

Maestría en Gestión Servicios de Salud Mental

Trabajo Final de Maestría

Autora: Silvia Bentolilla

INTEGRACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE SALUD MENTAL CON LOS PRINCIPIOS DE GESTIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

El caso de la Red PROSAMIC en la Provincia de Buenos Aires

2011

Directora de Tesis: Dra. Mirta Roses

Citar como: Bentolilla S. (2019). *Integración de los lineamientos de salud mental con los principios de gestión para la reducción del riesgo de emergencias y desastres: el caso de la Red PROSAMIC en la Provincia de Buenos Aires*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/346>



RESUMEN

Desde el año 2005 hasta la actualidad (2018), la Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (PROSAMIC), perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha cumplido con los lineamientos internacionales propuestos por la OPS/OMS para la implementación de planes de salud mental en Emergencias y Desastres, bajo los principios de la salud mental comunitaria y los Marcos de Gestión para la Reducción del Riesgo Hyogo y Sendai. Sus principales acciones han sido desde el inicio: intervenciones en incidentes críticos y capacitaciones en el cuidado de la salud mental en emergencias y desastres. Este trabajo persigue dos objetivos: evaluar el desarrollo de la Red PROSAMIC con la metodología de "estudio de caso" para que pueda ser de utilidad como una referencia en la implementación de otros planes ; y por otra parte, a partir de la fundamentación teórica de las prácticas de la Red, mostrar la articulación interdisciplinaria entre los marcos de gestión para la reducción del riesgo de desastre y los principios de salud mental comunitaria en la generación de un nuevo campo integrado en la salud mental en situaciones de emergencias y desastres

Palabras clave: Salud mental; Emergencias y desastres; Gestión del riesgo, Red PROSAMIC; Provincia de Buenos Aires.

Descriptores Decs: Salud mental; Gestión del riesgo; Emergencias, desastres.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas personas que, de una u otra manera, han hecho posible sacar a la luz este documento, que representa la elaboración e integración de varios aspectos de mi experiencia profesional y personal. Es mi deseo que pueda ser compartido con quienes apuestan a la "salud" como un derecho ciudadano, que puede y debe ser pensado como un aspecto esencial de las políticas públicas, despojado de cualquier otro interés que no sea el cuidado de la vida de todos los seres que habitamos la tierra.

Una especial mención para aquellos que dieron el apoyo institucional desde la Universidad ISALUD para que esta tesis fuera presentada.

A las integrantes del equipo de la Red PROSAMIC, con quienes construimos y plasmamos día a día durante años, lo que hoy es un Plan de salud modelo.

A la Lic. Mercedes Rattagan, trabajadora incansable de la salud pública quien promovió los encuentros que dieron origen al proyecto.

A los Dres. Daniel Farías y Daniel Fígari, quienes dieron su aval para que fuera posible la implementación.

Al Dr. Gabriel Ive por su apoyo y reconocimiento de siempre.

Al Dr. José de Echave, por su aprobación en el año 2005, para la inclusión del Plan de la Red PROSAMIC en la Dirección de Emergencias Sanitarias a su cargo.

Al Dr. Alejandro Royo, Director del H.I.G.A. C.M.Dr.D. Paroissien, quien dio su apoyo y aval para que pudiera dedicarme a la implementación del Plan de la Red.

El mayor de mis agradecimientos a la gran sanitarista y maestra, la Dra. Mirta Roses, que ha dedicado largas horas de su valioso tiempo acompañándome y supervisando este proceso, que por momentos ha resultado inabarcable. Mirta querida, ¡gracias por tu generosidad!

A mi colaborador incansable, el Lic. Paúl Arteaga.

A July, quien además de acompañarme, y soportarme cotidianamente durante horas frente a la computadora, salió tantas veces al rescate para ayudarme con los excels, cuadros y mapas. A Agos, por su palabra inclusiva y precisa, un contrapunto constante

que invita a la reflexión. A ambas, las gracias por ser quienes me dieron la oportunidad de aprender una dimensión del amor y la paciencia.

Y el mayor de todos los agradecimientos, tan grande que no alcanzan las palabras para expresarlo, va para la Dra. Stella Cazal Romero, hoy Jefa de Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. C.M.Dr.D.Paroissien, con quien compartimos nuestro compromiso con la salud mental pública, desde el año 1985. Allá, cuando yo era "la psiquiatra de los viernes", y ella fue asignada en ese día de guardia como residente de primer año.. Sin su apoyo INCONDICIONAL, nada de este proyecto hubiera sido posible. Stella, compañera de sueños, compañera de luchas, compañera de logros, compañera de la vida, iprofesional intachable! ¡Mi agradecimiento eterno, amiga del alma!

Índice

Introducción	9
Metodología	13
Antecedentes	16
Características generales de la República Argentina en el contexto de la fundación de la red PROSAMIC (datos 2005).....	16
La salud en el país	17
Problema	21
Antecedentes de plan nacional de salud mental en Argentina	24
Marco teórico.....	26
Hyogo 2005	26
Proyecto Esfera	28
Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.....	29
Concepto de Salud Mental y lineamientos OMS/OPS	32
Diez datos sobre salud mental	34
La salud mental y los problemas sociales	36
Limitaciones del modelo asistencial.....	40
Algunas consideraciones sobre el enfoque de la Salud mental comunitaria	41
Recomendaciones OMS/OPS: Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias	46
Hacia un Plan de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres.....	50
Guía IASC	53
Descripción del estudio de caso.....	58
Antecedentes de la implementación del plan de salud mental en emergencias y desastres	59
Diseño del plan y tiempos de implementación.....	64
Diagnóstico del sistema de salud del sector público en salud mental en 2005.....	65
La denominación del plan	71
Objetivos iniciales del plan.....	74
Objetivos específicos registrados en los primeros 3 años de existencia del plan	75
Estrategias de implementación.....	78
Implementación de una experiencia piloto regional	79
La intervención directa del equipo en incidentes críticos de la Provincia de Buenos Aires	85

Participación en espacios de planificación de la respuesta en emergencias.....	86
Integración en espacios de capacitación organizados por otras áreas.....	87
Estrategias para la reducción del riesgo a través de educación para la salud, psicoeducación y consejería a la población para el cambio del comportamiento.....	88
Acciones Globales	89
Las intervenciones.....	89
Intervención directa de los integrantes del equipo de la red en incidentes críticos	89
La “Consejería a la población”, educación para la salud.....	95
El rol de mediador: una dimensión omnipresente en las intervenciones no explicitada en los protocolos internacionales.....	96
Las capacitaciones	100
Los principales sectores capacitados	105
Programas en los primeros bienios.....	107
Formatos y propuestas de capacitaciones	107
Hitos de formación y entrenamiento.....	112
Simulacros: un aprendizaje vivencial en emergencias complejas.....	116
Cuidado de la salud mental de los equipos.....	119
Indicadores cualitativos y cuantitativos	136
Indicadores OMS para la evaluación de la Red PROSAMIC.....	136
Indicadores Cuantitativos (Capacitaciones e Intervenciones)	138
Intervenciones:.....	139
Análisis cualitativo: entrevistas a informantes clave: intervenidos, capacitados, directores de emergencias sanitarias e integrantes de la Red PROSAMIC	140
Entrevistas a los intervenidos	140
Entrevistas a los capacitados	144
Entrevistas a los capacitados presenciales.....	144
Análisis a los capacitados virtuales	147
Entrevistas a Directores	149
Entrevistas a integrantes del equipo de la Red PROSAMIC	160
Conclusión	169
Consideraciones finales.....	169
Conclusiones:	184
Bibliografía	188
Anexos.....	191

Anexos 1: Trípticos de psicoeducación a la población	191
Anexos 2: Programas de capacitación.....	199
Anexos 3: Ejemplos de formatos de capacitaciones	215
Intervención en salud mental y apoyo psicosocial en epidemia de influenza A H1N1.....	215
Capacitación a los equipos de emergencia del municipio de Laprida.....	219
Talleres de capacitación y entrenamiento intensivo en Primera Ayuda Psicológica	220
Estrategias de protección de la salud mental en el ámbito educativo	222
Jornada de actualización en emergencias prehospitalarias y desastres, Tres Arroyos, Provinciad de Buenos Aires	225
Jornada de actualización en emergencias prehospitalarias y desastres, Tres Arroyos, Provincia de Buenos Aires	226
Capacitación en la Universidad Nacional de Luján, Provincia de Buenos Aires.....	228
Participación en capacitación en emergencias en San Nicolás, provincia de Buenos aires....	229
Jornada de capacitación en Hospital El cruce “Néstor Kirchner” – centro de simulación	232
2da jornada de curso de capacitación en el laboratorio de simulación clínica (IASIC), Facultad de medicina virtual.....	233
Capacitación en el Municipio de Las Flores, Provincia De Buenos Aires	233
Taller en Jornada del Sindicato de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires.....	234
Capacitación a futuros médicos de la UBA	235
Jornada de capacitación en Hospital El Cruce “Néstor Kirchner” – Centro De Simulación	236
Capacitación en el Instituto Del Servicio Exterior De La Nación (Isen)	237
Participación en capacitación en emergencias en Saladillo, Provincia de Buenos Aires	238
Jornada de capacitación en el municipio de Laprida	239
Operativo Servicio Atención Al Turista - Sat	239
Simulacro de accidente múltiple en la autopista Buenos Aires – La Plata.....	240
Anexos 4. Imágenes del seminario: Reducción del Riesgo en Emergencias y Desastres: Apoyo Psicosocial y Protección de la Salud	242
Anexos 5. Programa del Curso Virtual OPS 2016	246
Anexos 6. Evaluación del primer Curso virtual 2014.....	247
Anexos 7. Evaluación del segundo Curso Virtual 2016	248
Anexos 8. Cuidado de la salud mental de equipos.....	251
Dispositivo de protección de la salud mental en el ámbito laboral.....	251
Dispositivo de protección de la salud mental en el ámbito laboral en la oficina	252
Curso intensivo de capacitación y entrenamiento.....	254

Cuadros sobre grupos de riesgo.....	255
Anexos 9: Mapas	256
Mapa 2005 – 2009.....	256
Mapa 2005 – 2009 zoom.....	257
Mapa 2010 – 2014 general.....	257
Mapa 2010 – 2014 zoom.....	258
Mapa 2015 – 2017 general.....	258
Mapa 2015 – 2017 zoom.....	259
Mapa general de todos los años	260
Mapa todos los años zoom	260
Anexos 10: Entrevistas	261
Cuadros de resultados de entrevistas a intervenidos.....	261
Cuadros de resultados de entrevistas a capacitados presenciales	264
Cuadro de resultados de entrevistas a capacitados virtuales.....	268
Entrevistas a Directores	271
Entrevistas a los capacitados presenciales	278
Entrevistas a los capacitados del Curso Virtual.....	282
Entrevistas a Intervenidos.....	289
Entrevistas a los capacitados presenciales:	294
Entrevistas a los capacitados del Curso Virtual “Emergencias y Desastres, Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial”, 2014.	299
Entrevistas a Directores	305
Entrevistas a integrantes de la Red PROSAMIC	312

Introducción

Hernán San Martín y Vicente Pastor en *Salud comunitaria: teoría y práctica* escriben:

Se puede hablar de "salud comunitaria" cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas a través de los programas locales de salud (1988, p.50).

