

Planificación de Salud Mental y Conductual ante Emergencias de Salud Pública y Desastres

Fecha: 5 de mayo, 2020

Horario: 6:00pm

Plataforma: ZOOM

Recurso: Liza I. Millán- Pérez, Ph.D.

PRIMERA PARTE:

Intro a la Salud Mental y Conductual (SMC)
ante Emergencias de Salud Pública y Desastres

Enfoque “All Hazards”

Se asume que la respuesta a desastres de todo tipo (“*all-hazards*”) es responsabilidad del nivel local primero. La respuesta a cualquier desastre siempre inicia localmente. Así mismo, la capacidad para poder responder a las consecuencias psicológicas de los desastres debe organizarse e implementarse desde el *nivel local primero*. Los planificadores a nivel local deben entender las necesidades culturales, sociales y psicológicas de su área, para poder comunicarlas.

La respuesta del nivel estatal se integra a la estructura organizacional de la respuesta local y regional. Los recursos humanos que sean movilizados por el estado deben apoyar y organizarse en la estructura local y/o regional que se haya organizado, ya que responden primero. El deber del estado es aumentar, **más no sustituir**, las estructuras que ya proveen servicios de SMC a nivel comunitario y local.

Consideraciones sobre la Planificación para SMC

- Cada **Plan de Emergencias y/o Desastre** que sea desarrollado a *nivel individual* y que busque implementarse exitosamente, **debe incluir** un componente de planificación para SMC, que contemple sobrevivientes, rescatistas, recibidores, manejadores de emergencias, voluntarios y familiares (del personal de respuesta, de las víctimas fatales y de los sobrevivientes) y la comunidad en general (IOM, 2012).
- Implica identificar, considerar y adiestrar sobre las **necesidades específicas** (cognitivas, de acceso y funcionales) de las poblaciones más vulnerables.
- La proporción de víctimas que presentarán algún problema de salud mental o conductual luego de un desastre será **mucho mayor** que la proporción de víctimas que presenten heridas físicas (30-40%, IOM, 2012).

Elementos de la Respuesta de SMC ante Emergencias de Salud Pública y Desastres

Elemento #1: <i>Identificación de las Necesidades de Salud Mental y Conductual</i>	Elemento #2: <i>Promoción de Resiliencia y Destrezas de Adaptación/Afrontamiento</i>	Elemento #3: <i>Intervenciones Específicas</i>
• Triage Psicológico Individual • Vigilancia de Salud Mental y Conductual	• Primeros Auxilios Psicológicos • Psico- educación • Apoyo para la resiliencia comunitaria • Capacitación para la resiliencia comunitaria	• Evaluación Secundaria • Referidos • Intervención en Crisis • Apoyo por Mortalidad • Grupos de Defensoría (<i>Advocacy Groups</i>)

Limitaciones de la Planificación

- Aunque a continuación se presentan algunas estrategias de planificación e intervención basadas en evidencia, las mismas no definen un único estándar de cuidado para SMC durante una crisis en salud pública. **Todo dependerá siempre de la magnitud del evento y de la capacidad de respuesta de los recursos existentes.**
- Por lo tanto, **no se debe considerar la respuesta totalmente *inclusiva* (varios modelos), ni exclusiva (un sólo modelo).** *La última decisión relacionada al tratamiento definitivo a ser brindado debe ser tomada por personal clínico, a su mejor juicio y según las mejores prácticas de la profesión, evaluando las circunstancias que presente el paciente o su familia, el diagnóstico y las opciones de tratamiento que están disponibles luego de la emergencia.*

Limitaciones de la Planificación

Según Flynn (2003):



Acciones específicas para aumentar el valor y la efectividad del proceso de planificación

- Establecer claras líneas de comunicación, independientemente de los protocolos individuales, y definir cómo éste se inserta en el protocolo de la agencia líder.
- Identificar recursos disponibles, describir la capacidad y límites, para evitar duplicidad de esfuerzos.
- Identificar las actividades que realizan las entidades después de una emergencia, definir cómo determinan la prioridad para visitar comunidades y describir cómo sería el procedimiento cuando el DSPR emite una solicitud.
- Discutir acciones concretas que protejan a personas afectadas económicamente.
- Definir el rol y la responsabilidad de cada miembro/ *stakeholder*.
- Unificar los protocolos de respuesta interagencial.
- Discutir estrategias para la atención a primeros respondedores y manejadores de emergencias.
- Asignar las tareas por temas o por áreas, para agilizar la discusión del grupo.

