

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Identificación de daños y análisis de necesidades en
salud mental ante la situación de desastre**

Octubre 2017

A pesar de que las víctimas han vivido experiencias y pérdidas impactantes, inicialmente **debemos asumir que sus respuestas emocionales son normales** ante tales condiciones y que tienden a **recuperarse espontáneamente en el curso de algunos días o semanas.**

La atención psicológica busca **contener y/o aliviar** los efectos del trauma y **restablecer el equilibrio**, evitando la revictimización, por lo que se enfoca a facilitar y apoyar los **procesos naturales de recuperación** y **prevenir** que **persistan o se agraven los síntomas**, o que **surjan trastornos**. Esto lo realiza con un enfoque comunitario y basado en la **identificación y el control de los riesgos específicos** de las **personas afectadas**.

- Los niveles de atención y las **modalidades de intervención** pueden ser variadas:
 - psicológicas o sociales
 - Individuales
 - familiares
 - o de grupo

El concepto de atención psicosocial a la población afectada por los desastres trasciende el de la atención clínica en salud mental. Es importante **integrar** componentes indispensables de **ayuda humanitaria** coherentes con las necesidades básicas (de **seguridad personal, alimentación, vivienda, trabajo, etc.**) que **facilite la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.**

En poblaciones víctimas de desastres de gran magnitud, tiende a **aumentar la morbilidad psiquiátrica**, sobre todo:

- Si la persona era vulnerable
- Si se presenta una gran pérdida de la estructura familiar y social
- Si las necesidades básicas cotidianas no son atendidas oportunamente
- O si enfrentan barreras para el acceso de bienes y servicios indispensables para la reconstrucción de sus vidas

Los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben ser lo suficientemente sensibles y competentes para utilizar los recursos disponibles en el apoyo emocional y para detectar a quienes presentan signos y síntomas que sobrepasan los límites de lo “esperado o normal”. Esto permite realizar un diagnóstico precoz y una referencia oportuna al profesional especializado.

No todas las víctimas, usualmente tienen la **necesidad percibida de apoyo psicológico**, no aceptan tener un padecimiento mental y no demandan los servicios de salud mental (psicológicos y psiquiátricos), **por diferentes razones**, entre ellas por el estigma sociocultural que esto significa.

Puede ser útil **divulgar** por todos los medios posibles y usando los recursos de la comunidad, que **existen alternativas de ofertas de ayuda para superar las dificultades emocionales y el sufrimiento que experimentan muchas de las personas que han vivido el desastre.**

Considerando que bajo estas circunstancias suelen aparecer **casos complicados** que requieren su **referencia a una atención individualizada y especializada**, es indispensable contar con **posibilidades y mecanismos claros de referencia a otras instancias especializadas**.

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

PRIMERAS 72 HRS.

- 1) Crisis emocionales
- 2) Entumecimiento psíquico (asustadas, apáticas, confundidas)
- 3) Excitación aumentada o “parálisis” por el temor
- 4) Ansiedad difusa
- 5) Deseo-temor de conocer la realidad
- 6) Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra
- 7) Inestabilidad afectiva con variaciones extremas
- 8) Ocasionalmente, estado de confusión aguda

Intervenciones psicológicas durante las primeras 72 hrs.

- Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental
- Socorro y protección
- Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas.
- Primera ayuda psicológica.

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

Primeros 30 días (un mes)

- 1) Aflicción
- 2) Tristeza
- 3) Duelo
- 4) Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados)
- 5) Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteraciones en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito
- 6) Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral

Intervenciones psicológicas a un mes del desastre (30 días)

Primer mes

- Apoyo de la red social
- Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados
- Intervención psicológica individual
- Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional)

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

De 2 a 3 meses

- 1) Ansiedad que se va reduciendo
- 2) Tristeza que persiste por más tiempo
- 3) Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autolesiones) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos).
- 4) Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas.
- 5) Ira creciente que se acentúa si hay discriminación , revictimización o impunidad.
- 6) Síntomas somáticos que persisten
- 7) Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático

Intervenciones psicológicas de 2 a 3 meses

De 2 a 3 meses

- Apoyo de la red social
- Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados
- Intervención psicológica individual
- Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional).

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

A partir de los 3 meses

En condiciones normales, se debe esperar una **reducción progresiva** de las manifestaciones antes descritas.

Ejemplo: una tristeza que se va aliviando y que solo reaparece temporalmente en fechas especiales.

