



Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre

2001 - 2006



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañon Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso
Comisionado del Consejo Nacional
Contra las Adicciones

Dr. Eduardo González Pier
Coordinador General de Planeación Estratégica

Dr. Misael Uribe
Coordinador General de
los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Salvador González Gutiérrez
Director General de los Servicios de Salud Mental

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
Director General de Comunicación Social

Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre

Primera edición, 2002

D.R.. Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico
ISBN-----

La información de esta publicación se puede obtener como documento PDF en la página de Internet de la Secretaría de Salud: www.ssa.gob.mx

Mensaje del Comisionado Nacional

En los últimos años, México ha sufrido en carne propia catástrofes que han abrumado a grandes núcleos de la población. Los sismos de septiembre de 1985 provocaron severos daños en el territorio, especialmente en la ciudad de México. Factores como la duración, la intensidad y la resonancia de los suelos del Valle de México contribuyeron a la devastación de edificaciones, la generación de incendios, la ruptura de vías de comunicación y de abastecimiento de agua, y la ocurrencia de numerosas víctimas. Se observó que las personas reaccionaron y actuaron más intensamente cuando ya habían tenido la experiencia previa y el conocimiento de la tragedia acaecida.

Las primeras acciones de socorro se concentraron en la atención de los heridos y el rescate de personas atrapadas en los escombros; al mismo tiempo, se establecieron hospitales improvisados para atención de emergencias. Se estima que perdieron la vida alrededor de 10,000 personas y que hubo cerca de 30,000 heridos. Las pérdidas totales se estimaron en 4,337 millones de dólares, 87% de los cuales fueron daños directos y el restante 13% de daños indirectos.

Recientemente se han producido importantes avances en la manera en que la comunidad internacional se prepara y responde ante casos de desastre. En 1986, los países latinoamericanos y caribeños adoptaron una política regional destinada a mejorar la coordinación de la asistencia humanitaria internacional en el Sector Salud. Todos los países de América Latina y el Caribe tienen áreas responsables de responder ante un desastre, que no sólo coordinan la ayuda en estos casos, sino que continuamente actualizan los planes de emergencia y organizan la capacitación de médicos y de personal sanitario en general.

Conscientes de que el personal de salud que conozca la situación local, deberá proporcionar asistencia médica a las víctimas durante las horas siguientes al desastre, en los últimos años se ha observado en América Latina una intensificación de las actividades de capacitación a fin de preparar al personal de salud para hacer frente a las situaciones de emergencia causadas por desastres de cualquier índole, en este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que en situaciones de desastre es conveniente contar con modelos de intervención que orienten a las personas damnificadas, tanto en la satisfacción de sus necesidades físicas inmediatas: comida, alojamiento, medicamentos, etc.; como en la atención a sus necesidades psicológicas, que es necesario contar con un modelo que pueda contemplar ambos niveles y que permita una mejor organización de la experiencia y una más rápida adaptación de la población a sus actividades cotidianas. Dicha organización recomienda que:

- Los países afectados sigan dando prioridad a la preparación de su propio personal de salud a fin de responder a las necesidades de emergencia de la población afectada.
- Aquellos países y organismos no gubernamentales que quieran prestar ayuda, envíen equipos médicos o personal de salud solamente en respuesta a solicitudes específicas del Coordinador Nacional de Salud en Casos de Desastre u otro representante autorizado del Ministerio de Salud o funcionario gubernamental, aprovechando la experiencia de la OPS/OMS.
- Los demás países informen al público y a las asociaciones profesionales que deseen ofrecer ayuda, sobre las razones por las cuales el personal del país afectado debe encargarse de la atención de salud de urgencia y sobre el

efecto, a menudo contraproducente, de la llegada espontánea de personal de salud voluntario o equipo médico extranjero a los lugares de América Latina afectados por un desastre.

- Se asigne prioridad a la cooperación entre países limítrofes cuando se necesiten recursos adicionales para la administración de las situaciones de desastres.

La identificación de la magnitud, naturaleza y extensión del impacto psicológico de un desastre posibilita la planificación de intervenciones pertinentes y eficaces que minimicen las consecuencias negativas en las vidas de los damnificados; y permite el desarrollo de bases sólidas en qué fundar la política pública de atención en situaciones de desastre. El objetivo de las acciones personales llevadas al cabo en situaciones de emergencia como un terremoto, es la búsqueda de seguridad para sí mismo y los seres queridos, pero el sentimiento de miedo en algunas personas puede paralizar esta acción.

En momentos de desastre es imperiosa la necesidad de establecer modelos de intervención psicológica que aporten a los individuos elementos de ayuda para superar esos momentos, con el fin de no permitir que asuman roles de dependencia y que organicen de manera constructiva su experiencia, enfocándola positivamente a las soluciones prácticas. Es así como el actual gobierno se ha dado a la tarea de crear el Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre para que todos los sectores que intervienen en la atención en desastres, sumen esfuerzos de manera organizada a fin de mitigar sus efectos.

Guido Belsasso

Comisionado Nacional

Consejo Nacional contra las Adicciones

Presentación

En nuestro país, entre las principales quince causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA), se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas, que representan en conjunto el 18% del total de AVISA; las cuales tienen un fuerte impacto en la economía y en la sociedad al impedir la participación activa de millones de individuos en actividades productivas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) representan el 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), alcanzan el 11.5% de la carga total de enfermedades.

Por lo anterior, durante esta administración uno de los Programas Prioritarios de la Secretaría de Salud es el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006, el cual fue publicado y presentado por el C. Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, en el mes de octubre del año próximo pasado.

El corolario de este Programa de Acción, particularmente por ser el primero en su género en nuestro país, es la formulación de Programas Específicos en: Depresión, Epilepsia, Esquizofrenia, Demencias y Trastornos Asociados, Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, Trastorno por Déficit de Atención, Enfermedad de Parkinson y Atención Psicológica en Casos de Desastre.

Estos ocho Programas buscan dar respuesta a aquellos trastornos psiquiátricos y neurológicos que tienen una alta prevalencia y producen discapacidad.

Para la elaboración de estos Programas Específicos se conformaron Comités Consultivos Académicos (CCA) que están presididos por un Vocal Ejecutivo y están integrados por especialistas del más alto nivel profesional, académico y de investigación, los cuales en conjunto aportaron sus valiosos conocimientos para los contenidos de cada programa y fijaron las grandes estrategias, líneas de acción y acciones específicas para la implantación de los mismos. Se hizo, por parte de la Dirección de Coordinación Técnica de Programas del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, un esfuerzo para homogeneizar los programas en la medida de lo posible, ya que cada uno de ellos tiene una identidad definida y los diferentes trastornos tienen un abordaje diferente.

Los Programas Específicos se ponen a la consideración de la comunidad médica, científica y administrativa en el ámbito de la salud mental en México, esperando les sean de utilidad en el desempeño de sus labores y buscando construir una base de conocimientos común que permita consolidar una respuesta eficaz, eficiente y oportuna a los problemas de la salud mental en nuestro país.

Dr. Salvador González Gutiérrez

Director General de los Servicios de Salud Mental

Índice

Introducción

Primera Parte

Análisis de la problemática de la Atención Psicológica en casos de Desastre en México.

Capítulo I

Antecedentes históricos

Capítulo II

Conceptos generales

- Definición de desastre
- Manifestaciones psicológicas ocasionadas por los desastres
- Diagnóstico en situaciones de desastre
- Entidades diagnósticas relacionadas con desastres
- Evolución
- Tratamiento
- Grupos de Riesgo
- Comorbilidad

Capítulo III

- Epidemiología

Capítulo IV

Diagnóstico Situacional de la Atención Psicológica en casos de Desastre en México

- Acciones del Estado y otros organismos para la atención en desastres
 - Sistema Nacional de Protección Civil
 - Fondo de Desastres Naturales
 - Secretaría de Salud
 - Secretaría de la Defensa Nacional
 - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
 - Instituto Mexicano del Seguro Social
 - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado
 - Cruz Roja Mexicana
 - Organización Panamericana de la Salud
- Marco Jurídico

Segunda parte

Plan de Acción

Capítulo V

Los Retos

Capítulo VI

Objetivos

- Objetivo general
- Objetivos específicos

Capítulo VII

Estrategias, Líneas de acción, Acciones Específicas, Metodología y Metas.

Capítulo VIII

Sistema de Seguimiento y Evaluación

Reconocimientos

Bibliografía

Apéndices

- Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre
- Programas de Acción de la SSA vinculados con este programa
- Criterios diagnósticos de la CIE 10 para trastornos relacionados con el estrés
- Criterios diagnósticos DSM-IV para trastornos relacionados con el estrés
- Lineamientos generales para intervención en crisis en casos de desastre
- Directorio de hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría
- Abreviaturas y acrónimos
- Glosario

Introducción

La humanidad a través de su historia ha sufrido desastres provocados por diversos fenómenos de origen natural y humano, que traen como consecuencia situaciones de emergencia físicas, psicológicas y sociales que han determinado nuevas formas de vida e incluso de organización política y social principalmente. La época actual ha estado marcada, especialmente en los últimos años, por una serie de eventos catastróficos de diversa índole que han afectado la integridad física, emocional, material y social de los grupos humanos que los han padecido y que han determinado nuevas formas de organización para afrontarlos, propiciando la aparición de instituciones y programas que buscan brindar la protección y la seguridad de la población ante los riesgos de esos acontecimientos.

La magnitud de los daños causados por los desastres se valora generalmente por las muertes o lesiones de los seres vivos, el grado de desorganización que provocan estos en los sistemas públicos, los daños a la propiedad privada y pública, la propagación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la desorganización de las actividades normales de la vida individual y familiar en la comunidad así como la alteración de la salud física, mental y de la interacción social.

La atención a los desastres, ha dado prioridad a la atención física, sin embargo, la atención a la salud mental se había quedado hasta este momento rezagada. El profesional de la salud mental ha intervenido en forma dispersa y poco efectiva, por lo que la posición actual es la de promover la colaboración de los sectores público, social y privado, para participar activamente, en el marco de atención primaria a la salud mental, sumándose a otras estrategias de atención para lograr una cultura consciente y consistente, preventiva, de mitigación y alerta, preparada psicológicamente para hacer frente a los desastres. El impacto de un desastre sobre una comunidad determinada está en relación directa con las estructuras sociales, económicas e incluso políticas de la misma. Además del costo humano, sus efectos directos o indirectos provocan incalculables pérdidas en daños materiales para los que la población, las instituciones y el gobierno, generalmente no están preparados. Este tipo de circunstancias conllevan una carga emocional importante que requiere ser atendida de manera integral y conjunta entre sociedad civil e instituciones para reducir o controlar sus efectos en la población y prepararla para enfrentar el proceso de restauración de la vida cotidiana.

La idea de crear el Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre surge de una inquietud del C. Presidente de la República, Vicente Fox Quezada en una visita a las zonas afectadas por las erupciones del volcán Popocatepetl en el 2000 en donde manifiesta su preocupación por el bienestar emocional de los afectados, así como de su atención. En este sentido y considerando el tratamiento que se debe brindar en la esfera psicológica a la población afectada por desastres, se hizo indispensable integrar, por parte de la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones y del Órgano desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, un Comité Consultivo Académico que reuniera a representantes de diversas dependencias públicas, sociales y privadas, con amplia experiencia en materia de atención psicológica a víctimas de desastres, a fin de definir, integrar y coordinar un Programa Específico para desarrollar una amplia labor preventiva y atender a la población durante y después de estas catástrofes, en congruencia y coordinación con los esfuerzos del Gobierno Federal a través del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y del Programa de Salud Mental 2001-2006.

El Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre 2001-2006 se deriva del Programa de Acción en Salud Mental 2001- 2006 y consta de dos partes. La primera de ellas se refiere al análisis de la problemática de los desastres y de su atención psicológica y consta de tres capítulos. El primero, se refiere a los antecedentes históricos de los desastres; el segundo capítulo describe los conceptos generales sobre desastres y sus efectos psicológicos, entre los que se encuentran: la definición de desastre y su epidemiología, manifestaciones clínicas y características del trastorno de estrés posttraumático y del trastorno por estrés agudo, factores asociados a éstos y su comorbilidad. El tercer capítulo describe el diagnóstico situacional, que abarca las acciones que han llevado al cabo instituciones públicas y privadas en nuestro país en materia de atención a desastres, y en algunos casos de atención psicológica a la población afectada, así como acciones en investigación, formación de recursos humanos e infraestructura. El cuarto capítulo trata lo concerniente al marco jurídico de cada una de las instituciones involucradas en la atención a desastres.

La segunda parte es el Plan de Acción del Programa, mismo que está dividido en cuatro capítulos. El capítulo cuatro describe los retos a los que nos enfrentamos. El capítulo cinco plantea el objetivo general y los objetivos específicos de este programa. El seis se refiere a las estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas que guiarán su implantación, mientras que el séptimo plantea el seguimiento y la evaluación del mismo. Consta también de varios apéndices que enriquecen la información contenida en el cuerpo del programa.

El programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre está dirigido a conjuntar y coordinar las acciones realizadas por las diversas instituciones y sectores, así como a promover nuevas iniciativas en materia de salud mental y atención a la población en situación de desastre a través de las instituciones públicas y privadas involucradas.

Primera Parte

Análisis de la problemática de la Atención Psicológica en casos de Desastre en México

Capítulo I

Antecedentes históricos

Desde épocas ancestrales, se tiene información y en algunos casos leyendas, acerca de los principales desastres que afectaron a un gran número de personas en donde desaparecieron ciudades enteras, pero nunca se menciona que se haya intervenido psicológicamente, tal es el caso de:

- Diluvio en la epopeya de Gilgamesh en el año 2200 a.C.
- Carta de Plinio a Tacitus en el año 85 d.C. acerca del comportamiento en Cabo Misena (pánico colectivo) durante la erupción del Volcán Vesubio que destruyó Pompeya en el año 79 d.C.
- Poema de Voltaire acerca del terremoto que destruyó Lisboa en noviembre de 1755.
- La Catástrofe del Volcán “Nevado de Ruiz”, Armero, Colombia, 1985.
- El terremoto Kushihiro, Japón, 4 de octubre de 1994.
- El sismo de Kobe, Japón de 1995.

En la historia de México hay elementos suficientes para explicar la importancia del estudio y la prevención de los desastres. La memoria colectiva de nuestro país se nutre de hechos que explican también la necesidad de convertir la prevención en parte de nuestra cultura.

Teotihuacan, habitada durante mil años por una creciente población que deterioró el entorno hasta degradar las tierras fértiles y bosques acabó por ser abandonada tras una fuerte crisis social.

La historia antigua de México registra numerosos sismos, como el de 1469, que fue interpretado como presagio del triunfo de los mexicas. Durante la conquista española se sufrieron epidemias devastadoras, tifo en los siglos XVII y XVIII y cólera en el siglo XIX. Antes de la conquista española, Cuicuilco (centro ceremonial del altiplano), fue cubierto de lava por la explosión del volcán Xitle. En la colonia, a través de la caída de un imperio y el triunfo de otra civilización, se produjeron una serie de desastres, secuelas de epidemias, sismos, huracanes e inundaciones. Las Guerras de Independencia y de la Reforma tuvieron posteriormente graves efectos económicos y sociales en la población.

La historia contemporánea refiere las consecuencias de que la explosión demográfica, la concentración urbana y el desarrollo industrial, son tres de los fenómenos que han elevado notablemente los riesgos y multiplicado la magnitud del costo social de los daños a que ha estado expuesta la población, en las personas, sus bienes y su entorno.

Los efectos de los Huracanes Opal y Roxanne en el Estado de Veracruz; la erupción del Parícutín que en 1943 sepultó el poblado de San Juan Parangaricutiro en Michoacán; el huracán Janet, que destruyó Chetumal Xcalag en 1955, y causó la muerte de 200 personas; el sismo de 1957 que alcanzó la magnitud siete grados en la escala Mercalli, y dejó un saldo trágico de 52 muertos y 667 personas heridas en la capital de la República; la densa capa de cenizas que arrojó el Chichonal desde Chiapas, y produjo pérdidas en vidas humanas, trastornos sociales y alteraciones en la agricultura y la ganadería en

una amplia región del país; la explosión de millones de litros de gas en San Juan Ixhuatepec en 1984, que constituyó una de las peores catástrofes industriales por los cientos de vidas y los miles de personas que resultaron heridas (Los desastres en México, enero 1990, CENAPRED), son hechos a través de los cuales se ha construido una larga lista de experiencias de dolor y de fortalezas que ya son parte de la historia del país.

Entre los desastres más recientes se encuentran:

Sismo del 14 de septiembre de 1995 en Guerrero, México.

Sismo en Colima y Jalisco el 9 de octubre de 1995.

Deslizamientos de Tierra en Metztitlán, Hidalgo.

En nuestro país, uno de los desastres más importantes en los últimos años fue la situación de emergencia generada por los sismos de 1985 en la ciudad de México tuvo un saldo de aproximadamente 14,000 muertos, 70,000 heridos, 30,000 damnificados y un sin número de personas que se vieron alteradas en sus habilidades físicas y mentales, produciendo un cambio radical en la concepción de los desastres y en la forma de abordarlos, especialmente a partir de la organización generada por la sociedad civil.

El Sector Salud fue uno de los más severamente afectados por los sismos, pues resultaron dañados 50 centros hospitalarios y de salud, sobre un total de 2,831 edificaciones afectadas. Tan sólo en tres de las instituciones de salud más grandes (de segundo y tercer nivel): el Centro Médico Nacional (IMSS), el Hospital General y el Hospital Juárez de la Secretaría de Salud, (SSA), se perdió un total de 5,829 camas, entre las destruidas por el sismo y las que fue necesario evacuar. El Centro Médico perdió 40% de sus instalaciones asistenciales; el Hospital General padeció el colapso total de dos de sus edificios, uno de 6 y otro de 8 pisos y el Hospital Juárez sufrió el derrumbe de su torre central de 12 pisos. Durante las labores de rescate se movilizaron aproximadamente 50,000 personas, incluyendo médicos, rescatistas, efectivos del ejército y civiles. También se movilizaron más de 500 ambulancias y cerca de 100 hospitales que abrieron sus puertas a los requerimientos de socorro.

Lo anterior hizo evidente la necesidad de contar con un sistema integral que permitiera enfrentar estas situaciones de manera eficiente, por lo que se constituyó la Comisión Nacional de Reconstrucción en cuyo seno se desarrollaron los trabajos del Comité de Prevención de Seguridad Civil, dando como resultado el documento central contenido en el decreto por el que se aprueban las Bases para el Establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil y el Programa de Protección Civil, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de mayo de 1986. En ese mismo año fue integrada la Coordinación General de Protección Civil como parte de la estructura de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal, dependiente de la Secretaría de Gobernación, cuyas funciones fueron las de organizar, integrar y operar el Sistema Nacional de Protección Civil; esta coordinación concluyó sus actividades a finales de 1987.

En 1988 Quintana Roo y Nuevo León fueron afectados por el huracán Gilberto que tuvo como resultado 400 muertos y 30,000 damnificados. En este mismo año se constituye la Subsecretaría de Protección Civil y de Prevención y Readaptación Social, así como la Dirección General de Protección Civil dependientes de la Secretaría de Gobernación, con la facultad de coordinar las acciones de las dependencias y entidades en materia de prevención y de auxilio a la población en casos de desastre y se inician los trabajos para la construcción del Centro Nacional de Prevención de Desastres que empezó sus operaciones el 11 de mayo de 1990 y que ha encaminado sus esfuerzos hacia el desarrollo de acciones de investigación, capacitación y difusión sobre desastres. En esa misma fecha, se crea formalmente el Consejo Nacional de Protección Civil, como Órgano Consultivo y de Coordinación de Acciones y de Participación Social en la Planeación de la Protección Civil.

El 6 de Junio de 1995, se crean los Comités Científicos Asesores del Sistema Nacional de Protección Civil, como órganos técnicos de consulta en la prevención de desastres originados por fenómenos geológicos, hidrometeorológicos, químicos, sanitarios y sociorganizacionales, cuya función es emitir opiniones y recomendaciones sobre el origen, evolución y consecuencias de los fenómenos perturbadores, a efecto de inducir técnicamente la toma de decisiones para la prevención y auxilio de la población ante la contingencia de un desastre.

Todo este proceso de conformación del Sistema Nacional de Protección Civil, permitió acumular una importante experiencia que ha posibilitado tener una intervención más rápida y eficaz en eventos como los sismos que afectaron Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Colima y Jalisco en años recientes, el Huracán Paulina en 1997 que dejó un número aproximado de 550 muertos y más de 35,000 damnificados, así como secuelas psicosociales que hasta la fecha continúan, y la erupción del Volcán Popocatepetl en el año 2000.

Capítulo II

Conceptos Generales

Definición de desastre

El Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre se dio a la tarea de realizar una definición de **desastre** a fin de precisar la importancia del apoyo psicológico:

“Evento de tal magnitud que rebasa la capacidad de respuesta de la comunidad y se genera a partir de la interdependencia de agentes perturbadores y grupos vulnerables, sumiendo a la población en el desamparo y sufrimiento, colocándola en la necesidad de recibir asistencia integral que cubra los requerimientos básicos así como médicos, psicológicos, socioeconómicos y emocionales”.

Esta definición brinda la posibilidad de poder desempeñar un abordaje del problema dirigido precisamente a mitigar las repercusiones psicológicas que se presentan en la población afectada.

Por su parte, la Ley General de Protección Civil define un desastre como:

“el estado en que la población de una o más entidades federativas, sufre severos daños por el impacto de una calamidad devastadora, sea de origen natural o antropogénico, enfrentando la pérdida de sus miembros, infraestructura o entorno, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento de los sistemas de subsistencia”.

Manifestaciones psicológicas ocasionadas por los desastres

Una situación de desastre, además de daños materiales, trae consigo una serie de repercusiones que desorganizan los aspectos cognoscitivos y emocionales de los individuos. **Al momento del desastre se deteriora la capacidad de atención y concentración, hay una fuerte sensación de ansiedad y de impotencia, mezclada con sentimientos de ira y tristeza.** Estos sentimientos, en ocasiones, pueden permanecer encubiertos por algún mecanismo de defensa, por ejemplo: la negación, que provoca una disminución en la capacidad de sentir o enfrentar las circunstancias externas desagradables.

Con relación a los efectos de este tipo de eventos en la salud mental de la población, no se cuenta con información suficientemente documentada para conocerlos a profundidad, aunque **de acuerdo a la OMS, se espera que el 36% de la población afectada por desastres sufra trastorno por estrés postraumático.** México, por su ubicación geográfica y sus condiciones socioeconómicas, sufre con frecuencia estas calamidades, sin que se hayan atendido de manera suficiente y organizada los daños psíquicos que éstas ocasionan. De acuerdo a investigaciones realizadas, durante los terremotos en la Ciudad de México en 1985, las tasas de prevalencia del trastorno por estrés postraumático fueron del 32% en un muestreo de 532 individuos.

Se estima que en la fase de impacto de un evento de esta naturaleza ocurren tres tipos de reacciones psíquicas en la población:

- a) Del 12 al 25% de los individuos, aunque tensos y excitados serán capaces de una conducta afectiva.
- b) Del 50 al 75% estarán trastornados, aturcidos, confundidos, relativamente inmóviles y sin habla; presentan lo que se llama “síndrome del desastre” o “fatiga del desastre”.
- c) El restante 12 a 25% pueden estar altamente agitados, incontrolados, con severos desórdenes afectivos, con reacciones histéricas y aún con estados psicóticos.

Una vez que pasa la destrucción material, existe un desequilibrio emocional enfocado principalmente hacia la muerte; la pérdida de vida y de bienes materiales, que genera sentimientos de aislamiento, depresión, desesperanza y desesperación. Además, suelen presentarse trastornos psicósomáticos entre los que se encuentran los digestivos, neurológicos, de hipertensión, síntomas cardiopáticos e insomnio (Cohen y Aheam, 1980).

La respuesta fisiológica ante el estrés se puede resumir de la siguiente manera: el organismo se alerta (se produce tensión como secreción al torrente sanguíneo de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales, así como de hormonas tiroideas, colesterol y corticoides, entre otros) se desencadena la actividad autónoma (incremento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, tensión muscular, que condicionan la reacción de huida), y si esta actividad dura demasiado, se presenta el agotamiento.

En el ámbito colectivo, se desorganiza la trama de la vida cotidiana y se dañan los vínculos de comunicación que provocan un ambiente de confusión y una multitud desorganizada e insegura; por lo tanto se debe estar en contacto con la gente afectada para poder escucharla y atenderla.

De acuerdo a la psicología del desastre, existen dos tipos de traumas psíquicos importantes:

El Individual: Es un trauma que trastorna los sistemas defensivos de las personas, de tal manera que no pueden responder de una manera eficaz.

El Colectivo: Lesiona los vínculos que unen a las personas y daña el sentido de organización que prevalece en la comunidad.

La intervención del profesional de la salud mental puede detectar aquellas personas o familiares cuya problemática previa no les permite manejar la nueva situación traumática y poder superarla, esto los arrastra a complicaciones psíquicas y reacciones negativas que los desorganiza más, provocando sintomatología más seria.

Diagnóstico en situaciones de desastres

En las situaciones de desastre se utiliza el Triage psicológico para detectar a la población que necesita atención de manera urgente. “Triage” es un término de origen francés que significa clasificación o selección. En el área de la salud se entiende como un “proceso dinámico mediante el cual se determina el orden de prioridades”. La clasificación se basa en el beneficio que presumiblemente se obtendrá con la atención médica y no sólo en la gravedad de la lesión. Todo sistema de selección ha de tener las

siguientes características: a) ser simple, b) planeado y difundido con anterioridad, c) hacer uso de todo personal disponible y, e) realizarse en todos los pacientes.

Después de un desastre, es de esperar que una proporción significativa de la población quede afectada psicológicamente en mayor o menor grado. Los efectos de un desastre pueden causar daños tanto físicos como psicológicos; muchas de las personas que viven la tragedia reportan síntomas de depresión, ansiedad e insomnio. Con el Triage psicológico se clasifica a la población afectada emocionalmente por un desastre en tres grupos: personas sanas o con crisis leves y compensadas; personas con crisis moderadamente descompensadas; personas que sufren crisis con grave descompensación. Otras escalas y registros de diagnóstico y detección son la Escala de Distrés, la Cédula de Registro, la Escala de Trastorno Agudo por Estrés y la Escala de Trastorno por Estrés Postraumático.

Entidades diagnósticas relacionadas con desastres

Además de describir previamente las principales reacciones psicológicas que se presentan en una situación de desastre, se ha considerado conveniente definir las entidades diagnósticas descritas en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta revisión (DSM-IV), que con mayor frecuencia se presentan durante o después de un desastre.

