

IASC

Inter-Agency Standing Committee
Grupo de Referencia del IASC para Salud Mental
y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia

Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias:

¿Qué deben saber los actores
humanitarios de salud?



Reconocimientos:

Este documento del Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial fue desarrollado en consultación con el Clúster de Salud Global del IASC.

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (con fondos del Gobierno de Italia) puso a disposición de este proyecto una parte del tiempo de su personal.

Fotos de la portada: © Comité de Rescate Internacional (a la izquierda) y UNICEF (en el centro).

Cita sugerida:

Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. (2010). *Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud?* Ginebra.

Versión española:

Traducción por Elba M. Bethancourt (Panamá)

Revisión técnica por Magda Pinilla y Dévora Kestel

Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias:

¿Qué deben saber
los actores humanitarios de salud?

IASC

Inter-Agency Standing Committee
Grupo de Referencia del IASC para Salud Mental
y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia

CONTENIDO

1. Introducción	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Efecto De Las Emergencias	2
1.3 Principios	3
2. Matriz De SMAPS: Visión General De Respuestas Mínimas Durante Emergencias	4
3. Coordinación Y Evaluación	6
3.1 Coordinación (Guías Del IASC, Lista De Acciones 1.1)	6
3.2 Evaluación (Guía Del IASC, Lista De Acciones 2.1)	7
4. Conocimiento Esencial De SMAPS Relacionado Con El Sector Salud	10
4.1 Organización Comunitaria Y Apoyo A La Comunidad (Guía Del IASC, Lista De Acciones 5.1-5.4)	10
4.2 Consideraciones De índole Psicológica En La Atención General De Salud (Guías Del IASC, Lista De Acción 6.1)	11
4.3 Cuidado De Personas Con Graves Problemas De Salud Mental En La Atención Primaria En Salud (APS) (Guías Del IASC, Lista De Acciones 6.2)	12
4.4 Medicamentos Psicotrópicos	13
4.5 Sistemas De Información De Salud (SIS) En La APS (Guías del IASC, Lista de Acciones 6.2)	13
4.6 Personas En Instituciones (Guías del IASC, Lista de 6.3)	14
4.7 Alcohol Y Otras Sustancias (Guías del IASC, Lista de Acciones 6.5)	14
4.8 Relacionarse Con Otros Sistemas Terapéuticos (Guías del IASC, Lista de Acciones 6.4)	14
5. Desafíos Operacionales: Lo Que Debe Hacerse Y Lo Que No Debe Hacerse	15
6. Actividades De Recuperación Después De Una Emergencia, Realizadas Por El Sector Salud	17
7. Recursos Humanos	19
7.1 Reclutamiento	19
7.2 Orientación Y Capacitación De Trabajadores Voluntarios En SMAPS	20
7.3 Bienestar Del Personal Y Los Voluntarios	21
8. Herramientas Claves Y Referencias	22
Apéndice A	24
Apéndice B	25

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

Este documento es para los actores humanitarios del sector salud que trabajan a nivel nacional y sub-nacional en países que se enfrentan a emergencias y crisis. Es aplicable a los asociados del Clúster de Salud, incluyendo proveedores de los servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales.

Basados en las *Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias* (IASC, 2007), este documento provee un panorama de conocimientos esenciales que los actores humanitarios de salud deben tener acerca de la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) en las emergencias humanitarias. Los directivos necesitarán asegurarse que el personal de salud esté orientado en las partes relevantes de este documento, según aplique.

El término “psicosocial” denota la interconexión entre los procesos psicológicos y sociales, y el hecho de que cada uno interactúa constantemente con el otro, influyéndose recíprocamente. En este documento, el término compuesto salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) es usado para describir cualquier tipo de apoyo local o externo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales.

Los apoyos sociales son esenciales para proteger y apoyar la salud mental y el bienestar psicosocial en emergencias, y deben organizarse a través de múltiples sectores (por ejemplo, manejo de campamentos, educación, seguridad alimentaria y nutrición, salud, protección, albergues, agua y saneamiento). Se estimula a los actores humanitarios de salud a promover las Guías del IASC y sus mensajes claves con colegas de otras disciplinas/clúster/sectores, para asegurar que se tomen medidas apropiadas para abordar los factores de riesgo social que afectan la salud mental y el bienestar psicosocial.

Las intervenciones clínicas psicológicas y psiquiátricas esenciales deben estar disponibles para problemas específicos urgentes. Estas últimas intervenciones deben implementarse solamente bajo el liderazgo de profesionales de la salud mental, quienes en general trabajan en el sector salud.

La inclusión de consideraciones de salud mental y bienestar psicosocial en la respuesta de salud protegerá la dignidad de los sobrevivientes y mejorará la respuesta de salud general.

1.2 EFECTO DE LAS EMERGENCIAS

Las situaciones de emergencias crean una amplia gama de problemas a nivel individual, familiar, comunitario y social. En cada uno de estos niveles, las emergencias deterioran los apoyos de protección normalmente disponibles, aumentan los riesgos de diversos problemas y tienden a agravar los problemas pre-existentes. Aunque los problemas sociales y psicológicos ocurren en la mayoría de los grupos, es importante notar que cada individuo experimentará el mismo evento de diferente manera y tendrá diferentes recursos y capacidades para hacer frente a ese evento.

Los problemas de salud mental y psicosociales en emergencias están estrechamente interconectados, sin embargo pueden ser predominantemente sociales o psicológicos. Los problemas más significativos de naturaleza predominantemente social incluyen:

- Problemas sociales pre-existentes (anteriores a la emergencia) (por ejemplo, pertenecer a un grupo que está discriminado o marginado; opresión política);
- Problemas sociales inducidos por la emergencia (por ejemplo, separación de los miembros de la familia; falta de seguridad; estigma; desintegración de las redes sociales; destrucción de medios de subsistencia, de estructuras comunitarias, de los recursos y de la confianza; participación en el trabajo sexual); y
- Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria (por ejemplo, hacinamiento y falta de privacidad en los campos; debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales; dependencia de la ayuda exterior).

De manera similar, entre los problemas de naturaleza predominantemente psicológicos, encontramos:

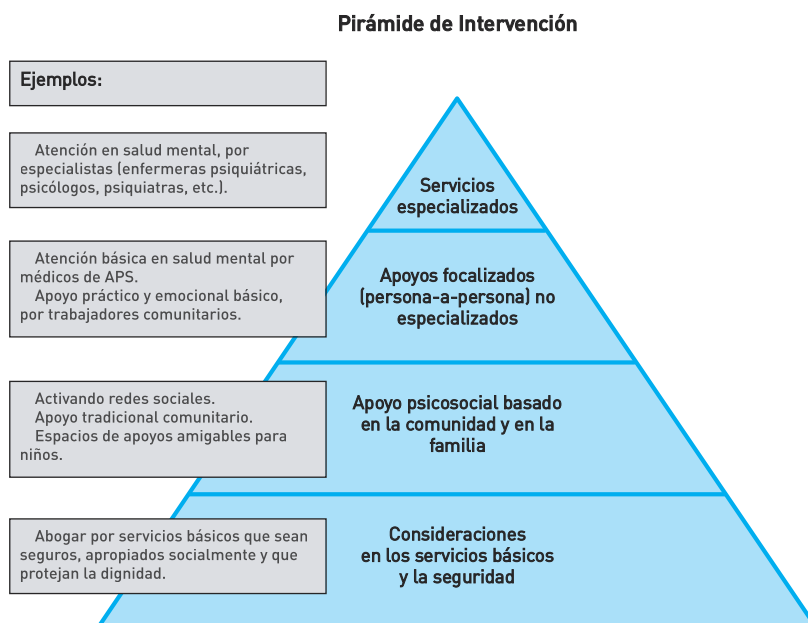
- Problemas pre-existentes (por ejemplo, graves trastornos mentales; depresión; abuso de alcohol);
- Problemas inducidos por la emergencia (por ejemplo, duelo; aflicción no patológica; abuso de alcohol y otras sustancias; trastornos de depresión y ansiedad, incluyendo trastornos de estrés postraumáticos (TEPT); y
- Problemas inducidos por la asistencia humanitaria (por ejemplo, ansiedad debido a la falta de información respecto a la distribución de alimentos).