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

- Sin embargo, pueden existir **señales de riesgo como:**
 - 1) Duelos que no se superen
 - 2) Riesgos de suicidio
 - 3) Síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos.
 - 4) Síntomas de estrés postraumático

Intervenciones psicológicas a partir de los 3 meses

- En esta etapa, la intervención en salud mental debe estar dirigida a la **detección de nuevos casos sintomáticos**, la **referencia de casos complejos para la atención especializada** y la **inserción de aquellos que lo requieran en los servicios regulares**

La intervención psicológica individual

- Si bien es cierto que en situaciones de desastre el foco de las intervenciones psicosociales deben **ser grupal**, no se deja de lado, la **intervención individual**, a fin de detectar casos en riesgo y enfermos

Objetivos de la intervención psicológica individual

- Ayudar a las personas afectadas a enfrentarse y entender su nueva realidad, y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones (psicológicas y somáticas).
- Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
- Brindar apoyo emocional, aliviando la aflicción y el sufrimiento.
- Reforzar la autoestima.
- Detectar y tratar, o referir a los enfermos.

SISTEMA INSTITUCIONAL DE TUTORIA

- Detectar y tratar, o referir a los enfermos

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

QUÉ HACER?

- 1) Crear un clima de confianza y seguridad
- 2) Establecer una buena comunicación
- 3) Fomentar el respeto y la tolerancia
- 4) Brindar apoyo emocional
- 5) Entender y aliviar los síntomas
- 6) Reforzar la autoestima
- 7) Elaborar los duelos

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

CÓMO HACERLO?

- 1) Crear un clima de confianza y seguridad
 - a) Estar disponible cuando lo necesiten
 - b) Adoptar una actitud amable y cortés evitando los extremos de frialdad vs paternalismo.

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

2) Establecer una buena comunicación

- a) Aprender a escuchar sin interrumpir y demostrando interés.
- b) Respetar el silencio o las explosiones emocionales (esperar en silencio a que se calme)
- c) Identificar y adoptar el trato y el lenguaje a las características culturales y la edad (don, tu, usted)
- d) Adoptar el ritmo de la conversación a las características de las personas

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

3) Fomentar el respeto y la tolerancia

- a) Entender, aceptar y respetar a la persona con sus características
- b) Tratar de razonar con la lógica y utilizar el sentido común sin imponer criterios.
- c) No ponerse de ejemplo ni comparar situaciones
- d) No predisponerse con las personas, aprender a manejar las situaciones y aprender a mantener el dominio sobre las propias emociones
- e) Nunca perder el control ni responder con agresividad

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

4) Brindar apoyo emocional

- a) Gestionar el apoyo emocional con las organizaciones comunitarias existentes
- b) Asegurar el acompañamiento y el cuidado personal en el periodo inmediato posterior a la referencia comunitaria
- c) Facilitar que la persona hable, cuando lo desee (desastre, reacciones emocionales y condición actual)
- d) Proporcionarle información clara, coherente, oportuna y veraz.

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

5) Entender y aliviar los síntomas

- a) No restar importancia a los síntomas actuales
- b) Permitir (sin forzar) la expresión de sentimientos
- c) Señalar la relación de sus síntomas y sus reacciones emocionales
- d) Asegurar que los sx se irán aliviando con el tiempo.
- e) Identificar el consumo de tóxicos
- f) Dar seguimiento de la referencia al servicio de salud mental.

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

6) Reforzar la autoestima

- a) Recordar y enfatizar que a pesar del desastre, son personas que tienen fortaleza mostrada en el pasado
- b) Promover que la persona retome el estilo de vida habitual
- c) Promover el reinicio de actividades sociales
- d) Enfatizar y reforzar el uso de sus redes sociales para la recuperación
- e) Orientar sobre el acceso a los recursos de apoyo y ayuda, proveyendo información clara

ESTRATÉGIAS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA

7) Elaborar los duelos

- a) Todo lo citado, en apoyo emocional, aliviar los síntomas y fortalecer la autoestima.
- b) Intentar averiguar las acciones previas ante situaciones de duelo
- c) Superar la negación confrontando, a la persona con la realidad y ayudándola a analizar las perspectivas de una vida que continúa a pesar de la pérdida
- d) En caso de muerte de un ser querido, reforzar los recuerdos positivos del fallecido.
- e) Reiniciar las actividades sociales

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

- 1) Trastorno de ansiedad
- 2) Crisis de pánico
- 3) Depresión
- 4) Trastornos orgánicos de causa predominantemente psicológica
- 5) Trastorno de estrés postraumático
- 6) Consumo excesivo de alcohol y otras sustancias
- 7) Conductas violentas

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Trastorno de ansiedad

Se caracteriza por una sensación de temor, que habitualmente se describe como “nervios”.

