

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"**

**PLAN DE RESPUESTA PSICOSOCIAL FRENTE A
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGOS

AUTOR: TERESA IVONNE PONCE SANCHEZ




.....
D. TERESA PONCE SANCHEZ

Diciembre 2021

INDICE

TABLA DE CONTENIDO

1. TITULO.....	Pág. 3
2. INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL.....	Pág. 3
3. INTRODUCCION.....	Pág. 3
4. BASE LEGAL.....	Pág. 4
5. ESTIMACIÓN DEL RIESGO.....	Pág. 5
6. OBJETIVO DEL PLAN DE RESPUESTA	Pág. 11
7. ACCIONES DE RESPUESTA.....	Pág. 11
8. ACTIVACIÓN DEL PLAN.....	Pág. 19
9. RED DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	Pág. 20
10. INSTITUCIONES DE APOYO.....	Pág. 20
11. FIN DE LA EMERGENCIA.....	Pág. 20
12. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	Pág. 20
13. ANEXOS.....	Pág. 21




P. J. S. PONCE SÁNCHEZ

PLAN DE RESPUESTA PSICOSOCIAL FRENTE A EMERGENCIAS Y DESASTRES

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Nombre de la institución:	Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
Disa/Diresa/Diris:	Diris Lima Centro
Director General:	M.C. Luis Pancorvo escala
Responsable de AFGRD- HEJCU 068:	Mg. Katia Martinez Quiroz
Dirección:	Av. República de Panamá 6399- MIRAFLORES
Teléfono:	(01)2040900
Correo Electrónico:	gestionderiesgos@hejcu.gob.pe
Página Web:	http://www.hejcu.gob.pe/
Nivel de Complejidad:	III - E
Fecha de Elaboración del Plan:	Diciembre - 2021

3. INTRODUCCION

Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, como entidad pública está inscrito en el marco de la Ley del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo – SINAGERD – teniendo la función desarrollar el Proceso de Gestión de Riesgo de Desastres, de las cual se tiene la necesidad de la implementación de un plan de Respuesta Psicosocial frente a Emergencias y Desastres en su jurisdicción, el presente plan tiene como componente la formulación y desarrollo de la intervención institucional disminuyendo el impacto psicológico de los recursos humanos (que dan la respuesta en la atención de víctimas en desastres) y de las víctimas (familiares, población de la jurisdicción).



Es indudable que el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa tiene un nivel de vulnerabilidad estructural y no estructural, así mismo su alta densidad poblacional de atenciones diarias crean más la posibilidad de poder reaccionar inadecuadamente a los servidores de dicho nosocomio ante un evento de gran magnitud así mismo las atenciones que se tendrá por desastres, que

puedan provenir de la población de diferentes distritos de Surco, Barranco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, en razón de su cercanía afectaran la reacción y la manera de respuesta.

4. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú
- Ley General de Salud N° 26842.
- Ley N° 29664 Crea el Sistema Nacional de Gestión Del Riesgo de Desastres (SINAGERD).
- Reglamento de la Ley N° 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres – DS – 048 – 2011 – PCM.
- Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General
- Ley N° 30779, Ley que dispone medidas para el fortalecimiento del sistema nacional de gestión del riesgo de desastres (SINAGERD).
- Decreto Supremo N° 027-2017-SA Aprueba la Política Nacional de Hospitales Seguros frente a los desastres.
- Decreto Supremo N° 001-A-2004-DE/SG que aprueba el plan Nacional de prevención y atención de desastres.
- Resolución Suprema N° 009-2004-SA que aprueba el plan sectorial de prevención y Atención de Desastres del sector salud.
- Ley N ° 28551 Ley que establece la Obligación de Elaborar y Presentar Planes de Contingencia.
- Decreto Supremo N° 048-2011-PCM, Reglamento de la Ley N°29664, del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Decreto Supremo N° 011-2015-MINAM, que aprueba la Estrategia Nacional de Cambio Climático.
- Decreto Supremo N° 032-2018-PCM, aprueba el Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento para las Entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo N° 098-2007-PCM, aprueba el Plan Nacional de Operaciones de Emergencia.
- R.M. N° 188-2015-PCM, aprueba Los Lineamientos para la Formulación y Aprobación de los Planes de Contingencia.




P. J. SAPORESA POINCE SAPORESA

- Resolución Ministerial N° 171-2018-PCM, aprueba el Nuevo "Manual de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades - EDAN PERÚ".
- Resolución Ministerial N° 517-2004/MINSA, Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01., Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.
- Resolución Ministerial N° 628-2018/MINSA, aprueba la Directiva N° 250- MINSA/DIGERD "Organización y Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias (COE Salud) y de los Espacios de Monitoreo y de Emergencias y Desastres del Sector".
- Resolución Ministerial N° 247-2010-MINSA, aprueba el documento técnico: "Plan Sectorial de Operaciones de Emergencia del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 502-2010/MINSA, aprueba el "Plan de Gestión del Riesgo del MINSA frente a Terremoto y Maremoto".
- Resolución Ministerial N° 071-2011-MINSA, Creación de la Comisión Sectorial de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud.
- Resolución Ministerial N°643-2019/MINSA, aprueba la Formulación de Planes de Contingencia de Entidades e Instituciones del Sector Salud