Hoy en día, estas declaraciones forman parte de la estructura central de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se considera la salud como un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez (incluso, podemos remontarnos a las Declaraciones de Alma-Ata, en las que se inclina el eje asistencial de la salud hacia la atención primaria cerca de la comunidad y fuera del hospital).

Desde la perspectiva histórica internacional, estos planes de salud mental comenzaron a darse como parte de la estructura técnica de la OPS/OMS en 1961, a cargo del Dr. Jorge Velazco Alzaga. Hasta 1986, esta sección de la institución se dedicó principalmente a realizar diagnósticos de las situaciones de Salud Mental a nivel regional panamericano. De estas experiencias, se fueron fortaleciendo las herramientas de abordaje de situaciones de desastres y emergencias. En el período que va desde 1986 a 1990, se logró la consolidación de diferentes experiencias hasta alcanzar el consenso regional de recomendar la integración de los programas de salud mental en el contexto de la salud pública, la promoción de la participación de las comunidades, la participación de pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios y la modificación de la legislación existente en relación con la salud mental. Estos son los antecedentes del encuentro pionero representado en la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina y de la "Declaración de Caracas" de 1990. A partir de esta declaración, se lanza la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Entre otras cosas, la Declaración de Caracas enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Otro elemento importante a destacar fue el seguimiento a la implementación de la Iniciativa Regional para la

Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, para lo cual se lanzó un programa de colaboración técnica en casi todos los países de la Región, que se extendió durante varios años de la década del 90. Posteriormente, en 1997, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró el apoyo al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica. La Resolución CD 40/R19 del Consejo Directivo de ese año instó a los Estados Miembros a:

- Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
- Reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios).
- Desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental.
- Mejorar la legislación y las regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.

En 1997, se crea el Programa Regional de Salud Mental y Estilos de Vida Saludable, como parte de la estructura organizativa de OPS, formando parte de la División de Promoción y Protección de la Salud. El 2001 fue un año de importantes acontecimientos. En el mes de septiembre, el Consejo Directivo de la OPS discutió y aprobó un documento técnico y una resolución sobre el tema que, entre otros puntos, instaba a los Estados Miembros a:

- Incluir la Salud Mental entre las prioridades de la salud pública.
- Promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial.
- Fortalecer los servicios y programas para grupos poblacionales con necesidades específicas (mujeres, ancianos, niños, refugiados, víctimas de los desastres e indígenas).
- Reforzar el enfoque multisectorial de la salud mental.
- Promover la participación familiar y comunitaria.

Para comienzos del siglo XXI, en la República Argentina, no se contaba con la aplicación de un programa de salud mental en emergencias y desastres que estuviera bajo los lineamientos OMS/OPS. El 30 de diciembre de 2004, ocurre la llamada "Tragedia de Cromañón", un incendio producido durante un concierto en el establecimiento "República de Cromañón", que dejó un saldo de 194 muertos y al menos 1400 heridos. Tras este desafortunado evento, a mediados de 2005, el Ministerio de Salud de la Provincia de

Buenos Aires me asigna la tarea de desarrollar y coordinar un equipo de salud mental especializado para intervenir en situaciones de emergencia complejas y desastres. Desde ese momento hasta el 30 de septiembre de 2017, tuve a cargo la coordinación general de la Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (PROSAMIC), un equipo creado a tal fin. Estamos en condiciones de afirmar que durante el transcurso de estos años contribuyó en gran medida al logro de hacer relevante el cuidado de la salud mental en emergencias y desastres dentro del sistema de salud público de la provincia, continuando en la actualidad.

Como cierre de gestión en la Red, he decidido dedicar esta tesis de maestría a un estudio de caso sobre la Red PROSAMIC. Los dos principales objetivos que me he planteado en esta tesis son: A) mostrar a partir de la exposición de los principales lineamientos teóricos, que la implementación de acciones para la protección de la salud mental en emergencias y desastres conlleva la integración de los principios y lineamientos del paradigma de gestión para la reducción del riesgo de desastres y los principios de la salud mental comunitaria. B) describir la implementación de la Red PROSAMIC con el fin de que sirva como ejemplo para el desarrollo de nuevos programas de Salud Mental en emergencias y desastres. Para este último propósito, he realizado especialmente el apartado de "Acciones Globales", que tiene dos secciones principales: Intervenciones y Capacitaciones. Allí se desarrollan con detalle cuáles fueron los protocolos, acciones y herramientas diseñados para la implementación del plan de la Red dentro de la Provincia de Buenos Aires desde el 2005 hasta la actualidad. Dado que en más de una década de trabajo se produjeron una cantidad de documentos, informes, programas y textos, con el fin de hacer más fluida la lectura, la mayoría de los documentos que se consideran útiles para este propósito se colocan en "Anexos". En el capítulo "Indicadores Cualitativos y Cuantitativos", se muestran indicadores de OMS/OPS que permiten evaluar la implementación de la Red, otros cuantitativos que dan cuenta de la cantidad de intervenciones y capacitaciones que se realizaron a lo largo de estos años (además, se adjunta un documento Excel donde se muestran con detalle todas estas acciones) y como parte del análisis cualitativo un capítulo de "Entrevistas". En función de la metodología de estudios de casos, se eligió el sistema de informantes clave, ya que a través de la palabra y testimonio, permite recoger la experiencia de intervenidos, capacitados, autoridades médicas de la emergencia e integrantes del equipo de la Red. Se diseñó una encuesta

semiestructurada seguida de una sistematización de los testimonios recogidos. En las "Consideraciones finales" se da cuenta de los resultados obtenidos y de las lecciones aprendidas en el derrotero de la implementación del Plan. Finalmente, en las "Conclusiones", se intentarán cristalizar las principales ideas y conocimientos adquiridos a la luz de la elaboración realizada.

Metodología

Para el desarrollo de esta tesis hemos elegido utilizar una metodología de estudio de caso. Según Daniel Díaz, el estudio de caso es un "examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo" (1978, p. 95). McDonald y Walker coinciden en que es: "una investigación procesual, sistemática y profunda de un caso en concreto" (1975, p. 35) Según el manual de métodos de investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, se llama "casos" a "aquellas situaciones o entidades sociales únicas que merecen interés de investigación".

Dentro de los artículos recomendados para la revisión de lo que es estudio de caso destacan dos autores: Yin (1984) y Stake (1998).

Según Yin, pueden distinguirse tres tipos de objetivos diferentes:

- Exploratorio: cuyos resultados pueden ser usados como base para formular preguntas de investigación.
- Descriptivo: intenta describir lo que sucede en un caso particular.
- Explicativo: facilita la interpretación.

Desde la perspectiva de Yin, en nuestro caso, usamos la opción de un estudio de caso descriptivo.

Objeto de estudio: Los casos pueden ser un objeto propiamente dicho, un proceso social, el desarrollo de una institución. En nuestra investigación el objeto de estudio es el desarrollo de un componente institucional: la Red PROSAMIC.

Para contrastar una teoría según el objetivo de la investigación y los tipos de estudio de caso, tenemos: factual, interpretativo y evaluativo. Para el caso de la Red PROSAMIC, el evaluativo nos permite, justamente, evaluar en función de los objetivos planteados la concepción y gestión de la Red.

Alcance: Según este aspecto los casos pueden ser específicos, relevantes por sí mismos, para una comunidad científica o social, o genéricos (representativos). La relevancia del caso PROSAMIC es evidente puesto que es pionera en la aplicación de planes de salud mental en Argentina.

Época de desarrollo: Según el momento en el que se desarrollaron los casos pueden denominarse casos históricos (porque ocurrieron en el pasado y ahora se considera relevante reconstruirlos) o casos contemporáneos (fenómenos que se desarrollan en la actualidad). El caso de la Red PROSAMIC es un caso contemporáneo.

Número de casos: Según la cantidad de casos considerados se puede hablar de caso único o de casos múltiples o multicaso. PROSAMIC es caso único.

El caso único, más frecuente, permite un estudio en mayor profundidad. Los autores Bogdan y Biklen (1982) clasificaron el estudio de caso único en seis modalidades, de las cuales nos interesa destacar:

-Histórico-organizativo, que se ocupa del desarrollo de una institución. En nuestro caso, el desarrollo histórico-organizativo de la Red PROSAMIC.

Para el desarrollo de este estudio de caso, contamos con las siguientes secciones:

- Introducción
- Metodología
- Presentación del problema
- Marco teórico
- Descripción de la Red PROSAMIC
- Indicadores cualitativos y cuantitativos
- Entrevistas y análisis
- Conclusiones

En la "Presentación del problema" se exponen las cifras y el contexto que hicieron necesaria para la Provincia de Buenos Aires la creación de una Red de Salud Mental en Incidente Crítico.

En el marco teórico se exponen los conceptos teóricos con los que se aborda la mirada de la Salud Mental, los "mandatos internacionales" y los "lineamientos normativos operacionales" que conforman el marco general del diseño e implementación del Plan de la Red PROSAMIC.

En la descripción de la Red PROSAMIC, se presenta el desarrollo de la Red PROSAMIC desde sus comienzos en 2005 hasta finales de 2017, haciendo énfasis en las dos principales líneas de acción de la Red: las capacitaciones y las intervenciones.

En la sección de Indicadores cualitativos y cuantitativos, se muestran los indicadores que permiten evaluar la gestión de la Red PROSAMIC respecto a los objetivos propuestos en su Plan de acción.

En la sección de Entrevistas y análisis se realizan entrevistas a cuatro grupos (intervenidos, capacitados, Directores de salud, integrantes de la Red), con el fin de evaluar cualitativamente las acciones de la Red PROSAMIC.

En las conclusiones se realiza un balance general de la Red apoyado en toda la exposición teórica previa.

Antecedentes

En el siglo XX, 191 millones de personas en el mundo perdieron la vida como consecuencia de eventos violentos. En el período 1967 – 1991, 3.000 millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales (OPS, 2002). Cada año, cerca de 1,3 millones de personas en el mundo fallecen a raíz de un accidente de tránsito —más de 3.000 defunciones diarias, siendo esta la primera causa mundial de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años (OPS/OMS, 2013).

Según la OMS, el continente americano es el segundo continente más afectado por los desastres después del continente asiático. Aproximadamente un cuarto (23,5%) de todos los desastres que ocurrieron en el mundo entre el 2004 y el 2013 tuvieron lugar en la Región de las Américas, con alrededor de 98 millones de víctimas. Los fenómenos más frecuentes han sido los de tipo hidrológico y meteorológico, y considerándose daños de alrededor de US\$ 679.000 millones en este periodo.

Actualmente, tras la aprobación del Marco de Acción de Hyogo 2005 – 2015, como estrategia internacional para la reducción de desastres, y según datos publicados por el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, más de 700 mil personas en el mundo han perdido la vida, más de 1,4 millones han sufrido heridas, y alrededor de 23 millones han quedado sin hogar como consecuencia de los desastres. Más de 1500 millones de personas se han visto perjudicadas por los desastres en diversas formas. Según la misma información publicada en el Marco de Sendai, se indica que, en todos los países el grado de exposición de las personas y los bienes ha aumentado con más rapidez de lo que ha disminuido la vulnerabilidad. Consideremos la dimensión del problema si por cada víctima fatal se calculan habrán entre 5 y 10 personas afectadas en su salud mental.

Características generales de la República Argentina en el contexto de la fundación de la red PROSAMIC (datos 2005).

