

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

**“IMPORTANCIA DEL QUEHACER PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES
QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ESTATAL. LA
NECESIDAD DE ORGANIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE LINEAMIENTOS
PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS
AFECTADAS POR DESASTRES”**

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

POR

MARÍA IDALIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

**PREVIO A OPTAR EL TITULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, ABRIL 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.438-2009
DIR. 987- 2012

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

24 de abril de 2012

Estudiante

María Idalia González Rodríguez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN NOVECIENTOS OCHENTA GUIÓN DOS MIL DOCE (980-2012), que literalmente dice:

“NOVECIENTOS OCHENTA: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **IMPORTANCIA DEL QUEHACER PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ESTATAL. LA NECESIDAD DE ORGANIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES,**” de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

María Idalia González Rodríguez

CARNÉ No. 8917264

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Lionel Antonio De León Pleitéz. 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 ENSEÑAD 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: usaapsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recabación e Información
CUM-1530
RECIBIDO
FIRMA: [Signature] HORA: 18:30 Registro: 438-09

Reg. 438-2009
EPS. 072-2009

26 de marzo 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 **María Idalia González Rodríguez**, carné No. 8917264, titulado:

"IMPORTANCIA DEL QUEHACER PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ESTATAL. LA NECESIDAD DE ORGANIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES."

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Lionel Antonio De León Pleitéz, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciado Oscar Josué Samayoa Heredia
COORDINADOR DE EPS



/Dg.
c.c. Control Académico



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

Reg. 438-2009

EPS. 072-2009

10 de marzo 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 **María Idalia González Rodríguez**, carné No. **8917264**, titulado:

"IMPORTANCIA DEL QUEHACER PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ESTATAL. LA NECESIDAD DE ORGANIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES."

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,

"D Y ENSEÑAD A TODOS"


REVISOR
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
USAC

Licenciado Lionel Antonio De León Pleitez
Revisor

/Dg.

c.c. Expediente



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

Reg. 438-2009

EPS. 072-2009

22 de marzo del 2012

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **María Idalia González Rodríguez**, carné No. **8917264**, titulado:

"IMPORTANCIA DEL QUEHACER PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ESTATAL. LA NECESIDAD DE ORGANIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES."

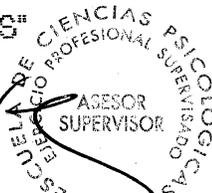
De la carrera de: Licenciatura en Psicología

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"

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
Asesor-Supervisor



/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.438-2009

CODIPs.1124-2009

De Aprobación de Proyecto EPS

05 de agosto de 2009

Estudiante

María Idalia González Rodríguez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINCUGÉSIMO SÉPTIMO (57º) 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 SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **“LA IMPORTANCIA Y EL IMPACTO DEL QUEHACER PSICOLÓGICO EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL TRABAJANDO CON LA POBLACIÓN AFECTADA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MARÍA IDALIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

CARNÉ No. 8917264

Dicho proyecto se realizará en la zona 11, Ciudad Capital, asignándose la Coordinadora Magdalena Chocoj González, a.i., 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”

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



Melveth S.



OF. /62/2012 Ref. PSM-DRPAP-MSPAS
Guatemala, 23 de abril 2012

Licenciado Óscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador de EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad

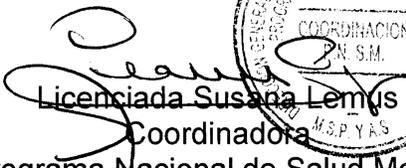
Licenciado Samayoa:

Por este medio hago de su conocimiento que la señora María Idalia González Rodríguez, quien se identifica con la cédula de vecindad U-22 38,842 y carnet estudiantil 8917264, realizó el Ejercicio Profesional Supervisado correspondiente a la carrera de Psicología de ese centro de estudios, en el Programa Nacional de Salud Mental.

La intervención se circunscribió al proyecto **Importancia del qué hacer psicológico de profesionales que laboran en el Sistema de Salud Nacional Estatal. La necesidad de organización y elaboración de lineamientos para la construcción del Plan de Atención a personas afectadas por desastres**, durante el período del 08 de julio 2009 al 08 de julio 2010.

Para los usos que a la interesada convengan, extiendo, sello y firmo la presente constancia.

Atentamente,


Licenciada Susana Lemus
Coordinadora
Programa Nacional de Salud Mental



C.c. Archivo

6ta. Av. 3-45 zona 11 PBX: 2444-7474 / portal.mspas.gob.gt

www.guatemala.gob.gt

PADRINOS

RIGOBERTO RIVERA VÁSQUEZ

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Colegiado No. 6445

VICTOR GENARO HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INGENIERO CIVIL

Colegiado No. 6600

DEDICATORIA

A DIOS

Por regalarme el don de la vida, ser mi guía, mi fortaleza, darme sabiduría y entendimiento, principalmente darme su inmenso amor.

A MIS PADRES

Efraín González Menéndez y Aura Nohemí López de González (Q.D.E.P) agradezco su amor y ser grandes ejemplos en mi vida.

A MIS HERMANOS

Leticia, Reginalda, Gloria, Francisco, Jairo, por su amor y porque juntos hemos pasado momentos inolvidables.

A MI ESPOSO

Marbin Najarro y Najarro gracias por su amor y por apoyarme en todo momento.

A MIS HIJOS

Jiessi Najarro González, Marvin Najarro González y Maylín Najarro González
Por ser la fuerza que me inspira a seguir adelante, gracias por el apoyo y comprensión.

A MIS CUÑADOS(AS)
Y SOBRINOS

Gracias por su amor y por estar conmigo en todo momento.

A MIS AMIGOS

Gracias por su amistad y cariño

A TODOS USTEDES

Gracias por participar de este momento tan especial en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por darme la oportunidad de la Educación Superior.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por los conocimientos adquiridos durante la carrera de Psicología.

AL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Gracias por permitirme realizar El Ejercicio Profesional Supervisado (EPS). Y por el apoyo recibido de quienes forman parte del programa.

A LICENCIADA PAULA CECILIA LÓPEZ, LICENCIADO LIONEL ANTONIO DE LEÓN Y LICENCIADO OSCAR JOSUÉ SAMAYOA

Gracias por el apoyo, la orientación brindada, y supervisión para alcanzar la meta trazada.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	6
DESCRIPCION DE LA INSTITUCION.....	6
DESCRIPCION DE LA POBLACION ATENDIDA.....	12
ANÁLISIS DE SITUACION.....	14
Eje Político/Ideológico:.....	16
Eje Económico.....	25
Eje Social/Cultural:	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
CAPITULO II	52
MARCO TEORICO CONCEPTUAL	52
OBJETIVOS:	66
Subprograma de Investigación:.....	66
Subprograma de Servicio:	66
Subprograma de Docencia	66
CAPITULO III	67
METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO	67
Subprograma de Investigación:.....	70
Subprograma de Servicio:	75
Subprograma de Docencia	76

CAPITULO IV	79
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	79
CAPITULO V	90
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS.....	99

RESUMEN

El Ejercicio Profesional Supervisado EPS está diseñado con los lineamientos específicos dados por la supervisión de éste departamento para la presentación del informe final; en los que se contempla el planteamiento del problema, los objetivos trazados y la metodología utilizada para la recopilación de la información.

La metodología del presente informe se realizó en tres subprogramas: servicio, docencia e investigación, se ejecutaron de forma paralela por fines prácticos, los cuales tienen vinculación en todo el proceso del EPS para alcanzar la meta trazada, también se incluye la presentación del análisis y discusión de los resultados alcanzados.

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS¹ durante los años 2009-2010, se trató sobre **“IMPORTANCIA DEL QUEHACER PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ESTATAL. LA NECESIDAD DE ORGANIZACION Y ELABORACION DE LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN DE ATENCION A PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES.”**

¹ MSPAS: Siglas que identifican al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los resultados obtenidos en el subprograma de investigación revelaron las limitantes del MSPAS, en relación a la atención psicológica a la población Guatemalteca.

La deficiencia en la cobertura de la Salud Mental a nivel nacional y la falta de lineamientos para la atención de la salud mental por parte MSPAS a personas afectadas directamente por desastres y su cotidianidad en el país.

En el subprograma de docencia se dio el acompañamiento en los talleres y capacitaciones en la temática de Salud Mental² en situaciones de desastres³ a profesionales de psicología de Áreas de Salud y hospitales de MSPAS.

Y en el subprograma de servicio se elaboraron lineamientos para la ejecución de los planes en Hospitales y Áreas de Salud para la atención psicosocial de personas afectadas directamente por desastres en el país. Este subprograma incluyó: planificación, organización, y recopilación de información bibliográfica para la estructuración de los lineamientos, talleres con profesionales que atienden la Salud Mental en Áreas y Hospitales de Salud, obteniendo como producto final los planes para la atención de la Salud Mental en situaciones de desastres en el país

² La OMS. define la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

³Desastre: estado de calamidad debido a la manifestación de una amenaza, que causa grandes alteraciones en las personas, graves trastornos en la población, sus obras, su organización y su ambiente, superando la capacidad de respuesta del área afectada.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años toma auge el tema de desastres y la atención de los mismos en nuestro país, y como profesionales de la Salud Mental no nos podemos ver ajenos a esto; el PNSM⁴ introdujo el Componente de Emergencias y Desastres en su programa de trabajo.

En la labor realizada por la Epesista se llevo a cabo el reconocimiento del déficit que existe en los Hospitales, Áreas de Salud y otros servicios del Ministerio de Salud en la cobertura para la atención psicosocial en situaciones de desastres, determinantes que instan a una mejor organización en el MSPAS para la atención adecuada de las emergencias y los desastres en el país.

El presente informe del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, contiene las acciones desarrolladas en El programa Nacional de Salud Mental del MSPAS, ubicado en 5ª. Avenida 11-40, Colonia El Progreso, zona 11 Guatemala.

El presente informe está titulado: **“IMPORTANCIA DEL QUEHACER PSICOLÓGICO DE PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL ESTATAL. LA NECESIDAD DE ORGANIZACION Y ELABORACION DE LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN DE ATENCION A PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES.”**

⁴ PNSM: Programa Nacional de Salud Mental.

El cual contiene una descripción de la problemática encontrada en la investigación realizada con las y los profesionales de la psicología de las Áreas de Salud a nivel nacional, sobre la organización de las DAS⁵ y la atención de los problemas de salud mental en personas afectados por desastres en el país.

El MSPAS cuenta con 29 Direcciones de Áreas de Salud⁶, organizadas por departamento, Petén cuenta con tres áreas, El Quiché tres áreas, el departamento de Guatemala cuatro áreas, los departamentos que no se nombran, cada uno de ellos tiene un Área de Salud; de éstas áreas indicadas, catorce de ellas cuentan con psicólogo/ psicóloga o psiquiatra que atiende la salud mental, con una diferencia de quince Áreas que no tienen profesional para la atención de la salud mental⁷. Es importante agregar que de cuarenta y tres (43) hospitales a nivel nacional, veinticinco (25) cuentan con profesionales de Salud Mental, con una diferencia de 18 hospitales que no cuentan con profesional de la Psicología.

El presente informe consta de tres subprogramas de trabajo: El primero de ellos es el subprograma que corresponde a Servicio: en este se crearon los lineamientos para la Elaboración de los Planes de Emergencias y Desastres para Hospitales y Áreas de Salud a Nivel Nacional.

⁵ DAS: Direcciones de Áreas de Salud.

⁶ En anexo ver mapa de ubicación de las Áreas de Salud en el país.

⁷ En anexo, mas información de la cobertura Nacional de Salud Mental.

El segundo subprograma es el de Docencia: en este eje se brindó acompañamiento en las capacitaciones y talleres desde el PNSM a los Directores de Áreas y personal de salud de hospitales estatales, con las distintas temáticas sobre Salud Mental en Emergencia y Desastres.

El tercer y último subprograma es de investigación, aquí se llevó a cabo la investigación con el tema “El Quehacer Psicológico de los y las profesionales de Salud Mental de las Áreas de Salud a nivel Nacional en Situaciones de Desastres en Guatemala”. El sentido principal de esta investigación fue dar a conocer los problemas encontrados a las autoridades de salud, para que de esta manera lo tomen en consideración y se priorice el servicio de la Salud Mental en las personas partiendo de ésta línea basal.

Es aquí donde se evidencia la importancia que tiene el tema de la atención a personas afectadas por desastres en Guatemala, en el país hace falta mucho por hacer en el tema de la salud mental en general, no digamos enfocado a Emergencias y Desastres, y para conocer la realidad del país es necesario empezar a informarse y parte de la información necesaria para entender esta realidad la encontramos en este informe, en el trabajo de investigación, son evidentes algunos problemas que presenta el MSPAS en relación a la atención de la Salud Mental a nivel Nacional.

CAPITULO I

1. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

El Programa Nacional de Salud Mental del MSPAS fue creado según acuerdo Gubernativo SP-A 210-66 con fecha 29 de junio de 1966, el 14 de agosto de 1984 se crea oficialmente el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social permitiendo el fortalecimiento la red de servicios de salud incorporando el componente de salud mental en el marco del modelo integral de salud.

El Programa Nacional de Salud Mental PNSM, tiene como propósito garantizar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial en la población guatemalteca, enfatizando los grupos sociales afectados por inequidades, como la violencia, los desastres naturales y/o provocados, las adicciones y otros problemas de carácter mental y de conducta.

El programa Nacional de Salud Mental es un ente técnico normativo que brinda lineamientos para el abordaje de la Salud Mental de las personas a través de los instrumentos establecidos.

El PNSM está organizado para un mayor servicio de la salud mental en cuatro componentes:

Ψ Adicciones

Ψ Violencia

Ψ Desastres

Ψ Trastornos más frecuentes en la salud mental.

El Programa Nacional de Salud Mental es parte del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Entre sus objetivos están:

- Fortalecer la red de servicios de salud incorporando el componente de salud mental en el marco del modelo integral de salud.
- Desarrollar capacidades técnicas locales para el abordaje de la salud mental.
- Movilizar actores sociales para intervenir sobre los determinantes sociales de la situación de salud mental, que garantice la participación social.
- Fomentar estilos de vida saludables
- Investigar, vigilar e intervenir sobre procesos epidemiológicos en salud mental.
- Fomentar estilos de vida saludable y el acceso equitativo a servicios integrales, basados en la participación de la comunidad.

- Implementar la política nacional de salud mental, de normas y protocolos de atención y el fortalecimiento de los programas y servicios.

Funciones del Programa Nacional de Salud Mental:

- Elaborar Normas y Protocolos de Atención de Salud Mental.
- Contribuir al desarrollo de competencias técnicas de los equipos técnicos de las Direcciones de áreas.
- Acompañar técnicamente, con énfasis en el componente salud mental, el proceso de implementación del Modelo de Atención de Salud Integral
- Sistematizar las experiencias y herramientas de trabajo para identificar problemas comunes de distintas áreas de salud que permitan un abordaje integrado y resolución de los mismos.
- Participar en Procesos de capacitación y actualización al personal de salud en la temática de Salud Mental.
- Propiciar espacios de coordinación con otras unidades técnicas de nivel central que apoyen la implementación del modelo.
- Apoyar y supervisar los servicios de salud mental en los diferentes niveles del sistema de salud.
- Fortalecer el sistema de registro estadístico de Salud mental en los niveles de atención
- Fortalecer el sistema de referencia y respuesta según niveles de resolución del Ministerio de Salud
- Propiciar procesos de investigación de Salud Mental.

En el Plan Estratégico Nacional para el fomento de la Salud Mental en Guatemala (2007) están los lineamientos Estratégicos del PNSM:

1. Fortalecer la red de servicio de salud incorporando el componente de salud mental en el marco del modelo integral de salud.

Revisar y actualizar las normas y protocolos de atención de la salud mental

Incorporar en la presentación de servicios el componente de salud mental según niveles de complejidad, normas y protocolos.

Garantizar que en el sistema de referencia y respuesta se articule el componente de salud mental.

Reorganizar progresivamente los recursos de salud mental en la red articulada de servicios de salud según las competencias y responsabilidades correspondientes.

Garantizar que las direcciones de área de salud ejerzan la rectoría en el tema de salud mental en el territorio. Gestión local para la dotación de recursos vinculados con la salud mental.

2. Desarrollar capacidades técnicas locales para el abordaje de la salud mental.

Creación de capacidades de todos los actores vinculados con la salud mental en el país, de forma progresiva y programada, a través del Plan de capacitación en Salud Mental Nacional y Local.

Supervisión de las capacidades desarrolladas por los equipos de salud y otros sectores.

Incidencia dirigida a las escuelas formadoras para que incorporen el tema de salud mental como parte de la salud integral en su currículo.

3. Movilizar actores sociales para intervenir sobre los determinantes sociales de la situación de salud mental, que garantice la participación social.

Ejercer la rectoría dentro del sector y fuera de él para articular la formulación y ejecución de una ley marco de salud mental.

Promover la discusión local de los problemas de salud mental en los espacios de participación constituidos (comités comunitarios de desarrollo, comisiones municipales de salud entre otros)

Elaborar análisis de situación de salud en donde se incorpora el componente de salud mental con la participación amplia de todos los sectores del territorio.

Elaboración de los planes de desarrollo local en donde se incorpora el componente de salud mental.

Generar campañas de incidencia del Ministerio de Salud para incorporar la salud mental como eje fundamental del Modelo Integral de Salud.

Establecer convenios de cooperación y articulación de acciones para abordar los problemas psicosociales (violencia, adicciones, desastres y enfermedades mentales), fomentar la salud mental y los estilos de vida saludables.

4. fomentar estilos de vida saludables

Desarrollar un modelo psicosocial de interpretación e interpretación para el cambio de estilos de vida saludables.

Garantizar que en el plan en los planes de capacitación de salud mental se incorpore el fomento de estilos de vida saludable.

Establecer programas y proyectos en coordinación con otros sectores para fomentar la salud mental en diferentes etapas del ciclo de vida.

Introducir en todos los programas de atención el enfoque de salud Mental para la comunicación educativa en salud.

5. Investigar, vigilar e intervenir sobre procesos epidemiológicos en salud mental.

Establecer indicadores para el análisis de la situación de la salud mental.

Garantizar la incorporación de los indicadores de la salud mental a los compromisos de gestión de las direcciones de área de salud.