Por lo tanto, los problemas de salud mental y psicosociales en emergencias abarcan mucho más que la experiencia del estrés postraumático o depresión inducida por desastres. Un enfoque selectivo

sobre estos problemas es inapropiado, ya que pasa por alto muchos otros problemas de SMAPS en emergencias, además de ignorar los recursos de las personas. Hombres, mujeres, niños y niñas tienen su activo, o sus propios recursos con los que apoyan la salud mental y el bienestar psicosocial. Un error común en el trabajo sobre SMAPS es ignorar estos recursos y enfocarse únicamente en los déficits – debilidad, sufrimiento y patología – del grupo afectado. Es importante conocer no sólo los problemas, sino también la naturaleza de los recursos locales, ya sean útiles o perjudiciales, y el alcance hasta donde las personas afectadas puedan tener acceso a ellos.

1.3 PRINCIPIOS

Figura 1. Pirámide de Intervención para salud mental y apoyo psicosocial en emergencias (para una explicación de los diferentes niveles, ver páginas 13-14 de las Guías del IASC).



En emergencias, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. Uno de los principios claves es asegurar la disponibilidad de apoyos complementarios. Los sistemas de SMAPS requieren de un sistema de múltiples niveles de apoyo complementarios, que satisfaga las necesidades de los diferentes grupos (ver Figura 1). Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente.

Otro principio clave es que aún en las etapas tempranas de una emergencia es importante desarrollar capacidades locales, promover auto-ayuda y fortalecer los recursos ya existentes. Cuando sea posible, los actores humanitarios deben estimular el desarrollo de las capacidades tanto gubernamentales como de la sociedad civil. En cada nivel de la pirámide de intervención las labores claves son identificar, movilizar y fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, de las familias, de las comunidades y de la sociedad en su conjunto.

Las actividades y la programación deben ser integrados en sistemas más amplios (es decir, mecanismos de apoyo comunitario existentes, sistemas escolares formales y no formales, servicios generales de salud, servicios generales de salud mental, servicios sociales, etc.), tanto como sea posible. La proliferación de servicios autónomos, tales como aquellos que se relacionan sólo con sobrevivientes de violaciones o sólo con personas que tienen un diagnóstico específico, tienden a ser problemáticos, porque pueden dividir los sistemas de apoyo. Las actividades que están integradas en sistemas más amplios alcanzan a más personas, usualmente son más sostenibles y además conllevan menos estigma.

2. MATRIZ DE SMAPS: VISIÓN GENERAL DE RESPUESTAS MÍNIMAS DURANTE EMERGENCIAS

Un número de respuestas mínimas necesitan ser implementadas. Estas intervenciones están resumidas en el Cuadro 1. Las actividades principales para la participación del sector salud están resaltadas en *azul cursiva*. Cuando sea factible, el sector salud puede también involucrarse en cualquiera de las otras acciones, especialmente en áreas de movilización y apoyo a la comunidad. Las Guías del IASC nos brindan orientación en cuanto a cómo cada una de las respuestas mínimas puede implementarse.

**CUADRO 1: GUÍAS DEL IASC PARA RESPUESTAS MÍNIMAS EN MEDIO DE LAS EMERGENCIAS
(GUÍAS DEL IASC, PÁGS.22-33)**

Área	A. Funciones Comunes
1 Coordinación	1.1 <i>Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial</i>
2 Diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación	2.1 <i>Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial</i> 2.2 <i>Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación</i>
3 Protección y normas de derechos humanos	3.1 <i>Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial</i> 3.2 <i>Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y a las deficiencias en los sistemas de resguardo, y responder a dichas amenazas mediante medidas de protección social</i> 3.3 <i>Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y los abusos mediante medidas de protección jurídica</i>
4 Recursos humanos	4.1 <i>Identificar y movilizar a voluntarios y a personal contratado que se adapten a la cultura local</i> 4.2 <i>Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal</i> 4.3 <i>Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria</i> 4.4 <i>Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios</i>

Área	B. Esferas básicas de salud mental y apoyo psicosocial
5 Organización de la comunidad y apoyo comunitario	5.1 <i>Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores</i> 5.2 <i>Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades</i> 5.3 <i>Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas</i> 5.4 <i>Facilitar el apoyo a los niños (de 0 a 8 años) y a quienes los cuidan</i>
6 Servicios de Salud	6.1 <i>Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud</i> 6.2 <i>Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental</i> 6.3 <i>Proteger y atender a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones</i> 6.4 <i>Informarse sobre los sistemas terapéuticos locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración</i> 6.5 <i>Minimizar los daños derivados del consumo de alcohol y el uso de otras sustancias</i>
7 Educación	7.1 <i>Mejorar el acceso a una educación segura y que sea fuente de apoyo</i>
8 Difusión de información	8.1 <i>Proporcionar a las poblaciones afectadas información sobre la emergencia, el contexto y las actividades de ayuda, así como sobre sus derechos legales</i> 8.2 <i>Proporcionar acceso a información sobre recursos y estrategias para hacer frente a la situación</i>

Área	C. Consideraciones sociales en esferas sectoriales
9 Seguridad alimentaria y nutrición	9.1 <i>Incluir consideraciones concretas de índole social y psicológica en la provisión de alimentos y apoyo nutricional (seguridad, dignidad con respeto a las prácticas culturales y a las funciones de los miembros de la familia)</i>
10 Albergues y planeación en el lugar	10.1 <i>Incluir consideraciones sociales concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad, dignidad, asistencia cultural y socialmente apropiada)</i>
11 Agua y saneamiento	11.1 <i>Incluir consideraciones sociales concretas (acceso digno, culturalmente apropiado y seguro para todos) en el abastecimiento de agua y saneamiento</i>

3. COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN

3.1 COORDINACIÓN (GUÍAS DEL IASC, LISTA DE ACCIONES 1.1)

Las actividades de SMAPS deben coordinarse dentro y a través de los clústeres/sectores. El mecanismo de coordinación de SMAPS debe ser contextualmente apropiado. Debe existir un mecanismo para que los actores de los diferentes clústeres/sectores se reúnan regularmente para coordinar sus planes y acciones de SMAPS.

SMAPS implica actividades que requieren ser discutidas e integradas en los planes de trabajo relevantes de cada clúster/sector, ya que son componentes básicos de clústeres/sectores básicos (por ejemplo, Salud, Protección y Educación). La responsabilidad por las actividades de SMAPS recae en los Clústeres relevantes. Es importante incluir los proyectos de SMAPS en capítulos relevantes (Salud, Protección y Educación) de los documentos de llamamientos urgentes o del Proceso de Llamamiento Consolidado (Consolidated Appeal Process - CAP). Dichos documentos no deben tener un capítulo separado de SMAPS. SMAPS no debe ser establecido como un Clúster separado.

