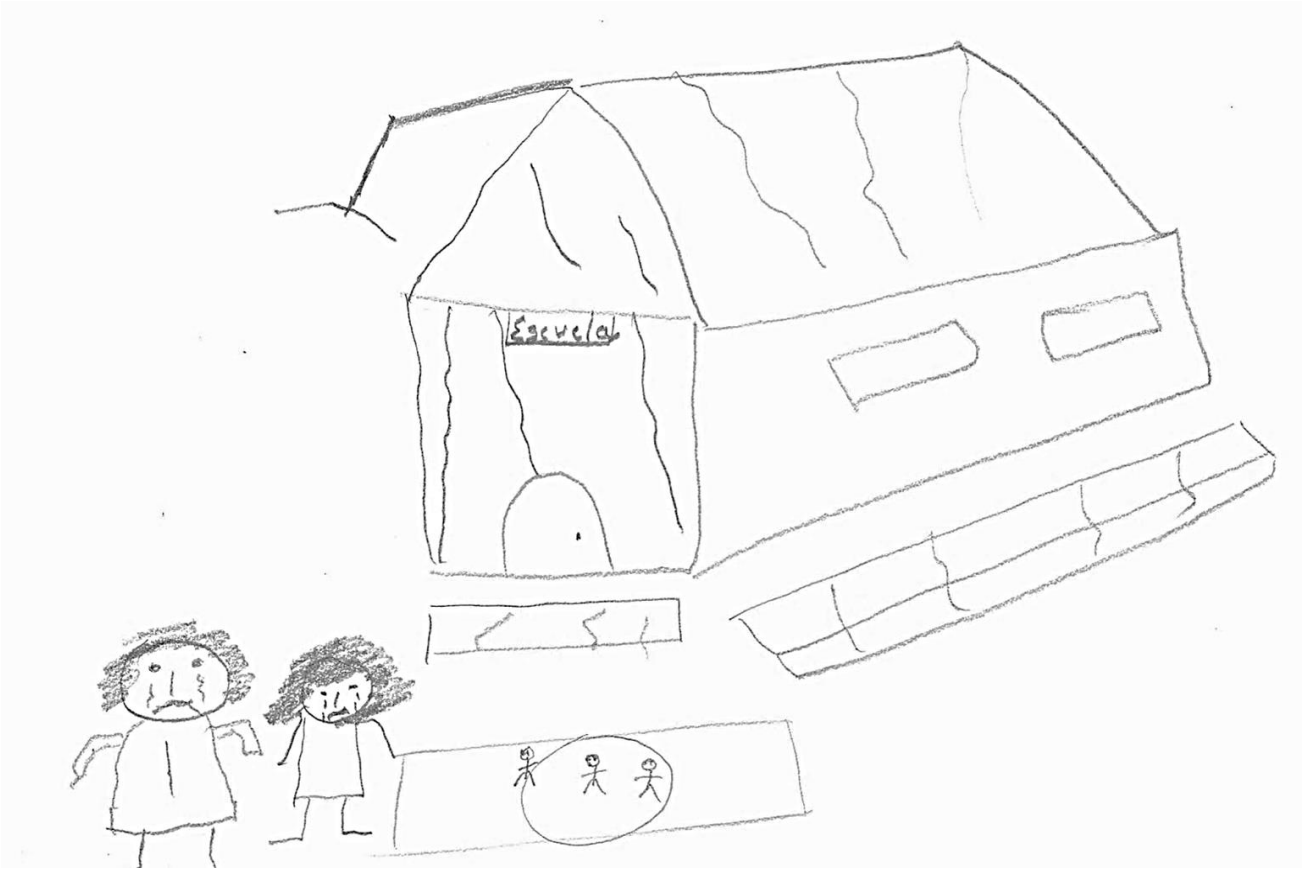
MANUAL DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRE



Contenido

1.- Introducción

2.- Intervenciones en la etapa cero

3.- Intervenciones en la etapa uno

4.- Intervenciones en la etapa dos

5.- Organización del personal de salud

6.- Bibliografía

7.- Anexo-Autoayuda para pacientes

Autores

Jorge Ramírez Ahuja
Psicólogo
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N Navarro"

Juan Carlos Reséndiz Aparicio
Médico Especialista en Neurología Pediátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N Navarro"

Emmanuel I. Sarmiento Hernández
Médico Especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N Navarro"

Rosa Elena Ulloa Flores
Médico Especialista en Psiquiatría
Doctora en Ciencias
Hospital Psiquiátrico Infantil
“Dr. Juan N. Navarro”

INTRODUCCIÓN

Los desastres naturales de cualquier tipo generan en los niños y adolescentes diversas reacciones dependiendo de factores como la etapa de desarrollo del menor, el tipo y la magnitud del desastre, la proximidad con la zona del desastre y el tipo de afectación.

El propósito de este manual es brindar herramientas a los trabajadores de salud mental para la atención de los problemas que surgen dentro de los primeros 30 días en niños y adolescentes, después de un desastre natural. Este período se ha dividido en etapas:

Etapa 0: Al momento del desastre.

Etapa 1: Las primeras 72 horas después del desastre.

Etapa 2: Del día 4 al día 30 después del desastre.

INTERVENCIONES EN LA ETAPA CERO

En esta etapa el objetivo es colaborar para la seguridad y el bienestar de los afectados, lo que el personal de salud mental puede hacer es:

- Proteger a la persona contra cualquier daño (adicional).
- Ayudar a la persona a atender sus necesidades básicas, acceder a los servicios y comunicarse con su familia y otras fuentes de apoyo social.
- Escuchar atentamente sin obligar a la persona a conversar.

INTERVENCIONES EN LA ETAPA UNO

En los primeros 3 días la atención requiere la organización del personal de salud en brigadas, será importante la aplicación de primeros auxilios psicológicos para la contención de los afectados y considerar la atención de urgencias neurológicas.

BRIGADAS.

Estos equipos de trabajo incluyen a psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que se dirigen a los centros comunitarios de apoyo, como albergues o refugios, localizados cerca de las áreas con mayor afectación. Además de la adecuada instalación de una base de operación o espacio físico, cada uno de los integrantes del equipo deberá portar de manera visible un brazalete de color que distinga su área, con la finalidad de poder ser identificado de manera rápida. Las actividades de los miembros de la brigada incluyen promoción de la salud, psicoeducación, primeros auxilios psicológicos y valoración médico-psiquiátrica de casos para referirlos a las unidades de salud mental. Es de suma importancia

coordinarse con otros grupos de ayuda que regularmente acuden por iniciativa propia, como artistas, pedagogos, educadores y pediatras, estableciendo prioridades de atención. Se debe considerar la existencia y el manejo de mascotas como parte importante del niño y su familia.
Las brigadas deberán contar con suficiente abasto de medicamentos psicotrópicos para utilizarse en los casos necesarios, siempre valorando el riesgo/beneficio del paciente. Nosotros sugerimos los siguientes:

Tabla 1. Medicamentos psicotrópicos.

FÁRMACO	DOSIS	VÍA	INDICACIÓN
Diazepam ampolleta 10 mg	0.2 Mg/Kg	Subdérmico	Estatus epiléptico
Lorazepam ampolleta 1mg/ml	0.5 - 1 mg	Intramuscular	Agitación/Crisis de angustia
Lorazepam tabletas 1 mg	0.5-1 mg	Sublingual	Agitación/Crisis de angustia
Olanzapina ampolleta	5-10 mg	Intramuscular	Agitación/Crisis de angustia
Olanzapina dispersable	5-10 mg	Oral	Agitación/Crisis de angustia

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.

1.- Observar y mantenerse alerta. Escuchar y observar; tal vez escuchemos a alguien hablar recurrentemente sobre el evento y la situación estresante que se vive en el momento.

