

CAPÍTULO II

Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental en situaciones de desastres

*Grupo de trabajo de Centroamérica**

La evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN) por el sector salud es una medida de gran importancia para la toma adecuada de decisiones en situaciones de desastres, que implica no sólo la salud de la población sino también las condiciones sanitarias existentes como consecuencia del suceso y la valoración del estado de los establecimientos de salud. No es un proceso fijo o estático; por el contrario, es dinámico y cambia diariamente, por lo cual debe realizarse con un carácter continuo y sistemático, mediante instrumentos confiables que faciliten la tarea de recopilación y análisis de la información (1).

La evaluación rápida de la situación de salud mental después de un desastre o emergencia es parte del EDAN de salud y se constituye en una herramienta que facilita definir, con la mayor objetividad posible, las acciones prioritarias e inmediatas que se requieran en este campo. Incluye el registro cuantitativo y cualitativo de la localización, extensión y gravedad de los efectos psicosociales que produce el desastre; implica, también, determinar la situación de los servicios de salud mental y su capacidad funcional de respuesta.

* El documento base fue elaborado por Nadyezhda van Tuylen y Aura Marina López del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Participaron en la validación profesionales de los Ministerios de Salud y otras organizaciones de Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Panamá, con la asesoría y coordinación de Jorge Rodríguez y Alejandro Santander de la OPS/OMS.

Para facilitar este trabajo, es conveniente disponer de guías prácticas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) publicó recientemente el *Manual para la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud* (1). El presente trabajo es una continuación de este esfuerzo.

La evaluación puede ser adelantada por personal de salud local o externo. El personal local, por residir en el mismo sitio, responde inmediatamente desplazándose de manera rápida; generalmente conocen la situación previa al desastre y disponen de mayores elementos de juicio sobre el verdadero impacto del suceso. Sin embargo, la vinculación emocional y la afectación personal pueden comprometer la objetividad de la evaluación. Por lo tanto, es importante que existan instrumentos previamente establecidos y que el personal externo especializado actúe en los procesos de evaluación, de manera conjunta y en forma coordinada con el personal local.

El personal que presumiblemente trabaje en la realización de la evaluación debe ser entrenado con antelación; uno de los requisitos es que esté preparado para trabajar bajo presión.

Para la evaluación en salud mental se toman como período de referencia los primeros 30 días, a partir de la presentación del suceso (periodos crítico y pos-crítico inmediato). Este tiempo puede ser variable según la magnitud del desastre y las circunstancias específicas. Se definen tres etapas del proceso (2):

- Inicial: se efectúa en las primeras 72 horas posteriores al evento.
- Intermedia: registra la evolución de la situación de salud mental en forma continua durante las primeras cuatro semanas.
- Final: se lleva a cabo al finalizar la etapa intermedia.

La evaluación inicial es comunitaria. La comunidad participa de forma decisiva en la primera respuesta; por tanto, son las organizaciones comunitarias, los grupos de socorro, salvamento y ayuda, y los trabajadores de la salud del nivel primario los que deben efectuar la primera evaluación, la cual debe servir de base al proceso posterior de análisis especializado. Frecuentemente, las condiciones específicas del desastre pueden hacer difícil el proceso de evaluación en estos primeros momentos (acceso geográfico, magnitud del acaecimiento, aspectos culturales, etc.).

La evaluación inicial es básicamente cualitativa y general; es difícil trabajar en aspectos cuantitativos o muy específicos. Pretende identificar, de manera rápida, los problemas psicosociales. Es importante que se evidencien cuáles son

los factores que pueden influir de manera positiva o negativa en la salud mental de la población, el grado de atención a las necesidades básicas y los recursos disponibles.

Las evaluaciones intermedia y final son especializadas. Implican la participación del personal de salud mental, que debe ampliar y complementar la evaluación inicial comunitaria. Debe ser cualitativa y cuantitativa, definir con mayor precisión la situación existente y registrar las acciones tomadas.

El propósito es proporcionar un instrumento práctico para analizar los daños y evaluar las necesidades psicológicas y sociales de la población afectada por un desastre (natural o provocado por el hombre), en el periodo inmediato posterior al mismo (30 días).

Objetivos

1. Describir el impacto humano del evento adverso, destacando los aspectos culturales, las coyunturas políticas y las formas de organización social existentes en la población afectada.
2. Identificar la problemática de salud mental, incluidas la morbilidad y la mortalidad.
3. Evaluar las necesidades psicosociales prioritarias de la población afectada.
4. Describir las formas de respuestas institucionales (planes y servicios de salud mental existentes) y de la población; así como la eficacia de los mecanismos de afrontamiento.
5. Hacer recomendaciones para la acción.

