

GUIAS DE BUENAS PRACTICAS CLINICAS

Guía de intervención de salud mental en situaciones de desastres. Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba

Guidelines for Mental Health Interventions during Disasters at the "Dr. Gustavo Aldereguía

Dra C. Teresa Rodríguez Rodríguez, ⁽¹⁾ Dr. Víctor Rene Navarro Machado, ⁽²⁾ Dra. Deysi C. Santana Castellón. ⁽³⁾

¹Doctora en Ciencias Psicológicas. Licenciada en Psicología. Profesora Titular. ²Especialista de II Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. ³Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Psiquiatría. MSc. en Longevidad Satisfactoria. Profesor instructor. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

¹Dr. in Psychological Sciences. Bachelor in Psychology . Titular Professor. University General Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ²Specialist Grade II in Internal Medicine. Specialist Grade II in Intensive Medicine and Emergencies. Associate Professor. Associate Researcher. University General Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ³Specialist Grade I in Comprehensive General Medicine. Specialist Grade II in Psychiatry. MSc. in Satisfactory Longevity. Instructor. University General Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

La guía de intervención de salud mental en situaciones de desastres en una institución hospitalaria ha sido elaborada sobre la base de los lineamientos nacionales y de la Organización Panamericana de la Salud, se ha consultado a expertos y especialistas del tema y aprobado por el Consejo Científico del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. El documento describe el conjunto de procedimientos a realizar en las distintas fases del ciclo de reducción de desastres (planificación, respuesta y recuperación), principalmente los relacionados con pacientes, familiares y trabajadores de la salud. Incluye los principales síntomas y enfermedades que desencadenan estos fenómenos en la esfera psicológica; así como las principales técnicas psicológicas a aplicar en situaciones de desastres.

Palabras clave: salud mental; guía de práctica clínica; intervención en la crisis (psiquiatría); desastres

Límites: Humanos

Recibido: 12 de enero de 2009

Correspondencia:

Dra. C. Teresa Rodríguez Rodríguez
Calle 57. Edif. 2 apto 5 e/ 40 y 42. Cienfuegos. Cuba.

Dirección electrónica: teresa.rodriguez@gal.sld.cu

ABSTRACT

These guidelines for mental health intervention within a hospital in cases of catastrophic situations have been prepared not only under the national standards but under the Pan-American Health Organization ones taking into account the specialists and experts' experience on the topic and it has had the approval of the Scientific Council of the University General Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" from Cienfuegos. The guidelines describe the group of procedures to develop in the different cycles of disaster reduction (planning, quip and recovery) mainly those related to patients, family members and hospital staff. This written record gathers the main psychological symptoms and diseases that result from these difficult situations and the main psychological techniques for such situations.

Key words: mental health; practice guideline; crisis intervention; disasters

Limits: Humans

Aprobado: 24 de febrero de 2010

INTRODUCCIÓN

Cuba, por sus características geográficas, reúne condiciones de riesgo para desastres naturales en periodos específicos del año. En su historia, aunque con mucha menos frecuencia en los últimos 30 años, se recogen fatales acontecimientos que han terminado con la vida de centenares de personas, puesto en riesgo la de otras y deteriorado la economía del país.

Por las consecuencias negativas que se derivan de estos fenómenos, es necesario continuar perfeccionando las acciones que puedan prevenir, minimizar o eliminar los daños a las personas o las propiedades. En el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, se trabaja en todo el ciclo de la reducción de dichos riesgos, lo que implica ayudar a las personas que las enfrentan y sufren el rigor de su impacto.