5. ESTIMACIÓN DEL RIESGO

GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Es un proceso social cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastre en la sociedad, así como la adecuada preparación y respuesta ante situaciones de desastre, teniendo en cuenta la Preparación, Respuesta y Rehabilitación

5.1. IDENTIFICACION Y CARACTERIZACION DE PELIGROS O AMENAZA

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y TRASTORNOS MENTALES FRENTE A LAS AMENAZAS EN DESASTRES NATURALES

El escaso conocimiento preventivo ante los desastres naturales, la baja participación en las actividades de simulacros, la falta de actualización en equipos tecnológicos de alarmas, el rechazo en recibir una intervención psicológica y la falta de compromiso de las autoridades se convierte en un estado vulnerable para la sociedad al convivir con síntomas neuróticos, trastornos mentales y problemas psicosociales.




D. TERESA PONCE SANCHEZ

Tabla N°1 Impacto De Los Desastres En La Morbilidad Por Trastornos Mentales

TRASTORNOS MENTALES Y REACCION DE ESTRÉS	ANTES DEL DESASTRE PREVALENCIA - 12 MESES	DESPUES DEL DESASTRE PREVALENCIA - 12 MESES
TRASTORNOS MENTALES severos (ej. Psicosis, depresión severa, trastornos de ansiedad gravemente incapacitados)	2% - 3%	3% - 4%
TRASTORNOS MENTALES ligeros o moderados (ej. Trastornos de depresión y ansiedad ligeros o moderados)	10%	15% - 20% (se reduce con el tiempo)
Reacciones de estrés "normal" (no trastorno)	No hay una estimación conclusiva	% alto que se reduce sustancialmente con el tiempo

Fuente: van Ommeren et al. BMJ; 330:1160-1; 2005. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/330/7501/1160/suppl/DC1>

Entre los diagnósticos detectados se encuentra los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) pueden comenzar dentro de un mes de un suceso traumático, pero a veces pueden no aparecer hasta años después.

A diferencia de las lesiones físicas, los resultados adversos para la salud mental en las situaciones de desastre no suelen ser evidentes y, por lo tanto, se requiere después del evento del desastre natural identificar casos y la selección de las intervenciones apropiadas. Entre los principales trastornos mentales y psicosociales a un desastre encontramos:

- Sentir ansiedad de modo ocasional es una parte normal de la vida. Sin embargo, las personas con trastornos de ansiedad con frecuencia tienen preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias. Con frecuencia, en los trastornos de ansiedad se dan episodios repetidos de sentimientos repentinos de ansiedad intensa y miedo o terror que alcanzan un máximo en una cuestión de minutos (ataques de pánico).

Estos sentimientos de ansiedad y pánico interfieren con las actividades diarias, son difíciles de controlar, son desproporcionados en comparación con el peligro real y pueden durar un largo tiempo. Con el propósito de prevenir estos sentimientos, puede suceder que evites ciertos lugares o situaciones. Los síntomas pueden empezar en la infancia o la adolescencia y continuar hasta la edad adulta.



Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
Trastorno Ansioso generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.
Trastorno Ansioso inducido por sustancias / medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.	No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i>
Trastorno Ansioso debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.	No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i> .
Otros Trastorno Ansioso especificados	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.
Trastorno Ansioso no especificado	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se	



[Handwritten signature]

especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).

- Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Es uno de los principales trastornos asociados a un desastre, puede presentarse hasta en el 30-40 % de todas las víctimas directas del desastre, en el 10-20 % de los trabajadores de rescate, y 5-10 % en las víctimas indirectas (15-17). La evidencia también muestra que las mujeres tienen más probabilidades de experimentar síntomas de TEPT. En un reciente metanálisis se encontró que los adultos mayores tendrían hasta 2,11 veces más probabilidades de experimentar síntomas de TEPT cuando se exponen a desastres, en comparación con adultos más jóvenes. Debemos buscar en estas personas la presencia de re-experimentación del suceso desastroso, que se puede manifestar en ideas, pesadillas, flashbacks, todo lo cual se acompaña de una evitación del estímulo con alteración de la actividad autonómica.
- Trastorno depresivo: Es el trastorno que se encuentra con más frecuencia se asociado a un desastre luego del TEPT. La gravedad y probabilidad de aparición dependerá de la presencia de un trastorno afectivo previo al desastre. En un estudio se encontró que, en una muestra de 129 personas víctimas del fenómeno El Niño en el 2017, un 10 % presentaron depresión.
- Trastorno de conducta por el consumo de múltiples sustancias: Si bien es menos frecuente que los dos anteriores, se ha encontrado un incremento en el consumo de sustancias posterior a los desastres, esto probablemente como un mecanismo para evitar afrontar el evento y sus consecuencias.
- Las reacciones ante una crisis son: Reacciones Cognitivas: Confusión y desorientación, Dificultad en la toma de decisiones, Preocupación por el desastre, Pensamientos desordenados, Problemas de concentración o de memoria, Preocupación por detalles insignificantes, Pasividad, Aislamiento, Culpabilidad, Conflictos familiares, Dependencia, etc. Reacciones física: Cansancio o fatiga, Ritmo cardíaco acelerado, Agresión física, Hiperventilación, Cambio de aptito, Hipersensibilidad a los estímulos sensoriales e hipervilancia, Encogimiento de garganta, pecho o estómago, Agravamiento de condiciones crónicas: diabetes, presión alta etc. Reacciones emocional: Tristeza y desesperanza, Irritabilidad, enojo y resentimiento, Cambios impredecibles de humos,



DA

Ansiedad, Miedo, Desesperación, Sensibilidad emocional, Distanciamiento emocional, Baja autoestima, depresión, etc.