Antes del suceso

En los preparativos para la respuesta (antes del desastre), se recomienda disponer de un diagnóstico o análisis actualizado de la situación de salud mental (3-5). Éste debe



incluir un mapa de riesgos psicosociales y recursos de salud mental. Se sugiere que contenga lo siguiente:

1. Descripción de la población (aspectos cuantitativos y cualitativos), con énfasis en lo sociocultural

- Datos demográficos de la población
- Composición étnica y estructura social (etnias, clanes, grupos, etc.)
- Antecedentes históricos de la comunidad; relaciones entre los diferentes grupos; ¿cómo es la comunicación entre grupos y estratos sociales?
- Tradiciones, tabúes y rituales más comunes; aspectos de espiritualidad y religión
- Organización comunitaria existente y estructuras de apoyo psicosocial
- ¿Cómo funcionan los mecanismos de cohesión y solidaridad?
- Estructuras comunitarias para emergencias; experiencias en desastres previos
- Situación de los servicios educativos (escuelas)
- Liderazgos formales e informales
- Autoridades tradicionales
- Curanderos tradicionales

2. Aspectos generales de la economía local

3. Recursos, servicios y programas de salud mental existentes

- Instituciones que prestan servicios de salud mental en el área.
- Personal disponible (institucional y comunitario) capacitado en salud mental.
- Personal disponible, especializado en salud mental, con identificación de aquéllos 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 de la población por los servicios de salud mental
- Equipos de primera respuesta y cuáles tienen entrenamiento en salud mental.

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
- Vías de soluciones de conflictos y desacuerdos; formas de mediación
- Fortalezas y debilidades psicosociales de la población

El disponer de un análisis de la situación de salud mental previo al desastre facilita la evaluación que se debe realizar después del evento, la cual se podría hacer, entonces, con mayor precisión y calidad. En los planes de emergencias y en las salas situacionales debe incorporarse el componente salud mental. De no existir la información antes señalada, debe hacerse un esfuerzo por recopilar los datos prioritarios (que sean factibles de obtener).

Contenidos de la evaluación según etapas

En los anexos aparecen los formularios sugeridos para facilitar la evaluación preliminar y la intermedia. Los mismos son un marco de referencia que puede adaptarse para cada país según sus condiciones específicas y el tipo de desastre. También se deben tener en cuenta los sistemas de información vigentes en el sector salud.

Inicial, primeras 72 horas (anexo 1). Permite un conocimiento preliminar del impacto del desastre y trata de identificar las necesidades más inmediatas. La evaluación inicial se realiza mediante la observación directa y la recolección de información proveniente de los informantes clave de la comunidad (alcaldes, maestros, trabajadores de salud, líderes comunitarios, etc.).

Dado que los equipos de salud mental, salvo excepciones, no están en el lugar del suceso adverso, es el equipo de salud en el nivel primario el que debe tomar esa información y traducirla en posibles impactos psicosociales. En ese primer momento, los servicios de salud mental deben preparar la movilización del per-

sonal especializado y alistar los mecanismos de recopilación de información más detallada.

Se debe aplicar el formulario (anexo 1) que ofrece una apreciación global de tipo cualitativa y que puede ser diligenciado rápidamente. De esta forma, se trata de simplificar y agilizar el mecanismo de recolección de información que debe ser llevado a cabo por personal no especializado, el cual está sobrecargado por múltiples tareas. Otro principio es que los aspectos considerados están descritos en un lenguaje sencillo y común (fácilmente comprensible); se evitó la confección de un anexo con criterios operativos que complicaría la recolección de los datos; por otro lado, se hace difícil establecer criterios muy cerrados para problemas cuya evaluación depende mucho de las circunstancias y de la apreciación subjetiva (más que de una medición de acuerdo con los estándares).

El formulario sugerido incluye de un listado de factores de riesgo a los que está expuesta la comunidad afectada, los factores protectores de que dispone, un inventario de recursos y el grado de resolución de las necesidades básicas, psicosociales e institucionales. Es una lista de verificación en términos de afirmaciones que se califican de acuerdo con la percepción del personal de salud del nivel primario, marcando en la casilla correspondiente.

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. Finalmente, se deben establecer de manera muy resumida las conclusiones y recomendaciones pertinentes para la fase posterior. La evaluación preliminar se constituye en un informe que se remite o entrega a las autoridades o tomadores de decisiones correspondientes.

Se prevé que en las primeras 72 horas será difícil o casi imposible la recopilación de información cuantitativa de la morbilidad relacionada con la salud mental.