La Psicología, no ajena a todo lo que concierne al hombre en su existir, tanto en periodos de salud como de enfermedad, en el enfrentamiento a la muerte y a todas los eventos que rompen su equilibrio, comienza a insertarse en el campo que se ocupa de la atención al hombre en tiempo de desastres y a la mitigación de sus consecuencias.^(1,2)

Esta rama de la psicología, llamada **Psicología de emergencias y desastres**, se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre; así como de la implementación de estrategias psicológicas de intervención orientadas a ayudar en el enfrentamiento al fenómeno y a atenuar sus efectos. Estudia cómo responden los seres humanos ante las alarmas y cómo optimizar la alerta, para evitar y reducir las respuestas inadaptativas durante el impacto del evento y facilitar la posterior rehabilitación y reconstrucción.⁽¹⁾

Salud mental es el término amplio que implica las diferentes facetas del proceso salud enfermedad con sus aspectos sociales, que tanto influyen en el bienestar de la población. Para su mantenimiento se incluyen acciones encaminadas a la prevención, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.⁽³⁾

El impacto en la salud mental no se puede evaluar siguiendo la fórmula "causa-efecto" pues el comportamiento humano se manifiesta de forma muy variada en dependencia de la correlación existente entre tres grupos de criterios: los referentes al desastre, las características del individuo, los inherentes a su comunidad. Por lo tanto, ante situaciones de este tipo, la mayoría de las personas suele tener un comportamiento "normal ante una situación anormal"; mientras que en otras se pueden desencadenar manifestaciones causadas por estrés y hasta psicotraumatizantes.⁽⁴⁻⁷⁾

Todas estas razones imponen la necesidad de crear una guía de intervención para la salud mental, con objetivos específicos para el contexto hospitalario (pacientes, familiares y trabajadores), donde se establezcan

acciones para cada una de las fases del ciclo de reducción de desastres. Sus objetivos se enfocan a los siguientes aspectos: organizar la atención intrahospitalaria, brindar recursos psicológicos a las personas para el enfrentamiento a los eventos estresantes inherentes al desastre, que pueden exacerbarse por distorsiones cognitivas que pueden tener las víctimas, y establecer acciones psicoterapéuticas para la conducta a seguir ante las posibles reacciones que puedan surgir evolutivamente en pacientes, trabajadores y particularmente en los encargados de atender las emergencias.⁽⁴⁻⁹⁾

MÉTODOS

La confección de la guía se realizó en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en el primer semestre del año 2009. Evolutivamente se enmarca en dos etapas: la primera de elaboración y la segunda de aprobación y validación para su inserción en el plan general contra situaciones de desastres y su uso en la institución. Es de destacar que este es un criterio para la certificación del hospital como institución segura.⁽¹⁰⁾

Para la primera etapa se realizó una revisión bibliográfica extensa, en busca de las mejores evidencias así como artículos similares de otras instituciones. La búsqueda se inició por los documentos de la Defensa Civil cubana, del Ministerio de Salud Pública, del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres, la Organización Panamericana de la Salud; así como los registrados en bases de datos y sitios Web afines al tema como MEDLINE, Cochrane Library, Infomed, Hinary.

Se establecieron pautas para las acciones de los especialistas del Servicio de Psicología y especialidades afines en cada una de las fases, donde se incluye la labor con los pacientes, la familia y los trabajadores del centro. Se sumaron las experiencias del trabajo de la institución así como la de profesores de la cátedra de Medicina de Desastres de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Para la segunda etapa, la versión preliminar de la guía fue revisada de forma cruzada por los autores, especialistas del tema, algunos expertos nacionales profesionales de la psicología que han trabajado por largos periodos con personas afectadas por desastres. El documento, ya más elaborado, fue presentado al Consejo de Dirección así como al Consejo Científico de la institución; con la sugerencia de ambos se elaboró el documento final que se presentó nuevamente para su evaluación al grupo provincial de psicología, de psiquiatría y finalmente al Consejo de Dirección para su aprobación oficial como parte del plan hospitalario y para ser divulgado a los jefes de servicio y demás trabajadores.

DESARROLLO

De acuerdo con la psicología del desastre existen dos tipos de traumas psicológicos importantes: el individual y

el colectivo. En este último, se lesionan los vínculos que unen a las personas y se daña el sentido de organización que prevalece en la comunidad. ⁽⁸⁾

La intervención del profesional de la salud mental puede detectar a aquellas personas o familiares cuya problemática previa no les permite manejar la nueva situación traumática y poder superarla, esto los arrastra a complicaciones psíquicas y reacciones negativas que los desorganiza y muchas veces les provoca una sintomatología muy seria. ^(7, 11)

Para cada una de las fases, la labor de intervencionismo en términos de salud mental, adopta sus peculiaridades en una institución hospitalaria, que va desde el diagnóstico hasta las acciones propias del quehacer psicológico con variados recursos psicoterapéuticos. Se dirige en tres vertientes fundamentales: hacia el paciente hospitalizado y su familia, hacia los trabajadores en funciones de prestación de servicio y hacia los trabajadores de la institución que han sido dañados, ellos o su familia, por el desastre.