Las Guías del IASC recomiendan el establecimiento de un grupo de coordinación de SMAPS intersectorial. Es apropiado establecer un grupo de coordinación de SMAPS donde muchos actores de SMAPS estén presentes. El grupo de coordinación necesita contar con Términos de Referencia. Los temas operacionales claves inter-clúster deben ser dirigidos por el Grupo de Coordinación Inter-Clúster, donde existe. Cuando son pocos los actores de SMAPS presentes, un grupo de coordinación de SMAPS intersectorial podría ser inapropiado. En ese caso, es importante organizar reuniones regulares entre actores de SMAPS de diferentes sectores o establecer un sistema de puntos focales de SMAPS desde el interior de los diversos clústeres/sectores relevantes, quienes se reúnen regularmente.

Cabe mencionar que, política y prácticamente, a menudo resulta mejor tener el grupo de coordinación de SMAPS copresidido tanto por una agencia de salud como por una agencia de protección (o por una agencia de salud y una agencia de servicios comunitarios, en caso de escenarios con campos de refugiados). Las organizaciones líderes deben estar informadas sobre SMAPS y calificadas en procesos de coordinación inclusivos (es decir, evitar la preponderancia de un enfoque o sector en particular).

El grupo de coordinación de SMAPS debe trabajar con todos los

clústeres/sectores relevantes para asegurar que sus actividades sean llevadas a cabo en forma tal que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial.

3.2 EVALUACIÓN (GUÍA DEL IASC, LISTA DE ACCIONES 2.1)

La *Evaluación Rápida Inter-agencia de IASC: el Formulario de Evaluación Rápida Inicial* (Initial Rapid Assessment - IRA) es una herramienta intersectorial estándar, utilizada por los Clústeres para la evaluación de situaciones humanitarias en la primera semana después de una emergencia repentina mayor. Con respecto a SMAPS en el sector salud, una pregunta que debe ser urgentemente respondida es si la gente en hospitales psiquiátricos u otras instituciones (como por ejemplo, hogares para ancianos, orfanatos) han sido olvidadas o abandonadas, sin acceso a agua limpia, alimentos, atención a la salud física o protección contra la violencia y el abuso. Es por ello crucial que los evaluadores visiten las instituciones mientras realizan la evaluación rápida inicial (IRA).

El Sistema de Mapeo de la Localización y Disponibilidad de Recursos de Salud del Clúster Global de Salud (Health Resource Availability Mapping System - HeRAMS) es una herramienta para ayudar en la recopilación y análisis de datos para promover y apoyar las buenas prácticas en el mapeo de recursos y servicios de salud. HeRAMS provee una lista de verificación de servicios de salud de acuerdo al nivel de atención y al sub-sector de salud, para establecimientos de salud/clínicas móviles/intervenciones comunitarias en cada punto de entrega. La lista de verificación cuenta con ítems específicos de salud mental en los niveles de atención comunitaria, atención primaria, secundaria y terciaria.

Además, existe una versión piloto de una herramienta de SMAPS para mapear “Quién está haciendo Qué, Dónde y hasta Cuándo” (“las 4Ws”). Esta herramienta es útil para obtener más detalles sobre todas las actividades de SMAPS, incluyendo aquellas realizadas por otros sectores. La herramienta – que está disponible bajo solicitud al Grupo de Referencia del IASC de SMAPS - puede ligarse con el HeRAMS.

La mayoría de las evaluaciones sobre SMAPS se llevan a cabo algunas semanas o incluso algunos meses después de una aparición repentina de una emergencia mayor. Donde sea posible, los Clústeres deben integrar las preguntas en sus evaluaciones. Como en otras áreas de ayuda, las evaluaciones sobre SMAPS necesitan ser coordinadas. Las organizaciones deben determinar primero qué evaluaciones se han realizado, y deben diseñar más evaluaciones de campo sobre SMAPS, sólo si son necesarias. En la mayoría de las emergencias,

CUADRO 2: RESUMEN DE INFORMACIÓN CLAVE Y EVALUACIÓN

Tipo de Información	Incluye
Información demográfica y contextual pertinente al hecho¹	<ul style="list-style-type: none"> • Magnitud de la (sub) población • Mortalidad y amenaza que acarreen riesgos de mortalidad • Acceso a la satisfacción de necesidades físicas básicas (por ejemplo, alimentos, albergues, agua y saneamiento, servicios de salud) y educación • Violación a los derechos humanos y marcos de protección • Estructuras y dinámicas de índole social, política, religiosa y económica • Cambios en las actividades para poder ganarse la vida y en la vida cotidiana de la comunidad • Información etnográfica básica sobre recursos culturales, normas, roles y actitudes
Experiencia de la emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de las personas respecto de la emergencia (percepciones de los hechos y de su importancia, percepciones de las causas, consecuencias esperadas)
Problemas de salud mental y psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de malestar psicológico y social, incluyendo problemas emocionales y de comportamiento • Signos de perturbación en el desempeño de las actividades cotidianas • Debilitamiento de los mecanismos de solidaridad y apoyo social • Información sobre personas que padecen trastornos mentales graves
Fuentes existentes de bienestar psicosocial y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Maneras en que las personas se ayudan a sí mismas y a los demás • Maneras en que la población ha hecho frente anteriormente a la adversidad • Tipos de ayuda social existentes y fuentes de solidaridad comunitaria
Capacidades y actividades de organización	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura, localización, dotación de personal y recursos para atención en salud mental en el sector salud (ver Atlas de Salud Mental de la OMS) y el impacto de la emergencia en los servicios • Estructura, localización, dotación y recursos de los programas de apoyo psicosocial en los servicios educacionales y sociales, y el impacto de la emergencia en los servicios • Recopilación de datos sobre aptitudes psicosociales en miembros de la comunidad • Recopilación de datos sobre posibles aliados y magnitud, calidad y contenido de anteriores cursos de capacitación en SMAPS • Recopilación de datos sobre programas de SMAPS para emergencias
Necesidades y oportunidades de programación	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones de diferentes actores clave y en especial los afectados • Medida en que se ejecutan las diferentes acciones indicadas en las Guías del IASC • Grado de funcionalidad de los sistemas de remisión entre los sectores de salud, social, educación, comunitario, religioso y dentro de un mismo sector

¹ Esta información normalmente se encuentra disponible en documentación existente.

diferentes grupos (departamentos gubernamentales, organizaciones de NU, ONGs, etc.) en diferentes sectores recopilarán información sobre diferentes aspectos de SMAPS en un rango de áreas geográficas, y se requiere coordinación sobre quién recopilará qué tipo de información y dónde. Aquellos quienes sean responsables de la coordinación, deben asegurarse, hasta donde sea posible, que toda la información indicada en el Cuadro 2 – véase página precedente – esté disponible para el área afectada.

Los principios generales de la evaluación rápida participativa se aplican cuando se recopila la información resumida en el Cuadro 2. Los métodos cualitativos relevantes de recopilación de datos incluyen revisión de literatura, actividades de grupo (es decir, grupos de discusión), entrevistas de informantes claves, observaciones y visitas in loco. Los métodos cuantitativos, que incluyen cuestionarios breves y revisiones de datos existentes en los sistemas de salud, también pueden ser útiles.

A pesar de su popularidad, las encuestas que buscan evaluar la distribución de índices de trastornos mentales inducidos por la emergencia, tienden a ser desafiantes, intensivos en recursos y, con frecuencia, controversiales. La experiencia ha demostrado que se requiere una experiencia considerable para realizar encuestas sobre trastornos mentales de manera profunda y suficientemente rápida como para influenciar sustancialmente y significativamente los programas en medio de una emergencia.