SEGUNDA PARTE:

Ciclo de Emergencias y Fases Psicológicas de los Desastres

Ciclo del Manejo de Emergencias

4 FASES



Fuente: Ciclo del Manejo de Desastres (FEMA)

6 Fases *Psicológicas* de los Desastres

Fase 1: Pre-Desastre	• Se caracteriza por la pobre percepción del riesgo, el miedo y la incertidumbre. ✓ Desastres <i>sin avisar</i> generan: ➤ Vulnerabilidad, falta de seguridad, miedos acerca del futuro, tragedias sin precedentes, sensación de pérdida de control o pérdida de la habilidad para proteger a la familia y así mismo/s ✓ Desastres <i>que avisan</i> generan: ➤ Culpabilidad
Fase 2: Impacto <i>Es la Fase más corta</i>	• Se caracteriza por reacciones emocionales intensas. ✓ Dependiendo del desastre (si avisa o no): ➤ <i>Shock</i>, pánico, confusión inicial y desconfianza en los esfuerzos ➤ Luego, se focaliza en la auto- preservación y protección familiar
Fase 3: Heróica <i>Es corta y pasa rápido a la Fase 4</i>	• Se caracteriza por altos niveles de actividad, pero con bajos niveles de productividad. ✓ Sentimientos altruistas ✓ Conductas de rescate que son inducidas por adrenalina ✓ Se afecta la evaluación individual y colectiva de los riesgos

6 Fases *Psicológicas* de los Desastres

Fase 4: Luna de Miel <i>Tarda semanas, típicamente</i>	• Se caracteriza por cambios dramáticos en las emociones. ✓ Hay recursos de asistencia disponibles ✓ Ocurre cohesión comunitaria ✓ Hay optimismo de que todo volverá rápido a la normalidad ✓ Existen muchas oportunidades para que organizaciones establezcan <i>rapport</i> con las poblaciones afectadas, y para crear relaciones con <i>stakeholders</i>
Fase 5: Desilusión <i>Tarda de meses- años, y se altera por la presencia de uno o más detonantes/ catalizadores (triggers)</i>	• Se caracteriza por la realización de que la asistencia para el desastre es limitada. ✓ Desaliento ✓ Estrés ✓ Reacciones negativas (cansancio físico/ mental y uso/ abuso de sustancias) ✓ Sentimientos de abandono ✓ Aumenta la demanda de servicios de salud mental y conductual
Fase 6: Reconstrucción/ Recuperación <i>Comienza usualmente luego del primer aniversario y tarda hasta varios años</i>	• Se caracteriza por un sentimiento general de recuperación. ✓ Individuos y comunidades comienzan a asumir la responsabilidad de reconstruir sus vidas, y comienzan a adaptarse a una nueva realidad, mientras continúan sus procesos de duelo y pérdida

Reacciones Típicas luego de un Desastre



TERCERA PARTE:

Elementos Esenciales de Información y Prioridades de la Planificación

EEI's

1. Zonas de NMEAD activadas
2. Cantidad de Refugios abiertos y lugar de ubicación
3. Activación del COE Estatal
4. Estatus y Disponibilidad de Recursos y Equipos
 - a. *Personal Voluntario Disponible (equipos de respuesta)*
 - b. *Evaluación Física y Emocional del Personal*
 - c. *Equipos de Protección Personal*
 - d. *Suplidos de Medicamentos*
5. Estatus de Infraestructura Crítica
 - a. *Sistemas de Comunicación*
 - b. *Cisternas y Generadores*
6. Directorio para las Comunicaciones
7. Organigrama de Respuesta
8. Evaluación de Daños
 - a. *Servicios disponibles por Región de Salud*
9. Censo de Camas Psiquiátricas y Psiquiátricas Pediátricas en Uso y Disponibles (si aplica)
10. Planes, Protocolos, Guías activados por el DSPR, ASSMCA y por las organizaciones recurso del Comité
11. Materiales Informativos de Salud Pública y de Comunicación de Riesgos
12. Documentos Esenciales a ser completados para documentar el esfuerzo (Hojas para: la Evaluación Individual y Comunitaria; Evaluación de Daños Evaluación Necesidades de SMC).

ASSMCA: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.

NMEAD: Negociado de Manejo de Emergencias y Administración de Desastres.