Se reconocen como alteraciones emocionales o afectaciones frecuentemente asociadas a desastres las siguientes: trastornos por depresión y ansiedad, trastornos por estrés agudo, estrés postraumático, conducta o ideación suicida, trastornos disociativos o de conversión, trastorno psicótico agudo y estados de pánico. ^(5, 8, 12,13)

Pueden existir reacciones no patológicas ante situaciones de desastres en personas adultas, la gran mayoría están en este caso y sólo una parte de la población experimentará reacciones psicopatológicas. ^(2, 14)

Es prudente destacar que las personas con sospecha o confirmación de estas afecciones, deben ser valoradas en conjunto por el grupo de salud mental en desastres (GSMDS), integrado por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, ergoterapeuta, enfermero y asistente a paciente, quienes decidirán la conducta inmediata y futura. ^(15, 16)

PRINCIPALES MEDIDAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS

La intervención psicológica inmediata parte de la premisa básica de que la víctima no es un enfermo mental, sino que, en principio, se trata de una persona con reacciones normales ante una situación anormal.

Es importante tener en cuenta los siguientes principios para el intervencionismo psicológico:

- Inmediatez: cuanto antes se intervenga menos posibilidades existen de que se desarrollen psicopatologías futuras, como el trastorno por estrés postraumático.
- Proximidad: la intervención debe realizarse lo más próximamente posible al lugar del evento traumático, para minimizar la identificación de la víctima como enfermo.

- Expectativa: es importante que la víctima tenga expectativas positivas respecto a su vuelta a la "normalidad".
- Simplicidad: uso de métodos breves y sencillos de intervención.

Etapas de prevención-preparación

Acciones psicológicas generales:

- Conformar, entrenar y fortalecer el GSMDS.
- Elaborar las guías para el manejo psicológico de situaciones de desastres para el personal de salud, pacientes y familiares; con especial énfasis en los grupos más vulnerables (responsables, funciones, flujos, etc.).
- Precisar y acondicionar las diferentes áreas para el trabajo en situaciones de desastres (áreas de consulta, hospitalización, quirófanos, salones de parto u otros), apoyando de manera continua la labor asistencial y de aseguramiento.
- Identificar los factores de riesgo y vulnerabilidades, así como los factores protectores y la resiliencia en cada uno de los posibles tipos de situaciones de desastres (desde lo individual, grupal, familiar y comunitario).
- Capacitar al personal de la institución en los aspectos relacionados con el manejo psicológico en situaciones de desastres y los principales métodos para una intervención inicial no profesionalizada.
- Integrar el GSMDS de la institución a los grupos de trabajo para la asistencia médica, de dirección, administración e ingeniería.
- Preestablecer todos los convenios de cooperación e intercambio para cada una de las fases.
- Establecer la ubicación de todos los recursos humanos disponibles y previamente identificados / capacitados / preparados para todos los lugares, acorde con las prioridades que imponga la contingencia.

Etapas de respuesta (fase informativa)

Acciones psicológicas con pacientes y familiares:

- Activar el GSMDS, que se subordina al grupo de asistencia médica y que tendría sus reuniones de coordinación según valoración de los problemas a resolver.
- Identificar pacientes con necesidades especiales de atención psicológica: embarazadas, madres de neonatos hospitalizados, pacientes con deficiencias mentales, pacientes con enfermedades siquiátricas, pacientes graves, ancianos, pacientes con enfermedades cerebro y cardiovasculares. Definir tipo de intervención psicológica con estos, evaluar necesidad de indicación de psicofármacos con el médico de asistencia.