Contenidos de la evaluación (anexo 1)

- Descripción de la situación existente como consecuencia del evento adverso, con énfasis en el impacto humano que ha tenido.
- Listado de factores de riesgo psicosocial y su calificación
- Listado de factores protectores y su calificación
- Listado preliminar de recursos humanos disponibles en el territorio (personal) con conocimientos de salud mental: psicólogos, psiquiatras, otros médicos entrenados, personal de enfermería, trabajadores socia-

les, terapeutas ocupacionales, estudiantes universitarios o de carreras técnicas, equipos de respuesta y otros.

- Listado preliminar de recursos institucionales y materiales con que se cuenta: instalaciones o servicios de salud mental en el territorio, daños a la infraestructura de los mismos, fondos o recursos financieros, medicamentos (psicofármacos), juguetes o material de juego (para niños) y otros.
- 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; y c) institucionales: movilización o incremento de personal especializado, capacitación y servicios de salud mental.
- Apreciación de la información que está recibiendo la población tanto de los medios de comunicación como por informaciones grupales e individuales.
- Otros comentarios que pueden incluir zonas geográficas de riesgo y localización de los grupos de población con mayor vulnerabilidad psicosocial; formas de expresión de las emociones y mecanismos de afrontamiento de los problemas por la población; cómo se enfrentan la violencia, las muertes y pérdidas, formas de duelo; a quiénes y cómo se solicita ayuda o apoyo psicológico.
- Conclusiones y recomendaciones para los próximos 30 días

Intermedia, después de las primeras 72 horas hasta los 30 días (anexo 2). La evaluación intermedia continúa el seguimiento de la situación descrita en la evaluación inicial, pero es un proceso sistemático y más detallado de recolección de información, aproximadamente durante el primer mes, lo que contribuye a definir el plan de intervenciones en ese periodo. Hace un análisis de los daños a la salud mental, las necesidades psicosociales y los factores de riesgo, y las acciones que se están realizando.

La evaluación intermedia es un proceso continuo durante el periodo poscrítico; se recomienda hacer cortes semanales que permitan establecer oportunamente las líneas de acción pertinentes. El periodo de treinta días que se está señalando es un

estimado promedio, de acuerdo con la experiencia en casos, fundamentalmente, de desastres naturales; en la práctica, los equipos de salud mental y las autoridades pueden acortar o prolongar esta etapa inmediata posterior al evento traumático.

En esta fase interviene el personal especializado en salud mental, junto con el equipo de salud del primer nivel de atención. Deben establecerse los mecanismos de registro de los datos, de manera que se recopile la información de las acciones en curso:

1. Casos de trastornos psíquicos atendidos (según sexo, edad y tipo de consulta)
2. Desglosar de acuerdo con el lugar donde se ofrece la atención (atención primaria en salud, hospitales u otros espacios):
 - a. casos atendidos por personal especializado
 - b. casos atendidos por personal no especializado
3. Morbilidad: clasificación de los casos atendidos según categorías diagnósticas. Se sugiere utilizar una agrupación amplia por síndromes (4, 6) ya que puede ser muy difícil obtener diagnósticos precisos usando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Estas categorías se especifican en la siguiente tabla.

Categoría por síndromes	Manifestaciones fundamentales
Estrés agudo/cuadros predominantemente ansiosos.	Nerviosismo, temblor, angustia, miedo, aflicción, revivir el momento traumático, intranquilidad, insomnio, trastornos del apetito, temor a la réplica
Cuadros depresivos.	Tristeza, llanto frecuente, baja autoestima, pérdida del sentido de la vida, trastornos del sueño, insomnio, falta de apetito; pueden existir ideas suicidas.
Ideación o conducta suicida.	Pocos deseos de vivir o ideas suicidas definidas, existencia de planes para consumir el suicidio, actos suicidas fallidos; frecuentemente coexisten manifestaciones de depresión.
Psicosis.	Alucinaciones, ideas delirantes, conductas extrañas o evidentemente anormales que evidencian desconexión con la realidad; puede existir agitación y violencia.
Consumo indebido de sustancias psicoactivas.	Inicio o aumento en el consumo de alcohol u otras drogas, como consecuencia del evento.
Epilepsia y cuadros orgánicos con manifestaciones confusionales o sin ellas.	Convulsiones o cuadros de confusión mental/desorientación (no saber en dónde está momentáneamente, quién es, qué pasó, etc.) asociados a infecciones, intoxicaciones, traumas craneales, etc.