La República Argentina se encuentra en el extremo sur del continente americano y comprende 24 provincias, un área geográfica de 3.761.274 kilómetros cuadrados, integrados por la continental americana (2.791.810 km²) y el continental antártico (964.847 Km²). Para el 2005, los datos de población marcaban cerca de 38 millones de

habitantes (OPS, 2005), incluyendo grupos nativos, principalmente mapuches, wichi y tobas en un número de casi medio millón de personas. El 26,4 % de la población del país tenía menos de 15 años y el 10%, más de 60 años. El 89 % de la población era urbana. La expectativa de vida al nacer era de 70 para los hombres y 77,5 para las mujeres. La tasa de analfabetismo de las personas de más de 10 años de edad era de 2,6% para ambos géneros. El 77% de la población contaba con acceso a agua corriente mientras que el 42,5% con desagües cloacales. El idioma oficial del país es el castellano y comprende 24 provincias incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estas provincias integran un sistema federal republicano y representativo, **con una autonomía relativa en la definición de las políticas de salud.**

La República Argentina pertenecía al grupo de ingreso medio-bajo, de acuerdo con los criterios del año 2004 del Banco Mundial. La tasa de desocupación era, para el 2005, del 10,6% de la población mientras que la población definida como pobre llegaba a 11,5 millones de habitantes (32,3%). De ellos, 1,8 millones eran indigentes (INDEC, 2005). La pobreza era del 26,9% en el segundo semestre del 2006. El 75% de la inversión económica en la República Argentina se concentra en cuatro provincias (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza), que, al tener un producto bruto elevado y una población numerosa, constituían y constituyen el eje central del país en cuanto al consumo y a la inversión. En las provincias patagónicas, las economías se sostienen desde hace décadas merced a los ingresos por hidrocarburos y por las exploraciones mineras. Su densidad poblacional era y es baja. Del mismo modo en el norte hay provincias que tienen poca población en territorios relativamente extensos.

La salud en el país

Contexto del año 2005, cuando se implementó la Red ProSAMIC.

Según el Instrumento de Evaluación para los sistemas de Salud Mental¹ (IESM-OMS Versión 2.1), la proporción del presupuesto nacional de salud del PIB fue de 7,3% en el

¹ Las 10 recomendaciones destinadas a promover el mejoramiento de la atención en salud mental, publicadas en el Informe sobre la Salud Mental en el Mundo-2001, han servido como base para diseñar el IESM-OMS. Este instrumento permite evaluar los componentes claves e identificar las principales debilidades en los sistemas de salud mental, de tal manera que se obtiene información esencial para una acción de salud mental pública relevante. Este trabajo utilizó como una de sus fuentes de datos mi Informe sobre los Servicios de Salud Mental de la Pcia de Buenos Aires, 2004.

año 2003, mientras que del 8,1% en 1995. La evolución de la inversión per cápita en salud del porcentaje total provincial fue disminuyendo desde 1993 al 2003, con un incremento relativo hasta el año 2005 (IESM-OMS, 2009).

En el país, había como promedio 397 camas hospitalarias por cada 100,000 habitantes (en establecimientos públicos y privados). El 48% de la población no tenía cobertura de salud. El 54% de todos los establecimientos de salud estaban en el sector público. En términos de atención primaria de la salud había 5.389 centros en el sector público en el país, donde la mayoría contaba con los servicios de un médico. En el siguiente cuadro, que tomamos de IESM-OMS 2009 (p. 11), se muestran los datos socio-demográficos e inversión total en salud y Per cápita en 10 provincias estudiadas, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires y total del país:

Datos sociodemográficos e inversión total en salud y Per cápita en las 10 provincias estudiadas, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires y total del país.

Provincia	Área geográfica	Población	Menores de 15 años %	Mayores de 60 años %	Expectativa de vida al nacer		Tasa de alfabetización %		% inversión en salud sobre el gasto total de la provincia 2005	Inversión Per cápita en salud, pesos 2005
					M	H	M	H		
Buenos Aires	307571	14.654.379	24,88	10,61	78,0	73,9	98,4	98,4	14,45	203,69
Catamarca	102.602	380612	32	10	76,45	76,45	98,2	97,0	15,33	413,63
Chubut	224.686	455.607	28,78	6,0	75	68	96,8	97,1	13,74	612,12
Ciudad de Buenos Aires	202.04	3.018.102	18,08	16,86	79,4	75,9	99,6	99,5	26,58	536,79
Corrientes	88.898	1002416	31	7,25	70,01	70,01	96	96	10,14	194,11
Jujuy	53.219	657.766	34,0	5,9	72				15,75	301,21
Mendoza	147.817	1.579.651	27,05	13,5	75	69,1	98,6	98,6	14,54	225,58
Río Negro	203.013	594.189	31	10	71,5	76,2	96,3	96,2	18,95	472,34
Salta	154.775	1.164.000	17,95	4,96					19,40	305,21
San Juan	89.651	656.727	30	11	72	71	97,0		15,63	283,95
Tierra del Fuego	1.002,445	126612	29,78	4	77	73	96	96	14,47	1063,1
Tucumán	22.524	1.421.824	30	10	72		99,7		17,93	250,93
PAIS	2.780.403	38.592,150	26,44%	10,04 (2)	70,0	77,5	97,8	96,0	15,06	416,23

Fuente: Datos provinciales y del país 2007 (Ministerio de Salud de la Nación y OPS/OMS). Se incluyen Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires.

Tomado de IESM-OMS 2009 (p. 11)

Hospitales psiquiátricos. Número de camas, promedio de estadía,
Índice ocupacional y reducción de camas en los últimos 5 años en las 10 provincias.
En la provincia de Buenos Aires y en el país.

Provincia	Hospitales psiquiátricos (N°)	Camas en hospitales psiquiátricos		Promedio de estadía (días)	Índice de ocupación (%)	Reducción de camas en 5 años (%)
		N°	Razón			
Buenos Aires	13 (1) 46 (3)	3861 (5)	26	SD*	SD*	
Catamarca	2	76	19,96	64,92	SD*	0
Chubut	6 (2)	243	54	200 (3)	95	SD*
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4 (1)	2072	68	SD*		-19
Corrientes	3 (1)	320	31	SD*	SD*	+25
Jujuy	1 (1)	132	20	21	63	+10
Mendoza	2 (1)	235	14	35	96	28
Río Negro	2 (3)	96	16	275	SD*	- 10
Salta	1 (1)	205	17,35	213	112	5
San Juan	5 (4)	215	40	123	90	22
Tierra del Fuego	2 (3)	4	3	50	95	0
Tucumán	5 (2)	591	41,05	141	156	14
PAIS	45 (6)	9150(7)				-38 (7)

(1) Público

(2) Públicos y Privados.

(3) Privado

(4) Privados 4 – Público 1

(5) Hay además 232 camas en hospitales generales y 558 para personas discapacitadas y adultos mayores.

(6) Estatales

(7) Ministerio de Salud de Nación, Unidad de Salud Mental.

*: sin dato.

Recursos humanos en establecimientos de salud mental en las 10 provincias.
Se incluyen datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires.
Razón por 100.000 habitantes

Provincia	Recursos humanos. Total provincial	Médicos psiquiatras		Enfermeros/as		Psicólogos/as		Trabajadores/as sociales		Terapeutas ocupacionales		Otros/as
	n	n	razón	n	razón	n	razón	n	razón	n	razón	
Catamarca	234	13	3,42	25	6,57	186	48	8	2,10	2	0,5	
Chubut	722	54	12	140	31	439	96	50	10,98	39	8,56	
Corrientes	457	101	10	68	0,29	274	25,3	6	0,60	1	0,09	
Jujuy (3)	477	21	3,2	45	6,8	396	60,2	SD				
Mendoza	2142	209	13	247	15,64	1549 (*)	91	127	7,58	10		
Río Negro	378 (4)	38	6	122	20	129	22	23	4	10	0,6	
Salta (4)	900	141	11,93	144	12,18	412	38,85	163	13,79			
San Juan	605	40	6	37	0,91	520	79	4	0,60	4	0,60	
Tierra del Fuego	309 (5)	13	10,31	65	51	105	83	71	56	5	3,96	
Tucumán (2)	1941	110	7,64	145	10,07	1600	111,14	18	1,25	12	0,93	
Total 10 provincias	13884 (**)	740		1038		5610		470		83		5943
C. A. B. A.		3000 (2)				24000 (*)	791					
Buenos Aires		305 (1)	3,68			12587 (*)						
	239500 (3) Profesionales	4500 (2)	11,84			53686 (*)						

(**) En el cuadro 5 se han incluido en los totales del personal de salud mental a médicos no especialistas que trabajan en el sector, lo que puede dar una pequeña variación y 5943 personal de diversas actividades que se inscribe como "otros".

(1) Bentolilla, S.: Informe sobre los Servicios de Salud Mental de la Pcia de Buenos Aires, 2004.

(2) Estimado APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos). Para el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, los psiquiatras llegarían a 4800. Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental, ISALUD, 2004.

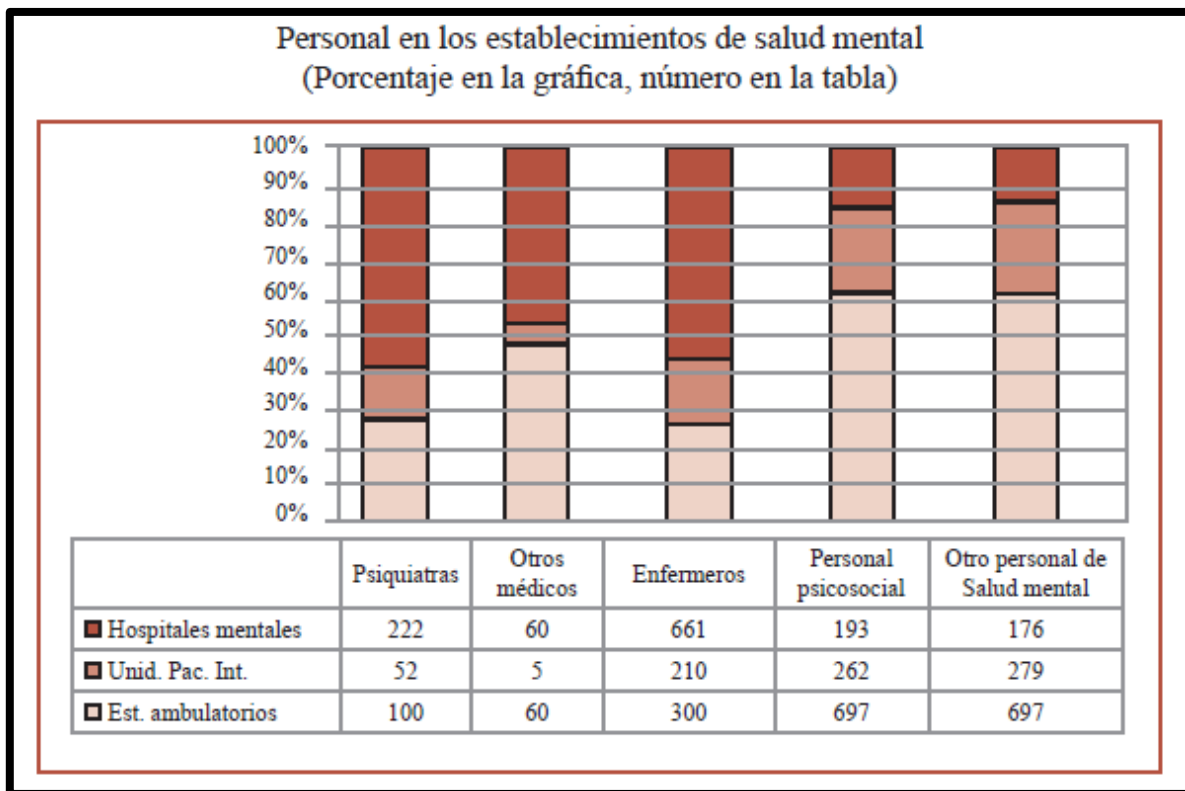
(3) Recursos Humanos en salud (2001) Documento OPS/OMS. Citado por di Nanno A y Ainstein, J.2007

(*) Modesto, A. Relevamiento sobre la formación de psicólogos en la Republica Argentina.