Tabla 2. CARACTERIZACION DE LAS AMENAZAS EN LA JURISDICCION

Amenaza Externa	Magnitud o Severidad/ Hipótesis	Tiempo que podría durar	Lugares donde podría causar daño	Daño potencial a la Infraestructura	Daño potencial a la salud de las personas
Sismos	MAGNITUD: 8.8 escala de Mercalli	Segundos al impacto inicial y minutos incluyendo replicas	Todos los distritos de lima están altamente expuestos y la institución	Destrucción estructural, no estructural, daños a los equipos biomédicos, colapso de la Institución	Alta mortalidad y morbilidad en pacientes y trabajadores e incremento de demanda que acudiría a la Institución
Interno Explosiones, incendios en la Institución /desastre interno		Horas	La misma institución está rodeada de locales comerciales, casas	Afectación de la infraestructura y equipos biomédicos	Alta mortalidad y morbilidad en pacientes y trabajadores e Alta demanda que acudiría a la Institución
Conflicto social	Movilización de masas o desplazamiento masivos, como la procesión del Señor de los Milagros, Día de la Madre, Elecciones presidenciales o municipales, etc.	Los conflictos son impredecibles, de acuerdo a la fecha festiva cercana	Distritos del cercanos al centro de lima	Ninguna	Alta demanda que acudiría a la Institución, por ser Hospital de Emergencias
Inseguridad ciudadana	Asalto o pandillaje con armas de fuego y punzocortantes	Es permanente todos los días del año	Todos los distritos están expuestos	Ninguna	Alta demanda que acudiría a la Institución.



[Handwritten signature]

Epidemias, Pandemias	Dengue, Zica, Guillan Barre, Ébola, Influenza AH1N1, COVID-19	Es impredecible , puede ser cualquier día del año	Todos los distritos	Ninguna	Alta demanda de pacientes contagiados
---------------------------------	--	--	---------------------	---------	---

6. OBJETIVOS DEL PLAN DE RESPUESTA PSICOSOCIAL

OBJETIVOS GENERALES

Reducir el riesgo psicosocial de la población e introducir el componente de Salud Mental y Cultura de Paz en la atención sanitaria e intervención de respuesta psicosocial frente a emergencia y desastres.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir y disminuir las consecuencias Psicológicas que las emergencias y desastres producen en la población afectada.
- Intervenir precozmente en la detección y manejo de reacciones de estrés ante una situación de desastres.
- Prevenir secuelas a corto y mediano plazo en especial las que afecte su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás y la manera como enfrenten situaciones difíciles en el futuro.
- Ayudar a la víctima a enfrentarse y entender su nueva realidad y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones psicológicas y psicosomáticas.
- Contribuir a prevenir y controlar la problemática psicosocial que se genera en la población entre los niveles de vulnerabilidad.

7. ACCIONES DE RESPUESTA:

- Ponernos en contacto con las autoridades del HEJCU, coordinador del GRD – Emeds, DIRIS LC y con los actores sociales de dichas zonas afectadas.
- Tomar todas las medidas de precaución para poder intervenir en el momento más adecuado y oportuno para no ponerse en riesgo, ni a otras personas.
- Saber establecer contactos con todos los participantes, sobrevivientes y damnificados (independientemente de sus niveles de afectación asociado al desastre).




- Tener presentes u ideología cultural, estructura y recursos de la comunidad.
- Es importante el contacto físico
- Es importante la empatía (mirar, escuchar y vincular)
- Facilitar la comunicación integral con los mismos compañeros de trabajo, familiares y seres afectivamente importantes.
- Colaborar con otros grupos u organizamos especializados quienes también brindan apoyo y ayuda a los damnificados.

ANTES DEL EVENTO

En los preparativos para la respuesta (antes del desastre) se recomienda disponer de un diagnóstico o análisis actualizado de la situación de salud mental en el hospital y en la jurisdicción de Miraflores, que facilitará la evaluación a realizar después del evento. Este debe incluir un mapa de riesgos psicosociales y recursos de salud mental. En las salas situacionales debe incorporarse el componente salud mental. Se sugiere que contenga lo siguiente:

1. Descripción de la población, con énfasis en lo socio-cultural:

- Datos demográficos de la población.
- Composición étnica y estructura social.
- Antecedentes históricos de la comunidad. Relaciones entre los diferentes grupos.
- Tradiciones más comunes. Aspectos de espiritualidad y religión.
- Organización comunitaria existente y estructuras de apoyo psicosocial. Funcionamiento de los mecanismos de cohesión y solidaridad.
- Estructuras comunitarias para emergencias. Experiencias en desastres previos.
- Situación de los servicios educativos (escuelas).
- Existencia y funcionamiento de programas de protección social.
- Liderazgos formales e informales. Autoridades tradicionales.
- Vías de soluciones de conflictos y desacuerdos / Formas de mediación.