Categoría por síndromes	Manifestaciones fundamentales
Trastornos emocionales y conductuales de la niñez.	Enuresis, encopresis, aislamiento, miedo, hiperactividad, agresividad, cambios de conducta evidentes, trastornos del sueño o la alimentación, conductas regresivas y aparición de dificultades en el aprendizaje.
Manifestaciones emocionales no definidamente patológicas.	Nerviosismo, tensión, tristeza, preocupación, aflicción, temores, pensamientos desordenados, síntomas somáticos, sentimientos de culpa, irritabilidad, recuerdos persistentes, frustración, problemas de sueño y alimentación, cambios en las formas habituales de conducta, ruptura conyugal, otros.
Conductas violentas.	Agresiones, maltrato a miembros de la familia, ira, cólera, enojo, rabia; la conducta violenta puede darse en el seno de grupos delictivos.
Cuadros somáticos en que los factores emocionales juegan un papel etiopatogénico importante.	Diabetes, hipertensión arterial, dermatitis, asma u otras enfermedades psicosomáticas.

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:
 - a. muertes violentas (suicidios, homicidios, violencia intrafamiliar y accidentes)
 - b. muertes relacionadas con alcohol o consumo de drogas
6. Actividades grupales:
 - a. psicoeducativas o de apoyo emocional: número de sesiones y participantes
 - b. 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. Capacitación: público objetivo, número de sesiones, participantes, lugares donde se desarrolló y temáticas desarrolladas.
9. Atención a miembros de los equipos de respuesta por personal especializado: casos atendidos individualmente y actividades grupales.

10. Identificación de grupos de población en riesgo o que requieren mayor atención de salud mental.
11. Identificación de problemas y necesidades institucionales y de recursos humanos, así como el grado de solución que van teniendo.
12. Población desplazada y refugiada: problemática psicosocial y atención que están recibiendo.
13. Análisis de la información que está recibiendo la población, por diferentes vías.
14. Análisis de la coordinación interinstitucional desarrollada, de acuerdo con los actores que intervinieron en el evento; proyecciones para su consolidación.
15. Análisis de la sostenibilidad de las acciones desplegadas hasta ese momento
16. Consideraciones finales del periodo evaluado; incluye un análisis cualitativo de la situación de salud mental (actitudes y prácticas de la población, mecanismos de afrontamiento, vivencia del duelo, soluciones de conflictos, fortalezas y debilidades de la comunidad; factores de riesgo y protectores, grado de satisfacción de las principales necesidades de la gente que se va logrando).

Final del periodo poscrítico (aproximadamente a los 30 días).

Permite analizar la situación de salud mental después del período poscrítico, así como una evolución de las apreciaciones realizadas. Debe ofrecer una visión global con una profundización especializada que facilite plantear las líneas de acción para la fase subsiguiente de recuperación. El informe final se divulga y discute con los responsables y tomadores de decisiones del sector salud.

Se recomienda estructurar un informe cuantitativo y cualitativo que contenga:

- Evaluación de los planes, servicios y recursos de salud mental existentes y su funcionamiento en la emergencia:
 - Políticas y planes de salud mental previos al evento traumático. Responsabilidades en los planes y operatividad de los mismos. ¿Se han adaptado estos planes a la situación de desastre?, ¿han funcionado los mecanismos previstos?
 - Recursos humanos

- Presupuesto disponible para las acciones de salud mental
- Proyectos adicionales
- Evaluación cualitativa de la situación de salud mental/evolución durante el primer mes, tomando como base el análisis inicial; identificación de daños y grado de satisfacción de las necesidades (básicas y psicosociales); balance de los factores de riesgo y protectores al final del período.
- Datos disponibles de morbilidad y mortalidad.
- Resumen estadístico de las acciones de salud mental desarrolladas durante el primer mes (según el esquema propuesto en la etapa intermedia).
- Instituciones y servicios que se encuentran funcionando, así como los recursos disponibles; daños a la infraestructura de los servicios de salud mental que aún persisten.
- Situación de salud mental de la población desplazada o refugiada; albergues o refugios a los 30 días.
- Coordinación interinstitucional desarrollada y proyecciones para su consolidación.
- Analizar la sostenibilidad de las acciones en salud mental desplegadas hasta ese momento.
- Las conclusiones deben contener la identificación de los principales problemas detectados y las necesidades al terminar esta etapa, así como recomendaciones y aspectos a priorizar en el siguiente período de recuperación. El informe debe ofrecer una síntesis de la evolución de la situación durante el primer mes.

Criterios sobre los tamizajes

Las encuestas o pruebas hechas para detectar casos después del suceso traumático pueden ser de utilidad si se dan ciertas condiciones para su realización. Una de las ventajas es que llaman la atención sobre los enfermos no identificados, para atenderlos oportunamente y prevenir una morbilidad de larga evolución. Muchos autores (7) insisten en que no deben existir objeciones intrínsecas para aplicar pruebas de este tipo, de manera rutinaria, en grupos de población que han sufrido grandes traumas o en los cuales se anticipan elevados índices de trastornos

psíquicos. Sin embargo, el tema no deja de ser discutible y aún existen interrogantes para poder responder definitivamente sobre la efectividad del procedimiento.