Tomado de IESM-OMS, p. 33

El número de recursos humanos que trabajaban en establecimientos de salud mental o práctica privada era de 173 por 100,000 habitantes (IESM-OMS, p. 34):

Como se observa en el gráfico, la mayoría de los psiquiatras trabajaba en los hospitales psiquiátricos, le seguirán en cantidad los servicios ambulatorios mientras que había muchos menos en las unidades de internación de base comunitaria. La mayoría de los enfermeros trabajaba en los hospitales psiquiátricos. El personal psicosocial lo hacía más en los dispositivos ambulatorios (IESM-OMS, p. 35):



Problema

La Provincia de Buenos Aires es el escenario en el que se desarrolla nuestro estudio. Por su historia y dinámica económico-social, es la provincia de mayor población dentro de la República Argentina. Tiene una superficie de 307.571 km², una población estimada al 2017 en 16.659.931 habitantes (crecimiento demográfico promedio de 1,5 anual), lo que representa el 38% de la población total del país. Tiene una superficie de 307.571 km², (es la provincia con mayor densidad poblacional, equivalente a 50,7 habitantes por km²). El Conurbano Bonaerense concentra el 25% de la población nacional (INDEC, 2016). Más de 650 mil personas viven en villas de emergencia, de las cuales aproximadamente la mitad son niños menores de 14 años. El componente migratorio, en especial de países circunvecinos, es alto. Luego de la crisis de 2001, la pérdida de trabajo de un sector de la población y la imposibilidad de pagar un seguro de salud hizo que se pasara del histórico 40% de la población bonaerense que sólo cuenta con la cobertura de la salud pública estatal al 60%. Se comprende así que la población de la Provincia de Buenos Aires ha estado y continúa expuesta de forma permanente, con población en condiciones de vulnerabilidad, a la ocurrencia de todo tipo de situaciones críticas. Por ejemplo, más del 40% de las muertes por accidentes de tránsito del país se producen en el territorio de la

provincia de Buenos Aires. Para el año 2005, año de creación de la Red, murieron en accidentes de tránsito a nivel nacional 7138² personas, 2973 corresponden al territorio de la provincia. Es dable señalar que todas las líneas férreas atraviesan el territorio de la provincia de Buenos Aires para llegar a la capital del país, y en él se encuentra situado el principal aeropuerto internacional de la República Argentina.

Por otra parte, las inundaciones en la Provincia de Buenos Aires se presentan históricamente como un grave problema, afectando a amplios sectores de la población y causando daños en todos los ámbitos de la vida bonaerense, desde la pérdida de vidas, los posibles brotes de enfermedades debido al deterioro de las condiciones de saneamiento básico, graves pérdidas materiales y de fuentes de trabajo, en tanto quedan bajo el agua cada vez mayores extensiones del territorio agrícola-ganadero. Según diferentes informes, la provincia puede ser considerada como zona de alto riesgo de inundaciones³. Bajo una perspectiva histórica, el informe del Banco Mundial titulado "Inundaciones en el área metropolitana de Buenos Aires", donde se muestra como ejemplo severo, con posibilidad de recurrencia, la tormenta del 31 de mayo de 1985, episodio que provocó 15 muertos y 120 mil evacuados⁴. Más recientemente, la inundación de abril de 2013 tuvo sus principales consecuencias en la ciudad de La Plata, donde fallecieron más de noventa personas (no se tienen datos oficiales precisos) y se evacuaron a más de 22 mil habitantes.

Teniendo en cuenta que se calcula que por cada víctima fatal ocurrida en una situación de desastre habrá entre 5 y 10 personas afectadas en su Salud Mental (OPS/OMS, 2013) el número de afectados en el territorio de la Pcia de Buenos Aires es alarmante.

Es pertinente considerar que desde la perspectiva de la Salud Mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que excede en gran medida la capacidad de manejo de la población afectada, por lo tanto, es posible esperar un incremento de la morbilidad,

²La asociación civil Luchemos por la vida nos ofrece cantidad de víctimas fallecidas en accidentes de tránsito por cada año y provincia del país. Disponible en: <http://www.luchemos.org.ar/es/estadisticas/muertosanuales>

³ Según Olga Scarpati, los riesgos de inundación son siempre inminentes en la región debido a las condiciones geográficas y la mala planificación del crecimiento acelerado de su urbanización. Ver "La inundación del año 2001 en la provincia de Buenos Aires".

⁴En su zona costera, la Provincia también sufre inundaciones por el fenómeno de la sudestada (típica crecida eólica del río de la Plata)

incluidos trastornos psíquicos. Según la OPS, se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta sufrirá alguna manifestación psicológica. A su vez, en diferentes investigaciones se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de Salud Mental requerirán de atención durante un período prolongado, cuando los sobrevivientes tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

Impacto de Desastres en la Prevalencia de Trastornos Mentales

	ANTES DEL DESASTRE 12-meses prevalencia	DESPUES DEL DESASTRE: 12-meses prevalencia
Trastornos severos (ej. psicosis, depresión grave, trastornos de ansiedad gravemente discapacitantes)	2-3%	3-8%
Trastorno mental liviano o moderado (ej. trastornos de depresión y ansiedad livianos o moderados)	10%	15%-20% (se reduce con el tiempo)
Reacciones de estrés "normal" (no trastorno)	No hay estima	Porcentaje alto (reduce con el tiempo)

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




A su vez, la literatura disponible y la experiencia nos enseñan que el abordaje psicosocial temprano de los problemas de Salud Mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo (OPS, 2010). Tanto es así, que psicoterapeutas de diversas formaciones admiten que sin intervención, un porcentaje de personas podrán desarrollar reacciones post-traumáticas con el riesgo de transformarse en trastornos patológicos (Perren-Klingler, 2003).

Se desprende de lo dicho, que tanto el territorio como la población de la provincia de Buenos Aires, están expuestos a un elevado riesgo de la ocurrencia de desastres. Por lo tanto resulta imprescindible contar con un dispositivo sanitario que contribuya al cuidado de la salud mental de la población, que intervenga de manera preventiva reduciendo el riesgo del impacto en la salud y su consecuente derivación en la ocurrencia de padecimientos psíquicos, y por otra parte promoviendo el desarrollo de resiliencia tanto

individual como comunitaria. Estos aspectos podrían encuadrarse en estrategias de prevención primaria y prevención terciaria respectivamente.

Antecedentes de plan nacional de salud mental en Argentina

En el contexto del año 2005, fecha en la que se inició la creación de la Red PROSAMIC, el IESM-OMS afirmaba que: "Respecto a un plan nacional de salud mental, la ex Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, elaboró con las provincias las líneas programáticas del Acuerdo Nacional consensuado en el Encuentro de La Falda" (2004, p. 15). Este Acuerdo fue presentado y reconocido por el Consejo Federal de Salud (COFESA), que reúne a los ministerios de salud provinciales. Sin embargo, "el plan no se implementó. Además, ***"En la mayoría de las provincias argentinas no existía un plan de contingencia para desastres/emergencias"***" (IESM-OMS, p. 15).

Se vé en el indicador OMS ítem 1.2.4 (WHO-AIMS, 2005) que, la provincia de Buenos Aires, ninguna en todo el país, cumplía con él:

ÍTEM 1.2.4	Última versión de un plan de salud mental para situaciones de desastres/emergencias
DEFINICIÓN	Año de la última versión de un plan de salud mental para situaciones desastres/emergencias
MEDIDA	NA = no aplica (por ej., no existe ningún plan de salud mental para desastres/emergencias
NOTAS	<ul style="list-style-type: none">• Un plan de salud mental para desastres/emergencias es un esquema detallado para la preparación de acciones en salud mental en el contexto de un desastre/emergencia.• Generalmente define prioridades, estrategias, cronogramas y asignaciones de recursos.• El plan puede ser parte del plan de salud mental, el plan de salud, el plan para desastres o un documento separado

En este sentido, podemos decir que, para comienzos del siglo XXI, en la República Argentina, ***no se contaba con la aplicación de un programa de salud mental en emergencias y desastres que estuviera bajo los lineamientos OMS/OPS.***

Fue en este contexto que, a inicios de 2005, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires me asignó la tarea de organizar y coordinar un equipo de salud mental especializado para intervenir en situaciones de emergencia complejas y desastres.

Es en el año 2005, año de la creación de la Red PROSAMIC, que se celebró en la capital del Brasil, la "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas". La Declaración Final de Brasilia reiteró la necesidad de la reforma psiquiátrica en el trabajo de salud mental e instaron a las naciones a desarrollar planes que no se resumieran a la atención psiquiátrica convencional para alcanzar "los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral y preventiva".

Marco teórico

En esta sección, exponemos los conceptos teóricos con los que abordamos la mirada de la Salud Mental, los mandatos internacionales de los marcos de gestión para la reducción del riesgo (Hyogo y Sendai), y los lineamientos y principios expuestos principalmente por OMS/OPS para el cuidado de la Salud Mental en emergencias y desastres. Es necesario considerar que la Red es un programa institucional que ha ido desarrollándose desde el 2005 hasta la actualidad. Durante ese tiempo, el equipo PROSAMIC, fue actualizando permanentemente sus prácticas, ajustándolas a los estándares internacionales, e integrando los principios de nuevos paradigmas. La exposición que realizamos a continuación, nos parece importante para poder explicar que la implementación de la protección de la salud mental en emergencias y desastres conlleva, y hasta quizás a la luz de lo que se propone esta tesis, es en sí misma *la integración de los principios y lineamientos del paradigma de gestión para la reducción del riesgo de desastres y los principios de la salud mental comunitaria*.

Hyogo 2005

Ante el aumento de los efectos de los desastres naturales, los Estados Miembros de las Naciones Unidas celebraron la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres Naturales en la ciudad de Yokohama (Japón) del 23 al 27 de mayo de 1994, que significó la revisión a mitad de período del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales. Su principal intención fue plantear estrategias que permitieran evitar pérdidas de vidas, lesiones y catástrofes económicas debidas a los desastres. En este sentido, se instó a los países participantes a plantear como un objetivo relevante dentro de sus planes nacionales de desarrollo "Mitigar las consecuencias de los desastres naturales". Por otra parte, se propuso como indispensable para la comunidad internacional la difusión de una "cultura mundial de prevención". De esta Conferencia Mundial nació "La Estrategia de Yokohama para un mundo más seguro: directrices para la prevención de los desastres naturales, la preparación para casos de desastre y la mitigación de sus efectos y su Plan de Acción". Esta estrategia señala dentro de sus principales retos el empeño de concertar una acción más sistemática para hacer frente a los riesgos de desastre en el contexto del desarrollo sostenible y de aumentar la resiliencia mediante el desarrollo de los medios y capacidades nacionales y locales de gestión y reducción del riesgo.