Aunque las encuestas sobre trastornos mentales bien realizadas pueden ser parte de una respuesta comprensiva, de acuerdo con las Guías del IASC, dichas encuestas van más allá de las respuestas mínimas, las cuales se definen como respuestas esenciales de alta prioridad que deben implementarse lo más pronto posible en una emergencia. Para una discusión más detallada sobre el tema de las encuestas y de las dificultades en distinguir trastornos mentales de reacciones de ansiedad, ver p. 49 de las Guías del IASC.

4. CONOCIMIENTO ESENCIAL DE SMAPS RELACIONADO CON EL SECTOR SALUD.

4.1 ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y APOYO A LA COMUNIDAD (GUÍA DEL IASC, LISTA DE ACCIONES 5.1-5.4)

Todos los sectores, incluyendo el sector salud, tienen una responsabilidad compartida para facilitar la organización comunitaria y el apoyo a la comunidad. “La movilización de la comunidad” en este documento y en las Guías del IASC se refiere al esfuerzo de involucrar a los miembros de la comunidad (grupos de gente, familias, parientes, personas de la misma edad, vecinos u otros colectivos que tienen intereses comunes) en todas las discusiones, decisiones y acciones que los afecten a ellos y a su futuro. Las comunidades suelen estar compuestas por múltiples subgrupos, con diferentes necesidades, que a menudo compiten por espacios de influencia y poder. Para facilitar una auténtica participación comunitaria es preciso comprender la estructura del poder local y las fuentes potenciales de conflicto comunitario, trabajando con diferentes subgrupos y evitando que existan privilegios para grupos particulares (ver Lista de Acciones 5.1 de las Guías del IASC).

Facilitar la auto-ayuda y el apoyo social de las comunidades implica identificar los mecanismos de apoyo psicosocial que ocurren naturalmente, así como los recursos para enfrentar situaciones difíciles y la capacidad de recuperación, a través de un diagnóstico de situación participativo u otros métodos de participación. Este proceso implica, donde sea apropiado, apoyar las iniciativas comunitarias existentes, especialmente aquellas que promuevan el apoyo familiar y comunitario a todos los miembros de la comunidad afectados por la emergencia, incluso personas a más alto riesgo (ver Guías del IASC, Lista de Acciones 5.2, 5.3 y 5.4, para una guía detallada y numerosos ejemplos, incluyendo la facilitación de prácticas terapéuticas comunales y de ayuda a niños pequeños). En general, un enfoque de auto-ayuda es vital para las personas que han experimentado situaciones abrumadoras, porque el tener una medida de control sobre algunos aspectos de sus vidas fomenta la salud mental y el bienestar psicosocial.

4.2 CONSIDERACIONES DE ÍNDOLE PSICOLÓGICA EN LA ATENCIÓN GENERAL DE SALUD (GUÍAS DEL IASC, LISTA DE ACCIÓN 6.1)

En la provisión de servicios de atención de salud en general deben considerarse las siguientes acciones:

- Comunicación con los pacientes, dando información clara y precisa acerca de su estado de salud y sobre los servicios que puedan ser relevantes dentro y fuera del sector salud. Una actualización sobre habilidades de comunicación podría incluir conocimientos básicos de cómo dar malas noticias y al mismo tiempo que se brinda apoyo a quien las recibe; cómo tratar con personas enojadas, muy ansiosas, con tendencias suicidas, pacientes psicóticos o retraídos; y cómo responder cuando un paciente comunica eventos muy privados y emocionales;
- Apoyar la resolución de problemas y el empoderamiento ayudando a la gente a clarificar sus problemas, realizando una “lluvia de ideas” con el fin de hacer frente a la situación, identificando opciones y evaluando el valor y las consecuencias de dichas elecciones;
- Referencia a servicios de rastreo de personas, servicios sociales y legales;
- Referencia de niños desnutridos para estimular programas con el fin de reducir discapacidades del desarrollo y mejorar el desarrollo en el niño;
- Manejo de quejas somáticas inexplicadas desde un punto de vista médico, principalmente mediante métodos no farmacológicos (ver pp.85-101 de *Donde no hay Psiquiatra*, ver lista de referencias);
- Primeros auxilios psicológicos (Psychological First Aid - PFA), que implica ayuda psicológica básica, pragmática y no invasiva, con un enfoque dirigido a escuchar sin forzar a hablar, evaluar las necesidades y asegurarse de que se suplan las necesidades básicas; alentar, pero sin forzar, la compañía de familiares o amigos; y proteger de otros daños. PFA por lo tanto, implica una respuesta no clínica, humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que necesita ayuda inmediatamente después de eventos extremadamente estresantes. PFA es muy diferente de las intervenciones psicológicas breves (“debriefing”), puesto que no necesariamente incluye una discusión del evento que causó el malestar. **El “debriefing” es una técnica popular pero controversial (que, en el mejor de los casos, no es efectiva) y que no debe ser implementada.** Todos los trabajadores humanitarios, y especialmente los trabajadores de salud, deben ser capaces de proporcionar PFA básico;
- En casos excepcionales, cuando la angustia aguda y grave inducida por la emergencia limita el funcionamiento básico de una persona o resulta intolerable, probablemente se requerirá tratamiento clínico (como guía, ver *Donde no hay psiquiatra*);

- Con relación al tratamiento clínico de la angustia aguda, **las benzodiacepinas son frecuentemente recetadas en exceso en la mayoría de las emergencias**. No obstante, esta medicación puede ser recetada apropiadamente por un breve lapso de tiempo para ciertos problemas clínicos (por ejemplo, insomnio grave). Sin embargo, se requiere precaución, ya que el uso de benzodiacepinas puede llevar rápidamente a la dependencia;
- En una minoría de casos se presentarán trastornos crónicos de distimia o de ansiedad (incluyendo presentaciones severas de estrés postraumático grave). Cuando el trastorno es grave debe procurarse tratamiento dispensado por personal clínicamente capacitado, como parte de la respuesta mínima a la emergencia (descrito en la Lista de Acciones del IASC 6.2). Si el trastorno no es grave (por ejemplo, si la persona está más o menos en condiciones de funcionar y tolerar el sufrimiento), se le debería ofrecer atención normalizada no clínica, como parte de una respuesta de asistencia médica más integral. Cuando sea apropiado, el apoyo para estos casos puede también estar a cargo de agentes de salud comunitarios capacitados y supervisados clínicamente (por ejemplo, trabajadores sociales, asesores psicosociales) que trabajen en los servicios de salud.

4.3 CUIDADO DE PERSONAS CON GRAVES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) (GUÍAS DEL IASC, LISTA DE ACCIONES 6.2)

Los trastornos mentales graves a menudo preceden una emergencia, pero también pueden haber sido inducidos por emergencias. Las personas con dichos trastornos son extremadamente vulnerables y frecuentemente son abandonadas en las emergencias. La Lista de Acciones 6.2 describe una escala de aspectos acerca de cómo se puede organizar la atención de las personas con trastornos mentales graves (por ejemplo, evaluación, capacitación y supervisión, publicidad e información a la población acerca del servicio). Los posibles modelos de servicio para organizar la atención en la salud mental en la atención primaria (APS) incluyen:

- Profesionales de la Salud Mental trabajando en los equipos de APS del gobierno o de ONGs;
- Capacitación y supervisión de personal local de APS para integrar la atención de salud mental en la práctica normal y para dedicarle tiempo a la misma;
- Capacitación y supervisión a un miembro del equipo local de APS (un doctor o una enfermera) para proveer atención en la salud mental a tiempo completo, junto con los otros servicios de APS.