- Contribuir, junto al equipo médico, al manejo de las situaciones de conflicto que puedan generarse (pacientes y/o familiares) ante las decisiones para esta fase. Ejemplo: ante la negativa del alta médica o permanencia indispensable en el hospital.
- Hacer llegar a los pacientes hospitalizados y sus familiares, la información necesaria acerca del fenómeno que se avecina, las medidas tomadas y sus funciones en caso de mantenerse en la institución, haciendo un manejo adecuado de la comunicación para no crear preocupaciones sobredimensionadas en ellos.
- Orientar al acompañante y a otros familiares acerca de la información que debe dar al enfermo, para transmitir seguridad y amortiguar las reacciones emocionales que se derivan de la situación que vive. Especificar el papel que desempeña como acompañante ante la contingencia.
- Valorar con los familiares, qué persona debe cumplir la función de acompañante ante la nueva circunstancia, con el fin de elegir a aquellas que puedan servir de apoyo al paciente y contribuir a mantener el equilibrio emocional de este y del colectivo.
- Dar orientaciones psicológicas a los pacientes y sus familiares sobre técnicas que pueden aplicar a su paciente para amortiguar las emociones negativas situacionales: técnicas respiratorias, contacto piel con piel, técnicas de derivación de la atención.
- Enseñar al paciente conciente y orientado, técnicas de desactivación fisiológica aplicables durante situaciones de tensión para el control elemental de las emociones (visualización, relajación, técnicas respiratorias, técnicas de corto-circuito).
- Persuadir al paciente para que mantenga una conducta acorde con su papel de enfermo, durante el evento.
- Precisar las necesidades de productos farmacéuticos, sustancias psicotrópicas u otros que pueden ser utilizados en la atención médica y especializada a personas con alteraciones psicológicas de mayor envergadura, por consecuencia (directa e indirecta) del desastre, y/o en casos de las complicaciones propias de los trastornos mentales que puedan desarrollarse.
- Enseñar al personal médico, de enfermería y paramédico técnicas de autocontrol emocional (técnicas respiratorias, relajación progresiva de Jacobson, técnicas de cortocircuito, estiramiento corporal y uso de la música como elemento relajante).
- Evaluar la inclusión de los profesionales del GSMSD en los servicios de mayor riesgo (equipos de salvamento y rescate, los de evaluación de los daños y necesidades de ayuda, las morgue y otros lugares destinados a la atención a los cadáveres, los servicios de atención a los familiares de los fallecidos / desaparecidos / damnificados, en los equipos de dirección y de mando, apoyo e interacción con los medios / estructuras encargadas de organizar / desarrollar las actividades de la comunicación social).
- Prestar atención a las necesidades sentidas y de primer orden vital.
- Remitir al personal con mayores afectaciones psicológicas a la consulta conjunta psicología/psiquiatría para su evaluación y tratamiento.

Etapas de respuesta (fases de alerta y alarma)

Acciones psicológicas con pacientes y familiares:

- Propiciar la información concreta acerca de la proximidad del desastre, su magnitud, qué deben hacer, las medidas tomadas; con énfasis en cuanto a su seguridad y garantía de la asistencia médica. Reducir el temor y la angustia que se genera ante estas situaciones.
- Incentivar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica, insistir con los familiares en su aplicación y recordatorio de practicarlas al paciente.
- Mantener el contacto cara-cara o telefónico con el personal de enfermería para estimular el apoyo emocional al paciente y sobre todo para conocer el estado psicológico de estos ante la inminencia del desastre.
- Recorrido frecuente del GSMSD por los sitios detectados con personal vulnerable o de alto riesgo para la descompensación psicológica.
- Registrar las personas asistidas, puntualizando las de alto riesgo para desarrollar algún trastorno psicológico mayor, y los hospitalizados que pertenecen a grupos más vulnerables.

