

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS -**

**“LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL
EN DIRECCIONES DE ÁREA DE SALUD EN EL TEMA DE SALUD MENTAL EN
EMERGENCIA Y DESASTRES EN GUATEMALA”**

**INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

KILMA VIOLETA LÓPEZ PAZ

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, FEBRERO DE 2012

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.439-2009
DIR. 200- 2012

De Orden de Impresión Informe Final

21 de febrero de 2012

Estudiante
Kilma Violeta López Paz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN CIENTO OCHENTA Y TRES GUIÓN DOS MIL DOCE (183-2012), que literalmente dice:

“CIENTO OCHENTA Y TRES: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **“LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN DIRECCIONES DE ÁREA DE SALUD EN EL TEMA DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIA Y DESASTRES EN GUATEMALA”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Kilma Violeta López Paz

CARNÉ No. 2003-1991

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por la Licenciada Paula Cecilia López Vásquez y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑADA A TODOS”

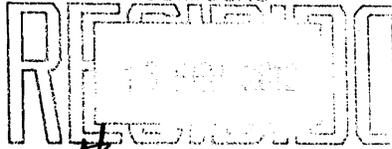
Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Reg. 439-2009
EPS. 071-2009

FIRMA *[Signature]* HORA 13:50 Registro 439-09 27 de enero del 2012

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de Kilma Violeta López Paz, carné No. 200319901, titulado:

"LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN DIRECCIONES DE ÁREA DE SALUD EN EL TEMA DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIA Y DESASTRES EN GUATEMALA."

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



/Dg.
c.c. Control Académico



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 439-2009

EPS. 071-2009

20 de enero del 2012

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera

Coordinador de EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Kilma Violeta López Paz**, carné No. **200319901**, titulado:

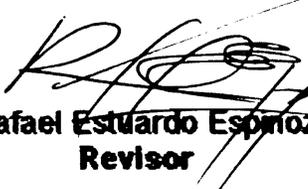
"LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN DIRECCIONES DE ÁREA DE SALUD EN EL TEMA DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIA Y DESASTRES EN GUATEMALA."

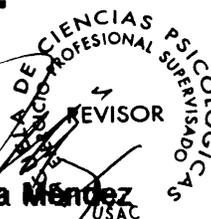
De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Revisor



/Dg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 439-2009
EPS. 071-2009

25 de julio del 2011

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera

Coordinador

Ejercicio Profesional Supervisado

Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Coordinador

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de Kilima Violeta López Paz, carné No. 200319901, titulado:

"LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN DIRECCIONES DE ÁREA DE SALUD EN EL TEMA DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIA Y DESASTRES EN GUATEMALA."

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Paula Cecilia López Vásquez
Asesora-Supervisora



/Dg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico

EPS

Archivo

Reg.439-2009

CODIPs.1122-2009

De Aprobación de Proyecto EPS

05 de agosto de 2009

Estudiante

Kilma Violeta López Paz

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINCUGÉSIMO QUINTO (55°) del Acta DIECISIETE GUIÓN DOS MIL NUEVE (17-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 30 de julio de 2009, que literalmente dice:

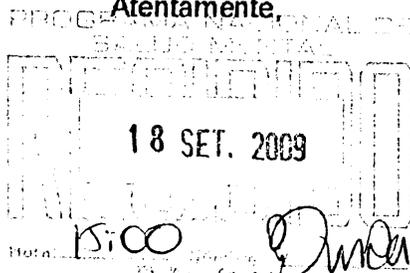
"QUINCUGÉSIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN, RESPUESTA Y ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN DIRECCIONES DE ÁREA DE SALUD EN EL TEMA DE EMERGENCIA Y DESASTRES EN SALUD MENTAL EN GUATEMALA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

KILMA VIOLETA LÓPEZ PAZ

CARNÉ No. 200319901

Dicho proyecto se realizará en la zona 11, Ciudad Capital, asignándose la Coordinadora Magdalena Chocoj González, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y la Licenciada Paula Cecilia López Vásquez, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**

Atentamente,



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



KiCO

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Melveth S.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Programa de Salud Mental

Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas

5ª. Avenida 11-40, zona 11 Colonia El Progreso

Telefax: 24716660

pnsmttemporal@gmail.com

OF. /08/2012 Ref. PSM-DRPAP

Guatemala, 24 de enero 2012.

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador de EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
CUM

Respetable Licenciado Samayoa:

Reciba un cordial saludo de parte de esta coordinación, el motivo del presente es para hacer de su conocimiento que la señora Kilma Violeta López Páz, quien se identifica con número de cédula de vecindad No. F-6 29,742 y Número de carné 200319901; realizó el Ejercicio Profesional Supervisado correspondiente a la Carrera de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el Programa de Salud Mental, trabajando en el proyecto "*La Importancia De La Organización De La Atención Institucional En Direcciones De Área De Salud En El Tema De Salud Mental En Emergencias Y Desastres En Guatemala*", durante el periodo de febrero de 2009 a febrero de 2010, siendo este satisfactorio, tiempo en el cual demostró ser una persona responsable y dedicada a su trabajo.

Para los usos que a la interesada convenga, extendiendo, sello y firmo la presente constancia.

Atentamente,



Licenciado Rigoberto Rivera
Coordinador
Programa de Salud Mental

C.c. Kilma Violeta López Páz
Archivo

MADRINAS

**MARIA MAGDALENA CHOCOJ GONZALES
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
COLEGIADO 630**

**ROXANA MARIBEL HERNANDEZ FERNÁNDEZ
LICENDIADA ENPSICOLOGIA
COLEGIADA 6781**

ACTO QUE DEDICO

- A: **DIOS:** por la oportunidad de compartir con todos mis seres amados el triunfo.
- A: **PADRES:** Por ser mi ejemplo siempre.
- A: **HERMANOS:** Por su fiel amor.
- A: **ESPOSO:** Por su apoyo incondicional y acompañarme en el proceso del éxito.
- A: **MI HIJA:** **Katlin Avril Tobías López**, como ejemplo de ser mujer, hija, hermana y madre de éxito.
- A: **NUESTRAS FAMILIAS;** y a todas aquellas personas que de una u otra forma brindaron su apoyo incondicional.
- A: **MIS MADRINAS:** **Magdalena Chocoj y Roxana Fernández** por enseñarme que una profesional se forja en el campo de trabajo y no detrás de un escritorio, a no desmayar, perseverar y lograr mis metas.
- A: **PNSM:** **Templo del saber, humildad, amor y valor Humano,** por abrirme la puerta del que hacer psicológico durante ante y después de una emergencia y Desastre.
- A: **MIS AMIGOS:** por tan larga lista de eventos que disfrutamos Juntos.
- AL: **LECTOR:** Por creer y valorar el trabajo científico de la Psicología.

INDICE

Resumen

Introducción

Capítulo I

Antecedentes

Historia Institucional.....08

Análisis de Contexto.....11

Planteamiento del Problema..... 25

Capítulo II

Referente Teórico Metodológico

Marco Teórico Referencial.....31

Objetivos.....36

Metodología de Abordaje.....37

Capítulo III

Descripción de la Experiencia.....58

Capítulo IV

Análisis.....68

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones.....79

Bibliografía.....80

Anexos.....82

Resumen

Los desastres naturales en Guatemala, son un riesgo constante por lo que se hace necesario que los establecimientos de salud cuenten con una organización y planificación adecuada a efecto de poder enfrentar de una forma eficiente las circunstancias que pudieran presentarse en la manifestación de un evento adverso. La organización Institucional es tan importante como el n plan de respuesta a emergencias que incluya los lineamientos a seguir en una emergencia, para coordinar el conjunto de acciones destinadas a mitigar el impacto de los eventos adversos. El personal de las Áreas de Salud de Guatemala constituye una red de servicios que incide en el mejoramiento de la población afectada por desastres; mediante la optimización de los recursos, en coordinación con otros sectores comprometidos con la satisfacción de las demandas de la comunidad. Esta organización provee gratuitamente servicios de salud preventiva, curativa, y de rehabilitación a la población de cada municipio, mediante la articulación de una red institucional en los niveles de atención, regida por los principios de eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez. El propósito de este documento base es poseer la información técnica y logística necesaria para implementar durante un desastre, tomando en cuenta la infraestructura del servicio y la capacidad resolutive del mismo de acuerdo a los recursos con que se cuente y permita ordenar y regular en forma clara y específica las responsabilidades y obligaciones de cada uno de los integrantes del personal del Área de Salud durante una emergencia con único objeto de atender apropiadamente las necesidades de la población afectada sin descuidar la integridad física del personal.

INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país vulnerable a sufrir desastres, por lo que estar preparados es indispensable para poder implementar acciones que permitan minimizar desastres posteriores. Si bien la coordinación con otros sectores e instituciones es vital, el abordaje de salud debe garantizarse desde la prevención, a través de la identificación de los factores de riesgo y protectores físicos y mentales, así como atención y rehabilitación a toda la población con énfasis en los grupos vulnerables.

La experiencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha permitido identificar la carencia de un enfoque integral hacia los desastres, especialmente en salud mental, ya que estos sucesos causan alteraciones intensas en la vida de las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente excediendo muchas veces la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Si bien es cierto que las intervenciones iniciales son vitales para la seguridad física, válidas para el proceso en que se dan los desastres, es importante no olvidar que se tienen que "incluir" las implicaciones emocionales que llegan a crear estados emocionales que se dan a corto, mediano y largo plazo, afectando la salud mental, individual, familiar y comunitaria, dejando secuelas profundas al no contar con estrategias reales para su abordaje.

Nuestra República es vulnerable a sufrir desastres, por lo que estar preparados es indispensable para poder implementar acciones que permitan minimizarlos. Si bien la coordinación con otros sectores e instituciones es vital, el abordaje de salud debe garantizarse desde la prevención, a través de la identificación de los factores de riesgo y protectores físicos y mentales, así como atención y rehabilitación a toda la población con énfasis en los grupos vulnerables.

La experiencia en el Programa Nacional de Salud Mental –PNSN- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- me ha permitido identificar las Demandas, Carencia y Facilidades sobre La Importancia de la Organización y la Atención Institucional en Direcciones de Área de Salud en el tema de Salud Mental en Emergencia y Desastres en Guatemala; ya que este tema había quedado aislado en los planes de las Direcciones de Área de Salud DAS, y además no se había trabajado a nivel nacional con un enfoque integral en el primer y segundo nivel de atención Salud Mental en Emergencias y Desastres. Por tanto se trabajó en actualizar y capacitar al personal de salud de las 29 DAS en los Lineamientos Técnicos Normativos y el uso del Protocolo de Atención a Víctimas afectadas por Desastres en Salud Mental, y el Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades en Salud Mental.

Los datos encontrados en la fase de observación del EPS ayudaron a enfocar los objetivos para obtener un resultado favorable en la metodología de abordaje de la Investigación, Servicio y Docencia. Los resultados positivos, con la apertura de profesionales al tema y utilización de instrumentos especialmente en salud mental, dentro se vio reflejada en la atención y relaciones que se abrieron dentro de la institución.

Si bien es cierto que las intervenciones iniciales son vitales para la seguridad física, válidas para el proceso en que se dan los desastres, es importante no olvidar que se tienen que medir las implicaciones emocionales que llegan a crear estados emocionales que se dan a corto, mediano y largo plazo, afectando la salud mental, individual, familiar y comunitaria, dejando secuelas profundas al no contar con estrategias reales para su abordaje.

Se construyeron los Lineamientos a través de procesos de validación dentro y fuera del Sector Salud, Organismos Internacionales y de la Sociedad Civil, el cual fortalece los procesos resolutivos a nivel nacional, así mismo brindó acciones efectivas y eficaces para la organización y abordaje de la prevención, tratamiento y rehabilitación de los desastres naturales y provocados.

Cabe enfatizar que los procesos de Emergencias y Desastres que tienen presencia en los diferentes departamentos de la región en mayor o menor grado, no obedecen solamente a la aplicación de criterios administrativos, sino que expresan el espacio que ganan las amenazas y la precaria información del que hacer. De esta manera, han surgido y cobrado fuerza diversas propuestas para el desarrollo, que tienen en común concebirlo como proceso integral de ampliación de oportunidades. Propósito que se facilita en espacios territoriales de pequeña y mediana escala, donde existen mayores posibilidades de participación, movilización de capacidades y recursos para lograr el bien común en términos sociales, económicos y políticos.

La insatisfacción de salud de Guatemala se caracteriza por la coexistencia de problemas de salud asociados al subdesarrollo, como son las enfermedades más comunes físicas y mentales después de un desastre; ya que, estos sucesos causan alteraciones intensas en la vida de las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente excediendo muchas veces la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Es necesario continuar con la divulgación de los protocolos, informes que el MSPAS publica para mantener actualizada a la población que atiende así como la que es afectada para optimizar la respuesta y minimizar el impacto.

El presente estudio revela que la Salud Mental en Guatemala es un problema real y que para enfrentarlo se requiere una política nacional

intersectorial. Proporciona información científica actualizada sobre el impacto de la salud mental de los y las guatemaltecas, describe los escenarios futuros y la vulnerabilidad del país; aborda la mitigación de la Organización de las Direcciones de Área de Salud –DAS- en Salud Mental en Emergencia y Desastres; temas claves en los debates internacionales y nacionales. Desde la visión de la necesidad que el Estado obtenga instrumentos para hacer frente al cambio climático y sus efectos en la salud mental, analiza políticas vigentes, en proceso de formulación y políticas que deberían practicarse.

El propósito de trabajar con el personal de salud fue exclusivamente para generar mayor capacidad en los servicios de salud pública del país, para el abordaje integral de la Salud Mental. El propiciar talleres con organizaciones internacionales para preparar los recursos humanos del sector salud, que contribuyeron al resarcimiento justo y digno de la población guatemalteca.

Durante el Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- se facilitó el proceso de enseñanza, autoaprendizaje y aplicación de los conocimientos, actitudes y prácticas, que se encuentran en el manejo práctico de los lineamientos Técnicos Normativos. Esto fue necesario para desarrollar capacidades en el personal de primero y segundo nivel de atención, priorizando el personal ubicado en las regiones más alejadas.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

HISTORIA Y DATOS INSTITUCIONALES

Programa Nacional de Salud Mental.

Los Servicios de Salud Mental en Guatemala. (2007:24)

" El programa nació en los años 80 como una necesidad de brindar atención a la población guatemalteca en 1984 se crea como el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (DRPAP) por acuerdo gubernativo No. 741-84, en 1986 se logra contar con un asesor directo en el despacho ministerial y se contratan diez psicólogos para iniciar el trabajo de salud mental en algunos centros de salud de la capital. En 1995 se forma el Grupo Multisectorial de Salud Mental, que aglutinó a más de 40 ONG organizándose "El Encuentro Nacional de Salud Mental". En 1998 se incorpora en el programa, el abordaje integral de la violencia intrafamiliar, con enfoque de género. En el año 2000 se diseña el "Plan Nacional de Salud Mental 2000-2004", cuyo propósito fue la descentralización de los servicios de salud, la extensión de cobertura y el fomento de la salud integral de la familia.

En el 2006 se elabora el Informe Sobre el Sistema de Salud en Guatemala IESM-OMS cuyos datos más relevantes dan cuenta que en Guatemala no existe una política ni un plan actualizado de salud mental, no existe un marco legal específico en el campo de la salud mental, del presupuesto total de salud sólo el 1% es destinado a la salud mental y de éste 90% del presupuesto asignado a salud mental es absorbido por el Hospital Nacional de Salud Mental, no existe coordinación entre el Programa Nacional de Salud Mental PNSM y la red de servicios de salud, por lo que los servicios específicos de salud están concentrados en la

capital del país y no se dispone de un adecuado sistema de referencia y respuesta”.

El Plan Estratégico Nacional para el Fomento de la Salud Mental en Guatemala, (2007:1) dice:

“Visión: para el año 2020, el esfuerzo articulado de diversos actores sociales ha permitido construir una cultura de salud mental para el fomento de estilos de vida saludable y el acceso equitativo a servicios integrales, basados en la participación de la comunidad.

Misión: El Programa Nacional de Salud Mental impulsará la implementación de la política nacional de salud mental, de normas y protocolos de atención y el fortalecimiento de los programas de servicios.”

En el año 2009 inicia el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado EPS en la Dirección Reguladora de los Programas en el Programa Nacional de Salud Mental con 2 estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, llegando a formar parte del equipo de trabajo, distribuidas en el servicio matutino y en el horario vespertino.