4.4 MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Es necesario asegurar el suministro adecuado de medicamentos psicotrópicos esenciales en la APS y otros servicios de salud (*Guías del IASC, Lista de Acciones 6.2*). Los actores humanitarios de salud deben saber que:

- En general, se recomiendan las medicinas genéricas, sin protección de patentes, porque en la mayoría de los países tienden a ser mucho más baratas que los psicotrópicos patentados y son igual de efectivas. Aunque los medicamentos nuevos tienden a tener perfiles de efectos secundarios más favorables, la adherencia general a estas drogas es sólo ligeramente mejor.
- La provisión mínima consiste en: un medicamento antipsicótico, un medicamento contra el mal de Parkinson (para tratar posibles efectos secundarios extra piramidales), un anticonvulsivo/antiepiléptico, un antidepresivo, y un ansiolítico (para usar en caso de abuso de sustancias grave y convulsiones), todos ellos en forma de tabletas y de conformidad con la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (ver Apéndice A). El Kit Interinstitucional de Salud en Emergencias del 2010 provee estos medicamentos.

4.5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD (SIS) EN LA APS

(GUÍAS DEL IASC, LISTA DE ACCIONES 6.2)

La APS en emergencias ofrece una importante oportunidad para apoyar a las personas con problemas de salud mental. Se debe capacitar al personal de APS a documentar problemas de salud mental usando categorías simples. El trabajador promedio de APS requerirá una pequeña guía en el uso de las siete siguientes categorías (Ver Apéndice B, de definiciones de casos de ACNUR):

- Ataques/epilepsia
- Trastornos por uso de alcohol u otras sustancias
- Retraso mental/discapacidad intelectual
- Trastornos psicóticos
- Trastornos emocionales severos
- Otras quejas psicológicas
- Quejas somáticas médicamente inexplicables

4.6 PERSONAS EN INSTITUCIONES (GUÍAS DEL IASC, LISTA DE 6.3)

Las personas en hospitales psiquiátricos y otras instituciones a menudo han sido olvidadas o abandonadas en varias emergencias, lo que las lleva a convertirse en las víctimas de violencia, negligencia, y violación de derechos humanos. Durante la crisis, los líderes de salud necesitan controlar a las personas en dichas instituciones y atender a sus necesidades urgentes, asegurándose de que estas personas sean protegidas y cuidadas.

4.7 ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

(GUÍAS DEL IASC, LISTA DE ACCIONES 6.5)

Puede ser necesario que el sector salud, en colaboración con otros sectores, deba actuar para minimizar los daños relacionados con el uso de alcohol y de otras sustancias en emergencias en las que el uso de dichas sustancias conduce a problemas de gran alcance en el área de la protección, médica o socioeconómica. Las Guías del IASC esbozan los pasos iniciales a seguir en una emergencia para minimizar los daños relacionados con el uso de alcohol y de otras sustancias. Estos pasos incluyen evaluación (ver ACNUR/OMS, 2008), prevención del uso nocivo y dependencia, intervenciones en la comunidad para la reducción de daños y el tratamiento de la abstinencia.

4.8 RELACIONARSE CON OTROS SISTEMAS TERAPÉUTICOS

(GUÍAS DEL IASC, LISTA DE ACCIONES 6.4)

A menudo es importante aprender acerca de los sistemas de curación locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, colaborar con ellos. Ya sea que los logros de tratamientos tradicionales sean clínicamente efectivos o nocivos (lo que tiende a variar), los diálogos con sanadores tradicionales pueden conducir a un rango de resultados positivos, incluyendo el creciente entendimiento de los mundos espirituales, psicológicos y sociales de las personas afectadas y a una mejora de los sistemas de referencia, entre otros. Algunos sanadores tradicionales pueden evitar la colaboración. Al mismo tiempo, el personal de salud puede ser indiferente u hostil a las prácticas tradicionales, o también puede ignorarlas. Aunque en algunas situaciones mantener distancia puede ser la mejor opción, las acciones claves resaltadas en la Lista de Acciones 6.4 pueden facilitar la construcción de un puente entre los diversos sistemas de atención.

5. DESAFÍOS OPERACIONALES: LO QUE DEBE HACERSE Y LO QUE NO DEBE HACERSE

La experiencia recogida en muchas diferentes emergencias permite señalar que algunas acciones son aconsejables, así como otras deberían evitarse (ver Cuadro 3). El directivo del programa de salud debe estar familiarizado con estos “lo que debe hacerse y lo que no debe hacerse” y pueden usarlos como lista de control para el desarrollo, implementación y monitoreo de programas.

Cuadro 3: Lo que debe hacerse y Lo que no debe hacerse

Lo que debe hacerse	Lo que no debe hacerse
Establecer un grupo general de coordinación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS).	No deben crearse grupos separados para servicios de salud mental o apoyo psicosocial que no se comuniquen o no se coordinen recíprocamente.
Apoyar una respuesta integrada, participando en reuniones de coordinación y agregando valor al complementar la labor de los demás.	No trabajar aisladamente o sin considerar de qué manera el propio trabajo armoniza con el de los demás.
Recopilar y analizar información a fin de determinar si se necesita una respuesta y, en caso afirmativo, qué tipo de respuesta.	No duplicar los diagnósticos de situación pero tampoco aceptar acríticamente los datos preliminares.
Ajustar los instrumentos de diagnóstico de la situación al contexto local.	No utilizar instrumentos de diagnóstico de situación que no hayan sido validados en el contexto local.
Reconocer que las personas resultan afectadas por las emergencias en maneras diferentes. Muchas personas son resistentes y pueden funcionar bien, mientras que otras tal vez resulten gravemente afectadas y pueden necesitar apoyos especializados.	No presumir que todos quienes están en una situación de emergencia han sido traumatizados, ni que las personas aparentemente resistentes no necesiten apoyo.
Formular preguntas en el idioma o los idiomas locales y de manera segura y amigable que respete el carácter confidencial.	No duplicar las evaluaciones de la situación ni formular preguntas muy inquietantes, sin ofrecer un apoyo ulterior.
Prestar atención a las diferencias por motivos de género.	No presumir que las experiencias afectan a hombres y mujeres (o a niños y niñas) exactamente de la misma manera, ni que los programas formulados en beneficio de los hombres serán igualmente beneficiosos para las mujeres.
Cerciorarse de las referencias al contratar personal y voluntarios, y fomentar la capacidad del nuevo personal recurriendo a los residentes locales y/o a la comunidad afectada.	No emplear prácticas de contratación que debiliten gravemente las estructuras locales existentes.
Después de impartir capacitación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial, es preciso proporcionar supervisión y seguimiento ulteriores para velar por que las intervenciones se realicen correctamente.	No impartir cursos de capacitación aislados o por única vez, o cursos muy breves, sin un seguimiento, cuando se trata de preparar a las personas para que realicen complejas intervenciones de índole psicológica.
Facilitar la formulación de programas que sean apropiados y administrados por la comunidad y dirigidos por ésta.	No emplear un modelo caritativo que considere que los miembros de la comunidad son principalmente receptores de servicios.
Fomentar las capacidades locales, apoyando la auto organización y fortaleciendo los recursos ya presentes en los grupos afectados.	No organizar apoyos que menoscaben o hagan caso omiso a las responsabilidades y capacidades locales.

Cuadro 3: Lo que debe hacerse y Lo que no debe hacerse (cont.)