Un obstáculo para el tamizaje puede ser el costo y la factibilidad del mismo; sobre todo cuando se pretende aplicar de manera rutinaria a grandes grupos de población. Esta dificultad sería menor si se aplicara sólo a grupos en riesgo muy bien seleccionados (por ejemplo, miembros de los equipos de respuesta).

Ahora bien, la falta de pruebas de detección de casos nos pone frente a la limitación de que siempre habrá una cantidad importante de personas que requieren atención y no fueron identificadas de manera precoz.

Recomendaciones

- Este procedimiento puede ser útil para detectar problemas como: niveles altos y sostenidos de estrés que pueden ser indicativos de complicaciones futuras, depresión, abuso de alcohol o drogas y disfunción importante en la vida cotidiana.
- No debe hacerse un tamizaje antes de las primeras cuatro semanas, dado que las posibilidades de recuperación espontánea son muy altas en esa fase y se puede sobrestimar la problemática existente.
- Se recomienda aplicar sólo en grupos en riesgo muy bien seleccionados, que hayan sufrido grandes traumas o en los cuales se anticipan elevados índices de trastornos psíquicos.

Seguimiento y vigilancia

El seguimiento depende en gran medida del uso de indicadores fiables y de la construcción de una línea basal que permita evaluar los avances.

Una base importante sería la existencia de un sistema previo (en condiciones de normalidad) de vigilancia y recolección de información. Lamentablemente, en muchos casos, los sistemas de salud no disponen de buenos mecanismos de información en el campo de la salud mental, lo que hace más difícil instaurarlos o fortalecerlos en casos de emergencias.

La información básica procede de los equipos de salud del primer nivel de atención como eje fundamental de la asistencia sanitaria. Los datos que se pueden obtener en los hospitales miden, fundamentalmente, el incremento de los casos vis-

tos en urgencias y la morbilidad por demanda satisfecha en ese nivel; pero no reflejan la verdadera problemática psicosocial que sufre la población afectada.

Mucha de la información disponible en situaciones de emergencia tiene un carácter cualitativo y se obtiene mediante entrevistas rápidas con informantes clave o en reuniones comunitarias. Esta información no sólo se refiere a la morbilidad existente, sino también a toda la gama de problemas psicosociales que afligen a la gente en esos momentos y que afectan su misma supervivencia.

Dada la situación en que se desarrolla la atención de emergencias, la mayoría de los indicadores son, básicamente, de estructura y proceso. Los indicadores de impacto son evaluables en el mediano y el largo plazo y se obtienen, en algunos casos, mediante investigaciones puntuales o específicamente diseñadas para tales efectos.

Los indicadores de impacto requieren de información previa (línea basal), a partir de la cual se miden las modificaciones que pueden atribuirse a las acciones implementadas; por ejemplo:

- Modificaciones en los índices de incidencia y prevalencia de determinadas patologías (depresión, suicidio, alcoholismo, etc.). Esto sólo se puede medir como indicador de impacto si se dispone de una línea basal previa confiable; de lo contrario, en muchos casos se observa un incremento de la morbilidad debido a una mayor accesibilidad a los servicios o al mejoramiento de los sistemas de registro.
- Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas capacitadas (trabajadores de la salud y otros).
- Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad.
- Modificaciones en la percepción de la población sobre la organización de los servicios y su eficiencia.
- Indicadores escolares (retención y promoción).
- Mejoría de la calidad de vida de la población y otros indicadores indirectos (calidad de vida, socioeconómicos, etc.).

Algunos indicadores se pueden obtener mediante registros continuos. No obstante, en la mayoría de los casos se hace mediante análisis cualitativo, investigaciones puntuales o sitios centinelas. El esquema de recolección de información recomendado (anexos 1 y 2) facilita la obtención de los indicadores fundamentales.

Obstáculos y problemas más comunes

Aunque el objetivo del EDAN es reducir al mínimo las dificultades y problemas en la evaluación de la situación, deben conocerse cuáles son los obstáculos más frecuentes:

- No se dispone de un diagnóstico o información previos de carácter confiable.
- Existe el riesgo de 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 hay disponibilidad de los informantes clave.
- La evaluación se efectúa tardíamente.
- Los recursos son insuficientes o hay problemas logísticos que dificultan la recolección de información.
- Hay poca preparación de los equipos que realizan la evaluación, mala distribución del trabajo o responsabilidades poco definidas.

Consideraciones finales

- La evaluación de daños y el análisis de las necesidades de salud mental en situaciones de desastres son necesarias para determinar las intervenciones que se deben desarrollar en la población afectada; y deben ser el producto de la cooperación entre diversas organizaciones y personas.
- La evaluación de salud mental es parte integral del EDAN en salud.