El PNSM fortalece la red de servicios de salud incorporando el componente de salud mental en el marco del modelo integral de salud, así como, el desarrollar capacitaciones técnicas locales para el abordaje de la salud mental en Desastres, Emergencias, Violencia Sexual en todas sus expresiones y los Trastornos Mentales más Frecuentes.

El programa está ubicado en la 5 Av. 11-40, Colonia El Progreso, zona 11 del área metropolitana del departamento de Guatemala. El programa cumple con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:30 horas.

Caracterización de la Población de las Direcciones de Área de Salud.

El personal de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de las Direcciones de Área de Salud, con las que se trabajó, fueron 445 profesionales entre los cuales están: psicólogas, psicólogos, psiquiatras, médicos Jefes de Áreas, enfermeras y enfermeros; las edades entre las que osciló la población fue de 25 a 55 años, las etnias a las que pertenecieron fueron mayas, xincas, garífunas y ladinas; que en su mayoría eran provenientes del interior de la república.

En general dentro del MSPAS se contrata al personal en dos formas:

- 1) Psicólogos, psicólogas y psiquiatras con 5 horas de trabajo en Centro de Salud y Clínicas Periféricas.
 - 1.1) Médicos, enfermeras y enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería, con 8 horas de trabajo en hospitales y Centros de Salud del área metropolitana.
- 2) Psicólogas, enfermeras y enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería con 8 horas de trabajo contratadas por el MSPAS, ONG y OPS en hospitales regionales y Centros de Salud en el interior de la república.

Los y las profesionales de la salud vienen a fortalecer a la red de servicios de salud, atendiendo el papel de provisión de la salud que le corresponde al MSPAS; dando respuesta al compromiso de mejorar la calidad de los servicios de salud que responde a las particularidades de las poblaciones, con un enfoque de interculturalidad, género y ciclos de vida. Por lo tanto la atención es integral y descentralizada.

ANÁLISIS DE CONTEXTO

Eje político del MSPAS y PNSM

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, reconociendo su responsabilidad de conducir, regular, promover y garantizar la salud integral y tomando en cuenta las necesidades de salud mental de la población guatemalteca, ha definido una política de salud mental cuyo propósito es orientar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial integral. La política está dirigida a promover la salud mental de la población guatemalteca en general, pero haciendo énfasis en los grupos sociales afectados por la inequidad, la violencia, los desastres, las adicciones y por otros problemas de carácter mental y de la conducta.

Verdugo t. (2000:8) *“Buscando algunas explicaciones que permitan un mayor entendimiento sobre los cambios históricos que se han verificado dentro del sector salud. Igualmente, se hace un acercamiento a los efectos o impactos pasados, actuales y posibles de la política y reforma de salud según las tendencias que han predominado en ellas”.*

Las actividades de promoción de la salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y fisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos.

En la Revista Perfil del Sistema de Salud de Guatemala, (2007:24) refiere que: *"Las Políticas Nacionales de Salud son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios, socializándose por diferentes medios electrónicos y escritos a los que tienen acceso los actores involucrados y la sociedad civil. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce dentro de los Lineamientos Básicos y Políticas de Salud 2004-2008, las funciones de conducción, regulación, promoción y garantía de la salud de la población; orientada a la salud preventiva, utilización de los recursos con equidad, calidad, eficiencia y transparencia, a corto, mediano y largo plazo; ejerciendo el liderazgo dentro del sector y la sociedad civil organizada, asegurando la participación dentro de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Para el cumplimiento de la misión impuesta se ha establecido el Sistema de Información Gerencial en Salud como instrumento de registro y monitoreo de la situación de salud, a través de la generación de información proveniente de fuentes intra y extra institucionales. En el caso de estadísticas vitales y demográficas es el Instituto Nacional de Estadística (INE) el ente responsable por mandato constitucional de las mismas".*

Las evaluaciones en el sector salud tradicionalmente se han dirigido a estudiar estructuras, procesos o resultados de servicios, programas y políticas. Estas evaluaciones han permitido medir el cumplimiento de metas operativas y, en ocasiones, cuantificar el impacto de dichos servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de condiciones de salud. Sin embargo, el cumplimiento de las metas operativas no siempre implica el éxito de una

iniciativa de salud integral y multidisciplinaria; la suma del impacto de los logros de los servicios, programas y políticas no necesariamente constituye un fiel reflejo del *desempeño agregado* de un sistema de salud.

Por otra parte la satisfacción de las necesidades de salud mental de la población guatemalteca en general fue diferente a las necesidades de cada uno de los ciclos de vida. Ya que cada región fue impactada por la violencia, desastres, problemas mentales y adicciones y abordada con un enfoque comunitario según su pertinencia cultural y no por las normas multidisciplinarias del MSPAS.

El propósito de trabajar con el personal de salud fue exclusivamente para generar mayor capacidad en los servicios de salud pública del país, para el abordaje integral de la Salud Mental, y preparar a los recursos humanos del sector salud, que contribuya al resarcimiento justo y digno de la población guatemalteca.

Por otra parte fue el facilitar el proceso de enseñanza, autoaprendizaje y aplicación de los conocimientos, actitudes y prácticas, que se encuentran en el manejo práctico de los lineamientos Técnicos Normativos, es necesario para desarrollar capacidades en el personal de primero y segundo nivel de atención, priorizando el personal ubicado en las regiones más alejadas.

En el proceso de las capacitaciones se permitió la aplicación y promoción de las experiencias de los técnicos y profesionales de salud, incorporándose a este proceso y permitiendo su revisión periódicamente. Se adjuntaron las lecciones aprendidas en el proceso de aplicación, pero; para que esto continúe en funcionamiento se capacitó al personal de salud sobre un instrumento que facilitó planificar, utilizar y evaluar su propio proceso de apropiación del contenido de los

Lineamientos para que le permitieran contextualizar dicho contenido. Así como, aplicar en forma práctica los contenidos y que permitieron mejorar la calidad y unificar los criterios de atención integral y proponer un orden lógico de contenidos de aprendizaje y una metodología de base participativa que permitió al personal de salud la multiplicación de la capacidad adquirida al resto del personal de la red de servicios de salud del MSPAS.

Es así que se elige una metodología que se basa y se recrea en la experiencia de los participantes y se convierte en un instrumento de ir y venir de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría según su pertinencia cultural y nivel de atención.

Eje económico.

El recurso económico, 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 evento, además de la valoración del estado de los establecimientos de salud.

El sector salud en el eje financiero se vio afectado durante las Emergencias y Desastres; impactando el área de infraestructura y afectando pagos de contratos del personal que atiende a la población (sector privado, sector público).

En la revista Perfil del Sistema de Salud de Guatemala (2007^a:35) se señala que: *“La autoridad sanitaria del país con el fin de establecer una fuente de información del financiamiento y gasto en salud ha elaborado tres estudios de Cuentas Nacionales de Salud, en los que se incluye el análisis de los años de 1995 a 2003. Los resultados señalan que el financiamiento de la salud proviene de las siguientes fuentes: hogares, gobierno central, empresas y cooperación internacional. La fuente de financiamiento público está conformada por los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, de la Defensa Nacional y de Gobernación; las instituciones autónomas como la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”.*

El MSPAS Unidad de Planificación Estratégica, Departamento de Seguimiento y Evaluación (2010:1) señala que *“Guatemala es un país en vías de desarrollo. Su economía es la décima a nivel latinoamericano, el sector más grande en la economía guatemalteca es la agricultura”*

La economía guatemalteca está llena de contrastes ya que en la realidad los aportes provienen de los hogares (gasto de bolsillo) y los hogares funcionan como fuente y agente de financiamiento.

En la revista Perfil del Sistema de Salud de Guatemala (2007b:36) señala que: *“Las empresas privadas, a través del aporte del 10% de la cuota patronal al seguro social, se convierte como agente en el caso de pago de seguros y como proveedor funcionan a través de hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias, laboratorios y otros. La cooperación internacional participa por medio de donaciones de las agencias bilaterales y multilaterales. Las Organizaciones No Gubernamentales actúan como agentes y proveedores en el proceso de financiamiento de la salud, ya que reciben recursos del Gobierno Central, Cooperación Internacional, hogares y empresas.”*

La configuración del gobierno del sector salud caracterizado por servicios de salud oferta sólo paquetes básicos financiados por escasos fondos públicos subsidiados por la cooperación internacional y otros fondos privados y dirigidos a las personas de escasos recurso.

Podemos darnos cuenta que el MSPAS en lo que más avanza es en la extensión de cobertura de primer nivel de atención, (Centros y Puestos de Salud) en salud del Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, a través de la contratación de instituciones privadas y un masivo voluntariado. Asimismo, lograron otras metas como: la aprobación del Nuevo Código de Salud y Reglamento Interno (definiendo una nueva estructura del Ministerio y estableciendo nuevas reglas para todo el sector); mejoras administrativas importantes y puesta en funcionamiento del Programa de Accesibilidad de Medicamentos y convenios con la OPS que aún siguen vigentes.

¿Y qué pasa con el personal que se capacita y es despedido, conociendo estos, la dinámica de las y los guatemaltecos?

La respuesta es simple; el círculo vicioso de hablar de contratación de personal de salud (psicólogos y psiquiatras), dejó una respuesta negativa y justificándose, que la economía del MSPAS solamente alcanza para los medicamentos. Esto contradice toda buena intención de lanzamientos de protocolos, normas de atención y capacitaciones, sí, en la realidad no hay quien ejerza las funciones profesionales que estos demandan y publican.

Ahora bien, los cambios financieros del MSPAS son de carácter sumatorio, al no modificar procesos y estructuras e incorporar únicamente programas y estrategias promovidas por organismos internacionales, entre los que destaca la Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS y Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional USAID. Es por ello, que, se cataloga el desarrollo del sistema de salud de Guatemala como una Reforma Aditiva y dada la lógica que adquiere el sector salud, se comienza a dar una privatización por desgaste. Entendiendo esta última como la reacción privada o de la sociedad para cubrir sus necesidades de salud, ante el abandono de dicha problemática por parte del Estado.

Las ayudas monetarias recibidas por los proveedores (hogares, ayuda internacional), no van dirigidas al pago de contratos del personal de salud, sino a la minimización de pagos con las farmacéuticas manteniendo así, un círculo vicioso donde la deuda y las capacitaciones al personal de salud quedan abandonadas.

En la actualidad el MSPAS, tiene a su cargo el departamento financiero y recursos humanos quienes son los que contratan y despiden al personal de salud en función de un adecuado control financiero interno.

¿Y dónde queda el apoyo financiero para actualizar a los profesionales de salud? Ahora exponemos, que no existe un rubro específico para esto, porque la realidad económica no da para más, por ello se busca el apoyo financiero de ONGs y OPS para llevar a cabo talleres que benefician al personal de salud en su actualización y capacitación en temas de interés (Emergencias y Desastres) y en la cobertura de ello.

En la publicación, El Modelo de Financiamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, (2004:1) señala que:

En términos generales el modelo permite proyectar gastos y financiamiento del MSPAS en un período de 5 años, con el fin de evaluar si es que existe una coincidencia anual entre gasto y financiamiento, o bien si hay discrepancias. En cada año proyectado, la discrepancia entre gasto y financiamiento puede ser un déficit o un superávit. Si es un déficit, es decir si es que el gasto proyectado supera al financiamiento, entonces el MSPAS debe prever ajustes para disminuir su gasto futuro o para aumentar sus ingresos. Estos ajustes pueden ser de tres tipos:(1) una reducción en sus metas de producción (por ejemplo una menor extensión de cobertura); (2) Una disminución de sus gastos por la vía de una mayor eficiencia productiva (por ejemplo a un aumento en la productividad del personal); y (3) un aumento del financiamiento ya sea con (a) un mayor presupuesto público para el MSPAS, (b) mayores ingresos del MSPAS provenientes de pagos de la población, o (c) mayores contribuciones de los donantes. Si hay un superávit, es decir si el financiamiento supera al gasto, entonces el MSPAS puede aumentar sus metas de cobertura, o bien el gobierno puede

reducir sus aportes al MSPAS, o bien el MSPAS puede reducir los aportes financieros que demanda a la población.

En ese marco histórico, se da una creciente polarización política y social. Al final, se debe ser consciente que la política financiera de salud es profundamente interdependiente a procesos mundiales-nacionales más amplios de carácter político, económico, cultural, género, ecológico y social. Cualquier reforma de salud, además de afectar a dichos procesos, redefine las funciones y relaciones entre el Estado, mercado y la sociedad en el campo de la salud.

Eje social.

En los estudios antropológicos y sociológicos se han publicado sobre la clase social en Guatemala podemos parafrasear que es un país clasista; ya que en las investigaciones realizadas hacen énfasis en los estereotipos caducos y prejuicios absurdos. Claro que en este país, se debe encajar dentro de un molde para pertenecer a él. De allí que se crea que todas las personas que estén tatuadas sean delincuentes. O que los "canchitos" son más inteligentes que cualquiera. Entonces para ascender en esa enredadera de conceptos errados, se debe cumplir ciertos estereotipos. De lo contrario uno no puede ascender de nivel social. Ascenso que lo da dos cosas: el físico o el dinero. O se es agraciado, o se tiene la plata para desviar la atención. Y en este país, o se tiene clase social o se es nadie. Desafortunadamente, sucede la trasculturalización, se necesita adoptar normas y costumbres de la clase dominante para no ser apartada de ella. Entonces, el guatemalteco, ve al indígena, como parte del paisaje, de la postal. Pero reniega de sus orígenes. Las clases sociales en Guatemala se culturizan. Necesitan hacerlo para apartarse de las esferas o niveles inferiores. Las clases sociales establecen sus propios estereotipos.

En la Revista América Latina y el Caribe, PNUD (2007:1) "*La diversidad étnica, los factores religiosos, de la relaciones de género y el nivel económico de la población se consideran factores que favorecen y dificultan la implementación de la salud social en Guatemala.*"

Sin embargo, el país sea cual sea la visión nacional o internacional siempre ha evolucionado precariamente debido a que las principales contradicciones del país no se resuelven. En ese sentido, se debe buscar un camino nacional que se adapte y aproveche las nuevas condiciones

de la globalización; pero que al mismo tiempo priorice las necesidades más urgentes de la realidad nacional. (Según la pertinencia cultural) Construir un proyecto de nación con base al mayor consenso posible en sectores democráticos y progresistas del país, resulta ser urgente, buscar soluciones en el corto, mediano y largo plazo a problemas como la actual inviabilidad económica externa e interna; la problemática étnica de los pueblos indígenas y no indígenas; la situación agraria específicamente; los rezagos sociales y de derechos humanos, entre muchos otros, son parte de la complicada agenda nacional.

La buena salud de la población es uno de los pilares fundamentales del progreso social y económico de un país. Existe una estrecha interrelación entre buena salud, reducción de la pobreza y, en el largo plazo, desarrollo económico. En los países de bajo ingreso la mala salud de un pueblo, es una barrera que impide romper el círculo de la pobreza y progresar en el crecimiento de sus economías.

Los recursos destinados al sector salud se orientan fundamentalmente a incrementar la cobertura de los servicios de salud y a mejorar la provisión de los mismos. Las inversiones en salud no sólo permiten que la población goce de mejor salud, sino que además posibilitan una mayor integración social y contribuyen a que la población pueda aprovechar de mejor manera su potencial cognitivo, aumentando su capacidad para generar ingresos. Las inversiones en salud también generan un incremento en la productividad de la mano de obra, como producto de reducciones en la mortalidad y morbilidad de la población.

El gobierno invierte en salud fundamentalmente porque es un sector en el que se puede atenuar la inequidad social, aliviar la pobreza, atender externalidades (como por ejemplo: enfermedades contagiosas) y

aumentar las posibilidades de desarrollo económico. Los recursos destinados por el Gobierno a la salud se dirigen a atenciones hospitalarias, atenciones ambulatorias, desarrollo de programas preventivos, compra de insumos y medicamentos, pago de salarios a los funcionarios que prestan servicios de salud, desarrollo de infraestructura de salud y otros. Otra forma de ver el destino de los recursos de salud es traducirlos en número de niños vacunados, partos atendidos de manera institucional, atenciones hospitalarias prestadas, consultas efectuadas, medicamentos suministrados, pero nunca tiene lo necesario cuando hay un desastre, (recurso humano, psicólogos, enfermeras, medicamentos, transporte para referencia y otros.) por lo tanto, en este sentido, la escasez de recursos asignados al sector salud, se traducen en Emergencia, Desastre y Mortalidad.