La CIE 10 abarca, dentro de la categoría “Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación” (F43), la reacción al estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de adaptación, otras reacciones graves al estrés, reacción al estrés grave no especificada; y dentro de la categoría de “Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral” (F62), ubica al cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica (Véase Apéndice). Sin embargo, los más comunes, y los que se abarcan en este programa con mayor detenimiento por razones prácticas son el trastorno de estrés postraumático y el trastorno o reacción por estrés agudo, que también son explicados en el DSM IV (Véase Apéndice).

En lo referente a la categoría de “Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación”, la CIE-10 menciona que ésta difiere de las otras por el hecho de que incluye trastornos identificables no sólo basándose en la sintomatología y evolución, sino también en la existencia de una u otra de las siguientes dos influencias causales: un suceso vital excepcionalmente estresante que produce una reacción aguda de estrés, o un cambio vital significativo que induce circunstancias desagradables prolongadas. Se considera que los trastornos agrupados bajo esta categoría surgen como consecuencias directas del estrés agudo o del trauma prolongado. El suceso estresante constituye el factor causal primario y esencial.

Trastorno por Estrés Agudo

Mientras que en el DSM IV (308.3) explica que su característica principal es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo, la CIE 10 lo llama Reacción al estrés agudo (F43.0), y lo explica como un trastorno transitorio que se desarrolla en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días. Menciona que los síntomas configuran un cuadro típicamente cambiante y mezclado que comprende un estado inicial de “aturdimiento”, con cierta construcción del cambio de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. Habitualmente los síntomas aparecen minutos después del impacto del estímulo o del suceso estresante, y desaparecen en el lapso de dos o tres días y a menudo, en horas. Puede haber amnesia total o parcial del episodio.

Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo. Puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático.

Aunque algunos acontecimientos suelen ser vividos traumáticamente por la mayoría de personas, la intensidad y el tipo de las respuestas pueden estar modulados por las diferencias culturales en el valor que se les da a las pérdidas humanas. También pueden existir estrategias de adaptación características de culturas específicas.

Trastorno por Estrés Postraumático

El trastorno por estrés postraumático se define como un conjunto de síntomas que la persona desarrolla después de haber sido testigo, haber participado, o haber escuchado un “suceso traumático estresante en extremo”. El individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana a los acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La persona reacciona ante esta experiencia con temor, desesperanza y horrores intensos, reviviendo de manera persistente el suceso e intentando evitar que se lo recuerden; los síntomas duran al menos un mes y afectan de manera significativa áreas de su vida tan importantes como su familia y su trabajo. Puede estar originado por experiencias como la guerra, tortura, catástrofes naturales, asaltos, violaciones, accidentes automovilísticos o incendios.

Las personas reviven el suceso traumático en sus sueños y sus pensamientos diarios; están determinados a evitar cualquier cosa que les recuerde el suceso; y pueden llegar a sufrir un embotamiento de sus respuestas, así como entrar en un estado de hiperestimulación. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (por ejemplo torturas o violaciones).

Las principales características clínicas del trastorno por estrés postraumático son la reexperimentación dolorosa del suceso, un patrón de evitación y embotamiento emocional, y síntomas autónomos, como

aumento de la frecuencia cardiaca, de la hipertensión arterial, sudación, etc. El trastorno puede aparecer meses o incluso años después de que haya ocurrido el suceso estresante. La evaluación del estado mental revela con frecuencia sentimientos de rechazo y humillación. Pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. **Los pacientes también pueden pasar por estados disociativos, sufrir crisis de angustia y tener ilusiones y alucinaciones.** La evolución cognoscitiva puede provocar alteraciones en la atención y la memoria.

Entre los síntomas asociados se encuentran crisis de angustia y tener ilusiones y alucinaciones. En el DSM-IV, se le asigna la clave 309.81 al Trastorno por estrés postraumático, mientras que en la (CIE 10), es F43.1.

Factores Asociados a los Trastornos de Estrés Agudo y Estrés Postraumático

Por definición, el factor estresante es la causa principal del desarrollo de un trastorno por estrés postraumático, pero no todos presentan este trastorno tras una experiencia traumática; aunque la presencia de un factor estresante es necesaria, no es suficiente para provocar el trastorno. **Se deben considerar los factores biológicos y psicológicos preexistentes y los sucesos que se hayan producido después del trauma.** Por ejemplo, un miembro de un grupo que ha sobrevivido a un desastre puede afrontar el trauma gracias a haber compartido la experiencia con el resto del grupo. No obstante, la culpa del superviviente a veces complica el manejo del trastorno de estrés postraumático.

Las investigaciones recientes sobre este trastorno han puesto más énfasis en la respuesta subjetiva de cada persona al trauma que en la gravedad del factor estresante en sí mismo. Aunque los síntomas del trastorno de estrés postraumático se consideraron directamente proporcionales a la gravedad del factor estresante, los estudios empíricos han demostrado lo contrario. En consecuencia, se cree ahora que el trastorno tiene mucho que ver con el significado subjetivo del factor estresante de cada persona. Incluso cuando se enfrentan a experiencias traumáticas abrumadoras, la mayoría de las personas no presentan síntomas del trastorno por estrés postraumático. De la misma manera, **sucesos que pueden parecer triviales o mucho menos que catastróficos para la mayoría de las personas, pueden producir un trastorno por estrés postraumático en algunas personas.**

Los factores predisponentes de vulnerabilidad que parecen desempeñar un papel principal en el desarrollo del trastorno son la presencia de trauma infantil, rasgos paranoides, dependientes, límites o antisociales de la personalidad; un sistema de apoyo inadecuado; una vulnerabilidad genética constitucional para la enfermedad psiquiátrica; cambios estresantes recientes en la vida del sujeto; percepción de un locus de control externo más que interno, y una ingesta de alcohol excesiva y reciente.

Los estudios psicodinámicos realizados con personas que han sobrevivido a traumas psíquicos graves han identificado la alexitimia - incapacidad de identificar o verbalizar estados emocionales - como una característica común. **Si el trauma psíquico ocurre durante la infancia es frecuente que se produzca un estancamiento del desarrollo emocional de la persona. Si el trauma ocurre en la edad adulta, la regresión emocional es frecuente.** En cualquier caso, los supervivientes de un trauma normalmente no pueden utilizar sus estados emocionales internos como señales y pueden sufrir síntomas psicósomáticos. También son incapaces de consolarse a sí mismos bajo situaciones de estrés.

Las teorías biológicas referentes al trastorno por estrés postraumático se han desarrollado a partir de estudios preclínicos de modelos de animales sujetos a estrés, a partir de medidas de variables biológicas en poblaciones clínicas afectadas por este trastorno. Estos estudios han implicado muchos sistemas de neurotransmisión. Los modelos preclínicos sobre la indefensión aprendida, la facilitación (kindling) y la sensibilización en animales han generado teorías sobre la noradrenalina, dopamina, opioides endógenos, receptores benzodiazepínicos y eje hipotalámico pituitario adrenal. **En poblaciones clínicas, los datos avalan la hipótesis de que los sistemas noradrenérgicos y de opiáceos endógenos, así como el eje hipotalámico pituitario adrenal están hiperactivos en al menos algunos pacientes con un trastorno por estrés postraumático.**

El otro hallazgo biológico importante es el incremento en la actividad y la respuesta del sistema nervioso autónomo, patente a través del aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y las alteraciones detectadas en el sueño (mayor fragmentación y mayor latencia del sueño).

Los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE 10 para el trastorno por estrés postraumático especifican que los síntomas de revivir la experiencia, la evitación y la hiperactivación tienen que haber durado más de un mes. Para aquellos pacientes cuyos síntomas han durado menos de un mes, el diagnóstico apropiado es trastorno por estrés agudo (Véase Apéndice).

Evolución

El trastorno por estrés postraumático suele aparecer un tiempo después de que se haya producido el trauma. Este retraso puede ser tan corto como una semana, o tan largo como 30 años. Los síntomas pueden fluctuar a través del tiempo y pueden ser más intensos durante los periodos de estrés. Un 30% de los pacientes se recupera completamente, un 40% continúa presentando síntomas leves, un 20% experimenta síntomas moderados y un 10% no experimenta ningún cambio, o incluso empeora. **Existe un buen pronóstico cuando existe un inicio rápido de los síntomas, una corta duración de éstos (menos de seis meses), un funcionamiento premórbido bueno, una red de apoyo social apropiada y no hay otros trastornos psiquiátricos, médicos o inducidos por sustancias.**

En general, los más jóvenes y los ancianos presentan más dificultades con los sucesos traumáticos que los grupos intermedios. Por ejemplo, un 80% de los niños que han sufrido quemaduras muestran síntomas de estrés postraumático al cabo de un año.

La disponibilidad de sistemas de apoyo social puede influir en el desarrollo, la gravedad y la duración del trastorno por estrés postraumático. En general, los pacientes que tienen una red de apoyo social buena tienen menor probabilidad de padecer este trastorno, de sufrir sus presentaciones más graves y tienen mayor probabilidad de recuperarse en un tiempo más corto.

La CIE 10 define **el cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica (F62.0)** como un cambio perdurable de la personalidad, que dura al menos dos años, después de la exposición a tensión catastrófica. Señala que la tensión debe ser tan extrema que no sea necesario

tomar en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar sus efectos profundos sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud hostil y desconfiada hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o de desesperanza, y una sensación crónica de “estar al borde”, como si se estuviera constantemente amenazado y enajenado. Explica que este problema se presenta por experiencias de desastre, en campos de concentración o ante la exposición prolongada a situaciones de amenaza para la vida.

Tratamiento

Cuando un clínico se enfrenta a un paciente que ha sufrido un trauma importante, la terapia más adecuada consiste en proporcionar apoyo, animar al paciente a que comente el suceso e instruirle sobre los diferentes mecanismos de afrontamiento que existen (por ejemplo, la relajación). La utilización de sedantes e hipnosis también puede resultar útil. Cuando un clínico se enfrenta a un paciente que ha sufrido un suceso traumático en el pasado y que está sufriendo un trastorno por estrés postraumático en la actualidad, la terapia debe destacar la educación sobre el trastorno y su tratamiento, tanto farmacológico como terapéutico. Los pacientes y sus familiares pueden obtener apoyo adicional a través de los grupos de apoyo locales y nacionales para pacientes con trastorno por estrés postraumático.

Para administrar el tratamiento y la atención comunitaria, y por las características de la atención que pretende ofrecer este programa, es necesario tomar en cuenta ciertas observaciones para llevarlo al cabo en las comunidades afectadas. En febrero de 1995, la Federación Internacional, en colaboración con la Cruz Roja Danesa, la Oficina de Asuntos Humanitarios de la Comisión Europea y el Organismo Danés de Desarrollo Internacional, emprendió el examen de varias operaciones de socorro recientes, con miras a identificar los factores característicos de un programa de socorro cuya ejecución reposa en un enfoque en pro del desarrollo. Referente a la administración del tratamiento se destacan dos:

- Fortalecer las capacidades y abordar las vulnerabilidades. Se reconoce la imperiosa necesidad de abordar las vulnerabilidades. Sin embargo, los programas de socorro que se esfuerzan deliberadamente por identificar y aprovechar las capacidades, pericias, recursos y estructuras organizativas existentes entre los supervivientes del desastre, serán más efectivos que aquellos que consideran a las víctimas como una comunidad beneficiaria pasiva y desvalida.
- Identificar las necesidades y capacidades de los diversos grupos de supervivientes de un desastre. En los programas de socorro en pro del desarrollo se reconocen numerosos grupos con diferentes capacidades, vulnerabilidades y necesidades que integran la población sobreviviente. Se

elaboran los programas de socorro para atender a estos grupos diversos y, aprovechan sus capacidades para satisfacer sus diferentes necesidades.

Sobre la base de lo mencionado, se diseñó una estrategia de atención grupal e individual en la cual los casos leves y moderados se atienden oportunamente por personal no profesional y los casos graves se canalizan a los especialistas. La atención individual o grupal se contempla en un programa de participación comunitaria que promueve y fomenta la auto responsabilidad y autosuficiencia.

Es necesario capacitar personal profesional y no profesional en el manejo de instrumentos para identificar problemas emocionales y en técnicas sencillas de intervención psicológica. El personal debe de estar altamente motivado para evitar crisis en ellos mismos y estimular el trabajo.

Grupos de Riesgo

Los niños, los ancianos y la población afectada económicamente son los que generalmente resienten más los efectos de un desastre. Presumiblemente, los niños pequeños no disponen todavía de los mecanismos de defensa adecuados para enfrentarse a la experiencia física y emocional del trauma. De la misma manera, las personas mayores, cuando se comparan con adultos jóvenes, tienen mayor probabilidad de presentar mecanismos de afrontamiento más rígidos, y son menos capaces de encontrar procedimientos para enfrentarse los efectos del estrés. Además, los efectos traumáticos pueden exacerbarse por las dificultades físicas propias de las personas de edad avanzada, en particular las dificultades del sistema nervioso y del cardiovascular, como riego sanguíneo cerebral más reducido, visión deficiente, palpitaciones y arritmias. Los problemas psiquiátricos previos, trastorno de la personalidad u otra patología más seria, también incrementan los efectos de factores estresantes.

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Delegación Regional de Guatemala, menciona respecto a los grupos de riesgo en las situaciones de desastre, que **algunas personas están probablemente más expuestas que otras a una amenaza, aunque se trate del mismo fenómeno**. Para poder determinar cuáles son los grupos de riesgo, en una comunidad o situación específica de desastre, lo primero que se debe determinar es quiénes son las personas más vulnerables; dentro de una comunidad algunos grupos están más expuestos que otros. La segunda pregunta es quiénes resultan más afectados. Para comprender la vulnerabilidad es indispensable responder a estos dos interrogantes. Los factores que contribuyen a definir quiénes están más expuestos a una amenaza determinada son:

Proximidad y propensión: **Las personas que viven o trabajan en lugares peligrosos o cerca de esos lugares están más expuestas que los demás** (por ejemplo, en una llanura aluvial o en pendientes inestables, o cerca de un reactor nuclear). Algunas personas son más vulnerables a los peligros que otras (por ejemplo, en algunas partes del mundo, las personas que no tienen acceso a la información o que no pueden elegir a su pareja sexual están más expuestas a contraer el SIDA).

La pobreza: **Las personas que tienen pocas opciones, pocos recursos y pocas reservas no pueden protegerse debidamente de los siniestros. Los desastres y las enfermedades pueden arrastrarlos al límite de la supervivencia más fácilmente que a las personas con más recursos**. La pobreza está vinculada a otros problemas, como la falta de instrucción, la carencia de influencia política y de una buena dirección, o las condiciones mediocres de salud. Los niños de familias pobres tienen menos probabilidades de ingresar en la escuela y completar sus estudios que los hijos de familias más adineradas. **En todos**

los casos en que la educación representa una reserva o abre posibilidades de actividad económica, los pobres están con frecuencia en una situación de desventaja. Aunque existe una relación clara entre pobreza y vulnerabilidad es erróneo suponer que todas las personas pobres son vulnerables o que la pobreza es la única causa de la vulnerabilidad. Aquí es importante observar la capacidad de las personas para soportar los efectos de un siniestro determinado y recuperarse.

Exclusión y marginación: Las personas que están al margen de los sistemas económicos y sociales son vulnerables. Así pues, los individuos que no tienen acceso a la educación, la atención de salud, el empleo, la vivienda, el crédito, la participación política, etc. no son capaces de administrar y controlar, como los demás, las decisiones y acontecimientos que los afectan.

Las personas están marginadas o excluidas por una serie de motivos. Por ejemplo, los prejuicios y la discriminación contra personas de determinado sexo, clase, grupo étnico, religión, raza o de otros grupos, las marginan de hecho y las convierten en personas vulnerables. En algunas sociedades, las personas que tienen discapacidades físicas o mentales están realmente excluidas de muchas funciones económicas y sociales. A veces, en virtud de los usos o estereotipos sociales, se excluye o margina a ciertos grupos, como las mujeres y los niños, que pueden tener menos oportunidades y recursos.

En el caso de México, las características geológicas, hidrográficas y meteorológicas lo hacen un país de elevado riesgo. Frecuentemente se registran niveles importantes de actividad sísmica en diferentes zonas del país; cambios atmosféricos que provocan huracanes y tormentas tropicales, registrando inundaciones sobre todo la segunda mitad del año. También hay sequías y desertificación, incendios y ocasionalmente, explosiones como la de San Juan Ixhuatepec; además, los Volcanes Popocatepetl y el Nevado de Colima presentan niveles de actividad considerables; se ha dado el caso de contaminaciones de agua, aire y suelo, plagas y epidemias, que hacen vulnerable a la población.

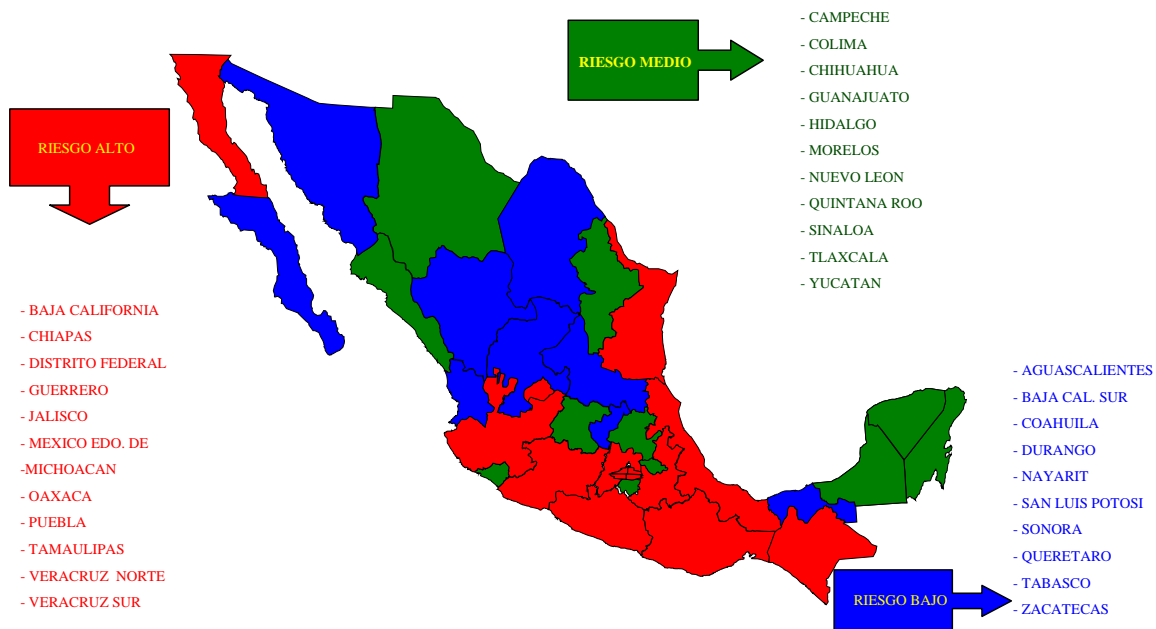
En este sentido, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido una regionalización que ubica las zonas de mayor riesgo epidemiológico en casos de desastre, de acuerdo a la presencia de eventos catastróficos en los últimos años y cuya población está en riesgo permanente (Véase Mapa 1).

Mapa 1



PLAN INSTITUCIONAL PARA CASOS DE DESASTRE

MAPA DE RIESGO AMBITO INSTITUCIONAL



El Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre con fines prácticos y de organización para llevar al cabo las acciones correspondientes al Programa en las zonas de riesgo, estableció la siguiente regionalización tomando en cuenta a los estados que presentan alto riesgo (Véase Cuadro 5):

Cuadro 5

Región 1	Región 2	Región 3	Región 4	Región 5
<ul style="list-style-type: none"> • Oaxaca • Guerrero 	<ul style="list-style-type: none"> • Chiapas • Tabasco • Quintana Roo 	<ul style="list-style-type: none"> • Veracruz • Puebla • Tamaulipas 	<ul style="list-style-type: none"> • Colima • Jalisco 	<ul style="list-style-type: none"> • D. F. • Morelos • Estado de México • Hidalgo

Fuente: Comité Consultivo Académico. SERSAME. 2001

También se consideran grupos vulnerables a todas las personas que indirectamente pueden ser afectadas por el desastre como rescatistas, paramédicos, médicos, psiquiatras, psicólogos, promotores, voluntarios, etc., quienes en su labor de asistencia a la comunidad enfrentan altos niveles de estrés y desgaste emocional debido a varios factores, entre ellos; las largas jornadas de trabajo, la urgencia por responder a las necesidades básicas de las víctimas y el encuentro humano con el dolor del otro.

Comorbilidad

Se puede presentar:

- Trastorno por estrés postraumático (prevalencia del 3 al 58%).
- Trastorno de ansiedad (trastorno de pánico).
- Trastorno depresivo.
- Uso de sustancias que producen adicción.
- Trastorno de somatización.
- Fobias (sobre todo hacia aquellos factores que rememoren el suceso).
- Reacciones psicóticas agudas o bien reactivación de síntomas psicóticos en personas que presentan un trastorno mental de base como la esquizofrenia, trastorno bipolar en fase depresiva, trastorno psicótico agudo, y transitorio.

Es necesario comentar que en la actualidad no se cuenta con datos de incidencia y prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica a excepción del trastorno por estrés postraumático.

El Reporte Mundial de Desastres 2001 de la International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies apunta que los desastres hidrometeorológicos se han incrementado a más del doble desde el año de 1996; también informa que alrededor de 20,000 personas en el mundo han perdido la vida por algún desastre en el año 2001, en otras décadas los decesos eran de 75,250 personas por año. El hecho de que los casos de muerte por desastre hayan disminuido se debe a que en los países desarrollados se ha avanzado en materia de prevención, lo que hace que no haya tantas pérdidas humanas. En México también se ha reducido significativamente el número de víctimas por eventos hidrometeorológicos (huracanes e inundaciones) ya que se les puede dar seguimiento a los fenómenos, para avisar a las poblaciones y evacuarlas cuando es necesario.

A nivel mundial, durante la década pasada, alrededor del 90% de los casos de muerte por desastre falleció a causa de sequías, huracanes e inundaciones, y 212.5 millones de personas fueron afectadas por desastres en el año de 1999, considerando que los conflictos bélicos también se entienden como desastres.

El panorama es más devastador en países en vías de desarrollo, ya que en éstos ocurre más del 86% de los desastres; de estas naciones, el 57% de sus poblaciones han sido víctimas de un desastre y, de todas las muertes ocurridas por desastre, el 78% suceden en los países pobres, cifra 10 veces mayor al número de muertes por la misma causa en países desarrollados.

Dentro de los períodos de 1967 a 1991 aproximadamente 3 millones de personas en el mundo fueron afectadas por desastres: el 85% en Asia; aproximadamente el 11% en África; el 4% en América y; sólo el 0.4% en Europa y en Oceanía el 0.1%.

De 1991 al 2000 los desastres naturales ocasionaron la muerte de aproximadamente 665,598 personas en todo el mundo. De los 2,557 desastres naturales reportados desde 1991, más de la mitad fueron en lugares de desarrollo humano mediano, y dos tercios del total de muertes ocasionadas por desastres han sido en lugares subdesarrollados. Lo anterior resalta el hecho de que en los países desarrollados la prevención ha sido un factor determinante en la disminución de los efectos del desastre.

En los países en desarrollo raramente se producen brotes graves de enfermedades transmisibles a raíz de desastres naturales; son excepciones conocidas a esa regla el aumento de la leptospirosis en Brasil después de un período de inundaciones, la agravación del problema de la fiebre tifoidea en Mauricio con posterioridad a huracanes, y los casos de intoxicación alimentaria registrados en Dominica y en la República Dominicana. Lo más probable es que el desvío con fines de socorro de los recursos normales de salud pública o el agravamiento de los problemas económicos como consecuencia del desastre, conduzca a una epidemia mucho después del período de crisis; puede citarse como ejemplo la recrudescencia de la malaria y la ulterior imposibilidad de erradicarla en Haití.

Habida cuenta de ello, en la 13a edición (1981) del Manual de la Asociación Americana de Salud Pública titulado “El control de las enfermedades transmisibles en el hombre”, se reseña el consenso alcanzado por especialistas, oficiales de enlace y funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial (OMS/OPS) de la Salud acerca del riesgo relativo de enfermedades transmisibles específicas a raíz de un desastre.

Las secuelas de ciertos desastres han sido catastróficas, algunos ejemplos son:

- Nicaragua: 1972 - 5,000 muertos
- Honduras: 1974 - 6,000 muertos

- Guatemala: 1976 - 26,000 muertos
- Sólo en Perú, el terremoto de 1970 causó 70,000 muertos y alrededor de 170,000 heridos.

La zona del Caribe es también vulnerable a ciertos desastres naturales, en particular huracanes, siendo notorios los que asolaron Barbados en 1955, Haití en 1964, Dominica y la República Dominicana en 1979, y Santa Lucía, Haití y Jamaica en 1980. Además, hubo terremotos en Trinidad y Tobago, Jamaica y Antigua, y la mayor parte de las islas se han visto afectadas por inundaciones y deslizamientos. Los efectos de los desastres naturales se ven agravados por el aislamiento físico de esos países y porque, en general, se extienden a todo el territorio nacional.

México ocupa el octavo lugar mundial por la mayor incidencia de fenómenos destructivos y se sitúa alrededor del decimosexto lugar en cuanto a los daños registrados. El Programa de Desastres de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud desde 1997 a la fecha ha reportado 1,908 eventos de interés epidemiológico que se desglosan por tipo en los siguientes cuadros (Véanse cuadros 1, 2, 3 y 4).

CUADRO No 1

Eventos de interés epidemiológico notificados a la Dirección General de Epidemiología,
Estados Unidos Mexicanos, 1997

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Enfermedades infecciosas	242	37.8
Intoxicaciones alimentarias	158	24.7
Desastres Naturales	93	14.5
Intoxicaciones por químicos	54	8.4
Desastres ocasionados por el hombre	34	5.3
Otros	59	9.3
TOTAL	640	100.0

Fuente: DUED/DGE/SSA, 1997

CUADRO No 2

Eventos de interés epidemiológico notificados a la Dirección General de Epidemiología
Estados Unidos Mexicanos, 1998

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Enfermedades infecciosas	208	39.6
Desastres Naturales	108	20.6
Intoxicaciones alimentarias	85	16.3
Desastres ocasionados por el hombre	62	11.8
Intoxicaciones por químicos	41	7.8
Accidentes	15	2.9
Otros	5	1.0
TOTAL	524	100

Fuente: DUED/DGE/SSA, 1998

CUADRO No 3

Eventos de interés epidemiológico notificados a la Dirección General de Epidemiología
Estados Unidos Mexicanos, 1999

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Intoxicaciones Alimentaria	153	37.0
Desastres Naturales	90	21.7
Enfermedades Infecciosas	107	25.9
Desastres provocados por el hombre	21	5.1
Intoxicaciones por químicos	20	4.8
Agresión por abeja	13	3.1
Otros	10	2.4
TOTAL	414	100.0

Fuente: DUED/DGE/SSA, 1999

CUADRO No 4

Eventos de interés epidemiológico notificados a la Dirección General de Epidemiología
Estados Unidos Mexicanos, 1999.