- miedo y preocupaciones ante cosas sin importancia y pesimismo
- intranquilidad “no puede quedarse quieto”
- irritabilidad e impaciencia
- síntomas físicos (sudoración, manos frías, etc.
- estado alerta (sobresaltos por cualquier estímulo)

Descartar que el paciente tome café en exceso o medicamentos que causen ansiedad

Pautas generales de atención ante la ansiedad

- Brindar apoyo afectivo
- Enseñar técnicas de canalización de la ansiedad: respiración pausada y actividades que ayuden a relajarlo
- Enseñar y practicar ejercicios de relajación
- Recomendar evitar bebidas estimulantes como café y té

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Crisis de pánico

La angustia se manifiesta de forma aguda como un temor aplastante o desesperante y se acompaña de una sensación de enloquecimiento o muerte inminentes. (4)

- palpitaciones, taquicardias
- sudoración, escalofrío u oleadas de calor
- falta de aire
- opresión en el pecho
- mareo, vértigo
- nauseas, vacío en el estómago
- miedo a enloquecer o morir repentinamente
- hormigueo, adormecimiento
- sentirse raro

Pautas generales de atención para la crisis de pánico

- Acompañar a la persona en pánico y si este está muy inquieto, permitir su movilización en un espacio determinado acordado
- Valorar su referencia, una vez controlados los síntomas más agudos, a una consulta de psiquiatría

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Depresión

La reacción de tristeza ante cualquier tipo de pérdida, debe ser proporcional a la misma e irse aliviando con el paso del tiempo. Esa tristeza se convierte en una enfermedad cuando se prolonga en el tiempo, se acompaña de ideas de culpa intensa e inmovilidad, se acentúa en lugar de aliviarse o interfiere mucho en la vida cotidiana de la persona.

- Se presenta estado de ánimo muy triste, se refleja en un estado melancólico tendencia al llanto
- Disminución en la actividad
- Frecuentemente hay ansiedad y se muestra inquieto, irritable e impaciente e incluso agresivo

Depresión (cont.)

-desinterés en las cosas

Además presenta 4 de los siguientes síntomas o signos

- Cambios en el apetito
- Alteraciones en el sueño
- Pérdida de energía o cansancio
- Sentimientos de culpa, desamor y minusvalía
- Pérdida de la autoestima
- Dificultades en la concentración (fallas en la atención, capacidad de memorizar y dificultad para hacer su trabajo diario)
- Ideas de muerte
- Desinterés por las actividades rutinarias
- Aumento en el consumo de alcohol
- Deseos de morir, conductas peligrosas, ideas o intento suicida

Pautas generales de atención

- Brindarle apoyo, confianza y seguridad; explicarle las causas del trastorno que ahora presenta y para el cual hay tratamiento, asegurarle su voluntad de ayuda y anunciarle la probabilidad del uso de medicamentos
- Permitir que la persona se desahogue, llore y respetar los silencios o si no desea hablar de algo específicamente.
- No profundizar, inicialmente, en temas que puedan resultar dolorosos, pero no impedir que hable de ello, si así lo desea. Explorar si tiene ideas de muerte o suicidio
- Indagar con familiares si antes ha habido intentos de suicidio
- No culpabilizar al paciente
- Alentar al paciente a hacer su vida lo más normalmente posible (comer, aseo personal, cumplir con obligaciones, etc.)
- Estimular la actividad física de cualquier tipo

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Trastornos orgánicos de causa predominantemente psicológica

Cuando un paciente ha sido víctima de un desastre, presenta repetidamente síntomas y signos somáticos resistentes a las medidas terapéuticas, hay que pensar que son de origen mental.