Acciones psicológicas con trabajadores en funciones de prestación de servicio:

- Seleccionar al personal que participará en las actividades de respuesta, en especial para áreas de alto riesgo.
- Orientar al personal de enfermería en cuanto al manejo de los pacientes de forma personalizada, también acerca de técnicas a utilizar para contribuir al control elemental de las emociones.
- Prefijar los regímenes de trabajo y descanso y el apoyo logístico necesario para la sostenibilidad de la actividad de respuesta.
- Garantizar las condiciones para cubrir necesidades básicas como alimentación, descanso y sueño.
- Mantener la confianza del grupo y las personas que lo conforman en sí mismos y en el equipo de trabajo,

guiados por el cumplimiento del plan organizado y aprobado por todos.

- Estimular la práctica de técnicas de autocontrol emocional aprendidas previamente.
- Mantener vigilancia permanente y apoyo a la esfera psicológica de personas vulnerables o en áreas de alto riesgo. Evitar que este personal trabaje solo.
- Mantener el flujo de comunicación entre el personal de salud y sus familiares, en especial cuando la misión se prolonga o existen riesgos (relacionados o no con el evento) para su familia.
- Evitar el trabajo en sitios con ambientes enrarecidos o con mucho calor, aspectos que incrementan el cansancio y el estrés psicológico.
- Apoyar psicológicamente según necesidades, ya sea a través de la ayuda mutua entre compañeros (*buddy-system*) o de técnicas grupales que favorezcan la ventilación emocional y faciliten estrategias de afrontamiento de situaciones críticas (*defusing o debriefing*).

Utilizar tres de los principales mecanismos de afrontamiento y adaptación de los humanos: supresión, aceptación y humor. La supresión es la exclusión intencional de los pensamientos persistentes de manera consciente (rumiación del pensamiento); la aceptación es el reconocimiento de que las cosas ocurren más allá del control de cada quién, lo cual evita la perpetuación de los "pudo haber sido y no fue" y el sentido del humor (aunque es a veces una estrategia negadora y defensiva, que permite evadirse de situaciones que angustian) que utilizado con inteligencia y audacia permite enfrentar el conflicto sin tanta solemnidad lo que hace que "se ablande" y dé paso a la atenuación de la angustia.

Etapa de recuperación

Acciones psicológicas con pacientes y familiares:

- Reevaluar a los pacientes que permanecieron hospitalizados durante el desastre y precisar posibles cambios en el estado emocional (se mantiene igual, empeoró o mejoró).
- Planificar actividades que permitan mejorar el estado anímico.
- Reevaluar la terapéutica psicológica, introducir tratamiento con técnicas de relajación grabada, musicoterapia, técnicas cognitivas, de desactivación fisiológica, entre otras; en casos de empeoramiento o descompensaciones en el estado emocional. Utilizar además psicoterapia basada en el efecto de la palabra (causal, racional, sugestiva, de apoyo) y si fuese necesario se interconsulta con Psiquiatría.
- Orientar el manejo familiar en caso de pacientes que hayan tenido pérdidas materiales o familiares durante el evento. Saber escoger el momento psicológico adecuado para ello, teniendo en cuenta el estado de salud del paciente y características de la

personalidad. (regirse por los principios de ¿Cómo dar malas noticias?).