Prioridades para la Planificación

Sección	Recomendación
Parte 1: Prioridad de la Planificación	• Mayor representación de los hospitales psiquiátricos en las reuniones, para desarrollar mejores planes de acción. Es importante que puedan ofrecer alternativas en casos de desastres, ya que los hospitales de salud física limitarán su atención a estos pacientes. • Incluir como prioridad a los refugios de menores y mujeres maltratadas en la planificación, por los altos niveles de estrés y múltiples estresores pre- existentes. • Incluir también a envejecientes, personas sin hogar y pacientes de salud mental con trastornos severos. • Incluir en el Comité a NGO's, y a medios de comunicación. • Incluir a pacientes que reciben servicios fuera de ASSMCA (planes médicos VITAL/gobierno y privados). • Añadir mujeres embarazadas como parte de los grupos vulnerables.

Prioridades de SMC

Planificación

1. Responder a los desastres focalizando en la salud mental/ conductual como necesidad básica humana, mientras se coordina la respuesta de SMC en base a la población afectada, utilizando herramientas que estén basadas en evidencia.
-
2. Disminuir el impacto psicológico de los desastres en la población puertorriqueña, mediante la promoción de la resiliencia psicológica en los respondedores y trabajadores, en las comunidades y en la población general, antes y durante un desastre.
-
3. Proveer herramientas para la mitigación de las vulnerabilidades de salud mental y conductual a largo plazo, implementando actividades en la fase de recuperación, a través de programas especializados de consejería en crisis, así como otras intervenciones de SMC basadas en evidencia para este tipo de situaciones.

Respuesta

1. Proteger la salud mental y conductual, la seguridad personal y el bienestar de respondedores y trabajadores de respuesta y recuperación.
2. Promocionar la resiliencia psicológica y emocional en respondedores, trabajadores y en la población general.
3. La meta final es lograr que las operaciones normales de los servicios de SMC sean restauradas lo antes posible y así minimizar el impacto en los servicios existentes.

Fuente: Comité de Expertos en SMC ante Emergencias de Salud Pública y Desastres, 2019.

Actividades por Fase de Emergencia

Mitigación	Preparación	Respuesta	Recuperación
1. Reuniones de planificación 2. Psico- educación: *Educación Pública *Preparación de Liderazgo *Preparación Sostenida *Funciones de Liderazgo	1. Análisis de Vulnerabilidad de Riesgos 2. Análisis de recursos por agencias 3. Adiestramientos, Ejercicios de Discusión, Funcionales, Protocolos, Procedimientos 4. Procesos de Comunicación 5. HavBed Reports (psiquiátricas y psiquiátricas pediátricas) 6. Identificación de lugares alternos 7. Mantener el Situational Awareness 8. EM- Resources (Hospitales) 9. Mantener el Directorio de sus recursos actualizado 10. Identificación de fondos de preparación 11. Mantener capacitado al Equipo de Respuesta de SMC en Desastres 12. Promover la integración de los "essential partners" 13. Establecer acuerdos de colaboración con organizaciones de voluntariado para ser activadas durante emergencias y/o desastres (ej. MRC, PROVAD)	1. Mantener el <i>Situational Awareness</i> 2. Coordinar recursos de salud mental y conductual 3. Evaluar la necesidad y disponibilidad de recursos 4. <i>HavBed Reports</i> (psiquiátricas y psiquiátricas pediátricas) 5. Proveer ayuda en las operaciones de respuesta (ESF 8, Servicios Médicos)	1. Identificar acciones correctivas del evento/ESP 2. Identificar fondos especiales o de emergencia 3. Entrar en acuerdos de recuperación 4. Identificar y apoyar iniciativas de resiliencia 5. Rehabilitar todos los recursos (utilidades, equipos y servicios a su estado previo a la emergencia)

Estrategias para la Prestación de los Primeros Auxilios Psicológicos en Emergencias/ Desastres