2.- Establecer vínculos. La presentación ante el afectado debe realizarse de una forma no intrusiva, explicando quiénes somos y qué hacemos. Establecer vínculos significa actuar de una manera clara y asertiva, en donde la persona afectada sea el centro de nuestra atención.

3.- Ayudar a sentirse cómodos. Los actos de cortesía comunes (ej. ayudar a una persona con su ropa, dar información corroborada y simplificada, proporcionar agua y comida, o un cargador móvil), facilitarán la confianza del afectado.

4.- Contención emocional. Si la persona está en shock, tendremos que orientar en tiempo y espacio, de una forma directiva no agresiva, sino acompañando.

5.- Tranquilizar de forma realista. Usar frases como “lamento lo ocurrido” o bien, “entiendo su sentir”, puede ayudar a las personas a ver sus reacciones como normales.

6.- Asistencia práctica. Ofrecer ayuda concreta y práctica a personas en crisis y atender necesidades e inquietudes inmediatas; identificar cuáles son esas necesidades y desarrollar planes concretos dirigidos a su solución.

7.- Conexión con la red de apoyo. Ayudar a establecer contacto con personas de apoyo primario u otras fuentes de apoyo, incluyendo miembros de la familia, amigos y recursos de ayuda comunitaria. Retirarse cuando llegue la red de apoyo familiar o social.

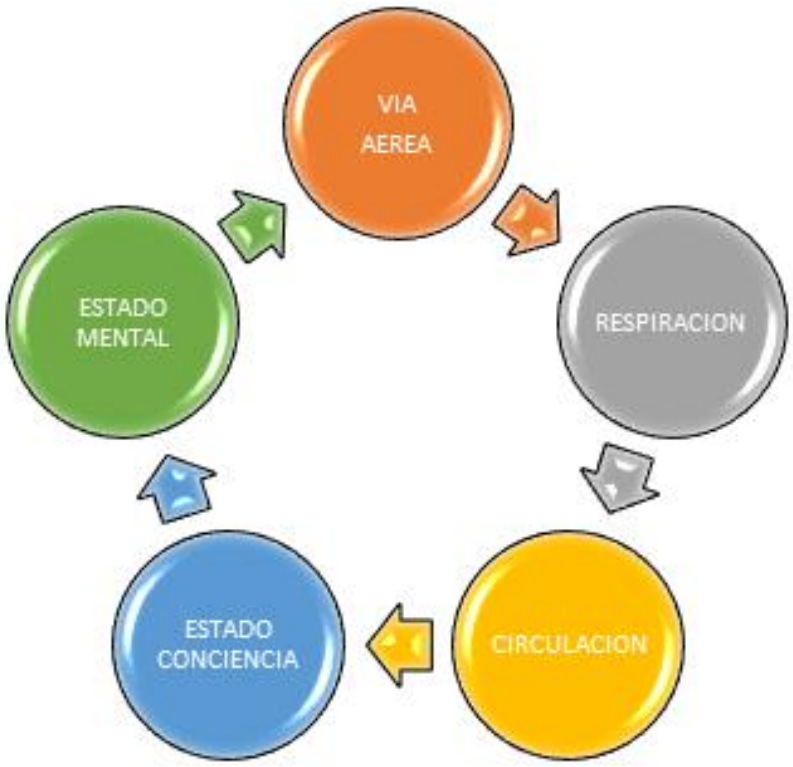
8.- Pautas de afrontamiento. El trabajo más importante será educar acerca de las reacciones emocionales y conductuales que pueden presentarse, realizar ejercicios de respiración para reducir la ansiedad y continuar con sus actividades rutinarias, incluyendo actividades lúdicas o deportivas.

9.- Enlace con servicios de colaboración. Contactar a las personas con servicios de apoyo que se necesiten en el momento o en el futuro.

URGENCIAS NEUROLÓGICAS.