Establecer el sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel nacional.

Garantizar que a nivel nacional y local se aplique la Guía de evaluación de daños y análisis de necesidades de salud mental en situaciones de desastres de forma oportuna.

Desarrollar la cultura de investigación en temas vinculados con la salud mental.

El Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, reconoce que su responsabilidad es de conducir, regular, promover y garantizar la salud integral de las personas, tomando en cuenta las necesidades de salud mental de la población en general. (p. 7-9)

2. DESCRIPCION DE LA POBLACION ATENDIDA

El Ejercicio Profesional Supervisado fue enfocado al personal de salud mental específicamente a psicólogos y psicólogas de Áreas y Hospitales de Salud del MSPAS, particulares de la población atendida, son profesionales de la psicología, hombres y mujeres que laboran en el Sistema de Salud Nacional Estatal, Áreas de Salud y Hospitales del MSPAS, de géneros femenino y masculino, edad aproximada entre los 30 años y los 55 años, La mayoría son mujeres quienes laboran en esta entidad.

Entre las condiciones familiares se pueden mencionar que los profesionales algunos de ellos son solteros, algunos unidos y otros casados con hijos, son personas con la responsabilidad de dar el apoyo familiar tanto moral como económico. Con respecto a la situación laboral de los y las psicólogas, depende de las necesidades de la institución son contratados en los diferente renglones, entre los requerimientos para optar a una plaza es de que resida en el lugar de trabajo, que viva cerca o que tenga la disponibilidad de ir a vivir al lugar donde se necesitan sus servicios.

Según: El Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público de Guatemala, Cuarta Edición, (enero, 2008) Los renglones en los que más han sido contratados el personal del Ministerio de Salud son:

Renglón 0-11 corresponde al personal permanente en la institución, 0-29 personal temporal ,182 personal de servicios técnicos y profesionales y el 189 personal con otros estudios y/o servicios. (p.144)

El MSPAS cuenta con 29 Direcciones de Área de Salud, organizadas por departamento, Petén cuenta con tres áreas, El Quiché tres áreas, el departamento de Guatemala cuatro áreas, los departamentos que no se nombran, cada uno de ellos tiene un área de salud; de éstas áreas indicadas, catorce de ellas cuentan con psicólogo/ psicóloga o psiquiatra que atiende la salud mental, con una diferencia de quince áreas que no tienen profesional para la atención de la salud mental. Es importante agregar que de cuarenta y tres hospitales a nivel nacional, veinticinco cuenta con profesionales de Salud Mental, ya sean estos psicólogo, psicóloga o psiquiatra con una diferencia de 18 hospitales que no tiene profesional de Psicología.

La población atendida, Psicólogas, Psicólogos, Psiquiatras entre otros profesionales de las Áreas y Hospitales de Salud del MSPAS de Guatemala. De 124 profesionales de psicología. Las personas atendidas entre psicólogos y psicólogas fue de 91 profesionales, psiquiatras 26, Trabajador Social 1, Asistente de Psicología 1, Facilitadores en Salud Mental 3. Promotor de Salud Rural 1, EPS de Psicología 1.

3. ANÁLISIS DE SITUACION

En la siguiente parte se abordan las dinámicas de situación Político/Ideológicas, Económico/Ecológicas, Social/Cultural. Análisis de la situación de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial⁸ en Guatemala. Los conflictos armados y los desastres naturales causan graves sufrimientos psicológicos y sociales a las poblaciones afectadas. Los efectos psicológicos y sociales de las emergencias pueden ser agudos en el corto plazo, pero también pueden deteriorar a largo plazo la Salud Mental y el bienestar psicosocial de las personas en las poblaciones afectadas. Estos efectos pueden amenazar la paz, los derechos humanos y el desarrollo integral del individuo en el contexto que se desenvuelven.

En este espacio se intenta evidenciar cómo algunas estructuras del MSPAS Áreas de Salud y PNSM tienen una dinámica particular que le van dando forma al quehacer y organización de los psicólogos (as) y psiquiatras dentro de las direcciones de área de salud. De qué forma el MSPAS se ve afectado con las dinámicas de poder, es difícil porque la ideología se ve ofuscada por el gobierno de turno, algunos avances en el quehacer de la psicología en alguno de estos periodos, se corre el riesgo que las acciones se estanquen. Otro asunto es que el PNSM, no está exento de las dinámicas de poder y que afecta al trabajador/a.

⁸ Salud Mental y Apoyo Psicosocial: Es una expresión compuesta que se utiliza para describir cualquier tipo de acción local o externa cuyo propósito sea proteger y promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o brindar tratamiento a trastornos psicológicos. Tomado de la Guía IASC sobre salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.

En éste apartado se presenta un análisis de las dinámicas institucionales de Áreas de Salud, del PNSM, MSPAS y población con la que se trabajó a través de tres ejes: Político/Ideológico, Económico/Ecológico y Social/Cultural, los cuales intentan especificar, cómo dichas dimensiones complejizan la de las personas, por lo que es prudente comprender cómo las acciones de las personas, están regidas por las estructuras sociales del contexto en el que se desenvuelven.

Según: La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, (2007) dice: *Las situaciones de emergencia crean muy diversos problemas en el plano del individuo, de la familia, de la comunidad y de la sociedad. En cada uno de esos niveles, las emergencias erosionan los apoyos de protección de la persona, acrecientan los riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas y tienden a agravar los problemas existentes de injusticia social y desigualdad. Por ejemplo, las inundaciones, suelen tener efectos desproporcionados sobre los sectores más pobres de población, que residen en lugares más precarios.*

Los problemas de salud mental y psicosociales en emergencias están muy interconectados; no obstante, pueden ser de índole predominantemente social o predominantemente psicológica. Entre los problemas de naturaleza predominantemente social cabe mencionar:

- *Problemas sociales preexistentes (anteriores a la emergencia) (por ejemplo, extrema pobreza; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política);*
- *Problemas sociales inducidos por la emergencia (por ejemplo, separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género); y*

- *Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria (debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales).*

De manera similar, entre los problemas de naturaleza predominantemente psicológica cabe mencionar:

- *Problemas suscitados por la catástrofe (por ejemplo, duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés postraumático.*
- *Problemas inducidos por la asistencia humanitaria (por ejemplo, ansiedad debida a la falta de información respecto de la distribución de alimentos).*

Por consiguiente, los problemas de salud mental y psicosociales en situaciones de emergencia abarcan mucho más que la experiencia del estrés postraumático.(p. 2)

Eje Político/Ideológico:

En Guatemala, el régimen de partidos políticos es la forma en la cual se organizan las acciones políticas, es predominantemente autoritario y excluyente y la cultura política que se ha constituido encarna dichas características, lo que obviamente es el resultado de la inexistencia de una experiencia política de carácter democrático. Dentro de este marco se han configurado concepciones de la realidad, marcadas por elementos de autoritarismo, discriminación, machismo, racismo entre otros. Elementos que se concretizan en las relaciones sociales polarizadas y dicotómicas.

Lo descrito no está desvinculado de las condiciones socioeconómicas, presentadas por las personas afectas por desastres naturales o antropogénicos en Guatemala.

En este sentido puede verse que la condición de vulnerabilidad emerge de dichas circunstancias y en lo ideológico se concretiza en encubrimientos y descalificaciones, lo anterior define como una sociedad altamente autoritaria y donde los imaginarios colectivos tienden fuertemente a la discriminación, la descalificación y a la polarización. El ejercicio de la ciudadanía en estas condiciones ha estado marcado por la restricción y la precariedad, lo que en concreto ha definido una forma de ciudadanía restringida. Esto se evidencia en los mecanismos formales de participación, tal como los procesos electorarios, a los cuales es difícil llegar como candidatos, aún cuando la ley no presenta ninguna restricción, pero que en realidad éste mecanismo no garantiza elegir y ser electo.

Ignacio Martín Baró (1990) Acción e Ideología señala que la preferencia por el control interno constituye una expresión de la ética protestante, muy conveniente para quienes disponen de poder real. Pero potencialmente perjudicial para quienes carecen de ese poder. Quienes gozan de todos los privilegios en la vida humana piensan que ello se debe a su control sobre la realidad o que quienes se encuentran en la miseria y el desamparo consideran que ello es causado por sus deficiencias personales y no por factores externos, resulta un excelente mecanismo de control social, una justificación psicologista muy útil para el sistema ya que oculta los mecanismos sociales de poder. (p. 216)

Maritza Montero (2003) Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. *El punto de vista de la autora es que venimos hablando del carácter político del trabajo psicosocial comunitario en tanto labor que constituye el espacio público, que se hace en él y que publicita la opinión de las personas, que pide la satisfacción de sus necesidades y que capacita para obtenerla. Pero es necesario hacer explícito aquí un aspecto fundamental: este carácter político excluye la partidización, es decir, el apelativo político relacionado con la dependencia de alguna organización política, o de alguna manera conectada con intereses de algún partido político. (p.163)*

Estos puntos de vista de los autores, si los relacionamos a la realidad nacional pronto el pensamiento nos lleva a la idea que algunos políticos muestran interés de permanecer en un cargo político por intereses personales y en una segunda instancia pensar en el prójimo, situación que afecta a todos y no digamos específicamente la atención de la salud integral de las personas y así nos podemos ir uniendo eslabones para llegar a cada uno de los afectados, por tal situación el MSPAS con su PNSM se encuentra limitado con los recursos necesarios para poder atender las exigencias de Áreas de Salud y Hospitales Estatales, repercutiendo en personas que demanda atención psicosocial.

Karla Rodríguez PNUD⁹. (Julio de 2009). En el Informe General de País, Señala que Según establece la Constitución Política de Guatemala, el Estado guatemalteco es libre, independiente y soberana y se organiza para garantizar a sus habitantes el goce de sus derechos y sus libertades y su fin supremo es la realización del bien común. Así, es obligación del Estado orientar la economía nacional para lograr la utilización de los recursos naturales y el potencial humano, para incrementar la riqueza y tratar de lograr el pleno empleo y la equitativa distribución del ingreso nacional.

La impunidad y la carencia de acceso a la justicia, así como las cuestiones de racismo y otras formas de discriminación, incluyendo la inequidad de género, son cuestiones importantes que llevan años en el debate político. Sin embargo, los esfuerzos en su reducción aún tienen que ser dirigidos de una manera programada y coherente.

El asesinato sistemático y la represión de los líderes que hubo en el pasado, acoplado con un marco frágil institucional del Estado, han dejado profundas heridas que todavía son evidentes en el alto grado de impunidad y el bajo nivel de participación ciudadana en la vida social y política del país.

⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Dentro de este marco, la discriminación persistente en varias formas y por varios motivos (étnico, cultural, de género, político, entre otros.) sigue abasteciendo de combustible a un clima de desconfianza y frustración hacia un Estado que todavía carece de la capacidad para garantizar los derechos fundamentales.

Actualmente la vida política va promoviendo una ciudadanía cada vez más participativa. Las clases medias han aumentado visiblemente; una parte de la élite poderosa, de nuevos y viejos empresarios, intenta impulsar el cambio con visión de nación.

Karen Rodríguez PNUD¹⁰ (julio de 2009) Experta en Cooperación Internacional Descentralizada dice: que la OEA apoya a Guatemala en la consolidación de la democracia y lucha contra la impunidad. El Consejo Permanente de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobó en julio 2009 por consenso una resolución para avalar el apoyo al gobierno de Guatemala, con el fin de fortalecer el estado de derecho, la institucionalidad democrática y la lucha contra la impunidad (pág. 5)

¹⁰ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Aspectos políticos que han afectado de generación en generación a la población Guatemalteca, identificando esta problemática que se manifiesta de lo general a lo particular, porque según vienen del gobierno, organismos, ministerios y programas entre otros, donde son afectados por que muy pocas veces tiene la libertad de disposiciones dentro de las estructuras en que se desenvuelven, donde al final los más perjudicados son las personas más necesitadas de la salud mental y otros servicios.

En la Política Nacional de Salud Mental 2007-2015¹¹ (2008) dice:

Que la Consolidación de la salud integral dirigida a la población guatemalteca, incorporando el componente de salud mental en todos los niveles de la red de servicios de salud, en el marco de la atención primaria de salud con pertinencia cultural.

- *Desarrollo de capacidades necesarias en los recursos humanos de la red de servicios de salud y otros sectores que integrarán acciones de salud mental en el trabajo de la promoción, prevención, detección oportuna, vigilancia epidemiológica, atención y rehabilitación.*

¹¹ La Política Nacional de Salud Mental 2007-2015 fue realizada con el apoyo de: MSPAS, OPS, Ministerio de Cultura y Deportes, PNUD(Programa de las Naciones Unidas de Desarrollo) GTZ.(Cooperación Técnica Alemana) y DIGAP

- *Satisfacción de las necesidades de salud mental de la población guatemalteca en general, con énfasis en poblaciones afectadas por la violencia, desastres, problemas mentales y adicciones con un abordaje comunitario. Las necesidades de salud mental son diferentes en cada uno de los ciclos de vida, en tal sentido las acciones de salud mental tienen que considerar especificidades para los niños, los escolares, los adolescentes, las mujeres, los hombres, los ancianos y las ancianas.*
- *Coordinación intra e intersectorial con actores institucionales, sociales y comunitarios para fortalecer el tejido social y desarrollar una respuesta social articulada a la problemática de salud mental.*
- *Administración del conocimiento en salud mental para orientar las intervenciones sobre la base de la evidencia científica.*

Ejes Transversales de la Política de Salud Mental, Para garantizar que la presente política sea equitativa, pertinente y que contribuya a la democracia es necesario que todas las acciones que se deriven de la misma, logren plasmar los siguientes procesos:

- *Enfoque de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para la mujer cualquier acción de salud mental que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas en todos los ámbitos de la acción social.*

- *Es un eje que tiene el propósito de identificar las preocupaciones y experiencias de las mujeres y los hombres garantizando que éstas se expresen en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas de salud mental de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración de este eje es conseguir la igualdad de los géneros. En tal sentido se debe: Promover la igualdad entre los géneros.*
- *Ausencia de diferencias evitables entre hombres y mujeres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de la salud mental, así como en la probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades mentales.*
- *Promover la autonomía de la mujer que le permitan alcanzar una vida plena, Promover la construcción de la feminidad y de la masculinidad con equidad. Potenciar las oportunidades educativas y participativas de las mujeres en la vida social, cultural, política y económica del país.*
- *Aumentar la autoestima de las mujeres, Atención oportuna a problemas de salud de la población masculina en horarios adecuados.*
- *La implementación de una política de salud mental, implica la necesidad de tener pertinencia cultural, mediante el desarrollo de procesos que nos acerquen a los universos simbólicos de los sujetos y los grupos sociales a las que va dirigida.*

El modelo de abordaje debe ser inclusivo, comprensivo, simétrico, con profundo respeto a los derechos humanos, a la diferencia y en donde las experiencias traumáticas y los efectos psicosociales derivadas de ellas, sean consideradas no como enfermedades, sino como expresiones de sufrimiento y malestar ante situaciones anormales.

En tal sentido contextualizar el proceso de acompañamiento psicosocial es un elemento clave, para comprender los procesos de conflictividad y desarrollar mecanismos de acercamiento a las comunidades en forma apropiada y creativa, entre éstos:

- *Respetar y valorar todas las concepciones, conocimientos y prácticas de las diferentes culturas sobre el proceso de salud enfermedad y su abordaje en Guatemala, en el marco del respeto a los derechos humanos.*
- *Participación de los pueblos indígenas para mejorar su salud y contribuir a su bienestar tomando en cuenta sus conocimientos ancestrales.*
- *Garantizar que todos los sistemas de salud cuenten con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones, por las personas que lo han hecho tradicionalmente y que cuenten con los recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción para avanzar en el proceso de la equidad en salud. Integrar a los terapeutas tradicionales, promotores y otros agentes de salud a las actividades de salud mental comunitaria.*

- *Garantizar que las actividades de salud mental se realicen en su idioma materno, ya sea con personal bilingüe, promotores o con el uso de traductores capacitados en salud mental.*
- *Que el personal de salud realice el trabajo de salud con valores de equidad, calidad, calidez y respeto a la diversidad étnico-cultural.*
- *Que la población tenga la posibilidad de utilizar en forma alterna todos los medios a su alcance para conservar y/o recuperar un estado de salud integral. Promover una cultura de convivencia, tolerancia y respeto a la diversidad étnico-cultural.*
- *Garantizar la participación de representantes de los pueblos Indígenas en la construcción de la presente política. (p. 51-55)*

Eje Económico

La sociedad guatemalteca se ha estructurado dentro de una lógica de acumulación de la riqueza basada en la explotación y expoliación de los grupos empobrecidos y oprimidos, los cuales han visto cómo su trabajo y la riqueza producida, le son arrancadas y a cambio se les ha ofrecido condiciones de vida llenas de pobreza, exclusión y precariedad.

Guatemala se incorpora al círculo económico mundial, en la época de consolidación del capitalismo mercantilista y refuerza dichos lazos durante la etapa de emergencia del capitalismo industrial y la expansión imperialista de los países de Europa. Lo anterior marca la estructuración de la economía hasta nuestros días, obviando los cambios mundiales, muchas lógicas, principalmente las expoliadoras y excluyentes han logrado reproducirse y seguir vigentes.

Karen Rodríguez¹² (julio de 2009). Experta en Cooperación Internacional Descentralizada dice: la población guatemalteca se desenvuelve dentro de un sistema económico que ha atravesado períodos reducidos de crecimiento. El PIB per cápita de Guatemala del año 2006 es un 18% mayor que el de 1990. Sin embargo, esto equivale a una tasa de crecimiento per cápita de tan sólo 1% anual durante el período 1990-2006, permaneciendo por debajo del promedio latinoamericano.

Al final de la década de 1980, el 62.8% de los guatemaltecos vivía en condición de pobreza; esta cifra se había reducido en casi 12 puntos para el año 2006. A pesar de esa reducción, todavía más de la mitad de la población sigue viviendo en condición de pobreza. Esto significa que, debido al crecimiento demográfico del país durante un período de 17 años (1989-2006), el número absoluto de pobres se incrementó de 5.4 a 6.6 millones; es decir, un millón doscientas mil personas se sumaron a la condición de pobreza.