Tempranas	Intermedias	Largo Plazo
1. Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment (ACT) 2. Cognitive Behavioral Therapy for Acute Stress Disorder (CBT for ASD) 3. Community Emergency Response Teams (CERT) 4. Consultation, Outreach, Debriefing, Education, and Crisis Counseling Disaster Mental Health Service Model (CODE-C DMHSM) 5. Crisis Counseling Assistance and Training Program (CCP) 6. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) 7. Early Psychological Intervention (EPI) 8. The Families' GOALS Project: Going on After Loss 9. Group Crisis Intervention: Public Mental Health Service Delivery Protocols: Group Interventions for Disaster Preparedness and Response 10. Healing After Trauma Skills (HATS) 11. National Organization for Victim Assistance (NOVA) Crisis Response Team (CRT) 12. Operation Solace Program Model 13. Psychological First Aid (PFA) 14. The PFA RAPID Model 15. Nebraska PFA 16. PFA for Schools 17. Building Workforce Resilience Through the Practice of Psychological First Aid—A Course for Supervisors and Leaders (PFA-L) 18. PsyStart Rapid Mental Health Triage and Incident Management System 19. Listen, Protect, Connect Model of PFA 20. Recovery Efforts After Adult and Child Trauma (REACT) 21. Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment (SBIRT) 22. Seeking Safety 23. Wave Riders 24. Mental Health First Aid (MHFA)	1. Cognitive Behavioral Therapy for Post-Disaster Distress (CBT-PD) 2. Classroom-Based Intervention (CBI) 3. Cognitive Behavioral Intervention in Schools (CBITS) 4. Mind/Body Therapies 5. Skills for Psychological Recovery (SPR) 6. Specialized Crisis Counseling Services (SCCS) 7. Writing for Recovery	1. Cognitive Processing Therapy (CPT) 2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) 3. Stress Inoculation Training (SIT) 4. Prolonged Exposure Therapy 5. Psychodynamic Psychotherapies 6. Skill Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR) 7. Systematic Desensitization 8. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) 9. Trauma Systems Therapy (TST)

CUARTA PARTE:

Rol de los Profesionales de SMC ante Emergencias de Salud Pública
y Desastres

Rol de los Profesionales de SMC

Pre- Desastre (Preparación)	Impacto Inmediato (Fases Heróica y de Luna de Miel)	Impacto Tardío y Recuperación (Desilusión)
1. Realizar actividades de Educación Pública: » Educación en destrezas de vida y sobrevivencia » Educación en salud mental en desastres	1. Pertenecer a un equipo de apoyo (relief) multidisciplinario.	1. Proveer cuidado a pacientes de salud mental.
2. Establecer Red de Respuesta ante Desastres y para desarrollar acuerdos de colaboración.	2. Realizar evaluación rápida (vigilancia de salud mental/ conductual) sobre: » Magnitud del impacto psicológico, » Recursos de salud mental comunitarios disponibles » Evaluación de necesidades, perspectivas sociales, culturales y religiosas de la comunidad afectada	2. Proveer atención y seguimiento a referidos.
3. Proveer adiestramientos tipo train-the-trainer, en temas relacionados a: » Salud mental en desastres, primeros auxilios (físicos y psicológicos) » Destrezas de consejería, manejo de estrés, » Identificación de desórdenes mentales comunes vs no comunes, » Procedimientos para referidos	3. Proveer atención y cuidado a la salud: » Primeros auxilios médicos y psicológicos, » Manejo de pacientes con condiciones pre-existentes, » Intoxicación de sustancias y síndrome de retirada en sobrevivientes, » Intervención en crisis » Sistema para referidos	3. Continuar trabajando y aumentando la capacidad de respuesta y recuperación de: » Individuos, comunidades y organizaciones/agencias

Rol de los Profesionales de SMC

Pre- Desastre (Preparación)	Impacto Inmediato (Fases Heróica y de Luna de Miel)	Impacto Tardío y Recuperación (Desilusión)
4. Proveer psico-educación relacionada a la salud mental en trauma/desastres para la población general.	4. Proveer intervenciones específicas de salud mental en desastres a personas necesitadas, prestando particular atención a las poblaciones más vulnerables y a riesgo	4. Adiestrar a miembros comunitarios que son recursos claves: » Médicos, personal de salud primaria, personal paramédico, proveedores de medicina alternativa » Maestros de escuela » Líderes religiosos y espirituales
5. Ofrecer apoyo a nivel comunitario y adiestramientos en temas de resiliencia comunitaria.	5. Crear equipos de alcance multi- disciplinarios en desastres y proveer cuidado de SMC.	5. Realizar alcance/ impacto comunitario.
6. Realizar actividades para fortalecer la Información, Educación y Comunicaciones.	6. Promover resiliencia y destrezas de manejo (coping).	6. Apoyar la Estructura Comunitaria
	7. Trabajar con el estrés en las víctimas y los trabajadores de respuesta.	7. Trabajar el Estigma y Discriminación
	8. Acoger el duelo en masa.	8. Evaluar todas las acciones, intervenciones y mecanismos para obtener o proveer retro- comunicación (feedback).
	9. Colaborar con agencias administrativas y de financiamiento.	
	10. Proveer educación en Salud Mental (do's & don't's) para: » Personal administrativo, a líderes locales y al público en general » Utilizar medios de comunicación masivos para dirigirse a sobrevivientes	
	11. Iniciar colaboración con agencias locales, para aumentar capacidad y con agencias externas, para proveer apoyo.	
	12. Desarrollar investigación para planificación de la respuesta.	