Las funciones de salud en toda situación de emergencia relacionada con un desastre, se prioriza en salvar vidas y dar atención inmediata. Pero la infraestructura de los Hospitales, Centros y Puestos de Salud son vulnerables ante los desastres; auxiliando sus funciones en hoteles, bodegas, albergues y laboratorios durante y después de un desastre; esto quiere decir que las estructuras hospitalarias sufren este fenómeno debido a que se ocultan la necesidades prioritarias de cada estructura de salud de todo el país y así, esto se vuelve una emergencia y desastre para la sociedad porque no contará con los insumos necesarios para atender a la población.

La rectoría en salud, formalmente asignada al MSPAS, no es ejercida más allá de los proveedores públicos, por lo cual el país carece de sistemas de certificación de profesionales y acreditación de establecimientos. Los rasgos antes descritos indican que, en Guatemala, el sistema de protección social en salud cabe en la categoría de

segmentado: un sistema mixto de entrega con escasa articulación interna y débil regulación. Esto se manifiesta e impacta en las funciones de financiamiento, aseguramiento, provisión y rectoría, las cuales se describen a continuación.

Las principales características negativas del sistema de salud, tales como la segmentación, el limitado acceso físico para la población rural y la dependencia del gasto de bolsillo, están generando inequidades y exacerban aquellas que han sido históricas. El programa de extensión de cobertura, aún cuando en la mayoría de casos llega a población con mayores grados de exclusión, es poco probable que logre revertir dichas inequidades, debido a que únicamente ofrece un paquete de servicios básicos (medicamentos, insumos médicos, transporte, materiales para impresión, capacitación y recurso humano.) y no ataca el problema principal de las disparidades en el acceso regular a servicios integrales de salud.

En Guatemala, los niveles de inequidad en el acceso es el resultado de la exclusión social, de privaciones y de pobreza. A pesar de que existen algunas razones para las inequidades observadas en el acceso que están más allá del control del sistema de salud, la mayoría de las razones que se observan para que ellas ocurran son el resultado de decisiones políticas que han concentrado recursos y servicios en grupos poblacionales específicos (aquellos que tienen mayores ventajas sociales), y en regiones geográficas específicas (urbanas en lugar de rurales).

El país no cuenta con sistema integral y coherente de protección social en salud, definida como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna.

En adición a lo anterior, el sistema posee retos actuales que continuarán siendo relevantes en el corto y mediano plazo. Estos son: revertir la tendencia de la caída en el gasto público, desarrollar el recurso humano en salud, fortalecer los sistemas de información y atender las demandas de servicios al sistema por etnia (maya, garífuna, xinca, ladina), generadas por la transición demográfica y epidemiológica.

Es importante obtener la información de la población que se auto medican y obtener un registro sobre, qué hacen las personas de las comunidades para curarse o sanar cuando no asisten a un centro, puesto de de salud, porqué no hablan su idioma, no hay medicamentos y los servicios no atienden los fines de semana.

Finalmente, se debe abrir un debate sobre el sistema de salud que necesita el país, favoreciendo modelos de análisis sistémicos e integrales; ello para superar la percepción pública de que el sistema de salud se reduce a la atención hospitalaria y principalmente al análisis de las recurrentes crisis de los hospitales metropolitanos.

Planteamiento del Problema

En la Constitución Política de Guatemala (2009:1) se señala que: *"Reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna, y obliga al Estado a velar por la misma, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, a fin de procurarles a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social, reconociendo, asimismo, que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público."*

Todo esto inquieta a toda la institucionalidad del Ministerio de Salud al no tener un presupuesto para que pueda operar ampliamente en los compromisos de atención de cobertura y servicios básicos de salud. Verdugo (2000:5) dice: *"Para solucionar esto durante el gobierno de De León Carpio, en 1995, ya aparece un documento de política enmarcado en la firma del primer préstamo del Banco Internacional para Desarrollo BID para la reforma de salud. En ese entonces, el BID ya tenía una injerencia directa dentro del Ministerio de Salud y la tecnoburocracia se enfrentaba a dicho banco por temas como el reducido per cápita o el paquete básico de servicios"*. Pero siguen en crisis financiera.

¿Básicamente se encuentra una falta de coherencia entre un sector salud que sigue los lineamientos del BID que aplica formas privadas para gestión y prestación de servicios de salud?

La sociedad guatemalteca se enfrenta entonces a una de las crisis más importantes de los últimos años asociada a la creciente inviabilidad económica, un fuerte desprestigio a nivel internacional asociado al narcotráfico, la continua violación a los derechos humanos, un desmantelamiento de la política social, una crisis en los partidos políticos y fuertes debilidades en la atención en salud.

El MSPAS, tiene como regla fundamental basado en el Código de la Salud (1997:8) "*todos los habitantes tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna*", pero esto se ve afectado por la actual crisis financiera causada por el mal manejo del gobierno que prácticamente se está quedando inoperante en las direcciones de área, hospitales, centros y puestos de salud. Esta estructura definida, se ve afectada fuertemente al no poder operar como lo demandó la ley porque no hay financiamiento para pagos de contratos.

Otro problema encontrado durante el Ejercicio Profesional Supervisado EPS en el Programa Nacional de Salud Mental, PNSM en materia de salud, consiste en que el MSPAS tiene "*a su cargo la Rectoría del sector salud, entendida esta como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e institucionales de salud a nivel nacional.*" Pero el Ministerio de Salud, delega la responsabilidad a la Dirección de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, DRPAP, para evadir la responsabilidad de elaboración de reglamentos y visitas a cada Dirección de Áreas de Salud DAS, y se le delega al Programa Nacional de Salud Mental la elaboración de Protocolos y Lineamientos Técnicos Normativos y rectoría de los mismos. Pero, el PNSM se ve con la limitante de personal porque cuenta con una psicóloga profesional por eje transversal de salud a trabajar (Desastres, Violencia, Trastornos más Frecuentes) para atender las demandas de necesidades de las 29 DAS en todo el país.

El problema evidente es el económico el cual se ve reflejado en las distintas regiones del país; por ejemplo en el área metropolitana se presentan dificultades de atención de cobertura por falta de

medicamentos y financiamiento para el personal, (pagos de contratos). En el área rural las limitantes consisten en la falta de personal de salud, médicos, enfermeras así como falta de laboratorios y sus insumos. Por otra parte, cuando hay desastres, el sector salud se afecta aún más porque la población demanda y no hay respuestas favorables por no poseer lo necesario, aunque existan protocolos y lineamientos que digan qué hacer.

La respuesta efectiva a las necesidades psicológicas de las personas para el MSPAS después de un desastre depende de la planificación. (Pasos estratégicos, normas a seguir para un óptimo y positivo resultado a corto plazo) Infortunadamente, es raro que los gobiernos y grupos Gubernamentales y No gubernamentales hagan énfasis en las consecuencias psicológicas del desastre como parte crítica de la preparación.

Sin planificación, las preguntas claves seguirán sin respuesta o tendrán que responderse en medio de la crisis. Por ejemplo, ¿qué grupos responderán a las necesidades inmediatas de los sobrevivientes? ¿Cuáles son sus responsabilidades específicas? ¿Cuáles son las prioridades en la prestación de servicios? ¿Cómo se coordinarán, monitorearán y evaluarán los recursos humanos?

La no atención cuidadosa a éste y otros asuntos claves puede asegurar que los profesionales calificados no suministren servicios psicológicos oportunos y apropiados, (pertinencia cultural) porque a cada paciente que registran en el Sistema Gerencial de Seguridad Asistencial SIGSA, tiene que llevar una patología o trastorno, claro está, que tal error no es la cantidad de trastornos que aparecen en el registro sino la calidad de atención que brindan tanto en la cotidianidad como en las emergencias y desastres.

La respuesta efectiva por parte de los profesionales de salud mental se puede mejorar, incorporándola a todos los niveles en las actividades de planificación. Las agencias de salud mental individual carecen de un plan de desastre. Aunque los hospitales usualmente tienen planes generales de desastres como requisito para su acreditación, raramente los aplican, porque durante una emergencia o desastre, no hay organización, planificación de respuesta en salud mental, para los pacientes y para el personal que atendió.

Los más afectados son los del sector salud, ya que por no tener el suficiente presupuesto, tienen que trabajar horas extras o jornadas dobles, cuando se presentan desastres naturales o provocados; sin tener una remuneración y atención en Salud Mental.

Para dar la atención y respuesta a la población, el personal de salud se ven en la necesidad de organizarse, lo cual es tan caótico que se desorganizan, provocando un orden desordenado, porqué, solamente piden personal, sin Evaluar y Analizar los Daños, ya que piden personas de auxiliares de enfermería, enfermeras, practicantes de medicina para abordar casos psicológicos, o por qué no solicitar a estudiantes o profesionales de la Psicología de las universidad existentes, (No existen convenios) y por qué no preguntarse dónde están los médicos y psicólogos, la respuesta es simple; no asisten a su trabajo. Porqué "no es el horario de atención" (Epidemiólogo del MSPAS, conversación personal 16/04/ 2009.)

Ahora bien, ¿Quién hace el trabajo de quien? Si tengo heridos los primeros en llegar son los bomberos, estos hacen el "triage, esto es una clasificación por colores desde el verde que significa estable, amarillo que es herida leve, anaranjado o rojo que es grave y el negro que es

muerte y son trasladados al hospital más cercano". (Dr. URRAT, Participante invitado, Taller 17/06/2009)

Seguimos sin responder a la interrogante, porque nos damos cuenta que la percepción de salud para los médicos y enfermeras es, salvar vidas, curar enfermos. ¿Eso es todo lo que hay que trabajar en la emergencia y la cotidianidad? La salud mental de los afectados dónde queda, no basta en dar una respuesta organizada. Sino también en estabilizar a las personas, ¿pero cómo se hace? En el Programa Nacional de Salud Mental existen varios Protocolos pero el más destacado en los últimos dos años es el **Protocolo de Atención en Salud Mental a Personas afectadas por Desastres (2007:12)** dice; *"es importante no olvidar que se tiene que medir las implicaciones emocionales que llegan a crear estados emocionales que se dan a corto, mediano y largo plazo, afectando la salud mental, individual, familiar y comunitaria, dejando secuelas profundas al no contar con estrategias reales para su abordaje"*

¿Quién hace este trabajo que no debe olvidarse? Las psicólogas y psicólogos que trabajan día a día con la población afectada por los problemas de salud también deben de tener "Ayuda" porque, ¿Quién ayuda al que ayuda? Si no se tiene ayuda profesional para el Personal de salud, ¿Cómo podrá dar la atención con Calidez y Calidad?

Recordemos que el trabajo de salud mental de estos profesionales (médicos y enfermeras) es fortalecer los procesos resolutivos a nivel nacional, así mismo brindar acciones afectivas y eficaces para el abordaje de la prevención, tratamiento y rehabilitación de los afectados. ¿Y con qué protocolo lo hacen? "La experiencia es la mejor maestra para trabajar con la comunidad porque debemos

respetar su cultura y creencias; porque las mismas personas afectadas según su etnia, saben cómo salir adelante y nosotras como psicólogas debemos respetar y dar acompañamiento y en una próxima oportunidad no cometer errores y tratar clínicamente cuando las reacciones anormales es normal después de un desastre.” (Psicóloga, exposición, discusión grupal 28/08/2009)

Uno de los problemas a resolver es publicar los procesos de abordaje psicológicos en cada etnia según el desastre presentado y garantizar su aplicabilidad y mejorar los servicios en todos los Niveles de Atención en Salud.

Guatemala ha transitado entre las viejas ideas de seguridad en salud, ¿pero realmente se sabe cuándo se está organizado? El personal de salud no tiene conocimiento que existen publicaciones que pueden minimizar el trabajo, de qué sirve estar en capacitaciones y no dan la atención adecuada para las poblaciones afectadas.

CAPITULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

Método.

El método como tal se aplica en situaciones de respuesta de acuerdo a la gravedad del acontecimiento previsto y a la capacidad de respuesta de cada Área de Salud; esta información se obtuvo a través de la Investigación basada desde lo cuantitativo por la cantidad de personal asistente a los talleres impartidos donde se recolectó información a través de una encuesta para la investigación del proceso de Organización de los y las psicólogas del Ministerio de Salud y fue valorado lo planteado por González Rey (2000), lo que él denomina "Epistemología Cualitativa". Desde esta perspectiva se pudo identificar principios metodológicos como: la información y el conocimiento en la investigación y el abordaje, no se recopilaban, ni recababan, sino que se construían en un espacio de participación y diálogo entre la psicóloga y el personal de las Direcciones de Área de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Como consecuencia de este principio la tradicional relación investigador-investigado, se replantea y deja de ser una relación sujeto-objeto, para pasar a ser dos sujetos en relación de conocimiento mediados por la realidad. En este sentido fueron importantes los espacios conversacionales a partir de los cuales los profesionales podían desde una dinámica horizontal, realizar la construcción de información sobre su situación laboral en la cotidianidad.

El acercamiento hacia la población objetivo que en este caso estuvo conformada principalmente por psicólogos, psiquiatras y personal de enfermería de MSPAS, conllevó a una serie de actividades de las

cuáles algunas tuvieron que ser modificadas y reformuladas en el camino.

Los abordajes se describen a continuación de forma separada para mejor comprensión.

Inmersión en la Institución

Momento I:

Ψ **Revisión de Bibliografía:** Se realizaron consultas sistemáticas a través de medios electrónicos en las bases de datos de uso acostumbrado y cuya confiabilidad es ampliamente reconocida (LILACS, Medline, Pubmed y otros.) así mismo se realizó una revisión presencial en dos bibliotecas especializadas, la biblioteca de la Escuela de Psicología y la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Las palabras clave para la búsqueda electrónica incluyeron, entre otros "protocolos de salud mental" "atención primaria de salud mental" "mental health guidelines" "salud mental" y otros. Se revisaron las publicaciones obtenidas y se incluyeron aquellas consideradas relevantes para nuestros objetivos. Se privilegiaron las publicaciones en idioma español (castellano) y aquellas que describieran experiencias latinoamericanas o que fueran culturalmente relacionadas a la realidad guatemalteca. Es importante señalar, sin embargo, la poca representación de estas en las publicaciones "en línea". Así mismo la visita a las bibliotecas especializadas aportó básicamente documentación técnica de salud mental.

Ψ Exponer los objetivos, responsabilidades, ficha de observación, Diario de campo, compromisos del EPS al Programa Nacional de Salud Mental (PNSM).

Ψ Negociación con el Sistema Integral de Atención en Salud, (SIAS) Unidad de Respuesta Rápida de Asesoría Técnica (URRAT),

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las Direcciones de Área de Salud (DAS) para realizar el EPS.

Ψ Alianzar con él Sistema Integral de Atención en Salud, Unidad de Respuesta Rápida de Asesoría Técnica, Organización Panamericana de la Salud y las Direcciones de Área de Salud formas pertinentes para capacitar sobre los temas nacionales en emergencias, desastres, vulnerabilidad, riesgo, amenaza, salud mental, uso del Protocolo de Atención en Salud Mental a Personas Afectadas por Desastres y Evaluación de Daños, Análisis de Necesidades en Salud Mental. EDAN-SM, Lineamientos Técnicos Normativos del Programa Nacional de Salud Mental y red de soporte interna psicológica.

Ψ Se realizó la planificación del itinerario de los talleres al personal de las DAS.

Ψ Se clasificó al personal de Salud Médicos, Psicólogas, Psiquiatras y enfermeras que asistieron a los talleres, se seleccionó al personal de la siguiente forma: Presupuestos, y personal que era contratado por OPS con 8 horas.

Las auxiliares de enfermería, Trabajadores de Salud Rural con 5 años de contrató por el Estado, Organizaciones no Gubernamentales o por OPS, con 2 años de experiencia.

Ψ Se realizó una inducción por un consultor costarricense Alexander Solis, en el Hotel Princess, distribuidos en 4 días de 8:00 a.m. a 5: 00 p.m. Mayo 28-29 junio 11-12 incluyendo material escrito y digital.

Ψ Talleres de réplica al personal de salud de las DAS sobre:
1. Lineamientos Técnicos Normativos.

2. Uso de Protocolo de Atención en Salud Mental a Personas Afectadas por Desastres y Evaluación de Daños, Análisis de Necesidades en Salud Mental EDAM SM
3. Salud mental.
4. La Psicología en Emergencia y Desastres.
5. Diferencia entre Vulnerabilidad, Riesgo y Amenaza.