- Evaluar a los pacientes que ingresaron durante el evento o inmediatamente después de este.
 - Definir situaciones relacionadas con el desastre y que estén incidiendo negativamente en el estado emocional y en el cuadro clínico del paciente. Buscar información en el familiar acompañante y establecer la conducta psicológica a seguir según necesidades, apelando a los recursos psicoterapéuticos disponibles.
 - Enfatizar la reevaluación en los pacientes graves concientes, valorar la implicación emocional en la exacerbación de parámetros fisiológicos, con el fin de brindar tratamiento que pueda atenuar dicho estado emocional y por tanto influir favorablemente en el cuadro clínico del enfermo.
 - Realizar dinámicas grupales (en las salas donde permanezcan pacientes que puedan deambular y con participación de sus familiares) para facilitar la expresión de las emociones, compartir experiencias, promover la autoayuda y a la vez realizar tratamiento con técnicas de relajación, musicoterapia y técnicas de visualización y de respiración. Además introducir técnicas cognitivas: manejo de causa, solución de problemas.
 - Manejar adecuadamente la comunicación de las malas noticias. En caso de determinarse que pueden ser dadas, lo harán las personas con mayor vínculo afectivo con el enfermo o líder familiar. Si es preciso, auxiliarse de personal especializado.
 - Remitir al área de salud, a los pacientes con requerimientos de seguimiento por las alteraciones emocionales que presentan.
 - Reintegrar organizadamente al paciente y sus familiares a su comunidad, manteniendo una política de promoción y prevención integral de la salud.
- #### **Acciones psicológicas con trabajadores en funciones de prestación de servicio:**
- Evaluar rápidamente las afectaciones emocionales de los afectados y procurar brindar ayuda inmediata (iniciar la primera ayuda psicológica).
 - Evitar críticas, sentimientos de culpa o comentarios negativos sobre la actividad realizada en colectivo o por alguno de sus integrantes.
 - Elevar la autoestima, los jefes deben visitar frecuentemente los lugares de riesgo; los trabajadores tienen además la necesidad de recibir expresiones de cariño y reconocimiento por parte de sus supervisores y líderes (las personas dieron lo mejor de sí, laboraron en tiempo extra y en condiciones extremas, antepusieron su deber social al personal, etc.).

- Controlar, en lo posible, la desorganización social.
- Evaluar el estado emocional de los trabajadores a través de una entrevista clínica y si se considera necesario indicar evaluación psicológica según necesidades.
- Dar tratamiento psicológico sistemático y por el tiempo necesario a este personal sanitario y a la vez, partiendo de la vivencia en el tratamiento, crear la necesidad del dominio de técnicas antiestrés para situaciones estresantes que puedan presentarse posteriormente. Identificar los recursos personales de estas personas para el afrontamiento de situaciones de alta tensión emocional.
- Poner a disposición del resto de los trabajadores del hospital los servicios de psicología, psiquiatría y trabajo social para aquellos que necesiten ayuda. Identificar los problemas psicológicos y sociales y sus principales determinantes (familiares, materiales, económicas, escolares).
- Disponer de tiempo para que "desahoguen" sus sentimientos respecto al hecho y su intervención en él. Tal proceso puede hacerse eficazmente en grupos de compañeros y un psicólogo que guíe los comentarios y el proceso de ventilación del grupo, fortaleciendo la posición individual de cada uno durante el evento.
- Identificar, en coordinación con la administración de la institución y organizaciones políticas y de masas, a aquellos trabajadores que fueron muy dañados por el desastre. Ellos deben ser atendidos diferenciadamente y de forma integral.
- Favorecer el descanso, la alimentación adecuada y la restauración espiritual.
- Vigilar a largo plazo los síntomas del estrés postraumático en individuos expuestos.
- Analizar y utilizar las lecciones aprendidas desde la perspectiva que nos ofrece la salud mental en desastres, para todos los involucrados en las diferentes fases del ciclo de reducción.

Principales técnicas psicológicas

A continuación se describen brevemente las principales técnicas psicológicas que pueden utilizarse ante situaciones de desastres. (7, 11, 12, 14, 16, 17)

1. Estrategias reflexivo-vivenciales: constituyen un elemento básico, pues para lograr la autorregulación emocional es imprescindible estimular la reflexión conciente del paciente desde lo experiencial y/o vivencial. Pueden tomarse como referentes vivencias emocionales recientes que hayan provocado dificultades en el equilibrio físico y psicológico del paciente.

- Discusiones grupales.

- Socialización de vivencias.
- Autoanálisis de experiencias positivas que se producen ante la reducción del estrés por la aplicación de técnicas que persiguen este objetivo.

2. Estrategias informativas: el nivel de información que un paciente tiene en relación con la situación de desastre influye notoriamente en las estrategias de afrontamiento a ella. Se pueden emplear recursos como:

- Información cara a cara.
- Información a través de medios de difusión masiva.

3. Estrategias cognitivas: las técnicas cognitivas buscan modificar la respuesta emocional del sujeto mediante variables de tipo cognitivo que mediarán la activación y la respuesta emocional. Se inicia al paciente en el conocimiento de estas técnicas, las cuales se van indicando, primero para análisis después para aplicarlas teóricamente a situaciones vividas.