QUINTA PARTE:

Estrategias para la Resiliencia de la Fuerza Laboral

Recomendaciones al Personal

Antes	Durante	Después
Practicar para el Rol: Domine su Tarea	Ponga su Plan Personal de Desastres en Movimiento (incluyendo plan familiar y plan del hogar)	Reconozca que aumentará su estrés personal
Haga del Manejo del Estrés un Asunto Prioritario	Tome medidas para prevenir el estrés mientras está en labores	Conozca de ante mano a dónde puede referir sobrevivientes, para que pueda entonces CONECTARLOS con los servicios que requieren
Prepare y planifique junto a sus seres queridos	Implemente sus Técnicas para el Manejo de Estrés	Conserve su energía
	Practique <i>self awareness</i>	Tome tiempo alejado de la escena.
		Utilice destrezas para el manejo del estrés
		Enfóquese en la reintegración

Recomendaciones a la Organización

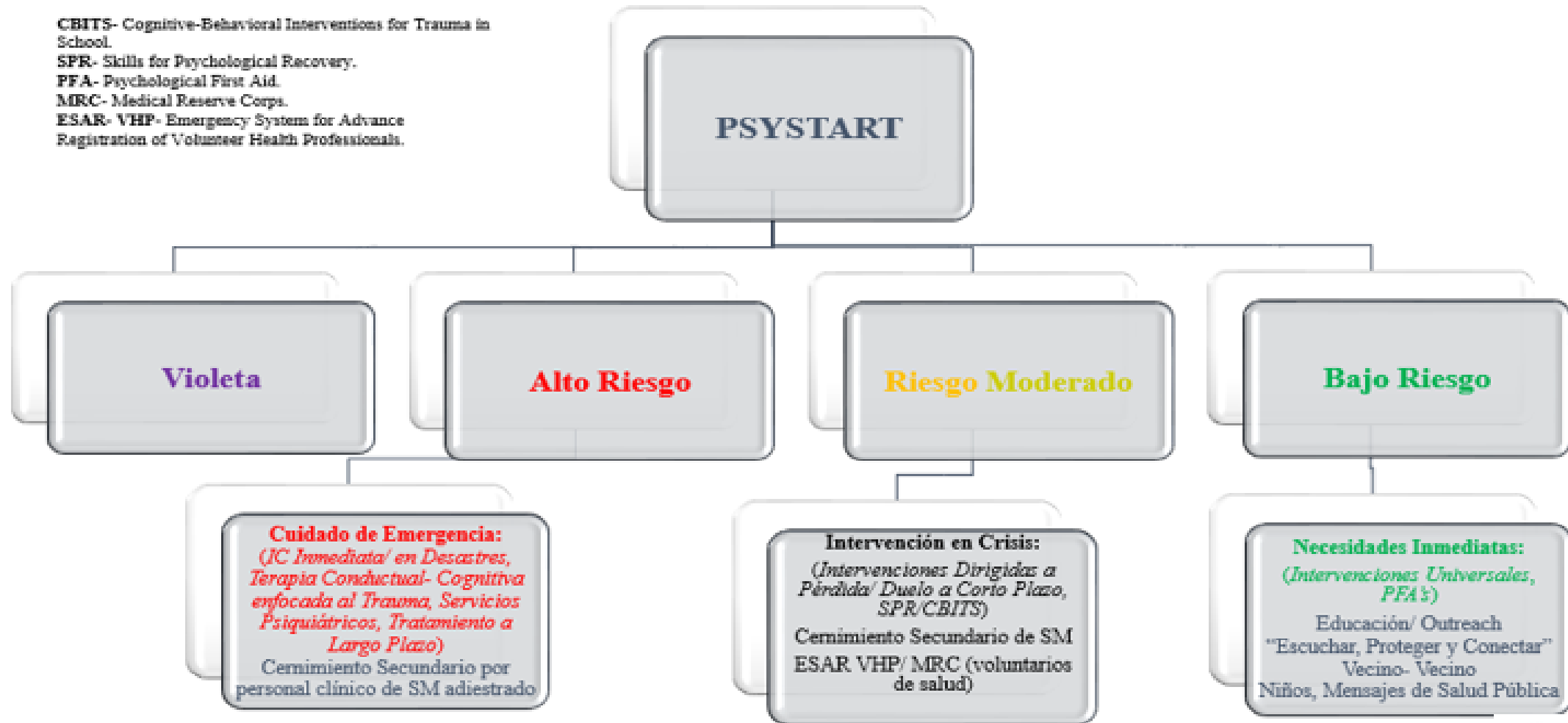
Antes	Durante	Después
Comenzar la preparación al personal	Promover el trabajo en pares o equipos	Regresar al hogar
Comenzar la preparación organizacional y de los equipos de trabajo	Limitar los horarios de trabajo	Reconocer que aumentará el estrés personal
Proveer para la seguridad de los familiares del personal	Utilizar técnicas para el manejo del estrés	Conocer de ante mano a dónde puede referir sobrevivientes
Asegurar el apoyo social y organizacional	Mantener bitácora o libro de anotaciones	
	Apaciguar o “ <i>Defuse</i> ” al personal regularmente	
	Facilitar llamada al hogar o el contacto con familiares regularmente	
	Promover cierres un vez se culminen las operaciones de respuesta	