¹² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

En cuanto a la pobreza extrema, los datos disponibles muestran que en el mismo período hubo una reducción relativa del indicador de apenas 3%. En términos absolutos, al igual que con la pobreza general, el número de personas en situación de pobreza extrema se incrementó en casi medio millón de personas.

Abraham Samuel Pérez de León (enero 2003) Economía De Guatemala: Según el autor en Guatemala la vulnerabilidad y el riesgo de la población que vive en condiciones de pobreza, las diversas facetas de la Globalización, las oportunidades para que cada individuo pueda construir su propio proyecto de vida, las condiciones políticas y el entorno social, son aspectos importantes que una Estrategia de Reducción a la Pobreza debe abarcar y tomar en cuenta al momento de formularse.

Una estrategia de reducción a la pobreza debe trascender más allá de un gobierno de turno y debe evitar utilizarse como retórica para estar al día en la agenda de cooperación internacional.

Una estrategia de reducción a la pobreza debe elaborarse tomando en cuenta las opiniones de la población, así como los estudios técnicos que ayuden a dirigirla. Asimismo la estrategia debe ser ejecutada conjunta y directamente con los beneficiarios de ésta quienes se constituirían en sujetos y “socios” de la misma en todo momento, principalmente en la ejecución de acciones concretas. (20/03/2010).

Cuadro comparativo de los fondos destinados en la atención de la Salud Mental a nivel Centroamérica, en este caso lo más importante de observar son los recursos destinados a la salud mental en Guatemala.

Tabla 3
Gastos en Salud Mental

	% del presupuesto de salud asignado a salud mental	% de del presupuesto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos
Costa Rica	2.9%	67%
Honduras	1.6%	88%
Guatemala	1.4%	90%
Rep. Dominicana	0.4%	50%
Nicaragua	0.8%	91%
El Salvador	1.1%	92%
Panamá	2.9%	44%
Promedio	1.6%	75%

Nota: En la tabla 3 se observa el presupuesto destinado a Salud Mental, IESM-OMS (2009) Informe sobre Los sistemas de Salud Mental en Centro America y Republica Dominicana. p.14

Evidenciando que los fondos que quedan son pocos para cubrir otras necesidades de atención de la Salud Mental no menos importantes, como en situación de emergencias y desastres o en los servicios de la vida cotidiana de las personas.

Entre los problemas que obstaculizan el crecimiento económico están la alta tasa de criminalidad, analfabetismo, los bajos niveles de educación, un mercado de capitales inadecuados, subdesarrollados entre otros; situación que afecta a la población en general.

Se ha evidenciado con estudios realizados que los profesionales de la salud mental que han dado servicio en algunas situaciones de emergencia y desastres, se han encontrado que no cuentan con los elementos básicos necesarios para dar adecuadamente el servicio a la población, para los profesionales es una limitante y para las personas que necesitan ser atendidos salen doblemente perjudicados, porque no sólo sufren o enfrentan un problema sino que se les presentan más a causa de una emergencia y desastre entre otros.

Eje Social/Cultural:

La sociedad guatemalteca se caracteriza por ser principalmente pobre, rural, joven e indígena. Los Pueblos Indígenas, incluyendo Xincas, Garífunas y mayas, éste último el grupo más grande, representan el 41% de la población total. Sin embargo, este porcentaje varía considerablemente según la región geográfica, y la gente indígena vive sobre todo en las regiones del norte y oeste del país. Veintitrés idiomas son hablados en Guatemala, siendo el español la lengua oficial.

En 1950, la población de Guatemala era de 3 millones de habitantes; en 2000 eran cerca de 11 millones y, para 2020, será de 18 millones. En los últimos 50 años del siglo XX, aumentó 75% y, en los primeros 20 años del siglo XXI, el incremento será del 30%. Guatemala tiene una población joven, ya que durante 50 años la edad media ha oscilado alrededor de los 17 años y sólo será en los próximos años cuando aumente, llegando en 2020 a una edad media de 21 años.

Debido a las importantes reducciones que se han dado en la mortalidad infantil durante los últimos 50 años, la tendencia general es al aumento de la probabilidad de vivir un mayor número de años. De ahí que, para el período 2005-2010, la esperanza de vida al nacer será, en promedio, de 70 años (73.8 mujeres y 66.7 hombres).

Las dinámicas poblacionales varían a lo largo y ancho del país según la clase social o grupo étnico-cultural que se trate. El acceso desigual al ejercicio de los derechos reproductivos provoca estas diferencias e impactan en la estructura socio-demográfica de la sociedad guatemalteca y, por consecuencia, en las posibilidades de desarrollo humano.

En el ámbito de la salud, hay problemas que están afectando a la población en edad de trabajar; a los adolescentes, quienes constituyen la semilla de la fuerza laboral emergente; y a la niñez menor de cinco años, que estaría en proximidad de ingresar a la escuela y constituiría la población joven de la década de 2020.

El Centro Regional de Información sobre Desastres OPS¹³ (octubre 2009)

Desastres Preparativos y mitigación en las Américas dice:

La matriz social es en 2009 más compleja por los aumentos de la población en general y de la urbana en particular; hay más niños y jóvenes estudiando; y el porcentaje de mujeres que lo hacen es mayor que en el pasado. Asimismo, a pesar de que la incorporación de la población indígena a la inclusión social es lenta, se está produciendo de manera creciente.

El riesgo tanto de la mortalidad como de pérdidas económicas por los desastres se encuentra enormemente concentrado en zonas muy reducidas de la superficie terrestre. Los países con una elevada población expuesta a graves amenazas de origen natural presentan una porción muy elevada del riesgo de desastres a nivel global. (12-02-2011).

Política Nacional de Salud Mental 2007-2015 (enero 2008):

Participación social: *La participación social “es un instrumento privilegiado de la democracia concebida como un régimen de convivencia, de diálogo y de negociación social, para la solución pacífica de los conflictos de interés, entre los diversos grupos y actores de la sociedad en la búsqueda de un proyecto común para el conjunto de la sociedad”.*

¹³ Organización Panamericana de la Salud.

La participación de las diferentes expresiones organizadas de la comunidad es esencial porque permite desarrollar el sentido de pertenencia, solidaridad e identidad grupal, comunitaria y cultural, aspectos necesarios en todo proceso de reconciliación. La participación en la identificación de la problemática o necesidades comunitarias (autodiagnóstico), procesos de consulta) y en la definición y ejecución de acciones que solucionen esos problemas o necesidades, así como la orientación al desarrollo, implican un proceso de toma de conciencia de su propia realidad, que conduzca a las personas y grupos comunitarios a identificar y gestionar creativamente los recursos internos y externos para afrontar y dar respuesta a sus necesidades de una manera activa y participativa, por ello se propone:

- *Participación de los equipos de salud mental en la construcción de planes, normas, protocolos y acciones, que permitan la apropiación de los procesos.*
- *Participación organizada de los usuarios y sus familiares en materia de propuestas y evaluación de los servicios de salud mental, en todos los niveles de la red de servicios.*
- *Participación comunitaria y social para enfrentar la problemática de salud mental comunitaria.*
- *Auditoría social a la implementación de la política, plan estratégico y programa de salud mental, como lo refiere la ley de descentralización.*

- *Participación y oportunidades de atención atendiendo a las necesidades diferenciales de los distintos grupos generacionales.*

“Es imprescindible fortalecer un proceso de reconstrucción con transformación que haga factible la paz desde una sociedad con una vida comunitaria y unas relaciones sociales sanas, con espacios y mecanismos de participación que rehabiliten el tejido social y hagan posible poder contar con ciudadanos creativos, plenos y capaces de afrontar el futuro. Orientar una estrategia de desarrollo integral y sostenible que reconozca a la familia, la productividad, la comunidad y la identidad como ejes fundamentales” (p. 55-56)

Las comunidades pobres suelen tener una menor resiliencia ante las pérdidas, puesto que rara vez tienen coberturas mediante seguros o sistemas de protección social. Los impactos de los desastres provocan déficit de ingresos o consumo y afectan negativamente el bienestar y el desarrollo humano.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de Salud Mental. Con dificultad ha dado respuesta a las necesidades generadas por los desastres ocurridos en el país, las limitantes de los recursos no permite ofrecer a la comunidad una atención, organizada, continua y efectiva, demeritando la calidad de la misma, por lo que se hace necesario ofrecer a la población una respuesta efectiva por parte de los profesionales de salud mental desde la organización local, en los siguientes momentos: antes, durante y después del desastre.

Política Nacional de Salud Mental 2007-2015. (2008):

Multi-Interculturalidad: Existen una serie de causas históricas ligadas con la Colonia, por las cuales conviven en Guatemala varios grupos culturalmente diferentes, esto ha conllevado a relaciones interétnicas jerárquicamente desiguales, entre indígenas y no indígenas, que se traducen en diferencias de accesos satisfactorios económicos, sociales y culturales. En la subjetividad e intersubjetividad se manifiestan en la consideración de que unos grupos étnicos son “atrasados” y que constituyen un obstáculo para el desarrollo, en contraste con otros grupos cuya cultura, valores, conocimientos, y características raciales y sociales representan el desarrollo a alcanzar.

Para aproximarnos adecuadamente a las poblaciones meta, se debe tomar en cuenta que las interacciones sociales y simbólicas entre los guatemaltecos, se dan en un espacio histórico cultural en donde las desigualdades sociales han desarrollado significados vinculados con relaciones sociales de carácter racista y excluyente, en donde una cultura es dominante sobre la otra, lo cual se expresa en interacciones sociales conflictivas y autoritaria. (p.53)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala se encuentra ubicada dentro de una región Geológica y Geográfica con un alto potencial de amenazas naturales o provocadas por el ser humano. Naturales como erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones, incendios forestales, terremotos, deslizamientos, derrumbes, hundimiento, entre otros.

Por la situación social económica y de desarrollo se genera altas condiciones de vulnerabilidad; lo que provoca que un gran porcentaje de la población, su infraestructura y los servicios básicos, estén expuestos a diferentes riesgos, que pueden desencadenarse en desastres.

Ejemplos claros son el terremoto de 1,976, los huracanes Stán en 1995 y Mitch en 1998, La Tormenta Tropical Agatha en Mayo de 2010, evidenciando la necesidad de seguir fortaleciendo el conocimiento de la población guatemalteca en relación a qué hacer en caso de un desastre.

Según el estudio realizado El Programa Nacional de Salud Mental no cuenta con el personal necesario para cubrir las necesidades que demandan los servicios a este programa corresponden en total cinco profesionales para la organización, planificación y creación de normas y lineamientos para la atención de la salud mental a nivel nacional.

En la investigación realizada se constató que el PNSM no cuenta con profesionales de la psicología para la atención de la salud mental en todas las áreas y demás servicios de salud del país. Una profesional de psicología dice: *“Si los servicios de salud carecen de médicos y ahora no digamos de psicólogos, en el departamento somos un millón de habitantes y en el Área de salud para la que trabajo sólo hay tres psicólogos titulares y tres infieri”* (Licda. Eugenia Chacón , 16 de abril de 2,010)

La rotación del personal de salud es otro de los problemas que enfrenta el MSPAS. Esto afecta porque en algunos servicios de salud se capacita a la o el responsable de la atención de la Salud Mental y al poco tiempo no se encuentra esta persona en quien se invirtió tiempo y recurso económico y otros, quedando desatendido el servicio y en otro de los casos si asignan alguna persona al cargo llega desorientada del tema.

En conversaciones y en entrevistas realizadas a profesionales manifestaron también el problema de la invisibilización de la salud mental a nivel nacional.

IESM-OMS¹⁴ (2009) Existen deficiencias en la cartera disponible de servicios de salud mental. El modelo de atención continúa aún muy centrado en el hospital psiquiátrico.

¹⁴ significa Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS

La gran mayoría de los recursos se asignan a estas instituciones (casi siempre de modelo asilar) y los servicios de salud mental en hospitales generales, los hospitales de día y los dispositivos residenciales en la comunidad son muy limitados e incluso en algunos países inexistentes.

Se coincide que una estrategia básica debe ser el desarrollo del componente salud mental en la Atención Primaria. Sin embargo, en la práctica la integración de la atención de salud mental en la atención primaria es muy deficiente. Un muy bajo porcentaje de médicos y enfermeros de la APS¹⁵ han recibido un estándar mínimo de capacitación o actualización en salud mental. No hay, por lo general protocolos de atención para los problemas básicos de salud en la APS y la mayoría de los centros del nivel primario no tienen suficientes psicotrópicos disponibles de forma regular durante todo el año.

Un problema relevante está relacionado con los recursos humanos y financieros evaluados como insuficientes y mal distribuidos (una elevada concentración de los recursos disponibles en las ciudades capitales y zonas urbanas). Debe señalarse que Panamá y Costa Rica tienen una situación más favorable en términos de recursos humanos dedicados a la salud mental.

¹⁵ APS: Atención Primaria en Salud.

El movimiento de usuarios y de familiares es aún débil y la membresía en estas organizaciones es baja. También la relación con el sector público de estas asociaciones es pobre y su participación efectiva en el diseño e implementación de los planes de salud mental es casi inexistente.

Hay programas de educación y promoción de la salud mental en la mayoría de estos siete países pero la cobertura lograda (en especial de las escuelas públicas) es muy baja. Muy pocas escuelas tienen profesionales de salud mental asignados. Con algunas excepciones, los trabajadores de otros sectores relacionados con la salud mental no han recibido de manera regular información o capacitación en el tema (por ejemplo, policías, jueces y abogados).

En general, existen vínculos entre los programas nacionales de salud mental y otras unidades organizativas del sector salud y con otros sectores. Hay muy pocas investigaciones y publicaciones de salud mental de estos siete países.

En conjunto, ha habido avances en el desarrollo de los sistemas de salud mental en estos países, pero es evidente que todavía queda mucho por hacer.

Las prioridades identificadas para los próximos años deben incluir:

1. *Fortalecer la implementación de políticas y planes nacionales de salud mental a nivel de país.*
2. *Mejorar el financiamiento de los programas y de los servicios de salud mental. Modificar la actual estructura de los gastos (centrada en los hospitales psiquiátricos) para que se dediquen más recursos a los servicios ambulatorios de salud mental comunitarios vinculados con la APS.*
3. *Desarrollar una cartera de servicios más diversa, descentralizada y vinculada a la comunidad; lo cual incluye establecimientos ambulatorios, unidades de hospitalización en hospitales generales, servicios residenciales y otros.*
4. *Re-estructurar los hospitales psiquiátricos existentes; es necesario reducir la población de enfermos mentales severos de larga evolución en estas instituciones, muchos de los cuales “han vivido” allí durante largos periodos de tiempo.*
5. *Favorecer la hospitalización de personas con trastornos mentales, cuando sea necesario, en unidades de salud mental de los hospitales generales.*

6. *Incrementar la capacitación/entrenamiento en salud mental para los trabajadores de atención primaria y aumentar la disponibilidad de los psicotrópicos en los centros de atención primaria.*

7. *Fortalecer el recurso humano de salud mental, lo cual incluye trabajar en los programas de pre y post grado de profesionales y técnicos de salud mental.*

8. *Apoyar las organizaciones de usuarios y de familiares, fortaleciendo su participación directa en el diseño e implementación de los Planes de Salud Mental.*

9. *Continuar trabajando en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales aumentando la vigilancia sobre las prácticas hospitalarias.*

10. *Mejorar los sistemas de información. (p.30)*

Tabla 11 – Recursos humanos: tasas de profesionales en salud mental por 100.000 Habitantes

País	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeros
Costa Rica	3.06	1.88	4.13
R. dominicana	2.07	3.17	1.61
El Salvador	1.39	1.68	2.11
Guatemala	0.57	0.35	1.28
Honduras	0.81	0.77	2.58
Nicaragua	0.90	2.11	1.7
Panamá	3.46	2.99	4.38
Media	1.75	1.85	2.54

Nota: la tabla 11 muestra los índices de Psiquiatras, psicólogos y enfermeros por cada 100.000 habitantes. IESM-OMS (2009) Informe sobre Los sistemas de Salud Mental en Centro America y Republica Dominicana. P.21

Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastres, (agosto 2,006):

Los desastres naturales tienen la posibilidad de presentarse en cualquier país del mundo. Sin embargo, por múltiples razones, los países pobres sufren mucho más el impacto de los mismos: tienen menos recursos económicos y tecnológicos para su prevención y reconstrucción, y hay viviendas que se construyen en zonas de alto riesgo y son estructuralmente más frágiles.

Además, usualmente existen altos índices de desnutrición y malas condiciones sanitarias y ambientales que incrementan la vulnerabilidad ante estos eventos traumáticos.

Los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo.

En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental, a pesar de haberse demostrado que, en situaciones de desastres y emergencias complejas, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo; se puede aumentar en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales.

Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufre alguna manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. También, se ha demostrado que, después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Sin embargo, en este contexto, son muchos los países de América Latina y el Caribe que presentan una baja cobertura y una pobre capacidad de respuesta de los programas y servicios de salud mental. (p. 6)

Lo que se observó es una realidad en la manera que se maneja la atención de la salud mental, esta información se encontró en la investigación realizada, además existen otras fuentes bibliográficas que con estudios realizados lo ratifican.

*Elena Puertas López, (1997) Psicología, Instituciones y
Catástrofes:*

La psicóloga expone la necesidad ineludible de la presencia del psicólogo en el campo de los desastres, sobre todo teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad de riesgo creciente. Se propone una intersección entre instituciones reguladoras en materia de desastres y el profesional de la psicología, intersección que debe discurrir por distintos ámbitos: la Psicología Social, Psicología Clínica, Formación y que debe constituir un firme compromiso para mejorar el actual sistema de respuesta ante catástrofes. La investigación, la prevención, la formación y el apoyo a las víctimas son las tareas fundamentales que el psicólogo debe trabajar y perfeccionar, con el objeto de minimizar la vulnerabilidad psicológica que puede conllevar una situación de riesgo o de desastre y ofrecer recursos saludables que fomenten una cultura preventiva de mayor conocimiento del riesgo y de autoprotección. Hay que recordar que un desastre, a menudo, rompe la estructura social, pero el impacto puede variar tanto en función de la capacidad de las víctimas para reaccionar de manera adecuada psicológicamente, como de la capacidad técnica y recursos que el país o la zona afectada tengan para hacerle frente.