2. Aspectos generales de la economía local.

3. Recursos, servicios y programas de salud mental existentes:

- Instituciones y organizaciones (gubernamentales y no gubernamentales) que prestan servicios de salud mental en el área; y la cobertura poblacional que logran.
- Red de atención primaria en salud y servicios hospitalarios.
- Personal (institucional y comunitario) capacitado en salud mental disponible.



- Personal especializado en salud mental disponible, identificando aquellos con formación previa en emergencias.
 - Equipos móviles de salud mental con los que se podría contar y su lugar de procedencia.
 - Mecanismos de referencia y contrarreferencia.
 - Cobertura poblacional por los servicios de salud mental.
 - Equipos de primera respuesta y cuáles tienen entrenamiento en salud mental.
 - Existencia de curanderos tradicionales y su rol en la comunidad.
4. Análisis breve de la situación psicosocial existente previa al evento traumático:
- Datos de morbilidad y mortalidad relacionados con la salud mental.
 - Conocimientos, actitudes y prácticas de la población ante los problemas de salud mental.
 - Factores de riesgo psicosocial y factores protectores.

Disponer de una red de servicios de salud mental de base comunitaria con un apropiado sistema de información fortalece la capacidad de respuesta institucional del sector salud en situaciones de emergencias.

Primeras 72 horas

Permite un conocimiento preliminar del impacto del desastre y trata de identificar las necesidades más inmediatas. En la evaluación inicial se recolecta la información proveniente de los informantes claves de la comunidad (alcaldes, maestros, líderes comunitarios, etc.) y mediante la observación directa.

Debido a que los equipos de salud mental, salvo excepciones, no están en el lugar del evento cuando este se produce, es el equipo de salud en el nivel primario quien debe tomar esa información y traducirla en posibles impactos psicosociales. En ese primer momento los servicios de salud mental deben preparar la movilización del personal especializado y alistar los mecanismos de recopilación de información más detallada.

Se sugiere una herramienta simple de evaluación rápida (anexo 3) que ofrece una apreciación general de tipo cualitativa, y que puede ser completada en breve tiempo. Consiste en un listado de factores de riesgo a los que está expuesta la comunidad afectada, los factores protectores con que dispone, un inventario de recursos y el grado de resolución de las necesidades básicas, psicosociales e institucionales. Es una lista de chequeo en términos de afirmaciones que se



[Handwritten signature]

 TERESA PONCE SANCHEZ

califican de acuerdo a la percepción del personal de salud que están en la primera línea de contacto con la población inmediatamente después del evento traumático (nivel primario).

Del mismo modo contiene la apreciación de la información que está manejando la población y otros comentarios en forma de un análisis simple y preliminar. Esta evaluación rápida del componente psicosocial debe formar parte del EDAN general de salud. En las primeras 72 horas será prácticamente imposible la recopilación de información cuantitativa de morbilidad relacionada con la salud mental. Contenidos de la evaluación rápida inicial (ver anexo 1):

1. Evaluación preliminar del impacto humano/psicosocial del evento traumático (análisis cualitativo determinado por las primeras impresiones)
2. Listado de factores de riesgo psicosocial.
3. Listado de factores protectores.
4. Identificación de necesidades y calificación a priori:
 - a) necesidades básicas: vivienda, alimentación y seguridad.
 - b) necesidades psicosociales: orientación, contacto con los miembros de la familia, apoyo emocional, apoyo social e institucional, educación para los niños, liderazgo, culturales y religiosas.
5. Información sobre la respuesta:
 - a) Listado preliminar de instalaciones y recursos con que se cuenta para la respuesta inmediata: daños a la infraestructura.
 - b) Listado preliminar de recursos humanos con conocimientos de salud mental disponibles en el territorio: psicólogos, psiquiatras, así como médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, estudiantes universitarios o de carreras técnicas entrenados.
 - c) Necesidades institucionales para fortalecer la respuesta: movilización o incremento de personal especializado, capacitación, apertura de nuevos servicios de salud mental y recursos logísticos.
6. Comunicación: Apreciación de la información que está recibiendo la población tanto de medios de comunicación como de tipo informal.




P. J. PONCE SÁNCHEZ

7. Otros comentarios, que pueden incluir zonas geográficas de riesgo y localización de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad psicosocial; formas de expresión de las emociones y mecanismos de afrontamiento de los problemas por la población; cómo se enfrentan las muertes y pérdidas, formas de duelo; a quiénes y cómo se solicita ayuda o apoyo psicológico.