El manejo inicial de toda persona que ha estado involucrada en un desastre deberá consistir en asegurar que se encuentra sin riesgo de vida, para ello se utiliza la evaluación del sistema ABCD convencional que incluya el estado mental general.

Cuadro 1. Diagrama de valoración.



Cuadro 2. Escala de Glasgow.

En caso de alteraciones en el estado de la conciencia debe aplicarse la escala de Glasgow, que está compuesta por tres parámetros para evaluar: respuesta ocular, motora y verbal.

Respuesta Ocular	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta Verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión Anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

(APA, 2014)

De acuerdo con la puntuación obtenida, a los pacientes se les clasifica como:

Es importante realizar un examen médico completo para descartar lesiones.

Intervención en caso de crisis epiléptica

- No intente detener el movimiento, este se eliminará en la gran mayoría en menos de dos minutos, solo vea que no se lastime durante la crisis.
- Trate de mantener una atmósfera de tranquilidad y al término de la crisis permita que el paciente descanse.

- Cuando se presentan muchas crisis una tras otra sin recuperarse en su estado de conciencia o si la crisis dura más de 10 minutos, eso es una urgencia médica. Se deberá aplicar diazepam subcutáneo a dosis de 0.2 mg/kg y trasladar al paciente a una unidad hospitalaria.
- Si una crisis ocurre en un paciente que se sabe portador de epilepsia y duró menos de 5 minutos no es necesario acudir a un hospital, continúe su medicamento y avise a su médico.
- Enviar al hospital si la persona presentó una crisis epiléptica y no tenía el antecedente de epilepsia.

INTERVENCIONES EN LA ETAPA DOS

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS AFECTADOS.

El siguiente instrumento puede dar información básica sobre síntomas relacionados al estrés, si alguna de las preguntas 5 a 9 es respondida con "sí", es conveniente enviar al sujeto a evaluación por un especialista en salud mental.

Cédula de Evaluación Inicial para Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro"		
Nombre:		
Fecha:		
Contacto y Teléfono:		
1. Motivo de consulta:		
2. Antecedentes familiares de psicopatología		
3. Antecedentes médicos: Toma actualmente medicamentos, epilepsia, lesiones durante el desastre o en los días que siguieron, molestias físicas.	SI ( )	NO ( )
4. Tipos de Estresores		
-Pérdida de un ser querido	SI ( )	NO ( )

- Pérdida de la casa o la escuela	SI ( )	NO ( )
Síntomas de estrés agudo a) Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos del desastre		( )
b) Evitación persistente de estímulos asociados al desastre		( )
c) Alteraciones cognitivas		( )
d) Alteraciones del estado de ánimo asociadas al desastre		( )
e) Alteración importante de la activación y reactividad fisiológica asociada al desastre		( )
6. Otros síntomas de ansiedad	SI ( )	NO ( )
Describir		
7. Síntomas depresivos	SI ( )	NO ( )
Describir		
8. Ideación o Intento suicida	SI ( )	NO ( )
9. Consumo de sustancias	SI ( )	NO ( )

En el proceso de evaluación clínica puede utilizarse la entrevista estructurada MINI-KID creada por Sheehan, que incluye a los principales diagnósticos en psiquiatría infantil y de la adolescencia.

ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES.

La quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5, por sus siglas en inglés) incluye en los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés, al trastorno de estrés agudo y a los trastornos de adaptación, condiciones que se pueden presentar en el primer mes posterior al desastre. Existen otras condiciones psicológicas y/o psiquiátricas que también pueden diagnosticarse, entre las que destacan por su frecuencia el duelo patológico, los episodios depresivos, el trastorno de angustia, el insomnio y la conducta suicida.