En este punto, pensando en plantear cualquier acción, es necesario tener en cuenta la diversidad de problemas psicosociales y culturales que van a poder influir, y son la experiencia y la investigación continua los caminos que van a aproximarnos a la realidad psicológica y social de los posibles afectados. Para establecer una buena coordinación y un buen sistema de apoyo, tanto durante como después del desastre, se necesitan principios básicos científicos y un entendimiento real de lo que pasa. Es en este punto donde se halla la intersección entre instituciones y profesionales de la Psicología: El psicólogo debe integrarse en el sistema integral de respuesta ante catástrofes regulado por las instituciones competentes, y debe hacerlo desde distintos ámbitos profesionales:

- *Desde la **Psicología Social**: para mejorar los mecanismos de información a la población y profundizar en diferentes aspectos a través de la investigación.*
- *Desde la **Psicología preventiva**: para facilitar el aprendizaje de hábitos saludables e interiorización de comportamientos positivos en una sociedad de riesgo creciente.*
- *Desde la **Psicología de las Organizaciones**: Para ofrecer capacitación y entrenamiento a los cuerpos de primera intervención.*
- *Desde la **Psicología Clínica**: para la atención psicológica y terapéutica (si se solicita a corto plazo o se producen secuelas).*

Además de la concienciación del psicólogo para profundizar en materia de emergencias, se necesita alentar una sensibilización de las instituciones competentes respecto a las necesidades y aspectos sociales que se desencadenen, y ha de materializarse a través de tres campos diferenciados que den respuesta a las necesidades psicosociales que siempre surgen y que la estructura actual de emergencias aún no posee: Investigación, Prevención, Formación e Intervención.

a). Investigación: *Los profesionales de la psicología y de la realidad social, a través de la investigación, pueden conocer y actualizar la demanda social de las víctimas y afectados. Es imprescindible identificar una serie de variables que pueden condicionar la eficacia o no de las distintas acciones:*

- ¿Qué tipo de ayuda es necesaria y en qué momento? (orientación, acompañamiento para el reconocimiento de cadáveres, fortalecimiento de iniciativas propias positivas, remisión a servicios sociales de la comunidad o servicios sanitarios, intervención terapéutica...)

b). Prevención: *La prevención en el campo de la Psicología de catástrofes, debe ir dirigida a fomentar hábitos adaptativos de la sociedad ante situaciones de desastres, amenazas y emergencias.*

c). Deterrencia: " y que se refiere a la persuasión para que la población tenga conocimiento anticipado de una posible amenaza y que se imbuya de cauteloso miedo, es decir, que mantenga una actitud de alerta que funcione para hacer frente al peligro (por ejemplo: las señales de tráfico pretenden anticipar y favorecer esta capacidad de "deterrencia"). Por tanto, asegurar un sistema de "deterrencia" ante eventuales desastres colectivos, supone una realización de actividades que ayuden a anticipar mentalmente el desastre, para aprender a tomar medidas oportunas. Dichas actividades pueden ser de muy diversa índole (pequeños simulacros de evacuación, planes de información a la población...) y dirigidas tanto al ámbito cognoscitivo como a aquellos factores emocionales, motivacionales, conductuales, que determinan en gran medida la actitud hacia el riesgo.

Los programas preventivos pueden diseñarse según los siguientes objetivos:

- *Concienciar a la población de la existencia de algunos riesgos y en qué medida el sujeto puede minimizar consecuencias catastróficas, para él mismo y su comunidad.*
- *Ayudar a la población a comprender y canalizar de forma adecuada el miedo ante la posibilidad de vivir un desastre.*
- *Mostrar y enseñar a través de modelado, hábitos y conductas que faciliten la protección y la seguridad.*

- *Motivar para la participación ciudadana y para el aprendizaje que permita aumentar el repertorio de conductas adaptativas ante el peligro.*

En definitiva, los distintos programas preventivos deben consistir en ayudar al sujeto a reducir la ansiedad que pudiera provocar el efecto sorpresa-repentino, y a menudo desconocido, que supone una emergencia y en facilitarle algunos conocimientos y comportamientos que favorezcan la autoprotección. Deben estar basados en investigaciones psicológicas (de todos los procesos psicológicos que intervienen en materia de emergencias), y sociales (que reflejen la dinámica social que puede provocar un desastre); diseñados y planificados por profesionales de la psicología social y llevados a cabo por profesionales y agentes sociales relevantes en cada área y situación.

d). Formación, en el campo de la formación el psicólogo deberá:

- Ofrecer formación sobre primeros auxilios psicológicos y entrenamiento psicológico a cuerpos de primera intervención, puesto que son estos profesionales quienes primero acuden al siniestro, partiendo de un estudio básico de necesidades y que incluya: técnicas de alivio de ansiedad a corto plazo, reconocimiento de distintos tipos de liderazgo y otros.

- Ofrecer formación y capacitación a profesionales sanitarios sobre aspectos psicosociales que pueden condicionar el pronóstico y el diagnóstico de los distintos afectados.

- Ofrecer capacitación a instituciones competentes en materia de comunicación pública de riesgos, campañas de concienciación.

La intervención del psicólogo en un desastre debe encuadrarse en una acción coordinada del sistema de respuesta global; deberá, por tanto:

- *Incorporarse permanentemente en los centros de trabajo de los cuerpos de primera intervención, para la atención y seguimiento de los diversos profesionales (no olvidemos el estrés profesional continuado y, en ocasiones, acumulado, al que se ven expuestos, además de la sombra permanente del peligro y la muerte, que conlleva el desempeño cotidiano de su trabajo). En otros países se lleva a cabo una dinámica de grupo posterior al suceso (debriefing), como forma de "ayuda a los ayudadores", como apoyo a esos profesionales que han intervenido directamente en la resolución de una emergencia o desastre, con objeto de compartir y verbalizar la experiencia vivida para poder reestructurar aquellos aspectos psicológicos que hayan podido verse afectados.*

- *Participar activamente con los distintos afectados en las fases de reacción inmediata y posterior al desastre, en las cuales se encuentran tanto las propias víctimas como los familiares o allegados, y en las que puede ser frecuente la necesidad de identificar cadáveres o la comprobación de listas de desaparecidos.*
- *Establecer un sistema de observación y de recogida de datos en el lugar del siniestro con objeto de profundizar en el conocimiento de las reacciones humanas ante un desastre.*
- *Formar parte de equipos multidisciplinares en el sistema de salud para la atención psicológica, social y/o psiquiátrica que sea necesaria en cada caso. (25 de marzo 2010)*

Reafirmando uno de los problemas encontrados cuando se hizo investigación sobre los registros de atención de la Salud Mental en el MSPAS. Según el Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Centroamérica y la República Dominicana IESM-OMS (año 2009) se encontró con limitaciones, los siete países participantes tienen limitaciones y deficiencias en sus sistemas de información, lo cual representó una barrera para la recopilación de una óptima información. Es evidente que este es un asunto que necesita ser abordado por los Ministerios de salud de los países en el futuro inmediato.

Aunque se hicieron grandes esfuerzos para recopilar la información más exacta, algunos países no pudieron obtener los datos requeridos para algunos de los ítems. Esto determinó que no fue posible obtener inferencias o conclusiones de aquellos indicadores con poca información o datos no confiables. En algunos casos se trabajó con diferentes fuentes con el fin de obtener la información requerida.

Este informe se debe considerar como el análisis de la mejor información disponible en este momento para la OMS/OPS, pero no necesariamente como el punto de vista oficial de los países participantes. (Pág. 29)

Los problemas relevantes encontrados están el sistema de atención a la salud mental, el cual es inmediato y no preventivo. A continuación se presentan extractos recopilados en reunión inductiva de atención en Salud Mental a Víctimas de Desastres, específicamente provocados por La Tormenta Tropical Agatha y la Erupción del Volcán de Pacaya (Mayo 2010) con Supervisores de Psicología del Área Social Comunitaria. USAC.

Licenciada I. de Avilés dice: No ser apagafuegos, es necesario articular institucionalmente a largo plazo, es necesaria la organización - Interinstitucional para la respuesta de la salud mental, articular esfuerzos y hacerlos notar y formarnos en el tema de desastres (08 de junio de 2,010)

Licenciado Lux, el Psicólogo se ha acomodado, no sale de su oficina. Es necesario capacitar a todos los Directores en problemas de Salud Mental Integral.(08 de junio de 2,010)

Forma de organización del MSPAS dicha institución tiene 29 Direcciones de Áreas de Salud¹⁶, catorce de ellas cuentan con psicólogo/ psicóloga o psiquiatra que atiende la salud mental, con una diferencia de quince áreas que no tienen profesional para la atención de la salud mental¹⁷. Es importante agregar que de cuarenta y tres hospitales a nivel nacional, veinticinco cuenta con profesionales de salud mental, ya sean estos psicólogo, psicóloga o psiquiatra con una diferencia de 18 hospitales que no cuentan con profesional de la Psicología, este dato permitió evidenciar la limitación que existe en la atención de la salud mental en todo el país, partiendo de las y los pocos profesionales al servicio de una población numerosa.

¹⁶ En anexo ver mapa de ubicación de las Áreas de Salud en el país.

¹⁷ En anexo, mas información de la cobertura Nacional de Salud Mental.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Guatemala es un país sumamente vulnerable, frágil y devastable. Naciones Unidas lo reconoció como uno de los diez más vulnerables del mundo. Estar en un istmo nos pone en la ruta de los huracanes del Atlántico y en la de las tormentas tropicales del Pacífico. Tenemos, además, una vulnerabilidad socio ambiental y territorial generada por procesos históricos de ocupación del espacio y las políticas públicas de este país. Y a eso se le agrega el cambio climático, que es un multiplicador de problemas existentes¹⁸.

Dentro de las amenazas más recurrentes son las provocadas por fenómenos geofísicos: sismos de gran magnitud (terremotos), erupciones volcánicas; hidrometeorológicos: tormentas tropicales, inundaciones y deslizamientos, convirtiéndose en desastres, cuya frecuencia se ha estado incrementando por el deterioro ambiental, y cuyo impacto es catalogado de alto y destructivo para la población, el hábitat donde se desarrolla y el entorno donde se presenta.

El desastre es una situación o proceso social que se desencadena como resultado de la manifestación de un fenómeno de origen natural, socio-natural o antrópico que, al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en una población y en su estructura productiva e infraestructura.

¹⁸ <http://gestionterritorialmunicipal.blogspot.com/2010/09/guatemala-vulnerable-desastres.html>

Causa alteraciones intensas, graves y extendidas en las condiciones normales de funcionamiento del país, región, zona o comunidad afectada; las cuales, en muchos casos, no pueden ser enfrentadas o resueltas de manera autónoma, utilizando los recursos disponibles de la unidad social directamente afectada. Estas alteraciones están representadas de forma diversa y diferenciada, entre otras cosas, por la pérdida de vida y salud de la población; la destrucción, pérdida o inutilización total o parcial de bienes de la colectividad y de los individuos, como daños severos en el ambiente; necesitando una respuesta inmediata de las autoridades y de la población, para atender a los afectados y restablecer umbrales aceptables de bienestar y oportunidades de vida¹⁹

Los desastres son daños considerables a las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente causados por un suceso natural o artificial que supera la capacidad de reposición de daños en el corto plazo de la comunidad afectada.

Los desastres pueden ser originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre.²⁰

Algunos desastres de origen natural son inesperados e inevitables debido a que difícilmente pueden detectarse a tiempo por ejemplo: terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, vientos huracanados, todos ellos son amenazas que aún no pueden ser intervenidos en la práctica.

¹⁹ Catalogo de herramientas y recursos de información sobre preparativos para desastres en salud. San José Costa Rica, 2,009
Pág. 85

²⁰ Salud Mental en el Afrontamiento de De desastres, Lima Perú 2000, pág. 46

Mientras que las inundaciones, sequías, deslizamientos, pueden llegar a controlarse o atenuarse con obras civiles, dentro de marcos preventivos dirigidos a minimizar sus consecuencias.

Los desastres originados por el hombre, son imprevistos y pueden ocasionar grandes daños tanto personales como materiales, algunos son: las explosiones, incendios, accidentes, contaminación entre otros.

Los desastres perturban las actividades cotidianas de una comunidad desorganizando los patrones normales de vida, generando adversidad, desamparo y sufrimiento en las personas; tienen efectos sobre la estructura socio-económica de una región o un país y/o la modificación del medio ambiente.

Clasificación de los desastres²¹

1. Desastres generados por procesos dinámicos en el interior de la tierra:

a. *Seísmos: Son los movimientos de la corteza terrestre, que generan deformaciones intensas en las rocas del interior de la tierra, acumulando energía que súbitamente es liberada en forma de ondas que sacuden la superficie terrestre.*

²¹ <http://laranagalana.blogspot.com/2008/10/clasificacin-de-los-desastres-naturales.html>

b. Tsunamis: Movimientos de la corteza terrestre en el fondo del océano, formando y propagando olas de gran altura.

c. Erupciones Volcánicas: Son el paso de magma, cenizas y gases del interior de la tierra a la superficie.

2. Desastres generados por procesos dinámicos en la superficie de la tierra:

a. Deslizamiento de Tierras: Ocurren como resultado de cambios súbitos o graduales de la composición, estructura, hidrología o vegetación de un terreno en declive o pendiente:

b. Derrumbes: Son la caída de una franja de terreno que pierde su estabilidad, o la destrucción de una estructura construida por el hombre.

c. Aludes: Masas de nieve que se desplazan pendiente abajo.

d. Aluviones: Flujos de grandes volúmenes de lodo, agua o hielo

.

3. Desastres generados por fenómenos meteorológicos o hidrológicos:

a. Inundaciones: Invasiones lentas o violentas de aguas de río, lagunas o lagos, debido a fuertes precipitaciones fluviales o rupturas de embalses, causando daños considerables.

b. Sequías: Deficiencias de humedad en la atmósfera por precipitaciones pluviales irregulares o insuficientes.

c. Tormentas: Fenómenos atmosféricos producidos por descargas eléctricas en la atmósfera.

d. Tornados: Vientos huracanados que se producen en forma giratoria a grandes velocidades.

4. Desastres de origen biológico:

- a. Plagas: Son calamidades producidas en las cosechas por ciertos animales.
- b. Epidemias: Son la generalización de enfermedades infecciosas a un gran número de personas y en un determinado lugar.

5. Desastres tecnológicos:

- a. Incendios.
- b. Explosiones.
- c. Derrames de Sustancias Químicas.
- d. Contaminación Ambiental²²

Vulnerabilidad:

Factor de riesgo interno de un elemento o grupo de elementos expuestos a una amenaza. Corresponde a la predisposición o susceptibilidad física, económica, política o social que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos, en caso de que se manifieste un fenómeno peligroso de origen natural, socio-natural o antrópico. Representa también las condiciones que imposibilitan o dificultan la recuperación autónoma posterior. Las diferencias de vulnerabilidad del contexto social y material expuesto ante un fenómeno peligroso determinan el carácter selectivo de la severidad de sus efectos.²³

²² <http://aranagalana.blogspot.com/2008/10/clasificacin-de-los-desastres-naturales.html>

²³ Catálogo de herramientas y recursos de información sobre preparativos para desastres en salud. San José Costa Rica, 2,009

La Salud Integral y situación de emergencias y desastres:

La Salud Integral²⁴

Es el conjunto de procesos biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que se articulan en la vida de los seres humanos, con el fin de potenciar sus posibilidades de bienestar para interactuar armónicamente con su entorno. Es la articulación de los factores psicobiológicos y socioculturales del ser humano, de forma tal que contribuyan al bienestar social e individual.

En cuanto a la salud mental se reconoce que es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

²⁴ http://www.procosi.org/calidad/files/documentos_normativos/concepto_salud_integral.pdf

Aspecto Psicosocial en situación de emergencias y desastres:

Lo psicosocial es cristalización o materialización en las personas de las relaciones sociales que se viven, relacionados con la historia particular de un pueblo que tiene procesos y problemas particulares en estrecha relación con la historia, la cultura y el poder²⁵.

El impacto psicosocial de los eventos traumáticos:

El impacto psicosocial de cualquier evento traumático depende de los siguientes factores:

- La naturaleza misma del evento,
- Las características de la personalidad de las víctimas y
- El entorno y las circunstancias.

La naturaleza misma del evento. Por lo general, producen un mayor impacto los eventos inesperados, los ocasionados por el hombre, los que implican una situación de estrés prolongada y los de afectación colectiva.

Los eventos inesperados, como los terremotos, no dan tiempo a estrategias de prevención individuales o colectivas y, usualmente, generan sentimientos de impotencia y reacciones emocionales que inhiben las funciones defensivas que pudieran ser eficaces; por ello, son más frecuentes las reacciones de pánico paralizante o de huida, con graves modificaciones de la capacidad de reflexionar y tomar decisiones acertadas.

²⁵ Pastoral Diocesana de Salud Mental, San Marcos 2006

Fases de un desastre²⁶

a). **Antes.** *En la fase de amenaza se produce miedo y una tensión emocional colectiva que prepara el enfrentamiento a la amenaza. Las reacciones individuales dependen de varios factores, entre los cuales está la experiencia previa.*

Pueden surgir actitudes de negación del peligro en las que la persona continúa con sus actividades cotidianas y no toma precauciones; en otros casos, aparecen actitudes desafiantes, de gran desorganización, o comportamientos pasivos o agitados que resultan poco adaptativos.

Durante. *Si la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad, los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores; se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central y pueden afectarse las respuestas inmunológicas. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida y presenta reacciones muy variadas que van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada y desde la anestesia sensorial al dolor extremo.*

²⁶ "Guía Práctica de salud mental en situaciones de desastres", agosto,2006 Pág.5

Puede haber un estado de hiperalerta pero, más frecuentemente, hay moderados grados de confusión en la conciencia que se manifiestan como aturdimiento, desorientación y dificultad para pensar y tomar decisiones. Se pueden presentar diversos grados de disociación en los que el individuo se siente colocado en posición pasiva ante una realidad que es vivida como película ajena.

Después. *Una vez pasado el evento agudo que, en algunos casos, puede prolongarse por horas, días y meses (volcanes, guerra), la víctima continúa experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo. Al miedo y a la ansiedad se suma una inestabilidad emocional sobre un trasfondo de tristeza e ira. La alteración emocional incide en el resto del funcionamiento psicosocial.*

Pueden aparecer ideas o conductas inapropiadas, el sueño se hace irregular y poco reparador, disminuye el apetito, surgen la irritabilidad y los conflictos en las relaciones interpersonales, y se dificulta el cumplimiento de tareas habituales.