En el año 2005, se celebró la Segunda Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres, en la que participaron 168 países de la Asamblea General, Argentina incluida. La Conferencia tuvo como fin concluir el examen de la Estrategia de Yokohama y su Plan de Acción con el fin de actualizar el marco de orientación para la reducción de desastres en el siglo XXI para los próximos diez años.

En este contexto, se aprobó el Marco de Acción de Hyogo 2005 – 2015: Aumento de la resiliencia en las naciones y comunidades ante los desastres (ONU, 2007). El enfoque del Marco radicó en promover la reducción de la vulnerabilidad a las amenazas/peligros y los riesgos que estos conllevan. Para ello, se puso en relieve la necesidad de promover la resiliencia y se señalaron los medios para aumentarla en las naciones y comunidades ante los desastres (EIRD, 2005). En este sentido, se planteó como uno de los objetivos estratégicos "La creación y el fortalecimiento de instituciones, mecanismos y medios de todo nivel, en particular a nivel de la comunidad, que puedan contribuir de manera sistemática a aumentar la resiliencia ante las amenazas" (EIRD, 2005, p. 4).

En resumen, el Marco de Hyogo tuvo tres objetivos estratégicos:

1. La integración de la reducción del riesgo de desastres en las políticas y la planificación del desarrollo sostenible;
2. El desarrollo y fortalecimiento de las instituciones, mecanismos y capacidades para aumentar la resiliencia ante las amenazas; y
3. La incorporación sistemática de los enfoques de la reducción del riesgo en la implementación de programas de preparación, atención y recuperación de emergencias (EIRD, 2005).

Por "resiliencia", desde la definición del Marco, se entiende

la capacidad de un sistema, comunidad o sociedad potencialmente expuesto a amenazas para adaptarse, resistiendo o cambiando, con el fin de alcanzar o mantener un nivel aceptable en su funcionamiento y estructura. Viene determinada por el grado en que el sistema social es capaz de organizarse para incrementar su capacidad de aprender de desastres pasados a fin de protegerse mejor en el futuro y mejorar las medidas de reducción de los riesgos (EIRD, 2005, p. 4).

Dentro de los objetivos para reducir los riesgos subyacentes se planteó

la necesidad de fortalecer los mecanismos de las redes de protección social para ayudar a los pobres, los ancianos y los discapacitados. Mejorar los planes de recuperación con la introducción de programas de formación psicosocial a fin de mitigar los daños psicológicos sufridos por las poblaciones vulnerables (EIRD, 2005, p. 11).

Desde la perspectiva de este Marco de Hyogo, la Red PROSAMIC tomó "la incorporación sistemática de los enfoques de la reducción del riesgo en la implementación de programas de preparación, atención y recuperación de emergencias" (EIRD, 2005, p. 12).

Así, la reducción del riesgo en emergencias y desastres se constituyó en uno de los ejes fundamentales de la Red. Resaltando que este mismo énfasis en la gestión de la reducción del riesgo es un eje fundamental en el cuidado de la salud mental en emergencias y desastres.

Proyecto Esfera

El Manual Esfera, *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*, es un conjunto de principios comunes y normas mínimas universales que guían la acción en áreas vitales de la respuesta humanitaria. El Manual goza de un amplio reconocimiento en el plano internacional. Resulta un material de orientación sumamente útil a la hora de organizar y planificar las estrategias, por eso se transcriben las denominadas Acciones Claves. Versa en el Manual: "acciones claves son sugeridas para obtener el estándar mínimo. Algunas acciones no son aplicables en todos los contextos, y depende de quien las aplica poder seleccionar las acciones relevantes e identificar alternativas que resulten en el estándar encontrado" (Esfera, 2011, p. 5).

Acciones clave (Esfera, p. 61-62):

Acción Clave #1: Asegurar que las intervenciones se desarrollan con base en las necesidades y los recursos identificados.

Acción Clave #2: Fortalecer las capacidades de los miembros de la comunidad, incluidas personas marginadas, a través de los mecanismos de la auto-ayuda y el apoyo mutuo.

Acción Clave #3: Garantizar que los trabajadores de ayuda humanitaria, agentes comunitarios, equipos de respuesta (incluidos voluntarios), así como el personal de los servicios de salud estén capacitados y ofrezcan la Primera Ayuda Psicológica a las víctimas

y personas con un elevado grado de sufrimiento, luego de una exposición a estresores intensos.

Acción Clave #4: Asegurar que los equipos de salud que están actuando como primera línea de contacto con la población (atención primaria) dispongan de capacidad para identificar y manejar los problemas psicosociales y de salud mental más frecuentes; así como que los servicios especializados se fortalezcan y se acerquen a la comunidad.

Acción Clave #5: Gestionar y apoyar las medidas de seguridad; así como aquellas orientadas a satisfacer las necesidades y derechos básicos de las personas con trastornos mentales, que están internadas en instituciones.

Acción Clave #6: Minimizar el daño relacionado al alcohol y las drogas

Acción Clave #7: Como parte de una recuperación temprana, iniciar los planes para desarrollar un sistema de salud mental comunitario sostenible.

Acción Clave #8: Contribuir a una apropiada comunicación de riesgo y gestión de la información en la respuesta a emergencias y desastres

Acción Clave #9: Garantizar la atención priorizada a condiciones identificadas de alto riesgo psicosocial

Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030

En marzo de 2015, en Japón, se celebró la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción del Riesgo de Desastres, y allí se ratificó la importancia de la salud como aspecto clave del Marco Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Este marco de Sendai "es el instrumento sucesor del Marco de Acción de Hyogo" y su objetivo es "la reducción sustancial del riesgo de desastres y de las pérdidas ocasionadas por los desastres, tanto en vidas, medios de subsistencia y salud como en bienes económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales de las personas, las empresas, las comunidades y los países" (UNISDR, 2015, p. 12). Dentro de las innovaciones que introduce el marco de Sendai respecto al de Hyogo se encuentra

principalmente el hacer énfasis en la gestión del riesgo de desastres en lugar de la simple gestión de desastres. En este sentido, los objetivos se han centrado en evitar que se produzcan nuevos riesgos y por ello la necesidad de reforzar la resiliencia. De los objetivos y medidas que se exponen para lograr estos fines queremos resaltar los siguientes a fin de mostrar el énfasis que realiza el marco en la necesidad de prever el riesgo:

-Es urgente y fundamental prever el riesgo de desastres, planificar medidas y reducirlo para proteger de manera más eficaz a las personas, a las comunidades y los países, sus medios de subsistencia, su salud, su patrimonio cultural, sus activos socioeconómicos y sus ecosistemas, reforzando así su resiliencia (UNISDR, 2015).

-Deben adoptarse medidas más específicas para luchar contra los factores subyacentes que aumentan el riesgo de desastres, como la pobreza y la desigualdad, el cambio climático y la variabilidad del clima, la urbanización rápida y no planificada, la gestión inadecuada de las tierras, y factores agravantes como los cambios demográficos, los arreglos institucionales deficientes, las políticas formuladas sin conocimiento de los riesgos, la falta de regulación e incentivos para inversiones privadas en la reducción del riesgo de desastres, las cadenas de suministro complejas, las limitaciones en cuanto a la disponibilidad de tecnología, la utilización no sostenible de los recursos naturales, el debilitamiento de los ecosistemas, las pandemias y las epidemias (UNISDR, 2015)

-Tiene que haber un enfoque preventivo del riesgo de desastres más amplio y más centrado en las personas. Las prácticas de reducción del riesgo de desastres deben contemplar amenazas múltiples y ser multisectoriales, inclusivas y accesibles para que sean eficientes y eficaces. Si bien cabe reconocer la función de liderazgo, regulación y coordinación que desempeñan los gobiernos, estos deben interactuar con los actores pertinentes, entre ellos las mujeres, los niños y los jóvenes, las personas con discapacidad, los pobres, los migrantes, los pueblos indígenas, los voluntarios, la comunidad de profesionales y las personas de edad, en el diseño y la aplicación de políticas, planes y normas (UNISDR, 2015).

-La aplicación del marco de Hyogo ha puesto de manifiesto varias carencias en el tratamiento de los factores de riesgo subyacentes, en la formulación de los objetivos y prioridades de acción, en la necesidad de promover la resiliencia frente a los desastres a

todos los niveles y en asegurar que se cuente con los medios de aplicación adecuados (UNISDR, 2015)

-El Marco se aplicará a los riesgos de desastres de pequeña y gran escala, frecuentes y poco frecuentes, súbitos y de evolución lenta, debidos a amenazas naturales o de origen humano, así como a las amenazas y los riesgos ambientales, tecnológicos y biológicos conexos. Tiene por objeto orientar la gestión del riesgo de desastres en relación con amenazas múltiples en el desarrollo a todos los niveles, así como en todos los sectores y entre un sector y otro (UNISDR, 2015).

Dentro de las prioridades del Marco de Sendai, nos interesa destacar que se plantea en el apartado "o") "Reforzar los planes de recuperación para prestar servicios de apoyo psicosocial y salud mental a todas las personas necesitadas".

Dentro de los principios rectores del marco, destacamos:

-La reducción del riesgo de desastres requiere la implicación y colaboración de toda la sociedad. Requiere también empoderamiento y una participación inclusiva, accesible y no discriminatoria, prestando especial atención a las personas afectadas desproporcionadamente por los desastres, en particular las más pobres. Deberían integrarse perspectivas de género, edad, discapacidad y cultura en todas las políticas y prácticas, y debería promoverse el liderazgo de las mujeres y los jóvenes. En este contexto, debería prestarse especial atención a la mejora del trabajo voluntario organizado de los ciudadanos.

- En la fase de recuperación, rehabilitación y reconstrucción después de los desastres, es fundamental prevenir nuevos desastres y reducir el riesgo de desastres mediante el principio de "reconstruir mejor" e incrementar la educación y la sensibilización públicas sobre el riesgo de desastres (UNISDR, 2015).

Nos parece importante resaltar cómo en sus conclusiones en el apartado de la prioridad 4 (aumentar la preparación para casos de desastre), el Marco Sendai expone que la preparación para las situaciones de emergencia y desastre refuerza directamente la resiliencia de la población:

Los desastres han demostrado que la fase de recuperación, rehabilitación y reconstrucción, que debe prepararse con antelación al desastre, es una oportunidad

fundamental para reconstruir mejor, entre otras cosas mediante la integración de la reducción del riesgo de desastres en las medidas de desarrollo, haciendo que las naciones y las comunidades sean resilientes a los desastres (UNISDR, 2015, p. 21).

Tras la 68ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas, se aprobó el Plan de acción para la reducción de riesgos y desastres 2016-2021 (OPS, 2016). El propósito principal de este plan de acción es "continuar fortaleciendo a la reducción del riesgo de desastres para evitar las muertes, las enfermedades, las discapacidades y el impacto psicosocial resultantes de situaciones de emergencia y desastres". De las líneas estratégicas de acción del Plan, nos interesa destacar el siguiente punto en el que se resalta la necesidad de incluir la salud mental:

Es de vital importancia establecer y fortalecer los equipos de respuesta a las emergencias y desastres a nivel nacional, subnacional y local, así como asegurar la capacitación y el entrenamiento práctico permanente de los miembros del Equipo Regional de Respuesta, particularmente en la aplicación de normas, protocolos y procedimientos de asistencia internacional en el ámbito de la salud, que incorporen además las necesidades en salud mental y rehabilitación (OPS, 2016, p. 7).

