgo:

- Necesidades físicas y alimentarias.
- Amenazas predominantes.
- Vulnerabilidades.
- Conflictos sociales.

Evaluación del sistema de salud:

- Instituciones y recursos en el Sector Salud. Niveles de cobertura y accesibilidad a los servicios.
- Actualización del inventario de recursos especializados que puedan ser movilizados en forma inmediata y oportuna.
- Identificación de planes de contingencia existentes y/o en ejecución.

Establecimiento de prioridades y grupos metas para la actuación inmediata.

Debe desarrollarse a nivel de país y subregional un instrumento o guía para la elaboración de los diagnósticos rápidos ante situaciones de desastres o emergencias.

R. 2. Se dispone de atención en salud mental para los sobrevivientes, con un adecuado y eficiente modelo de intervención en crisis (por personal no especializado / atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos más complejos / atención priorizada a grupos de riesgo)

En primer lugar se requiere realizar un inventario nacional de recursos humanos especializados, las coberturas de estos, así como la red de apoyo existente. Valorar la disponibilidad de los recursos de Salud Mental que se pueden movilizar en situaciones desastres y emergencias, así como la desconcentración del personal especializado y/o capacitado.

La atención psicosocial (individual y grupal) por personal no especializado (Trabajadores de la Atención Primaria en Salud, Promotores Comunitarios, maestros, socorristas, personal voluntario y de ayuda humanitaria) es un eje fundamental del trabajo:

- Organización, apoyo y supervisión del trabajo del personal no especializado.
- Implementación de planes emergentes de entrenamiento in situ, y en paralelo con las intervenciones.

Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos más complejos, que implica la organización de los servicios en los siguientes niveles:

- Hospital psiquiátrico o servicio de psiquiatría en hospital general.
- Servicios de salud mental de la Atención Primaria en Salud.
- Equipos especializados de tipo móvil o ubicados transitoriamente en lugares seleccionados.
- Otras unidades o servicios de Salud Mental en diferentes instituciones (ONGs. y OG)
- Establecimiento o actualización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de casos.

Atención priorizada a grupos de riesgo de alta vulnerabilidad:

- Identificación de grupos específicos de alta vulnerabilidad
- Atención a grupos con gran nivel de afectación
- Atención a mujeres y ancianos
- Atención a niños(as) y adolescentes.
- Atención a desplazados, en especial aquellos en condición de albergados o refugiados. También deben considerarse aquellos que se alojan en centros comunitarios o donde familiares y amigos.
- Atención a equipos de primera respuesta

Diseño e implementación de un plan de atención psicosocial y autocuidado para los miembros de los equipos de respuesta.

R. 3. Miembros de equipos de respuesta, personal de APS y agentes comunitarios capacitados en la temática psicosocial.

- Existencia de material de apoyo docente y bibliográfico.
- Distribución de publicaciones de salud mental.
- Actualización y capacitación del personal de salud, así como líderes y agentes comunitarios en tiempos de normalidad. Los grupos metas más importantes para el proceso de capacitación son:
  - a. Trabajadores de Atención Primaria.
  - b. Personal que tenga responsabilidad en la administración de albergues y refugios.
  - c. Voluntarios, socorristas y personal de ayuda humanitaria.
  - d. Maestros.
  - e. Líderes y Promotores Comunitarios.
- Continuidad y seguimiento del proceso de capacitación.

R. 4. Se desarrollan acciones de promoción y educación para la salud, en especial con grupos de niños y adolescentes, así como en las escuelas. Las organizaciones comunitarias participan en actividades psicoeducativas.

Asegurar la disponibilidad de material educativo popular diferenciado según grupos de edades y grado de vulnerabilidad.

Actividades grupales psicoeducativas, en situación de emergencia, con:

- Grupos y familias muy afectados por el desastre
- Evacuados y albergados.
- Niños, niñas y adolescentes.
- Grupos de mujeres.
- Miembros de los equipos de primera respuesta.
- Otros grupos comunitarios organizados.

Acciones para apoyar la organización comunitaria, participación social y auto responsabilidad.

- Identificación de organizaciones y líderes comunitarios.
- Motivación y organización de la población para la autoayuda y ayuda mutua.
- Promover la participación de la población en la planificación y ejecución de las acciones en situaciones de emergencia.

R. 5. El Sector Salud asesora y apoya las tareas de comunicación social.

- Asesoría a las autoridades para la integración de un sistema coherente y eficiente de comunicación social.
- Sensibilización a los actores políticos significativos.
- Información y motivación sobre el tema psicosocial a los prestadores directos de servicios.
- Apoyo en el diseño de mensajes a la población, a los diferentes niveles.
- Neutralización y manejo del rumor.
- Evaluación de las respuestas de la población, para instrumentar (acorde con ellas) de manera flexible las acciones inmediatas de comunicación social.
- Promoción de campañas comunitarias en períodos de riesgo (ejemplo, época de lluvias o huracanes, etc.).