- Las impresiones personales iniciales pueden ser útiles, pero deben mantenerse separadas del resto de la información colectada. También, es necesario evitar las generalizaciones rápidas.
- Deben existir herramientas previas que faciliten el trabajo y se deben utilizar categorías estandarizadas.
- El personal que realiza la evaluación debe permanecer neutral y comparar los diferentes puntos de vista para acercarse a la realidad de la manera más objetiva posible.
- La situación en los primeros momentos puede ser caótica y requiere de flexibilidad en el proceso de recolección; pueden existir áreas de difícil acceso o sobre las cuales no se disponga de información, en contraste con otras. Es posible que no se puedan seguir todos los pasos del proceso en un orden lógico.
- Deben seleccionarse cuidadosamente los informantes clave.
- Deben asegurarse diferentes fuentes de información que cubran todos los niveles y grupos: autoridades centrales y locales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, grupos comunitarios organizados, fuerzas de seguridad, cuerpos de socorro y salvamento, instituciones religiosas, etc.
- La información debe recolectarse cuidadosamente, pero de una manera rápida.
- En el orden de la salud mental, los más afectados o de riesgo no son los más visibles, frecuentemente, en un primer momento.
- Las necesidades de los enfermos mentales de larga evolución o ya conocidos (antes del desastre) deben ser separadas de los problemas psicosociales derivados directamente del evento traumático.
- Las preguntas e investigaciones adelantadas deben ser muy cuidadosas para evitar la impertinencia o que resulten amenazantes para el entrevistado.
- El análisis debe ser tan específico como sea posible y hay que definir prioridades y cómo afrontarlas.
- Se deben evitar los informes voluminosos.
- Hay que separar las recomendaciones rápidas para la acción inmediata de un reporte más detallado que puede ser el informe evaluativo de

los treinta primeros días. Este último es un trabajo más específico y de mayor reflexión.

- Se deben definir las estrategias recomendadas, al menos, para los próximos 3 a 6 meses.

Anexo 1

Evaluación preliminar de los daños y análisis de las necesidades en salud mental y comunitaria

Fecha del informe:	Tipo de suceso:	Responsable del informe:	Institución:
Fecha del suceso:	Población total estimada previamente:		
Colonia, cantón, aldea:	Municipio:	Departamento o provincia:	

	A. LISTADO DE FACTORES DE RIESGO (evaluación cualitativa)					Gravedad, marque el color correspondiente			
	ROJO (GRAVE)	AMARILLO (MEDIO)	VERDE (BAJO)	BLANCO (No existe)		G	M	B	NE
1	Gran número de heridos o lesionados.								
2	Gran número de cadáveres.								
3	Desorden social (pleitos bochinches).								
4	Enfrentamientos étnicos, políticos, religiosos o de otra índole.								
5	Grupos violentos, delictivos o destructores.								
6	Violencia en el seno de las familias.								
7	Violaciones sexuales.								
8	Secuestros								
9	Víctimas de tortura.								
10	Desaparecidos (como producto del acaecimiento o por grupos irregulares).								
11	Grupos de población desplazada.								
12	Personas en albergues o refugios.								
13	Separación de familias.								
14	Personas con mucha aflicción, alarmados, con miedo u otras reacciones emocionales como consecuencia del suceso.								
15	Consumo o abuso de alcohol, drogas o ambos.								
16	Personas con trastornos mentales evidentes.								
17	Desintegración de las organizaciones comunitarias.								
18	Inconformidad comunitaria por las acciones de ayuda o humanitarias.								
19	Rechazo de la población a cooperar.								
20	Información insuficiente o poco confiable.								
21	Existencia de rumores o chismes.								
22	Equipos de respuesta afectados.								

Anexo 1 (cont.)

	B. LISTADO DE FACTORES PROTECTORES	Marque en la casilla	
	Existe o no existe	SÍ	NO
23	Organización comunitaria previa al desastre.		
24	Grupos de ciudadanos que participan activamente en la solución de los problemas derivados del desastre.		
25	Acceso a información confiable y sistemática.		
26	Miembros de la comunidad capacitados en salud mental.		
27	Servicios sociales disponibles.		
28	Servicios de salud mental disponibles.		
29	Programas externos de ayuda humanitaria funcionando.		
30	Ayuda gubernamental.		
31	Otros		

Comentarios sobre:

a) La información que está recibiendo la población (medios de comunicación masiva, medios oficiales, informaciones locales, rumores, chismes, etc.).

b) Otras consideraciones.

Anexo 1 (cont.)