1. Trastorno de estrés agudo: Aparece de modo casi inmediato ante factores estresantes inesperados. La sintomatología incluye síntomas neurovegetativos, cognitivos, afectivos y conductuales y aunque estos cuadros pueden constituir una urgencia psiquiátrica, lo más común es que el trastorno no evolucione a cuadros más graves y que se resuelva en unas horas o días.
2. Trastorno adaptativo: Se caracteriza por la aparición progresiva de síntomas emocionales y/o conductuales en respuesta a factores de estrés identificables.
3. Duelo complicado: Generalmente los síntomas aparecen en el primer mes y se caracterizan por nostalgia, preocupación y tristeza. En niños y adolescentes estos síntomas pueden presentarse hasta por seis meses.
4. Trastorno depresivo: Es un trastorno emocional caracterizado por tristeza constante y una marcada pérdida de interés por casi todas las cosas, que además de causar una disfunción importante puede acompañarse de pensamientos o conducta suicida. Para poder realizar el diagnóstico, los síntomas depresivos deben estar presentes por lo menos durante 15 días.
5. Trastorno de angustia: Es la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen diversos síntomas neurovegetativos que causan incapacidad.
6. Insomnio: Dificultad para iniciar o mantener el sueño, puede ser transitorio o permanente.
7. Conducta suicida: Incluye fantasías de muerte, ideación, gestos e intentos suicidas.

Manejo farmacológico.

La tabla 2 muestra las dosis recomendadas e indicaciones para los medicamentos de mayor uso en tratamientos a largo plazo.

MEDICAMENTO	DOSIS DE INICIO mg/día	DOSIS DE MANTENIMIENTO mg/día	INDICACIONES
Fluoxetina	10	20 a 60	Depresión y ansiedad en niños y adolescentes
Escitalopram	5	10 a 20	Depresión en adolescentes
Sertralina	25	50 a 200	Ansiedad en niños y adolescentes

Finalmente, cabe mencionar que la presencia de una historia previa de trastornos psiquiátricos aumenta de forma directa el riesgo de presentar recaídas posteriores a la exposición a desastres naturales. Por lo tanto, recomendamos la evaluación médica y psiquiátrica integral en sujetos con historia de patologías preexistentes.

Abordaje Psicosocial.

Como medida general se debe recomendar evitar la sobreexposición de los niños y adolescentes a noticias e información acerca del desastre y continuar en lo posible con su rutina de actividades.

a) Psicoeducación

La psicoeducación a los afectados debe abordar las reacciones normales físicas y psicológicas posteriores a un desastre y la identificación de signos de alarma que requieren valoración por un especialista.

b) Técnicas de respiración

Resulta de utilidad pedir al afectado que se siente en una posición cómoda y que, en silencio o con música suave, inhale profundamente por la nariz y exhale poco a poco por la boca. El niño o niña puede poner una mano en su pecho y otra en el abdomen, para observar cuál de los dos se mueve. En los más pequeños puede ser útil utilizar analogías como imaginar que es un acordeón o un globo.

c) Ejercicios de relajación para niños

Relajación de Koeppen	Es un método simbólico y lúdico de relajación corporal a través de la imaginación, en las que necesitarán tensar y relajar diferentes partes del cuerpo, en un juego de pro y contra.
Abrazar el peluche	Este ejercicio de relajación está indicado para preescolares. Consiste en utilizar un peluche y dar instrucciones para que el pequeño lo abrace aumentando y disminuyendo la fuerza poco a poco, de forma acompasada con la respiración.
En mi sitio seguro: Imaginación guiada	Técnica dirigida a niños hasta los 12 años de edad. Se trata de crear en la imaginación del menor un entorno seguro y relajante donde el motivo de la ansiedad no pueda afectarles.
Dibujo	Hacer un dibujo libre facilita la redirección de la atención y reduce la ansiedad de los afectados.

d) Trabajo con la familia

El trabajo con la familia, además de la psicoeducación, incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con el menor afectado.

ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD MENTAL

Los responsables de los equipos de atención deben diseñar un plan de prevención y manejo integral del estrés para el personal de salud en estas situaciones. Dicho plan debe incluir:

ESTRUCTURA Y METAS CLARAS	ORGANIZACIÓN	REDUCCIÓN DEL ESTRÉS EN EL PERSONAL
Disponibilidad de recursos materiales y herramientas de comunicación. Evaluar periódicamente las metas. Brindar retroalimentación al equipo sobre el cumplimiento de las metas.	Mantener las metas en mente. Reuniones informativas al comienzo del turno. Definir las tareas asignadas para todos los cargos. En caso de encontrarse en un área que está bajo la jurisdicción de otra institución (por ejemplo, Cruz Roja) el equipo deberá estar informado de su función, personal de contacto y expectativas. **MANEJO DE LA CARGA DE TRABAJO**: Establecer los niveles de prioridad de tareas. El trabajo de respuesta al desastre no podrá hacerse en forma simultánea con las actividades laborales habituales.	Turnos no mayores de 12 horas con descansos de 12 hrs. Contar con personal que realice intervenciones de salud mental al resto de los miembros. Rotación en labores de alto y bajo estrés, solos y acompañados. Técnicas de relajación. Mantener una atmósfera laboral de cooperación y tolerancia.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Madrid: Médica Panamericana, 2014.

Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Phoenix Australia: Centre for Posttraumatic Mental Health; 2013.

Dris, M. (2010). Actividades de relajación en Educación Infantil y Primaria. Innovación y experiencias educativas, 34, 1-9.

Locher C, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine DS, Kirsch I, Kessler RC, Kossowsky J. Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Placebo for Common Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017 Oct 1;74(10):1011-1020. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2432.

Ministerio de la Protección Social. (2011) Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres. Colombia.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.

Rodríguez, J., Zaccarelli Davoli, M., & Pérez, R. (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Organización Panamericana de la Salud Serie manuales y guías sobre desastres.

Sheehan, D.V., Sheehan, K.H., Shytle, R.D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J.E., Wilkinson, B., 2010. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). J. Clin. Psychiatry 71 (3), 313-326.

Umaña, S., Zárate, A. (2014). Manual de Intervención Psicosocial en Desastres de la Brigada de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres de la Universidad de Costa Rica.

ANEXO

AUTOAYUDA PARA PACIENTES

Cosas que puedo hacer para sentirme mejor

1. Hablar de mi problema con un amigo o un adulto de confianza.
2. Salir con mis amigos.
3. Escuchar mi música favorita.
4. Pedir un abrazo a un adulto de confianza o a un amigo.
5. Hacer ejercicio con un amigo o miembro de la familia (correr, bailar, andar en bicicleta, salir a caminar).
6. Dibujar, pintar, coser, tejer o cocinar.
7. Tomar un baño caliente.
8. Hacer un ejercicio rápido de relajación.
9. Escribir en mi diario.
10. Platicar conmigo mismo de forma positiva, repitiendo frases como “Estoy a salvo ahora. Soy fuerte por haber sobrevivido a eso. Hay personas que pueden ayudarme. ¡He hecho muchas cosas bien antes, estoy seguro que puedo de nuevo!”

Ejercicios rápidos de relajación:

a) Respirar con calma

1. Sentarte en una silla o en el piso.
2. Inspirar aire por la nariz, contar hasta 3 e imaginar un color calmante.
3. Espirar por la boca y decir la palabra “calma”.
4. Repetir esto 10 veces.

b) Imaginar un lugar feliz

1. Imaginar un lugar tranquilo y feliz.
2. Decirte a ti mismo lo que puedes ver, escuchar, oler y sentir.
3. Practica tu respiración relajante mientras visualizas ese lugar feliz.

c) Relajación muscular rápida

1. Sostén los brazos por encima de tu cabeza - siente la tensión de ellos- deja caer los brazos a los lados y siente cómo se relajan.
2. Práctica tensionar y relajar músculos de sus manos, piernas, cara y abdomen.