Además, aparecen o se acentúan las quejas somáticas (dolores o molestias variados) y pueden surgir o agravarse las enfermedades preexistentes, puesto que se disminuyen globalmente las defensas o se hacen insuficientes las medidas de control.

Si el impacto es grave y colectivo, en esta fase ya se nota el daño en la cohesión familiar y social, lo cual dificulta obviamente la superación individual del trauma. Si a ello le sumamos la persistencia de la amenaza o la necesidad del desplazamiento, resulta fácil entender que los procesos de readaptación se postergan y las manifestaciones psíquicas corren el riesgo de agravarse y volverse secuelas permanentes.

La necesidad de manejar simultáneamente las emociones personales y las relaciones y compromisos interpersonales, y cumplir con las tareas de la vida diaria resulta abrumadora para las víctimas, que se confrontan permanentemente con la necesidad de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo.²⁷

Los primeros auxilios psicológicos:

Se refieren a la intervención psicológica en el momento de Crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.²⁸

Principios Básicos de los Primeros Auxilios Psicológicos:²⁹

a) Acepte el derecho de toda persona a tener sus propios sentimientos.-

No culpe o ridiculice a una persona por sentirse como lo hace, su tarea es ayudarlo a superar su sentimiento, no decirle como debe sentirse.

²⁷ IDEM Pág.6

²⁸ http://www.webislam.com/articulos/39822-primeros_auxilios_psicologicos.html

²⁹ [http://www.redem.org/boletin/files/REDEM%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%202008%20\(Tamano%20minimo\).pdf](http://www.redem.org/boletin/files/REDEM%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%202008%20(Tamano%20minimo).pdf)

Si usted se detiene a pensar en sus propios sentimientos, se dará cuenta de cómo es imposible para los seres humanos el hacer una selección consciente de sus sentimientos más profundos.

Tenga presente que sin embargo la posición de otra persona puede ser similar a la propia, pero cada persona ha tenido ciertas experiencias únicas que pueden afectar fuertemente sus sentimientos en relación con los sucesos subsecuentes en sus vidas.

Más allá del horror y el temor que puedan sentir, las personas reaccionarán en términos de cómo esta experiencia encaja con sus ideas pasadas acerca de sí mismo y sus aspiraciones en el futuro.

Al prestar primeros auxilios psicológicos, rara vez estará usted seguro de por qué algunas personas se trastornan más que otras, su expresión, su postura, su aspecto integro puede decirle eso, aún cuando ella no le diga con palabras, permitirle a un accidentado saber que usted quiere entender como él se siente puede ser el primer paso para ayudarlo, esto puede hacerse con unas pocas palabras o aún con un simple gesto.

No lo abrume con su compasión. Esto sólo le hará sentir más incomodo y confirmará sus peores temores acerca de sí mismo, haga lo indispensable para establecer contacto con él.

a) Acepte las limitaciones del accidentado como reales.

Cuando el muslo de un hombre esta destrozado, nadie espera (incluyendo el paciente) que pueda caminar por un tiempo. Cuando la capacidad del hombre para superar sus sentimientos está hecha pedazos, muchos (incluyendo el paciente) se inclinan a esperar que él vuelva a actuar normalmente, casi de inmediato. “Todo está en su mente”, “Deshágase de ello”, “Recupérese”. Tales tipos de consejos no tienen lugar en los primeros auxilios psicológicos, los sentimientos de incompetencia son reales y a menudo incapacitantes; por ello su tarea será ayudarlos a recuperarse tan efectivamente y rápidamente como puedan, esto se consigue aceptando sus limitaciones y ayudándolos a redescubrir rápidamente algunos de los recursos que ellos pueden utilizar de inmediato.

c) Mida las posibilidades del accidentado en forma tan exacta y rápida como sea posible.-

Mientras usted se da cuenta de las limitaciones de una persona perturbada, usted estará atento de las habilidades y otros recursos que pueda utilizar y reavivar, una persona muy trastornada puede fácilmente hacerle olvidar que podría ser de verdadera ayuda para usted tanto como para sí mismo y que usted puede ayudarlo a iniciar el camino hacia la reorganización de su mundo. Averigüe con tacto que fue lo que sucedió, permítale responder de su propio modo.

Usted no puede dejarlo divagar interminablemente, ofrecerle un par de minutos en los cuales él pueda hablar libremente de sus propias experiencias le mitigarán notablemente algunos de sus sentimientos de desesperanza e impotencia. Averigüe si el herido se preocupa particularmente de sus familiares o amigos, dele tan honestamente como pueda una información acerca de donde, cuándo y cómo puede él razonablemente esperar tener contacto con aquellos que le son queridos.

Si él está demasiado deprimido para hablar fácilmente una exposición de lo que puede haberle sucedido (basado en su conocimiento general del desastre) puede acrecentar su confianza en usted, hasta el punto de que él pueda hablarle un poco.

Preguntas breves acerca de su ocupación normal pueden darle a usted algunas pistas sobre sus habilidades e interés básico, para muchas personas que están anonadadas emocionalmente el trabajo que pueda hacerse en forma automática y rutinaria podría ser el primer paso que los haga volver hacia la normalidad efectiva.

d) Acepte sus limitaciones al ayudar a otras personas.-

No trate de ser todo para las personas, habrá mucho de lo que usted quisiera hacer en un desastre y que está mas allá de sus de sus fuerzas y habilidades. Usted no puede ser de todo para todas las víctimas. Consecuentemente, usted debe establecer un orden de prioridades en su pensamiento, acerca de lo que puede permitirse acometer por sí mismo.

Su primera responsabilidad será cualquier trabajo de emergencia que le hayan asignado previamente.

Una razonable y sincera apreciación de sí mismo es parte muy importante de su preparación para prestar primeros auxilios psicológicos. Un trabajador de primeros auxilios físicamente herido puede continuar haciendo un buen trabajo curando las heridas de los accidentados. Pero si está “emocionalmente herido” tendrá grandes limitaciones para proveer ayuda a otros.

Objetivo General:

Conocer la forma de organización existente en las diferentes Áreas de salud haciendo énfasis en la temática de Salud Mental y Desastres.

Subprograma de Investigación:

Indagar sobre la experiencia del quehacer psicológico de los y las profesionales que laboran en las Áreas de Salud y hospitales.

Subprograma de Servicio:

Elaborar lineamientos para la construcción de planes y dar respuesta a la Atención de la Salud Mental en caso de Emergencias y Desastres para personas afectadas.

Subprograma de Docencia

Acompañamiento en las capacitaciones a los Directores de Áreas de Salud y personal de salud de hospitales, con las distintas temáticas sobre salud mental en emergencia y desastres.

Nota aclaratoria:

En un primer momento el objetivo de Docencia era, Capacitar en las distintas temáticas sobre salud mental en emergencia y desastres a los Directores de Áreas de Salud. Quedando así: Acompañamiento en las capacitaciones a los Directores de Áreas de Salud y personal de salud de hospitales, con las distintas temáticas sobre salud mental en emergencia y desastres.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

El Ejercicio Profesional Supervisado EPS se desarrolló a través de los subprogramas de: investigación, docencia y servicio en el Programa Nacional de Salud Mental del MSPAS.

Apoyándose en técnicas, herramientas prácticas individuales y grupales enfocadas en el estudio cualitativo con los profesionales de la salud mental de las áreas de salud del MSPAS, enfocado en los fenómenos psicológicos y la salud mental en personas afectadas directamente por desastres en Guatemala.

González Rey Fernando, (2000) Investigación Cualitativa en Psicología:

La investigación cualitativa no corresponde a una definición instrumental, es epistemológica y teórica, y esta apoyada en procesos diferentes de construcción de conocimiento, orientado al estudio de un objeto distinto del de la investigación cuantitativa tradicional en psicología .La investigación cualitativa se orienta al conocimiento de un objeto complejo: la subjetividad ,cuyos elementos están implicados simultáneamente en diferentes procesos constituidos del todo, los cuales cambian frente al contexto en el que se expresa el sujeto concreto.

La historia y el contexto que caracterizan el desarrollo del sujeto marcan su singularidad, la cual es expresión de la riqueza y plasticidad del fenómeno subjetivo.

La definición cualitativa de la investigación, el diagnóstico y las prácticas psicológicas es una opción epistemológica, teórica e ideológica frente a las prácticas cuantitativas dominantes en psicología. Quienes solo ven la diferencia metodológica, por lo general distinguen lo cualitativo y lo cuantitativo en el nivel de las técnicas o de alguna operación aislada de la producción del conocimiento. (p.33)

Stake Robert (1995). Evaluación Institucional y evaluación cualitativa. Sitúa las diferencias fundamentales entre investigación cualitativa y cuantitativa en tres aspectos:

a). La distinción entre la explicación y la comprensión como propósito de indagación.

b). La distinción entre el papel personal e impersonal que puede adoptar el investigador.

c). La distinción entre conocimiento descubierto y conocimiento construido.

Características de investigación cualitativa y cuantitativa:

- *Que el objetivo es la comprensión, centrando la indagación en los hechos; se pretende la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad.*
- *Destaca el papel personal que adopta el investigador desde el comienzo de la investigación, interpretando los sucesos y acontecimientos desde los inicios de la investigación frente a la posición de diseño cuantitativos en lo que el investigador debe estar libre de valores e interpretar una vez que los datos se han recogido y analizado estadísticamente.*
- *En la investigación cualitativa lo que se espera es una descripción densa comprensión experiencial y múltiples realidades.*
- *Argumenta que el investigador no descubre, sino que construye el conocimiento como síntesis de su perspectiva. Un estudio cualitativo tiene un carácter holístico, empírico, interpretativo y empático*

La investigación se desarrolló tomando como base la importancia que tiene el Quehacer Psicológico en situaciones de Desastres con personas afectadas directamente.

Los contactos realizados para la recopilación de información con profesionales de salud mental, se iniciaron en el mes de julio de 2009, se aprovecharon los espacios abiertos tanto por el Programa Nacional de Salud Mental, como por el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) con la Unidad de Respuesta Rápida y Asistencia Técnica (URRAT).

En Gestión de Riesgo, tanto en talleres como en capacitaciones al personal de salud de áreas y hospitales nacionales convocados, las reuniones se realizaron en algunas regiones del país, como la región Central convocando al personal de salud de : Chimaltenango, Escuintla y Sacatepéquez, siendo la sede el Área de Sacatepéquez, .región metropolitana, región Petén siendo sede El SIAS entre otras .

También se tuvo participación en otras reuniones directamente en las áreas de salud y hospitales, momentos que permitieron la socialización y conocimiento de los profesionales en salud mental.

En el subprograma de investigación se utilizaron varias técnicas entre ellas la encuesta, se utilizó porque se necesitaban datos concretos en la recopilación de la información. También se integro la tabulación de los datos encontrados con fines de dejar constancia y se utilizó para la presentación de los resultados obtenidos a los profesionales que participaron en la investigación.

Subprograma de Investigación:

Momento I

- Ψ Planificar la investigación con sus pasos de recolección de datos, análisis, evaluación y elaboración de informe.

a). Elaboración de instrumentos (Encuesta y entrevista para recopilar información) con psicólogos, psicólogas y psiquiatras .

b). Diseño de preguntas para recopilar información.

- Encuesta
- Entrevistas
- diálogos
- diálogos y observación participativa con profesionales de salud mental.

ψ Registro de los datos en el diario de campo durante los meses de julio a diciembre del año 2009, en el PNSM y biblioteca a través de una computadora portátil o de escritorio.

ψ Búsqueda de información escrita en el PNSM Programa Nacional de Salud Mental publicada.

Momento II

a). Aplicación de encuestas a psicólogos, psicólogas y Psiquiatras a nivel nacional durante los talleres de Abordaje a la Violencia propuestos por el PNSM en el año 2,009.

b). Socialización y conocimiento de los profesionales de psicología.

Momento III

- a). Indagar sobre el quehacer psicológico por medio de fax, mail oficial de PNSM.
- b). La entrevista realizada fue más enfocada a los profesionales de la Salud Mental que tienen experiencia en desastres, eventos ocurridos en Guatemala.
- c). Presentación de la investigación a los DAS.

Momento IV

Análisis y discusión de resultados

a). Encuestas aplicadas:

Lectura de las encuestas

- Tabulación de las encuestas
- Clasificación de las respuestas en función de facilitar explicaciones para los objetivos propuestos.
- En la clasificación se tomó en cuenta las respuestas de los profesionales de la psicología de hospitales y áreas de salud de MSPAS.
- Creación de los indicadores a partir de la lectura de las respuestas y discusión.

b) Entrevista

-Lectura de las entrevistas realizadas

-Interpretación de las respuestas

-Transcripción de información de las entrevistas

-Análisis del contenido de la entrevista relacionado al tema del quehacer psicológico de los profesionales de salud mental en situaciones de desastres en Guatemala.

c). Elaboración de informe descriptivo de la experiencia en los talleres realizados .

Momento V.

- Elaboración de informe final
- Revisión de resultados en el Programa Nacional de Salud Mental.
- Presentación de informe a autoridades del Centro de Investigación del DRPAP del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- **Estrategias de abordamiento:**

De las observaciones y conversaciones se llevaron registros por medio de un diario de campo, a manera de disponer de la información.

- **Sujetos Centrales que participaron:**

Programa Nacional de Salud Mental /DRPAP

Directores de Áreas de Salud del MSPAS

Psicólogos/psicólogas

Psiquiatras

- **Sujetos Periféricos que participaron:**

Promotores de salud

Trabajo Social

Asistentes de psicología,

Facilitadores de Salud Mental.

- **Propuesta de investigación:**

Definidos los objetivos y metodología éste proceso se basó en la investigación cualitativa.

- **Diseño y aplicación de instrumentos:**

Para recabar la información pertinente y significativa en el proceso de investigación, se utilizaron los siguientes instrumentos: el diálogo, dialogar con las personas que laboran en las DAS, El SIAS, MSPAS. La aplicación de este instrumento se realizó en función de los objetivos planteados en el subprograma de investigación.

Los diálogos, conversaciones informales, discusiones grupales, entrevistas y encuesta, ésta información recabada se fue anotada en el diario de campo.

Elaboración de informe:

Este informe se elaboró con base al análisis de resultados e interpretación de los resultados y planteados en los informes mensuales/periódicos que se realizaron durante el proceso de investigación, de igual manera se presentaron conclusiones y recomendaciones en relación al resultado en la investigación.

Subprograma de Servicio:

Estrategias de abordamiento:

Comunicación directa con los profesionales de la Salud Mental en las reuniones de los talleres, comunicación por medio del correo electrónico, visitas directas a personas que han atendido casos de salud mental ocasionados por desastres en el país.

- **Sujetos:**

- Ψ Directores de las Áreas de Salud, de los departamentos de Guatemala.
- Ψ Psicólogos de las áreas y hospitales.
- Ψ Psiquiatras
- Ψ Otros Profesionales que dan atención psicosocial en los servicios de salud.

- **Objetivo:**

Elaborar lineamientos para la construcción de planes y dar respuesta a la atención de la salud mental en caso de emergencias y desastres para personas afectadas.

- **Desarrollo:**

Para el desarrollo de éste objetivo se contó con el apoyo y participación de instituciones como: MSPAS con su Programa de Salud Mental.

La Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial para la Salud, SIAS y CONRED.

- **Visitas:**

Las visitas se realizaron a profesionales de la salud mental en las áreas de salud, hospitales y otros. Para observar y dialogar sobre el tema de desastres y los lineamientos para la elaboración del plan para la atención psicosocial, a personas afectadas por desastres, sean estos naturales o antropogénicos.

- **Finalización:**

Finalizando con la elaboración de lineamientos del plan³⁰ para la atención de la salud mental en personas afectadas directamente por desastres en Guatemala.

Subprograma de Docencia

Estrategia de abordamiento:

1. Las actividades se relazaron aprovechando la planificación de la agenda única anual, donde se coordinan las actividades que aglutinan a las DAS.

³⁰ Ver en anexos, Lineamientos del plan de Salud Mental en Situación de Desastres

2. Estas se realizan una vez al mes y las temáticas estuvieron programadas con antelación otras se determinaron durante las reuniones de seguimiento convocadas por la OPS y en coordinación con el Programa Nacional de Salud Mental según las necesidades planteadas.
3. Se les Facilitó material informativo impreso y digital a los profesionales de psicología, relacionado con las diferentes temáticas sobre emergencias y desastres a nivel regional- nacional.

- **Sujetos:**

- Ψ Directores de Áreas de Salud.
- Ψ Psicólogos/psicólogas
- Ψ Psiquiatras.
- Ψ Otros profesionales que dan atención psicosocial en los servicios de salud para el que laboran.

- **Desarrollo:**

Diagnóstico:

El diagnóstico se realizó por medio de Indagar, encuestas, entrevistas, diálogos formales e informales entre otros realizados con las y los profesionales de salud, de las DAS y hospitales nacionales para conocer los puntos de vista en relación con la problemática que los desastres naturales o provocados ocasionan.

Después de conocer las necesidades de los servicios de salud, esto, permitió dar los lineamientos para la integración del plan de la salud mental en situación de desastres en los planes que ellos elaboraron para atender emergencias y desastres en las Áreas y hospitales del MSPAS, en los diálogos de los diferentes lugares de servicios en salud del país, en estos diálogos se diagnosticó que no hay plan de emergencias y desastres para la atención a pacientes damnificados directamente por desastres en el país.

Coordinación con responsables:

Esta coordinación se realizó con autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud; departamento de EPS Psicología/USAC

- **Planificación:**

La planificación se realizó en base a los datos obtenidos en la fase del diagnóstico de necesidades. Precisamente en ésta fase se coordinaron las actividades/talleres para las DAS, también se realizaron los materiales que se utilizaron de apoyo para la ejecución.

- **Ejecución y sistematización:**

El trabajo se ejecutó con el apoyo del MSPAS, OPS, DAS y CONRED. Al finalizar las actividades se realizó una sistematización de la misma para poder efectuar un análisis.

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La experiencia del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) fue realizado en el Programa Nacional de Salud Mental del MSPAS.