Momento II

- Ψ Reuniones de seguimiento en las oficinas del SIAS con el equipo de Respuesta Rápida. Las negociaciones para los talleres fueron en dos momentos, avalado por la Junta Directiva del Área de Salud, durante 2 visitas en un horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., en el área del hospital u hoteles (Posada Don Pablo, Club la Rivera, Premier, Barceló, Princes, Royal Palace y otros) durante los meses de julio a noviembre, registrándolo con la observación Directa participativa en el diario de campo.
- Ψ Se proporcionó material escrito (folletos impresos) y virtual (CD, presentaciones de power point) para facilitar la ejecución de o de los talleres impartidos según las necesidades prioritarias encontradas o demandadas en consenso.
- Ψ La encuesta, consistió en el llenado en espacios en blanco, donde se les preguntó información general sobre la Salud mental, conocimientos del material del PNSM, (protocolos) técnicas y herramientas utilizadas después de un Desastre y otros. Este instrumento fue aplicado a las psicólogas de las DAS, el viernes 14 de agosto de 2009. Los resultados fueron expuestos en septiembre 08 de 2010.
- Ψ La investigación se basó en los datos encontrados durante la aplicación de la encuesta para el personal de salud asistente a los talleres. Así mismo los datos encontrados fueron utilizados en la

investigación sobre la organización de la salud mental integrada a planes de atención en Desastres.

- Ψ Consultas a especialistas y expertos: Se elaboró un cuestionario de preguntas mixtas (abierta y cerrada) para obtener la opinión de clínicos en psiquiatría psicología, y médicos de salud pública, con respecto a la introducción en la atención primaria de salud (APS), de aspectos de salud mental. Así mismo se condujeron entrevistas abiertas con expertos claves sobre las características, conceptuales y temáticas, que debieran tener los protocolos para ser utilizados a nivel de institucional.
- Ψ Consultas a proveedores de servicio a nivel primario y secundario: Se siguió el mismo procedimiento descrito en el inciso anterior para entrevistar a enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadoras sociales y médicos prestadores de servicio en los niveles primario y secundario del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

General:

- ψ Fortalecer la capacidad de respuesta y actuación ante situaciones de emergencia, contingencia y desastres en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mediante actividades técnicas, administrativas y financiera.

Específicos:

Servicio

- ψ Sensibilizar al personal de salud sobre el manejo de protocolos en situaciones de desastres para atender mejor a los afectados y mejorar el trabajo profesional.

Docencia

- ψ Fortalecer al Personal de Salud de las Direcciones de Áreas de Salud sobre los Lineamientos Técnicos Normativos de Salud Mental y Protocolo de Víctimas Sobrevivientes por Desastres a través de talleres.

Investigación

- ψ Describir el impacto que el desastre tiene en la Salud Mental del personal de las Direcciones de Área de Salud.
- ψ Conocer la organización del personal de salud y psicólogos antes, durante y después de un desastre.

ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

La Atención Primaria de Salud y salud mental es una estrategia que responde a las necesidades de la población, es descentralizada, requiere de la participación activa de la comunidad y la familia, y está a cargo de agentes generales de salud, que colaboran con personal de otros sectores para promover el bienestar individual y colectivo.

Se entiende que el presente informe constituye una propuesta dinámica que precisa ser enriquecida en la práctica diaria y con la experiencia y participación de todos los niveles involucrados; pero también se proponen los mecanismos estratégicos para poder retroalimentar el modelo a través del aporte basado en la evidencia y que al mismo tiempo genere insumos para el desarrollo de programas de Salud Mental y su organización.

¿El personal de salud del MSPAS, qué debe saber sobre la organización en Emergencias y Desastres en Salud Mental?

Perspectiva Histórica-Desastres en Guatemala.

La República de Guatemala es un país plurilingüe, multicultural, multiétnico, con diversidad de tradiciones y costumbres, las cuales han sobrevivido a través de los años. Siendo un país que se ha visto envuelto en una serie de sucesos que lo han marcado a lo largo de su historia tales como: a) El descubrimiento de América, b) La esclavitud, c) La guerra interna y d) Los desastres naturales que han provocado daños a la infraestructura, pérdida de valiosas vidas humanas.

Por lo tanto, en nuestro país, se caracteriza por estar ubicado dentro de una región Geológica y Geográfica con un gran potencial del impacto de múltiples amenazas naturales, (desbordamientos de ríos, deslaves, hundimientos y sismos) y por su situación social, económica y de desarrollo se generan altas condiciones de vulnerabilidad, lo que provoca que un gran porcentaje de la población, su infraestructura y los servicios, estén expuestos a diferentes riesgos, que puedan desencadenar en desastres. Así mismo, se presentan amenazas de tipo antropogénicas, por la relación ser humano/naturaleza y en sus actividades.

Entonces los que sobresalen son los desastres naturales en la sociedad guatemalteca, que han marcado al país, entre los más destacados están: el movimiento telúrico de grandes proporciones que durante el año 76, le arrebató la vida a decenas de miles de guatemaltecos y dejó al país en la miseria ¿Qué decir del huracán Mitch que en el año 99, dejó decenas de muertos, zonas enteras devastadas y detuvo cualquier despunte de progreso de la sociedad? ¿Y qué decir del reciente fenómeno natural Agatha que arremetió con toda su fuerza en contra del pueblo guatemalteco dejando a su paso comunidades soterradas, centenares de cadáveres y, en la actualidad mantiene a una vasta región incomunicada con el resto del país? Estos fenómenos son los que golpearon fuertemente la economía, infraestructura y la estabilidad emocional de las personas que sufrieron y aún viven con las secuelas de estos.

Las secuelas de los desastres naturales, son tristes y desoladoras: luto, dolor, hambre, epidemias y miseria es lo que les ha tocado vivir a nuestros hermanos guatemaltecos. Pero ahora analicemos los desastres provocados por los accidentes de sus dirigentes políticos. ¿Quién se puede olvidar del conflicto armado iniciado por un grupo de

guerrilleros que mantuvo confrontada a la sociedad por más de 30 años y que dejó más de 300 mil muertes en todo el país?

Sin duda alguna, la secuela del desastre social más grande de la historia del pueblo guatemalteco. ¿Pero, cómo recuperarnos de los desastres sociales provocados por el mismo hombre, cuando ha pisoteado la dignidad de sus semejantes?

En el informe sobre la Salud OPS (2001a:11) señala que: "*Desde hace algún tiempo que la literatura, nacional e internacional, ha dejado de definir a la salud como: "estado de bienestar, ensayándose algunas definiciones que la consideran como un camino de permanente transitar, un proceso social, dinámico, en constante tensión, conflicto, confluencias de distintos procesos biológicos, medio ambientales y sociales"*.

La salud también puede ser concebida como un **producto social**, resultante de múltiples factores, y que depende de las acciones que se realizan a favor o en contra los diversos actores sociales y políticos que influyen sobre las condiciones de vida de las poblaciones. Asimismo, puede ser considerada como un **emergente** de la satisfacción de las necesidades sociales y comunitarias, pero es fundamentalmente un **proceso social en construcción permanente**, en constante transformación y cambio.

Podríamos continuar recorriendo las distintas concepciones de estado de bienestar pero, independientemente a cual se adscriba, es importante reflexionar en nuestros lugares de trabajo sobre qué **concepción de salud-enfermedad**, explícita o implícitamente, se asientan las prácticas de atención, la forma de organización de dichas

instituciones y en qué grado los cambios de la concepción de la Salud, pueden transformar el quehacer cotidiano.

SALUD MENTAL

Algunas contradicciones en la definición de Salud Mental son:

Las precisiones de la (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS (2004:3), tal cual consta en la constitución misma y señala que: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.”*

En este sentido positivo la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las acciones mencionadas en la definición, tiene valor por sí misma.

Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes. La salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente. Pueden ser mutuamente exclusivas solamente si la salud se define en forma restrictiva como la ausencia de enfermedad.

Salud Mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental o por desastres.

En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones. Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le acuerda a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención.

De acuerdo a la investigación de salud mental de Melgar Solís, Alexander (2009:109), refieren que *"los profesionales de las ciencias psicológicas en el campo de la salud mental deben mirar el pasado y el futuro, del pasado adquirir la razón de su ser; para colaborar en el desarrollo de una nueva sociedad."*

El campo de la salud mental no está limitado a los problemas psicológicos sino que es parte de los fracasos de adaptación o al tratamiento de las entidades médicas que implican la noción de enfermedad y la necesidad de un tratamiento clínico.

El concepto de salud mental requiere que se exploren y comprendan aquellas conductas que maneje el estilo de vida del individuo, que refleja necesidades y la forma por medio de las cuales intentan hallar su satisfacción dentro de la convivencia social y la situación económica según su pertinencia cultural.

Salud Mental en América Latina:

Pronice (2009:16) señala que: *"a principio de la década de los setenta, después de los seminarios latinoamericanos convocados por la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) que se desarrollaron en Cuernavaca, México, en 1962 y en Buenos Aires, Argentina, en 1963 se discutió la forma en que debían darse los servicios de prevención asistencial y rehabilitación psiquiátrica, de acuerdo a los avances realizados en ese campo, solicitando a los países con urgencia, crear servicios psiquiátricos en los hospitales generales, unidades de tratamiento ambulatorio y albergues."*

El concepto de **Salud Mental**, es objeto de múltiples explicaciones según las diversas corrientes que estudia la conducta humana. Las

discrepancias entre estas definiciones se explican por el hecho de que parten de marcos conceptuales parcializados que no ven el problema de la salud y enfermedad mental de manera integral, privilegiando exclusivamente alguna de las dimensiones de lo biológico, lo psicológico y lo social. De esta forma excluyen a las personas que son afectadas por desastres y dan el tratamiento psicológico clínico sin tomar en cuenta que es una expresión normal (física o emocional) ante un fenómeno anormal y que afecta la salud mental de las víctimas.

Por otro lado, la corriente tradicional de la psicología y la psiquiatría explican que la salud mental del individuo se relaciona con la conducta normal de éste, de acuerdo a un marco social. En realidad salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad, es algo difícil de definir con exactitud, pero cuando hablamos de felicidad, paz espiritual, tranquilidad y equilibrio emocional nos estamos acercando a lo que salud mental significa. Tanto la salud física como la salud mental pueden ser afectadas temporalmente, y puede ser pasajero según su homeostasis y sus mecanismos de defensa, de lo contrario pueden generar problemas permanentes que alteren la estructura básica de la personalidad.

Al reconocer que la salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros, y el ambiente, estaremos ayudando a que las comunidades e individuos entiendan cómo buscar su mejoramiento a través de la organización y gestión.

Trabajo del psicólogo ante un desastre.

Montero, (2005:158) *“Los psicólogos y psicólogas sociales comunitarios son agentes externos catalizadores y facilitadores de las*

transformaciones que, asumen una perspectiva que busca un balance positivo entre los individuos, la comunidad, su entorno y la sociedad'

En comparación con esas dos esferas de experiencia - psicofísica y sociocultural - los estados de los cambios secuenciales en cada psicólogo y psicóloga dependen en algo de las características de los desastres específicos, tales como el impacto súbito, la duración del evento y la probabilidad de recurrencia.

Además, ya que el patrón de cambio para las respuestas humanas y comunitarias no es simple ni rectilíneo y porque el comportamiento individual puede variar ampliamente, esas variables pueden influir sobre la naturaleza de la recuperación individual y comunitaria.

Montero (2005:153) señala la importancia de: *"la participación de los ciudadanos como protagonistas (...) en todos los niveles y funciones."* Para ello, los profesionales de la salud deben entender el contexto histórico y cultural en el cual operan los individuos, ejercer la escucha activa, evaluar los sistemas de apoyo que existen para el individuo, comprensión con los papeles de apoyo no tradicionales, participación en reuniones comunitarias, trabajo con personas en casa, iglesia, escuela, o negocios locales, la estructura y los recursos de la comunidad, conocimiento actualizado en el manejo de los protocolos del MSPAS.

Esta práctica no pretende eliminar el quehacer de los profesionales en salud mental de la prestación de servicios psicológicos clínicos en situación de desastres del MSPAS; estos profesionales pueden, y a menudo brindan, dichos servicios muy efectivamente. Al mismo tiempo, el disponer de entrenamiento y experiencia como

profesionales de salud mental no asegura que cualquier individuo particular tenga las habilidades y características necesarias para ser un efectivo prestador de servicios en el campo de la salud mental en desastre.

Conociendo un poco más el papel del psicólogo en la emergencia o desastre y la organización en la Red social comunitaria o gestión del riesgo.

Montero (2005:147) señala que: "*Red responden a conexiones o articulaciones entre grupos y personas con un objetivo común que sirve de hilo conductor de tales relaciones.*

Gestión del riesgo como: "*La visión de la gestión del riesgo en atención en salud mental en desastres no debe ser centrada solo en el impacto traumático; debe ser amplia, y dimensionarse más allá del evento originador del desastre*". (Psicólogo PNSM, conversación personal. 03/12/2009)

El fin máximo de la red como de la gestión de riesgo es el conocimiento de nuestra realidad, que es el resultado del conjunto de acciones de transformación, que generan un proceso de desarrollo, donde se dan las condiciones óptimas de seguridad posible, la atención dada al problema y las acciones desplegadas para enfrentarlos, sabiendo que existen consecuencias que promuevan hasta el máximo su mismo desarrollo.

El objetivo de la gestión de riesgo es garantizar que los procesos de desarrollo impulsados en la sociedad se den en las condiciones óptimas de seguridad posible.

El término psicosocial red, se encarga del estudio de las relaciones interpersonales que existen entre el ser humano y su medio; involucra todos los aspectos de la vida cotidiana y su relación directa con la psique del individuo. El hombre no es un ser único, vive y coexiste con otros, que al igual que él, son activos y capaces de transformar la sociedad.

La relación de la gestión del riesgo y la atención psicosocial se basa en: Eridk, k. Noji (2000:35). *“La planificación del desarrollo concebido como el mejoramiento de la calidad de vida de la población; no se puede aislar del desarrollo humano, eso implica que para lograrlo se requiere atender además de lo físico las necesidades psicosociales que permitan el desarrollo integral del ser humano.”*

Se refiere a un proceso social complejo a través del cual se pretende lograr una reducción de los niveles de riesgo existentes en la sociedad y prevenir riesgos futuros.

El aprovechamiento de los recursos naturales y del ambiente, en general, debe darse en condiciones de seguridad dentro de los límites posibles y aceptables para la sociedad en consideración. En consecuencia, significa un proceso de control sobre la construcción o persistencia de amenazas y vulnerabilidad.

Como proceso, la gestión del riesgo debe ser considerada como un componente íntegro y funcional del proceso de gestión del desarrollo global, sectorial, territorial, urbano, local, comunitario o familiar; y de la gestión ambiental, en búsqueda de la sostenibilidad.

Para que esto sea eficaz tenemos que agregar a la **gestión del riesgo** no sólo porque nos permite prevenir desastres; también nos ayuda a practicar lo que se conoce como desarrollo sostenible. OMS *Promoción de la Salud Mental (2001:5) “ El desarrollo es sostenible cuando*

la gente puede vivir bien, con salud física y mental, sin dañar el ambiente o a otras personas a largo plazo.

Este es un ejemplo que nos ha enseñado que la misma comunidad está organizada sin necesidad de rígidos pasos para salir adelante.

Antes de que ocurra el desastre, las autoridades deben divulgar avisos de alerta, tomar acciones protectoras y, posiblemente, evacuar la población con la ayuda de las redes comunitarias establecidas.

La efectividad de las acciones protectoras dependerá ampliamente del nivel de preparación de la población, particularmente, en la comunidad. Durante esta fase, se deben asumir varias actividades esenciales para el manejo de la emergencia que incluyen la expedición de alertas tempranas con base en las predicciones del desastre inminente y la implementación de medidas protectoras basadas en la preparación de la comunidad y en los planes de contingencia.

Mucho antes del golpe del desastre, los líderes comunitarios, autoridades y organizaciones que existan, deben adelantar medidas de preparación, prevención, para conducir programas de entrenamiento y educación para la comunidad.

Como base para la organización comunitaria e institucional, se deben realizar diversas actividades esenciales para el manejo adecuado de la emergencia que incluyen: el levantamiento de mapas de los sitios específicos de desastres potenciales, puntualizando los posibles riesgos asociados; la conducción de análisis de vulnerabilidad; levantar el inventario de los recursos existentes que se puedan captar ante el desastre con el fin de facilitar la rápida movilización de todos los recursos disponibles durante la emergencia; planificar la implementación

de las medidas de prevención, preparación y mitigación; conducir la educación y el entrenamiento del personal de salud y de la comunidad.

OPS (2001:4) "*La Atención Primaria es parte del sistema de salud y se constituye en su núcleo principal, al mismo tiempo que representa una oportunidad en el primer nivel de atención, por estar los efectores insertos en el seno de la comunidad*".

La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social, sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica.