	C. LISTADO DE RECURSOS (Disponibles en el lugar)		
	HUMANOS	ESCRIBA LA CANTIDAD	
31	Psicólogos		
32	Psiquiatras		
33	Médicos con entrenamiento en salud mental.		
34	Personal de enfermería con entrenamiento en salud mental.		
35	Trabajadores sociales.		
36	Terapistas ocupacionales.		
37	Estudiantes de salud mental (psicología, trabajo social, etc.).		
38	Otros		
	MATERIALES	SÍ	NO
39	Medicamentos (para trastornos nerviosos).		
40	Juegos o juguetes.		
41	Instalaciones y servicios de salud mental.		
42	Otros		
	ECONÓMICOS	SÍ	NO
43	Fondos disponibles para acciones de salud mental.		

Anexo 1 (cont.)

D. LISTADO DE NECESIDADES				
		ROJO (sin resolver)	AZUL (resuelto)	Gravedad del problema (marque el color)
		PSICOSOCIALES		R A
44	Orientación e información.			
45	Contacto y apoyo entre los miembros de la familia.			
46	Apoyo emocional.			
47	Apoyo social e institucional.			
48	Continuidad de la educación para los niños y jóvenes.			
49	Liderazgo			
50	Necesidades culturales (acorde con las costumbres y tradiciones locales).			
51	Necesidades religiosas o espirituales.			
	INSTITUCIONALES			
52	Movilización o incremento de personal.			
53	Capacitación y entrenamiento.			
54	Apertura de servicios de atención mental.			
	BÁSICAS: (Comentarios sobre el grado de satisfacción de vivienda, alimentación, agua y seguridad)			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
CONSIDERACIONES FINALES Y ACCIONES POR REALIZAR:				
<hr/> <hr/> <hr/>				

Anexo 2

Esquema propuesto para la recopilación de información durante el primer mes

Entidad que informa: _____

Período: _____

I. Apreciación evolutiva de la evaluación inicial

Debe resumirse la evolución de la situación desde el momento de la evaluación inicial hasta el corte semanal, enfocando:

1. principales problemas psicosociales,
2. factores protectores y de riesgo, y
3. grado de satisfacción de las necesidades.

II. Resumen estadístico de las acciones desarrolladas

1. Casos con trastornos psíquicos atendidos, según tipo de consulta, sexo y grupo de edad

Grupos de edad*	Casos nuevos		Consultas nuevas		Total	
	M	F	M	F	M	F
0 a 9						
10 a 19						
20 a 59						
60 y más						
Total						

* Los rangos de los grupos de edades se dan sólo a manera de un ejemplo. Cada país debe adaptarlos a su sistema de información.

2. Casos vistos por lugares y según tipo de personal (especializado o no especializado)

Personal que atiende	Hospitales		APS		Otros	
	M	F	M	F	M	F
Psiquiatras						
Psicólogos						
Técnicos de salud mental						
Personal no especializado						
Total						

3. Morbilidad

Categorías por síndromes	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Estrés agudo/ansiedad									
Depresión									
Conducta suicida									
Psicosis									
Consumo indebido de sustancias psicoactivas									
Epilepsia y cuadros orgánicos o confusionales									
Trastornos emocionales y conductuales de la niñez									

Categorías por síndromes	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Manifestaciones emocionales no definidamente patológicas									
Conductas violentas									
Trastornos psicosomáticos									
Total									

4. Número de casos referidos a psicólogos o psiquiatras. Evaluación del funcionamiento de los mecanismo de referencia y contrarreferencia.

5. Mortalidad

Causa	0 a 9 años		10 a 19 años		20 a 59 años		60 o más años		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Suicidio									
Homicidio									
Accidentes									
Violencia intrafamiliar									
Muertes relacionadas con el alcohol u otras drogas									
Otras (especificar)									
Total									

6. Actividades grupales psicoeducativas/de apoyo emocional y terapéuticas

Tipo de actividad	No. de sesiones	No. de participantes
Reuniones psicoeducativas o de apoyo emocional por personal no especializado		
Reuniones psicoeducativas o de apoyo emocional por personal especializado		
Grupos terapéuticos (por personal especializado)		

7. Atención a la población infantil

Tipo de actividad	No. de sesiones	No. de participantes
Actividades con grupos de niños		
Actividades con grupos de padres		

8. Capacitación desarrollada por el equipo especializado

Público objetivo	No. de participantes	Porcentaje capacitado en relación con el total
Trabajadores de la salud		
Agentes comunitarios		
Equipos de respuesta		
Maestros		
Otro personal		
Total de capacitación		

Observaciones sobre lugares en donde se desarrolló la capacitación y las temáticas:

9. Atención a miembros por equipos de respuesta

a. Casos atendidos individualmente: ____

b. Actividades grupales: ____ Participantes: ____

c. Trabajadores de los equipos de respuesta:

¿Qué tipo de manifestaciones tienen?

¿Qué acciones se han tomado?