Concepto de Salud Mental y lineamientos OMS/OPS

¿Podemos hablar de Salud Mental?:

En inglés la palabra salud (*health*) se deriva de la palabra griega que significa "totalidad". A tal punto que, la conducta humana, uno de los principales ejes de las acciones en salud mental, desempeña un papel determinante en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad en general. En este sentido, la OMS afirma que la salud mental, como bienestar, es fundamental para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar sustento y disfrutar la vida (OMS, 2018).

Reflexionemos:

En el "Plan de Acción para la Prevención y control de las Enfermedades No transmisibles, (ENT) en las Américas 2013 – 2019", las acciones propuestas se centran en las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en la Región:

-Enfermedades cardiovasculares

-Cáncer

-Diabetes

-Enfermedades respiratorias crónicas,

Cuyos factores de riesgo comunes están directamente asociados al campo de incumbencias de la Salud Mental:

-Consumo de tabaco,

-Régimen alimentario poco saludable,

-Inactividad física y consumo nocivo de alcohol,

Se desprende claramente que "sin salud mental no hay salud"

La OMS plantea la salud mental como estado de bienestar. En sus estatutos, se define como "un estado de bienestar en cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (2018). Es evidente que a juzgar por los factores de riesgo comunes a las ENT prevalentes y que representan las causas actuales más frecuentes de morbimortalidad, las personas y comunidades fallan en su intento de afrontar las descritas como tensiones "normales de la vida". En este sentido, la dimensión positiva de la Salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: "La salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". En rigor de verdad, bajo esta definición resulta altamente improbable alcanzar los estándares de salud propuestos.

Según Jorge Rodríguez, la salud mental, la salud física y el funcionamiento social son componentes esenciales de la vida humana estrechamente relacionados e interdependientes (2009). En este sentido, expone Rodríguez, se han ensayado diferentes definiciones que abarcan el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía y competencias personales, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Bajo esta perspectiva, es interesante destacar que el concepto de salud mental no se puede reducir a la simple ausencia de síntomas psíquicos. Resulta insoslayable pensar en que el concepto de "salud" es indivisible, trabajar sobre la dimensión de la llamada Salud Mental impacta directamente sobre la dimensión de la llamada salud física y sobre la sociedad en su

conjunto. Va de suyo decir por ejemplo, que reducir el consumo de alcohol reduce los índices de violencia, de accidentes de tránsito o laborales, con lo que estos conllevan de impacto social en una comunidad.

Diez datos sobre salud mental

Para hacer más evidente la problemática de la salud mental, la OMS (2018) expone los siguientes "diez datos relevantes":

- 1) Se calcula que aproximadamente 20% de los niños adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales.
- 2) Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo.
- 3) Cada año se suicidan más de 800 mil personas (y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad).
- 4) La guerra y las catástrofes tienen efectos importantes en la salud mental y el bienestar psicosocial (la incidencia de los trastornos mentales tiende a duplicarse después de las emergencias).
- 5) Los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades y de lesiones no intencionales o intencionales (aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y viceversa).
- 6) La estigmatización y la discriminación de que son víctimas los enfermos y sus familiares disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de salud mental.
- 7) En la mayoría de los países son frecuentes las denuncias de violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental o psicológica.
- 8) Existen grandes diferencias en el mundo en la distribución de profesionales competentes en salud mental (los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeras psiquiatras por cada 100 mil habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor)
- 9) Para que aumente la disponibilidad de servicios de salud mental, hay que superar cinco obstáculos clave: la no inclusión de la salud mental en los programas de atención pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de la

salud mental; y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública.

10) Los recursos financieros que se necesitan para que aumenten los servicios son relativamente modestos.

En cifras generales, la OMS destaca que hay, en escala mundial, 450 millones de personas afectadas por trastornos mentales tales como depresión (150 millones), trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas (90 millones), epilepsia (38 millones) y esquizofrenia (25 millones). Por otra parte, casi un millón de personas se suicidan cada año.

Depresión: en el año 2000, los trastornos unipolares constituyeron la cuarta causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el mundo. Las proyecciones en escala mundial para el 2020 muestran que la depresión unipolar grave constituirá la segunda causa de AVAD, después de la cardiopatía isquémica. Se situará en primer lugar en los países en desarrollo y en tercer lugar en los desarrollados, lo que demuestra su importancia como tema de salud pública de primordial interés.

Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas: Según los cálculos de OMS, en todo el mundo, cerca de dos mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas y 76,3 millones podrían ser diagnosticadas de trastornos por consumo de alcohol. Estos trastornos acarrearán determinadas consecuencias sanitarias y sociales debidas tanto a la dependencia en sí como a los episodios de intoxicación aguda y a otros efectos bioquímicos del alcohol (Fleischmann y Saraceno, 2009). Además de las enfermedades crónicas que pueden afectar a los bebedores al cabo de muchos años, el alcohol tiene consecuencias inmediatas tales como los traumatismos, que a su vez pueden ocasionar una mayor morbilidad o mortalidad (Fleischmann y Saraceno, 2009). En términos generales, existe una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos. En cuanto a las drogas ilícitas, podemos decir que existen en el mundo unos 13,2 millones de consumidores de drogas inyectables, y aproximadamente entre 5 y 10% de las nuevas infecciones de VIH son consecuencia de la inyección de sustancias psicoactivas.

Suicidios: Como menciona la OMS en los diez datos sobre salud mental, el suicidio constituye una causa de muerte predominante en los adultos jóvenes y se considera un asunto importante de salud pública. A escala mundial, el suicidio está clasificado entre las tres principales causas de muerte en las personas de 15 a 34 años de edad (OMS, 2001).

Co-morbilidad: Consiste en la concomitancia de dos o más trastornos cuya combinación influye de manera significativa en el cuadro clínico, curso y desenlace del proceso patológico (Fleischmann y Saraceno, 2009). En este sentido, es interesante destacar que puede presentarse con diferentes trastornos mentales (por ejemplo, trastorno por consumo de alcohol con fobia social y trastorno de la personalidad). En el caso de la depresión grave, ésta se observa hasta en el 46% de las personas que padecen tuberculosis, mientras que en la población en general este tipo de depresión alcanza sólo a 10%. Fleischmann y Saraceno destacan la importancia de señalar que los trastornos mentales también pueden presentarse junto con diversos problemas sociales (por ejemplo, la esquizofrenia puede estar asociada con condiciones de vida deficientes y con la estigmatización) (2009). "La correlación entre trastornos mentales y pobreza puede describirse mejor si se considera como un círculo vicioso Cabe destacar que la inseguridad, el nivel educativo bajo, las condiciones de vivienda inadecuadas y la desnutrición contribuyen a la aparición de trastornos mentales" (Fleischmann y Saraceno, 2009, p. 15).

En síntesis, resulta evidente que no es posible separar la salud mental de la física, en realidad debemos poder "integrarlas" a la hora de planificar y ejecutar acciones sanitarias

La salud mental y los problemas sociales

Como propone la OMS, es importante considerar los determinantes sociales de la salud como "explicación de la mayor parte de las inequidades sanitarias", esto es, "de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre lo que los países en lo que respecta a la situación sanitaria" (OMS, 2015). En este sentido, se proponen tres recomendaciones generales: 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas, 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, y 3. La medición y análisis del problema. Dentro del Informe sobre la salud en el mundo 2008, que trata de la atención primaria de salud y se centra en las formas de mejorar la equidad sanitaria reformando los sistemas sanitarios y otros sistemas sociales, se insta a los Estados miembros a que "consideren la posibilidad de establecer

políticas de protección social integrales y universales, y que prevean el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria, y promuevan la disponibilidad y el acceso universales a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar”; además, se recomienda a los Estados a que “velen por el diálogo y la cooperación entre los sectores pertinentes y que aumenten la acción intersectorial” (OMS, 2008). Desde esta perspectiva, resulta un imperativo plantear una plataforma socio-sanitaria más amplia en la que se dé cuenta de la necesidad de un plan de salud mental en el que se considere la salud como consecuencia de un sistema complejo en el que intervienen diversos factores sociales, económicos, políticos y culturales.

Según la OMS, la salud mental de la población está influida por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud: las políticas gubernamentales tienen una influencia sobre muchos de estos factores y pueden tener efectos tanto negativos como positivos en la salud mental. En el informe sobre la salud mundial 2001, se hacen relevantes los siguientes factores:

-La pobreza. Según Virginia Moreira, la pobreza es un “trauma colectivo” y a su vez un generador de trauma: “fomenta la desesperanza y es parte de un injusto e inicuo aparato social que hiere, traumatiza y aniquila la dignidad humana” (Moreira, 2007, p. 3). Las personas que viven en condiciones de pobreza tienen mayor probabilidad de padecer estrés y tener una alta prevalencia de trastornos mentales. En el informe sobre salud en el mundo 2001, la OMS muestra el siguiente cuadro en el que se da cuenta del círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales:

-La urbanización caótica y no planificada, asociada con un incremento de los trastornos mentales. Aumenta el riesgo de carecer de vivienda adecuada y se acentúan las consecuencias de la pobreza y la exposición a adversidades ambientales; además, trastoca los modelos tradicionales de vida familiar y reduce el apoyo psicosocial.

-La carencia de vivienda. Además de aumentar el riesgo, puede ser consecuencia de los trastornos mentales.

-El desempleo. Aumenta el riesgo de depresión y está asociado con el abuso del alcohol y los comportamientos autodestructivos.

-Las condiciones laborales. Son determinantes para la promoción y preservación de la salud mental de los trabajadores

-La educación. Tiene un papel determinante en la futura salud mental de las personas.

-La legislación penal y el sistema penitenciario. Las personas con ciertos trastornos mentales están en mayor riesgo de entrar en contacto con la justicia; por otra parte, la población carcelaria tiene mayores probabilidades que la población general de desarrollar desajustes psicológicos (Rodríguez, 2009).

Otro factor importante a considerar es la violencia. Según datos de la OMS, la violencia produce más de 1,4 millones de muertes en el mundo (OMS, 2014). El 90% de las muertes debidas a la violencia se produce en países de ingresos bajos y medios. Por cada muerte debida a la violencia hay decenas de hospitalizaciones, cientos de consultas a los servicios de urgencias y miles de consultas médicas. El impacto sanitario de la violencia cuenta entre sus efectos a largo plazo los trastornos mentales, como la depresión, los intentos de suicidio, los síndromes de dolor crónico, los embarazos no deseados, el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Ante este escenario, es necesario entender que la violencia es prevenible y se puede reducir su impacto. Dentro de las estrategias planteadas por la OMS, se resalta la necesidad de crear estrategias centradas en factores sociales que contemplen el ámbito de la Salud Mental como base fundamental para prevenir la proliferación de la violencia y el riesgo de aumentar las enfermedades que se derivan de las prácticas despóticas.