El trabajo se desarrolló con los subprogramas de investigación, servicio y docencia fueron ejecutados paralelamente, en vista que la población con la que se trabajó no labora directamente en el PNSM, sino por medio del PNSM se programaban los puntos de reunión y como Epesista se aprovecharon estos espacios. Para el desarrollo de la temática de Salud Mental en situación de desastres, para los diálogos, entrevistas, encuestas realizadas y otros, se utilizaron estas convocatorias o reuniones que se hacen cada mes con los profesionales de psicología. También se participó en las visitas planificadas a las Áreas de Salud para realizar el trabajo de EPS con la población elegida.

Al dar Inicio el EPS en el PNSM, se realizó el reconocimiento de la institución, identificación y ubicación de la población con quien se trabajó, siendo ellos profesionales de psicología hombres y mujeres que laboran para el MSPAS en las Áreas y hospitales de salud a nivel nacional.

Un importante dato encontrado, es que entre los profesionales de psicología se encuentran muy pocos que hayan participado en la atención a personas afectados por desastres en Guatemala.

Evidenciando que algunos profesionales de la psicología no presentan mayor interés en el trabajo comunitario, mientras que otros al momento de escuchar y participar en el desarrollo de temas abordados en talleres/capacitaciones con la temática de la salud mental en situación de emergencias y desastres, manifestaron su interés de obtener más información relacionada a estos temas.

En la experiencia desarrollada en el ejercicio profesional supervisado se patentizó la necesidad de fortalecer las condiciones que favorezcan a las personas generando situaciones en las cuales los miembros de la comunidad tengan el control y dirección de las circunstancias según su organización.

Según la autora Maritza Montero (2003) dice: “Con la facilitación de los agentes externos, deben erigirse como agentes internos de la transformación de determinadas condiciones, conduciendo el proceso, tomando decisiones y ejecutándolas. Asimismo, esto supone un proceso de planificación de actividades en función de detectar las necesidades e identificación de los recursos necesarios para satisfacerlas a corto, mediano y largo plazo, la planificación de la actividad partiendo del modelo acción-reflexión-acción” (p.82)

Es aquí donde se ve la importancia que tiene, que el profesional de salud mental conozca sobre la ayuda que debe prestar en beneficio de la comunidad, tanto en emergencia y desastres como en la cotidianidad de las personas³¹

³¹ En anexos ver, Atención de la Salud Mental a personas afectadas por el desastre provocado por la erupción del Volcán de Pacaya y la tormenta tropical Agatha.

Según el autor Valero Álamo (2,002) al referirse al perfil del psicólogo que atiende emergencias debe ser un conjunto de tres tipos de perfiles: el perfil profesional que intenta describir las habilidades en la intervención psicológica que se debe de desarrollar, el perfil administrativo que nos guía en la descripción de tener las cualidades que se deben de tener para interactuar con otros equipos y con los organismos gubernamentales y no gubernamentales en la zona del desastre y por último el perfil de la personalidad que nos indica qué rasgos típicos de personalidad debe tener el psicólogo emergencista que le permita “sobrevivir” a estas situaciones de trabajo extremo. (p. 113)

En cuanto al procesamiento de la información de la atención de la Salud Mental de las persona en el MSPAS. Se encontró que los servicios de salud que manejan la información internamente como por ejemplo: El Hospital San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital de Salud Mental y Hospital de Amatitlán, estos servicios de salud no reportan al Sistema de Información General en Salud- SIGSA del MSPAS, razón por la cual la información se encuentra descentralizada; dificultando así hacer investigación u otra clase de gestión relacionada a la atención de la salud mental a nivel nacional.

Durante el EPS se observó que al Programa Nacional de Salud Mental le hace falta registrar las experiencias/memorias de los profesionales de psicología que han tenido la experiencia de atender a personas afectadas por desastres en Guatemala.

¿Para qué servirían estos registros? Para identificar fortalezas y debilidades de la atención a la población afectada, reconocer lecciones aprendidas y fortalecer las debilidades encontradas en el servicio.

Según el testimonio de una profesional de psicología dice: al Programa Nacional de Salud Mental le hace falta escribir las experiencias de lo que se vive y se hace, como procedimiento de atención, por ejemplo ¿Como me sentí?, ¿Cómo vi a la gente del lugar?

¿Qué hice en el lugar del desastre? en mi caso estuve con dos psicólogos más en Cuilco Huehuetenango por 10 días en la segunda brigada de la emergencia para el huracán Stán en 1995, de todo esto y otras experiencias mas no hay ningún escrito para fortalecer y mejorar la atención a las personas en un desastre. Yo he sido ejemplo para el mismo Ministerio de salud. En cuestión de organización de las actividades para la atención de desastres (Licda. V.P. 3 marzo de 2,010)

IESM-OMS³² (2009) dice: los siete países participantes tienen limitaciones y deficiencias en sus sistemas de información, lo cual representó una barrera para la recopilación de una óptima información.

Es evidente que este es un asunto que necesita ser abordado por los Ministerios de salud de los países en el futuro inmediato.

³² IESM-OMS, significa Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS

Aunque se hicieron grandes esfuerzos para recopilar la información más exacta, algunos países no pudieron obtener los datos requeridos para algunos de los ítems.

Esto determinó que no fue posible obtener inferencias o conclusiones de aquellos indicadores con poca información o datos no confiables.

En algunos casos se trabajó con diferentes fuentes con el fin de obtener la información requerida. Este informe se debe considerar como el análisis de la mejor información disponible en este momento para la OMS/OPS, pero no necesariamente como el punto de vista oficial de los países participantes (p.28)

**Tablas que Registran la Información del Personal de Salud
Mental encuestado³³**

27 PSICOLOGAS

PREGUNTAS	SI	NO	S/RESPUESTA	NO SABE
1	16	5	6	
2	12	5	10	
3	8	3	16	
4	14	5	8	
5	13	6	8	
6	14	7	6	
7	12	10	5	
8	19	3	5	
9	13	7	7	
10	13	9	5	
11	15	3	9	
12	15	3	9	
13	15	6	6	
14	8	10	9	
15	12	9	6	
16	27			
17	4	1	22	
18	4	14	9	
19	15	1	11	

³³ Ver en anexos: Cuestionamientos de la encuesta realizada con profesionales de la Salud Mental a nivel nacional.

5 PSICÓLOGOS

PREGUNTAS	SI	NO	S/RESPUESTA	NO SABE
1	1	3	1	
2	1	2	2	
3	2	1	2	
4	1	2	1	1
5	2	1	2	
6	2	1	2	
7	1	2	2	
8	4	1		
9	2	1	1	1
10	2	2	1	
11	1	2	2	
12	2	0	2	1
13	2	2	1	
14	1	3	1	
15	2	2	1	
16	4	0	1	
17	3	0	1	1
18	0	4	1	
19	3	0	1	

3 PSIQUIATRAS

PREGUNTAS	SI	NO	S/RESPUESTA	NO SABE
1	1	1	1	
2	1	0	2	
3	0	1	2	
4	1	0	2	
5	0	0	0	
6	0	1	2	
7	1	1	1	
8	3	0	0	
9	0	2	0	
10	1	2	0	
11	0	2	1	
12	0	1	2	
13	0	2	1	
14	0	3	0	
15	0	3	0	
16	3	0	0	
17	0	0	3	
18	0	2	1	
19	0	1	0	

Resultados obtenidos de la encuesta con los psicólogos, psicólogas y psiquiatras de las Áreas y hospitales de salud del MSPAS.

Las entrevistas realizadas fueron enfocadas a profesionales con experiencia en el servicio de la atención a personas afectada por desastres en Guatemala.

En las entrevistas realizadas se obtuvieron resultados significativos utilizando esta información para dar a conocer lo que piensan y hacen los profesionales de la psicología en el caso de estas situaciones adversas.

Preguntas realizadas en las entrevistas.

Licda. V.P.

¿Se ha encontrado con limitantes para prestar servicio de atención en salud mental?

1. Sí, la falta de recurso humano.
2. En algunos casos los grupos de autoayuda no lo permiten por los principios culturales no se animan a hablar.
3. No se cuentan con todos los materiales impresos necesarios, uno se va auxiliando de lo poco que tiene y busca más por su cuenta.

Los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos aplicados dan la pauta de la necesidad de realizar los lineamientos para la construcción del plan de atención a personas afectadas directamente por desastres en Guatemala.

¿Por qué considera necesaria la elaboración de lineamientos para la construcción del plan de atención a personas afectadas directamente por desastres en Guatemala?

R.M 1. Porque no existe este material y es necesario hacerlo y disponer de él.

2. Para que haya un criterio unificado de la forma de trabajo con lineamientos del MSPAS.

3. también para que les sirva a los profesionales como instrumento guía basado en la experiencia que ellos tienen. (25 de febrero 2010)

En el subprograma de servicio se realizaron los lineamientos de atención a personas afectadas directamente por desastres en Guatemala.

Para la construcción de los lineamientos se tomaron en cuenta aportes importantes dados por profesionales de la salud mental.

Se contribuyo en la elaboración de los lineamientos para la atención de la Salud Mental en situaciones de emergencias y desastres en el país. ¿Primero qué hace el psicólogo/a al llegar al lugar del desastre? y ¿Qué hacer en el antes, durante y después del desastre?

(2,008 agosto) Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos, del MSPAS, dice que los Compromisos asumidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: uno de ellos es Asistir y brindar atención esmerada a la población, especialmente a los grupos sociales vulnerables para fortalecer y potenciar sus capacidades y su inserción en el sector productivo del país. (pág. 16)

Méndez C, (2010, junio 8). Según publicó en el matutino de esta fecha Psicólogos van a los albergues del Ministerio de Salud y de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Usac) brindan apoyo emocional a los damnificados por el Volcán de Pacaya y la tormenta Ágatha, quienes se encuentran en albergues temporales. Ludwin Ovalle, ministro de salud, informó que 56 profesionales de esa cartera y 40 de la Universidad dan ayuda psicológica a los albergados, quienes padecen estrés postraumático y episodio de pánico a causa de los referidos acontecimientos los vecinos de San Vicente Pacaya manifestaron terror y miedo debido a lo ocurrido, afirmó el funcionario. A demás indicó que el hacinamiento origina problemas emocionales.

Ovalle afirmó que también se proporciona terapia lúdica a los niños, para que a través del juego superen los temores causados por los fenómenos naturales. (Prensa Libre, p.6)

CAPITULO V

CONCLUSIONES

El deber de intervenir en desastres desde el punto de vista psicológico no se pone en duda. Por tanto, es necesario que el profesional de la psicología haga un esfuerzo profundo y continuado en materia de riesgos y emergencias para aportar a la sociedad más recursos de protección, tanto individuales como sociales. Se concluye que:

- ❖ Con la aplicación de instrumentos de investigación se ha visualizado la necesidad de atención a la salud mental, en situación de desastres con mayor esmero.

- ❖ La necesidad que hay en todos los servicios de salud a Nivel Nacional de profesionales de psicología para la atención de la salud mental.

- ❖ Hace falta que los profesionales la salud mental se involucren más en conocer la importancia que tiene la atención de la salud mental.

- ❖ Hace falta que las autoridades del MSPAS no invisibilicen la salud mental porque de esta manera se estarán apoyando a todas aquellas personas que requieran la atención. Ejemplo claro en el Hospital de Retalhuleu no hay profesional de Psicología y lo que hacen es remitir al paciente a la capital de Guatemala según sea el caso.

- ❖ Es necesario implementar los planes de salud mental.

- ❖ Mejorar el financiamiento de los programas y de los servicios de salud mental.

- ❖ Incrementar la capacitación en salud mental para los profesionales/trabajadores de atención a pacientes con problemas psicológicos.

RECOMENDACIONES

- Actuar sobre el comportamiento colectivo y establecer una relación clara entre derechos humanos y salud mental.
- Articular esfuerzos y hacerlos notar.
- Capacitar a todos los directores en la salud integral.
- Compromiso para el acompañamiento de las personas afectadas por desastres.
- Diseñar un programa para la recalificación de los recursos humanos especializados en la atención de la salud mental; establecer metas a corto, mediano y largo plazo.
- Establecer estrategias para la asignación de los recursos humanos con el fin de garantizar los servicios de salud mental para todos en el país.
- Establecer políticas, programas de salud mental
- Favorecer la participación social.

- Fortalecer y aumentar el número de servicios de salud mental comunitaria y garantizar los recursos humanos y financieros adecuados para ellos.
- Garantizar la atención de Salud Mental en los grupos según ciclo de vida.
- Implementar mecanismos y acciones para facilitar la igualdad de acceso de los usuarios a los servicios en las áreas rurales o marginadas y para los grupos poblacionales minoritarios, incluyendo comunidades indígenas y otras minorías étnicas y lingüísticas.
- Monitorear la salud mental Comunitaria
- No estigmatizar la psicología.
- No ser apagafuegos, es necesario articular a largo plazo.
- Organización Interinstitucional, para la respuesta de la salud mental.
- Organizarse en los niveles de atención de la salud integral para brindar atención en la comunidad.
- Proporcionar tratamiento para los trastornos mentales en la atención primaria

- Que los acuerdos firmados a nivel nacional e internacional en beneficio de la salud mental de los habitantes en Guatemala se cumplan.
- Reforzar el enfoque de riesgo.
- Sensibilizar a estudiantes de psicología en el tema de la salud mental, emergencias, desastres y el servicio a la sociedad.

- Facilitar los recursos necesarios para apoyar a estudiantes que deseen continuar proyectos relacionados a desastres en el país.
- Apoyar a estudiantes con iniciativa de desarrollar proyectos de desastres.
- Siendo nuestro país altamente vulnerable a desastres, hacer mas investigaciones relacionadas a desastres en Guatemala apoyando desde la investigación para favorecer a la población en general.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Acuerdo Ministerial SP-M – 239 – 2004
- ❖ Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. ASECSA (2008) Guía metodológica Salud y Cultura..OPS, ASDI (1ª ed.) Guatemala.
- ❖ Boletín Número 112, Desastres, Preparativos y mitigación en las Américas, octubre 2009
- ❖ CEISE (1990b). Investigación sobre el Comportamiento de la población en el accidente de la central nuclear Vandellós 1 en 1989
- ❖ CEISE (Dirección General de Protección Civil, Ministerio del Interior) (1988). Estudio del Comportamiento de la población en la autoevacuación motivada por el embarrancamiento del buque Casón en las costas gallegas en 1987.
- ❖ CEISE (Dirección General de Protección Civil, Ministerio del Interior.) (1990a). Investigación sobre el comportamiento de la población en las inundaciones de Levante y Málaga en 1989.
- ❖ CEISE (Dirección General de Protección Civil, Ministerio del Interior) (1994). Estudio sobre el comportamiento de la población en el caso de diversos movimientos sísmicos en Andalucía Oriental en 1993-94.

- ❖ CEISE (Dirección General de Protección Civil, Ministerio del Interior). (1993). Percepción de riesgo y cultura preventiva de la población española.
- ❖ Equipo de Estudios comunitarios y Acción Psicosocial ECAP (2008) La Dinámica psicosocial del Autoritarismo en Guatemala. (5ª ed.) Guatemala. 2008.
- ❖ Informe Sobre Los Sistemas de salud Mental en centroamericana y república Dominicana (IESM-OMS) 2,009
- ❖ Investigación Cualitativa, Rumbos y desafíos, Fernando Luis González Rey. México 2,000. Thomson Editores.
- ❖ Métodos y técnicas de Investigación, documental y de Campo. Litografía CIMGRA, 2001. Cuarta edición, Guatemala.
- ❖ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social , Programa Nacional de Salud Mental, Política de Salud Mental 2007-2015, enero de 2008
- ❖ Organización Mundial de la Salud, División de salud mental. (1992). Consecuencias psicológicas y sociales de las catástrofes. Prevención y tratamiento.
- ❖ Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2004) Promoción de la Salud Mental, conceptos evidencia emergente practica., (1ª ed.) Panamá: OMS

- ❖ Organización Mundial de la Salud. OMS (2000) Derechos humanos, pacto Internacional Social y Cultural Naciones Unidas, (1ª ed.) Ginebra: OMS
- ❖ Organización Panamericana de la Salud/.OMS. (2001) Informe sobre la Salud mental, nuevos conocimientos y esperanzas. (1ª ed.) Panamá: OMS/OPS Editorial.
- ❖ Plan Estratégico Nacional Para el fomento de la Salud Mental en Guatemala.2007-2020.
- ❖ Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos. Guatemala, agosto de 2008.
- ❖ Política Nacional de Salud Mental, (2004) Tegucigalpa, Honduras, (1ª ed.) Asdi, OPS editorial.
- ❖ Protocolo de Atención a los Problemas más Frecuentes de Salud Mental. (2009) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Programa Nacional de Salud Mental. (2ª ed.) OPS
- ❖ Proyecto Recuperación Psicosocial del desastre provocado por el Huracán Stan, departamento de suchitepequez Guatemala, licenciado Gustavo G. Enríquez, Psicólogo. Guatemala 2005.
- ❖ Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público de Guatemala, Cuarta Edición, Guatemala enero 2,008

- ❖ Reconstrucción del Tejido Social, Ministerio de Cultura y Deportes.2005.
- ❖ Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina 1996
- ❖ www.democraticdialoguenetwork.org/network/cases/view.pl?cases_id=9;lang
- ❖ www.eumed.net/cursecon/ecolat/gt/aspl-pobres.htm
- ❖ [www.psicologia-online.com/.../psicológica catástrofes.](http://www.psicologia-online.com/.../psicológica_catástrofes)
- ❖ www.eumed.net/cursecon/ecolat/gt/aspl-pobres.htm
- ❖ www.prensalibre.com.gt/edicion_impresa
- ❖ <http://www.paho.org/Spanish/DD/PED/ped207s.pdf>
- ❖ <http://gestionterritorialmunicipal.blogspot.com/2010/09/guatemala-vulnerable-desastres.html> 6/03/12. 12:10 am.
- ❖ http://www.procosi.org/calidad/files/documentos_normativos/concepto_s_alud_integral.pdf 13/03/12 6.00 pm.
- ❖ <http://laranagalana.blogspot.com/2008/10/clasificacin-de-los-desastres-naturales.html>, 11/03/2012, 7 pm.
- ❖ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/index.html> 13 marzo 6.50 pm.