Nota: Se recomienda que los cortes evaluativos semanales incluyan hasta el punto 9.

III. Identificación de grupos de población que requieren mayor atención en salud mental

Calificación de PRIORIDAD: / 1 Bajo / 2 Medio / 3 Alto

Grupo	Prioridad	Comentarios
Lesionados o afectados directamente.		
Familias que sufrieron los efectos directos del desastre o que tuvieron pérdidas (humanas y materiales).		
Personas que presenciaron muertes o situaciones de alto impacto humano/grupos en los que hubo muertes masivas.		
Niños.		
Adolescentes		
Menores sin familias, huérfanos y niños de la calle.		
Adolescentes sin familias o que han tenido que asumir la jefatura de la misma.		
Ancianos		
Mujeres, con especial énfasis en viudas, mujeres cabeza de familia y mujeres abandonadas.		
Sobrevivientes de la violencia, en sus diferentes modalidades.		
Personas con antecedentes de trastornos psíquicos.		
Personas con discapacidades (diferenciadas).		
Miembros de equipos de respuesta (especificar).		

IV. Instituciones, servicios y recursos

1. Instituciones y servicios en funcionamiento

Servicio de salud mental en funcionamiento	Observaciones
Ministerio de Salud	
Seguro Social	
Otras organizaciones gubernamentales	
Organizaciones no gubernamentales	
Universidades	
Otros	

2. Daños a la infraestructura de los servicios de salud mental que aún persisten:

3. Evaluación del funcionamiento de planes y servicios:

4. Recursos humanos/disponibles/necesidades

Personal/ institución	Ministerio de Salud	Seguro Social	Sector Privado	ONG	OG	Total disponible	Total necesario
Psiquiatra							
Psicólogo							
Trabajador social							
Enfermería							
Terapeuta ocupacional							
Estudiantes							
Total							

V. Problemática psicosocial de la población desplazada, refugiada o albergada (breve descripción cualitativa):

VI. Análisis de la coordinación interinstitucional desarrollada, de acuerdo con los actores que intervinieron en el evento. Proyecciones para su consolidación

VII. Análisis de la sostenibilidad de las acciones desplegadas hasta ese momento

VII. Consideraciones finales

Criterios operativos

Este formulario debe considerarse como un esquema sugerido. Los países deben adaptarlo a sus requerimientos, normas, y a su sistema de registro y vigilancia en salud. Los criterios y definiciones operativas se adaptarían en este sentido.

Casos atendidos según tipo de consulta

- **Caso nuevo.** Es aquél que llega por primera vez a la institución o servicio de salud mental con ocasión del evento (no ha tenido atención de salud mental en el último año).
- **Consultas nuevas.** Es aquél paciente que es visto después de ser atendido como caso nuevo o aquéllos que habían sido vistos durante el último año.

Actividades grupales

- Reunión grupal psicoeducativa y de apoyo emocional: tres o más personas que se reúnen con un facilitador capacitado para ofrecerles orientación, compartir experiencias y recibir apoyo emocional.
- Grupo de terapia: tres o más personas portadores de trastornos psíquicos que se reúnen con un profesional de salud mental con un objetivo terapéutico.

Las reuniones grupales pueden ser de una sesión o de varias, en sucesión. Los grupos pueden ser abiertos o cerrados.

Atención a población infantil

- Actividades con niños: son actividades grupales realizadas con niños en la escuela o espacios comunitarios.
- Actividades con padres: son actividades grupales realizadas con padres, en la escuela o en otro espacio comunitario.

Capacitación

Es una actividad colectiva de entrenamiento y difusión del conocimiento; es especialmente necesaria para el personal que actúa posteriormente ejecutando acciones de salud mental o como multiplicadores. Generalmente son: trabajadores de salud, agentes comunitarios, miembros de equipos de respuesta y maestros. Debe existir un programa de capacitación con estándares mínimos de cumplimiento del mismo; esto permite definir cuántas personas están realmente capacitadas y qué porcentaje representan en relación con el universo total, por ejemplo, porcentaje de médicos de APS entrenados en salud mental en situaciones de emergencia.

Indicaciones para recopilar e informar las actividades grupales

En cada actividad participan un número de personas. Posteriormente se suman actividades y participantes:

Ejemplo: **Capacitación**

	Actividad No. 1	40 participantes
	Actividad No. 2	20 participantes
Total	2 actividades	60 participantes

En este caso no importa que una misma persona participe varias veces, pues se supone que son acciones independientes que se suman.

Calificación de los grupos prioritarios

Implica determinar prioridades de grupos de población (alta, media o baja al marcarla con el color o número correspondiente) y que, por ende, necesitan acciones de intervención. En la casilla de observaciones, se deben especificar las características de los grupos marcados.