Tipo de Evento	Número	Porcentaje
Intoxicaciones Alimentaria	84	25.4
Desastres Naturales	47	14.2
Enfermedades Infecciosas	127	38.5
Desastres provocados por el hombre	14	4.2
Intoxicaciones por químicos	10	3.0
Otros	48	14.5
TOTAL	330	100.0

Fuente: DUED/DGE/SSA, 1999

Es importante señalar que durante el período 1997 – 1999 se presentaron con inquietante regularidad y con creciente magnitud, fenómenos hidrometeorológicos (huracanes “Paulina”, “Isis”, depresiones y tormentas tropicales) que causaron graves daños a diversas entidades federativas. Conviene hacer algunas reflexiones en torno a las características de tres de dichos fenómenos.

- Huracán “Paulina”: En el mes de octubre de 1997, el huracán “Paulina” ocasionó copiosas precipitaciones pluviales en el puerto de Acapulco, Gro. La superficie afectada fue de 225 km², la población damnificada se estimó en 900,000 personas y la densidad poblacional fue de 4,000 hab/km²
- Lluvias torrenciales en la Costa y Sierra Madre de Chiapas: del 6 al 9 de septiembre de 1998 la interacción de una depresión y una onda tropical sobre los Golfos de México y Tehuantepec provocó lluvias torrenciales sobre la Costa y

Sierra Madre de Chiapas; la superficie afectada fue cercana a los 26,000 km², la población damnificada se estimó en cerca de 600,000 personas y la densidad poblacional fue de 23 habitantes/km²

➤ Depresión tropical 11: Del 4 al 6 de octubre de 1999 se presentaron lluvias copiosas sobre diferentes regiones de Hidalgo, Puebla, Tabasco, Veracruz y en menor medida Chiapas y Oaxaca. Se calcula que la superficie afectada fue de alrededor de 56,000 km², la población damnificada se estimó en cerca de 3'000,000 de personas y la densidad poblacional fue de 54 habitantes/km²

Sistema Nacional de Protección Civil

El 12 de mayo del 2000 se decreta la Ley General de Protección Civil, de orden público e interés social con el fin de establecer las bases de la coordinación en materia de protección civil entre la Federación, las entidades federativas y los municipios.

La diversidad de riesgos que amenazan y que en ocasiones llegan a causar daños en el territorio nacional ha originado la necesidad de establecer medidas de protección y seguridad en la población, la infraestructura y el medio ambiente. En respuesta a esta necesidad el gobierno federal a partir del año de 1986 ha instrumentado un mecanismo que incorpora de manera integral la participación del gobierno en sus tres niveles y de los sectores privado y social.

Este mecanismo se conoce con el nombre de Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) cuyo objetivo es el de proteger a la población, sus bienes y su entorno, así como a las funciones esenciales de la sociedad, ante la eventualidad de un desastre provocado por agentes perturbadores de origen natural o humano.

A raíz de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985, el ejecutivo federal convocó a un grupo de ciudadanos, al que se denominó Comisión Nacional de Reconstrucción, en cuyo seno se desarrollaron los trabajos del Comité de Prevención de Seguridad Civil, que generó el documento central contenido en el decreto por el que se aprueban las bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 6 de mayo de 1986.

Una de las propuestas más importantes y base de la organización del sistema contenida en el referido documento era la conformación de una organización federal, estatal y municipal de Protección Civil, integrada por los consejos, los órganos de la administración pública y los grupos voluntarios. En este esquema se señalaba que en un futuro se crearía dentro de la Organización Ejecutiva, una Dirección General de Protección Civil, misma que fue integrada en el año de 1986 con categoría de Coordinación General, dentro de la estructura de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal, como órgano de carácter ejecutivo dependiente de la Secretaría de Gobernación, cuyas funciones contenidas en el documento de Organización, Órgano Ejecutivo y Compromisos de Participación (1987), fueron las de organizar, integrar y operar el Sistema Nacional de Protección Civil, así como efectuar la coordinación operativa y la vigilancia en el cumplimiento de los acuerdos y disposiciones de la Secretaría Ejecutiva, cuyo titular era el Secretario de Gobernación.

Asimismo, las bases determinaron una vía a seguir para la instrumentación del Sistema Nacional de Protección Civil, integrada en tres etapas:

1. Etapa de conceptualización y planeación, representada a la fecha, por los decretos presidenciales sobre la materia;
2. Etapa de organización y programación conformada por la creación de los órganos operativos de la Protección Civil y su marco normativo, así como por la estructuración de sus programas; y
3. Etapa de puesta en marcha de nivel preventivo y operativo, mediante el diseño y programación de acciones ante la posibilidad de la ocurrencia de desastres.

Las Bases establecieron tres tipos de órganos de Protección Civil:

- Órganos Consultivos, con funciones de coordinación, representados por los Consejos Nacional, Estatales, Municipales y del Distrito Federal, de Protección Civil.
- Órganos Ejecutivos, con funciones de vigilancia y operación, constituidos por las unidades de Protección Civil.
- Órganos Participativos, significados por los grupos de voluntarios, principalmente.

Con estas bases se conceptualiza a la Protección Civil como un conjunto orgánico y articulado de estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establezcan las dependencias y entidades del sector público entre sí, con las organizaciones de los diversos grupos sociales y privados y con autoridades de los estados y municipios a fin de efectuar acciones de común acuerdo destinadas a la protección de los ciudadanos contra los peligros y riesgos que se presentan en la eventualidad de un desastre.

A partir de este concepto, se determinó el objetivo fundamental del sistema: "Proteger a la persona y a la sociedad ante la eventualidad de un desastre provocado por agentes naturales o humanos, a través de acciones que reduzcan o eliminen la pérdida de vidas humanas, la destrucción de bienes materiales y el daño a la naturaleza así como la interrupción de las funciones esenciales de la sociedad".

Para asegurar el cumplimiento de este objetivo, se destacaron tres estrategias básicas:

- La articulación y coordinación de políticas de Protección Civil entre los distintos niveles y dependencias del gobierno. Esto es, entre el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios del país, así como entre las dependencias y organismos de la administración pública.
- La oportuna organización de la sociedad civil con base en el principio de la solidaridad para que recoja y encauce la participación social.
- La clara identificación y delimitación de los fenómenos destructivos, con arreglo a su ocurrencia y temporalidad dentro del territorio nacional, representada por el Atlas Nacional de Riesgos.

A fin de garantizar que a través de la aplicación de las estrategias se consiguiera realizar el objetivo propuesto, se establecieron los siguientes elementos para la determinación de un programa de Protección Civil:

- a) *El Subprograma de Acción Preventiva* entendido como el conjunto de medidas destinadas a evitar o mitigar el impacto destructivo de las catástrofes sobre la población y sus bienes, los servicios públicos, la planta productiva, y el ambiente; el cual se estructura a partir de los planes de seguridad contra agentes destructivos de carácter geológico, hidrometeorológico, químico, sanitario y sociorganizativo.
- b) *El Subprograma de Auxilio y Atención* integrado por once acciones sustantivas: alerta; evaluación de la emergencia; planes de emergencia; coordinación; seguridad; protección, salvamento y asistencia; servicios, bienes materiales y naturaleza; salud pública; aprovisionamiento; comunicación social; y, finalmente, reconstrucción inicial y vuelta a la normalidad.

En 1987 concluyen las actividades de la Coordinación General de Protección Civil y se constituye la Subsecretaría de Protección Civil y de Prevención y Readaptación Social, así como la Dirección General de Protección Civil en el ámbito de competencia de la secretaría de Gobernación, que en los términos de su propio Reglamento Interior, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 13 de febrero de 1989, tiene la facultad de coordinar a las diversas dependencias y entidades, que atendiendo a la naturaleza de sus funciones, deban participar en acciones de prevención y de auxilio a la población en caso de desastre.

Asimismo se acordó lo conducente al propósito de iniciar los trabajos de construcción del Centro Nacional de Prevención de Desastres, creado por decreto presidencial del 20 de septiembre de 1988, como resultado del cumplimiento y ejecución de un convenio de cooperación suscrito con el Gobierno de Japón, con base en el cual dicho país tomó a su cargo la construcción y equipamiento del centro, la Universidad Nacional Autónoma de México aportó el terreno para su construcción y la participación de personal técnico especializado, en tanto que el Gobierno Mexicano a través de la Secretaría de Gobernación, asumió la operación del mismo.

A partir de su creación, el Centro Nacional de Prevención de Desastres ha encaminado sus esfuerzos hacia el desarrollo de acciones en materia de investigación, capacitación y difusión para lo cual cuenta con instalaciones y equipamiento de la más alta tecnología, que fueron puestas en operación el 11 de mayo de 1990.

Su principal objetivo es “promover la aplicación de las tecnologías para la prevención y mitigación de desastres; impartir capacitación profesional y técnica sobre la materia, y difundir medidas de preparación y autoprotección entre la sociedad mexicana expuesta a la contingencia de un desastre”

El 11 de mayo de 1990, mediante decreto del Ejecutivo Federal, se creó formalmente el Consejo Nacional de Protección, como Órgano Consultivo y de Coordinación de Acciones y de Participación Social en la Planeación de la Protección Civil, encabezado por el C. Presidente de la República e integrado por doce Secretarios de Estado y el Jefe del Gobierno del Distrito Federal, con carácter permanente, así como con la participación de los demás secretarios, los gobiernos, estatales, municipales, los sectores privado, social, académico y los grupos voluntarios.

Como resultado de la reorganización de la Secretaría de Gobernación, ordenada por su titular en el mes de enero de 1998, se crea la Coordinación General de Protección Civil, cuyas atribuciones fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto del mismo año. Cabe señalar que el Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación que se publica en el referido Diario, abroga el publicado el 13 de febrero de 1989, lo cual implica la desaparición de la Subsecretaría de Protección Civil y de Prevención y Readaptación Social y la modificación de las atribuciones de la Dirección General de Protección Civil.

Actualmente estos organismos creados como elementos del Sistema Nacional de Protección Civil, son responsables de normar, coordinar y supervisar la operación del propio sistema, tanto en la normalidad como durante situaciones de emergencia, con base en las atribuciones que les fueron asignadas a través de leyes y reglamentos; del establecimiento de convenios y acuerdos de coordinación y participación; de la aplicación de los programas, planes y procedimientos de actuación correspondientes.

Fondo de Desastres Naturales (FONDEN)

Es el instrumento financiero del Gobierno Federal, manejado a través de la Secretaría de Gobernación, para atender los efectos de los desastres naturales, mediante la asignación y transferencia de recursos a las dependencias y entidades federales, y a los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios. De acuerdo a las reglas de operación para el FONDEN, emitidas el 31 de marzo de 1999 y en junio del mismo año, se aprobó el contrato constitutivo del fideicomiso del FONDEN en el Banco de Obras y Servicios Públicos, cuyo objetivo es la administración de los recursos remanentes que en su caso, se generen al término de cada ejercicio fiscal.

En febrero del 2000 se publicaron las nuevas reglas de operación del FONDEN, mismas que permiten mejorar los procedimientos para la asignación de recursos, cuantificar y evaluar los daños, agilizar los tiempos de respuesta y fortalecer los mecanismos de coordinación entre los tres órdenes de Gobierno.

Programa de Atención a Urgencias Epidemiológicas y Desastres (PAUED)

En enero de 1995 la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud consideró indispensable contar con un área específica que se encargara de fortalecer el apoyo a los Sistemas Estatales de Salud y en su caso, atender los eventos de interés epidemiológico que requiriesen una respuesta inmediata. Los eventos ocurridos en ese año (los huracanes “Ópalo” y “Roxana” y los sismos ocurridos en Colima y Jalisco) ratificaron esa necesidad.

En 1996 la Dirección General de Epidemiología envió equipos de potabilización y personal para operarlas a Costa Rica, Cuba y Nicaragua. En 1998 ante la devastación ocasionada por el huracán Mitch se enviaron brigadas de salud a Honduras y Guatemala, en este último país la intervención fue directa ya que el personal mexicano capacitó a sus contrapartes guatemaltecas y de acuerdo al Ministerio de Salud de la República de Guatemala, la intervención mexicana evitó al menos 5,000 casos de cólera.

A finales de 1999, una misión mexicana de apoyo fue enviada a la República Bolivariana de Venezuela para colaborar en la atención de las comunidades afectadas por las lluvias torrenciales. De nuevo, el Sector Salud brindó apoyo técnico e hizo diversas recomendaciones que fueron adoptadas por las autoridades de salud de aquella nación sudamericana.

En julio de 1997 la extinta Dirección General de Medicina Preventiva cedió la conducción del Programa de Desastres a la Dirección General de Epidemiología (DGE) que, hasta el año 2000 y el Centro de Vigilancia Epidemiológica (CVE) a partir de 2001, han sido las instancias normativas de la Secretaría de Salud (SSA) que establecen los lineamientos generales de atención de los desastres y las urgencias epidemiológicas. Sin embargo el papel del CVE se ha expandido a la atención directa de estos eventos en coordinación con otras áreas centrales de la SSA y con los Servicios Estatales de Salud (SESA) de diversas entidades federativas que han sufrido el impacto de diversos fenómenos.

La experiencia que ha adquirido el Sector Salud en la atención de desastres ha demostrado que las intervenciones tempranas (Vigilancia Epidemiológica Activa, Control de Vectores, Saneamiento Básico, Verificación Sanitaria, etcétera.) evitan la ocurrencia de casos y brotes enfermedades infecciosas y que el adecuado desarrollo de dichas intervenciones precisa de la coordinación interinstitucional, intersectorial y extrasectorial de todos los actores involucrados en la atención de la salud de la comunidad.

Además de contar con dichos planes es necesario tomar en cuenta que las acciones que deberá realizar el Sector Salud incluyen actividades de:

1. Organización
2. Atención Médica
3. Vigilancia Epidemiológica
4. Vigilancia Sanitaria de la calidad del agua y alimentos
5. Comunicación social

Como se aprecia, la atención de los desastres y urgencias epidemiológicas dista de ser simple y ello pone de relieve la necesidad de contar con un programa que comprenda los puntos arriba señalados. En este sentido, la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica presenta el Programa de

Atención a Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2001 (Véase figura 1), que se deriva del Programa Nacional de Salud 2001-2006, específicamente de la Estrategia 2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. Este Programa tiene como propósito principal “proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por una urgencia epidemiológica o un desastre, por medio de la activación social y la atención coordinada, oportuna e integral”.

Figura 1

Programa de Acción Urgencias Epidemiológicas y Desastres



Componentes Sustantivos del Programa de Acción en Urgencias Epidemiológicas y Desastres (PAUED)

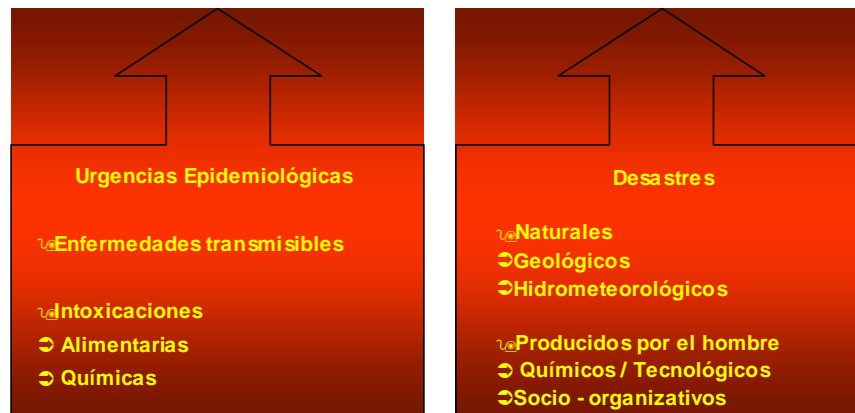
Entre los compromisos del PAUED está el apoyar las acciones específicas que realice el Comité de Atención Psicológica en Casos de Desastre.

El PAUED 2001 plantea que la respuesta sanitaria a un evento de interés epidemiológico, ya sea un desastre o una urgencia epidemiológica, debe tener las siguientes características:

- ✓ **anticipada**: para prever e identificar aquellas áreas (zonas inundables, sísmicas, etcétera), factores (existencia de vectores, “bolsas” de susceptibles, etc.) o condiciones (presencia de zonas fabriles, comunidades asentadas en laderas, falta de sistemas de drenaje, etcétera) de riesgo que pueden favorecer la ocurrencia de desastres o urgencias epidemiológicas
- **inmediata**: para enviar el personal, los equipos e insumos específicos en la cantidad y oportunidad precisas a los sitios donde son necesarios
- **eficaz**: para prevenir y en su caso, controlar la ocurrencia de daños a la salud de la población

La figura siguiente muestra un esquema general de los componentes y subcomponentes del PAUED – 2001

Figura 2
Componentes y Subcomponentes del Programa de Atención a Urgencias Epidemiológicas y Desastres, 2000 (PAUED - 2000)



a) Estructura PAUED

Las urgencias epidemiológicas y desastres son eventos que tienen la capacidad, potencial o real, de ocasionar daños a la salud en un área determinada y que requieren de una respuesta inmediata para limitar la diseminación de dichos daños. La respuesta a estos sucesos debe ser ordenada y coordinada con las demás instituciones que conforman el sector salud y con las demás entidades que tengan injerencia en las acciones de prevención y control de daños a la salud de la población

La participación de la SSA en los Subprogramas del PPC se da de la siguiente manera:

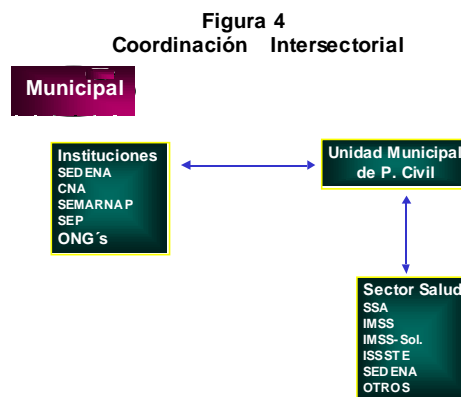
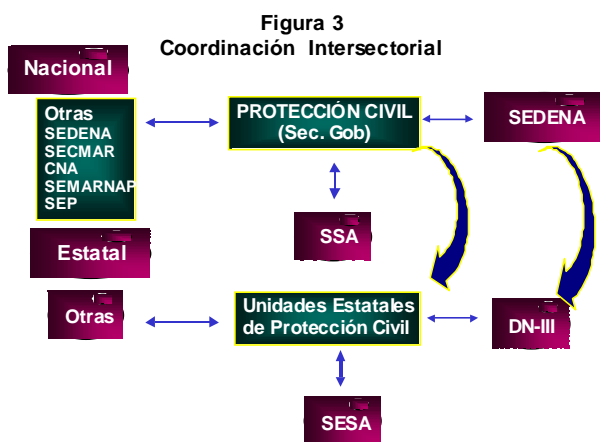
- *Subprograma de Prevención:* en este se contemplan acciones para la prevención de los cinco tipos de fenómenos perturbadores (geológicos, hidrometeorológicos, químicos, sanitarios y socio organizativos). La SSA, actúa en los tres primeros como Coordinador Corresponsable, como Coordinador Técnico en el cuarto y no se le asigna ninguna participación en el último aunque la experiencia demuestra que la SSA ha jugado un papel vital en las acciones de atención a la población desplazada en Chiapas por el conflicto bélico de enero de 1994 y por la matanza de Acteal en 1997 en el mismo estado.
- *Subprograma de Auxilio:* se consideran los siguientes rubros: alertamiento; evaluación de daños; planes de emergencia; coordinación de emergencia; seguridad, búsqueda, salvamentos y asistencia; servicios estratégicos, equipamiento y bienes; salud; aprovisionamiento y comunicación social de emergencia. La SSA funge como Coordinador Técnico en el rubro de salud; y como Coordinador Corresponsable en evaluación de daños; planes de

emergencia; coordinación de emergencia; búsqueda, salvamento y asistencia; servicios estratégicos, equipamiento y bienes y aprovisionamiento.

- *Subprograma de Recuperación:* la SSA actúa como Coordinador Corresponsable en el componente de reconstrucción y vuelta a la normalidad.

Para que la SSA cumpla con lo establecido por el PPC, el nivel federal representado por el CNVE, presenta las estrategias y lineamientos mínimos que los SESA adoptarán y adaptarán dependiendo de sus recursos disponibles.

La estructura que establece el PPC para la atención de los desastres contempla que las acciones se pueden dar en los niveles federal y estatal. Las figuras 3 y 4 muestran esquemáticamente, las relaciones que se deben dar en materia de coordinación en los niveles federal, estatal y municipal.

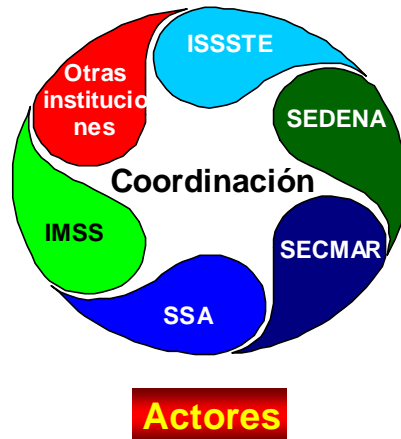


b) Organización

Ante la ocurrencia de un evento de interés epidemiológico, en especial un desastre y dependiendo de su magnitud y trascendencia se activa el SINAPROC en sus diferentes niveles: municipal, estatal y nacional. La experiencia nacional y más recientemente, los eventos que han ocurrido en otras naciones latinoamericanas demuestran que la adecuada atención de los eventos de interés epidemiológico descansa sobre una base que puede ser muy sólida o extraordinariamente frágil y que es la coordinación que se dé entre las instituciones implicadas en la atención de dichos sucesos.

Tomando en consideración que la SSA es la cabeza del Sector Salud en el nivel federal, estatal y jurisdiccional, el PAUED 2001 establece que los titulares de los Servicios de Salud de las entidades federativas son los responsables directos de establecer los mecanismos necesarios de coordinación de todas las demás instituciones de salud así como de la CNA y de cualquier otra agencia que esté involucrada en la atención de la salud comunitaria. (Véase figura 5).

Figura 5
¿ Como interviene el Sector Salud en la atención de un Desastre ?



Para formalizar la coordinación interinstitucional los titulares de los SESA convocarán a la integración del Comité Operativo de Vigilancia Sanitaria (COVS) en el cual se aglutinarán las instituciones del Sector Salud y otras dependencias (CNA, SAGAR, etc.) que en un momento determinado pueden intervenir en las acciones. Idealmente la coordinación inter y intrainstitucional debería darse antes, durante y después de la ocurrencia de un evento.

Secretaría de la Defensa Nacional

En el año de 1966 un importante desbordamiento del río Pánuco, provocó grandes daños en los estados de Veracruz y Tamaulipas; la evidente falta de un organismo específico, que acudiera de inmediato al auxilio de los habitantes de las zonas afectadas, originó instrucciones del Gobierno de la República para que la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), procediera a elaborar un plan a fin de garantizar la oportuna asistencia a poblaciones afectadas por siniestros.

En cumplimiento a este mandato y derivado de la planeación estratégico militar se elaboró el Plan DN-III-E, que desde entonces, se ha venido aplicando con éxito.

Asimismo la Secretaría de la Defensa Nacional para dar cumplimiento a las líneas de acción en materia de Protección Civil y Ecología emanadas del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, estableció los siguientes objetivos generales:

- Proteger a las personas, sus bienes y preservar el entorno ecológico como objetivo fundamental de las actividades de Protección Civil
- Crear cultura de Protección Civil en el personal militar para prevenir, evitar y/o minimizarlos efectos destructivos que causan diversos fenómenos en la sociedad.

- Profesionalizar las actividades de Protección Civil en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos para optimizar el uso de los recursos humanos y materiales empleados en la atención de emergencias ocasionadas por desastres naturales o provocadas por el hombre.
- Generar doctrina para la actuación del Ejército y Fuerza Aérea en las actividades de Protección Civil para el empleo oportuno en tiempo y espacio de personal militar en futuras operaciones de auxilio a la población.

Con base en los objetivos citados, se desarrollaron actividades en dos vertientes:

a) *Operativa*. Se creó una sección denominada “Protección Civil” integrada al Estado Mayor de la Secretaría de la Defensa Nacional, con el fin de organizar, planear, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con el Sistema Nacional de Protección Civil y el Plan DN-III-E, así como las actividades tendientes a la conservación del medio ambiente, protección y recuperación de los recursos naturales.

b) *Educativa*. Buscar la profesionalización de los cuadros de mando de todos los niveles, que permita la obtención de los conocimientos y habilidades para determinar el origen, desarrollo de los fenómenos naturales y provocados por el hombre, desarrollar planes de prevención, análisis de riesgo, evaluación de daños, así como, en los tres órdenes de gobierno, llevar a cabo la organización y control de la población en las zonas afectadas.

La Secretaría de la Defensa Nacional ha impulsado el desarrollo de funciones regionales, atendiendo a las características geográficas, división territorial militar, despliegue estratégico y necesidades operativas, mediante la descentralización de actividades relativas al adiestramiento, así como funciones tácticas, logísticas y administrativas, entre los mandos de las 12 Regiones Militares en el país. Este concepto de regionalización ha permitido a esta Secretaría, consolidar sus capacidades militares, operativas, de inteligencia, técnicas y de respuesta inmediata ante emergencias y desastres.

Para su organización, la Secretaría de la Defensa Nacional cuenta con 12 Regiones Militares a cargo de Comandantes de Región Militar, que tienen jurisdicción en varias Entidades Federativas; 44 Zonas Militares a cargo de Comandantes de Zona que normalmente corresponden a una entidad, así como Comandantes de Sectores, que para efectos militares tienen designada áreas de cada estado y que en su conjunto cubren todo el territorio nacional. En caso de una emergencia, desde el primer momento se tiene una primera evaluación sobre las áreas mayormente afectadas.

Al tener información de un fenómeno hidrometeorológico en formación, se trasmite la alerta a los Comandantes de Región y Zona militar que podrían verse afectados, los que proceden a coordinar la aplicación del Plan DN-III-E, con el resto de los integrantes del Sistema de Protección Civil, para hacer frente a la emergencia.