Desastre

Cuando se menciona la palabra 'desastre', usualmente vienen a la mente los riesgos naturales como terremotos, huracanes, inundaciones, sequías y erupciones volcánicas. Esos eventos son solamente agentes naturales que transforman una condición humana vulnerable en un desastre. Los riesgos por sí mismos no son desastres sino más bien factores que pueden provocar desastres.

Noji, Eridk (2000:7) "*Un desastre es el resultado de una ruptura ecológica importante de la relación entre los humanos y su medio ambiente, un evento serio y súbito*".

Desde la perspectiva de la salud pública, los desastres se definen por su efecto sobre las personas; de otra forma, los desastres serían simplemente fenómenos geológicos o meteorológicos interesantes." Los desastres se pueden subdividir en dos amplias categorías: aquellos causados por fuerzas naturales y los causados o generados por los humanos. Los primeros surgen de las fuerzas de la naturaleza, tales como terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones, incendios, tornados y temperaturas extremas.

Los desastres o situaciones de emergencia causadas por las personas (generados por los humanos) son aquellos en los cuales las principales causas directas son acciones humanas identificables, deliberadas o no.

Noji, Eridk (2000:7) Señala que los desastres generados por los humanos se pueden subdividir en tres grandes categorías: "1) *emergencias complejas*; 2) *desastres tecnológicos*, y 3) *desastres como los de transporte, escasez de materiales como resultado de embargos de energía y rupturas de represas que no son causadas por riesgos naturales pero ocurren en asentamientos humanos*".

La diferencia entre los desastres naturales y los causados por el hombre puede ser poco clara ya que un desastre o un fenómeno natural pueden desencadenar desastres secundarios. (Un incendio después de un terremoto, condiciones peligrosas de contaminaciones del aire como resultado de una inversión térmica o liberación de materiales tóxicos en el medio ambiente).

Las emergencias complejas usualmente involucran situaciones en las que la población sufre accidentes y pérdidas de propiedad, servicios básicos y medios de subsistencia. En muchos casos, las personas se ven

forzadas a abandonar sus hogares temporal o permanentemente; en otros, se convierten en refugiados en otros países.

Los desastres tecnológicos son aquellos en los que un gran número de personas, propiedades, infraestructuras o actividades económicas están directa y adversamente afectados por accidentes industriales mayores, incidentes severos de contaminación, descargas nucleares no planeadas, grandes incendios o explosiones de sustancias peligrosas como combustibles, productos químicos y explosivos.

Fase de impacto de un desastre.

Cuando el desastre llega, se presentan destrucción, heridos y muertos. El desastre puede durar unos pocos segundos, como en los terremotos, o durar días o semanas, como en las inundaciones o sequías. El impacto de un desastre sobre la salud humana varía ampliamente según los diferentes factores, como la naturaleza misma del desastre (por ejemplo, lo súbito de su inicio y el grado de advertencia dada), la densidad de población, el estado de salud y nutrición antes del desastre, el clima y la organización de los servicios de salud.

Los desastres afectan las comunidades de diversas formas. Las carreteras, las líneas telefónicas y otras formas de transporte y comunicación se destruyen frecuentemente. Los servicios públicos (es decir, el suministro de agua y los servicios de alcantarillado) y las fuentes de energía (gas o electricidad) pueden estar interrumpidas.

Un número importante de víctimas puede perder su casa. Partes de la industria o de la economía de la comunidad pueden estar

destruidas o dañadas. Los heridos pueden requerir cuidado médico y el daño de las fuentes de alimento y de los servicios públicos puede representar amenazas significativas para la salud pública.

Todos los desastres son únicos ya que cada región afectada del mundo tiene condiciones sociales, económicas y basales de salud diferentes. Sin embargo, existen algunas similitudes de los efectos en la salud de los diferentes tipos de desastres; el reconocimiento de esos efectos puede asegurar que los recursos limitados de salud y médicos de la comunidad afectada se manejen bien.

Experimentar un desastre es uno de los eventos traumáticos más serios que una persona puede soportar, y sus efectos sobre la salud mental y el comportamiento se pueden ver a corto y largo plazo, tales como la disociación, la depresión y el estrés postraumático. Para entender esos efectos, debemos primero comprender la naturaleza del trauma, qué les pasa a las personas cuando lo experimentan y, entonces, tratar de reunir y reconocer lo que funciona o no en el proceso de recuperación

Melgar, (2009:4) **Riesgo** señala que:

*Es la contingencia de un daño, un peligro (causa inminente de pérdida), a su vez contingencia significa que el daño en cualquier momento puede materializarse. Los Riesgos se pueden clasificar en: **Riesgos Físicos:** Ruido. Presiones. Temperatura. Iluminación. Vibraciones Radiación Ionizante y no Ionizante. Temperaturas Extremas (Frío, Calor). Radiación Infrarroja y Ultravioleta. **Riesgos Químicos:** Polvos. Vapores. Líquidos. Disolventes. **Riesgos Biológicos:** Infección, Alergia. **Riesgo Ocupacional:** Riesgos Ergonómicos. Estos son cuando la persona tiene que adaptarse a*

la labor a desarrollar porque por lo general la ergonomía es adaptar los trabajos a las posibilidades fisiológicas del obrero.

Riesgos Psicosociales: *Estrés. Duelo, Angustia, Ansiedad y otros.*

Riesgo Biológico: *Exposición a material biológico que puede conllevar a adquirir infecciones en el proceso de: producción, recepción, almacenamiento, transporte, disposición final, incluso en los procesos de incineración se deben tomar medidas preventivas.*

El riesgo es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre. La vulnerabilidad o las amenazas, por separado, no representan un peligro. Pero si se juntan, se convierten en un riesgo, o sea, en la probabilidad de que ocurra un desastre.

También lo podemos entender como, el potencial de pérdidas que existe asociado a una operación productiva, cuando cambian en forma no planeada las condiciones definidas de daño en una comunidad o país.

El Protocolo MSPAS (2005a:27) señala: **Amenaza Hecho, o peligro inminente que da como consecuencia un mal, afectando la salud integral (física- mental.)** Las amenazas pueden ser de 4 tipos: **Amenazas Naturales:** *Geotérmicas, sismos, actividad volcánica y tsunamis.* **Geomórficos** *(geodinámico propios de la tierra) fenómenos como los deslizamientos, avalanchas, hundimientos y erosiones terrestres y costera.* **Meteorológicos o climáticos:** *huracanes, tormentas tropicales, tornados, granizadas, sequías, incendios.* **Amenazas Antrópico-Tecnológicas:** *Antrópico-contaminantes Amenazas socio-naturales.*

Todos estos eventos se presentan en todo el país, los profesionales de la salud, tienen que tomar en cuenta que las personas afectadas por alguna amenaza reaccionan de forma diversa, por lo tanto, se debe abordar según la pertinencia cultural de cada etnia para poder ayudarlos a superar el evento traumático.

Protocolo MSPAS (2005b:32) Vulnerabilidad: *“Es una condición eminentemente social, producto de los procesos y formas de cambio y transformación de la sociedad y explicada en gran parte por el acceso diferenciado a recursos económicos, sociales, organizacionales y de poder”*

Características susceptible a sufrir pérdidas y a encontrar dificultades para recuperarse a estas. Es una medida para señalar qué tan susceptible es un bien expuesto a ser afectado por un fenómeno perturbador, en términos de **desastres por fenómenos naturales**. La vulnerabilidad es evaluada dependiendo del bien que se está analizando y el fenómeno que es capaz de provocar el daño.

La Organización: Se compone por personas, tareas y administración, de la comunidad, salud, educación, iglesia, e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que forman una estructura sistemática de relaciones de interacción, tendientes a producir bienes o servicios para satisfacer las necesidades de una comunidad dentro de un entorno y así poder satisfacer su propósito distintivo que es su misión. Los desastres ponen de manifiesto la vulnerabilidad del equilibrio necesario para sobrevivir, prosperar con la organización.

¿Qué sucede cuando no hay una organización en las DAS y la falta del componente de la Salud mental?

Dr. "Según la magnitud del desastre, puede ocurrir:

1. *Destruye a la mayor parte de una comunidad.*
2. *Impide a los servicios locales hacer sus deberes.*
3. *Provoca un cese en la mayoría de las funciones de la comunidad, e*
4. *Impide a las comunidades adyacentes el envío de ayuda."*

DAS, Conversación personal, 29/01/2010

*Derechos Humanos, Pacto Internacional Social y Cultural Naciones Unidas (2006:84) OPS/OMS. **Organización comunitaria o Social:** "es el análisis de la organización o cómo la gente continua con su vida, se puede apreciar en los factores de protección que influyen en las condiciones de la vida cotidiana, contribuyendo así, las condiciones que permiten auto gestionar la solución de los problemas psicosociales.*

Los factores son:

1. *Físicos (asegurar alimentos, agua y protección físicos), mentales (seguridad, un entorno predecible),*
2. *Sociales (el acceso o mecanismos de apoyo diversos, así como la capacidad de movilizarlos y sostenerlos),*
3. *Espirituales (la capacidad de llevar a cabo rituales y de conocer cambios de creencias) y*
4. *Morales (valores transcendentales)".*

Problemas de organización son aquellas provenientes de las mismas organizaciones de la estructura (social e institucional) en la cual interactúa el trabajo y son características de las situaciones de desastres, donde solo velan por los suministros oportunos de agua potable y comida, ausencia de servicios higiénicos y privacidad.

Abordando el tema de la organización Scott y Jaffe (1999:78) señalan que: "*identifican algunas normas básicas indispensables para el*

cambio dentro de una cultura corporativa que pueden ser la diferencia entre lograr o no el ambiente idóneo para la puesta en marcha del cambio planeado: Tener una buena razón para hacer el cambio, involucrar a las personas en el cambio, encomendar el proceso a una persona respetada, formar equipos para el proceso de la transición, dar capacitación sobre nuevos valores y comportamientos, obtener ayuda de una persona fuera de la organización, establecer símbolos de cambio, reconocer y recompensar a las personas".

Como se aprecia hay puntos en común entre las diferentes propuestas: el involucramiento de las personas y el reconocimiento de las acciones efectivas y de aprendizaje para reforzarlas y continuar exitosamente el proceso. Tenemos entonces que pensar, en que la gente es el recurso más importante sobre el que se tiene que trabajar; si se desea un cambio en la cultura de la organización, ya que es el más difícil de transformar.

Para trabajar organizadamente es necesario recordar qué elementos son útiles para la organización del MSPAS: División del trabajo. Para dividir el trabajo es necesario seguir una secuencia que abarca las siguientes etapas: La primera; (jerarquización) que dispone de las funciones del grupo social por orden de rango, grado o importancia. La segunda; (departamentalización) que divide y agrupa todas las funciones y actividades, en unidades específicas, con base en su similitud. Tercera (Coordinación) Es la sincronización de los recursos y los esfuerzos de un grupo social, con el fin de lograr oportunidad, unidad, armonía y rapidez, en desarrollo de los objetivos.

Beneficios de la organización. Scott y Jaffe (1999:80) señalan que:

"Implica la capacidad operativa de una organización, una localidad, región o país. Necesita para su resolución la participación cooperativa de varios grupos que normalmente necesitan trabajar en

equipo y controlar las emergencias en la cotidianidad. Requiere que las partes implicadas renuncien a la autonomía y libertad tradicional para producir respuestas en conjunto y organizadas. Siguiendo un comando o estructura predefinida. Cambia el desarrollo habitual de las medidas de atención. Es necesario un acercamiento entre organizaciones públicas y privadas en las operaciones."

Ch. J. Comenta que *"cada uno de nosotros (etnia) tiene su propio plan de respuesta que de generación en generación se transmiten y no lo compartimos con los que no son de nuestro pueblo, es parte de nuestro respeto a nuestra cultura para que siga sobreviviendo"*. (Conversación personal, líder comunitario, 15 de enero del 2009)

Nos damos cuenta que la organización no siempre tiene que llevar un orden rígido sino que debe adaptarse a la pertinencia cultural de cada pueblo, para no alterar el significado que tiene una amenaza, un desastre en la comunidad. Por la experiencia que los y las guatemaltecas han tenido para dar respuesta a sus amenazas con su propio hombro, le llamo así, porque hombro a hombro construyen sus viviendas, escuelas, puentes y otras estructuras que les servirán a corto, media y largo plazo; todo esto con su autoayuda financiera, si tiene éxito en sus gestiones logran que el gobierno u otras instituciones les brinden ayuda económica para reconstruir lo destruido.

Las etnias que han tenido una experiencia de un desastre, han demostrado a lo largo de los años, cómo han resurgido de los escombros, con sus propias manos, *"primeramente nos encontramos espiritualmente independientemente sea el creó o religión de cada uno, eso se respeta, se realizan ceremonias, ritos, oraciones pidiendo perdón o dando gracias por haberse acordado de ellos o nosotros"* (líder comunitario, conversación personal, Camotán, 15/09/2008)

La responsabilidad y entrega de la organización comunitaria tiene que seguir de generación en generación y en las Instituciones privada y estatales para minimizar el impacto del desastre.

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

SERVICIO

El servicio profesional que se efectuó durante en él EPS fue realizado atendiendo las necesidades de la población afectada sin descuidar la integridad física del personal; ya que fué necesario mantener efectiva la respuesta de la organización a través de reuniones periódicas, de revisión y actualización de la información y los procedimientos que a continuación se describen en actividades varias que fortalecieron el trabajo, iniciando desde la legislación del " Código de Salud (decreto 90-97 del Congreso de la República) el cual establece entre las funciones del Ministerio de Salud (art. 17, literal a, c, f, g, h, i y j) que este debe ejercer la rectoría de las acciones de salud a nivel nacional; coordinar las acciones en salud que ejecute cada una de sus dependencias y otras instituciones sectoriales (art. 9); pudiendo dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes; desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes; propiciar y fortalecer la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud; así como el coordinar la cooperación técnica, financiera y acciones de ONG ´s no gubernamentales relacionadas con salud. "

Cómo bien conocemos, las personas prestantes en salud, (clínicas, sanatorios y otros) naturales, jurídicas, entidades particulares y de servicio realizarán conforme su competencia y especialidad estas acciones de forma organizada y responsable, en bienestar de la comunidad afectada.

Durante se brindó el Servicio al PNSM se sostuvieron varias reuniones para argumentar la importancia de impartir talleres al personal de salud de las DAS, para fortalecer el trabajo del psicólogo o psiquiatra durante una emergencia o desastre, con el apoyo del SIAS, OPS, URRAT; iniciando con evaluaciones de las fortalezas, carencias y demandas que día a día llegaron al PNSM. Se concluyó que han tenido un estancamiento porque el Ministerio de Salud, delega la responsabilidad a la Dirección de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, DRPAP para dirigir la Salud Mental sin ningún rubro de presupuesto.

En el programa solamente se cuenta con un Coordinador y una secretaria, 3 psicólogas que tienen a su cargo los ejes de trabajo en Emergencia y Desastres, Violencia en todas sus expresiones, Trastornos más frecuentes; pero la limitante de personal no cubre las necesidades demandadas de cada hospital y Centro de Salud a nivel nacional. Durante el EPS se demandó el proceso de fortalecimiento en la metodología para el abordaje al personal de salud en el tema de Salud Mental.

Encontrando así una problemática en los protocolos y lineamientos, los cuales no cubrieron a las 4 etnias (Xincas, Maya, Garífuna, Ladina) y personal como enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos residentes y Trabajadores Rurales en Salud. (Por ser rotativos o temporales).

En beneficio a estos se modificó, contextualizó y facilitó el trabajo para los profesionales en salud.

Como respuesta positiva para optimizar el trabajo del EPS y el Programa Nacional de Salud Mental, se obtuvo ayuda de OPS para llevar a cabo una serie de talleres y réplica con ayuda de profesionales de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres CONRED,

Cruz Roja de Guatemala, consultor de Costa Rica, en los Hoteles Princess Hollyday-In y Barceló.

Estos impartieron temas relevantes sobre Emergencia, Desastres, Salud Mental y experiencias vividas. Con estos mismos profesionales se evaluó el trabajo actual (2009) y se finalizó (2010) en la problematización encontrada en el quehacer del psicólogo en la Organización en Emergencia y Desastres; sus exposiciones verbales y escritas fueron: Los Deberes y Responsabilidades de los Psicólogos en el Comité de Organización de Emergencia -COE- en el Plan Estratégico de Respuesta en una Emergencia y Desastre, El Abordaje a la Salud Mental del y la Psicóloga después de una emergencia, Capacitación y Retroalimentación del manejo del Protocolo y EDAN-SM; que fueron de suma importancia para poder implementar la metodología de abordaje a los profesionales de Hospitales y Centro de Salud para incorporar los Lineamientos Técnicos Normativos en Salud Mental, el Protocolo de Atención a Víctimas por Desastres; ya que ellos no abordaban la salud mental con estos lineamientos, por lo tanto se estableció que tenían archivados o extraviados los protocolos que el MSPAS en años anteriores había creado.