La salud mental y los problemas psicosociales en emergencias implican mucho más que el Trastorno por estrés postraumático (TEPT) o depresión causada por el desastre. Una atención selectiva que se preocupa solo de estos dos problemas es inapropiada, porque ignora muchos otros problemas de SMAPS en emergencias, y tiende a ignorar los recursos y sistemas de apoyo tradicionales de la población.

Principales problemas sociales:

Preexistentes	-Pobreza extrema -Pertener a un grupo discriminado o marginalizado -Opresión política
---------------	---

Inducidos por la emergencia	-Separación familiar -Interrupción de redes sociales -Destrucción de estructuras comunitarias -Aumento de la violencia de género
Inducidos por la ayuda humanitaria	-Socavando estructuras comunitarias o mecanismos de apoyo tradicionales

Principales problemas psicológicos:

Pre-existentes	-Trastornos mentales graves -Abuso de alcohol
Inducidos por la emergencia	-Dolor, duelo
Inducidos por la ayuda Humanitaria	-Ansiedad debida a la falta información sobre la distribución de comida y otros programas

Impacto de Desastres en la Prevalencia de Trastornos mentales (OMS/OPS, 2016):

	ANTES DEL DESASTRE: 12-meses prevalencia	DESPUES DEL DESASTRE: 12-meses prevalencia
Trastornos severos (ej, psicosis, depresión grave, trastornos de ansiedad gravemente discapacitantes)	2-3%	3-4%
Trastorno mental leve o moderado (ej, trastornos de depresión y ansiedad livianos o moderados)	10%	15% - 20% (se reduce con el tiempo)
Reacciones de estrés "normal" (no trastorno)	No hay estimado	Porcentaje alto (reduce con el tiempo)

Con los datos expuestos, podemos entender que la salud mental es un problema colectivo, agotarlo en el sujeto conduce a concepciones muy estrechas del sufrimiento psíquico. Para alcanzar la salud no basta con buscar la optimización de los rendimientos y calidades de funciones asistenciales, sino que implica identificar las condiciones que surgen de la realidad social y su necesaria transformación.

Limitaciones del modelo asistencial

El modelo de asistencia clínica "se centra en el enfermo como asiento individual de la patología" (Desviat, 2012, p. 22). Según Abella y Amaral (2011) podemos resumir el modelo asistencial como "forma hegemónica" de los sistemas de salud en los siguientes puntos:

- Biologismo, a-historicidad, a-socialidad, individualismo, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia.
- Concepción de salud como normalidad estadística.
- Eficacia pragmática: práctica curativa basada en la eliminación del síntoma. Relación médico-paciente asimétrica: subordinación social y técnica del paciente, que detenta un "saber equivocado".
- Medicalización de problemas. Racionalidad científica como criterio de legitimidad y de exclusión de otros modelos. Concepción mecanicista del ser humano.
- Separación entre las partes y el todo: mente/cuerpo; individuo/sociedad.
- Búsqueda de certidumbres y verdades absolutas.
- Concepción de causalidad lineal. Subvaloración de la subjetividad.

Los sistemas de salud están concebidos y organizados para responder a los casos agudos (modelo hospitalario) y cuando se ha resuelto esta fase, el paciente entra en un limbo, en el que no están definidas las infraestructuras, los recursos humanos, aptitudes y responsabilidades que pudieran facilitar su atención adecuada. Según Fleischmann y Saraceno, se requiere un cambio radical para pasar de una atención a corto plazo a otra a largo plazo que en lugar de utilizar un abordaje biomédico adopte uno de carácter biopsicosocial (2009). Este último debe incluir en particular la dimensión social, darle especial relevancia a la comorbilidad y estar vigente no sólo en el nivel primario de

atención, sino también en los niveles secundario y terciario. En otras palabras, "es preciso lograr un cambio radical mediante el cual se pase de un modelo centrado en la ubicación espacial de proveedor (por ejemplo los hospitales, servicios de consultas externas o consultorios) a otro, centrado en la dimensión temporal del cliente" (Fleischmann y Saraceno, 2009) La responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño, la "curación", sino hacerse cargo del cuidado sanitario de la población. Importan los casos que prevalecen, no sólo los que se "curan". Como plantea Desviat, el sujeto de la intervención sanitaria se traslada del sujeto enfermo a toda la población (2012). Lo que va a suponer tres desplazamientos:

- 1) Del sujeto enfermo a la comunidad
- 2) Del hospital a la comunidad
- 3) Del psiquiatra al equipo

En palabras de Jacques Hochmann, la difusión de tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico. En este sentido, se hacen necesarios instrumentos de diagnóstico comunitario y nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables, intervenciones en crisis (Desviat, 2012).

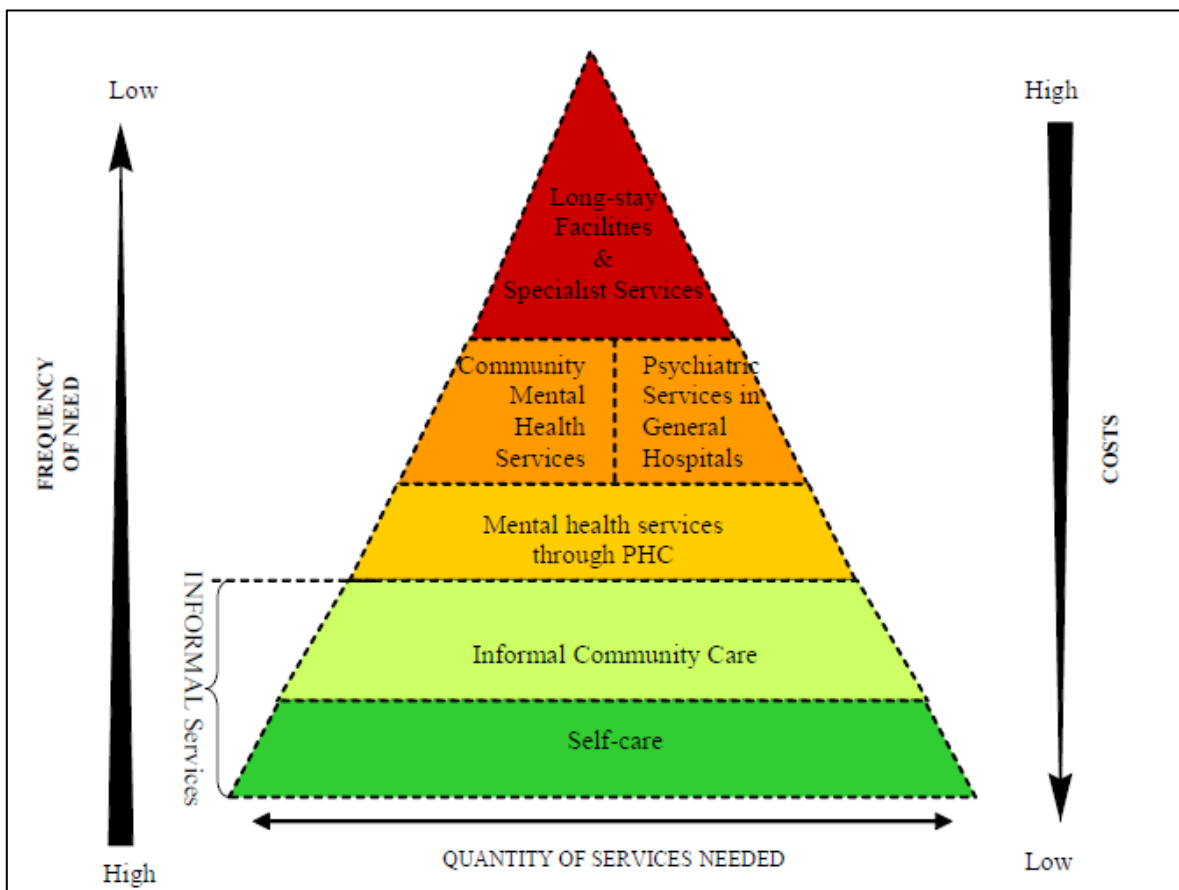
Algunas consideraciones sobre el enfoque de la Salud mental comunitaria

Según Annika Sweetland y Alex Cohen, aunque generalmente se asocia el concepto de "comunidad" a un conjunto de personas que comparten un mismo espacio geográfico, en el contexto de la salud pública, las comunidades a las que van dirigidas las intervenciones constituyen también otros tipos de colectividades (como escuelas, fábricas o clubes sociales). En ese sentido, el concepto de comunidad engloba no solo al conjunto de personas que la forman, sino también las complejas relaciones sociales que existen entre sus miembros, el sistema que profesan y las normas sociales que la rigen (A. Sweetland, A. Cohen, 2009).

Según la OMS, "la atención de salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud general en entornos comunitarios. Las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados" (OMS, 2003). Como explican M. Funk, Edwig Faydi, Natalie Drew y A. Minoletti el modelo

comunitario se propone integrar en la atención general de la salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud(educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social, entre otros)los servicios de salud mental. El modelo comunitario, por consiguiente, requiere de la participación y el compromiso activos, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos y los profesionales de otros sectores (2009).

En la pirámide de la combinación óptima de los servicios de salud mental (ONS/WONCA) se puede ver cómo se hace énfasis en la atención comunitaria:



Desde este punto de vista, las recomendaciones OMS en *The optimal mix of services*, (2007) son:

- | |
|---|
| 1. Reducir el número de hospitales psiquiátricos. |
| 2. Establecer servicios comunitarios de salud mental. |

3. Crear servicios de salud mental en los hospitales generales.
4. Integrar la salud mental en la atención primaria de la salud.
5. Crear servicios comunitarios de salud mental no formales.
6. Promover el autocuidado.
7. Fomentar la colaboración intrasectorial e intersectorial.

Una de las principales justificaciones para orientar los servicios hacia un modelo comunitario de atención de salud mental son los mejores resultados desde el punto de vista social y de salud que pueden lograrse para las personas con trastornos mentales tratadas en sus comunidades. Según Funk *et al*, "las personas a las que se les presta una adecuada atención comunitaria muestran mejores condiciones de salud general y mental y gozan de una mejor calidad de vida que las tratadas en instituciones" (2009). Esto se atribuye a las ventajas de:

-Accesibilidad.

-Asequibilidad.

-Aceptabilidad.

-Atención holística.

Intervenciones en la comunidad

De acuerdo con Gofin y Levav (2009), las acciones de salud mental en la comunidad son de dos tipos: clínicas y **específicamente comunitarias**. Las etapas en el proceso de intervención en la comunidad son:

a) Examen preliminar de la comunidad: consiste en una primera identificación de las necesidades de salud mental (en rigor, de salud en general), que presenta la comunidad en la exploración de los recursos existentes para atenderlas y en el reconocimiento de las características demográficas, sociales y culturales de la comunidad.
b) Diagnóstico comunitario. En esta etapa, se estudia la distribución de un trastorno en la comunidad y sus condiciones determinantes. Su control o modificación es el objetivo central que intenta lograr el programa.
c) Plan de acciones o programa. En su concepción se otorga importancia a los

siguientes características: lograr un máximo de impacto (eficacia) con un mínimo de costo (eficiencia), asegurando que los más necesitados sean privilegiados con los mayores beneficios del programa (equidad).

d) Implementación del programa. Esta es la etapa en que se busca la estrategia más apropiada para poner en práctica el programa, procurando que la comunidad sea receptiva y que participe activamente de una u otra manera (UNICEF, 1988). La implementación del programa presenta dos componentes: por un lado, todas las actividades de intervención dirigidas a la comunidad, y por el otro, la organización de un registro de esas actividades que, eventualmente, permitirá efectuar su evaluación.

e) Vigilancia del estado de salud mental de la comunidad. Es la acción continua durante la implementación del programa que permite la identificación rápida de los cambios de salud como consecuencia del programa u otras causas (por ejemplo, cambios determinados por un desastre natural).

f) Evaluación de la asistencia provista. Los resultados obtenidos en las acciones e) y f) ofrecen al trabajador en salud mental (TSM) la información necesaria para encarar g).

g) Toma de nuevas decisiones. Un reexamen de la situación en salud permitirá la reflexión con respecto al curso y resultados del programa de ejecución, como base de decisiones para acciones futuras.