- Técnica de solución de problemas.
- Establecimiento adecuado de metas.
- Interrupción del pensamiento para la disminución de pensamientos negativos (técnicas de corto circuito).
- Identificación y refutación de pensamientos irracionales.

4. Estrategias de desactivación fisiológica: se parte del supuesto que las emociones, y de manera particular las emociones negativas, implican un nivel de activación fisiológica que puede llegar a desencadenar disfunciones orgánicas. En este caso se pueden emplear:

- Ejercicios de respiración: hacen especial hincapié en el control de la respiración diafragmática (respiración profunda).
- Técnicas de visualización: experimentos realizados han demostrado que las escenas de imaginación llevan a la activación del afecto que resulta en manifestaciones fisiológicas.
- Musicoterapia: la música es un elemento esencial en el desarrollo y evolución del ser humano, actúa como estímulo entre la mente y el cuerpo logrando una armonización psicofisiológica.
- Entrenamiento en relajación con elementos del entrenamiento autógeno de Shultz: logra modificaciones del estado fisiológico del organismo ejerciendo además una influencia beneficiosa en el estado de ánimo, los sentimientos y las emociones.
- Relajación progresiva de Jacobson: a través de la contracción-relajación de todos los grupos musculares, el sujeto alcanza plena relajación. No precisa de concentración mental.

5. Ayudas paliativas y moderadoras del estrés:

- Actividades de higiene mental.

Cada una de estas técnicas deben ser aplicadas de acuerdo a la situación individualizada de las personas, con objetivos específicos y teniendo en cuenta las

características del sujeto para posibilitar su comprensión y práctica.

Su aplicación se adecuará a las diferentes fases del desastre y serán orientadas por el personal especializado en prestación de servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, DC: OPS;2002.
2. Lorenzo Ruiz A. Apoyo psicológico en desastres. En: Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Gerencia de desastres en Cuba: Una compilación de artículos contribuidos por el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Kingston: Red Caribeña para información sobre desastres; 2003. p. 10-16.
3. Navarro VR. Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres. Rodas:Ediciones Damují;2007.
4. Infomed.[sitio en Internet].Lorenzo Ruiz A, Martínez C, Ventura RE. Lineamientos de la Salud Mental en Desastres en Cuba.Ciudad de La Habana:Infomed;c1999-2010 [citado:8 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/desastres/temas.php?idv=22513>
5. Navarro VR, Martínez B, Garrido Y, Larramendi X. Respuesta emocional tras el paso del Huracán Dennis. Área VI municipio de Cienfuegos.[CD-ROM] IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva URGRAV 2006. Ciudad de La Habana:MINSAP;2006 ISBN 959-0282-11-3.
6. Alcina E. Vulnerabilidad psicosocial asociada al hecho catastrófico. Apuntes de Psicología.2003;21(2): 377-89.
7. Álvarez González MA. Stress. Generalidades. En:Stress. Un enfoque integral. Ciudad de La Habana:Editorial Nuevo Milenio; 2000. p. 17-34.
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas. La Paz: OPS;2006.
9. Rodríguez J. Guía práctica de la salud mental en situaciones de desastres. Washington, DC:OPS/OMS; 2006.
- 10.Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria: Guía del evaluador de hospitales seguros. Washington,DC:OPS;2008.
- 11.Servicios de Salud Mental (SERSAME).Programa específico de atención psicológica en casos de desastre. Ciudad México: Valeo S; 2002.
- 12.Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Madrid: Mc Graw-Hill;1998.
- 13.Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson;2002.
- 14.Lima BR. La atención comunitaria en salud mental en situaciones de desastre. En: Levan I. Manual de salud mental en la comunidad. Washington,DC:OPS;1992. p. 218-36.
- 15.Ducrocq F, Vaiva G. From the biology of trauma to secondary preventive pharmacological measures for post-traumatic stress disorders. Encephale.2005;31(2):212-26.
- 16.Robles H, Peralta MI. Programa para el control del estrés. Madrid: Pirámides;2006.
- 17.Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry.2005;162(2):214-27.