Conocer las prácticas culturales locales y, según proceda, utilizarlas en apoyo de los residentes locales.	No presumir que todas las prácticas culturales locales son útiles ni que todos los residentes locales apoyan determinadas prácticas.
Emplear métodos ajenos a la cultura cuando esto sea apropiado.	No presumir que los métodos aportados del exterior son necesariamente mejores, ni imponerlos a los residentes locales, de manera que marginen las prácticas y las creencias locales sobre las formas correctas de apoyo.
Fomentar las capacidades gubernamentales e integrar la atención de salud mental para sobrevivientes de emergencias en los servicios de salud para la población en general así como, si estos existen, en los servicios de salud mental comunitaria.	No crear servicios paralelos de salud mental para determinados subgrupos de población.
Organizar el acceso a diversos servicios de apoyo, incluyendo los primeros auxilios psicológicos, en beneficio de personas en estado de angustia, después de haber expuestas a acontecimientos extremos.	No proporcionar sesiones únicas y aisladas de apoyo psicológico a miembros de la población en general con carácter de intervención inmediata después de que la gente haya estado expuesta a conflictos o desastres naturales.
Capacitar y supervisor a agentes de atención primaria de salud y de atención a la salud en general recomendando buenas prácticas de prescripción de medicamentos y de apoyo psicológico básico.	No proporcionar medicamentos psicotrópicos ni apoyo psicológico cuando no se cuenta con capacitación y supervisión.
Utilizar medicamentos genéricos que figuran en la lista de medicinas esenciales del país.	No introducir nuevos medicamentos de marca cuando no se estén utilizando con anterioridad.
Establecer sistemas eficaces de remisión a servicios de mayor complejidad y de apoyo a personas gravemente afectadas.	No establecer sistemas de detección de personas que padecen trastornos mentales si no se cuenta con servicios apropiados y accesibles para las personas que se individualizan.
Elaborar soluciones para la atención que sean apropiadas localmente, en beneficio de personas que corren el riesgo de ser recluidas en instituciones.	No recluir a las personas en instituciones (salvo cuando una institución sea transitoriamente un último recurso incontestable para proporcionar atención y protección básicas).
Colaborar con los funcionarios de comunicación de los distintos organismos a fin de promover una comunicación bidireccional con la población afectada, así como con el mundo exterior.	No utilizar a los funcionarios de comunicación de los organismos únicamente para comunicarse con el mundo exterior.
Utilizar los medios de comunicación de masas para proporcionar información fidedigna que reduzca el estrés y posibilite que las personas tengan acceso a servicios de asistencia humanitaria.	No crear ni mostrar en los medios de difusión imágenes sensacionalísticas del padecimiento de la gente, o que conlleven crear nuevos riesgos para las personas.
Procurar integrar las consideraciones psicosociales en todos los sectores de la asistencia humanitaria.	No centrarse exclusivamente en actividades clínicas, si no se ha desarrollado una respuesta multisectorial.

6. ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN DESPUÉS DE UNA EMERGENCIA, REALIZADAS POR EL SECTOR SALUD

La pirámide de cuatro niveles (ver Figura 1) y el marco multisectorial descriptos en este documento, son también la base del trabajo de SMAPS en la fase de recuperación después de una emergencia. Las actividades de recuperación para los diferentes sectores se describen en la columna integral de la matriz, presentada en las páginas 24-33 de las Guías del IASC. A continuación se presenta una descripción de las actividades específicas por parte del sector salud.

Para el sector salud, las actividades de recuperación más importantes después de una emergencia, son las siguientes:

- Iniciar la actualización de políticas y leyes de salud mental, según proceda;
- Desarrollar la disponibilidad de servicios de salud mental para una amplia gama de problemas, tanto preexistentes como resultantes del desastre, mediante servicios generales de salud y servicios de salud mental de base comunitaria;
- Tratar de velar por la sostenibilidad de los servicios de salud mental recientemente establecidos;
- Para las personas internadas en instituciones psiquiátricas, facilitar la atención comunitaria, y alojamientos alternativos apropiados.

Es importante notar que una emergencia humanitaria no es sólo una tragedia, sino también una enorme oportunidad para construir un sistema de salud mental para apoyar a las personas que lo necesiten. De acuerdo a la literatura epidemiológica disponible, el promedio de un amplio rango de trastornos mentales (trastornos de humor y de ansiedad, incluyendo TEPT y trastornos por el uso de sustancias) aumenta como resultado de emergencias, y por lo tanto existe una buena base para construir a largo plazo servicios de salud mental comunitarios, básicos y sostenibles, en regiones afectadas por emergencias. Todas las comunidades en el mundo deben contar con dichos servicios y, especialmente si han sido afectadas por desastres. Los informes desde Albania, China, Indonesia, Jordania, Irak, Kosovo, Macedonia, el territorio ocupado de Palestina, Perú, Sri Lanka y Timor-Leste, demuestran cómo una emergencia puede conducir a un desarrollo a largo plazo de un sistema de salud mental sostenible.

Aunque la mayoría de la atención debe ser provista en la comunidad, paradójicamente una de las piedras angulares de la mayoría de los sistemas de salud mental sostenibles a nivel

distrital es una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. Esta unidad a menudo forma el núcleo de actividades para (a) organizar la atención de pacientes en la comunidad del distrito y (b) apoyar y supervisar las actividades de salud mental tan necesarias en las clínicas de APS. De esa manera, en los distritos donde no hay unidades de hospitalización para pacientes psiquiátricos, los planes para nuevos hospitales generales como parte de la inversión de recuperación en el sector salud, deben incluir la planeación para una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. Sin embargo, los planes de reconstrucción después de una emergencia a veces incluyen la construcción de hospitales mentales de atención terciaria. Desafortunadamente, dichos planes están típicamente mal asesorados. La descentralización de recursos de salud mental – personal, presupuesto y camas – desde atención terciaria hacia atención secundaria y primaria, es una estrategia clave en la organización de servicios y la extensión de la cobertura del tratamiento efectivo de personas con trastornos mentales en la comunidad. La clave para el desarrollo sostenible de atención de salud mental son los recursos humanos. Cualquier inversión a largo plazo en la capacitación del personal a nivel comunitario (doctores, enfermeras y otros trabajadores de APS) debe incluir salud mental en el programa.

7. RECURSOS HUMANOS

7.1 RECLUTAMIENTO

Los actores humanitarios del sector salud pueden reclutar administradores de programas de salud mental para liderar la respuesta de salud mental de la organización. Un perfil sugerido para dichas personas es:

- Título avanzado en salud pública/ medicina/enfermería o ciencias de la conducta/sociales
- Experiencia basada en el campo en el manejo de programas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en situaciones humanitarias
- Experiencia basada en el campo en el trabajo en el sector salud en países con bajos o medios ingresos
- Notable conocimiento del idioma
- Buen conocimiento sobre SMAPS en la respuesta a emergencias (según se resalta en las Guías del IASC)
- Buen conocimiento acerca de diferentes actitudes culturales, prácticas y sistemas de apoyo social
- Buen conocimiento de las Naciones Unidas y de la comunidad humanitaria de ONGs
- Apreciación de la colaboración inter-agencial e intersectorial
- Sensibilidad cultural

La Lista de Acciones 4.1 de las Guías del IASC provee asesoramiento detallado para identificar y contratar personal o voluntarios. Los directivos de programas de salud deben tratar de contratar proveedores de SMAPS con conocimiento y entendimiento de la cultura local y los modos de comportamiento apropiados. Las tareas clínicas o cualesquiera otras tareas de apoyo psicosocial directo, de persona a persona, deben ser realizadas principalmente por personal local. El directivo del programa de salud debe usar criterios disponibles para evaluar cuidadosamente ofertas de ayuda a nivel individual de profesionales de la salud mental externos, quienes pueden tratar de caer como “paracaídas” para ofrecer sus servicios (ver Guías del IASC, pág. 80-81).