8. Conclusiones y recomendaciones para los próximos 30 días.

Después de las primeras 72 horas hasta los 30 días

La evaluación de las primeras cuatro semanas continúa el monitoreo de la situación descrita en la evaluación inicial o crítica, pero es un proceso sistemático y más detallado de recolección de información, que contribuye a definir el plan de intervenciones en ese período de tiempo. Realiza un análisis del contexto, de las necesidades básicas y psicosociales y de la situación de SMAPS como consecuencia del desastre, así como de la respuesta que se está desarrollando. Se recomienda realizar cortes semanales que permitan definir, ajustar o redireccionar las intervenciones de la manera más oportuna.

En esta fase interviene el personal especializado en salud mental en conjunto con el equipo de salud del primer nivel de atención.

Son puntos esenciales de la evaluación en esta etapa:

1. Evaluación de los planes, servicios y recursos de salud mental existentes y su funcionamiento en la emergencia. Determinar la necesidad de ayuda externa de acuerdo a la situación existente y las necesidades de las organizaciones participantes en la respuesta.
2. Daños a la infraestructura de los servicios de salud mental.
3. Evaluación cuantitativa de la situación de SMAPS y su evolución durante el primer mes, tomando como base el análisis inicial, con énfasis en los factores de riesgo psicosocial y factores protectores, así como el grado de satisfacción de las necesidades (básicas y psicosociales).

Deben establecerse los mecanismos de registro de los datos, de manera que se recopile la información de las acciones en cursos:

1. Casos vistos de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (según sexo, edad y diagnóstico)



D. THERESA PONCE SAUPEY



2. Morbilidad: clasificación de los casos atendidos según diagnósticos. Se sugiere utilizar categorías diagnósticas amplias, ya que puede ser muy difícil – en las complejas condiciones de la emergencia - obtener diagnósticos específicos usando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Como referencia recomendamos usar las condiciones de la Guía de intervención humanitaria mhGAP de la OMS:

- Depresión
 - Psicosis
 - Epilepsia/Crisis epiléptica
 - Trastornos del desarrollo
 - Trastornos de la conducta
 - Demencias
 - Trastorno por uso de alcohol
 - Trastorno por uso de drogas
 - Autolesión/Suicidio
3. Desglosar de acuerdo al lugar donde se ofrece la atención (Atención Primaria en Salud, Hospitales u otros espacios comunitarios):
- Casos atendidos por personal especializado
 - Casos atendidos por personal no especializado
4. Número de referencias a psicólogos o psiquiatras u otros profesionales de salud mental existentes.
5. Mortalidad por causas relacionadas directa e indirectamente con la salud mental:
- Muertes violentas (suicidios, homicidios, violencia intrafamiliar y accidentes).
 - Muertes relacionadas con alcohol o consumo de drogas.
6. Actividades grupales:
- Psicoeducativas o de apoyo emocional: número de sesiones y participantes.
 - Terapéuticas ofrecidas por personal especializado: número de sesiones y participantes.
7. Atención a población infantil mediante actividades grupales (con padres y con menores; o mediante los maestros): número de sesiones y participantes.
8. Atención a miembros de los equipos de respuesta por personal especializado: Casos atendidos individualmente y actividades grupales.




M. J. PONCE SÁNCHEZ

Otros puntos esenciales de evaluación son:

9. Capacitación: público meta, número de sesiones, participantes, lugares donde se desarrolló, y temáticas desarrolladas.
 10. Identificación y estratificación de grupos de riesgo y/o que requieren una atención priorizada.
 11. Identificación de problemas y necesidades institucionales y de recursos humanos, así como el grado de solución que van teniendo.
 12. Atención a población desplazada y refugiada.
 13. Análisis de la información que está recibiendo la población, por diferentes vías.
 14. Consideraciones sobre actitudes y prácticas de la población, mecanismos de afrontamiento, vivencia del duelo, soluciones de conflictos, fortalezas y debilidades de la comunidad.
- El Anexo 3 contiene una lista de puntos básicos para la evaluación del primer mes después del desastre, que deben ser adaptados a los contextos nacionales y locales.-

OBSTÁCULOS Y PROBLEMAS MÁS COMUNES

- No se dispone de un diagnóstico o información previa de carácter confiable.
- Existe el riesgo que la información recolectada pueda ser irrelevante o no confiable; o estar influenciada por opiniones políticas, de grupos particulares, o por informes de prensa.
- En ocasiones, la información puede ser inexacta, de manera deliberada o no.
- Los medios de comunicación pueden ser sensacionalistas o tender a generalizar situaciones particulares de mucho impacto humano.
- A veces es difícil separar el rumor de los hechos objetivos.
- Existen factores personales que facilitan el sesgo: historia personal de los miembros del equipo que realiza la evaluación, sus condiciones emocionales y su capacidad intelectual en el momento de trabajo.
- No se han cruzado las diferentes fuentes de información.
- No disponibilidad de los informantes claves.
- La evaluación se está efectuando tardíamente.
- Recursos insuficientes o problemas logísticos que dificultan la recolección de información.



[Handwritten signature]

- Poca preparación de los equipos que realizan la evaluación; mala distribución del trabajo o responsabilidades poco definidas.