Con las réplicas en las 29 DAS se benefició a los profesionales que ayudan a las personas afectadas por desastres, a través del uso de los protocolos que el PNSM/MSPAS ha establecido cuando no hay psicólogos y psiquiatras.

DOCENCIA.

La satisfacción de compartir hombro a hombro con el personal de salud para desarrollar temas de crecimiento profesional y personal es para mostrar que con práctica se obtiene beneficio en el trabajo en equipo, esto para satisfacer las demandas del día a día para disminuir los desastres.

Entre los principales riesgos y estados de emergencias que el país vive destacan los deslaves, inundaciones, erupciones y sismos de gran intensidad. Para obtener datos cuantitativos y diagnósticos se utilizaron instrumentos que fueron validados de forma interna, se presentó el borrador inicial al equipo del Programa Nacional de Salud Mental para su corrección y aprobación, posteriormente se les presentó a expertos clave del Ministerio de Salud (Coordinador del DRPAPA, Coordinadora y equipo del PNSM, Programa Nacional de VIH-SIDA, Maestría de la USAC y Psicólogas de Guatemala Nororiente).

Validación Externa: Se realizó un taller con representantes de distintas áreas de salud del sistema nacional, (psicólogas, psiquiatras, médicos y enfermeras de Guatemala central y Nororiente) en donde se presentó el instrumento y se discutieron aspectos particulares del mismo.

Los primeros acercamientos que se realizaron con los profesionales de la salud fueron con temas como la importancia de las Unidades de Respuesta en las Direcciones de Área de Salud URDAS, COE, Manejo de albergues, Salud Mental, sistema de referencia, comité de Gestión en Riesgo, siendo las exposiciones muy aburridas, pero al final hacían una concientización y allí se quedaba. Ahora tiene una modalidad vivencial, con ejemplos, videos y dramas que nosotros como profesionales no estamos acostumbrados pero lo hacemos con el objetivo de retroalimentar y aplicar lo que la experiencia nos ha enseñado.

Como anexo está la guía práctica operativa que facilita la respuesta y organización en los distritos, áreas de salud y hospitales como un beneficio de optimizar la respuesta para mitigar el desastre.

INVESTIGACIÓN

La reseña de estados de emergencias en el país.

La Universidad de San Carlos de Guatemala promueve la participación activa en el desarrollo económico, social y político del país; a través de la Escuela de Ciencias Psicológicas, han buscado proponer e incentivar la Psicología en sus diversos campos de aplicación. Como parte de los estudios propositivos, se ha desarrollado el tema general denominado "La Importancia de la Organización de la Atención Institucional en Direcciones de Área de Salud en el tema de Salud Mental en Emergencia y Desastres en Guatemala" y se basa en el estudio con los psicólogos y psiquiatras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Derivado del diagnóstico, se determinó que el conocer las dimensiones de la salud mental en las Áreas de Salud, fortaleciendo los lineamientos técnicos normativos y uso del protocolo de personas víctimas por desastres.

Para el desarrollo de la investigación fue necesaria la realización de las etapas siguientes: participación de estudiante en la atención a personas afectadas por el deslizamiento en los Chorros de San Cristóbal, Alta Verapaz, donde la atención fue realizada en el período de quince días, con la finalidad de orientar y capacitar sobre los lineamientos técnicos normativos del Programa Nacional de Salud Mental.

Se trabajó con las interrogantes ¿Cómo es la respuesta de las personas con el abordaje psicológico utilizando los lineamientos y protocolos del Ministerio de Salud ante situaciones de desastre?

A la población afectada se le dio un seguimiento con visitas a lo largo del EPS para obtener información sobre la funcionalidad del protocolo, realizado por: profesionales que son renglón 011, 51 psicólogos, 32 psiquiatras, criterios de exclusión profesionales de

contrato de 4 horas, contrato 089, 029; por no llenar los requisitos de: estabilidad laboral, experiencias en desastres como el Stan, Mitch y Tormenta Tropical 16, a Técnicos en salud mental, facilitadores de Salud Mental, trabajador social, con una muestra de aleatoria de 27 psicólogos.

Indicadores, cobertura. Organización y atención de la salud mental integrada a planes de desastres al Área de Salud de su departamento de trabajo. 100%, DAS incorporó al psicólogo o psiquiatra en el plan de Emergencia y Desastre. 100% del personal priorizado por las DAS capacitado en la los lineamientos y uso del protocolo de atención a personas víctimas por desastres.

Resultados esperados

- Guía o manual práctico en desastres a nivel operativo. (ver anexo.)
- Conocimientos de los lineamientos técnicos normativos de la Salud Mental.
- Identificar las múltiples Deficiencias en la Gestión de Riesgo en los Psicólogos y psiquiatras.
- Participación en los comités de riesgo.
- Uso del EDAN-SM y Protocolo de atención en salud mental a personas afectadas por desastres.
- Acciones que se realiza para mantener la Salud Mental.
- Las técnicas psicológicas utilizadas en la Atención Psicosocial en Desastres.
- Herramientas e instrumentos que le ha proporcionado el MSPAS/PNSM para la atención psicosocial.
- Visitas al psicólogo como parte de su estilo de vida.

Los resultados encontrados: Cómo contraposición a un modelo biomédico, nos planteamos un enfoque comunitario.

1. Atender no solo el sufrimiento a los síntomas más inmediatos, sino también el abordaje de contexto social.
2. Enfatizar en la prevención y en la promoción de salud más que en la asistencia propiamente dicha.
3. Identificación por la propia comunidad, de sus necesidades, prioridades y recursos que dispone.
4. El uso de voluntarios o promotores, lo que deben ser apoyados por el MSPAS.
5. Reconocimiento y utilización de las tradiciones, hábitos y costumbres. Los abordajes utilizados deben tener en cuenta las interpretaciones culturales.
6. Formación de redes integrando a los diversos recursos en forma grupal.
7. Plena integración social de las personas con problemas psicosociales, evitar el aislamiento la segregación a la institucionalización, así como el estigma que esta significa.
8. Considera las experiencias traumáticas entre los aspectos que afectan a las personas, ya que los mismos se complican con las dificultades actuales como lo son: la pobreza, el desempleo, la discriminación y otros.
9. Enfoque multisectorial e interdisciplinario que permita un abordaje integral y cambio de la salud mental.
10. Los trabajadores y agentes comunitarios que trabajan en programas psicosociales están sometidos a tensiones y de desgaste, por lo cual deben brindarle apoyo.
11. Las comunidades tienen según su cultura, normas y mandatos que deben ser respetados.

12. Qué significación y valor tiene determinadas situaciones.
13. Cómo se discuten los problemas y con quién
14. Cómo se ayudan las personas a las familias entre sí.
15. Qué papel tiene los líderes comunitarios formales e informales y Cómo se comunican.
16. Cómo ven el método de organización prevención y tratamiento.
17. El respeto debe basarse primero en un conocimiento de valores y pertinencia cultural.
18. Cuáles son las necesidades que identifica la comunidad en cuanto a problemas sociales, salud mental y física.
19. Cómo han resuelto sus problemas hasta ahora y cómo consideran que deben abordarse en un futuro.
20. El impacto no solo daña a las personas de la comunidad sino al personal de salud que atiende.

- **Unidad de análisis**

Tabla 1 - UNIDAD DE ANALISIS

Preguntas de Investigación	Unidad de análisis errónea	Unidad de análisis correcta
¿Cómo es la salud mental del personal del MSPAS?	<p>El adecuado abordaje de salud mental al personal de la salud del MSPAS.</p> <p>Profesionales de la salud mental del sistema oficial del MSPAS.</p> <p>Error: la salud mental es un Proceso de abordaje cotidiano entre los profesionales de la salud. Psicólogos, psicólogas y psiquiatras.</p>	Profesionales de la salud mental del sistema oficial del MSPAS.

Elaboración, revisión, validación y aplicación del instrumento.

1. Aspectos éticos de la investigación

La investigación realizada con los y las profesionales de la psicología, se recopilaron los datos para elaborar los lineamientos de la guía de atención a personas en emergencias y desastres, se realizó la divulgación de los resultado únicamente con los profesionales encuestados para conocer sus puntos de vistas, propuestas y correcciones para el abordaje de la Salud Mental en la Gestión de Riesgo, durante la Emergencia y Desastre del MSPAS.

Impacto del proyecto

El impacto es a nivel nacional a través del sistema de salud pública desde la perspectiva de la psicología social comunitaria, porque se conocen las múltiples realidades según la pertinencia cultural de la sociedad.

Beneficiarios

- ✓ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- ✓ Programa Nacional de Salud Mental.
- ✓ Universidad de San Carlos de Guatemala.
- ✓ Personal de salud.
- ✓ Población guatemalteca.
- ✓ Instituciones que puedan tener acceso a este documento.

Toda la información parafraseada como apoyo para fortalecer la investigación del EPS está sustentado en enciclopedias, conferencias y de las experiencias a lo largo y ancho del EPS. Sé que por obligación

como ciudadana de Guatemala debo brindar la colaboración con los organismos del Estado, las entidades autónomas y descentralizadas de este y en general los funcionarios y autoridades de la administración pública, a participar en todas aquellas acciones que se anticipen a la ocurrencia de los desastres. Por ello, se diseñó la guía práctica sobre la organización y respuesta para el personal de Salud en beneficio de la atención de la población afectada (ver anexo página 89); se basa en las experiencias de psicólogas que han atendido emergencias y desastres, sus narraciones verbales de las carencias en respuestas, organizaciones y atenciones; esta información fue obtenida en los talleres como en los diálogos informales, en espacios de servicio y docencia a lo largo del EPS.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Puedo evidenciar que todas las instituciones públicas y privadas que conforman las estructuras de la Coordinadora para la Reducción de Desastres del nivel central como departamentales, municipales y locales, dentro de sus funciones en el proceso de reducción de desastres antes, durante y después, del mismo; se regirán por leyes y reglamentos, en el cual se normatizan todas sus actividades, funciones, atribuciones y deberes; dándose la facultad de nombramiento de comisiones y subcomisiones para el bien de los damnificados.

A los eventos concentrados en tiempo y espacio, donde la sociedad en general o parte de ella sufre un severo daño e incurre en pérdidas para sus miembros se conoce como desastre; de forma tal que la estructura social se desajusta e impide el incumplimiento de actividades cotidianas esenciales de la sociedad. Si se piensa detenidamente respecto a este concepto operativo de un desastre, el mismo es suficientemente claro para motivar a que nos preparemos ante el riesgo de sufrir por ellos; más aún si logramos comprender que nuestro territorio se encuentra sujeto a grandes riesgos a desastres por razones que se revisarán más adelante.

Todos los años, casi todos los meses y semanas las emergencias que generan los desastres naturales o por la actividad humana impactan en pérdidas materiales, con el cuantioso costo desde varios miles a millones de quetzales. En lo ambiental o ecológico los daños son incalculables y más aun ignorados, siendo con mayor tendencia reconocidos aquellos sufridos en humanos, los cuales se caracterizan por producir similarmente graves secuelas que nos predisponen y discapacitan por siempre, como en la salud mental de las personas

afectadas directamente o por relaciones interpersonales cercanas a las víctimas, hasta aquellas que cortan la propia vida de los ciudadanos.

Para los miembros de las dependencias del sector salud no es más que un beneficio o problemática la organización y planificación realizada evaluando las posibles áreas a ser afectadas y si son las respuestas pertinentes para antes, durante y después de las Emergencia y Desastres.

Aplicación de Instrumentos: Se aplicaron varios instrumentos a lo largo del proceso para lograr obtener un tejido de información que implicara naturalidad y autenticidad por parte de los participantes. Gonzales Rey (2000:69), opina que *"el uso de los instrumentos representa un momento de una dinámica, en que, para el grupo, o para las personas investigadas, el espacio social de la investigación se convierte en un espacio portador de sentido subjetivo. (..) Por tanto la aplicación de los instrumentos permite producir nuevas necesidades, lo que implica una relación permanente entre lo profesional, lo científico y lo personal al interior de estos espacios"*.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: Para las y los psicólogos y psiquiatras que atiende a las cuatro etnias (xinca, maya, ladina y garífuna): entrevistas después de los talleres para conocer mejor su perspectiva y mejorar en futuras presentaciones el trabajo que se realizó. Encuestas sobre los Lineamientos Técnicos Normativos, Salud Mental, EDAN-SM, herramientas que el MSPAS ha brindado para abordar desastres en salud mental al inicio del taller, así las respuestas no eran manipuladas. Diálogos informales después de haber escuchado la conferencia con los profesionales, sus pro y contra de lo expuesto de lo que en realidad se aplicó durante la diversidad de emergencias y

desastres en su lugar de trabajo, fue de utilidad tanto para las personas afectadas como para el personal que se atendió.

Dichos instrumentos permitieron acceder al campo de estudio, con los cuales expresaron diversas experiencias, que ayudaron a construir trechos de información para lograr un mayor nivel de progreso en la interpretación y construcción de la información.

Se identificó que las acciones de acompañamiento fueran vistas como espacios de encuentro y construcción de conocimiento sobre la realidad de las y los psicólogos en la participación durante una Emergencia y Desastre.

Estos momentos fueron vistos como espacios dialógicos, en los cuales prevaleció una lógica conversacional. En palabras de González Rey (2000:72). *En las conversaciones se construyen verdaderos trechos de información entre los participantes, quienes van ampliando su compromiso personal con el tema en proceso. A diferencia de la epistemología centrada en la respuesta, el conversar no va dirigido a la producción de un contenido susceptible de ser significado de forma inmediata, por el mismo artefacto que lo produjo la conversación busca, ante todo, la emergencia del sujeto desde un compromiso total con su expresión. En este sentido los tramos conversacionales son inacabados, tensos, contradictorios manifestando las mismas características que tiene la expresión personal auténtica en cualquier campo de la vida.*

La apertura de los espacios favoreció la construcción colectiva de un saber para la acción de las y los psicólogos del sistema de Salud. En la experiencia de los talleres y conversaciones no formales de trabajo se inició con la implementación de espacios como **grupos de discusión**, los

cuales se convirtieron en espacios donde las y los profesionales pudieron compartir sus experiencias y abrir un diálogo con la Epesista. Igualmente en estos espacios se daba la oportunidad de intercambiar las experiencias que estaban viviendo y las distintas formas de afrontamiento que ellos generaron y el aporte profesional que pudo dárseles, para el esclarecimiento de las formas de enfocar la situación.

Identificación de informantes claves: Durante la fase de indagación (ficha de observación) y las reuniones realizadas, se identificó a las personas que podrían proporcionar información sobre la organización en salud mental en las Direcciones de Área de Salud, quienes de forma espontánea proporcionaron diversos datos de la población con la cual se centró la investigación "Salud Mental Integrada a Planes de Atención en Desastres."

González Rey (2000:24) señala que *"la selección de informantes claves se identifica por "cooperación deliberada e intencional que facilitan al investigador la información necesaria para comprender el significado y las actuaciones que se desarrollan en determinado contexto (...), también se puede decir que son miembros que destacan por su conocimiento en profundidad del entorno social"*.

Los y las profesionales que asistieron proporcionaron información valiosa como: las funciones que desempeñaron en el MSPAS, datos demográficos, el papel de los líderes formales e informales en las comunidades, mecanismos de referencia y contra referencia, cobertura poblacional y los equipos de primera respuesta en salud mental.

Al inicio de la conversación se dejó en claro que lo que se hablara no sería comentado a los participantes, pero si en el informe escrito, omitiendo, nombre, edad, lugar de trabajo.

Licda.

"no basta saber y vivir la experiencia de un desastre, porque yo que estuve en el Mitch, perdí a seres queridos y amigos me era tan difícil dar tratamiento a otros porque mi duelo no está resuelto y no se me ocurrió en ningún momento referir a nadie, todo lo hacía yo, sin darme cuenta que era lo más apropiado que otro los viera mientras yo me recuperaba". Conversación personal. 28/07/2009.

La confianza que mostraban para manifestar estas palabras era evidencia que el trabajo que se iniciaba era igual de suma importancia para la profesional graduada de psicóloga como para los demás asistentes; esto fue una satisfacción que llegó a motivar para seguir trabajando para que los y las psicólogas de Guatemala tuvieran herramientas actualizadas y adaptadas a sus necesidades según la región que trabajaban. Porque no basta conocer los protocolos y lineamientos, si no se conoce la vulnerabilidad, amenazas y desastres más frecuentes.