ANEXOS

Artículos de la Constitución de la república de Guatemala 1985, que hacen referencia a la salud. (Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993)

Salud, seguridad y asistencia social

Artículo 93. Derecho a la salud. *El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.*

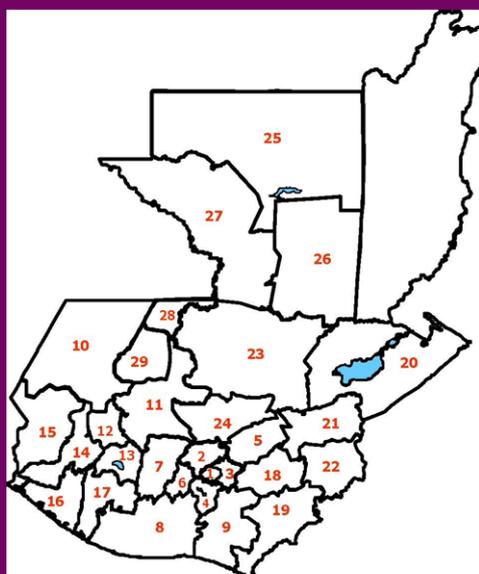
Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. *El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.*

Artículo 95. La salud, bien público. *La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.*

Artículo 96. Control de calidad de productos. *El Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.*

Artículo 98. Participación de las comunidades en programas de salud. *Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.*

AREAS DE SALUD DE GUATEMALA



- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. GUATEMALA CENTRAL | 17. SUCHITEPEQUEZ |
| 2. GUATEMALA NOR OCCIDENTE | 18. JALAPA |
| 3. GUATEMALA NOR ORIENTE | 19. JUTIAPA |
| 4. GUATEMALA SUR | 20. IZABAL |
| 5. EL PROGRESO | 21. ZACAPA |
| 6. SACATEPEQUEZ | 22. CHIQUIMULA |
| 7. CHIMALTENANGO | 23. ALTA VERAPAZ |
| 8. ESCUINTLA | 24. BAJA VERAPAZ |
| 9. SANTA ROSA | 25. PETEN NORTE |
| 10. HUEHUETENANGO | 26. PETEN SUR ORIENTE |
| 11. QUITCHE | 27. PETEN SUR OCCIDENTE |
| 12. TOTONICAPAN | 28. IXCAN |
| 13. SOLOLA | 29. IXTL |
| 14. QUETZALTENANGO | |
| 15. SAN MARCOS | |
| 16. RETALHULEU | |

Cronograma del Programa Nacional de Salud Mental

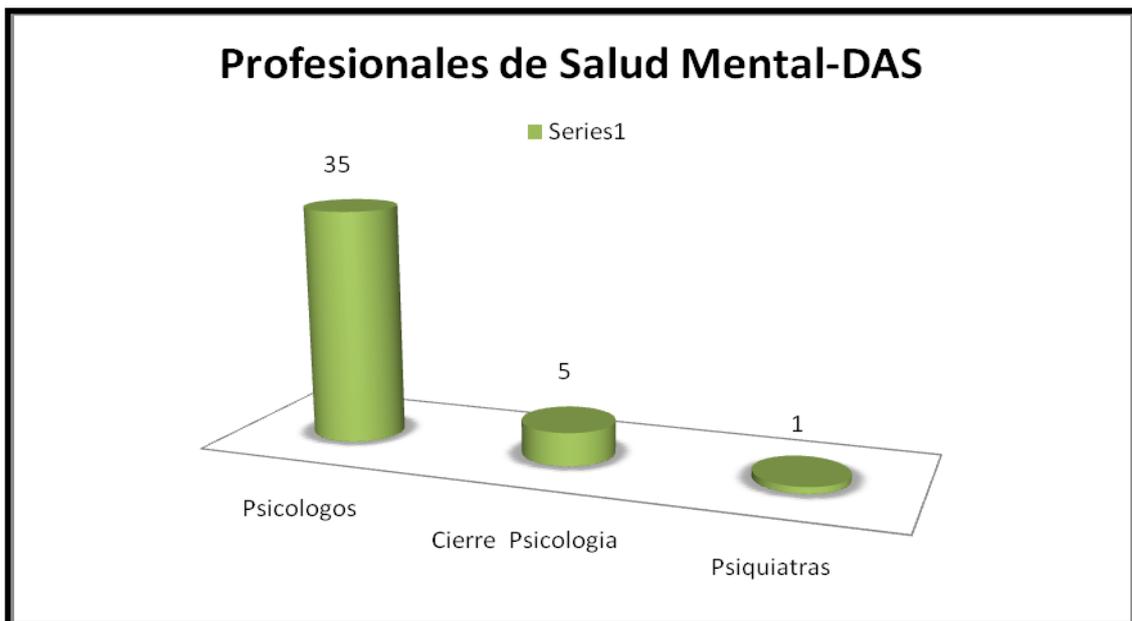


Informe escrito y grafico proporcionado por el Programa Nacional de Salud Mental, del MSPAS.

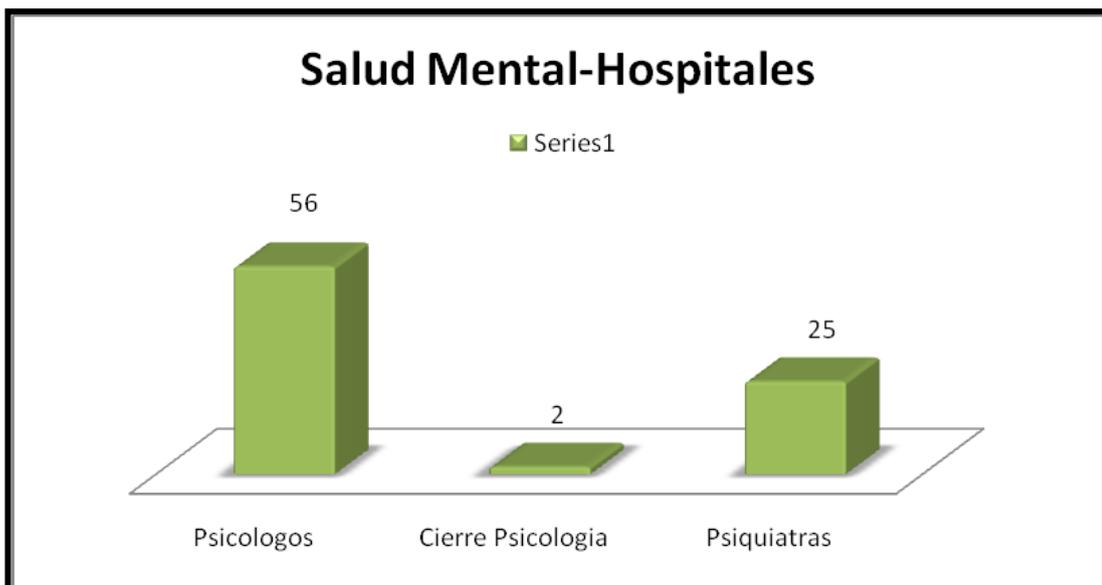
CONCLUSIÓN DE CONSOLIDADO

PSICOLOGOS, PSICOLOGAS Y PSIQUIATRAS A NIVEL NACIONAL, DE LAS DAS Y HOSPITALES

- DE 29 AREAS DE SALUD A NIVEL NACIONAL, SOLO 14 TIENEN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL.

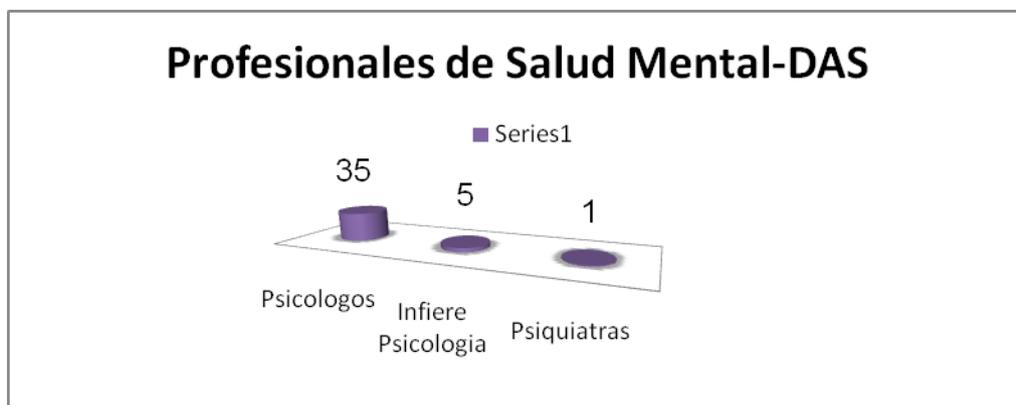


- DE 43 HOSPITALES A NIVEL NACIONAL, SOLO 25 TIENEN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL.



FORMULARIO DE ACTUALIZACION DE DATOS, PROFESIONALES DE SALUD MENTAL CONTRATADOS PARA EL AÑO 2010				
No.	Nombre	Psiquiatra	Psicólogo	Renglón
1	Guatemala Central	1	8	0-11
			3	189
		1	11	
2	Guatemala Sur		1	182
3	Guatemala Nororient		1	11
			1	29
			1	182
			3	
4	Guatemala Noroccidente		2	011
DEPARTAMENTOS				
5	Escuintla		1	29
6	Huehuetenango		1	29
			1	189
			2	
7	El Quiché		1	182
8	DAS Totonicapán		1	182
9	Chiquimula		2	182
10	Alta Verapaz		3	189
			4 infiere	189
			7	
11	Baja Verapaz		1	182
			1	011
			1 infiere	182
		3		
12	Peten Sur Occidental Sayaxche		1	182
13	Ixcán		2	189
14	DAS Ixil		1	29
			2	182
			3	

Psicólogos	35
Infiere Psicología	5
Psiquiatras	1



Servicios de Salud que No tienen Profesionales de Salud Mental-2010-03			
No.	DAS	No.	HOSPITALES
1	DAS El Progreso	1	Hospital Nacional de El Progreso
2	DAS Sacatepéquez	2	Hospital Nacional de Tiquisate
3	DAS Chimaltenango	3	Hospital Nacional de Amatitlan
4	DAS Santa Rosa	4	Hospital Nacional Fray Bartolomé de las Casas
5	DAS Sololá	5	Hospital Santa Elena la Cruz Quiche
6	DAS Quetzaltenango	6	Hospital Nacional de Totonicapán
7	DAS San Marcos	7	Hospital Nacional Malacatan San Marcos
8	DAS Retalhuleu	8	Hospital Nacional de Retalhuleu
9	DAS Suchitepequez	9	Hospital Nacional Mazatenango Suchitepequez
10	DAS Jalapa	10	Ixcán Centro de Salud Tipo A
11	DAS Jutiapa	11	Hospital Regional de Escuintla
12	DAS Izabal	12	Hospital San Pedro Necta
13	DAS Zacapa	13	Hospital Nacional la Tinta
14	DAS Peten Norte , San Benito	14	Hospital Melchor de Mencos
15	DAS Peten Suroriental Poptun	15	Hospital Nacional Integrado de Poptun, Peten
		16	Hospital Integrado de Sayaxche Peten
		17	Hospital Nebaj Quiche
		18	Hospital Nacional de San Marcos

LINEAMIENTOS DEL PLAN DE SALUD MENTAL EN SITUACION DE DESASTRES

SALUD MENTAL

Es el estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS 2001 a.p.1)

DESASTRE

Resulta de la combinación de amenazas, condiciones de vulnerabilidad e insuficiente capacidad o medidas para reducir las consecuencias negativas y potenciales del riesgo. (Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (O.N.U.)

EMERGENCIAS Y DESASTRES

Desde el punto de vista de la salud mental, las emergencias y los desastres implican una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada

RESPUESTA ANTE EL IMPACTO PISCOSOCIAL

Que producen modificaciones emocionales en forma de ansiedad, miedo, tristeza, frustración o rabia, y que se acompañan de cambios en el funcionamiento corporal, como palpitaciones, tensión de los músculos, sensación de vacío en el estómago, etc.

Siendo transitorias de duración variable que actúan como mecanismos de defensa y que, de alguna manera, nos alertan y preparan para enfrentarnos a la situación traumática.

LA RESPUESTA INDIVIDUAL SEGÚN LAS FASES

- **Antes.** En la fase de amenaza se produce miedo y una tensión emocional colectiva que prepara el enfrentamiento a la amenaza.
- **Durante.** Si la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad, los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores; se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central y pueden afectarse las respuestas inmunológicas. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida y presenta reacciones muy variadas que van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada y desde la anestesia sensorial al dolor extremo.
- **Después.** Una vez pasado el evento agudo que, en algunos casos, puede prolongarse por horas, días y meses (volcanes, guerra), la víctima continúa experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo. Al miedo y a la ansiedad se suma una inestabilidad emocional sobre un trasfondo de tristeza e ira. La alteración emocional incide en el resto del funcionamiento psicosocial.

- **Fase de readaptación.** Las circunstancias ambientales y contextuales favorables facilitan que el individuo recupere la capacidad de asumir su cotidianidad y supere exitosamente las pérdidas. Sin embargo, no siempre sucede así y es frecuente que las reacciones psicosomáticas persistan y se hagan crónicas. También, aunque el temor y la ansiedad se vayan atenuando, persisten por mucho más tiempo la tristeza y la rabia; así mismo, surgen sentimientos de culpa por haber sobrevivido o no haber impedido la pérdida.

¿QUÉ HACER?

Para evitar mayores problemas y que la prevención sea funcionable permitiendo que las personas afectadas por desastres sean capaces de mantener su resiliencia y enfrenten los eventos como agentes productivos y ayuden a otros que se encuentran en mayor desventaja

- No pensar, sólo, en la sicopatología.
- Es necesario ampliar el campo de competencia de los profesionales de la salud mental.
- Los problemas de salud mental pueden y deben ser atendidos, en gran proporción, por personal no especializado
- No centrarse sólo en el evento traumático.
- Buscar la participación de diversos actores.
- Prioriza el ámbito comunitario.

- Generar espacios colectivos donde se socialice el impacto. El personal técnico actúa como facilitador de estos procesos.
- Manejar técnicas de intervención en crisis y psicoeducativas.
- Los planes de salud mental son sencillos, prácticos y de bajo costo.

PRINCIPIOS BASICOS DEL PLAN

- Enfoque de gestión de riesgo a la acción preventiva
- Evaluación rápida de las necesidades y las situaciones de mayor vulnerabilidad
- Definir metas y objetivos sobre bases realistas y objetivas
- Definir acciones sobre la base de los objetivos trazados
- No visualizar la atención como demanda de asistencia
- No focalizarse necesariamente en el trauma
- Crear ambientes seguros
- Readaptación activa que significa el reinicio de las actividades cotidianas de la comunidad
- Crear espacios de apoyo mutuo, expresión, distensión, comprensión y escucha
- Precisar resultados esperados, e identificar los indicadores mínimos para el seguimiento del proceso estableciendo un mecanismo de información.

- Enfoque de genero
- Enfoque étnico y cultural
- Establecer alianzas y procesos de cooperación, evitando duplicidad o contradicción en acciones
- Flexibilidad. La dinámica psicosocial en los desastres naturales y emergencias complejas es muy cambiante
- Sostenibilidad de las acciones a mediano y largo plazo. Lograr vinculación del plan con las instituciones y estructuras nacionales existentes

OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD MENTAL:

- Reducir el riesgo psicosocial de la población e introducir el componente de salud mental en la atención sanitaria en situaciones de desastres y emergencias complejas.

Los objetivos específicos se definen acorde a los grandes problemas psicosociales, detectados.

LINEAS DE ACCION

- Diagnostico preliminar rápido
- Atención psicosocial
- Atención clínica
- Atención priorizada a grupos de riesgo

- Capacitación y transferencia de tecnología
- Promoción y educación para la salud
- Organización comunitaria, participación social y auto responsabilidad
- Comunicación social
- Coordinación intersectorial
- Coherencia de las acciones de salud mental con el plan de emergencia del sector y el estado

TRASTORNOS PSÍQUICOS

- Trastornos por estrés agudo
- Estados de pánico (poco frecuentes)
- Trastornos depresivos y de ansiedad
- Conducta y/o ideación suicida
- Trastorno de Estrés Postraumático
- Trastornos psicósomáticos
- Otros cuadros psiquiátricos

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

- Proporcionar información y ayuda para que puedan encontrar respuestas y restablecer su funcionamiento.
- Orientación para que puedan manejar sus reacciones emocionales.
- Ofrecer apoyo emocional
- Facilitar la expresión, “saber escuchar de manera responsable”.
- Prevenir o mitigar la aparición de problemas posteriores

EL TRABAJO DE GRUPOS

- Posibilidad de exteriorizar emociones
- Análisis objetivo de la realidad.
- Desarrollo de la autoreflexión.
- Recuperación de la esperanza.
- Aprendizaje interpersonal.
- Fomento de la solidaridad.
- Desarrollo de la pertenencia.
- Utilización del poder colectivo.
- Desarrollo de actividades sociales.

- **COMUNICACIÓN SOCIAL UN FACTOR DE RIESGO O DE PROTECCIÓN PSICOSOCIAL**
- Mejorar la información
- Evitar el rumor
- Considerar la publicación de hechos sensacionalistas o grotescos
- Tener conciencia de que tipo de información puede producir daño.
- Evaluar mensajes positivos.
- Evitar la revictimización.

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

Nombre: _____

Cargo que desempeña: _____

1. ¿Cuántos años tiene de ejercer como profesional de la psicología?

2. ¿Cree necesaria la atención psicosocial con personas afectadas por desastres? _____

3. ¿El Centro de Salud para el que labora cuenta con comité de gestión de riesgo ante desastres? _____

4. ¿Cuántas personas conforman el comité de gestión de riesgo de desastres? _____

5. ¿Cuál ha sido la experiencia en el servicio de la atención de la salud mental a personas afectadas por desastres? _____

6. ¿En qué eventos ocasionados por desastres ha participado?

7. ¿Qué acciones ha realizado para atender la salud mental de las personas afectadas por desastres? _____

8. ¿Qué instrumentos utiliza para la atención de la salud mental en situación de desastres? _____

9. ¿Qué metodología o instrumentos utiliza para registrar la atención brindada en salud mental? _____

10. ¿De qué manera ha trabajado la prevención o mitigación de un desastre? _____

11. ¿Se ha auxiliado de alguna guía o manual u otro documento para el servicio de la salud mental en situaciones de emergencia y desastres?