R. 6. Mecanismo de coordinación interinstitucional funcionado, a los diferentes niveles, para desarrollar el Plan de Salud Mental.

- Identificación y fortalecimiento de las organizaciones e instituciones que actúan de forma directa e indirecta en el campo de la salud mental.
- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud en el tema.
- Trabajo conjunto entre el Programa Nacional de Salud Mental y las instituciones encargadas de la atención de desastres.
- Definición y fortalecimiento de los mecanismos de cooperación y establecimiento de redes a los diferentes niveles.
- Compromiso de las organizaciones para implementar y dar seguimiento a los planes.
- Reuniones periódicas de evaluación entre diferentes actores nacionales.
- Intercambio y sistematización de experiencias.

**Otras recomendaciones:**

Delimitación, en el Plan, de las acciones según los tiempos o etapas de la situación de emergencia:

- Preparación.
- Período crítico o de la emergencia propiamente dicha
- Período post-crítico
- Recuperación psicosocial, que se vincula con los planes regulares

Organización y estructura del Plan: Debe estar en consonancia con el Programa de Salud Mental del Sector Salud, así como con el Programa Nacional de Emergencias. Así mismo establecer las acciones para garantizar lo relacionado con la continuidad y sostenibilidad.

Mecanismos claros de seguimiento y supervisión:

- Establecer un sistema de información para evaluar el proceso en desarrollo.
- Indicadores mínimos para la evaluación.
- Reuniones periódicas, entre los actores principales, para la coordinación e información de avances.

**V. CRONOGRAMA DE TRABAJO**

El cronograma propuesto para llevar adelante el proceso de creación o fortalecimiento de los planes nacionales de salud mental en situaciones de desastres es el siguiente:

1. Revisión del documento metodológico, a nivel de los países e identificación de los actores y contrapartes fundamentales que trabajaran en el diseño o reformulación de los planes: Primer trimestre / 2004.
2. Proceso de trabajo nacional que inicia con un taller: a partir de febrero / 2004.
3. Taller subregional para intercambio de experiencias entre países:
4. Presentación de un Plan Marco para Centroamérica y Caribe Hispano:

## VI. CONSIDERACIONES FINALES

### Retos y desafíos:

- En nuestros países no hay suficientes profesionales de salud mental para asistir a todos los afectados, en situaciones de desastres. Pero, por otro lado, no parece necesario ni conveniente profesionalizar o medicalizar toda la atención en salud mental.
- La transferencia de tecnología es una acción de gran importancia estratégica.
- La estructura de los servicios de salud mental no se corresponden, en muchos casos, con las necesidades en situaciones de desastres.
- En condiciones de normalidad y previo a los desastres es necesario fortalecer el modelo de atención en salud mental de base comunitaria.
- Cambio del enfoque y los límites en la competencia de los profesionales del campo de la salud mental.
- Favorecer el enfoque de riesgo con participación social.
- Colocar la salud mental en la agenda de trabajo del Sector Salud en situaciones de emergencia.
- Actuar sobre el comportamiento colectivo y establecer una relación clara entre derechos humanos y salud mental.
- Compromiso para el acompañamiento de los afectados.

El impacto psicosocial de un desastre es el resultado de varios factores que necesitan ser considerados apropiadamente, como son las características del evento, la implicación del individuo y el tipo de pérdidas. Así mismo, se requerirá de un monitoreo continuo para determinar la repercusión a mediano y largo plazo.

El afrontamiento de una situación de desastre o emergencia no es solamente un problema del Sector Salud; en el mismo se involucran otros actores como instituciones gubernamentales, ONG, autoridades locales y la propia comunidad. Las respuestas institucionales más frecuentes están basadas en la atención psiquiátrica individual y sirven sólo a un número muy reducido de las personas afectadas; un cambio de paradigma en este sentido es necesario para lograr una verdadera atención sanitaria integral en situaciones de emergencia.

Entre las medidas inmediatas más generales que contribuyen a crear un clima de orden y tranquilidad emocional están:

- Una respuesta acertada y ordenada, por parte de las autoridades.
- Una veraz y oportuna información.
- Favorecer la cooperación interinstitucional y la participación de la comunidad.
- Garantizar los servicios básicos de salud y la atención de salud mental a los sobrevivientes. Prever el incremento de personas con manifestaciones de duelo alterado o trastornos psiquiátricos y facilitar su adecuada atención.
- Atención priorizada a los grupos más vulnerables y tener en consideración las diferencias relacionadas con el sexo y la edad.
- Garantizar el manejo cuidadoso y ético de los cadáveres por parte de los equipos de respuesta, autoridades, personal judicial y otros, así como establecer una manera ordenada e individualizada de realizar las notificaciones de las muertes y desapariciones.
- Evitar los enterramientos en fosas comunes. Promover la identificación y registro apropiado de los cadáveres, así como la entrega de los mismos a sus familiares.