Al producirse un sismo, los mandos afectados intensifican sus reconocimientos aéreos y terrestres para conocer la magnitud de los daños, procediendo a transmitir esa información al Estado Mayor de la Defensa Nacional; simultáneamente se queda atento a los reportes del Servicio Sismológico Nacional y que los medios informativos proporcionan sobre el epicentro y la intensidad, la cual comparten con los mandos territoriales involucrados para que éstos intensifiquen su búsqueda y reportes de información.

a) Mecanismos de Coordinación

Con la información y visión que se logra mediante las tareas descritas, se informa al titular del Poder Ejecutivo, quien dispone los mecanismos de coordinación con las dependencias que tendrán mayor participación en las actividades de auxilio a la población civil, normalmente: la Comisión Nacional del Agua, Comisión Federal de Electricidad, Coordinación del

Sistema Nacional de Protección Civil, Secretaría de Salud y organismos de su sector, Secretaría de Desarrollo Social (básicamente DICONSA), Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la Secretaría de Marina.

a) Acciones Inmediatas

- Se determinan sectores de responsabilidad y dentro de ellos se establecen y operan albergues para proporcionar atención integral, también se crean cocinas comunitarias donde los daños no son mayores, para preparar y repartir alimentos calientes.
- Se operan equipos de búsqueda, rescate y evacuación con personal de Fuerzas Especiales y Binomios Sensores, integrados por perros y entrenadores.
- Se despliegan equipos que proporcionen, mediante patrullaje, seguridad y vigilancia a las propiedades y bienes.
- Se organizan los Centros de Acopio y Puntos de Distribución de agua, víveres, medicamentos y se hacen llegar medios de auxilio a las áreas aisladas.
- Se colabora con elementos de las Secretarías de Salud, Educación Pública, Comunicaciones y Transportes, de Desarrollo Social, Comisión Federal de Electricidad y Comisión Nacional del Agua en la elaboración de padrones y levantamiento de inventario de daños.

La Secretaría de la Defensa Nacional está en capacidad de operar albergues para proporcionar alimentación, alojamiento, atención médica, pláticas sobre higiene, orientación y entretenimiento a las personas que se alojan en los albergues, así como para operar equipos de búsqueda, rescate y evacuación de personas en peligro o aisladas hacia los lugares adecuados. También se integran equipos para seguridad y vigilancia de bienes y propiedades de la población; se proporcionan medios de transporte a efecto de establecer puentes aéreos, principalmente desde la Ciudad de México hacia aeropuertos del área afectada, donde se establecen centros de acopio, desde los cuales se transporta la ayuda necesaria hacia los puntos de distribución que se establecen para apoyar a las áreas afectadas con: agua, víveres, medicamentos, equipo sanitario, equipo de dormitorio, tiendas de campaña y en ocasiones láminas, polines y fajillas para la población. Asimismo se desplaza maquinaria de Ingenieros Militares, vehículos y personal del mismo servicio para efectuar labores de remoción de obstáculos o escombros, limpieza de vialidades o establecimiento de puntos de paso provisionales en las vías de comunicación que se hayan interrumpido.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es un organismo público descentralizado de la administración pública federal que tiene como principal objetivo la protección y el desarrollo integral de las familias mexicanas. Esto lo convierte por mandato en la institución rectora de la asistencia social pública y privada del país.

Esta Institución articula la política asistencial del gobierno y los organismos ciudadanos. Está formado por el Sistema Nacional DIF, cuyas funciones son de carácter rector, normativo y de asesoría; los Sistemas Estatales DIF, con funciones de planeación, operación, apoyo y seguimiento de programas y los Sistemas Municipales DIF, con carácter eminentemente operativo. Sus programas están orientados a tres objetivos principales: proteger el sano desarrollo de los niños y las niñas, promover la integración de la familia y atender a los grupos más vulnerables del país.

Es así como la participación de esta institución en situaciones de emergencia está plenamente justificada por las condiciones de vulnerabilidad y desamparo en que se encuentra la población ante una situación de esta naturaleza.

Uno de los esquemas que se han renovado es el de la actuación del Sistema Nacional DIF en los casos de emergencia provocado por desastres de diversa naturaleza. Tal renovación ha tenido como eje tres puntos básicos:

- a) La especialización del personal que interviene en los citados casos;
- b) El desarrollo de programas emergentes de asistencia social y alimentario y;
- c) La coordinación intrainstitucional del DIF en los tres órdenes de gobierno, así como la coordinación interinstitucional con las instituciones participantes en la atención a la población en condiciones de emergencia.

El Sistema Nacional DIF a través de la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario, Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales, Dirección de Asistencia Jurídica, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social y la Dirección de Modelos de Atención ha colaborado en emergencias o desastres, con actividades como: abasto, acopio y distribución de víveres, administración, control y supervisión de refugios temporales, coordinación del equipo multidisciplinario, levantamiento de censos de población afectada o damnificada, radiocomunicación, traslado de heridos, atención prehospitalaria, actividades recreativas y ocupacionales.

a) Asistencia Jurídica

Se cuenta con abogados que en su momento apoyan las acciones en los albergues-refugios y comunidades para poder definir la situación jurídica de los menores que vivieron la pena de perder a sus padres, así como de menores y ancianos que se encuentran abandonados y cuanto antes establecer la custodia y la tutela jurídica para protegerlos, además de brindarles asesoría para la recuperación de documentos personales oficiales perdidos durante la emergencia. (custodia, patria potestad, detección de violencia familiar, adopción, prevención y corrección del maltrato al menor, etc.).

b) Asistencia Social Alimentaria

Los Sistemas Estatales DIF cuentan en el total de municipios con programas alimentarios que apoyan con comida caliente y fría a la población más necesitada; también en situaciones de emergencia estos programas son dirigidos a la población damnificada a saber:

- Programa de Asistencia Social Alimentaria a Familia (PASAF)
- Programa de cocinas populares y unidades de servicios integrales (COPUSI)
- Programa de Raciones Alimenticias (PRA), este ultimo en dos vertientes, desayunos escolares y desayunos comunitarios;

Asimismo, posterior al impacto, se elabora un nuevo censo de población vulnerable y se integra a la comunidad una cocina comunitaria a fin de fortalecer a la misma con los programas alimentarios con cuatro estrategias operativas.

- 1.- Ayuda alimentaria directa,
- 2.- Orientación alimentaria,
- 3.- Fomento a la producción de alimentos de autoconsumo y,
- 4.- Vigilancia nutricional.

c) Atención psicológica a población afectada por desastres

Durante el terremoto del 19 y 20 de septiembre de 1985, el Sistema Nacional DIF desarrolló acciones de atención psicológica, atendiendo principalmente a las familias que se encontraban en los refugios temporales, implementando para ello un programa sobre “Minimización de Daños a la Salud Mental” a cargo del personal interdisciplinario (psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc), que laboraba en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME) DIF. Con los antecedentes de esta emergencia, durante 1997 el INSAME-DIF participó con un programa de atención psicológica a población cautiva en los refugios temporales y en las comunidades afectadas durante el desastre que provocó el Huracán “Paulina” en Acapulco, Guerrero.

El objetivo general de este programa es el de coadyuvar en la atención psicológica a la población vulnerable afectada por contingencias naturales ubicada en los refugios temporales a través de acciones coordinadas con los Sistemas Estatales y Municipales DIF, previamente sensibilizados, concientizados y/o capacitados que cuenten con elementos básicos para proporcionar primeros auxilios emocionales e intervención en crisis a población afectada por desastres.

Una de las partes importantes del programa es la capacitación, especialmente al personal de los Sistemas Estatales y Municipales DIF a fin de que una vez que se retire el personal del DIF Nacional, ellos se hagan cargo de las acciones en el ámbito local; de esta manera se capacita a personal de los SEDIF y SMDIF de las áreas de salud, brigadistas, voluntarios, etc., teniendo como objetivo que conozcan las fases de un desastre y los procesos psicológicos internos que presentan las víctimas, así como las modalidades de intervención para atender a la población damnificada. En 1997 se diseñó un Manual de Capacitación para promotores de salud y brigadistas, enfocado a la intervención en situaciones de desastre a través de apoyo emocional y psicológico.

El programa ha definido líneas de acción para las fases preventiva, de auxilio durante el evento y de recuperación a través de técnicas de intervención en crisis para atender a la población por grupos de edad. Con los menores de edad, se utilizan técnicas de juego, dibujo libre y estructurado, haciendo la interpretación de los dibujos y orientando a las madres y familiares para apoyar a sus hijos en todo este proceso. Una parte importante es la formación de grupos de personal operativo para dar contención emocional a la población.

En 1999, el Sistema Nacional DIF, a través de la Dirección de Modelos de Atención participó en las inundaciones de Tabasco, Veracruz y el sismo de Oaxaca, implementando talleres “Estrategias de atención psicológica y organización social, para poblaciones afectadas por desastres y accidentes”, a través de técnicas grupales que facilitaron la sensibilización de las personas ante las contingencias y se realizó la exposición sobre modalidades de intervención emocional y atención social

Las actividades durante estos eventos y otras experiencias anteriores han permitido al DIF Nacional, establecer un equipo multidisciplinario especializado en la atención a la población afectada y damnificada por situaciones de emergencia y desastres.

El personal DIF es reconocido por la sociedad civil como una institución sensible a sus necesidades y reconocida por otras instituciones por su experiencia en el auxilio a los damnificados con verdadero espíritu de servicio, motivo por el cual se le ha solicitado se encargue del acopio de insumos donados por la población civil para ser entregada a la población afectada por el desastre.

El Sistema Nacional DIF cuenta con unidades de atención prehospitalaria y brigadistas con amplia experiencia y formación específica en protección civil, que forman parte de la Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales; personal de

la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario con gran experiencia en la instalación, operación y administración de los refugios temporales, atención especializada a la población afectada en las comunidades o damnificada en los refugios, detección de necesidades específicas de atención de la población, realización de técnicas de integración, organización, ocupacionales, entre otras, elaboración de censos y canalización a los servicios especializados de la población objetivo; de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, mismos que detectan, atienden y canalizan a la población a los distintos centros de atención especializada del DIF Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), Centros de Rehabilitación Integral (CRI), Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR); Asilos, Casas Hogar, Casa Cuna, así como a otras instituciones hospitalarias especializadas; de la Dirección de Programación Organización y Presupuesto que permiten canalizar los recursos necesarios para atender la emergencia; el personal de la Dirección de Asistencia Jurídica con una función importante de auxilio a la población con gestiones del ámbito como ratificación de actas de estado civil de los damnificados, custodia de menores, patria potestad, divorcios necesarios, detección de huérfanos, como resultado del desastre, asimismo la población pierde documentos importantes como escrituras, actas de nacimiento, matrimonio, etcétera, por lo cual el área jurídica auxilia a la población en la realización de trámites para la reposición de dichos documentos.

Instituto Mexicano del Seguro Social

La Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte. La protección se extiende no sólo a la salud, prerequisite indispensable de toda actividad, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide, en forma temporal o permanente, que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva. Un conjunto de servicios sociales de beneficio colectivo complementa las prestaciones fundamentales y se orienta a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización del tiempo libre. La Ley del Seguro Social expresa así todo lo anterior: la seguridad social tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. La misión implica una decidida toma de postura en favor de la clase trabajadora y sus familiares; misión tutelar que va mucho más allá de la simple asistencia pública y tiende a hacer realidad cotidiana el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del Estado hacia sus miembros más vulnerables. Simultáneamente, por la misma índole de su encargo, el Instituto actúa como uno de los mecanismos más eficaces para redistribuir la riqueza social y contribuye así a la consecución de la justicia social en el país. Entre otras funciones, la labor institucional ayuda a amortiguar presiones sociales y políticas. Los trabajadores mexicanos consideran al IMSS como una de las conquistas definitivas después de muchos años de luchas sociales y como un patrimonio al que no están dispuestos a renunciar (Véase cuadro 6).

Cuadro 6

IMSS

No.	DELEGACION	PSIQUIATRIA	PSICOLOGOS CLINICOS	ENFERMERIA ESPECIALISTA PSICOLOGIA	TRABAJADORA SOCIAL PSICOLOGIA	ASISTENTES SALUD MENTAL	PSICOMETRAS	EDUCADORA HIGIENE MENTAL	RESIDENTES	SUBTOTAL
1	AGUASCALIENTES	2	1							3
2	B CALIFORNIA	5	6							11
3	B CALIFORNIA SUR	1	1							2
4	CAMPECHE	1								1
5	COAHUILA	6	9							15
6	COLIMA	1	1							2
7	CHIAPAS	2	4							6
8	CHIHUAHUA	5	5							10
9	DURANGO	1								1
10	GUANAJUATO	5	2							7
11	GUERRERO	2								2
12	HIDALGO	1	1							2
13	JALISCO	21	20		5					46
14	EDO. MEXICO	11	12							23
15	MICHOACAN	3	2							5
16	MORELOS	3	5							8
17	NAYARIT	2	1							3
18	NUEVO LEON	24	53					1		78
19	OAXACA	2	1							3
20	PUEBLA	4	8							12
21	QUERETARO	2	3							5
22	QUINTANA ROO	3	2							5
23	SAN LUIS POTOSI	4	2							6
24	SINALOA	3								3
25	SONORA	7	3							10
26	TABASCO	1	1							2
27	TAMAULIPAS	6	3							9
28	TLAXCALA	2	3							5
29	VERACRUZ	11	7							18
30	YUCATAN	5	2							7
31	ZACATECAS	1	1							2
32	DISTRITO FEDERAL	120	94	13		5	2		11	245
GRAN TOTAL		267	253	13	5	5	2	1	11	557

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

En 1990 el ISSSTE, a consecuencia del terremoto de la Ciudad de México de 1985 se ve en la necesidad de establecer oficialmente su programa de Protección Civil conforme al artículo 50º, fracción primera de la Ley General del ISSSTE cuyo comité ejecutivo preside la Dirección General así como las 35 delegaciones en la República Mexicana. Siguiendo en esta línea en 1994 se aprueba el manual de procedimientos de Protección Civil como documento rector, en 1997 se elabora el Plan Institucional para casos de desastre y emergencia así como su manual operativo a cargo de la Coordinación General de Atención al Derechohabiente con el objetivo de normar las acciones e intervenciones para prevenir y/o atenuar el impacto que pueda causar un desastre en la derechohabiencia y sus bienes. Este Plan se fundamenta en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el SINAPROC. Recientemente se delegó la responsabilidad a la Coordinación General para que, a través de las Delegaciones Estatales, se implanten los Consejos Estatales de Protección Civil, así como el convenio con SEDENA y Protección Civil.

Algunos de los eventos en los que ha participado son:

Explosión por Gas en San Juan Ixhuatepec	1984
Sismos en la Cd. De México	1985-1996
Huracán Gilberto en Quintana Roo y Nuevo León	1988
Explosión de Sistema de Drenaje en Jalisco	1992
Huracán Paulina	1997
Huracán Mitch	1998
Erupción del Volcán Popocatepetl	2000

Las acciones desarrolladas en la institución en términos de atención psicológica en desastres durante los operativos mencionados, consistieron principalmente en: psicoterapia breve y de emergencia de tipo individual, grupos de apoyo psicológico, psicoterapia grupal de contención, psicoterapia lúdica para niños enfocada a la detección de trastornos, todas

éstas fueron acciones dirigidas a la población derechohabiente. Para el personal médico y paramédico se brindó psicoterapia didáctica y de apoyo y para el personal del área administrativa se brindó psicoterapia para la administración del tiempo y la organización. También se ofreció tratamiento psiquiátrico farmacológico a la población derechohabiente que lo requirió.

Asimismo se capacitó a los grupos de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad en el Trabajo, integradas por médicos y paramédicos sobre Primeros Auxilios Psicológicos, Psicoterapia Breve y de Emergencia e Intervención en Crisis.

Con esta experiencia el ISSSTE ha desarrollado una Plan Hospitalario para la Atención de Desastres a través de una guía para organizar y brindar atención no sólo a los pacientes hospitalizados, sino además a los que lo requieran durante las etapas de la emergencia, haciendo un uso óptimo de los recursos existentes y salvaguardando en lo posible el patrimonio institucional. En esta guía están contenidos los lineamientos a seguir en caso de desastre, y las acciones que debe desarrollar el personal en las etapas antes, durante y después de un desastre en cada uno de los servicios del hospital.

Cruz Roja Mexicana

La Cruz Roja Mexicana, hasta antes de los temblores de 1985, sólo había contemplado los daños físicos de los damnificados proporcionándoles las mejores condiciones posibles para sobrevivir después de las catástrofes, pero al estar en contacto directo con la gente afectada, escuchar sus quejas y lamentos debido a sus distintas pérdidas - materiales y humanas, partes de su cuerpo, etc.- el personal se percató de otro tipo de necesidades: las referidas a la atención integral dirigida al individuo con la finalidad de aliviar su sufrimiento. Esto es la atención psicológica.

En la práctica tal aspecto era abordado por las enfermeras, quienes están en contacto directo con los pacientes. Ya entonces se planteó la necesidad de que médicos y enfermeras consideren el aspecto psicológico que había dejado huella en los individuos. Sin embargo, no había psicólogos que se encargaran formalmente de este aspecto, por lo cual aún faltaba desarrollar esta área.

Ante estas condiciones se crea APSIDE (Atención Psicológica en Desastres), programa que se desarrolla dentro del Comité Nacional de Socorros para Casos de Desastre de la Cruz Roja. De esta manera, en enero de 1995, se presenta ante Cruz Roja Mexicana el Proyecto de Atención Psicológica para Casos de Desastre, mismo que se dirige tanto al personal de Cruz Roja Mexicana, como a la población civil que podría ser afectada por un desastre en el futuro, brindando apoyo psicológico individual y grupal, así como aspectos de prevención y educación popular. Con esto, en la Serie 3000 - Normatividad de Cruz Roja Mexicana para casos de desastre - por primera vez se incluye el aspecto psicológico de los desastres.

Con el propósito de brindar una respuesta óptima, APSIDE se ha enfocado a la apertura de Programas Estatales y a colaborar con otras sedes nacionales en la implementación del programa. Actualmente tiene sedes en el Distrito Federal, Veracruz, Colima, Morelos, Nuevo León, Guanajuato y Jalisco, a nivel nacional y en Honduras y Venezuela, en el ámbito internacional, contando con el aval de diversas universidades, como son la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad del Golfo de México, las Universidades Autónomas de Colima, Nuevo León, Morelos, Jalisco, así como la Universidad Latina de México y la Universidad Nacional Autónoma de Venezuela.

APSIDE tiene una amplia experiencia en capacitación, intervención e investigación a través de la cual desarrolla los siguientes servicios:

a) Capacitación

Cursos, talleres y conferencias y entrenamiento sobre: primeros auxilios psicológicos; preparación psicológica para grupos de Protección Civil; cómo ofrecer la primera ayuda psicológica; simulacros y simulaciones: preparación psicoemocional; respuesta psicoemocional a las emergencias; manejo e inoculación del estrés; control psicocorporal en emergencias y estrategias de relajación controladas.

Los psicólogos del programa adquieren un alto grado de especialización a través de capacitación con valor curricular de Diplomados sobre: manejo de grupos en crisis emocional, intervención en crisis y terapia breve, terapia psicocorporal y mitigación de desastres, intervención en emergencias y desastres, manejo de estrés postraumático, terapia breve y de emergencia, intervención en crisis, control de estrés por emergencias; manejo de grupos en crisis emocional.

b) Investigación

APSIDE ha realizado diversas investigaciones que le han permitido la mejora continua de las técnicas y estrategias de intervención utilizadas.

Actualmente se están llevando al cabo las siguientes:

- El dibujo expresivo infantil en situaciones de desastre.
- Modelo de intervención en crisis para emergencias y desastres.
- Perfil del psicólogo en desastres.

c) Principales desastres atendidos por APSIDE:

1995 y 1996 Diálogos de pacificación en Chiapas

1995 Terremoto en Jalisco y Colima

1996 Incendio en San Juan Ixhuatepec

1997 Huracán Pauline en Oaxaca y Guerrero

1997 Inundaciones en Chiapas

1997 Huracán Mitch en Honduras

1999 Erupción del Volcán de Colima

1999 Programa de mitigación en la Casa de Cultura Atzacapotzalco

1999 Explosiones en Celaya

1999 Depresión Tropical número 11

2000 Accidente aéreo Reynosa

2000 Inundaciones en Venezuela

2000- 2001 Programas de Mitigación en: Volcán Popocatepetl, Volcán de Colima y Xochimilco.

2001 el Operativo por los Sismos en Coyuca de Benítez, Gro.

De 1995 al 2001 APSIDE ha atendido 28, 594 personas, entre víctimas y rescatistas.

Organización Panamericana de la Salud

En 1976 la Organización Panamericana de la Salud creó el Programa de Preparativos para Desastres y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres. Daba así respuesta a la solicitud planteada por los Países Miembros de crear una unidad técnica para ayudar al sector salud a reforzar las actividades de preparativos, respuesta y mitigación para desastres. Desde esa fecha, su objetivo principal ha sido

apoyar a los ministerios de salud de la región en la creación y el fortalecimiento permanente de los Programas Nacionales del Sector Salud para la Reducción de Desastres.

En tres áreas se ha canalizado este apoyo: preparativos para desastres, mitigación de desastres y apoyo en la respuesta posdesastre.

El Programa cuenta además con una serie de proyectos técnicos especiales: Mitigación de desastres en hospitales y sistemas de agua potable, Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios, el uso de Internet para desastres y emergencias, y el Centro Regional de Información sobre Desastres.

Marco Jurídico

Nuestro país cuenta con un marco jurídico referente a los desastres en general, sin embargo, hasta el momento no se ha incorporado a éste la atención psicológica en casos de desastre. Para el presente programa, se presenta un marco jurídico convergente entre la legislación de Salud y la Legislación en materia de Protección Civil, lo cual no sólo represente un reto en materia normativa, sino además plantee un enfoque de aplicación de la legislación en forma interinstitucional, concertada y corresponsable.

Ley General de Protección Civil

En el Diario Oficial de la Federación del 12 de mayo de 2000, se publicó la Ley General de Protección Civil, en donde se destaca:

“Para los efectos de esta ley se entiende por servicios de salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general; dirigidos a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”.

“Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, regionalización y escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura”.

De acuerdo con esta disposición, intervienen dependencias y entidades del sector Público entre sí, y de acuerdo con el Artículo 27, Fracción XXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es atribución de la Secretaría de Gobernación, coordinar las políticas y programas de protección civil.

El objetivo del Sistema Nacional de Protección Civil, es el de proteger a la persona y a la sociedad ante la eventualidad de un desastre, provocado por agentes naturales o humanos, a través de acciones que reduzcan o eliminen la pérdida de vidas, la afectación de la planta productiva, la destrucción de bienes materiales y el daño a la naturaleza, así como la interrupción de las funciones esenciales de la sociedad.

Este objetivo es coincidente y por tanto compartido por otras dependencias de la Administración Pública Federal, como el caso de la Secretaría de Salud, que de conformidad con el Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en su Fracción VI, le corresponde planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Dentro de la Secretaría de Gobernación, son tres las dependencias las que tienen competencia en esta materia:

1. Coordinación General de Protección Civil.

Representa a la Secretaría de Gobernación en materia de Protección Civil; coordina acciones; fomenta en la sociedad una cultura de protección civil; impulsa el establecimiento de un marco legal; promueve estudios e investigaciones relativas a agentes perturbadores; autoriza la aplicación de recursos para atención de emergencias y desastres y suscribe convenios en la materia.

2. Dirección General de Protección Civil

Lleva a cabo funciones ejecutivas y normativas, consistentes en consolidar, normar y coordinar las estructuras y mecanismos necesarios para operar el Sistema Nacional, incorporando la participación de todos los sectores de la sociedad a través de acciones y programas de protección civil. Integra, coordina y supervisa el Sistema Nacional mediante una adecuada planeación; propone políticas y estrategias de operación para el desarrollo de programas específicos de protección civil; participa en procesos y mecanismos que conduzcan a la coordinación y concertación de acciones, así como proponer mecanismos para diagnosticar riesgos previsibles. Entre sus funciones más importantes están el monitoreo del volcán Popocatepetl y la instrumentación de un plan de emergencia, así como la elaboración e implementación del Plan de Emergencia Radiológica Externo, para la Central Nucleoeléctrica de Laguna Verde.

3. Centro Nacional de Prevención de Desastres

Es un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Gobernación, cuya misión consiste en estudiar, desarrollar, aplicar y coordinar tecnologías para la prevención y mitigación de desastres; promueve la capacitación profesional y técnica sobre la materia; apoya la difusión de medidas de preparación y autoprotección a la población ante la contingencia de un desastre; lleva a cabo funciones de investigación, capacitación, de apoyo y colaboración con otros países en protección civil; difunde trabajos de investigación, asesoría e instituciones integrantes del Sistema Nacional de Protección Civil en aspectos técnicos de la prevención de desastres, así como apoyo a los Consejos Estatales de protección Civil para la elaboración de sus programas de prevención de desastres.

Como apoyo a los anteriores, mediante el diseño y puesta en marcha de estrategias de investigación, capacitación y difusión el Gobierno de la República creó mediante decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 6 de mayo de 1986, el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED).

Este decreto estableció que "Una de las proposiciones más importantes y, simultáneamente la Base del Sistema Nacional de Protección Civil, es la conformación de una organización Federal, Estatal y Municipal de Protección Civil y de tres instrumentos principales: el programa, los consejos y los cuerpos voluntarios que tendrán también su expresión en los tres niveles".

Por cuanto hace a la necesidad de un programa en la materia, el decreto que aprobó las bases se constituyó en el elemento de arranque en ese aspecto, toda vez que contenía un modelo del mismo.

En el capitulado del Decreto se definieron las interrelaciones del Sistema Nacional de Protección Civil, con el proceso de planeación democrática y con el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, dedicando un capítulo íntegro al Programa de Protección Civil.

Adicionalmente, y en congruencia con lo que estatuye aquel instrumento jurídico, el Gobierno de la República creó, mediante el decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 11 de mayo de 1990, el Consejo Nacional de Protección Civil con facultades genéricas de fungir como órgano de consulta y de coordinación de acciones del Gobierno Federal para integrar, coordinar, concertar e inducir las actividades de los sectores público, privado, social, académico y voluntario, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Protección Civil.

Bases Legales del Plan DN III E de la Secretaría de la Defensa Nacional

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su Art. 29/o., Fracción IV establece que la Secretaría de la Defensa Nacional corresponde el despacho de los siguientes asuntos: planear, dirigir y manejar la movilización del país en caso de guerra; formular y ejecutar en su caso, los planes y órdenes necesarias para la defensa del país; dirigir y asesorar la defensa civil. A través de la Ley General de Población, Art. 3/o fracción XIII, del 11 de Diciembre de 1973, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de enero de 1974, en donde se establece como responsabilidad de la Secretaria de Gobernación: coordinar las actividades de las dependencias del sector público, federal, estatal y municipal, así como la de los organismos privados para el auxilio a la población en las áreas en que se prevea o ocurra un desastre.

Centros Sectoriales de Operaciones

Son los organismos temporales encargados de transmitir las decisiones del Centro Nacional de Operaciones hacia sus propios elementos operativos, así como transmitir las necesidades de apoyo de éstos entre el mencionado Centro.