CONSIDERACIONES FINALES

1. La evaluación de daños y análisis de necesidades de salud mental y atención psicosocial en situaciones de desastres es necesaria para determinar las intervenciones a realizar y establecer prioridades. Esta evaluación es parte integral del EDAN en Salud y debe ser el producto de la cooperación entre diversas organizaciones y personas.

2. La evaluación requiere de herramientas estandarizadas que guíen y faciliten el trabajo.

3. El personal que realiza la evaluación debe permanecer neutral y comparar los diferentes puntos de vista para acercarse objetivamente a la realidad. Se requiere seleccionar apropiadamente los informantes claves y asegurar diferentes fuentes de información. Es necesario evitar las generalizaciones rápidas basadas en impresiones personales iniciales.

4. En el campo de la salud mental y la atención psicosocial, la información básica procede de los equipos de salud que están en la primera línea de contacto con la población afectada. Los datos que se pueden obtener en los hospitales psiquiátricos miden, fundamentalmente, el incremento de los casos vistos en emergencia y la morbilidad por demanda satisfecha en ese nivel; pero no reflejan la verdadera problemática psicosocial que sufre la población.

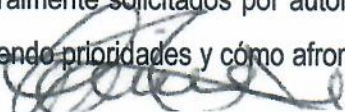
5. Mucha de la información de tipo psicosocial que se dispone en situaciones de emergencia tiene un carácter cualitativo, obtenida mediante la observación directa en el terreno, entrevistas con informantes claves o en reuniones comunitarias.

6. Debe asegurarse que los sistemas de información en salud recopilen un mínimo de datos esenciales para la evaluación.

7. Las personas o grupo de alto riesgo psicosocial no son los más visibles, frecuentemente, en un primer momento. Las necesidades de los enfermos mentales de larga evolución o ya conocidos deben ser separadas de los problemas psicosociales derivados directamente del evento traumático.

8. Los reportes periódicos de análisis de situación – generalmente solicitados por autoridades - deben ser concretos, específicos, breves y prácticos, definiendo prioridades y cómo afrontarlas.



.....


9. La evaluación debe separar las recomendaciones para la acción inmediata, de otras de tipo estratégica con visión de mediano y largo plazo. Al finalizar el primer mes se deben definir las acciones recomendadas para, al menos, los próximos 6 a 12 meses.

10. Resulta crucial identificar y promover las OPORTUNIDADES creadas por la emergencia.

DURANTE EL EVENTO

- Entrega de equipamiento.
- Para ejecutar las acciones de respuesta psicosocial frente a emergencias y desastres; la brigada de intervención psicosocial analizará el entorno para poder intervenir.
- Se apoyará a los profesionales del hospital (que tengan un problema psicológico por estado) a poder desempeñar sus actividades en caso de desastres (en primer lugar, tratando de normalizar su funcionamiento psicológico) a través de la utilización de las tarjetas de acción.
- Intervenciones individuales en control de emociones – sujeto a cambios y/o medicación requerida.
- Solicitar Intervenciones comunitarias (activación de redes sociales de apoyo: Agentes comunitario de salud (ACS), Organización de la Comunidad, de la Ayuda Humanitaria, Organizaciones Locales y Organizaciones de Base
- Procesos, acciones - las intervenciones en las próximas 72 horas (se verán en el anexo 2 del plan.)

8. ACTIVACIÓN DEL PLAN:



Notificación del evento:

El Plan de Psicosocial se activará durante un evento de emergencias masivas de desastres que aqueje directamente la integridad del Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa; o ante el mensaje de una autoridad competente de la ocurrencia del evento, siendo la información dada por la máxima autoridad presente en el hospital.


P. TERESA PONCE SANCHEZ

9. RED DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

La unidad responsable de la Unidad de Referencia y Contra referencias debe de establecer contacto con los establecimientos de su jurisdicción para dar a conocer su el estado de la emergencia

Se transferirá a aquellos pacientes que tiene trastorno psicótico con alucinaciones y/o estado de acción crítica dirigido al suicidio.

10. INSTITUCIONES DE APOYO

Municipalidad de Miraflores	Central Telefónica	204-0900	617-7272	
	Of. Referencia y Contrareferencias	204-0900		291
	Sub gerencia de Defensa civil		617-7177	
	COE Municipal	2011120	995137570	#857746
Policía Nacional del Perú		105		
Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú – San Isidro		116	264-0339	
Defensa Civil		225-9898		

11. FIN DE EMERGENCIA



- Consolidar la información de las personas atendidas para preparar los informes y estadísticas.
- Cada jefe integrante de la brigada de apoyo psicosocial redactara un informe por memorizado de las actividades.
- Dar salida a los pacientes en condiciones de alta

12. PRESUPUESTO y FINANCIAMIENTO:

El presupuesto visto para la ejecución del presente plan es financiado por el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa – PP 068.