En la fase de inmersión del EPS con el personal de salud se mostró que a la psicología (entendida como el quehacer del psicólogo en la cotidianidad) se ve como un tema aislado de todo, pero como vemos está muy unida a los temas de la cotidianidad, porque se aborda de tal manera que se incluye en los planes de las DAS y ya no lo invisibilizan; porque hay sensibilidad hacia el papel del psicólogo y psiquiatra; valoran el trabajo de ellos. Para tener el impacto deseado el taller presentó videos, dramatizaciones y simulaciones, donde los asistentes interactuaban, conocían un poco más sobre el objetivo del Ministerio y mostraron interés en las exposiciones.

Dr.

“Lo que nos presentaron es lo que hacemos, si, en lo cotidiano y no son cuentos, debemos actualizarnos porque, aumentan la magnitud y los pacientes aumentan.”

Conversación personal 16/07/2009

En los talleres se mostraban cómo estaban organizados los profesionales (Comité de Emergencia, médicos, enfermeras, conserjes, guardianes) sin adjuntar al psicólogo o psiquiatra en sus planes de emergencia.

“El psicólogo trabaja de 8 a.m. a 5 p.m. si tiene contrato de 8 horas si no solo viene por la mañana y se va, a nosotros los médicos y las enfermeras nos toca que hacer el trabajo del psicólogo en horas no hábiles. Por eso yo no los agrego en mi plan, aparecen en anexos, trabajo en alberges”. Director de Área de Salud, conversación personal. 28/07/2009

Este relato, es la realidad guatemalteca, porque no hay una política que manifieste que un psicólogo pueda trabajar por turnos o de noche, porque hay poco interés tanto de los profesionales como del Ministerio para contratar a los psicólogos para que estos sean parte del personal de salud de 24 horas; así mejorar la atención a los pacientes afectados por desastres y por enfermedades.

“Esta realidad se ve en las 29 áreas de salud, unas agregan al psicólogo otras dejan la casilla en blanco porque, para ellos el trabajo del psicólogo lleva mucho tiempo, pero no se dan cuenta que podemos hacer otras cosas, organizar en los albergues, la comida, motivar a las personas que se organicen, que construyan su nueva vida y otras cosas

más que no se hacen dentro de un edificio de salud". Psicóloga, conversación personal 14/08/2009.

La situación de invisibilización del trabajo del psicólogo es muy grande, pero al darles a conocer el trabajo que hacen con las personas, antes, durante y después de un desastre; se volvió tema de discusión e integración en los planes de atención a personas en Emergencia y desastres a nivel de Salud. En la actualidad el papel del psicólogo y psiquiatra está establecido, para que se trabaje en equipo y no de forma aislado como se venía haciendo.

En hora buena la divulgación de los protocolos, los planes de las DAS, son un punto a favor para el EPS, porque se conoció la realidad del personal de salud, que no sólo es atender a personas enfermas, sino también, velar por el funcionamiento de la infraestructura del servicio, los aparatos, el financiamiento, los medicamentos, sino también de su salud mental en beneficio de la población.

Dr. "La estrategia de la dirección del área para inducir, fomentar y desarrollar las acciones correspondientes para atender la prioridad de atención a situaciones de desastres, se expresa en: - Aplicación del marco legal vigente, para brindar acciones lo más integrales posibles de salud a la población, - Coordinación intra y extra sectorial, - Desconcentración en la formulación de planes, socialización y aplicación local de las actividades correspondientes a estos, en las dependencias de la organización departamental de salud. Como lineamientos de trabajo, con carácter cíclico anual, se ha normatizado para todas las dependencias de la dirección del área de salud, que antes de finalizar el primer trimestre de cada año se hallan "revisado y reformulado de ser necesario, los planes para la atención de emergencias, en función del

riesgo local a que está sujeto cada municipio del departamento, el Hospital y Hogar de Ancianos.”, Director de Área de Salud, conversación personal. 15/03/2009.

El resultado fue interesante porque se mostró la realidad del personal de salud, el arduo trabajo y la exclusión de sus mismos compañeros (psicólogos y psiquiatras) por no trabajar en jornadas nocturnas. Así como la contratación de 2 psicólogas más y recontractación del Coordinador en el PNSM para optimizar las demandas del día a día.

Nos queda clara ahora la importancia de divulgar los protocolos a través de réplicas de talleres para el personal nuevo o sin experiencias en Desastres. Así como divulgar la organización del personal de salud antes, durante y después de un desastre, para minimizar el impacto. Por lo tanto; el EPS se convirtió en un espacio que permitió incorporar las experiencias de los técnicos y profesionales de salud a este proceso. Pero, para que esto continúe en funcionamiento se capacitó al personal de salud sobre un instrumento que facilitó planificar, utilizar y evaluar su propio proceso de apropiación del contenido de los lineamientos para que les permitieran contextualizar dicho contenido. Así como, aplicar en forma práctica, mejorar la calidad y unificar los criterios de atención integral y proponer un orden lógico de contenidos de aprendizaje y una metodología participativa que permitió al personal de salud la multiplicación de la capacidad adquirida al resto del personal de la red de servicios de salud del MSPAS.

Finalmente se considera que al socializar y actualizar los correspondientes protocolos y lineamientos contra emergencias por desastres, las instituciones que conforman el sector salud del MSPAS, se

estará preparando para saber qué hacer y cómo prepararnos estructural y coyunturalmente, con un conjunto de acciones y actividades integradas, a efecto responder eficiente y eficazmente ante los eventuales desastres a que se esté sometido, con los recursos y provisiones que se disponga localmente a lo largo y ancho del país.

Las recomendaciones finales fueron realizadas tomando en cuenta las consultas realizadas pero priorizando la evidencia consultada y los aspectos relevantes producto de los procesos de validación. En ese sentido se dispuso seguir la línea general propuesta por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a guías de atención clínica en atención primaria de salud. Se realizaron modificaciones para dividir las intervenciones de acuerdo a nivel de atención (primario o secundario).

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
CONCLUSIONES

1. La preparación ante las catástrofes comienzan por uno mismo y no por la Dirección del Área de Salud, ya que el personal de salud no es resistente a las emergencias y desastres y son vulnerables como todo guatemalteco.
2. Los sistemas de alerta temprana y organización en Salud Mental basados en la pertinencia cultural de cada etnia de Guatemala que es afectada, debe ser de fácil interpretación a través de reuniones periódicas, de revisión y actualización de la información y los procedimientos aquí consignados; será el personal del Área de Salud con el liderazgo de su Director y Gerentes de cada Departamento quienes tendrán que promover dichos procesos de revisión y actualización.
3. Sabiendo que la población guatemalteca históricamente es vulnerable y que constantemente vive en amenaza, consideramos que es importante dar respuesta, a través del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a las necesidades en Salud Mental, derivadas de un desastre.
4. La respuesta social a la problemática de la salud mental, no se considera una tarea exclusiva del sector salud, en tal sentido las acciones de abordaje a la misma, deben involucrar a todas las instituciones que influyen directa o indirectamente en el bienestar y desarrollo de la población.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

1. Continuar el reconocimiento de la salud mental como un balance del ser humano en el sistema de salud.
2. Realizar simulaciones y simulacros anuales para que permitan mantener actualizados al personal de salud de cada Nivel de Atención.
3. Mantener el reconocimiento de la salud en un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros, y el ambiente, estaremos ayudando a que las comunidades e individuos entiendan cómo buscar su mejoramiento.

Al Programa Nacional de Salud Mental.

1. Continuar con las capacitaciones a los profesionales de la salud para actualizar y fortalecer sus experiencias en Emergencias y Desastres.
2. Identificar los riesgos en Salud Mental de cada etnia dentro de la Jurisdicción del Programa para trabajar en la reducción de los mismos en su lengua materna.

Escuela de Ciencias Psicológicas:

1. Gestionar la existencia y funcionamiento de Equipos de Respuesta Inmediata ante Situaciones de Desastre en Salud Mental.
2. Los psicólogos y psicólogas deben ser capacitadas constantemente para la Organización y Gestión de una Emergencia y Desastre según la DAS.
3. En el proceso de atención a los efectos de los desastres, todas las instituciones, deben prestar colaboración cuando se requiera.

Al Programa de Ejercicio Profesional Supervisado:

1. Establecer sistemas de monitoreo para los epeistas con el objetivo de fomentar la ética como profesional.
2. Coadyuvar a la no interrupción de la ejecución de planes y programas de trabajo de los epeistas en las comunidades e instituciones del sector público como privado como fortalecimiento profesional y cumplimiento de lo planificado.

Bibliografía

1. *Atención Primaria en Salud*, OPS, 2001, recuperado (2006) de: <http://www.slideshare.net/markosgt/atencion-primaria-en-salud-guatemala2006v2>.
2. *Código de la Salud*, (1997) 2da Edición, Ediciones Alendro, Guatemala
3. *Constitución Política de Guatemala*, (2009), Editorial, Ayala Jiménez, Guatemala.
4. González Rey, F. L. (2000). *Investigación Cualitativa en Psicología*. Rumbos y desafíos. México: International Thomson.
5. *Informe sobre la Salud Mental, Nuevos Conocimientos y Esperanzas*. Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2001) Ginebra, Editores OPS.
6. Melgar Solís, Alexander, (2009), *Derechos Humanos Pacto Internacional Social y Cultural Naciones Unidas*. Ginebra. OPS editores.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación Estratégica, Departamento de Seguimiento y Evaluación (2010) Recuperado de: <http://www.who.int/phi/EWGsubmissionGuatemala.pdf>
8. Modelo de financiamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, (2004), recuperado de: <http://www.who.int/phi/infomodelo mspas.pdf>
9. Montero, Maritza, (2005), *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria*, La Atención entre Comunidad y sociedad. Buenos Aires, Paidós.
10. Noji, Eridk, k. (2000). *Impacto de los desastres en la Salud Pública*. Bogotá. Editorial OPS.
11. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2001) *Promoción de la Salud Mental*, Panamá: OMS.

12. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2004) *Promoción de la Salud Mental, Conceptos Evidencia Emergente Práctica*, Panamá: OMS.
13. Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2006) *Derechos Humanos, Pacto Internacional Social y Cultural Naciones Unidas*, Ginebra. Editores. OPS.
14. *Perfil de Sistemas de Salud de Guatemala*, Funciones del Sistema de Salud, Washington, D.C.: OPS, 2007. Recuperado del 5 de Septiembre de 2010 de: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=133
15. *Plan Estratégico Nacional para el Fomento de la Salud Mental en Guatemala*. (2007), F&G Editores, Guatemala. MSPAS
16. Pronice, Sarmiento (2009), Cumbre de las Américas, Reducción de Riesgo. Ginebra. Editores OPS.
17. *Protocolo de Atención en Salud Mental a Personas Afectadas por Desastres*. (2007) MSPAS, Social F&G Editores, Guatemala.
18. PNUD Revista *América Latina y el Caribe*. (En Línea), Recuperado del 28 de Noviembre de 2009 de: <http://www.bolind.com//wp/?=6543.html>
19. Scott y Jaffe Kelly (1999) *Psicología Comunitaria*, Buenos Aires, Argentina, Proa XXI Editores.
20. Verdugo, Tomas. (2000) Higiene Mental, *Dinámica del Ajuste Psíquico*. México, D.F. Editores Flasco, S.A.

ANEXOS

ANEXOS

Lineamientos Técnicos Normativos del MSPAS

(Aspectos cuantitativos y cualitativos) con énfasis en lo socio-cultural

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

2. Aspectos generales de la economía local.

Recursos, servicios y programas de salud mental existentes:

- ✓ Instituciones que prestan servicios de salud mental en el área.
- ✓ Personal (institucional y comunitario) capacitado en salud mental, disponible.

- ✓ Personal especializado en salud mental disponible, identificando aquellos con formación previa en emergencias.

4. Equipos móviles de salud mental con los que se podría contar y su lugar de procedencia.

- ✓ Mecanismos de referencia y contra referencia.
- ✓ Cobertura poblacional por los servicios de salud mental.
- ✓ Equipos de primera respuesta y cuáles tienen entrenamiento en salud mental.

5. 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 realización de una evaluación con mejor previsión y calidad y la organización de la respuesta.
- ✓ En los planes de emergencias y en las salas situacionales debe incorporarse el componente de salud mental.

Líneas de acción de un Plan de Salud Mental en situaciones de emergencias

- ✓ Diagnóstico preliminar rápido.
- ✓ Atención psicosocial por personal no especializado.
- ✓ Atención clínica especializada.
- ✓ Atención priorizada a grupos de riesgo.

- ✓ Capacitación.
- ✓ Promoción y educación en salud mental.
- ✓ Organización comunitaria y participación social.
- ✓ Comunicación social.
- ✓ Coordinación intersectorial.
- ✓ Coherencia de las acciones con los planes estatales de emergencia.

En caso de emergencias o desastres, se activa y coordina el accionar del Centro de Operaciones –COE–.

El COE es un sistema operativo, cuya misión es la coordinación multisectorial e interinstitucional de la respuesta de manera oportuna, eficaz y eficiente a la población afectada y damnificada, maximiza todos los recursos y evita la duplicidad de esfuerzos.

Estas comisiones serán coordinadas por el Grupo de Toma de Decisiones,

Beneficiarios

- ✓ Ministerio de salud Pública y Asistencia social.
- ✓ Programa Nacional de Salud Mental.
- ✓ Personal de salud.
- ✓ Población guatemalteca.
- ✓ Instituciones que puedan tener acceso a este documento.



Sí sabe de salud!

*Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Ejercicio Profesional Supervisado
MSPSA/DRPAP/PNSM*



INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD MENTAL DE LAS DAS.

Área de Salud:

Ocupación:

Instrucciones:

Atentamente, solicitamos responder las siguientes interrogantes, las cuales serán de utilidad para el abordaje de información sobre atención psicosocial.

I FASE

1. ¿Qué acciones realiza para mantener su Salud Mental?

2. ¿Qué es la salud mental para usted?

3. ¿Qué es la atención psicosocial para usted?

4. ¿Cómo ha trabajado su salud mental después de un desastre?

5. ¿Qué Técnicas de relajación aplica como parte de su recuperación de salud mental?

6. ¿Cuándo fue la última vez que visito al psicólogo como parte de su estilo de vida?

7. ¿Qué ejercicios psicológicos realiza usted después de atender a 4 o más pacientes?

8. ¿Registra usted las alteraciones psicológicas provocadas por un desastre en los y las personas afectadas?

SI_____ NO_____

Explique por qué:

9. ¿Conoce usted el EDAN-SM?

SI_____ NO_____

10. ¿Ha sido fácil para usted aplicar el EDAN-SM?

SI_____ NO_____

Explique por qué:

11. ¿Ha registrado la atención brindada en salud mental, Antes, Durante y Después de un desastre?

12. ¿Ha utilizado el Triage psicológico para la atención psicosocial?

SI_____ NO_____

Si su respuesta es afirmativa, explique en qué situación:

13. ¿Qué personal es el que más busca apoyo profesional en su Área de trabajo.

Enfermeras_____ Médicos_____ TSR_____ Trabajador social_____

Trabajador de Mantenimiento _____ Psiquiatra_____

otros_____

14. ¿Qué Técnicas psicológicas ha utilizado en la atención psicosocial en Desastres?

15. ¿Qué herramientas e instrumentos le ha proporcionado el MSPAS/PNSM para la atención psicosocial?

16. ¿Qué herramientas ha utilizado en el abordaje psicológico para la atención al personal de salud?



Si sabe de salud!



Ficha de Observación

No.	PREGUNTAS	SI	NO
1	Relaciona la comunidad donde trabaja la salud mental?,		
2	En la institución le han hablado de la salud mental?		
3	Cree que es necesario hablar sobre emergencia, desastres y la salud mental?		
4	Conoce el quehacer psicológico el personal de salud.		
5	Tiene lineamientos para la atención de la salud mental?		
6	Disponen de los protocolos para la atención de la salud mental.		

REPUBLICA DE GUATEMALA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCION Y EDUCACION EN SALUD

MANUAL PRACTICO EN DESASTRES
PARA TOMA DE DECISIONES
del nivel operativo
2009



INDICE

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	3
PERIODO PREVIO AL IMPACTO Y FASES POSTERIORES	4
PRIMERA FASE: ETAPAS 1 Y 2	5
ETAPA 3	6
ETAPAS 4 y 5.	7
SEGUNDA FASE: ETAPAS 6 y 7	8
TERCERA FASE: ETAPAS 8, 9 y 10	9

INTRODUCCION

Desde los orígenes de la humanidad hasta nuestros días, las tragedias que provocan los desastres, sean estos de cualquier tipo, provocan en la población humana, el medio ambiente y el reino animal, una serie encadenada de eventos negativos y desequilibrantes, los cuales en la mayoría de veces, no pueden solventarse fácilmente.