- Dolores variados
- Mareo vértigo o náuseas
- Síntomas que afectan la piel (erupciones, picazón)
- Hipertensión arterial
- Diarrea, estreñimiento, impotencia, frigidez, falta de aire, etc.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Pautas generales de atención

- Averiguar si los síntomas aparecieron o se acentuaron a raíz de la situación traumática
- Solicitar examen médico con estudios de laboratorio
- Tratamiento médico integral
- Todas las recomendaciones para ansiedad, duelo y depresión

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Trastorno de estrés postraumático

Sintomatología

- Revive repentinamente el trauma a manera de recuerdos o pesadillas
- Muestra grave disminución del interés por lo que esta pasando, sentimientos de estar aislado de los demás, afecto empobrecido
- Excesiva respuesta a estímulos
- Trastornos del sueño
- Dificultad para concentrarse
- Sentimientos de culpa (haber sobrevivido o no haber evitado algo)
- Evitación de actividades
- Aumento de la sintomatología cuando esta en circunstancias que simbolizan el evento o se parecen al mismo.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Pautas generales de atención

- Hacer uso de las sugerencias para la ansiedad y la depresión
- Referir a tratamiento especializado si el cuadro no mejora o afecta notoriamente su vida cotidiana.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Consumo excesivo de alcohol y otras sustancias

La situación de desastre puede conducir al inicio o al aumento en la ingesta de alcohol, lo cual trae muchas consecuencias dañinas en la persona (salud, economía, relaciones interpersonales y ambiente familiar). A menudo condiciona situaciones de violencia y está vinculado o enmascara trastornos como la depresión.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Es necesario pensar en problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, después de un evento traumático, cuando se observan:

- Alteraciones en el funcionamiento social, como peleas o conducta violenta con amigos y familiares, ausentismo laboral, problemas delictivos, etc.
- Consumo excesivo en grupo

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Pautas generales de atención

- Identificar problemas o daños asociados con el consumo excesivo de alcohol

- 1. Violencia
- 2. Depresión
- 3. Conductas sexuales desordenadas y de riesgo
- 4. Daños a la salud física
- 5. Afectación a la economía familiar
- 6. Desorden social

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Pautas generales de atención

- Analizar si el problema es anterior al desastre o si es de aparición reciente, en cuyo caso habrá que asegurarse de que la persona no tenga otro trastorno o problema que lo está impulsando a beber
- Verificar la satisfacción de necesidades básicas (alimentación, agua, seguridad y alojamiento)
- No separar a las familias
- Facilitar las prácticas religiosas y culturales
- Primera ayuda psicológica
- Prevención contra el alcoholismo
- Restablecer actividades
- Establecer mecanismos de referencia/contrareferencia

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Conductas violentas

La violencia es una forma de respuesta humana frecuente ante situaciones de frustración (como la que genera el desastre), que puede volverse habitual e invadir el ámbito familiar.

Es común que la violencia se oculte, por ello es importante estar atentos a los indicios que hacen sospechar maltrato intrafamiliar.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

- Se acude al servicio médico alegando accidentes, al daño físico que no concuerda con la supuesta causa accidental.
- Se niega a hablar o muestra reservas o vergüenza
- Es acompañado por un familiar o amigo que impide hablar en privado
- No desea regresar a casa o temor a la seguridad de otro familiar

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres

Pautas generales de atención

Información de la existencia de dispositivos legales y de seguridad, así como orientación sobre su utilización.

Referencia de casos a servicios especializados

- Quienes presentan alteraciones transitorias en la conciencia (examen mental)
- Personas que presentan complicaciones graves de intoxicación aguda o crónica de alcohol o drogas o quienes muestran síndrome de abstinencia
- Cuando se sospecha psicosis
- Alteraciones en el afecto (riesgo suicida, expresar deseos de matar a otros, se muestran aislados, muestran reacciones excesivas y anormales o agitación y agresividad)
- Cualquier trastorno psicológico que persiste a lo largo del tiempo.

Pautas generales de atención

- Elaboración de carta de referencia al **Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”** dirigida a la Dra. Noemí Díaz Marroquín Jefa del Centro
- Solicitar en el oficio ser atendidos por el programa de **Consejeros Cognitivo Conductuales**
- Informar al estudiante presentarse con el oficio y la siguiente documentación de probatorios:
 - copia de identificación oficial**
 - copia comprobante de domicilio**
 - copia de ingresos económicos**
 - copia de historial académico**

PRESENTARSE DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:00 HRS

“GRACAS”

PSIC. REBECA SÁNCHEZ MONROY

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS

rebecasanchezmonroy@hotmail.com

56222309 UNAM

044 5548139919