.....
D. ROSA INÉS C. VILLALBA



ANEXOS

[Handwritten signature]

Anexo 1

Edan Sm-Psci -Herramienta de evaluación rápida en salud mental y atención psicosocial Etapa Crítica: Primeras 72 horas

Efectos del desastre en la salud mental de la población

- 1 Describir los problemas psicosociales y de salud mental más relevantes que afectaban a la población antes del desastre: Evaluar información disponible.
- 2 Evidencias inmediatas del impacto humano/psicosocial del desastre en la población: una visión preliminar de orden cualitativo; tener en cuenta la situación de los grupos vulnerables.
- 3 Señales de pedidos críticos de ayuda/socorro por parte de la población.
- 4 Existencia de violaciones de derechos humanos, si es pertinente.
- 5 Otros comentarios que pueden incluir zonas geográficas de riesgo y localización de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad psicosocial; formas de expresión de las emociones.

Identificación de necesidades y calificación a priori

- 1 Necesidades básicas: vivienda, agua potable, alimentación, protección y seguridad
- 2 Necesidades psicosociales: información, orientación, contacto con los miembros de la familia, apoyo emocional, protección y ayuda social e institucional, educación para los niños, liderazgo, culturales y religiosas.

Información sobre la respuesta

- 1 ¿Existía un plan de contingencia de salud mental antes del desastre? ¿Se está aplicando?
- 2 ¿Existen mecanismos de coordinación funcionando para una mejor respuesta?
- 3 Recursos institucionales de salud mental disponibles/funcionales para la respuesta: hospitales, servicios ambulatorios de salud mental públicos y privados; equipos de atención primaria en salud entrenados en salud mental, programas psicosociales en función. Daños a la infraestructura.
- 4 Listado preliminar de recursos humanos con conocimientos de salud mental disponibles para la respuesta en el territorio: psicólogos, psiquiatras, así como médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, estudiantes universitarios o de carreras técnicas, entrenados.
- 5 Primera Ayuda Psicológica. Equipos de primeras respuesta: ¿están capacitados y la aplican?
- 6 Mecanismos de afrontamiento de los problemas por parte de la población; como se enfrentan las muertes y pérdidas, formas de duelo; a quienes y como se solicita ayuda o apoyo psicológico. Formas comunitarias de solidaridad: como las personas y grupos comunitarios se ayudan a ellos mismos y a otros.
- 7 Disponibilidad de medicamentos (psicofármacos y antiepilépticos).
- 8 Necesidades institucionales para fortalecer la respuesta: movilización o incremento de personal especializado, capacitación, apertura de nuevos servicios de salud mental y recursos logísticos.

Comunicación

- 1 Apreciación de la información que está recibiendo la población tanto de medios de comunicación como de tipo informal. Evaluar si es accesible, así como sus fuentes, calidad y fiabilidad.
- 2 Información proporcionada por el sector salud al público y las relaciones con los medios de comunicación.



[Handwritten signature]

Anexo 2

PROCESOS, ACCIONES

CONOCIMIENTOS BASICOS

1. Conocimiento del riesgo	2. Reducción del riesgo	3. Manejo de desastres	
		Respuesta	Recuperación
Gestión del conocimiento y sensibilización sobre los escenarios de riesgo en un territorio, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento del mismo. Los procesos de Conocimiento y Reducción se refieren al periodo en el que se realizan preparativos para responder a una emergencia, desastre y/o crisis humanitaria.	Acciones dirigidas a modificar o disminuir las condiciones de riesgo existentes con el fin de mitigar o prevenir el riesgo y sus posibles daños y pérdidas. Se enfoca a reducir las amenazas, la exposición y la vulnerabilidad de las personas, los medios de subsistencia, los bienes, la infraestructura y los recursos ambientales. Desarrollo de acciones correctivas y prospectivas frente al riesgo, y también se incluye la protección financiera.	Corresponde al momento en que las acciones planificadas ante un evento de emergencia, desastre y/o crisis humanitaria se despliegan en coordinación con las demás entidades de respuesta para brindar una respuesta rápida que permita salvar vidas, reducir el sufrimiento humano y estabilizar lo más rápidamente posible la crisis.	Es parte de la respuesta a mediano y largo plazo ante emergencias, desastres y/o crisis humanitarias. Esta se enfoca al restablecimiento de las dinámicas sociales posteriores a las situaciones de crisis. Incluye también la rehabilitación y la reconstrucción.



INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

I. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS / PRIMERA AYUDA

Es la primera ayuda que brindamos a las personas que se encuentran afectadas ante una emergencia,

Crisis o desastre. Se brindan cuando las dolencias de la persona no obedecen a los daños físicos sino a las emociones de ese momento, tales como: miedo, tristeza, angustia, llanto y dolor.

Las personas que brindan primeros auxilios psicológicos no necesitan ser profesionales en el campo de la salud mental. La técnica de primera ayuda es sencilla y práctica, pero requiere de un entrenamiento básico para su aplicación.

Su objetivo primordial es:

- Proporcionar alivio al sufrimiento emocional de inmediato.
- Reducir el riesgo de que las reacciones llamadas normales se transformen en algo más grave.
- Ayudar a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia que padecen muchos de los que sobreviven a los desastres.