¿Cuál? _____

12. ¿Cuenta con los recursos necesarios tanto humanos como materiales para el servicio de la salud mental? _____

13. ¿Ha solicitado apoyo a instituciones para poder dar un mejor servicio psicosocial en momentos de desastres? _____

¿A quién/quienes? _____

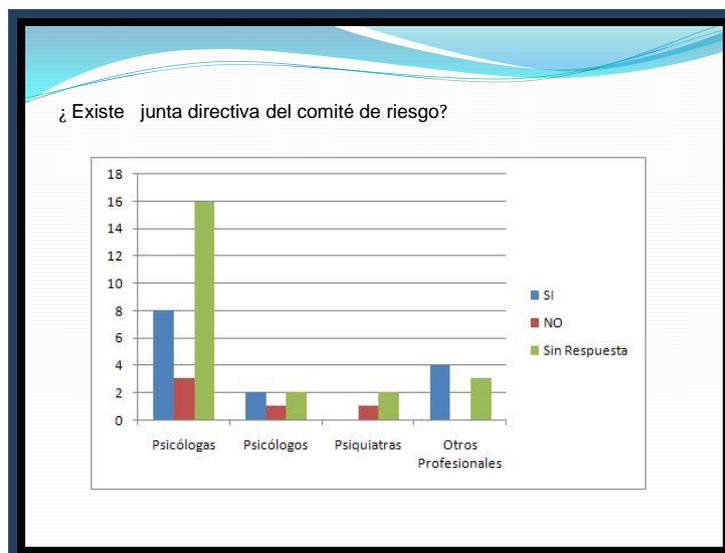
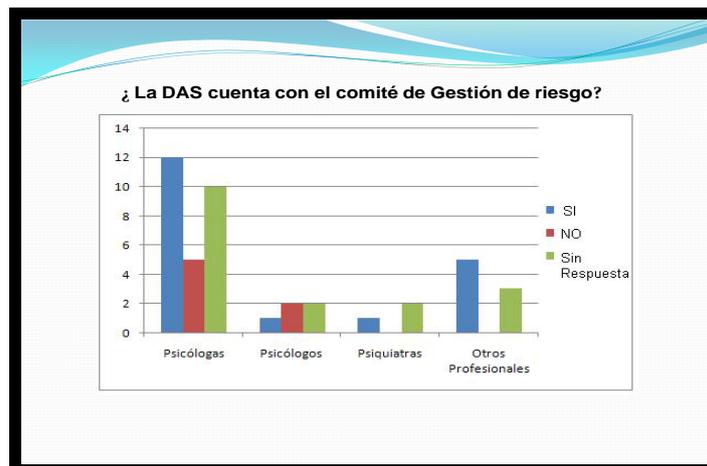
14. ¿Qué técnicas ha utilizado para la recuperación psicosocial después de un desastre? _____

15. Cuáles han sido sus acciones de recuperación psicosocial?

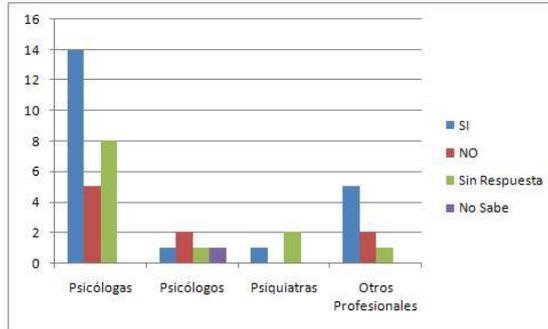
16. ¿Se ha encontrado con limitantes para prestar el servicio de atención en salud mental? _____

¿Cuales? _____

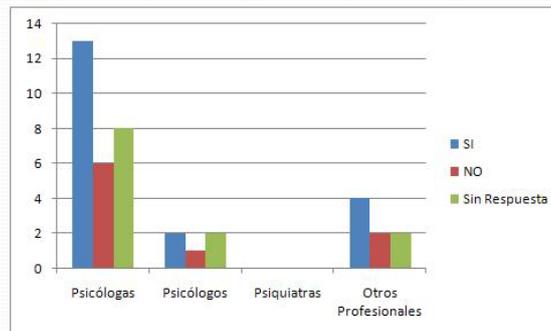
Preguntas de la encuesta realizada a profesionales de la Salud Mental a Nivel Nacional.



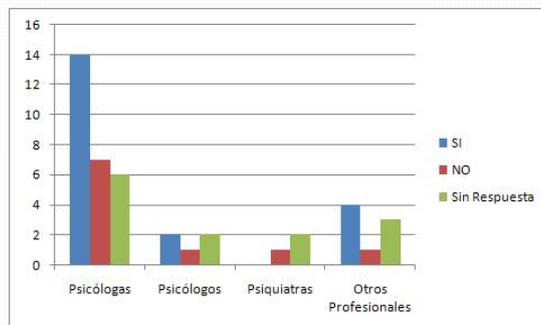
¿ El Área cuenta con plan de Gestión de riesgo?



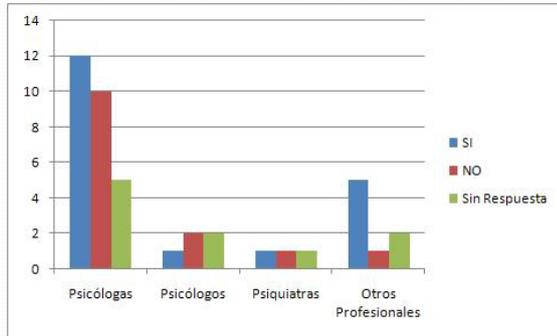
¿ El plan se basa en las amenazas y vulnerabilidades?



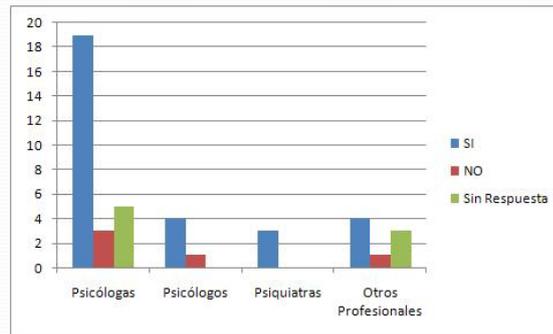
¿ Cuenta con un plan de emergencia en atención en salud mental?



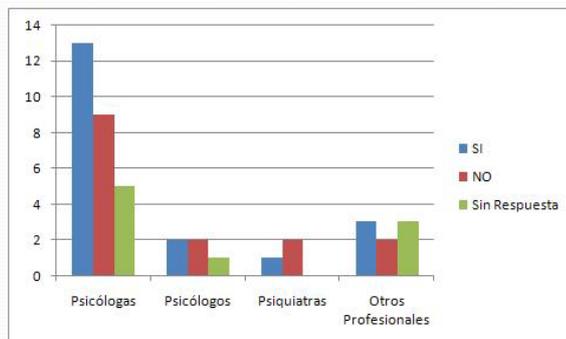
¿ En el Área para la cual trabaja, existe la organización comunitaria para la atención en salud mental?



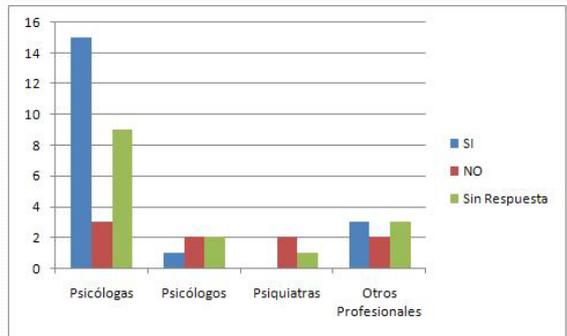
¿ Existen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que atiende la salud mental?



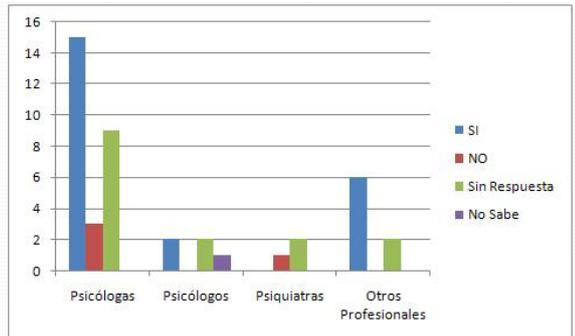
¿ Cuenta con recurso humano disponible para atención en salud mental?



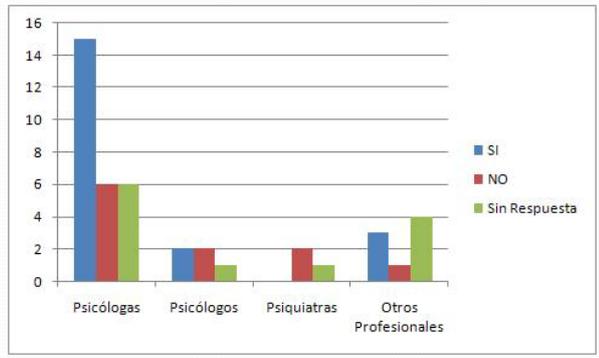
¿ Cuenta la DAS con personal específico para la atención en salud mental?



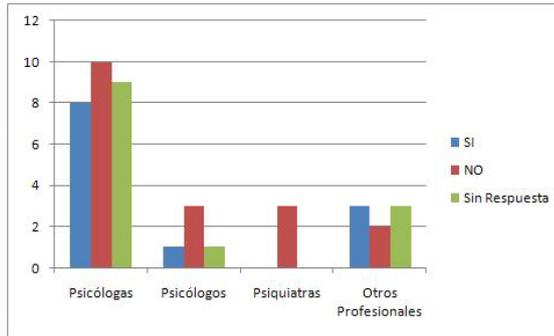
¿ El Área de salud brinda el servicio de atención a la salud mental en caso de desastres?



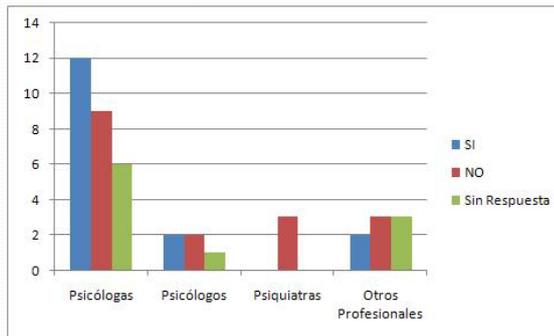
¿ Existe una persona responsable de la atención psicológica ocasionada por desastres?



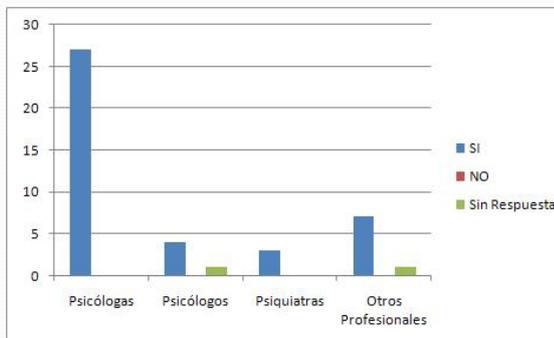
¿ Existe red comunitaria en el Área para la atención de la salud mental?



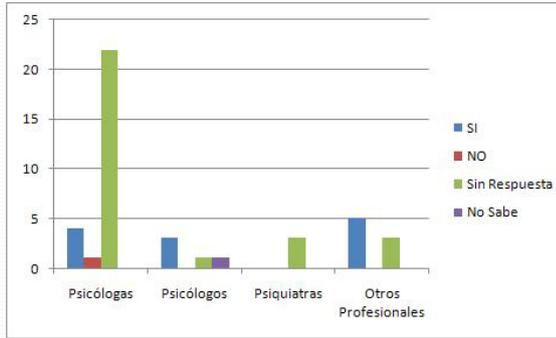
¿ Ha capacitado a líderes de las comunidades en cuánto a la atención de la salud mental en caso de emergencia y desastres?



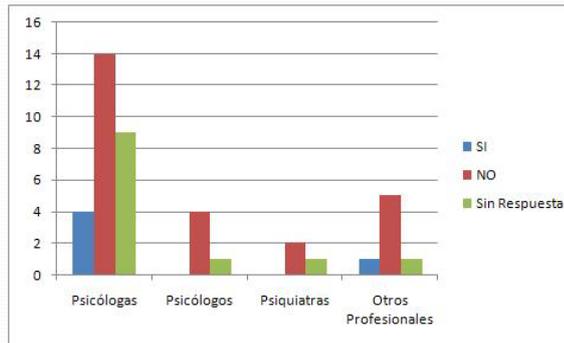
¿ Considera necesaria la atención de la salud mental cuando se presentan desastres?



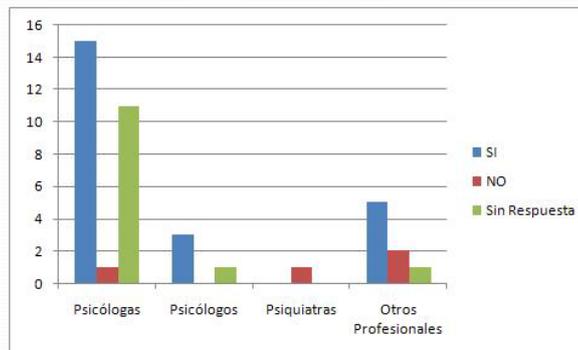
¿ Se han realizado acciones durante un desastre para la recuperación psicosocial?



¿ Cuenta con el material necesario para la atención psicosocial?



¿ Ha solicitado a instituciones que le apoyen con material lúdico y bibliográfico necesario para la recuperación psicosocial?



Atención de la Salud Mental a personas afectadas por el desastre provocado por la erupción del Volcán de Pacaya y la tormenta tropical Agatha.

Compromiso asumido, en estos momentos difíciles para el país. Como Epesista realice la coordinación de enlace nombrada por la Escuela de Ciencias Psicológicas de Universidad de San Carlos de Guatemala, en el desarrollo de las actividades planificadas por el Programa Nacional de Salud Mental para dar respuesta a las necesidades de atención psicosocial a nivel nacional.

Activadas desarrolladas:

Reunión en el despacho del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El 31 de mayo de 2010. Participantes: por el PNSM, Epesista María Idalia González Rodríguez, Epesista Kilma López y la Licda. Magda González Chocoj Por el Ministerio de salud pública, el Doctor Ludwin Ovalle Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Doctor Guillermo Peralta Viceministro de administrativo del MSPAS Doctora Silvia palma de Ruiz Viceministro de hospitales del MSPAS Doctor Pedro Rosales V. viceministro Técnico del MSPAS Doctor Oliva decano de Medicina de la USAC. Reunidos para organizar la atención de la salud integral de las personas afectadas por el desastre ocasionado por la erupción del Volcán de Pacaya y la tormenta tropical Agatha.

**INDUCCION EN SALUD MENTAL, EMERGENCIA TORMENTA TROPICAL
AGATHA/ERUPCIÓN VOLCAN SAN VICENTE PACAYA, Salón del PNI
DRPAP, del MSPAS, (10 de junio 2010).**

1. Contextualizar a los profesionales de Salud Mental sobre la situación el país respecto al desastre.
2. Brindar los lineamientos técnicos para la atención de víctimas de desastre
3. Capacitar en el uso y manejo de las herramientas técnicas para la atención de las víctimas de desastre.
4. Entrega de material y suministros de apoyo para la atención de salud mental en el proceso de recuperación psicosocial.

En las siguientes fechas se dio inducción a los diferentes grupos de voluntarios que apoyaron para la emergencia.

Viernes 4 de junio de 2010, estudiantes de CC-USAC, Edificio. A, salón 404.

Martes 8 de junio de 2010, supervisores y practicantes de psicología Social Comunitaria, en Sala de Profesores de la Esc. De Ciencias Psicológicas.

Miércoles 9 de junio de 2010, Supervisores del Área Clínica y Educativa. En Sala de Profesores de la Esc. De Ciencias Psicológicas.

Jueves 10 de junio de 2010, estudiantes y profesionales del Instituto de servicio e investigación psicopedagógica de la Esc. C. C-USAC, en el PNI.

Actividades realizadas para la inducción de los diferentes grupos antes en mención.

Parte informativa.

1. Estructura Organizacional del MSPAS
2. Situación de emergencia actual
3. Áreas Afectadas
4. Áreas priorizadas
5. Profesionales disponibles
6. Recursos materiales
7. Guía de Evaluación de daños y análisis de necesidades EDAN,

Diagnóstico Situacional

8. Protocolo de Atención en Salud Mental a personas afectadas por desastres
9. Enfoques y estrategias de intervención (terapia de juego)
10. Trastornos de salud mental Permanentes
11. Sistema de Registro y Elaboración de informes
12. Entrega de material y herramientas técnicas de apoyo
13. Se Socializó el Protocolo de atención en salud mental a personas afectadas por desastres y EDAN con los profesionales.
14. Se Socializó la experiencia de la atención de salud mental desde su medio laboral.

15. Se manifestó la disponibilidad de profesionales, de apoyar en el trabajo de la salud mental ahora por la emergencia/ desastre y también al servicio en otros casos.

Entre otras actividades realizadas con el fin de dar respuesta a la emergencia ocasionada por este evento adverso.

Fotos del servicio para la emergencia de la tormenta tropical Agatha y la erupción del Volcán San Vicente Pacaya, salón del PNI DRPAP, del MSPAS (10 de junio 2010).

Taller de dinámicas



Fotografía tomada en el taller de capacitación a Psicólogos (as) y psiquiatras del MSPAS (19 de marzo de 2010)



Taller realizado en el Área de Salud de Sacatepéquez Antigua Guatemala.
Con la participación de Psicólogos (as) (21 de octubre de 2009)



San Cristóbal, Verapaz, después del derrumbe del Cerro los chorros, (enero 2009).



Fotografía con niños huérfanos a causa del derrumbe del Cerro Los Chorros, en San Cristóbal Verapaz. En una actividad de ludoterapia con niños de la Aldea Aquil Grande (enero 2009)



Fotografía de niños huérfanos en San Cristóbal, Verapaz, después del derrumbe del Cerro los chorros, (enero 2009).