7.2 ORIENTACIÓN Y CAPACITACIÓN DE TRABAJADORES VOLUNTARIOS EN SMAPS

Los trabajadores orientados y capacitados de manera inadecuada, sin las actitudes apropiadas y la motivación, pueden perjudicar a las poblaciones que tratan de ayudar. La Lista de Acciones 4.3 distingue los seminarios breves de orientación y la capacitación. Los seminarios de orientación (seminarios de medio día o de un día completo) deben proporcionar conocimientos y habilidades básicas inmediatas, esenciales y funcionales, relacionadas con las necesidades psicosociales, los problemas y los recursos disponibles para aquellos que trabajan en cada nivel de respuesta. Los posibles participantes son todos los trabajadores que prestan asistencia en todos los sectores (particularmente servicios sociales, salud, educación, protección y sectores de respuesta en crisis). Los seminarios de capacitación – que incluyen el aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos más amplios – son recomendados para quienes trabajan en servicios más focalizados o especializados de SMAPS (véanse los dos niveles superiores de la pirámide en la Figura 1). El horario de los seminarios no debe interferir con la provisión de respuesta en la emergencia.

Se recomienda usar módulos breves y progresivos que brinden un aprendizaje acumulativo, debido a que esto: (a) limita la necesidad de apartar al personal de otras obligaciones durante períodos prolongados y (b) posibilita que el personal practique los conocimientos adquiridos durante los intervalos entre las sesiones sucesivas de capacitación. Utilizar módulos breves significa que cada módulo ha de durar sólo pocas horas o pocos días (según la situación). Además, cada módulo ha de ir seguido de apoyo y supervisión de la práctica sobre el terreno, antes de introducir nuevos materiales educacionales en el módulo siguiente, algunos días o semanas después. **Los seminarios de capacitación deben ser siempre seguidos de supervisión y/o de otro apoyo sobre el terreno.** Esto puede, por ejemplo, conllevar a capacitación/supervisión en el servicio o a reuniones de supervisión regulares que incluyan juego de roles usando desafíos clínicos recientemente encontrados. La capacitación en prácticas de salud mental avanzadas sin organizar un sistema de seguimiento es irresponsable. La Lista de Acciones 4.3 provee una guía clave para organizar orientación y capacitación (por ejemplo, seleccionar capacitadores, metodologías de aprendizaje, contenido de las sesiones y retos en la organización de Capacitación para Capacitadores.).

7.3 BIENESTAR DEL PERSONAL Y LOS VOLUNTARIOS

Los miembros del personal y los voluntarios que trabajan en situaciones de emergencia suelen pasar muchas horas bajo presión y en ocasiones con amenazas a su seguridad. Muchos trabajadores disponen de un insuficiente apoyo organizativo, y suelen manifestar que ese es, al final, el mayor factor de estrés. Además, el contacto con la miseria, el horror y los peligros a que están sometidos otros seres humanos es emocionalmente desgastante y pueden acabar afectando la salud mental y el equilibrio de los trabajadores. La Lista de Acciones 4.4 (puntos 2-4) describe las acciones claves para facilitar un ambiente de trabajo saludable y para abordar los posibles factores de estrés relativos al trabajo diario.

Ya no se recomienda realizar el “debriefing”. El personal que ha experimentado o que ha sido testigo de eventos extremos (incidentes críticos, eventos potencialmente traumáticos) necesita tener acceso a ayuda psicológica básica (primeros auxilios psicológicos, o PFA - ver Sección 4.2 anterior). Cuando el malestar psicológico de los sobrevivientes es tan grave que limita su desempeño básico (o cuando se considera que acarrea riesgos para sí mismo o para los demás), deben dejar de trabajar y recibir asistencia inmediata por un profesional de la salud mental capacitado en tratamiento de estrés traumático agudo, basado en la evidencia. Tal vez sea necesario realizar una evacuación médica.

Es importante velar por que un profesional de salud mental se ponga en contacto con todo el personal que haya sobrevivido a un incidente crítico y siga en contacto durante al menos uno a tres meses después del hecho. El profesional de salud mental debe cerciorarse del desempeño del sobreviviente, de cómo se siente, y poder intervenir para ofrecer el tratamiento clínico apropiado a quienes padezcan problemas significativos que no hayan desaparecido de modo espontáneo a lo largo del tiempo (ver Lista de Acciones 4.4 puntos 6 y 7).

8. HERRAMIENTAS CLAVES Y REFERENCIAS

- Bolton P. (2001). *Evaluación Transcultural de Enfermedades Mentales Relacionadas con Traumas* (Fase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision.
<http://www.certi.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>
- Foro de Investigación y Desarrollo (2006). *Manejo de Pacientes con Síntomas Médicamente Inexplicables: Posters de Guía*. Colombo: Foro de Investigación y Desarrollo. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
- IASC (2005). Lista de Acciones 8.3: Proveer apoyo psicológico y social basado en la comunidad. En: *Guía para Intervenciones de Violencia basadas en el género en Situaciones Humanitarias*. Ginebra: IASC, pp.69-71.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (también en árabe, español y francés).
- IASC (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencia*. Ginebra : IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (también en árabe, español y francés ; la copia impresa de la guía incluye un CD ROM con documentos).
- IASC (2008). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencia: Lista de control para el Uso en el Campo*. Ginebra: IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>
- Clúster de Salud Global del IASC (2009). *Guía del Clúster de Salud: Una guía práctica para la implementación a nivel de país, del Clúster de Salud*. Ginebra: OMS.
- OPS/OMS (2004). Aspectos socioculturales. En: *Manejo de Cadáveres en Situaciones de Desastres*, pág.85-106. Washington: Washington DC: OPS.
<http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf> (también en español).
- Patel V. (2003). *Cuando no hay un Psiquiatra. Manual de Atención de Salud Mental*. The Royal College of Psychiatrists.
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>.
- Proyecto Esfera (2004). Estándar sobre aspectos mentales y sociales de salud. En: *Carta Humanitaria y Estándares Mínimos en Respuesta a Desastres*, pág. 291-293. Ginebra: Proyecto Esfera. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm> (disponible en múltiples idiomas).

- ACNUR/OMS (2008). *Evaluación Rápida del Uso de Alcohol y Otras Sustancias en Poblaciones afectadas por Conflictos y Desplazadas: Una Guía de Campo*. Ginebra: ACNUR/OMS.
- OMS (2003). *Salud Mental en Emergencias: Aspectos Mentales y Sociales de la Salud en las Poblaciones Expuestas a Factores Estresantes Extremos*. Ginebra. OMS http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf (también en árabe, chino, español, francés indonesio y ruso).
- OMS (2003). *Breve Intervención sobre el uso de Sustancias: Un Manual para el Uso en Atención Primaria*. Versión Anteproyecto 1.1 para Pruebas de Campo. Ginebra: OMS. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf (también en español).
- OMS (2006). *Salud Mental y Bienestar Psicosocial entre los Niños en Situaciones de Escases de Alimentos*. Ginebra: OMS. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MH_ChildFSS9.pdf (también en español y francés).
- OMS (2009). *Tratamiento Farmacológico de Trastornos Mentales en Atención Primaria en Salud*. Ginebra: OMS.
- OMS/ACNUR/UNFPA (2004). *Manejo Clínico de Sobrevivientes de Violaciones: Protocolos de Desarrollo para Usar con Refugiados y Personas Internamente Desplazadas* (edición revisada) Ginebra: OMS/ACNUR. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/ (también en árabe y francés).