La realidad de las circunstancias exige un enfoque breve, flexible, creativo y adaptable. Los componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos:

- Realizar contacto
- Analizar el problema
- Analizar las posibles soluciones
- Ejecutar la acción concreta
- Dar seguimiento
- Estimulación
- Dar información

PROCEDIMIENTO:

Lo primero es mantener una actitud de escucha abierta a lo que las personas manifiesten. Valore cuidadosamente las reacciones de las personas afectadas por el desastre e identifique con criterios claros a las que requieren una atención psicológica más urgente para ofrecerles un apoyo personalizado.

La persona que está en estado de choque o conmoción debe ser alejada del ambiente traumático. Hay que hacerle sentir que está acompañada, sostenerle la mano, abrazarla, acariciarla, hablarle con tono afectuoso y sereno, llamándola por su nombre.

Si la persona afectada está confusa o no tiene una idea clara de lo que le está sucediendo, el personal de primera respuesta debe mantenerse relajado y contestar las preguntas comunicando claramente que está actuando solidariamente para resolver sus problemas.

Si la persona expresa sus sentimientos **de dolor o frustración con un comportamiento agresivo, por ejemplo, golpeando objetos, acompañela calmadamente**, sin tratar de detenerla inmediatamente, a menos que la seguridad de ella misma o de otros corra peligro.

Asegúrese de que la primera ayuda psicológica no interfiera, ni complice los primeros auxilios médicos.



[Handwritten signature]

Apoyar en la solución de sus necesidades básicas y de supervivencia (alimentación, agua potable, abrigo, alojamiento, atención médica, etc.).

OBSERVACIONES:

En situaciones de emergencias todas las personas tienen mecanismos psicológicos que dan prueba de resistencia y tienen capacidad de hacerle frente relativamente bien a la adversidad.

La persona que realiza la primera ayuda psicológica requiere desarrollar actitudes que permitan establecer lazos psicológicos con las personas en crisis, ganar su confianza y demostrar disposición para ayudarlas.

Tome en cuenta combinar los equipos de asistencia a los sobrevivientes tanto profesionales como para profesionales. Los trabajadores profesionales y para profesionales pueden coordinar sus esfuerzos con éxito a fin de brindar una respuesta de recuperación de catástrofes basada en las teorías sobre la crisis y las técnicas de intervención.

II. MANEJO DEL DUELO

Es normal que después de la muerte de uno o varios seres queridos haya tristeza, sufrimiento y aflicción.

También cuando hay una pérdida importante de la salud (amputación).

El periodo de duelo es aquel en que la persona elabora lo sucedido, lo entiende, lo supera y vuelve a reconstruir su vida. Este es un proceso normal que no debe apresurarse, ni tratar de eliminarse, así como tampoco considerarlo como una enfermedad.

En todas las sociedades existen ritos, normas y formas de expresión del duelo, que se derivan de diferentes concepciones de la vida y la muerte. La realización de los rituales que establece la cultura comunitaria es parte integral del proceso de recuperación de los sobrevivientes.

El duelo se vivencia con una mezcla de tristeza, angustia, miedo e ira. En el momento más crítico llega a los extremos del dolor emocional muy intenso y la desesperación. Después viene el alivio progresivo y concluye con expresiones de confianza y esperanza renovadas.

Tenga presente que el proceso de duelo implica: liberarse o dejar atrás la relación con la persona u objeto perdido, adaptarse al mundo en otras condiciones y el esfuerzo por establecer nuevas relaciones.

El modo de afrontar la pérdida y llevar el duelo adecuadamente está en estrecha relación con factores tales como:

- La personalidad del sobreviviente y la fortaleza de sus mecanismos de afrontamiento.



- La relación con la persona perdida.
- Las circunstancias en que ocurrieron los hechos.
- Red de apoyo social (familia, amigos y comunidad).

Tenga presente las manifestaciones psicológicas más frecuentes como:

Recuerdos muy vivos y reiterativos del fallecido y de lo ocurrido.	Nerviosismo.	Miedo, tristeza.	Llanto, deseos de morir.
Problemas con el sueño y el apetito.	Problemas de memoria y para la concentración mental.	Pocas motivaciones y dificultades para retomar al nivel normal de actividad.	Tendencia al aislamiento.
Mezcla de Sentimientos o emociones (como, reproche a sí mismo, inculpar a otros, frustración, impotencia, enojo, sentirse abrumado etc.).	Descuido del aspecto e higiene personal.	Manifestaciones corporales diversas no específicas (como mareos, náuseas, dolor de cabeza, opresión precordial, temblores, dificultad para respirar, palpitaciones, sequedad en la boca).	Fatiga.

En condiciones de grandes catástrofes el duelo supone la necesidad de enfrentar otras muchas pérdidas y tiene un sentido más amplio y comunitario; implica la ruptura de un proyecto de vida, con una dimensión no sólo familiar, sino también social, económica y política. En condiciones de grandes catástrofes el duelo supone la necesidad de enfrentar otras muchas pérdidas y tiene un sentido más amplio y comunitario; implica la ruptura de un proyecto de vida, con una dimensión no sólo familiar, sino también social, económica y política.



[Handwritten signature]
 ROSA PONCE SALVAGES