Es necesario que las vivencias traumáticas y el duelo adquieran diferentes formas de expresión, según la cultura. La ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquiere relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido.

En el caso de los conflictos armados se enfatiza en la necesidad de medidas de mediano y largo plazo para lograr la reconstrucción del tejido social:

- Resarcimiento (material e indemnización).
- Atención humanitaria y respeto de los derechos humanos de los sobrevivientes.
- Promover el respeto del Derecho Humanitario Internacional.
- Recuperación de la memoria colectiva y la dignificación de las víctimas.
- Exhumaciones que pueden contribuir al esclarecimiento de hechos y a facilitar el proceso de duelo familiar y comunitario.
- Papel activo de los diferentes actores (Gobierno y Sociedad Civil).
- Fomentar la convivencia pacífica.
- Comunicación y reunificación familiar.
- Cambios sociales y políticos que contribuyan al bienestar general, la construcción de la paz y la democracia.

Muchos países latinoamericanos han sido afectados históricamente por eventos traumáticos múltiples como conflictos armados y desastres naturales, en un contexto de marcada adversidad socioeconómica. Las pérdidas humanas y materiales han sido enormes; se impone afrontar la recuperación psicosocial de estas poblaciones, como una política de estado en el marco de una atención integral de salud.

## ANEXO 1

### CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE INDICADORES

Este resulta un tema de extraordinario interés. El seguimiento y evaluación de un plan depende en gran medida del uso de indicadores fiables y de la construcción de una línea basal que permita monitorear los avances.

Una base importante para el desarrollo de indicadores de salud mental en situaciones de emergencias, sería la existencia de un buen sistema previo (en condiciones de normalidad) de vigilancia y recolección de información. En muchos casos, lamentablemente, los sistemas de salud no disponen de buenos mecanismos de información en el campo de la salud mental, lo que hace más difícil instaurarlos o fortalecerlos en casos de emergencias.

Dada las condiciones de la emergencia y la situación en que se desarrolla la atención, la mayoría de los indicadores serán - básicamente - de estructura y proceso. Los indicadores de impacto serán evaluables en el mediano y largo plazo y se obtienen, en algunos casos, mediante investigaciones puntuales o específicamente diseñadas a tales efectos.

La información básica procede de la Atención Primaria (APS) como eje fundamental de la asistencia sanitaria y de la comunidad donde se desarrollan muchas de las acciones de manera directa. Los datos que se pueden obtener en los hospitales no son de gran valor y miden fundamentalmente el incremento de los casos vistos en emergencia y la morbilidad por demanda satisfecha en ese nivel; pero no reflejan la verdadera problemática psicosocial que sufre la población afectada.

Mucha de la información de que se dispone en situaciones de emergencia tiene un carácter cualitativo, obtenida mediante entrevistas rápidas con informantes claves o en reuniones comunitarias. Esta información no sólo se refiere a la morbilidad existente, sino también a toda la gama de problemas psicosociales que afligen a la gente en esos momentos y que afectan a su misma sobrevivencia.

A continuación detallamos un listado de posibles indicadores a evaluar, de acuerdo con el tipo de acciones que deben desarrollarse:

Indicador	Método de recolección
<p><b>Información general y de estructura de los servicios:</b>  Población estimada, según sexo y grupos de edades  Población que se calcula como directamente afectada  Personas desplazadas (en refugios, albergues y otros lugares como casas), procedencia y destino de las mismas.  Registrados por el Estado y el total estimado, según otras fuentes.  Número y ubicación de centros y recursos humanos de APS en el territorio  Número y ubicación de los Servicios de Salud Mental en la APS en el territorio afectado  Población por Servicio de Salud Mental en la APS  Hospitales psiquiátricos o Servicios de Psiquiatría en el territorio  Recursos humanos especializados disponibles y su distribución:</p>	<p>Diagnóstico psicosocial comunitario preliminar y continuo para monitorear modificaciones en algunos de estos indicadores.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Médicos psiquiatras</li> <li><input type="checkbox"/> Médicos generales con entrenamiento en salud mental</li> <li><input type="checkbox"/> Psicólogos</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermeras con experiencia en salud mental</li> <li><input type="checkbox"/> Terapeutas ocupacionales</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajadoras sociales con experiencia en salud mental</li> <li><input type="checkbox"/> Alumnos de psicología</li> <li><input type="checkbox"/> Alumnos de medicina</li> <li><input type="checkbox"/> Alumnos de trabajo social</li> </ul> <p>Número y composición de Equipos Móviles formados con personal especializado o con entrenamiento en salud mental</p> <p>Instituciones u organizaciones que aportan servicios y recursos de salud mental</p> <p>Población afectada que dispone de servicios de salud mental (%) y cuales no tienen cobertura</p>	
<p><b>Identificación cualitativa de la problemática psicosocial existente:</b></p> <p>Identificación por la comunidad, mediante procedimientos cualitativos, de los principales problemas psicosociales existentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aflicción y reacciones emocionales</li> <li>• Trastornos psíquicos</li> <li>• Situaciones de violencia</li> <li>• Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas</li> <li>• Otros</li> </ul> <p>Causas fundamentales de aflicción de la gente</p> <p>Factores de riesgo y grupos poblacionales más vulnerables en el orden psicosocial.</p> <p>Apreciaciones sobre la información que está recibiendo la población a los diferentes niveles: medios de comunicación, así como informaciones grupales e individuales. Incluir apreciaciones sobre rumores no confirmados, chismes, etc.</p> <p>Percepción de la organización, calidad y efectividad de los servicios, según los usuarios y los propios prestadores de los servicios</p>	<p>Diagnóstico psicosocial.</p> <p>Uso de técnicas cualitativas (entrevistas a informantes claves y reuniones de grupos focales)</p>

<p><b>Proceso:</b>  Casos atendidos en la APS.  Casos con problemática psicosocial atendidos por personal no especializado en la APS y número referido al psicólogo o psiquiatra  Casos atendidos por personal especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Según sexo y edades</li> <li>• Según lugar donde se ofrece la atención (hospital, centro de salud de la APS, escuelas y espacios comunitarios).</li> <li>• Según personal que la ofrece: psiquiatra, psicólogo, paramédico o técnico, alumnos de medicina o psicología, etc.</li> </ul> <p>Terapias grupales: número de sesiones y casos atendidos  Índice de consultas por trastornos psíquicos por población (x 10,000 habitantes)  Registro de morbilidad, según la CIE-10.  Reuniones grupales comunitarias con personas afectadas, que han sido apoyadas por los servicios de salud: número de sesiones y participantes  Reuniones grupales con niños, niñas y adolescentes afectados, que han sido apoyadas por los servicios de salud: número de sesiones y participantes  Actividades de educación para la salud en la temática psicosocial: sesiones y participantes  Atención a miembros de los equipos de respuesta: casos vistos, terapias grupales, etc.  Capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de capacitación</li> <li>• Número de participantes, según tipo de personal o de grupos a la cual fueron dirigidas</li> <li>• Cobertura alcanzada en la capacitación en Salud mental: % de personal especializado, trabajadores de APS, maestros y personal de los equipos de respuesta capacitados</li> </ul>	Registros continuos
Prevalencia de Trastornos Psíquicos y problemas psicosociales en muestras seleccionadas de población afectada, así como caracterización de las personas que demandan asistencia médica en la red de APS	Aplicación de instrumentos de tamizaje y diagnóstico. Entrevista clínica a posibles casos

### *Consideraciones sobre indicadores de impacto*

Se requiere de un buen sistema previo de información o de investigaciones que hayan permitido establecer una línea basal, a partir de la cual se midan las modificaciones que puedan atribuirse a las acciones implementadas.

- Modificaciones en los índices de incidencia y prevalencia de determinadas patologías (depresión, suicidio, alcoholismo, etc.). Esto solo se podrá medir como indicador de impacto si se dispone de una línea basal previa confiable, de lo contrario en muchos casos se observará un incremento de la morbilidad debido a una mayor accesibilidad a los servicios o al mejorar los sistemas de registro.
- Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas capacitadas (trabajadores de la salud y otros).
- Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad.

- Modificaciones en la percepción de la población sobre la organización de los servicios y su eficiencia.
- Indicadores escolares (retención y promoción)
- Mejoría de la calidad de vida de la población y otros indicadores indirectos (calidad de vida, socioeconómicos, etc.).

Algunos indicadores de impacto se podrán obtener mediante registros continuos (si estos son adecuados, detallados y disponen de historicidad); no obstante en la mayoría de los casos será mediante investigaciones puntuales o sitios centinelas.

*Indicadores de sostenibilidad:*

Se proponen varias preguntas cuyas respuestas pueden ser buenos indicadores para medir la sostenibilidad de las acciones realizadas:

- ¿Cuántos de los servicios y procesos abiertos durante el plan de emergencia podrán persistir? Y cuales no pueden mantenerse, a pesar de considerarse útiles y necesarias
- ¿Se han fortalecido los servicios de APS y de Salud Mental en el nivel local y aumentado sus niveles de cobertura? ¿Podrá mantenerse?