APÉNDICE A

MEDICINAS RELEVANTES DE LA LISTA MODELO DE MEDICINAS ESENCIALES DE LA OMS (2009)

Medicinas psicoterapéuticas

<input type="checkbox"/> clorpromazina	inyección: 25 mg (clorhidrato)/ml en ampolla de 2 ml; líquido oral: 25 mg (clorhidrato) / 5 ml; tableta: 100 mg (clorhidrato).
<input type="checkbox"/> flufenazina	inyección: 25 mg (decanoato o enantato) en ampolla de 1 ml.
<input type="checkbox"/> <i>haloperidol</i>	inyección: 5 mg en ampolla de 1 ml; tableta: 2 mg; 5 mg
<input type="checkbox"/> <i>amitriptilina</i>	tableta: 25 mg (clorhidrato).
fluoxetina	Dosis oral sólida: 20 mg (presente como clorhidrato).
carbamazepina	tableta (ranuradas): 100 mg; 200 mg
Carbonato de litio	Dosis oral sólida: 300 mg.
Ácido valproico	tableta (cubierta entérica): 200 mg; 500 mg (valproato de sodio)
<input type="checkbox"/> <i>diazepam</i>	tableta (cantidad): 2 mg; 5 mg
clomipramina	cápsula: 10 mg; 25 mg (clorhidrato).

Medicinas de Antiparkinsonismo

(para tratar los efectos secundarios potenciales extra piramidales de antipsicóticos)

<i>biperidena</i>	inyección: 5 mg (lactato) en ampolla de 1 ml; tableta: 2 mg (clorhidrato).
-------------------	--

Anticonvulsivos/antiepilépticos

carbamazepina	Líquido oral: 100 mg/5 ml; tableta (masticable): 100 mg; 200 mg; tableta (cantidad): 100 mg; 200 mg.
<i>diazepam</i>	Gel o solución rectal: 5 mg/tubos: ml en 0.5, 2 ml y 4ml
<input type="checkbox"/> lorazepam	Fórmula parenteral: 2 mg/ml en ampolla de 1 ml; 4 mg/ml en ampolla de 1 ml.
<i>fenobarbital</i>	Inyección: 200 mg/ml (sodio de fenobarbital); líquido oral: 15 mg/5 ml (como fenobarbital o sodio de fenobarbital); tableta: 15 mg-100 mg (fenobarbital).
Fenotín	Cápsula: 25 mg; 50 mg; 100 mg (sal de sodio); inyección: 50 mg/ml en 5 ml vial (sal de sodio); líquido oral: 25-30 mg/5 ml; tableta: 25 mg; 50 mg; 100 mg (sal de sodio); tableta (masticable): 50 mg.
Ácido valproico	Líquido oral: 200 mg/5 ml; tableta (masticable): 100 mg; tableta (cubierta entérica): 200 mg; 500 mg (valproato de sodio).

= rendimiento clínico similar dentro de una clase farmacológica.

Los medicamentos en *letra cursiva* están incluidos en la versión 2010 del Kit de Interinstitucional de Salud en Emergencias.

APÉNDICE B

ACNUR (2009) SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD (SIS) – DEFINICIONES DE CASOS

TRASTORNOS NEUROSIQUIÁTRICOS

1. Epilepsia/ataques

Una persona con epilepsia tiene al menos dos episodios de ataques no provocados por ninguna causa aparente, como fiebre, infección, lesión o abstinencia de alcohol. Estos episodios se caracterizan por pérdida de la conciencia con sacudidas de los miembros y algunas veces asociado con lesiones físicas, incontinencia de los intestinos/la vejiga, y mordedura en la lengua.

2. Trastorno por el uso de alcohol u otras sustancias

Una persona con este trastorno busca consumir alcohol (u otras sustancias adictivas) diariamente, y tiene dificultades para controlar el consumo. Las relaciones personales, el desempeño en el trabajo y la salud física a menudo se deterioran. La persona continúa consumiendo alcohol (u otras sustancias adictivas) a pesar de estos problemas.

Criterios de exclusión: La categoría no debe aplicarse a personas que consumen alcohol (u otra sustancia), si ellos pueden controlar ese consumo.

3. Retraso mental/ discapacidad intelectual

La persona tiene una inteligencia muy baja, lo que causa problemas en su vida diaria. Como niño, esta persona es de lento aprendizaje para hablar. Como adulto, la persona puede trabajar si las tareas son simples. Raramente esta persona podrá vivir de manera independiente o cuidarse y/o o cuidar niños sin apoyo de otros. Cuando es grave, la persona puede tener dificultades para hablar y entender a otros, y puede requerir asistencia constante.

4. Trastorno psicótico

La persona puede oír o ver cosas que no están allí o creen firmemente en cosas que no son ciertas. Pueden hablar a sí mismos, su discurso puede ser confuso o incoherente, y su apariencia inusual. Pueden descuidarse a sí mismos. Alternativamente, pueden experimentar períodos de ser extremadamente felices, irritables, energéticos, conversadores y arriesgados. El comportamiento de la persona es considerado por otras personas de la misma cultura como “loco” o muy extraño.

5. Trastorno emocional grave

El funcionamiento normal diario de esta persona está considerablemente afectado por más de dos semanas, debido a (a) tristeza/apatía abrumadora y/o (b) ansiedad/miedo exagerado, incontrolable. Las relaciones personales, el apetito, el sueño y la concentración están a menudo afectados. La persona puede no estar en condiciones de iniciar o mantener una conversación. La persona puede quejarse de fatiga grave y estar socialmente retraída, con frecuencia permaneciendo en la cama la mayor parte del día. Es común que piense en suicidarse.

Criterios de inclusión: Esta categoría debe ser aplicada solamente si existe discapacidad para el funcionamiento diario.

OTRAS QUEJAS DE INTERÉS CLÍNICO

6. Otras quejas psicológicas

Esta categoría abarca las quejas relacionadas con las emociones (por ejemplo, estado depresivo, ansiedad), con los pensamientos (es decir, poca concentración) o con el comportamiento (por ejemplo, inactividad, agresión). La persona suele funcionar en todas o casi todas las actividades normales diarias. La queja puede ser un síntoma de un trastorno emocional leve, o puede representar aflicción normal (no trastorno).

Criterio de inclusión: Esta categoría debe ser aplicada solamente si (a) la persona está solicitando ayuda por la queja y (b) si la persona no corresponde a ninguna de las cinco categorías anteriores.

7. Queja somática médicamente inexplicable

La categoría abarca cualquier queja somática/física que no tiene una causa orgánica aparente.

Criterio de inclusión: Esta categoría debe ser aplicada solamente (a) después de realizarse exámenes físicos necesarios; (b) si la persona no corresponde a ninguna de las seis categorías anteriores y (c) si la persona solicita ayuda por la queja.

Este documento es para los actores humanitarios del sector salud que trabajan a nivel nacional y sub-nacional en países que enfrentan emergencias humanitarias. Es aplicable a asociados del Clúster de Salud, incluyendo proveedores de servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales.

Basados en la **Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia** (IASC 2007), este documento provee un panorama de conocimientos esenciales que los actores humanitarios de salud deben tener acerca de la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) en emergencias humanitarias. Los directivos necesitarán asegurarse que el personal de salud esté orientado en las partes relevantes de este documento, según aplique.

Este documento del Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial fue preparado en consulta con el Clúster de Salud Global del IASC.