Organización: disposiciones generales

El Hospital Central Militar como parte del Servicio de Sanidad, apoya los ordenamientos del Alto Mando y está listo para destacar a parte de su personal (Plan DN-III-E) fracción V, Inciso B, Subinciso.

Direcciones Generales de Sanidad

Mantendrá un equipo médico en situación de emergencia (localizable), en las instalaciones del Hospital Central Militar y Hospitales Regionales, a fin de estar en condiciones de salir al área de Desastre para coadyuvar en las tareas de asistencia médico- hospitalarias.

Este personal deberá estar permanentemente preparado para proporcionar atención médica de urgencia y/o de primer nivel en cualquier sitio de la República o del extranjero en que se necesite, y en cumplimiento a las órdenes giradas por la superioridad.

Para dar cumplimiento a las misiones que se asignen, el Hospital Central Militar dispondrá de 20 grupos de Emergencia estableciendo diariamente uno de guardia y otro de imaginaria.

Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos

En su artículo 1º.- fracciones I, III y IV, vigentes a partir del 22 de diciembre de 1986, **entre sus misiones generales, establece:**

I. Garantizar la seguridad interior.

III. Auxiliar a la población civil en casos de necesidades públicas.

IV. En casos de desastre, prestar ayuda para el mantenimiento del orden, auxilio de las personas y sus bienes y la reconstrucción de las zonas afectadas.

Ley Orgánica de la Armada de México

En su fracción séptima vigente a partir del 22 de diciembre de 1984, **establece entre las funciones de la Armada: Auxiliar a la Protección Civil en zonas de desastre o emergencia,** actuando con ayuda del Ejército y Fuerza Aérea, conforme al Plan Nacional de Auxilio.

Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su Artículo 4º el derecho de toda persona a la protección de la salud; a su vez, la Ley General de Salud, en tanto Ley reglamentaria del Artículo Constitucional citado, en sus Artículos 167, 168, y 169 estipula, que para fomentar el desarrollo de los programas de asistencia social, la Secretaría de Salud, a través de un organismo especializado (Art. 172 de la Ley General de Salud) y en coordinación con dependencias federales y las entidades federativas, promoverá la canalización de los apoyos necesarios para la ampliación de los beneficios de su actividad y las que establezcan las disposiciones legales aplicables.

La Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, (derivada de la Ley General de Salud), promulgada el 9 de enero de 1986, estipula en el Capítulo Primero, Artículos 3º y 4º Fracción XII, 5º, 6º, 7º y 8º, que la prestación de los servicios de asistencia social que menciona la Ley General de Salud son responsabilidad de las dependencias del Ejecutivo Federal y de los sectores social y privado que forman parte del Sistema Nacional de Salud, así como de las instancias que prestan servicios de salud y asistencia social, se regirán por los ordenamientos específicos que les son aplicables y supletoriamente por la presente Ley.

En el Capítulo Segundo de **la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social,** en sus Artículos 13º, 14º y 15º Fracción XVII, **se establecen las funciones del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (denominado como “el organismo” en la Ley General de Salud), así como la interrelación sistemática de acciones que en materia de asistencia social y auxilio en casos de desastre lleven a cabo las instituciones públicas.**

Por otra parte en los Artículos 16º y 17º de la citada Ley, se señala que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, sin perjuicio de las atribuciones que en auxilio de los damnificados lleven al cabo otras dependencias y entidades, en el ámbito de su competencia; asimismo en la prestación de servicios de las acciones que realizará, actuará en coordinación con las dependencias federales y locales según la competencia que a éstas otorgan las Leyes.

Es pertinente mencionar que para el Sistema Nacional DIF resulta prioritario el coadyuvar a elevar el nivel de vida de los grupos marginados y de los damnificados en casos de desastre, procurándoles los mínimos de bienestar social a través de la prestación de servicios de asistencia social en dos grandes campos de acción; por una parte, la protección de los individuos y grupos más débiles de la sociedad y, por la otra, la realización de labores de fomento de la integración familiar y comunitaria.

Por lo anterior, y con base en el Capítulo Tercero de la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, referente a la coordinación y concertación, los Artículos 3°, 37° y 38° establecen que con el propósito de asegurar la adecuada coordinación de acciones la Secretaría de Salud, a través del organismo, en el marco de los Convenios Únicos de Desarrollo, podrá pactar con los gobiernos Federal, Entidades Federativas y a través de éstos con los municipios, las acciones que tengan por objeto promover e impulsar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social.

Asimismo, y en cumplimiento de los postulados señalados en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Programas Institucionales en Operación, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, establece nuevos y diversos instrumentos de acción específica para el fortalecimiento de los esquemas de asistencia social a la población afectada en casos de desastres.

La Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social en su Artículo 4°, Inciso 12 establece como sujeto de recepción de servicios de asistencia social a “personas afectadas por desastres”; en su Artículo 16° indica: en caso de desastre, como inundaciones, terremotos, derrumbes, explosiones, y otros de naturaleza similar por los que se causen daños a la población, el “organismo” DIF sin perjuicio de las atribuciones que en auxilio a damnificados lleven al cabo otras dependencias y entidades, promoverán la atención y coordinación de las acciones de los distintos sectores sociales que actúen en beneficio de aquellos, en el ámbito de su competencia.

El Sistema DIF en situaciones de emergencia encuentra referida su competencia en el Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil como corresponsable en el Subprograma de Auxilio, con los niveles de participación y funciones que son:

- **Planes de Emergencia:** adecuando sus planes específicos de auxilio a partir de la evaluación de daños, determinando necesidades, así como cuantificando recursos disponibles y faltantes de acuerdo a la situación que prevalece;
- **Búsqueda, Salvamento y Asistencia:** donde apoya la instalación, coordina y opera los albergues y refugios para atender a los damnificados;
- **Salud:** proporciona asistencia-médico hospitalaria a la población afectada por el impacto de la calamidad, utilizando los recursos humanos, equipos, materiales médicos e infraestructura con que cuenta, y;
- **Aprovisionamiento:** apoya a las funciones de acopio y distribución de los elementos de subsistencia a la población afectada por el siniestro.

Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF):

Artículo 2°; el Organismo para el logro de sus objetivos tendrá las siguientes atribuciones;

Párrafo XVIII: Participar, en el ámbito de la competencia del Organismo, en la atención y coordinación de las acciones que realicen los diferentes sectores sociales en beneficio de la población afectada por casos de desastre.

Artículo 19; Corresponderán al Subdirector General de Atención a Población Vulnerable, las siguientes facultades;

Párrafo VIII: Coordinar la participación del organismo en los programas y acciones a personas en condiciones de emergencia afectadas por casos de desastre.

Artículo 30; Corresponde al Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario, las siguientes facultades; Párrafo XII: Coordinar con los diferentes sectores, en el ámbito de la Asistencia Social, acciones de atención y ayuda a personas en condiciones de emergencia derivadas de casos de desastres.

Marco Jurídico de la Cruz Roja Mexicana

Mediante Decreto Presidencial del 21 de febrero de 1910, se establece el marco jurídico de la Cruz Roja Mexicana, a través de los siguientes artículos:

Artículo Primero.- Queda reconocida como institución de utilidad pública la Sociedad Institucional “La Cruz Roja Mexicana” y se autoriza a sus miembros para organizar los servicios que deba prestar el Ejército en tiempo de campaña, en la forma y con las atribuciones siguientes que se detallan en este decreto.

Artículo Segundo, sección VI. Prestar su concurso para el servicio de evacuación, proporcionando a las ambulancias, carruajes y literas para el transporte y sustituir en parte, a las escoltas sanitarias de los convoyes y preparar las estaciones evacuación y las intermedias que hayan sido designadas, alimentos y socorros médicos para los heridos y enfermos.

Convenio de 1950 entre Cruz Roja Mexicana y la Secretaría de la Defensa Nacional

Norma VIII.

En caso de catástrofe o emergencias en las cuales la Secretaría de la Defensa Nacional participe en cualquier forma, la Asociación Mexicana de la Cruz Roja podrá ser llamada por aquélla o actuará de su motu proprio, para que en ambos casos solicite las instrucciones del Jefe Militar encomendado del servicio.

Norma IX.- La Secretaría de la Defensa Nacional y todas las dependencias en el país ayudarán y darán su apoyo, dentro de su posibilidad a la Asociación Mexicana de la Cruz Roja en el desempeño de sus servicios de emergencia.

Norma XI.- La Asociación Mexicana de la Cruz Roja dentro de sus posibilidades económicas, de personal y equipo, para el Ejército, dará los siguientes servicios técnicos.

- i. Médicos Sociales en los Hospitales y Enfermería que lo soliciten.
- ii. De Asistencia Médico quirúrgica de Emergencia al personal militar en los lugares en los que no haya formación sanitaria militar respectiva.
- iii. De auxilio o emergencia, en todos los demás casos en los que el ejército los requiera o solicite
- iv. De asistencia médico quirúrgica de esfuerzo para las formaciones sanitarias militares que lo requieran de urgencia y lo soliciten.

Marco Jurídico del Instituto Mexicano del Seguro Social

1 Ley del Seguro Social, Título Primero.- Disposiciones Generales Capítulo Unico, Art. 2do. La seguridad social tiene como finalidad, entre otras, garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

- 2 El artículo 4º de la Ley del Seguro Social, menciona que tiene a su cargo la seguridad social, establecida como un servicio público de carácter nacional.
- 3 Conforme a lo establecido por el artículo 5º del preinvocado ordenamiento, su naturaleza jurídica es de un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

El artículo 251 fracciones IV y XX, de la propia ley, entre las facultades y atribuciones del Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentran las de realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como aquellos que fueren necesarios para la administración de las finanzas institucionales, la de establecer coordinación con las dependencias y entidades de las administraciones públicas, federal, estatales y municipales, para el cumplimiento de sus objetivos.

Capítulo VI

Los retos

La atención a la salud mental, como parte de los esfuerzos del gobierno para propiciar el bienestar de la población y su participación activa en los procesos de la vida nacional, constituye un reto que requiere ser replanteado a partir de las nuevas condiciones del país. El problema de la salud mental no ha recibido la atención que merece como problema de salud pública y los retos que plantea el Estado Mexicano en materia de salud, obligan a tener un enfoque más amplio e integral que no sólo se limite a los aspectos técnicos de la atención psicológica en situaciones de desastres, sino que contemple todos los aspectos relacionados como son: la prevención, la atención y el seguimiento de las víctimas afectadas. Por esta razón en este programa los trastornos psicológicos provocados por un desastre, se abordan no solamente desde su perspectiva clínica, sino también desde la perspectiva social e impacto económico, a fin de integrar una estrategia del Estado que aborde el problema desde su verdadera dimensión.

El Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre toma como base la misión propuesta por el Consejo Nacional contra las Adicciones, a través del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, en congruencia con los planteamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y del Programa Nacional de Salud, que es:

“Promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, prevención y tratamiento, para la atención de los problemas de salud mental y el control de las adicciones, a fin de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social”.

En México, como en otros países en vías de desarrollo, los desastres tienen mayores consecuencias negativas que en aquellos donde existe una cultura de prevención y programas específicos por parte del Estado, en coordinación con organismos no gubernamentales y la sociedad en general, a fin de responder de manera organizada y eficiente.

Además de la situación de desventaja de los grupos en riesgo (asentamientos irregulares, zonas sísmicas, etcétera), la población en su conjunto carece de información acerca de lo que debe hacer antes, durante y después de un desastre. Esta situación trasciende más allá de las pérdidas materiales, impactando en los niveles personal, laboral, familiar y social. Para dar respuesta a estos planteamientos, los retos de este programa se han estructurado de manera coordinada y congruente con los del Programa de Acción en Salud Mental, en donde la equidad, la calidad y la protección financiera son los parámetros que regularán todas las acciones propuestas.

Retos de Equidad

Como se ha señalado a lo largo de este programa, uno de los grupos que están en mayor riesgo es el de aquellos que cuentan con menores recursos económicos. Atendiendo a esta necesidad, el reto de la equidad está dirigido a lograr un cambio en las desigualdades sociales en cuanto al acceso a la información sobre qué hacer frente a un desastre, la atención psicológica y seguimiento de casos a través de modelos comunitarios, por lo que los retos en materia de equidad son el implantar la atención psicológica como parte de las acciones ante un desastre, la atención a grupos vulnerables, la equidad en los servicios y la corresponsabilidad entre el gobierno y la ciudadanía.

La atención a grupos vulnerables es una preocupación para las autoridades, ya que repercute directamente en el crecimiento del país y se trata de un problema ancestral con fuertes raíces culturales que no ha sido suficientemente atendido y al cual se debe dar especial énfasis. Para esto es importante favorecer la participación social y comunitaria con campañas e iniciativas dirigidas a las poblaciones vulnerables.

Es necesario revisar la participación de la población y la responsabilidad que tiene en cuanto al cuidado, preservación y atención de su salud mental. Esto obliga a dejar atrás la idea de un gobierno paternalista para lograr un modelo que busca la participación de los ciudadanos y la corresponsabilidad para alcanzar satisfacción en las metas de salud mental. El establecimiento de políticas públicas saludables debe contemplar, entre otras, actividades de comunicación social, buscando modificar patrones de comportamiento hacia estilos de vida saludable, así como reorientar los servicios de salud y otros servicios sociales. El propósito de la comunicación es divulgar conocimientos, forjar actitudes e inducir prácticas que fomenten en la población el desarrollo de actividades colectivas y personales, para que adopten conductas saludables ante la presencia de un desastre.

Retos de Calidad

Los retos de calidad comprenden la calidad técnica que está dirigida a mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, y la calidad interpersonal para garantizar un trato adecuado. El programa de Acción en Salud Mental señala los retos que deben seguirse en esta materia.

El reto de calidad tiene dos aspectos fundamentales, el técnico y el interpersonal. El primero se refiere al desempeño homogéneo y se encamina a mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, a través del desarrollo y aplicación de criterios de calidad en la forma de procedimientos y normas, educación y capacitación técnica del personal, dotación de instrumentos e infraestructura aplicables en todo el país para la atención psicológica en casos de desastre, a fin de garantizar un nivel homogéneo en la calidad de los servicios.

El reto de la calidad interpersonal tiene que ver con el trato inadecuado y va encaminado a garantizar un trato correcto, mediante el desarrollo y aplicación de programas de capacitación sobre relaciones interpersonales y sensibilización acerca de la relación con víctimas de desastres, primeros auxilios psicológicos y tratamiento en casos de estrés agudo y estrés postraumático. Incluye también programas de certificación de profesionales de programas de evaluación del desempeño y aplicación de normas, así como llevar un seguimiento adecuado de quejas y recomendaciones sobre la calidad del servicio, para dar respuestas inmediatas.

La calidad abarca la actualización, adecuación y supervisión de la normatividad vigente, por lo que es necesario revisar, proponer y actualizar, si fuera el caso, la legislación, tanto en materia de coordinación interinstitucional como en otros ámbitos de carácter económico, educativo y social; esto implica el análisis y emisión de normas relacionadas con la atención a víctimas, educación y capacitación de brigadistas y demás profesionales que intervengan en el desastre. En particular es pertinente revisar y elaborar, cuando el caso lo amerite, la normatividad existente, tomando en cuenta las políticas internacionales que sean viables de ser utilizadas en nuestro país.

Para la actualización, cumplimiento y difusión de los ordenamientos actuales será necesario crear instrumentos de control y evaluación que garanticen la aplicación de la reglamentación, lo cuál permitirá supervisar la aplicación de los convenios interinstitucionales y su efectividad, evaluando a su vez la satisfacción de los usuarios de los servicios, sirviendo como un elemento de realimentación continua para mejorar o corregir acciones inadecuadas.

La coordinación interinstitucional será un elemento indispensable para el cumplimiento de las metas de este programa, para su desarrollo y aplicación a nivel nacional se requiere de una amplia coordinación entre los diferentes niveles técnico, administrativo y con otras instituciones, cuyos programas atienden situaciones de desastre.

Retos de Protección Financiera

El reto de protección financiera es, quizá, el más difícil de abordar, pues implica mover fuerzas que en muchos casos están fuera del ámbito y control del mismo sector salud; sin embargo, si el propósito a alcanzar es el bienestar de los mexicanos, este reto debe ser enfrentado de manera enérgica y con la participación de la sociedad.

El principal reto de la protección financiera en la atención psicológica de víctimas de desastres, es el de disminuir la inseguridad de la población por sufrir gastos catastróficos cuando se presenta alguna calamidad, garantizando la justicia en el financiamiento en materia de salud mental. La contribución de la estrategia en materia de salud mental deberá estar en la revisión de los procedimientos y costos asociados a los tratamientos de los trastornos causados por el estrés, así como definir las estrategias y criterios para hacer más eficiente y rentable la gestión en salud. Asimismo, se deberán evaluar opciones de tratamiento sostenibles por la propia comunidad afectada por el desastre y lograr convenios con el FONDEN que ayuden a realizar esta tarea.

Capítulo V

Objetivos

En el programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre se han definido los objetivos general y específicos, vinculándolos a los tres retos de equidad, calidad técnica e interpersonal y protección financiera- de manera que den respuesta directa a los problemas de la atención de la salud mental en México.

Objetivo General

Preservar, mantener o restaurar la salud mental de los grupos de individuos o poblaciones que puedan afectarse debido a la ocurrencia de una amenaza, emergencia o desastre, a través de medidas establecidas, durante y después de la presencia de eventos perturbadores, que permita la prevención del impacto psicológico de los individuos afectados.

Objetivos Específicos

Equidad

- Coadyuvar en la atención a damnificados y grupos de apoyo por desastres, minimizando a las alteraciones psicológicas y conductuales causadas por desastres a través de primeros auxilios emocionales, intervención en crisis, duelo y seguimiento psicosocial.
- Desarrollar un programa de atención a niñas y niños, personas con capacidades diferentes, personas de la tercera edad, mujeres, hombres y personal operativo en situación de desastres que contemple aspectos preventivos de respuesta en la emergencia y de retorno a la normalidad.
- Promover las modificaciones legislativas necesarias para que la atención psicológica, sea obligatoria y sea incluida dentro del Plan Nacional de Protección Civil.
- Promover y mantener una cultura de prevención del impacto psicológico en casos de desastre.
- Promover la participación ciudadana, especialmente de los grupos con mayor nivel de vulnerabilidad en aspectos preventivos para caso de emergencias o desastres.
- Promover la aplicación del Programa Específico en los ámbitos federal, estatal y municipal.

Calidad Técnica

- Establecer una coordinación interinstitucional y multidisciplinaria en los tres niveles de gobierno, con organismos públicos y privados para lograr una intervención armónica y sistematizada enfocada a mitigar el impacto psicológico ante la presencia de un desastre.

- Desarrollar e implementar a nivel interinstitucional un modelo integral de Triage, atención y referencia psicológicos.
- Realizar investigaciones en los diversos campos de esta problemática.

Calidad Interpersonal

- Llevar al cabo un cambio de actitud en todo el personal que labora en las unidades, albergues e instituciones de atención para enfermos mentales y afectados en los desastres así como al personal rescatista y paramédico, a través de cursos de primeros auxilios psicológicos, de sensibilización y de relaciones interpersonales.

Protección Financiera

- Difundir en la población información sobre los problemas de salud mental en los desastres y sus alternativas de atención.
- Gestionar el financiamiento suficiente para desarrollar y mantener programas de prevención, atención y recuperación en materia de atención psicológica en desastres.
- Garantizar el abasto de medicamentos en situaciones de desastre a través de una acción concertada con la industria farmacéutica.

Capítulo VII

Estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas

A partir del diagnóstico, los retos y los objetivos, se han definido las líneas de acción, las acciones específicas y las metas de manera coordinada, mismas que conforman una gran estrategia para hacer frente a los problemas de la atención psicológica en casos de desastre en nuestro país

Estrategia

1. Promoción y Prevención

En años recientes se ha incrementado de manera importante la aparición de fenómenos naturales provocados por el hombre, desastres de diferentes tipos que han alterado la forma de vida y la organización de las sociedades, afectando la integridad física, mental y social de los individuos y grupos que la componen

Ante estas condiciones, las experiencias que el mundo y el país ha sufrido en materia de desastres, así como las condiciones de riesgo y vulnerabilidad que en ese sentido vive un gran porcentaje de la población nacional, han permitido desarrollar una serie de medidas para anticipar la intervención ante esos eventos y evitar o disminuir el impacto de los daños ocasionados por los mismos.

Línea de acción

1.1. Promover y mantener una cultura de prevención del impacto psicológico en caso de desastres a través del fortalecimiento de la salud mental de la población.

La preparación anticipada y sistemática de la población ante los eventos catastróficos, sus consecuencias y el impacto que pueden tener en la estabilidad emocional de las personas, hace necesaria la prevención, para fortalecer la salud mental de la población así como para afrontar este tipo de eventos de manera integral y conjunta entre ésta y las instituciones.

Acciones específicas

1.1.1. Sensibilización de la población general acerca de las condiciones de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra el país en materia de desastres así como de las medidas de protección y seguridad que deben tener.

1.1.2. Promover la integración del Programa de Atención Psicológica en casos de Desastre en las áreas de Comunicación Social de las instituciones y organismos de los sectores público, social y privado

1.1.3. Difusión del Programa de Atención Psicológica en casos de Desastre a nivel directivo y operativo de las instituciones, así como entre los diversos grupos de la población general.

1.1.4. Detección y capacitación de líderes comunitarios acerca de las medidas preventivas ante los riesgos de un desastre, con especial énfasis en el impacto psicológico que conlleva.

1.1.5. Promoción de la participación ciudadana, a través de la organización y fortalecimiento de las redes locales, en aspectos preventivos y de autoprotección de caso de emergencias o desastres, especialmente de los grupos con mayor nivel de vulnerabilidad. (niños, niñas, mujeres, personas de la tercera edad, discapacitados, indigentes, etc)

Metas

- Instrumentación de un programa permanente de sensibilización sobre prevención de desastres dirigido a la población general
- Establecimiento de acuerdos de cooperación con las áreas de Comunicación Social de las instituciones y organismos de los sectores público, social y privado, para lograr un adecuado manejo de la información en todas las fases del proceso.
- Diseñar paquetes de material didáctico y de difusión sobre prevención de desastres, de acuerdo a zonas, tipos de riesgo y contextos socioculturales.
- Diseño de un manual sobre detección y capacitación de líderes comunitarios para la prevención de desastres y su impacto psicológico.
- Integración y/o fortalecimiento de las redes comunitarias para la prevención de desastres.

Línea de acción

1.2. Promover la capacitación y actualización del personal de salud en materia de atención psicológica en casos de desastre

Ante situaciones de emergencia causadas por desastres la participación del personal de salud es invaluable debido al conocimiento y cercanía que tiene con la población y a la identificación que ésta tiene con el mismo. En este sentido es fundamental que este personal esté entrenado previamente para intervenir durante las etapas que presenta un evento, tanto en el tipo de auxilio médico como psicológico para brindar protección y apoyo a la población con la calidad técnica e interpersonal necesarias.

Acciones específicas

- 1.2.1. Mantener informado al personal de salud acerca de los tipos de riesgo, de las condiciones de vulnerabilidad y de los niveles y mecanismos de intervención del Sector Salud en casos de desastre.
- 1.2.2. Mantener actualizado un diagnóstico situacional de los recursos humanos capacitados en atención psicológica existentes en cada jurisdicción sanitaria.
- 1.2.3. Capacitación y actualización del personal que trabaja en las jurisdicciones sanitarias ubicadas en zonas de riesgo de desastres en la prevención, detección oportuna y manejo de los trastornos psicológicos por estrés postraumático en casos de desastre.
- 1.2.4. Elaboración de material didáctico sobre la atención psicológica en casos de desastre dirigido al personal de salud.
- 1.2.5. Incluir contenidos sobre atención psicológica en los mecanismos de operación de las unidades de atención de salud en casos de desastre

Metas

- Elaborar carteles, trípticos y folletos sobre la atención psicológica en casos de desastre dirigidos al personal de salud.
- Elaborar informes periódicos sobre la existencia de recursos humanos en cada jurisdicción, capacitados para brindar atención psicológica en casos de desastre.
- Desarrollar un programa de capacitación y actualización sobre atención psicológica en casos de desastre para ser aplicado en 6 entidades federativas cada año hasta cubrir todo el país del 2002 al 2006 de acuerdo a la regionalización de las zonas de riesgo.
- Integrar un paquete didáctico sobre atención psicológica en casos de desastre dirigido al personal de salud.
- Elaborar un manual operativo para el personal de salud sobre atención psicológica en casos de desastre para los diversos tipos de evento y población.

Línea de acción

1.3. Promover la formación de recursos humanos para la atención psicológica en casos de desastre

Ante situaciones de emergencia generadas por la aparición de un fenómeno natural o provocado por la mano del hombre, la solidaridad humana presente en los mismos, estimula la necesidad de brindar apoyo emocional a las personas afectadas, lo cual no siempre se hace de una manera objetiva y sistemática, en este sentido es necesario ofrecer a diversos grupos de población la posibilidad de formarse profesionalmente para responder con mayor calidad a las necesidades de auxilio y contención en esos casos.

Acciones específicas

1.3.1. Promover la integración de contenidos sobre atención psicológica en casos de desastre en los programas académicos de escuelas y universidades.

1.3.2. Promover la formación de recursos humanos para la atención psicológica en las instituciones de los sectores público, social y privado con base en un perfil psicológico predeterminado.

1.3.3. Integrar contenidos sobre Primeros Auxilios Psicológicos en los cursos de formación del personal de rescate que participa en tareas de salvamento durante los desastres.

Metas

- Diseño y desarrollo de contenidos técnicos y didácticos sobre atención psicológica en casos de desastre dirigidos a personal en formación académica.
- Establecer convenios de cooperación con escuelas o facultades de medicina, psicología, enfermería y trabajo social para promover la integración de contenidos sobre atención psicológica en casos de desastre en su currícula.
- Diseño y desarrollo de contenidos técnicos y didácticos sobre atención psicológica en casos de desastre dirigidos a personal de instituciones públicas, sociales y privadas, seleccionadas a través de un perfil psicológico.
- Diseño y desarrollo de contenidos sobre primeros auxilios psicológicos, dirigidos a personal de rescate en formación o que ya esté operando.
- Promover la certificación de psicólogos, psiquiatras, médicos generales, trabajadores sociales y enfermeras que estén calificados para brindar atención psicológica en casos de desastre.

Línea de acción

1.4. Establecer coordinación interinstitucional y multidisciplinaria en los tres niveles de gobierno con organismos públicos, privados y sociales para la aplicación del Programa de Atención Psicológica en casos de Desastre dentro del Sistema Nacional de Protección Civil.

La experiencia del país en casos de desastre ha permitido instrumentar de manera coordinada un Sistema Nacional de Protección Civil, a través del cual se organizan los esfuerzos institucionales y de la población para responder a situaciones de emergencia. En este sentido es importante promover el Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre entre las instituciones y organismos que conforman el sistema a fin de que la atención a la población sea de carácter integral.