SEXTA PARTE:

Triage, Escenarios para Colaborar y Patrón de Referidos

Flujograma de Triage RAPID/PSYSTART

CBITS- Cognitive-Behavioral Interventions for Trauma in School.
SPR- Skills for Psychological Recovery.
PFA- Psychological First Aid.
MRC- Medical Reserve Corps.
ESAR- VHP- Emergency System for Advance Registration of Volunteer Health Professionals.



Fuente: Schreiber, 2010. The Psystart Disaster Mental Health and Incident Management System. Elaborador por: OPCRSP, DSPR, 2016.

Posibles Escenarios para Colaborar:

1. Hospitales, incluyendo psiquiátricos (PRHCC)	6. Centros de Asistencia Familiar (FAC) o Centros de Recepción y Servicios
2. Centros de Operaciones de Emergencias (COE/EOC)	7. Puntos de Recolección de Cadáveres y Víctimas (VIC)
3. Lugares de apoyo al personal de respuesta o estaciones de descanso	8. Centros y Líneas de Crisis y de Información Pública
4. Puntos de Distribución de Medicamentos (POD) o Centros de Asistencia Local	9. Lugares abiertos y naturales de cada comunidad para congregación: <i>Escena</i> <i>Parques</i> <i>Estacionamientos vacíos</i>
5. Lugares de Aislamiento o Cuarentena (NPI)	10. Refugios
	11. Escuelas
	12. Negocios
	13. Iglesias

¿Cuándo Referir?

- Desorientación
- Depresión significativa
- Ansiedad
- Condición mental pre- existente
- Dificultad para cuidar de sí mismo/a
- Planes o pensamientos suicidas u homicidas
- Uso problemático de alcohol o drogas
- Violencia doméstica, violencia sexual, maltrato de menores o de envejecientes

Criterios para Referir a un Próximo Nivel de Cuidado

Persona presenta alguno de los siguientes:	
✓ Problemas significativos de memoria	✓ Verbalizaciones o acciones suicidas/ homicidas
✓ Inhabilidad para desempeñar las funciones diarias necesarias	✓ Síntomas psicóticos
✓ Inhabilidad para cuidar de las necesidades propias	✓ Emociones excesivamente planas (embotadas), inhabilidad para motivarse a actuar, y síntomas de retirada seria
✓ Inhabilidad para comenzar con tareas de limpieza o para solicitar para la ayuda necesaria	✓ Ocurrencia frecuente de pensamientos recurrentes (<i>flashbacks</i>), pesadillas excesivas y llanto excesivo
✓ Inhabilidad para tomar decisiones simples	✓ Regresión a una etapa temprana del desarrollo
✓ Preocupación con un solo pensamiento	✓ Coraje o ira inapropiada y/o agresiones a otros
✓ Repetición de rituales	✓ Episodios de disociación
✓ Abuso de alcohol o drogas	✓ Reacción inapropiada a eventos detonantes
✓ Verborrérico- demuestra extrema presión al hablar	✓ Referido clínico será para atender condiciones médicas con amenazas a la vida

Procedimientos para Referidos

Escenario	Nivel de Cuidado		
	<i>Cuidado Ambulatorio</i>	<i>Cuidado Parcial</i>	<i>Hospitalización</i>
1. Desde la Escena			
2. Desde un Refugio; FAC; VIC			
3. Desde un COE; áreas de descanso del personal			
4. Desde la Comunidad			

GRACIAS POR SU ATENCIÓN
liza.millan@salud.pr.gov