A consecuencia de lo anteriormente descrito, surge la necesidad sentida en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de contar con un "Manual práctico en desastres para toma de decisiones del nivel operativo ", el cual se presenta de una manera resumida, práctica, sencilla, puntual y operativa, para poder ser desarrollada desde el nivel de Dirección de Área hasta extensión de cobertura. Sabiendo que el nivel hospitalario por sus características propias, ha desarrollado y aplicado de mejor manera los planes estructurados para la atención en desastres.

El presente manual enfatiza en lineamientos básicos generales en desastres de cualquier etiología, por lo que dependiendo del tipo de desastre presentado, así deberá aplicarse el contenido del presente texto.

JUSTIFICACION

El desequilibrio del medio ambiente y los seres vivos que habitan el globo terráqueo, posterior a un desastre, es impredecible. Por lo tanto es necesario que el ser humano como rector del equilibrio bio Psico Social de su propio ser y del mundo que lo rodea, sea capaz de conocer al menos, las principales respuestas a las múltiples dudas que puedan surgir por los eventos presentados, reaccionando de una manera inteligente y ordenada, ante todo si esta constituido como un ente técnico u operativo, en cualquier dependencia involucrada en alcanzar el equilibrio deseado. Tal como en este caso, le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debiéndose considerar muy especialmente que, Guatemala por sus características geográficas, será siempre un país con alto riesgo en desencadenar desastres.

El Presente **Manual Práctico en Desastres Para Toma de Decisiones del nivel operativo** se constituye por lo tanto, en un instrumento fácil de comprender y manejar, para que en el menor tiempo posible y de una forma sencilla y amena, el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pueda manejar las circunstancias adversas básicas, que representan el tener que enfrentar a nivel de campo, el impacto de cualquier desastre.

PERIODO PREVIO AL IMPACTO

Es básicamente importante reconocer que los planes de prevención desarrollados en el periodo, previo a los desastres de cualquier tipo, son fundamentales para lograr alcanzar el mínimo de consecuencias negativas.

Sin embargo las lecciones aprendidas en nuestro país en los últimos 15 años, han demostrado que a pesar de haberse implementado el proceso para la estructuración, revisión, preparación en la población y en algunos casos aplicación de los planes de desastres, estos no han reflejado el éxito esperado a través de su desarrollo en los niveles operativos del Ministerio de Salud. Lo anterior como consecuencia de múltiples situaciones relacionadas con: Condicionamiento presupuestario, déficit de personal, rotación del mismo, desactualización de los niveles de riesgo y de los conocimientos del personal, incoordinación inter institucional y otros.

Esto por lo tanto ha hecho evidente la necesidad de contar con un instrumento de trabajo que permita la toma de decisiones inmediatas, prácticas y efectivas, en tanto se tiene todo el respaldo concreto del resto de elementos que harán posible, la recuperación esperada, además de constituirse como un apoyo a los planes en desastres ya establecidos.

FASES POSTERIORES AL IMPACTO

Al ocurrir el impacto de cualquier desastre, INMEDIATAMENTE se deben desarrollar las siguientes fases de RESPUESTA con sus correspondientes ETAPAS. Lo que se titula como **RESPUESTA RAPIDA**

➤ PRIMERA FASE (7 ETAPAS)

No mayor de 72 horas.

1. Identificar y focalizar el LUGAR DEL DESASTRE
2. Identificar y racionalizar el TIPO DE DESASTRE
3. Coordinar con autoridades locales UN PLAN DE CONTINGENCIA INMEDIATO

4. Identificar, categorizar y registrar a la POBLACION AFECTADA
5. Organizar el RESGUARDO de la población afectada

➤ **SEGUNDA FASE (2 ETAPAS)**

RESPUESTA MEDIATA

No mayor de 90 días

6. Consolidar las vías de comunicación
7. Establecer las rutas de abastecimiento

➤ **TERCERA FASE (3 ETAPAS)**

RESPUESTA MEDIATA

No mayor de 12 meses posterior al impacto

8. Establecer las condiciones de reestructuración
9. Establecer las condiciones de retorno a viviendas originales
10. Establecer el sistema de vigilancia poblacional para prevención de desastres

PRIMERA FASE

**ETAPA 1.- IDENTIFICAR Y FOCALIZAR EL LUGAR DEL DESASTRE
UTILIZANDO BASE DE DATOS**

Si fuera posible debe utilizarse la base de datos disponible por el servicio de salud a nivel local. En caso contrario deben usarse datos que proporcione la población local, siendo estos los siguientes:

- **LUGAR DONDE SE DESENCADENÓ EL DESASTRE.**
La identificación debe hacerse de acuerdo al nombre del lugar reconocido oficialmente por las autoridades del lugar. Salvo cuando la localización se refiera a identificaciones muy locales no registradas.
- **CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS**
Debe identificarse a través de un mapa la región o lugar afectado por el desastre y dependiendo del caso, las relaciones geográficas que pudieran haber influido en el evento.
- **VIAS DE ACCESO Y SERVICIOS BASICOS (Agua, energía eléctrica, drenajes)**

Si existe archivo de datos, debe revisarse la infraestructura previa al desastre de no ser así, debe utilizarse lo referido por la población local, prestando especial atención en las características de conservación que los servicios básicos presenten.

ETAPA 2.- IDENTIFICAR Y RACIONALIZAR EL TIPO DE DESASTRE

OBSERVACION IMPORTANTE

Recuerde siempre que la gravedad del desastre casi siempre está relacionado con lo rapidez en que se haya desencadenado. No será lo mismo atender un impacto secundario a una explosión de cualquier tipo, que a una población afectada por una inundación. Lo anterior por lo tanto está ligado también a la rapidez de la respuesta, que rara vez esta disponible como se deseara.

- **REFERENCIAS PREVIAS A LA ATENCION**

Siempre, antes de acudir como equipo de respuesta rápida a cualquier desastre, reúna la mayor cantidad de información posible. Siempre habrá información previa que usted podrá utilizar para prepararse lo mejor posible a la atención del evento.

Y recuerde que los desastres derivados de sustancias físico químicas, serán con las que mejor información previa debe tenerse, debido a sus características de difusión y severidad de consecuencias en el medio ambiente y todo lo que lo rodea. El tener la mejor y mayor información previa, hará posible el dar la mejor ayuda posible y sin menoscabo de su integridad física.

- **RACIONALIZAR EL TIPO DE DESASTRE**

Una vez identificado el tipo de desastre, debe procederse a calcular su magnitud, ya que esta será la columna vertebral, sobre la que se apoyarán las acciones de rescate a desarrollar.

ETAPA 3.- COORDINAR CON AUTORIDADES LOCALES UN PLAN DE CONTINGENCIA INMEDIATO

- **COORDINACION CON AUTORIDADES LOCALES Y OTROS.**

El primer paso a desarrollar posterior a la identificación y magnitud del impacto, será el coordinar las acciones a desarrollar en conjunto con las autoridades locales y otras instituciones locales. El personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe saber que la atención a un desastre no es competencia directa y únicamente del Ministerio de Salud Pública, sino que es una responsabilidad de todos los sectores que desarrollan actividades en la población afectada. Pero que al momento de la adversidad, quien por jerarquía representa la autoridad de la población y quienes velan y apoyan en el restablecimiento de la salud, son los principales involucrados en el proceso de respuesta ante un impacto.

Derivado de lo anterior, se formará el Centro Operativo de Emergencia (COE) preparándose, un plan de contingencia inmediato

en el cual deben participar TODOS los sectores convocados de manera urgente por la autoridad local para dar respuesta al desastre. Conteniendo este, básicamente lo siguiente.

- **ORDEN Y CONTROL**

Posterior al impacto, el desequilibrio del medio ambiente y la población, siempre es aprovechado por personas sin conciencia de la problemática, los cuales anteponen sus intereses personales, para provocar desorden y caos. Por eso debe coordinarse con las autoridades locales, el apoyo necesario para evitar problemas mayores de zozobra entre la población tales como, saqueos, violencia contra otros seres humanos, deterioro de los servicios públicos que aun se conservan, integridad y orden en los servicios de salud y su personal.

- **ATENCION A LA POBLACION EMERGENTE AFECTADA**

Posterior al desastre debe establecerse por personal calificado, un TRIAGE a fin de priorizar atención de pacientes graves, derivando su traslado correspondiente.

- **ATENCION DE MORBILIDAD A LA POBLACION AFECTADA**

Posterior a la atención de emergencia, debe consolidarse el plan de morbilidad a la población en general y dependiendo del tipo de desastre, así deben priorizarse las posibles enfermedades prevalentes a presentarse, programándose además necesidades de atención en salud mental y fortalecimiento en Información, Educación y Comunicación.

- **ESTABLECIMIENTO DE ALBERGUES**

En coordinación directa con la municipalidad local y la oficina de la secretaria de la presidencia debe buscarse y ubicarse un o varios locales que se adapten para servir de albergues (Léase Organizar el resguardo de la población afectada Etapa 7) Participando activamente, los sectores que tengan alguna ingerencia.

- **RESTABLECIMIENTO DE VIAS DE COMUNICACIÓN Y SERVICIOS BASICOS.**

Debido a la importancia que tiene la comunicación externa, para el sitio del desastre, las entidades responsables deberán optimizar sus recursos y contactos, a fin de poder restablecer las vías de comunicación y de servicios básicos

Interrumpidas lo más pronto posible.

- **DETECCION Y TRATAMIENTO DE CADAVERES**

Debe identificarse a un grupo de personas que se dediquen a la detección y tratamiento de cadáveres, tanto de seres humanos como animales, a fin de evitar complicaciones de salud en la población, de acuerdo a normas establecidas.

Una vez ubicada o rescatada la población fallecida, se debe determinar su colocación final de acuerdo a lo establecido por la ley y

en coordinación con el personal del Ministerio de Salud. Considerando de acuerdo al desastre presentado, si los restos humanos o animales deberán ser entregados a sus familiares o dueños, colocados en fosas comunes previa identificación numérica y alfabética, ser incinerados, colocados en refrigeración o nuevamente colocados en criptas posiblemente deterioradas por el desastre

- **OPTIMIZACION DE TRANSPORTE**

Habiendo establecido la magnitud del desastre, se deben optimizar los medios de transporte, para las acciones esenciales que lo ameriten. Debe hacerse un listado con los recursos de transporte disponibles, su combustible y pilotaje, a fin de optimizar su uso en referencia a: Traslados de pacientes graves, obtención de recursos vitales para la atención y subsistencia de la población afectada y traslado de personal específico a lugares donde se necesite ayuda, movilización de terracería u obstáculos, etc. Debiéndose nombrar un responsable.

- **OBTENCION DE RECURSOS PARA CONTINUAR ATENCION**

Deben identificarse rápidamente las debilidades del centro de atención hospitalario o de atención disponible, para coordinar la obtención del recurso que hiciere falta, tales como planta de energía eléctrica, depósitos de agua, instrumental quirúrgico, personal extra, ropa, esterilización, Oxígeno, Donadores de Sangre, reparaciones rápidas, alimentación, desechos hospitalarios, etc.

- **CONTINUACION EN LA OFERTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS**

Coordinar en el plan de acción, hacer posible que los comerciantes y proveedores de productos comestibles y otros de consumo diario, puedan restablecer sus servicios en el menor tiempo posible, a fin de reiniciar la economía del lugar afectado.

ETAPA 4.-IDENTIFICAR, CATEGORIZAR Y REGISTRAR A LA POBLACION AFECTADA

- **ESTABLECER REGISTROS CORRESPONDIENTES**

Deben registrarse con la mayor exactitud posible, el nombre de las personas fallecidas, así como de los heridos hospitalizados y trasladados a otro lugar de atención. Recordando que debido a la contingencia en muchos casos no podrá ser posible el obtener datos tradicionalmente captados de las personas, motivo por el cual deberá tomarse fotografías o en su defecto caracterizar lo mejor posible su vestimenta o características fisonómicas que hagan posible su posterior identificación.

Se debe así mismo por lo descrito, identificar en listados establecidos, a todas las personas que ocupan los alberges y a los que acuden a los servicios de salud para atención de morbilidad.

ETAPA 5.-ORGANIZAR EL RESGUARDO DE LA POBLACION AFECTADA

- **CARACTERISTICAS BASICAS DE LOS ALBERGUES**

Los albergues destinados a la población afectada deberá tener las siguientes características básicas: a)Alejado de las zonas de peligro b)Baja vulnerabilidad c)Accesible d)Adaptado a las necesidades e)Comunicación externa f)Agua potable g)Servicios sanitarios h)Adecuada ventilación i)Adecuada iluminación

- **ELEMENTOS BASICOS DE FUNCIONAMIENTO**

Para que un albergue funcione adecuadamente debe contemplar elementos básicos de funcionamiento, sin los cuales se pueden crear más problemas, siendo estos los siguientes:

Formación inmediata de comité del albergue

Elección del representante general del albergue

Formación inmediata comisiones de:

Orden y seguridad

Agua

Drenajes

Limpieza

Cocina

Sanitarios

Lugar de recreación

Primeros auxilios

Mantenimiento de estructura física

Cuidado y ubicación de enfermos

Fallecidos

Distribución de alimentos y ayuda externa

Guardería

Identificación de ambiente para: a)Colocación de vehículos

b)Animales domésticos c)Animales de corral

SEGUNDA FASE

ETAPA 6.- CONSOLIDAR LAS VIAS DE COMUNICACIÓN

- IDENTIFICAR Y OPTIMIZAR LAS RUTAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE

En coordinación con el COE proceder a identificar y consolidar en un registro ordenado, con que vías de comunicación y transporte se contaba antes del desastre y con cuales se cuenta actualmente, para que con la coordinación interinstitucional se logre restablecerlas en caso estén dañadas o fortalecerles para poder darle respuesta al evento presentado. Dichas vías se refieren a comunicación eléctrica y electrónica, digitalizadas o no. Así como rutas de transporte ya sean estos caminos de terracería o asfaltadas, veredas y extravíos, ríos, pantanos, puertos, vías marítimas y sus transportes.

ETAPA 7.- ESTABLECER LAS RUTAS DE ABASTECIMIENTO

- CONSOLIDAR DATOS RELACIONADOS CON ABASTECIMIENTO

En coordinación interinstitucional en el COE, se deben establecer cuales son las principales rutas de abastecimiento, tanto de comestibles como de combustibles y otros requerimientos que la población necesita para estabilizar el impacto. Lo anterior bajo el análisis de identificar prioridades basadas en lo identificado por la primera fase de este manual.

TERCERA FASE

ETAPA 8.- ESTABLECER LAS CONDICIONES DE REESTRUCTURACION

- EVALUACION INTER INSTITUCIONAL DE ESTRUCTURA

En reuniones inter institucionales del COE se procederá a evaluar los daños provocados por el desastre, consolidando desde la fase I, las necesidades en reestructuración que harán posible recuperar el equilibrio funcional desarrollándose antes del desastre.

Esto incluye todo lo que pudo haberse dañado o destruido tanto dentro del sector público como del privado. Incluyendo vías de comunicación, casas, edificios, hospitales, centros y puestos de salud.

ETAPA 9.- ESTABLECER LAS CONDICIONES DE RETORNO A VIVIENDAS HABITABLES

- CONSOLIDAR EL RETORNO A LA NORMALIDAD DE LA POBLACION

En reuniones inter institucionales del COE se procederá a evaluar los daños provocados por el desastre, en las viviendas de la población más afectada y considerando los avances de las reuniones inter institucionales se tomarán decisiones para que la población más afectada, pueda retornar a viviendas habitables en el menor tiempo posible.

ETAPA 10.- ESTABLECER EL SISTEMA DE VIGILANCIA POBLACIONAL PARA PREVENCION DE DESASTRES

- **EVITAR FUTUROS EVENTOS RELACIONADOS CON DESASTRES**
En reuniones inter institucionales del COE se procederá a identificar cuales son las mejores estrategias e instrumentos utilizados, con plena participación comunitaria, que harán posible prevenir futuros desastres en la población afectada.

NOTA:ES RESPONSABILIDAD DEL USUARIO DE ESTE MANUAL, EL PROCEDER A REVISAR LITERATURA QUE AMPLIE LOS CONCEPTOS AQUÍ VERTIDOS.