Acciones específicas

1.4.1. Instrumentación, difusión y puesta en marcha del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre dentro del Sistema Nacional de Protección Civil.

1.4.2. Integración de redes institucionales públicas, sociales y privadas en los niveles federal, estatal municipal y regional que brinden atención psicológica a la población en casos de desastre.

1.4.3. Definir e instrumentar los mecanismos de operación del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre a nivel federal, estatal, municipal y regional

1.4.4. Definir y mantener un inventario de personal y recursos materiales para la atención psicológica, existentes en las instituciones del Sistema Nacional de Protección Civil para dar respuesta a las situaciones de emergencia en casos de desastre.

Metas

- Establecer convenios de cooperación y colaboración interinstitucional e intersectorial para la operación del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre a nivel nacional.
- Integrar un Comité Directivo de Emergencias de carácter multistitucional que coordine las operaciones del Sistema Nacional de Protección Civil en materia de atención psicológica en casos de desastre en los niveles federal, estatal y municipal.
- Establecer un centro logístico para dar respuesta psicológica a la emergencia en casos de desastre, en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Protección Civil.
- Elaborar informes periódicos sobre los recursos existentes para la atención psicológica en las instituciones del Sistema Nacional de Protección Civil.
- Elaborar y mantener actualizado un directorio de instituciones en materia de atención psicológica y psiquiátrica cuando sea el caso.

Estrategia

2. Atención, tratamiento y rehabilitación

El proceso de atención a la población afectada por una situación de emergencia producida por un desastre natural o producido por el hombre, implica la realización de una serie de actividades orientadas a reducir el impacto de los daños físicos, materiales y de manera importante los daños emocionales.

En este sentido es necesario que el Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre defina y desarrolle esas acciones de manera sistemática y congruente con los objetivos de la Secretaría de Salud y del Sistema Nacional de Protección Civil.

Línea de Acción

2.1. Definir y desarrollar los mecanismos de operación durante de la fase de atención y tratamiento del Programa de Atención Psicológica en casos de Desastre.

Diseñar y proponer un modelo de atención psicológica en casos de desastre para ser aplicado por las instituciones públicas, privadas y sociales que desarrollan acciones en esa materia, esto, brinda la posibilidad de desarrollar un proceso de intervención oportuna, sistemática y organizada y de aprovechar adecuadamente los recursos existentes y sobre todo de ofrecer a la población afectada la seguridad y protección que requiere.

Acciones específicas

2.1.1. Instrumentar y desarrollar un modelo integral de Triage, atención y referencia psicológica para ser aplicado en casos de emergencia por desastres.

2.1.2. Participar en la organización, coordinación y desarrollo de las actividades de atención en las tres fases:

1ª.Fase: Triage psicológico, primeros auxilios psicológicos proporcionados por los primeros respondientes e higiene mental.

2ª. Fase: Intervención en crisis y terapia breve individual y grupal.

3ª. Fase: Seguimiento en el nivel de atención que lo requiera la población.

2.1.2. Instrumentación y desarrollo de un sistema de referencia y contrarreferencia para la atención y seguimiento de casos en el segundo y tercer nivel atención psicológica

2.1.3. Instrumentación y desarrollo de modelos de intervención individuales familiares y grupales, dirigidos a diferentes grupos etáricos y de población especial de mayor vulnerabilidad.

2.1.4. Instrumentación y desarrollo de modelos de intervención orientados al apoyo psicológico del personal operativo.

Metas

- Integrar un modelo integral de atención psicológica en desastres.
- Aplicar el Programa Específico de Atención Psicológica en casos de desastres en el 100% de los eventos en que el Sistema Nacional de Protección Civil lo requiera.
- Creación de un sistema de referencia y contrarreferencia para casos de desastre.
- Creación de modelos de intervención para diferentes grupos etáricos y grupos específicos (discapacitados, población indigente, etc.).
- Creación de un modelo de atención psicológica para personal operativo.

Línea de acción

2.2. Establecer módulos dinámicos de atención psicológica en los refugios temporales y en las comunidades afectadas por desastres.

Las condiciones de emergencia e inestabilidad inherentes a un desastre requieren de la toma de decisiones sobre la marcha por lo que la organización de las actividades de apoyo es compleja y diferente de un caso a otro, en este sentido es importante que en materia de apoyo psicológico se tengan definidas de antemano, y en coordinación con Protección Civil, las áreas, horarios y condiciones de funcionamiento en refugios o albergues temporales en los que se brindará la atención.

Acciones Específicas

2.2.1. Definir los mecanismos de operación de los módulos de atención psicológica.

2.2.2. Coordinar la supervisión de la operación de los módulos de atención psicológica en casos de desastre.

Metas

- Elaborar e instrumentar el manual de operación de los módulos de atención psicológica en casos de desastre.
- Dar seguimiento a la operación de los módulos de atención.

Línea de acción

2.3. Proporcionar apoyo psicológico a brigadistas, a profesionales de la salud y a voluntarios que participan en las tareas de rescate durante un desastre.

Un aspecto fundamental en la atención a la población damnificada y en crisis, es el cuidado que el personal operativo debe tener en cuanto a su estado emocional, ya que al enfrentarse constantemente a situaciones de dolor y tensión los coloca, al igual que la población afectada, en una situación de vulnerabilidad por lo que es necesario instrumentar acciones que les ayuden a canalizar y elaborar esa tensión.

Acciones Específicas

2.3.1. Organización de grupos de apoyo psicológico con el personal operativo, rescatista y voluntario que participa en las acciones de rescate.

2.3.2 Supervisión y seguimiento a las acciones de higiene mental con el personal de rescate.

Meta

- Atender a todo el personal que participe en las acciones de rescate.

Estrategia

3. Reconstrucción y vuelta a la normalidad

Una vez resuelta la situación de emergencia, el regreso a normalidad en la vida de la comunidad es un proceso en el que población e instituciones tienen una ardua tarea a fin de rescatar sus fortalezas e iniciar el camino de la reconstrucción a través del apoyo de los agentes externos, pero en la búsqueda de la autosuficiencia y apoderamiento de la comunidad.

Línea de acción

3.1. Instrumentar actividades para el retorno a la normalidad de la población.

Una vez resuelta o bajo control la situación de emergencia, es necesario desarrollar con la población actividades para organizar el retorno a la normalidad y el fortalecimiento de la vida comunitaria a partir de las experiencias y aprendizajes obtenidos.

Acciones específicas

3.1.1. Formación de líderes detectados en el evento para desarrollar un plan comunitario de protección civil a partir de la experiencia.

3.1.2. Organización de grupos comunitarios para el manejo de los procesos socioafectivos posteriores al evento.

3.1.3. Reuniones comunitarias para la detección de síntomas postraumáticos y canalización a las instancias correspondientes del nivel de atención requerido.

ESTRATEGIA

4. Investigación sobre atención psicológica en casos de desastre

Las experiencias que diversos desastres han dejado en la vida y memoria de la población constituyen un valioso material del que ha sido posible aprender y ha permitido fortalecer los mecanismos para hacer intervenciones más eficaces en esa materia.

Línea de acción

4.1. Promover la investigación en materia de atención psicológica en casos de desastre

Aunque la conducta humana es impredecible ante situaciones de emergencia, la observación y sistematización de experiencia traumáticas, especialmente en casos de desastre, ha permitido definir algunos mecanismos que el ser humano pone en acción ante eventos que trastornan la vida colectiva y alteran el entorno, sin embargo es importante impulsar la investigación en este sentido a fin de que la sociedad y las instituciones cuenten con mejores elementos para intervenir de una manera más eficaz ante un evento de esta naturaleza.

Acciones específicas

4.2.1. Promoción en instituciones de servicio y académicas, así como entre profesionales de la salud para la realización de trabajos de investigación sobre atención psicológica en casos de desastre.

4.1.1. Recuperación y sistematización de las experiencias sobre atención psicológica en casos de desastre.

4.1.1. Publicación de experiencias y resultados de la atención psicológica en casos de desastre, tanto a nivel nacional como internacional

Metas

- Incremento de las investigaciones psicológica, social, clínica y epidemiológica de los desastres, por grupos de edad y tipo de población.

- Incrementar el número de publicaciones sobre sistematización e investigación psicológica, social, clínica y epidemiológica de los desastres.
- Incrementar el número de profesionales de la salud y de la salud mental que participan en investigaciones sobre desastres.

Línea de acción

4.2. Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud en materia de atención psicológica en casos de desastre.

La intervención que la población general, las instituciones, los grupos de voluntarios, el personal operativo y principalmente la población afectada por un desastre, son elementos que requieren ser ampliamente analizados para reconocer si se están cumpliendo los objetivos del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre, para lo cual será necesario instrumentar un sistema de indicadores de desempeño, resultados e impacto que permita conocer sus avances y limitaciones y tomar las decisiones para su mejor operación.

Acciones específicas

4.2.1. Diseño y aplicación de un sistema de evaluación de desempeño, resultados e impacto sobre la atención psicológica en desastres.

4.2.2. Difusión en las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Protección Civil de los resultados de la evaluación del Programa, a fin de hacer más eficiente su gestión y apoyar la toma de decisiones en torno a su operación.

Metas

- Mantener un sistema de seguimiento e información sobre los avances del programa en las instancias involucradas en su operación.
- Incremento en la capacidad de decisión sobre la operación del programa.

Estrategia.

5. Normatividad y legislación

Existe un marcado interés entre las instancias de salud y las de protección civil para fortalecer las condiciones legales y las bases normativas de la operación del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre a fin de garantizar una operación ágil y eficiente del mismo.

Línea de acción

5.1. Promoción ante las instancias legislativas para que la atención psicológica sea incluida en el Plan Nacional de Protección Civil y tenga carácter obligatorio.

Aunque México cuenta con una amplia experiencia en la atención de desastres y con una importante normatividad al respecto, la atención psicológica no ha sido incluida dentro de la misma, lo que constituye una limitación para el fortalecimiento del enfoque integral que se pretende en esta materia.

Acciones Específicas

5.1.1. Proponer modificaciones a la Ley General de Protección Civil y la Ley General de Salud para que se incluya el término de atención psicológica en casos de desastre.

5.1.2. Promover la elaboración de una Norma Oficial Mexicana en materia de atención psicológica en desastres.

5.1.3. Promoción para que el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica, incluya aspectos sobre las reacciones psicológicas en casos de desastre.

5.1.4. Proponer las modificaciones legislativas necesarias para que la atención psicológica sea obligatoria y tenga acceso al Fondo Nacional de Desastres Naturales (FONDEN)

Metas

- Elaborar una propuesta de modificación a la Ley General de Protección Civil y a la Ley General de Salud para que se incluya el término de atención psicológica.
- Desarrollar la propuesta para la elaboración de la Norma Oficial Mexicana en materia de Atención Psicológica en Casos de Desastre.
- Gestionar la inclusión de aspectos sobre la atención psicológica en desastres en el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica.
- Gestionar la inclusión de la atención psicológica en el FONDEN

Estrategia

6. Protección Financiera

Uno de los principales retos del país en materia de salud es la protección financiera de la población, especialmente de la que tiene escasos recursos. En el caso de emergencias por casos de desastre, el reto es mayor por las condiciones de pérdida, desprotección e incertidumbre en que la población se encuentra.

El Sistema Nacional de Protección Civil y las instituciones que lo conforman, en este caso la Secretaría de Salud, cuentan con diversos mecanismos para organizar y distribuir la ayuda material que se

requiere, sin embargo, en materia de apoyo psicológico es necesario promover la dotación de recursos para que esa atención se brinde a la población de manera inmediata y eficiente.

Línea de acción

6.1. Promoción de financiamiento para desarrollar y mantener programas de prevención, atención y recuperación en materia de atención psicológica en casos de desastre.

Es necesario involucrar la participación de los tres niveles de gobierno y de las instituciones públicas, sociales y privada en la consolidación de una cultura de prevención de los desastres y dentro de ésta, la importancia de la atención psicológica, por lo que es importante promover que en los fondos destinados para la atención de la salud durante un desastre, se tome en cuenta a la atención psicológica.

Acciones específicas

6.1.1. Promoción para que en los Programas Estatales de Salud Mental se incluya el apoyo financiero para la atención psicológica en casos de desastre.

6.1.2. Promover el apoyo del Fondo Nacional de Desastres Naturales (FONDEN) para la atención psicológica en casos de desastre.

Metas

- Convenios y acuerdos de apoyo financiero para la atención psicológica en casos de desastre, con las entidades federativas ubicadas en zonas de riesgo.
- Elaborar propuesta de inclusión de la atención psicológica al FONDEN.

Capítulo VIII

Sistema de Seguimiento y Evaluación

El seguimiento y la evaluación de las acciones dentro de un programa son los dos componentes básicos que cierran el ciclo de todo proceso de planeación y garantizan que las estrategias alcancen los objetivos propuestos, a la vez que permiten reorientarlos cuando las circunstancias así lo requieren; el seguimiento y la evaluación permiten contrastar lo hecho con lo que se planeó y programó hacer originalmente, lo que obliga a que ejecución y evaluación sean dos procesos que se llevan a cabo de manera paralela y se complementan uno al otro.

El PASM identifica tres componentes básicos del esquema integral de evaluación que, aplicados al Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre tendrán las siguientes características:

a) **Evaluación del desempeño.** Una de las principales responsabilidades del CONADIC en materia de salud mental, consiste en medir el grado de cumplimiento de los objetivos y metas del Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre en cuanto a mejorar las condiciones de la población afectada, al prevenir, atender, rehabilitar y reintegrar a enfermos mentales a su comunidad, ofreciendo un trato adecuado y garantizando seguridad financiera; este componente mide el impacto de la estrategia en los cambios en la salud mental de la población.

b) **Evaluación de programa y servicios.** Consiste en la evaluación de los objetivos intermedios, entendidos éstos como los instrumentos y procesos de la estrategia para alcanzar los objetivos finales de bienestar de la población en materia de salud mental. Este componente mide la efectividad de los programas desde la perspectiva de su operación y funcionamiento, así como la capacidad de contribuir a los objetivos finales de la estrategia en salud mental.

c) **Sistema Nacional de Indicadores.** Consiste en índices de referencia seleccionados por su relevancia, estandarización, capacidad de reflejar claramente una situación y de establecer comparaciones, para lo cual se consideran tres tipos: cobertura, capacidad del sistema y capacidad de los administradores. Este componente permite medir el desempeño del Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre en términos cuantitativos y de manera comparativa con otros índices, reflejando los niveles de efectividad de la estrategia independientemente de los resultados absolutos.

Además de estos indicadores, una de las líneas de acción de este Programa es el diseño y aplicación de un conjunto de indicadores específicos para los servicios especializados tanto locales como otros derivados de compromisos internacionales.

Evaluación del desempeño

Para la evaluación del desempeño del Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre se contempla un mecanismo paralelo de promoción del Programa e inicio del sistema de evaluación con un carácter gradual, a través del cual, a la vez que se promuevan e implanten los criterios técnicos y de servicios en materia de salud mental en el marco del Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre, se inicie un proceso de evaluación del impacto en la

salud de la población. Tres meses después del inicio de la aplicación del modelo se recuperan los formatos de evaluación del impacto en la población, empezando a construir con esto un mecanismo de seguimiento evaluación que se repetirá tres meses después.

La información obtenida a través de los formatos estaría relacionada con la capacidad del Programa para lograr la reintegración de los pacientes, en diversos niveles de tratamiento y recuperación. Asociado a esto, se estarían evaluando también el desempeño del personal, a las instituciones de salud mental y el nivel de satisfacción del personal, por la vía de cuestionarios y entrevistas con familiares de pacientes, llevados a cabo por equipos de supervisión. Se estima que en el plazo de dos a tres años se tendrá información inicial suficiente para medir el impacto del Programa de Atención Psicológica en Casos de Desastre.

Evaluación de programa y servicios

Para la evaluación de los programas y servicios se partirá de la definición de los programas operativos anuales, buscando que se incorporen acciones específicas sobre promoción del Programa, seguimiento de su impacto, acciones en materia de capacitación, investigación, administración y ampliación de la infraestructura, formulación de Normatividad, coordinación interinstitucional y otros.

La evaluación de estas acciones, se llevará a cabo de acuerdo con las normas que para tal efecto se marcan en los mismos programas operativos y Normatividad presupuestal. Los resultados de la evaluación de programas y servicios, tendrán a su vez un impacto en la medición del desempeño en el inciso anterior, en cuanto a asignación de recursos y su correcta aplicación.

Sistema Nacional de Indicadores

De los indicadores identificados en el PNS, que permiten medir el impacto del Programa Específico, se señalan a continuación aquellos que de manera directa se refieren a los propósitos de este Programa:

1. Índice de desempeño global del sistema de salud. Logro del sistema en cuanto a condiciones de salud mental, trato adecuado y protección financiera en relación de gasto efectuado.
2. Esperanza de vida productiva. Años que en promedio pueden vivir los hombres y mujeres con enfermedades mentales graves o discapacitantes una vez integrados a su comunidad.
3. Índice de trato adecuado. Capacidad de respuesta del Sistema de Salud Mental con respecto a dignidad, autonomía, confidencialidad, atención pronta, calidad, acceso a redes de apoyo y elección de proveedor.
4. Protección financiera. Porcentaje de familias que tuvieron gastos catastróficos para la atención de salud mental en un periodo determinado.
5. Abasto de los diez medicamentos esenciales. Porcentaje de unidades médicas especializadas que cuentan con un abasto mínimo del 90%.
6. Proyecto de coinversión en infraestructura pública en salud. Inversión en millones de pesos respecto a otras partidas presupuestales.
7. Certificación de unidades de salud. Porcentaje de unidades de salud mental certificadas respecto a otras variables.

8. Reuniones de las asambleas estatales y nacionales de Salud. Porcentaje de reuniones respecto a otras variables.

Para cada uno de estos índices se definirán los criterios y metodología para su captura, su periodicidad y fuentes, así como para su comparación y evaluación.

Reconocimientos

Bajo la supervisión del Dr. Guido Belsasso, Comisionado Nacional del Consejo Nacional contra las Adicciones y del Dr. Salvador González Gutiérrez, Director General de los Servicios de Salud Mental, los trabajos para la elaboración de este programa fueron realizados principalmente por el Comité Consultivo Académico conformado por el Dr. Sergio Sánchez Pintado, Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico, Lic. Ana Ma. Zellhuber, Vocal Ejecutivo Adjunto del CCA, General de Brigada M.C. Bernardo Bidart Ramos, Lic. Carmen Segura Rangel, Dr. Felipe Cruz Vega, Dr. Miguel Ángel Valladares, Dra. Cecilia Bautista, Dr. Rogelio Pineda, T.U.M. Raúl Miliani Sabido, Lic. Ma. Antonieta Fernández Castro, Dis.Graf. Ricardo Cruz Chávez, Lic. Ma. Eugenia Gómez Peyret, Lic. Ma. Elena López Álvarez, Lic. Maribel Castro Martínez, y las siguientes personas que colaboraron en los inicios del programa, sentando las bases para su desarrollo: Dr. Bruno Estañol Vidal, Dr. Arturo López Negrón, Lic. Ma. De Lourdes Clavijo Arias y T.S.P. y Tanatóloga Isabel Cristina Suárez Jiménez, con el apoyo y colaboración de la Psic. Martha Díaz Santos, Directora de Coordinación Técnica de Programas de Salud Mental, y el equipo de trabajo de esa Dirección: Lic. Carmen Bulos Méndez, Dr. Carlos Luis Aviña, Mtra. Ma. Irasema Rea Castañeda, Lic. Cynthia Esperón Vargas, Lic. Héctor Armienta Mantecón, Lic. Lilian Lozano Sedano y el Dr. Francisco J. Guerra y Rullán. Al Dr. Fernando Corona, Coordinador del Programa de Migrantes el habernos facilitado los “Lineamientos generales para intervención en crisis en casos de desastre”.

De igual manera, agradecemos a las casi 200 instituciones y personas que participaron en el proceso de consenso de los Programas Específicos de Salud Mental. En este caso, sólo se mencionará a la institución, organismo o dependencia.

- Asociación Médica de MEXFAM
- Asociación Mexicana contra el Autismo, A.C.
- Asociación Mexicana para Alzheimer y Trastornos Asociados, A.C.
- Centro de Salud “José Castro Villagrán”, Gobierno del Distrito Federal
- Centro Médico “La Raza”, Instituto Mexicano del Seguro Social
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Clínica de Esquizofrenia del Hospital de San Fernando, IMSS
- Clínica de Esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"

- Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Clínica de la Memoria del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Clínica de Psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Clínica San Rafael
- Colegio Giocosa
- Comité de Evaluación del Consejo Nacional de Medicina General
- Coordinación Académica de la Asociación Mexicana de Médicos Familiares y Médicos Generales A.C.

(AMMFMGAC)

- Coordinación de Enlace con el Congreso y Participación Ciudadana
- Coordinación del Programa de Desastres, ISSSTE
- Coordinación General de los Institutos de Salud
- Coordinación General de Planeación Estratégica, SSA
- Coordinación General de Protección Civil, SEGOB
- Coordinación Técnica de Estructura de Modelos, DIF Nacional
- Cruz Roja Mexicana, Programa APSIDE
- Delegado para el D.F. del Instituto Nacional de Educación Médica Continua
- Departamento de Alimentación, DIF Nacional
- Departamento de Atención a Urgencias y Desastres, del Centro Nacional de Urgencias Epidemiológicas
- Departamento de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Departamento de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Departamento de Estudios sobre la Depresión, Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Departamento de Genética del Instituto Nacional de Perinatología
- Departamento de Geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"
- Departamento de Investigación de la Facultad de Psicología, UNAM
- Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Departamento de Neurobiología del Desarrollo del Instituto Nacional de Perinatología
- Departamento de Neurología del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"
- Departamento de Neurología del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Departamento de Neuropsicología, UNAM
- Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
- Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"
- Departamento de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
- Departamento de Psiquiatría del Instituto Nacional de Pediatría

- Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario, DIF
- Dirección de Concertación Sectorial del Sistema Nacional de Protección Civil, SEGOB
- Dirección de Educación Especial, SEP
- Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Dirección de Enseñanza e Investigación, SERSAME
- Dirección de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Newmann Peña"
- Dirección de la Facultad de Psicología, UNAM
- Dirección de Operación y Supervisión, SERSAME
- Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
- Dirección del Centro de Higiene Mental "Dr. Carlos Nava Muñoz"
- Dirección del Centro Estatal de Salud Mental de Saltillo
- Dirección del Hospital Casa Hogar San Agustín
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Cruz del Sur"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo Nieto"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Alfonso Millan"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Víctor Manuel Concha Vázquez"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Granja la Salud Tlazolteotl"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "José Sayago"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Manuel Campos"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Parras de la Fuente"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Dr. Valle Bueno"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
- Dirección del Hospital Psiquiátrico Civil Libertad
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de "San Fernando" IMSS
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Chametla
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Chihuahua
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Guanajuato
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Jalisco
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Monterrey
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Tampico
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Tijuana
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Villahermosa
- Dirección del Hospital Psiquiátrico de Yucatán

- Dirección del Hospital Psiquiátrico San Fernando, IMSS
- Dirección General Adjunta de Administración y Planeación, CONADIC-SERSAME
- Dirección General de Análisis y Desempeño de Políticas de Salud, SSA
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SSA
- Dirección General de Comunicación Social, SSA
- Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental, CONADIC-SERSAME
- Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones, CONADIC-SERSAME
- Dirección General de Epidemiología, SSA
- Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, SSA
- Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, SSA
- Dirección General de Protección Civil, SEGOB
- Dirección General de Protección Financiera, SSA
- Dirección General de Salud Reproductiva, SSA
- Dirección General del Centro de Vigilancia Epidemiológica, SSA
- Dirección General del Centro Nacional de Rehabilitación
- Dirección General del Centro para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, SSA
- Dirección General del Hospital General de México, SSA
- Dirección General del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"
- Dirección General del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Dirección General del IMSS
- Dirección General del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
- Dirección General del ISSSTE
- Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-Nacional)
- Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, CONADIC-SERSAME
- División de Proyectos Especiales, IMSS
- Hospital ABC
- Hospital 1° de octubre, ISSSTE
- Hospital Español
- Instituto Nacional de la Comunicación Humana
- Instituto Nacional de Pediatría
- OPS/OMS - México
- Presidencia de AMAPE
- Presidencia de la Asociación de Médicos de MEXFAM
- Presidencia de Médicos Asociados de Oriente-Iztapalapa
- Presidencia del Consejo Nacional de Medicina General
- Rector de la UNAM
- Secretaría de Desarrollo Social
- Secretaría de Fomento Social de Chihuahua

- Secretaría de Gobernación
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretariado del Consejo Nacional de Salud
- Secretario de Salud de Aguascalientes
- Secretario de Salud de Baja California
- Secretario de Salud de Baja California Sur
- Secretario de Salud de Campeche
- Secretario de Salud de Chiapas
- Secretario de Salud de Chihuahua
- Secretario de Salud de Coahuila
- Secretario de Salud de Colima
- Secretario de Salud de Durango
- Secretario de Salud de Guanajuato
- Secretario de Salud de Guerrero
- Secretario de Salud de Hidalgo
- Secretario de Salud de Jalisco
- Secretario de Salud de Michoacán
- Secretario de Salud de Morelos
- Secretario de Salud de Nayarit
- Secretario de Salud de Nuevo León
- Secretario de Salud de Oaxaca
- Secretario de Salud de Puebla
- Secretario de Salud de Querétaro
- Secretario de Salud de Quintana Roo
- Secretario de Salud de San Luis Potosí
- Secretario de Salud de Sinaloa
- Secretario de Salud de Sonora
- Secretario de Salud de Tabasco
- Secretario de Salud de Tamaulipas
- Secretario de Salud de Tlaxcala
- Secretario de Salud de Veracruz
- Secretario de Salud de Yucatán
- Secretario de Salud de Zacatecas
- Secretario de Salud del Estado de México
- Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal
- Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA
- Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, SSA
- Subsecretaría de Relaciones Institucionales, SSA

- Subsecretaría del Consejo de Salubridad General
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Demencias y trastornos Asociados
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Depresión
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Esquizofrenia
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Epilepsia
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Enfermedad de Parkinson
- Vocal Ejecutivo del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre

Bibliografía

1. AHEARIN, F., "Ingresos en servicios de psiquiatría después de desastres naturales". En Boletín Informativo Sanit Panam. (4): 325- 335, 1984.
2. AHEARIN, F., et. al., "Problemas de salud mental después de una situación de desastre". En Acta de Psiquiatría y Psicología de América Latina, 25 (1): 58, 68, 19, 79. 1979.
3. American Association of Child and Adolescent Psychiatry. "Ayudando a los niños después de una catástrofe". E.E.U.U., 2002. www.aacap.org.
4. American Psychiatry Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona, España: Masson, 1995.
5. BELLAK, Leopold. *Psicoterapia breve y de urgencias*. México: Manual Moderno. 1992.
6. BERREN, M., et. al. "A typology for the classification of disaster, implication for intervention". *Community Mental Health Journal*, 18 (2) 120- 124.
7. Boletín bimestral No. 1 Vol. 1 y 2. México: Secretaría de Salud, 1989.
8. Caraveo, J., et. al., *Sistema Nacional de Salud y la reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud*. México: Secretaría de Salud, 1986.
9. CARRILLO, I., et. al. *Preparativos en caso de desastre. Experiencias de la Facultad de Medicina en el seguimiento de problemas psicológicos después de un desastre natural*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1991.
10. CARVEO, J., RAMOS, L., VILLATORO, J., *Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos de la Ciudad de México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1986.
11. CEDERNAC. "Un plan para protecciones". Fascículo 1 La prevención de los desastres. México: CEDERNAC, 1995.
12. Centro Nacional de Prevención de Desastres. *La prevención de los Desastres en México*. México: UNAM, 2001.
13. COHEN, R., "Reacciones individuales ante el desastre". Boletín informativo Sanit Panam (a): 171- 180, 1985.
14. Conferencias y observancias de las Naciones Unidas. *Conferencia Internacional sobre Desastres*. México: Servicio de Publicaciones de la Sección de Comunicaciones de Prensa DIP, 1998.
15. Cruz Roja Mexicana "Conferencia de preparación para desastres". México, 2002. www.cruzroja.org/documentos/desastres.html
16. Cruz Roja Mexicana "Del Socorro en pro del desarrollo". México, 2002. www.cruzroja.org/documentos/desastres.html
17. Cruz Roja Mexicana "Evaluación de la Vulnerabilidad y la Capacidad". México, 2002. www.cruzroja.org/documentos/desastres.html
18. Cruz Roja Mexicana "Informe Mundial de Desastres 2000". México, 2002. www.cruzroja.org/documentos/desastres.html

19. Cruz Roja Mexicana “Políticas de preparación para desastres”. México, 2002.
www.cruzroja.org/documentos/desastres.html
20. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Informe anual 1998/ Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja*. Ginebra, Suiza: Federación Mexicana de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 1999.
21. Gaceta de Salud Mental, Edición “Salud mental y Desastres”. 1994 Año 3 Num. 13 Sept. Oct.
22. GELMAN, Osvei. *Clasificación de Desastres*. México: Secretaría de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.
23. *Guía de procedimientos para la instalación de refugios temporales*. México: Dirección General de Protección Civil, Secretaría de Gobernación, 1998.
24. HARTSOUGH, D., “Planning for disaster: a new community outreach program for mental health center”. *Journal psychology*. 10: 255-264, 1982.
25. HERNANDEZ, L., *El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre. Manual de Procedimientos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1986.
26. IZQUIERDO, Fernando. *Propuesta de Programa reductor de estrés en el desastre*. México, 2001 (Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM).
27. Legislación y Normas. *Comisión para el bienestar del Enfermo Mental. Lineamientos para la Constitución del Comité Interno de Ética y Vigilancia para el trato y tratamiento de los pacientes en hospitales psiquiátricos*. México. 1993.
28. *Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos*. Artículo 6, fracciones VII, VIII.
29. *Ley de protección Civil para el Distrito Federal 1996*. Tomo Dix-2. México.
30. *Ley de protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes*. México. Primera Legislatura del Distrito federal. 21 de diciembre de 1999.
31. *Ley de protección de los Derechos de Niños Menores y Adolescentes*. México. Cámara de Diputados LVII Legislatura. Senado de la República. LVII Legislatura. 2000.
32. *Ley General de Educación*. En Diario Oficial de la Federación. México. 6 de junio de 1995.
33. *Ley General de Protección Civil/ Cámara de Diputados, LVII Legislatura, Comisión de Protección Civil*. México: Cámara de Diputados, 2000.
34. *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social*. En Diario Oficial de la Federación. México. 9 de enero de 1986.
35. LIMA, B., et. al. *La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastres: experiencia en Armero*. Colombia: Salud Mental, 1998. Vol. 12 num. 1 de marzo.
36. MASPA. *Atención Primaria*, documento normativo de la Dirección General de Regulación a los Servicios de Salud. México: MASPA, 1997.
37. MONTIEL, S., “Atención psicológica a víctimas de desastre”. *Revista de la Cruz Roja Mexicana* No. 16, 2 vol. II México: Cruz Roja Mexicana, 1986.
38. OPS, OMS. *Preparativos y mitigación de desastres en las Américas*.
39. OPS. *Análisis descriptivo de los relatos escritos de una población afectada por un desastre*. OPS, 1986.

40. OPS. *Asistencia humanitaria en caso de desastres, guía para proveer ayuda eficaz*. OPS, 1999.
41. OPS. *Asistencia internacional de socorro sanitario, recomendaciones aprobadas en la Reunión sobre asistencia internacional de socorro sanitario en América Latina*. OPS, 1986.
42. OPS. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión*. Washington, D.C.: OPS, 1995.
43. OPS. *Consecuencias psicosociales de los desastres: la experiencia latinoamericana*. OPS, 1989.
44. OPS. *Crónica del desastre, terremoto de 1920*. México: OPS, 1985.
45. OPS. *Guías de evaluación de los preparativos para desastres en el Sector de la Salud*.
46. OPS. *La atención comunitaria en salud mental en situaciones de desastre*. Temas de salud mental en la comunidad. E.E.U.U.: OPS, 1992.
47. OPS. *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos, trastornos psiquiátricos*. E.E.U.U.: OPS, 1997.
48. OPS. *Salud mental para víctimas de desastres, manual para trabajadores*.
49. POWELL, B., PENICK, E. "Psychological distress, following a natural. A one year follow up of 68 flood victims". *Journal of Community Psychology* 11: 268-326.
50. *Programa de Atención a Urgencias Epidemiológicas y Desastres*. México: Secretaría de Salud, 2001.
51. *Programa de Protección Civil 1995-2000*. México: Secretaría de Gobernación, 1995.
52. *Programa de Protección Civil 2001-2006*. México: Secretaría de Gobernación, 2001.
53. *Programa de Salud Mental 1998-2000*, México: Secretaría de Salud, 1998.
54. *Programa Nacional de Atención a la Salud en Caso de Desastre*. México: Secretaría de Salud, 1988.
55. PUCHEU, C., et. al., *Modelo de intervención preventiva del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México: IMSS, 1987.
56. SANTOS, Karla. *Fallas en la prevención y el tratamiento del estrés postraumático provocado por desastres naturales*. México, 2000 (Tesina de Licenciatura en Psicología, Universidad Anáhuac).
57. VALENCIA, M., "Reacciones psicológicas ante desastres". *Revista Información científica y tecnológica*. Vol. 7 Pag. 1010, 1985.
58. VILCHIS-GAUX, Gustavo (comp.) *Guía de la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina para la gestión local del riesgo*. Perú: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina, 1998.

Apéndices

Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en casos de Desastre

Programas de Acción de la SSA vinculados con este Programa

Criterios diagnósticos de la CIE 10 para trastornos relacionados con el estrés

Criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos relacionados con el estrés

Lineamientos generales para intervención en crisis en casos de desastre

Directorio de Hospitales Psiquiátricos y servicio de psiquiatría

Abreviaturas y acrónimos

Glosario

Miembros del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre

Dr. Sergio Sánchez Pintado	Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría AC.
Vocal Ejecutivo	
Psic. Ana María Zellhuber Pérez	Cruz Roja Mexicana (APSIDE).
Vocal Ejecutivo Adjunto	
Gral. Bgda. M. C. Dir. Gral. SMD Bernardo Bidart Ramos	Secretaría de la Defensa Nacional
Lic. María del Carmen Segura Rangel	Coordinación General de Protección Civil, SEGOB
Dr. Felipe Cruz Vega	Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Miguel Ángel Valladares Aranda	Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Rogelio Pineda Mejía	Centro Nacional de Urgencias Epidemiológicas
T.U.M. Raúl Miliani Sabido	Dirección General de Protección Civil
Dra. Cecilia Bautista Rodríguez	Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
Psic. Ma. Eugenia Gómez Peyret	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Lic. María Antonieta Fernández Casas	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Dis. Graf. Ricardo Cruz Chávez	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Psic. Ma. Elena López Álvarez	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dra. Maribel Castro Martínez	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Programas de Acción de la SSA vinculados con este Programa

- Comunidades Saludables
- Educación Saludable
- Enseñanza: Formación y Capacitación de Personal de Salud
- Rehabilitación
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Modelo Integrado de Atención a la Salud
- Investigación en Salud
- Evaluación del Desempeño
- Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE 10 PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS

F43 Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación

F43.0 Reacción al Estrés Agudo

Trastorno transitorio que se desarrolla en una persona que no tiene ningún otro trastorno aparente, en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días. En la aparición y en la gravedad de las reacciones agudas de estrés desempeñan un papel importante la vulnerabilidad individual y la capacidad de adaptación de la persona. Los síntomas configuran un cuadro típicamente cambiante y mezclado que comprende un estado inicial de “aturdimiento”, con cierta construcción del cambio de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. Este estado puede ser seguido tanto de un aislamiento ulterior de la situación circundante (incluso hasta el grado de un estupor disociativo, F44.2), como de agitación e hiperactividad (reacción de fuga). Con frecuencia hay signos autonómicos de pánico grave ansioso (taquicardia, sudor, rubor). Habitualmente los síntomas aparecen minutos después del impacto del estímulo o del suceso estresante y desaparecen en el lapso de dos o tres días (y a menudo, en horas). Puede haber amnesia total o parcial del episodio (F44.0). Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio de diagnóstico.

Choque psíquico

Estado de crisis

Fatiga de combate

Reacción aguda al estrés

Reacción de crisis aguda

F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático

Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes, como los rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición. Entre sus características distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas. El comienzo del rasgo sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la

mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad (F62.0)

Neurosis traumática

F43.2 Trastornos de Adaptación

Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de las relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta.

Choque cultural

Hospitalismo en niños

Reacción de duelo

Excluye: trastorno de ansiedad de separación en la niñez (F93.0)

F43.8 Otras Reacciones al Estrés Grave

F43.9 Reacción al Estrés Grave, no Especificada

F62.0 Cambio Perdurable de la Personalidad Después de una Experiencia Catastrófica

Cambio perdurable de la personalidad, que dura al menos dos años, después de la exposición a tensión catastrófica. La tensión debe ser tan extrema que no sea necesario tomar en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar sus efectos profundos sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud hostil y desconfiada hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o desesperanza, y una sensación crónica de “estar al borde”, como si se estuviera constantemente amenazado y enajenado. Este tipo de cambio de la personalidad puede ser precedido por un trastorno de estrés postraumático (F43.1).

Cambio de la personalidad consecutivo a:

Cautividad prolongada con posibilidad inminente de ser asesinado

Desastres

Experiencias en campo de concentración

Exposición prolongada a situaciones de amenaza para la vida, tales como la posibilidad de ser víctima del terrorismo

Tortura

Excluye: trastorno de estrés postraumático (F43.1).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV RELACIONADOS CON EL ESTRÉS

Crterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1) y 2):

- 1) La persona ha experimentado, precisando o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- 2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados)

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de uno (o más) de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. (Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).
- 2) Sueños de carácter recurrentes sobre el acontecimiento, que producen malestar. (Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).
- 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). (Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico).
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- 6) Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor)
- 7) Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal,ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2) Irritabilidad o ataques de ira

3) Dificultades para concentrarse

4) Hipervigilancia

5) Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B,C y D) se prolongan más de un mes

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1) y 2)

1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

2) Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo, estar aturdido)

3) Desrealización

4) Despersonalización

5) Amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (por ejemplo, dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar al cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN CASOS DE DESASTRE

Introducción

Las personas que sobreviven a situaciones de desastre reaccionan de diferentes maneras dependiendo de una serie de factores previos al problema, otros simultáneos a éste y otros que se presentan después.

De entre los factores previos, se pueden mencionar los individuales y los colectivos, que a veces se interrelacionan estrechamente, de manera que se identifican como factores psicosociales.

Ejemplos de lo anterior lo constituyen el perfil de afrontamiento psicológico que ha mostrado una persona ante situaciones graves y las características de la estructura social como son los lazos que mantienen unidos a los elementos de un determinado grupo. También son considerados como factores previos la predictibilidad del suceso, las medidas de precaución tomadas para disminuir su impacto y las redes de servicios con que se cuenta para enfrentar sus posibles consecuencias.

Los factores simultáneos al evento son aquellos que se relacionan con lo súbito de su aparición, con su intensidad y los daños inmediatos que produce.

Los factores posteriores al problema se relacionan con la capacidad de repuesta que tiene cada persona y la capacidad de las organizaciones sociales para enfrentarlo.

Las características del origen del problema se vinculan estrechamente con la forma en que la comunidad lo enfrenta. Aunque hay elementos comunes a las reacciones que se presentan en los desastres ocasionados por fenómenos naturales y en los ocasionados por el humano, cada uno de ellos tiene un perfil característico.

En el caso de los desastres de causa humana como lo son los accidentes nucleares, los accidentes de aviación o de otros medios de transporte, o los actos de terrorismo y en general los relacionados con la violencia, la percepción de los sobrevivientes frecuentemente incluye elementos que consideran la posibilidad de que el problema pudo haberse evitado, que era posible anticiparlo y evitar su aparición de haberse tomado algunas precauciones.

Ante un terremoto o un huracán es común que se atribuya a Dios la causa y el enojo da paso con mayor facilidad a la resignación y a la reparación psicológica y espiritual, a diferencia de lo que sucede cuando la causa del problema es de naturaleza humana, situación en la que se presenta enojo, odio y sentimientos de haber sido traicionados por los demás, modificándose la respuesta psicológica y la aceptación espiritual del evento.

Fases de la respuesta

Todas las situaciones de desastre pasan por una serie de etapas que se presentan usualmente en sucesión aunque en ocasiones se detienen más tiempo en una de ellas o la solución no es completa, presentándose complicaciones y/o secuelas.

Las fases de la respuesta son:

a) Alerta o amenaza

Algunos desastres son predecibles por días u horas, como lo son los huracanes o los tornados. Otros, como los terremotos, no lo son.

En el caso de los problemas causados por la violencia humana, en muchas ocasiones hay señales de tensión y los sobrevivientes sienten rencor o culpa por no haber hecho caso a los signos de alarma que son fácilmente identificables en una visión retrospectiva.

b) Impacto

En este caso la velocidad y la intensidad con que se presenta el agente lesivo determina la reacción, como en el caso de una inundación o un deslizamiento de tierra en la ladera de una montaña, se provoca una reacción diferente a la producida por una explosión o por un ataque terrorista. La respuesta inicial se relaciona con las posibilidades que tienen las personas de escapar de la situación.

Es en esta etapa en donde se presenta el choque emocional con reacciones de varios tipos como pueden ser reacciones disociativas, parálisis o pánico.

c) Heroísmo o rescate

Una vez presentado el problema se produce una respuesta inicial y de solidaridad entre los integrantes de la población, siendo las características más evidentes la activación de los mecanismos de supervivencia para salvar la vida de uno mismo y de los demás y secundariamente sus propiedades. El altruismo es el signo más característico de esta fase.

d) Reparación

Las semanas o meses que siguen son de solidaridad y compromiso, con gran participación de las dependencias oficiales y múltiples propuestas de ayuda a mediano y largo plazo. Las tareas de grupos voluntarios son considerables y el optimismo es la respuesta más constante.

e) Inventario

Se hacen evidentes signos de agotamiento de las personas que trabajaron desde las fases iniciales y el agotamiento de los recursos financieros también hace su aparición. Las vivencias más sobresalientes son la fatiga y el hastío.

f) Desencanto

Conforme las instituciones, brigadistas y personas de la sociedad civil que llegaron a la escena del problema comienzan a irse y los fondos escasean, las trabas burocráticas y las barreras para su utilización emergen y se comienza a perder el altruismo y la solidaridad, disminuye el optimismo y la carencia de recursos materiales genera múltiples problemas entre los miembros de la familia y los integrantes de la comunidad. El sentimiento que predomina es el desencanto y las vivencias de abandono.

g) Reconstrucción o recuperación

Las personas reacomodan tanto su caudal psicológico como sus pertenencias y adquieren una visión objetiva de la situación en la que se encuentran. Asignan valor a sus experiencias y planean las tareas que están por realizarse.

La duración de cada una de estas fases es variable y la intensidad con que se vive también lo es, tanto en el plano personal como en el social y como se mencionó previamente no necesariamente son etapas que se presentan una detrás de la otra, ya que a veces hay retrocesos o avances sin pasar por una de ellas.

La resolución en mucho depende de la respuesta organizada de la población y de la oportunidad con la que los participantes desempeñen sus funciones.

Conceptos clave

Cuando se proporciona atención a las víctimas de desastres es conveniente tener en cuenta los siguientes elementos, mismos que han mostrado su utilidad una y otra vez:

- Ninguna de las personas que lo vive queda intacta.
- Existen dos tipos de respuesta ante el trauma: la individual y la colectiva
- Durante el problema y en la fase inmediata casi todos "jalan parejo", esta respuesta disminuye conforme pasa el tiempo.
- Las respuestas ante los desastres son reacciones normales ante una situación anormal.
- Muchas de las reacciones de las víctimas son ocasionadas por cambios en su estilo de vida, derivados del desastre.
- La mayor parte de los sobrevivientes sienten que no necesitan atención mental y en consecuencia no buscan este tipo de servicios.
- Muchos de los sobrevivientes pueden rechazar todo tipo de ayuda.
- La asistencia que con más frecuencia requieren las víctimas de un desastre, es más para resolver problemas prácticos e inmediatos, que intervenciones psicológicas.
- Los servicios de apoyo a víctimas deben ser diseñados para cubrir las necesidades específicas de la comunidad.
- El personal técnico que trabaja con víctimas de desastres debe dejar de lado los métodos tradicionales o de consultorio, debe evitar el uso de etiquetas diagnósticas y debe utilizar un abordaje dinámico y que se ajuste a cada situación y momento.
- Los afectados responden bien generalmente cuando se muestra empatía, interés y compromiso.
- Todas las intervenciones técnicas deben ser apropiadas a la fase en que se encuentra el proceso.
- Los sistemas de soporte social y la respuesta de los grupos organizados son cruciales para obtener buenos resultados.

Una parte considerable de los sobrevivientes a un desastre son personas con un ajuste previo adecuado y que aún después del problema continúan con sus actividades sin percatarse de que pueden tener una afectación en su salud y, en consecuencia no buscan servicios de atención médica ni apoyo psicológico.

Por esta razón, los equipos de trabajo en este tipo de situaciones no deben esperar a que las personas lleguen a solicitar ayuda, sino que deben establecer una estrategia de identificación y búsqueda de personas afectadas en la comunidad misma. Cuando la ayuda es ofrecida como "apoyo psicológico" o "servicios de salud mental", los sobrevivientes no se identifican como usuarios de este tipo de recursos. Los términos generales como "ayuda" y "recursos" son más fácilmente aceptados.

Una estrategia muy útil para auxiliar a la población es la impresión de folletos que hablen o describan mediante imágenes las reacciones y los efectos del desastre y que orienten hacia los sitios en los que se puede recibir ayuda en caso de identificarse como portadores de un problema.

Estos impresos deben contener información relacionada con las manifestaciones, tanto sanas como patológicas que se presentan ante el problema, y guías prácticas para combatir o manejar estas últimas.

Lo anterior, implica que la asistencia debe ser proporcionada en la lengua de las personas afectadas, con respeto a sus creencias, usos y costumbres y que las tareas deben realizarse en conjunto con organizaciones locales en las que la población haya confiado previamente y las que sean vistas como líderes.

Reacciones y Necesidades de los sobrevivientes

Si bien es cierto que hay diferentes tipos de reacciones relacionadas con la causa del desastre, hay una serie de elementos comunes, éstos son:

- Preocupación constante por la supervivencia.
- Duelo por los muertos y por las pérdidas materiales.
- Temor y ansiedad relacionadas con la seguridad propia y la de los seres queridos.
- Trastornos en el dormir, frecuentemente con pesadillas e imágenes aterradoras de los hechos.
- Necesidad de hablar constantemente acerca de lo sucedido y de las vivencias que se tienen ante ellos.
- Sentirse parte de una comunidad y parte de los esfuerzos de recuperación de ella.

Habilidades del Personal

Al trabajar con víctimas de desastres se deben poner en práctica las habilidades para escuchar y proporcionar orientación. Los afectados se benefician mucho de una escucha atenta y de información práctica que les resuelva problemas inmediatos. Los lineamientos para esta tarea son:

1. Establecer rapport

Los sobrevivientes responden bien cuando el personal técnico ofrece un adecuado contacto visual, una presencia calmada y una capacidad para escuchar las preocupaciones y quejas.

El rapport se refiere a una comunicación y escucha empáticas, con preocupación e interés genuinos con un irrestricto respeto a los valores y creencias y una postura no valorativa.

2. Escucha activa

La escucha activa implica no solamente oír lo que dice la persona, sino descifrar los mensajes que envía con toda su actitud corporal.

Hacer pausa y mantener silencio para que se expresen abiertamente los pensamientos, es también recomendable.

El asentimiento con la cabeza o expresiones monosilábicas del personal, le harán saber a la otra persona que se mantiene abierto el canal de comunicación y que se va siguiendo el hilo de lo que relata.

En ocasiones deben tomarse partes del discurso para redondear las ideas o para permitir la clarificación de lo que se está diciendo, parafrasear lo que dice el interlocutor es de gran utilidad.

También es muy importante ponerle nombre a las emociones que expresa la otra persona -Esta usted muy enojado, ¿verdad?-, es un ejemplo que puede permitir la identificación de la emoción y su expresión manejo.

Si se presenta una explosión emocional, es necesario mantener la calma y canalizarla de manera tal que no se convierta en un problema adicional.

Qué cosas sí decir:

- Lo que a usted le pasa es una reacción normal.
- Es comprensible que usted se sienta así.
- No se va a volver loco.
- Usted no tiene la culpa, hizo lo que tenía que hacer.
- Las cosas no van a ser como antes, pero con el tiempo pueden mejorar y usted se sentirá mejor.

Qué cosas no decir:

- Véalo de esta forma, pudo haber sido peor.
- Usted puede recuperar lo que perdió.
- Es mejor que se mantenga ocupado.
- Yo sé como se siente.
- Actívese, la vida debe seguir.

El uso de intervenciones inapropiadas puede conducir a que la persona afectada desarrolle vivencias de incomprensión, que sienta que su opinión no es tomada en cuenta y que sus expresiones no son adecuadamente valoradas, lo cual le conduce a sentirse solo y a evitar el contacto con el personal técnico y finalmente a desertar.

Solución de problemas

Con frecuencia el impacto emocional ocasionado por un desastre disminuye la capacidad que las personas tienen para tomar decisiones, inmovilizándolas o desconectándolas de sus actividades.

Es función del personal técnico proporcionar guía, consejo y orientación respecto a la solución más conveniente para los problemas.

- El primer paso es identificarlos.
- El segundo, identificar la capacidad que tiene la persona para enfrentarlo o resolverlo.
- El tercero es supervisar la aplicación de la estrategia diseñada para resolverlo y finalmente evaluar el resultado de la estrategia desarrollada.

Otro elemento importante en este proceso es la identificación de problemas que aún no se presentan pero que tarde o temprano lo harán y el establecer un plan para enfrentarlos una vez que aparezcan.

Confidencialidad

El establecer una comunicación empática y frecuente con los afectados implica que ellos van a compartir y expresar emociones, sentimientos y pensamientos íntimos, impulsos e inclinaciones que probablemente nunca habían expresado o que incluso ni siquiera habían identificado.

Por ello el sentido de confianza y sigilo deben establecerse explícitamente desde la primera sesión de trabajo y solamente se aplicarán las sabidas excepciones de los casos de peligro de lesiones a la persona misma, a segundos y a terceros.

Cuando referir a Servicios de Psiquiatría

Si bien es cierto que la mayor parte de las personas se recuperan adecuadamente, hay un grupo que presenta reacciones muy intensas que no pueden ser manejadas dentro del formato de intervención en crisis en medio ambulatorio. Los casos mas frecuentes son:

- Estados disociativos o confusionales de más de 24hs de duración.
- Depresión severa con riesgo suicida u homicida.
- Ansiedad extrema, refractaria a medidas farmacológicas generales.
- Reacciones psicóticas.
- Abuso de alcohol o de otros tóxicos.
- Violencia doméstica, abuso de menores o de ancianos.

Finalmente, las estrategias específicas de intervención se diseñarán de acuerdo a la edad de las personas afectadas, siendo diferentes para niños, adolescentes, adultos y ancianos y que cada intervención aunque siga los lineamientos generales aquí planteados, debe ajustarse a la medida de cada persona.

**DIRECTORIO DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS
Y SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA**

AGUASCALIENTES

CENTRO NEUROPSIQUIATRICO

SECRETARIA DE SALUD

KM 4.2 CARRETERA A LA CANTERA

C.P.20208

AGS.AGS.

01.449.976 05 87

01 449 976-05 88

FAX 01.449.976-0589

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL “AGUA CLARA”

JUAN DE MOTORO no. 219, ZONA CENTRO

CP 20000, AGUSACALIENTES, AGS.

01 449 994 00 79

BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO DE SALUD MENTAL MEXICALI

DIF ESTATAL

RIO PAPALOAPAN Y CALLE 11. FRACC. NVO. MEXICALI. CP.21390

MEXICALI B.C.

01.686.553 60 66

01.686.561 03 15

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TIJUANA

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL

VIA RAPIDA PTE 12671 Y BOULEVARD LAS AMIERICAS, COL 20 DE NOVIEMBRE

C.P.22437

TIJUANA B.C.

01.664.681 07 91

01.664 681 07 92

FAX 01664 682 42 21

BAJA CALIFORNIA SUR

HOSPITAL PSIQUIATRICO

“CHAMETLA”

SECRETARIA DE SALUD
KM 11.5 CAR. AL NORTE, EJIDO EL CENTENARIO. C.P.
23000 LA PAZ B.C.S.
01.612.124 62 12
FAX 01.612.124 6213

HOSPITAL GENERAL

“JUAN MA. DE SALVATIERRA”

SECRETARIA DE SALUD
NICOLAS BRAVO Y LIC. VERDAD 10-10 CENTRO C.P.23000
LA PAZ B.C.S.
01.612.122 15 97.
FAX 01.612.1221593

CAMPECHE

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. MANUEL CAMPOS”

SECRETARIA DE SALUD
SN FCO. KOBEN S/N
KM 26.5 CAR. CAMPECHE-TENABO
C.P.24000 SN. FCO.
KOBEN, CAMP.
01.981.8113738

COAHUILA

CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL, SALTILLO

SSA-GOB.
MARTÍN ENRIQUEZ Y JUAN O’ DONOJU S/N
COL VIRREYES COLONIAL, SALTILLO COAH.
CP 25000
01.844.4169760
01844 415 0763

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE SALTILLO

SECRETARIA DE SALUD-GOB
MADERO 1251 ESQ. MURGUIA. COL. CENTRO C.P.25000
SALTILLO COAH.
01.844.121434

COLIMA

HOSPITAL GENERAL “IXTLAHUACAN”

UNIDAD DE PSIQUIATRIA

SECRETARIA DE SALUD

CALLE ZARAGOZA S/N C.P. 28700 IXTLAHUACAN, COL.

01.313 324 90 45

01313 324 91 56

CHIHUAHUA

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE CHIHUAHUA ICHISAL

KM 6.5 CAR. A CUAUHTEMOC AP POSE-49 C.P. 31020 CHIH CHIH.

01.614 4340065

01614 434-0311

01614 434 04 00

HOSPITAL PSIQUIATRICO “CIVIL LIBERTAD” ICHISAL

IGNACIO ALATORRE 870 SUR COL. CHAVEÑA C.P. 32000

CD. JUÁREZ CHIH.

01.656.612 01 34

01 656 613 15 71

DISTRITO FEDERAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA “DR. RAMON DE LA FUENTE”

SECRETARIA DE SALUD

CALZ. MÉXICO-XOCHIMILCO 101 COL. SAN LORENZO HUIPULCO DEL. TLALPAN

C. P.14370

MÉXICO D. F.

56 55 28 11,

56 55 79 99

56 55 71 20

56 55 30 80

FAX.56 55 04 11

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

“DR. MANUEL VELASCO SUÀREZ”

SECRETARIA DE SALUD

AV. INSURGENTES SUR 3877, COL LA FAMA C.P.14269 MÉXICO D.F.

56063822, 56063995

FX.56062282

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

SECRETARIA DE SALUD

AV. NIÑO JESÚS 2 COL. TLALPAN, TLALPAN C. P.14000

MÉXICO, D. F.

55 75 03 87

55 73 15 00,

55 73 15 50,

FAX 55 73 03 88

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

SECRETARIA DE SALUD

AV. SAN BUENAVENTURA NO. 86.

COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ, TLALPAN C. P.14080 MEXICO D. F.

55 73 91 61

55 73 48 66

FAX.55 73 91 61

HOSPITAL PSIQUIATRICO “SAN FERNANDO”

IMSS

AV. SAN FERNANDO 201. COL TORIELLO GUERRA, TLALPAN

C. P.14050 MÉXICO, D. F.

56 06 21 65

56 06 03 91

FAX 56 06 84 95

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MORELOS

IMSS

SAN JUAN DE ARAGON 311 COL SAN PEDRO EL CHICO DEL. GUSTAVO A MADERO

C. P.07480

MÉXICO, D.F.

55 77 44 19

55 77 60 43

FAX 55 77 72 92

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10

IMSS

CALZ. DE TLALPAN 931, COL NIÑOS HEROES DE CHAPULTEPEC, TLALPAN, C.P.03440

MÉXICO, D.F.

55 79 61 30

55 79 61 22

FAX 55 79 63 59

CLINICA DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRIA TLATELOLCO

ISSSTE

PROL. GUERRERO 346 UNIDAD NONOALCO TLATELOLCO C.P. 06300, MÉXICO, D.F.

55 97 97 54

55 97 97 99

55 83 68 95

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

SSA

PERIFÉRICO SUR 2905 COL. SAN JERÓNIMO LIDICE C.P.10200 MEXICO, D.F.

55 95 68 69

55 95 56 51

FAX 55 95 80 25

HOSPITAL CENTRAL MILITAR

SEDENA

AV. EJERCITO NAL S/N Y PERIFÉRICO. COL. LOMAS DE SOTELO. C.P.11049

MÉXICO, D.F.

55 73 31 00

55 57 97 55

5395 18 81

CLINICA DE SALUD MENTAL

DEPTO DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL. UNAM

CIRCUITO INTERIOR Y CERRO DEL AGUA AP 70167, CD. UNIVERSITARIA C.P.04510

MÉXICO, D.F.

56232128

FAX.56162475

CLINICA FLORIDA

PRIVADA

IZTACIHATL 180

COL. FLORIDA, COYOACAN C.P.1030 MEXICO, D.F.

56 61 04 91

56 63 57 05

FAX.56 63 55 80

SANATORIO ESPAÑOL

PRIVADO

AV. EJERCITO NAL 613, UNIDAD PABLO 10. 1ER PISO, PABELLÓN 9 COL. GRANADA.

C. P. 11520

55 45 31 88

55 31 81 45

FAX 52 54 46 94

CLINICA “SAN RAFAEL”

PRIVADO

INSURGENTE SUR 4177, COL STA. URSULA XITLA, TLALPAN,C.P.14420

MÉXICO, D.F.

56 55 47 99

56 55 04 79

56 55 40 04

FAX 56 55 30 77

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CUAUHTÉMOC

SECRETARIA DE SALUD

COL SANTA MARIA LA RIVERA, C.P. 6400, MÉXICO D.F.

55 41 47 49

55 41 12 24

FAX 55 41 1677

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL ZACATENCO

SECRETARIA DE SALUD

AV. TICOMAN ESQ. HUAUNUCO S/N COL SAN PEDRO ZACATENCO, DEL. GUSTAVO A MADERO C.P.7360

MEXICO, D.F.

57 54 6610

57 54 2205

FAX.57 54 66 01

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA

SECRETARIA DE SALUD

AV. EJE 5 ESQ. GUERRA DE REFORMA DEL. IZTAPALAPA, MÉXICO, D.F. C.P.09310

56 00 45 27

56 94 16 60

DURANGO

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. MIGUEL VALLE BUENO”

SECRETARIA DE SALUD

POBLADO 20 DE NOVIEMBRE DOM CONOCIDO. COL. 20 DE NOVIEMBRE A.P.4-036

C. P.34304

01.618 814 04 79

01 618 814 10 96

CENTRO PSIQUIATRICO LAGUNA

PRIVADO

BLD MIGUEL ALEMAN 905 PTE, ZONA CENTRO. C. P.35000

01 871 714 04 22

01 871 714 44

ESTADO DE MEXICO

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. ADOLFO M. NIETO”

SSA-ISEM

KM. 33 CAR. FED. MEXICO-PIRAMIDES MPO. ACOLMAN, TEPEXPAN

01 594 957 04 82

01 594 957 00 03

CLÍNICA DE SALUD MENTAL “DR. RAMÓN DE LA FUENTE”

DIF ESTATAL

PROLONGACIÓN QUINTANA ROO SUR NO. 905 COL. VILLA HOGAR

C. P. 50170 TOLUCA, EDO. DE MÉXICO

01 722 219 31 52

JALISCO

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE JALISCO

SSA-SSBSE

KM 17.5 ANTIGUA CAR. A CHAPALA, EL ZAPOTE DEL VALLE. MPO. DE TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA

C.P.45640

0133 36 96 02 81

0133 36 96 02 76

0133 36 96 02 01

INSTITUTO JALICIENSE DE SALUD MENTAL

SSA-SSBSE

AV. ZOQUIPAN NO. 1000-A COL. ZOQUIPAN

C. P. 41170, ZAPOPAN, JAL.

0133 36 33 94 74

0133 36 33 95 35

SERVICIO DE PSIQUIATRIA ANTIGUO HOSPITAL CIVIL

SSA-SSBSE

CALLE HOSPITAL 278, SECTOR HIDALGO, C.P.44280, GUADALAJARA, JAL.

0133 36 14 69 88

0133 36 14 55 01

0133 36 14 41 43

HOSPITAL PSIQUIATRICO “SAN JUAN DE DIOS”

PRIVADO

AV, LAURELES #55

C.P.45150

ZAPOPAN JALISCO

0133 36 33 26 71

0133 36 33 27 77

0133 36 56 06 76

HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

HOSPITAL PRIVADO

AV. ZOQUIAPAN 1050COL. ZOQUIAPAN, Jal.

C.P.45170

0136334107

CONM.6334893

UNIDAD DE ORIENTACIÓN Y PSICODIAGNOSTICO

PRIVADO

JUSTO SIERRA 2310, COL. LADRON DE GUEVARA, C.P. 44600 GUADALAJARA JAL.

013 6302002

FAX 6161089

616 44 92

MICHOACÁN

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. JOSE TORRES”

SECRETARIA DE SALUD

MIGUEL ARREOLA 450, COL. POBLADO OCOLUSEN, C.P. 58279

MORELIA MICH.

01 443 314 06 74

01 443 314 55 66

CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL

“COMUNIDAD TERAPEUTICA”

DIF

KM 6.5 CARRETERA A SALAMANCA

A.P. S/G C.P. 58000

MORELIA MICH

01 443 313 99 66

01 443 313 97 05

HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

HOSPITAL PRIVADO

ZARAGOZA 276

CENTRO

C.P. 58000

MORELIA MICH.

01 43 14 00 84

CLINICA TAPIA

HOSPITAL PRIVADO

GOBERNADOR MARIANO JIMÉNEZ 406, COL. NUEVA CHAPULTEPEC C.P.

58260

MORELIA MIC.

01 43 14 50 19

NAYARIT

CENTRO TERAPEUTICO DEL ESTADO DE NAYARIT

BLVD.. TEPIC-JALISCO 346, COL. MIRAVALLS C. P. 63184, TEPIC NAY.

01 321 3 44 25

NUEVO LEON

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MONTERREY

SECRETARIA DE SALUD

CAPTAN MARIANO AZUETA 680 COL. BUENOS AIRES. C. P. 64800 MONTERREY NVO. LEON

01 83 59 12 43

01 83 59 93 01

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA No, 22

IMSS

RAYONES 965 COL. NOGALES C.P. 64260 MONTERREY NVO. LEON

01 81 83 53 08 08

01 81 83 52 30 51

HOSPITAL UNIVERSITARIO

UNIVERSIDAD- GOBIERNO DEL ESTADO

SER. DE PSIQ.

MADERO Y GONZALITOS COL. MITRAS CENTRO

C.P. 64460

MONTERREY NVO. LEON

01 81 83 48 40 91

01 81 83 48 05 85

01 81 83 48 05 86

01 81 83 46 38 74

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MONTERREY

HOSPITAL PRIVADO

COLEGIO CIVIL 133 SUR, COL. CENTRO C. P. 64001

MONTERREY NVO. LEON

01 81 83 42 53 66

01 81 83 42 0280

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES”

PRIVADO

IGNACIO ALLENDE NO. 253 NORTE, COL. CENTRO C. P. 67700, LINARES, N. L.

01 821 212 11 14

01 821 212 35 55

OAXACA

HOSPITAL PSIQUIATRICO “CRUZ DEL SUR”

SECRETARIA DE SALUD.

KM 18.5 CARR OAXACA-SOLA DE VEGA, REYES MANTECON ZIMATLAN,

C. P. 67124 OAX, OAX.

01 951 551 03 33

PUEBLA

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. RAFAEL SERRANO” (EL BATAN)

SECRETARIA DE SALUD

KM 7.5 CARR. PUEBLA- VALSEQUILLO, EL BATAN, C.P. 72573

VALSEQUILLO PUE.

01 222 216 1399

01 222 216 15 40

HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA MUJERES “SAN ROQUE”

MAXIMINO AVILA CAMACHO 607 COL. CENTRO C.P. 72000

PUE. PUE.

0122 42 22 60

HOSPITAL PSIQUIATRICO “NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE

PRIVADO

SERV. DE PSIQ.

PROLONG. MORELO S/N COL. SAN ANDRES CHOCULA. CP.P 72760

CHOLULA PUE.

01 222 247 06 22

01 222 247 08 26

01 222 247 48 97

QUERÉTARO

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL DE QUERÉTARO

SSA

MELCHOR OCAMPO 19 SUR COL. CENTRO ENTRE PINO SUÁREZ Y FCO. I. MADERO

C. P. 76000, QUERÉTARO, QRO.

01 442 214 06 39

01 442 212 16 18

SAN LUIS POTOSÍ

CLINICA PSIQUIATRICA “DR. EVERARDO NEWMANN PEÑA”

SECRETARIA DE SALUD

KM 8.5 CARR A MATEHUALA, ANTIGUO CAMINO DE GOL A.P. 84. C.P. 78430, SOLEDAD DE GRACIANO

SÁNCHEZ S.L.P.

01 444 831 20 23

01 444 831 05 25

SINALOA

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. ALFONSO MILLAN”

SECRETARIA DE SALUD

CARR. A CUILIACANCITO KM 1.8 FRACC. HORIZONTE C. P. 80400

CULIACÁN SIN.

01 667 754 15 10

01 667 754 15 25

SONORA

HOSPITAL PSIQUIATRICO “CRUZ DEL NORTE”

SSA- SEMESON

AV. LUIS DONALDO COLOSIO ESQ. CARLOS QUINTERO ARCE. COL. EL LLANO. A.P. 621

C.P. 83270

HERMOSILLO SON

01 662 216 42 00

01 662 216 54 57,

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. CARLOS NAVA MUÑOZ”

SSA-SEMESON

PROL PINO SUAREZ 182 SUR, COL. CENTRO C.P. 83000 HERMOSILLO SON.

01 662 213 57 06

01 662 217 14 68

UNIDAD DE DESINTOXICACION “UNIDES”

SECRETARIA DE SALUD

DOMICILIO CONOCIDO, AGUA PRIETA SON.

C.P. 84200

TABASCO

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILLAHERMOSA

SECRETARIA DE SALUD

CALLE RAMON MENDOZA RAMON S/N, COL. JOSE MARIA PINO SUAREZ ZONA ASISTENCIASL C.P. 86010,

VILLAHERMOSA TAB.

01 993 357 08 07

FAX 01 993 357 07 89

TAMAULIPAS

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TAMPICO

GOBIERNO DEL ESTADO.

AVE. EJERCITO MEXICANO 1403. COL. ALLENDE

C.P. 89130

TAMP. TAMPS
01 833 213 18 62
01 833 217 06 79
01 833 213 95 38

CLINICA PSICOMEDICA “SAN ROQUE”

PRIVADO
OCAMPO 2917
C.P. 88000 NVO. LAREDO TAMPS.
01 87 5 59 43

VERACRUZ

HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. VICTOR MANUEL CONCHA VAZQUEZ”

SSA-GOB
SUR 23 S/N OTE.2, PLAZA DELA CONCORDIA, CENTRO.C.P.94300 ORIZABA VER
01 272 724 31 89
01 272 724 30 80

CLINICA PSIQUIATRICA “CITLALTEPETL”

PRIVADO
NTE 36 ENTRE OTE 5 Y 7, ATRÁS TOREO “LA CONCORDIA” C.P. 94300, ORIZABA VER.
01 272 724 26 5 8

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. MIGUEL DORANTES MEZA”

SSA- GOB. UNIDAD DE PSIQUIATRIA
CALLE SOCONUSCO 31 AGUASCALIENTES 100, COL. AGUACATAL C.P. 91130, JALAPA VER.
01 228 814 54 10
01 228 814 55 65
01 228 814 46 75

INSTITUTO PSIQUIATRICO VERACRUZANO

HOSPITAL PRIVADO
AVE. URANO, LOTES 3 Y 4, COL. GRANJAS LOS PINOS C.P. 94290. BOCA DEL RIO VER.
01 229 221 54 94
01 229 232 04 37

YUCATÁN

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE YUCATÁN

SSA- GOB

CALLE 116 X159. COL FRANCISCO I. MADERO A.P. 398, C.P. 97230, MERIDA YUC.

01 999 945 15 02

01 999 945 15 42

ZACATECAS

CENTRO DE SALUD MENTAL

SSA

KM. 22.5 CARR. A ZACATECAS-CALERA,

MUNICIPIO DE CALERA, A. P. 71, ZACATECAS, ZAC.

01 492 985 08 45

01 492 985 08 41

SANATORIO SANTA FE

PRIVADO

CALLE HIDALGO 47, COL TECOALECHE C.P. 98600 GUADALUPE ZAC.

01 492 28405

28302 EXT. 21

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

DSM IV
CIE-10

APSIDE	Atención Psicológica en Desastres
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludable
CENAPRED	Centro Nacional de Prevención de Desastres
CNA	Comisión Nacional del Agua
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNVE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
CREE	Centro de Rehabilitación y Educación Especial
CONADIC	Consejo Nacional contra las Adicciones
COVS	Comité Operativo de Vigilancia Sanitaria
DGE	Dirección General de Epidemiología.
DICONSA	Distribuidora CONASUPO
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión
FONDEN	Fondo Nacional de Desastres Naturales
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSAME	Instituto Nacional de Salud Mental
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAUED	Programa de Atención a Urgencias Epidemiológicas y Desastres
PNS	Programa Nacional de Salud
PPC	Programa de Protección Civil
SAGAR	Secretaría de Agricultura
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SERSAME	Servicios de Salud Mental
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAPROC	Sistema Nacional de Protección Civil
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SSA	Secretaría de Salud

UBR
UNAM

Unidad básica de Rehabilitación
Universidad Nacional Autónoma de México

GLOSARIO

Alucinaciones. Alteraciones en la percepción de la realidad sin existir un estímulo presente.

Antropogénico. Orígenes del hombre.

Calidad en el servicio. Se refiere al grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas profesionales y responden de manera adecuada a las expectativas y valores de los pacientes. Las dimensiones de la calidad son: la técnica y la interpersonal.

Capacitación. Es un proceso de educación formal a través del cual se proporcionan conocimientos para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes, con el fin de que las personas capacitadas desempeñen de manera más eficiente sus funciones y actividades.

Crisis de angustia (ataque de pánico). Ataque súbito acompañado de sintomatología neurovegetativa que tiene un componente psiquiátrico.

Comorbilidad. Existencia de dos enfermedades en un mismo individuo.

Ciclón. Perturbación atmosférica de una zona de bajas presiones, caracterizada por fuertes vientos.

Depresión severa. Trastorno mental caracterizado por tristeza, desilusión, abatimiento, ideas de muerte y disfuncionalidad social, que requieren intervención inmediata.

Deslizamientos de suelo. Los deslizamientos y los derrumbes son movimientos hacia abajo de masas de terreno, hasta encontrar un nuevo equilibrio dinámico. Según el tipo de movimiento: la profundidad de la capa de terreno que se desplaza y la cantidad de agua que acompaña al desprendimiento de las masas de tierra, se distingue al deslizamiento del derrumbe. El deslizamiento es más superficial que el derrumbe.

Diagnóstico. Es la conclusión a la que se llega como resultado del análisis y evaluación de un conjunto de datos que presenta una persona o situación, tal y como ocurre con los signos y síntomas en un laboratorio.

Embotamiento emocional. Situación en la cual se agolpan las ideas y los sentimientos, perdiendo el sentido de la claridad y el poder de decisión lógica.

Empatía. Simpatía mutua entre dos personas. En la relación terapéutica implica la aceptación del paciente de su terapeuta y viceversa.

Equidad. Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En política de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal, a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Epidemiología. Rama de la medicina que se encarga de la distribución y comportamiento de las enfermedades en una población y época determinada.

Erupción. Tipo de actividad volcánica caracterizado por proyección de material sólido, líquido y gaseoso a través de un cráter.

Escucha activa. Implica no solamente oír lo que dice la persona, sino descifrar los mensajes que envía con toda su actitud corporal.

Estados disociativos. Son trastornos mentales de origen inconsciente en los cuales la persona se aleja de su propio Yo a través de sus actitudes, pensamientos y acciones.

Estrategia. Es la descripción del camino a seguir por las grandes líneas de acción contenidas en las políticas del programa. Determina las directrices y orientaciones fundamentales para alcanzar los objetivos del programa e incluye prioridades, metas, criterios operativos y responsabilidades. Establece la selectividad y el ritmo de las acciones.

Estrés. Reacción del cuerpo humano ante eventos sociales, biológicos y psicológicos que le toque vivir.

Estrés agudo. Lo anterior de una manera exacerbada, abrupta y que requiere de intervención inmediata

Evaluación. Proceso que permite conocer, mediante instrumentos y técnicas específicas, los logros y los resultados alcanzados por la aplicación de un programa. Al mismo tiempo, esta valoración brinda la oportunidad de hacer correcciones y ajustes para mejorar la operación del programa con el propósito de llegar a obtener mejores resultados.

Evolución. Es el proceso que sigue un trastorno o enfermedad que puede ser hacia la mejoría, hacia la curación, hacia la cronicidad, hacia el empeoramiento o la muerte.

Factor estresante. Es la causa principal del desarrollo de un trastorno por estrés postraumático.

Gasto catastrófico. Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera al ingreso percibido por el hogar descontando el gasto destinado a cubrir alimentación o vivienda.

Grupos de riesgo. Es la condición de las familias o personas que debido a su edad, género, origen étnico o limitaciones físicas presentan mayores riesgos en su salud, en su integridad física, mental o social y en su desarrollo como personas plenas, que al hacerse presentes en determinados grupos, los convierte en grupos de riesgo. Además de lo anterior, en los casos de desastre, estos grupos son aquellos que están más expuestos a sufrir daños por vivir en zonas riesgosas, como pueden ser los asentamientos irregulares, las laderas de las montañas, las márgenes de los ríos, zonas sísmicas, etcétera.

Hiperestimulación. Estimulación aumentada.

Huracán. Un huracán es un viento cuya velocidad es igual o excede los 115 Km. por hora. En el área del Caribe los huracanes se llaman también ciclones.

Ilusiones. Es la deformación de la realidad percibida por nuestros sentidos, habiendo un estímulo presente.

Incendio catastrófico. Gran incendio que se propaga por extensas zonas y está fuera de control.

Incidencia. Número de nuevos casos que se producen en un periodo de tiempo.

Indicadores. Denotan mediciones individuales, como elementos específicos que reflejan directamente el atributo medido.

Medición cualitativa. Incluye la descripción de las actividades llevadas al cabo, la utilización de recursos y la calificación técnica del personal. Su propósito es brindar un punto de vista dinámico del proceso, que incluya también las dificultades en el desarrollo del programa y si existieron cambios en lo previsto.

Medición cuantitativa. Se refiere a la medición entre las metas planteadas y las metas alcanzadas. Generalmente se expresa en porcentajes de avance.

Medición del impacto. Es la evaluación del efecto de varias acciones preventivas efectuadas en un tipo de población, en el largo plazo y dentro de un periodo determinado. Puede referirse a la variación en las cifras de incidencia y prevalencia, en las tasas de morbilidad y mortalidad, consumo *per cápita*, cambios en las políticas y programas institucionales, etcétera.

Meta. Es la expresión cuantificada de las acciones que se espera realizar en la aplicación del programa, en un tiempo y lugar determinados.

Objetivo. Es la expresión cualitativa de los propósitos que se pretenden alcanzar en un tiempo y espacio determinados, además especifican con claridad la finalidad de realizar una determinada acción.

Patrón de evitación. Secuencia de hechos que puede manejar un sujeto para no repetir o evitar un evento traumático.

Participación comunitaria. Es la acción tendiente a propiciar y facilitar la integración y coordinación de los miembros de una comunidad para que intervengan en la identificación y solución de problemas que les sean comunes, así como en el mejoramiento de dicha comunidad.

Participación social. Es una estrategia por medio de la cual, las instituciones del sector promueven la intervención de la comunidad para resolver de manera conjunta sus problemas de salud, y lograr que los diversos ámbitos de gobierno respondan a sus necesidades y demandas. En oposición a un concepto de comunidad receptiva, la participación social implica el acuerdo entre las instituciones de salud y la comunidad, y su impulso requiere de acciones de promoción, capacitación, comunicación y concertación.

Plagas. Gran cantidad de insectos o animales que destruyen los cultivos.

Prevención. En el campo de la salud, es un conjunto de acciones que permiten evitar la aparición o detener la evolución de cualquier enfermedad, así como prepararse anticipadamente para evitar los riesgos de adquirirla.

Programa. Es una descripción por escrito de una secuencia de acciones afines y coherentes, por medio de las cuales se pretenden alcanzar objetivos y metas previamente determinados en su planeación.

Protección financiera. Estrategia del Sistema de Salud que busca garantizar la seguridad financiera de la población a través de la promoción del pago anticipado por la atención a la salud, el establecimiento de un financiamiento justo de la atención y, la prevención de gastos excesivos y potencialmente catastróficos debidos a la búsqueda y resolución de las necesidades de salud.

Rapport. Se refiere a una comunicación y escucha empáticas, con preocupación e interés genuinos.

Rasgos antisociales de la personalidad. Es un cúmulo de características que obligan al sujeto a actuar en contra de las reglas establecidas sin sentimientos de culpa.

Rasgos dependientes. Patrones de conducta por inmadurez y poca estructura yoica que nos llevan a buscar la facilidad de que alguien resuelva nuestros problemas.

Rasgos límites. Es un cúmulo de conductas que dificultan la relación con los demás y con la vida misma.

Rasgos paranoides. Características de la personalidad que consisten en pensar que todos nos observan, nos vigilan o hablan de nosotros. Puede no desarrollar un trastorno mental.

Reexperimentación. Es el hecho de revivir una experiencia previa.

Reacción al estrés agudo. Es un trastorno transitorio que se desarrolla en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días.

Salud mental. Es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental.

Sequías. Mucha menos agua de la que necesitan las personas o los cultivos.

Síntoma. Es la sensación subjetiva de una enfermedad que es percibida por el paciente como una sensación propia que puede comunicar (dolor, náusea, angustia, etcétera).

Sintomatología. Es una serie de datos subjetivos que experimenta el paciente en determinado trastorno.

Síntomas autónomos. aumento de la frecuencia cardiaca, de la hipertensión arterial, sudación, etc.

Sismos. Fenómeno vibrátil que libera mayor cantidad de energía que un temblor y que ocasiona grandes o totales daños en las instalaciones, además de variaciones en la morfología terrestre del área afectada.

Tornado. Fuerte vendaval en forma de embudo, que gira sobre el terreno siguiendo una estrecha trayectoria.

Trastorno por estrés agudo. Su característica principal es la aparición de ansiedad y síntomas disociativos que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo

Trastorno por Estrés Postraumático. El trastorno por estrés postraumático se define como un conjunto de síntomas que la persona desarrolla después de haber sido testigo, haber participado, o haber escuchado un “suceso traumático estresante en extremo”.

Trauma prolongado. Exposición continua a una situación de sufrimiento psíquico o moral.

Tsunami. Serie de olas marinas gigantes que se abaten sobre las costas.

Triage. Término de origen francés que significa clasificación o selección. En el área de salud se entiende un proceso dinámico mediante el cual se determina el orden de prioridades.

Unidades que prestan atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Establecimientos de salud que disponen de camas y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan un trastorno mental.

Vulnerabilidad. Situación de desventaja ante los eventos de la vida, con respuestas pobres de adaptación.