Dentro de los lineamientos planteados por la OMS para formular un plan de Salud Mental, se menciona que la salud mental suele estar imbricada dentro de un complejo cuerpo de políticas sociales, de salud, y de bienestar. El campo de la salud mental se ve afectado por una gran variedad de políticas, estándares e ideologías que no están directamente relacionadas con la salud mental. Cuando se está formulando una política de salud mental, es necesario valorar el entorno físico y social en el que viven las personas, para potenciar sus efectos positivos. Es asimismo necesario asegurar la colaboración intersectorial de tal forma que se obtengan beneficios de los programas de educación, sanidad, de las políticas de bienestar y empleo, del mantenimiento de la ley y el orden de las políticas orientadas específicamente a los jóvenes y a la tercera edad, así como de la vivienda, la planificación territorial y los servicios municipales (OMS, 2005).

Recomendaciones OMS/OPS: Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias

Este manual (2002) ha sido uno de los pilares sobre los que se diseñaron las primeras acciones del plan de implementación de la Red PROSAMIC. Se intentaron seguir sus recomendaciones. A saber:

-Los gobiernos y la sociedad civil deben colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los desastres naturales, conflictos armados y otras Emergencias.
-Evitar una "psicologización" de la ayuda o una medicalización del sufrimiento.
-Desarrollar un modelo de atención comunitaria en salud mental.
-Desarrollar el trabajo de prevención, estimular los recursos autóctonos y reconstruir las redes sociales. Se debe enfatizar en la eliminación o reducción de condicionantes y elementos estresores, a la vez que se estimulan los factores protectores y de apoyo.
-Actuar sobre el comportamiento colectivo y lograr una comprensión adecuada de la relación entre salud mental y derechos humanos.
-Compromiso para el acompañamiento de la gente, sistemático y desde una perspectiva humanitaria.
-Lograr que lo psicosocial se convierta en un eje transversal que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia.
-Fortalecer los procesos de coordinación multisectorial e interinstitucional.
-Apoyar los procesos de formación y recalificación del personal.
-Promover la difusión de información y el intercambio de las experiencias y lecciones aprendidas
-No pensemos solo en la psicopatología, también en la amplia gama de problemas de alto contenido social.
-La necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental.
-Los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos -en gran proporción- por personal no especializado.

En el mismo documento, se muestra un enfoque respecto a la Salud Mental y las Emergencias (2002, p. 19):

Salud Mental	Emergencias
Desarrollo de programas nacionales de Salud Mental	Enfoque de gestión de riesgo, que significa un abordaje preventivo dirigido a eliminar o reducir la posibilidad de sufrir daños
Inserción del componente psicosocial en la APS	Desarrollo de planes y estructuras organizativas en el sector salud para manejo de desastres
Descentralización de los servicios de atención psiquiátrica	Asistencia sanitaria eficiente y compatible con las necesidades de la población
Desplazamiento del hospital psiquiátrico como eje fundamental de la atención en Salud Mental	Reconocimiento del componente salud mental como parte de la respuesta en situaciones de emergencia
Evolución de un modelo de atención medicalizado y centrado en el daño, hacia otro integral y de base comunitaria	

Problemas comunes en el área de la salud mental:

Según este mismo documento de OPS, las experiencias en diferentes países de Latinoamérica han permitido identificar algunos problemas comunes en el área de la salud mental, como son:

- Ausencia, en muchas ocasiones, de un programa nacional de salud mental; el tema no está incluido en los planes de salud en situaciones de emergencia.
- Dificultades de la población afectada para acceder a una atención especializada, ya que la misma está concentrada en los hospitales psiquiátricos.
- Pobre preparación de los trabajadores de atención primaria en salud, para el abordaje de los efectos psicosociales de los desastres (2002, p. 11)

- Dificultades de coordinación entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones comunitarias.

-Se encuentra documentado que los hospitales psiquiátricos, en situaciones de desastres y otras emergencias, no resuelven las necesidades de salud mental de la población, por el contrario, la dificultan; se suma el estigma que tiene del "manicomio" y el estar alejados cultural y geográficamente del lugar donde están las personas que necesitan ayuda.

-Las lecciones aprendidas apuntan hacia el desarrollo y/o fortalecimiento de un modelo de atención de salud mental de base comunitaria, que permita brindar un servicio oportuno de amplia cobertura, así como que integre y coordine los diferentes actores sociales implicados en la atención de emergencia. La experiencia ha demostrado que el objetivo es acercar los servicios a la población afectada.

Existen diversos mitos que condicionan negativamente las intervenciones improvisadas:

MITOS	REALIDADES
Los problemas psicosociales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su impacto es reducido.	En situaciones de desastres naturales y emergencias se genera una importante problemática psicosocial, en especial entre la población que fue más damnificada o afectada. Esto incluye el incremento de la morbilidad psiquiátrica.
Se requiere de personal y servicios especializados, como condición indispensable para afrontar la problemática de salud mental.	La principal estrategia es el fortalecimiento y capacitación de la red de APS, agentes comunitarios y voluntarios que son la primera línea de contacto con la población; se eleva así su nivel de resolutivez.
Los hospitales son los más importantes centros de salud para atender los trastornos psíquicos.	La APS es el eje fundamental en que el sector salud debe abordar la problemática de salud mental.
Estigma y aislamiento social: "los enfermos mentales deben ser aislados u	Los trastornos psíquicos abarcan una amplia gama de problemas, desde

hospitalizados".	emocionales ligeros hasta severas demencias. Sin embargo, la mayoría de ellos pueden ser atendidos ambulatoriamente en la propia comunidad, tienen buen pronóstico y se recomienda como la principal medida de rehabilitación la reincorporación a la vida cotidiana.
Los trastornos psíquicos tienen una evolución crónica y la eficacia de los medios terapéuticos es muy reducida.	El desarrollo actual de las ciencias de la conducta permiten disponer de múltiples tecnologías de intervención (medicamentosas, psico-terapéuticas, sociales, etc.).
La frecuencia de psicosis (locura) se incrementa durante los desastres.	La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados no han encontrado un aumento significativo de las psicosis en situaciones de desastres, excepto la descompensación de trastornos preexistentes.
Los trastornos psíquicos no son prevenibles	Existen medidas educativas y otras que pueden reducir el riesgo de padecer trastornos psíquicos y fortalecer los mecanismos de afrontamiento individual y social.
El trastorno por estrés postraumático es la afección psíquica más frecuente en los desastres y otras emergencias.	El estrés postraumático es uno de los cuadros que puede observarse en el periodo post-crítico. Pero una gran proporción de los cuadros que encontramos son depresivos, ansiosos o de otra índole.
En situaciones de emergencias son frecuentes los estados colectivos de pánico.	El pánico colectivo es poco frecuente y aparece solo en determinadas circunstancias.
La atención en salud mental - durante los	La estrategia de abordaje de la salud

desastres y otras emergencias - requiere de suministros adicionales de medicamentos (psicofármacos).	mental en los desastres no está centrada en la terapia individual con uso de psicofármacos, aunque esto no excluye que algunos casos requieran de medicamentos.
La violencia y la agresividad no son frecuentes en los albergues.	La mayoría de los estudios reflejan un incremento de las conductas violentas y el uso excesivo o abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
La atención en salud mental debe ser reservada a personal calificado del país, que conoce el idioma, la cultura e idiosincrasia de la población.	Es una verdad parcial. Por lo general, en los países hay recursos calificados que pueden ser movilizados y tienen la ventaja del conocimiento local. Debe evaluarse cuidadosamente las necesidades reales de personal especializado del exterior.
La ubicación de los damnificados y víctimas en albergues o asentamientos temporales es una alternativa de primer orden.	Es la peor opción.
La población afectada está tan indefensa y conmocionada que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia.	Muchas personas están dispuestas ayudar y actúan de forma generosa. La auto-responsabilidad y la participación social son principios básicos para la recuperación psicosocial.

Hacia un Plan de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres

Las recomendaciones OPS "Hacia un Plan de Salud Mental en Emergencias y Desastres" (2002) formaron parte importante dentro de las referencias para la formulación del Plan de la Red PROSAMIC. Dentro de su planteamiento destacamos:

Razones para tener un Plan Salud Mental y Apoyo Psicosocial:

-La Salud Mental es un componente integral del sistema de salud

-El plan de salud mental durante desastres debe de ser parte del plan nacional de desastres.

-Garantiza los servicios de salud mental antes, durante y después del desastre.

Las sugerencias sobre el contenido de un Plan:

1. Acciones y preparativos

-Planificación, organización de respuesta y capacitación del personal

2. Evaluación rápida de las necesidades de salud mental después de un desastre

-Análisis de Situación de Salud Mental

-Evaluación de los servicios de Salud Mental y programas

-Determinación de prioridades

3. Primera Ayuda Psicológica

4. Servicios especializados reservados a casos especializados

-Evaluación de los RH existentes y su distribución, la cobertura que ofrecen y la red de apoyo existente

5. Capacitación del personal de salud

6. Educación para la salud de la población

7. Comunicación Social

8. Coordinación intersectorial

9. La organización comunitaria, la participación social, y la promoción de la autosuficiencia

10. Sistema de recolección de datos, indicadores y seguimiento

Se remarca la importancia de contar con procesos de Evaluación e Indicadores:

-Una valiosa base sobre la que desarrollar indicadores de salud mental durante las emergencias y desastres, sería la existencia de un sistema de vigilancia y recopilación de datos confiable que funcione durante tiempos normales.

Destacando que los problemas psicosociales en desastres o emergencias no son únicamente un problema para el sector de la salud; sino que también involucran a otros sectores. Y que deben darse claras indicaciones para actuar en el momento agudo considerando las siguientes prioridades:

- Ayuda humanitaria y social
- Consejería a la población y grupos de riesgo
- Comunicación social
- Manejo de instituciones y servicio psiquiátrico
- Identificación y manejo de casos con trastornos psíquicos

Proponen que el Plan De Acción Y Apoyo Psicosocial Durante Los Desastres contemple:

- Objetivo del plan
- Introducir y desarrollar la salud mental
- Ofrecer una respuesta al componente psicosociales de la población.
- Promover la toma de decisiones informadas en base a procesos evaluativos y sistemáticos

Siendo los Principios que deberían regir este plan:

1. Una estrategia interdisciplinaria y multisectorial;
2. La participación social;
3. Un enfoque basado en:
 - a. la vulnerabilidad y el riesgo;
 - b. los derechos humanos;
 - c. la consideración de las características étnicas, lingüísticas y culturales;
 - d. la equidad de género

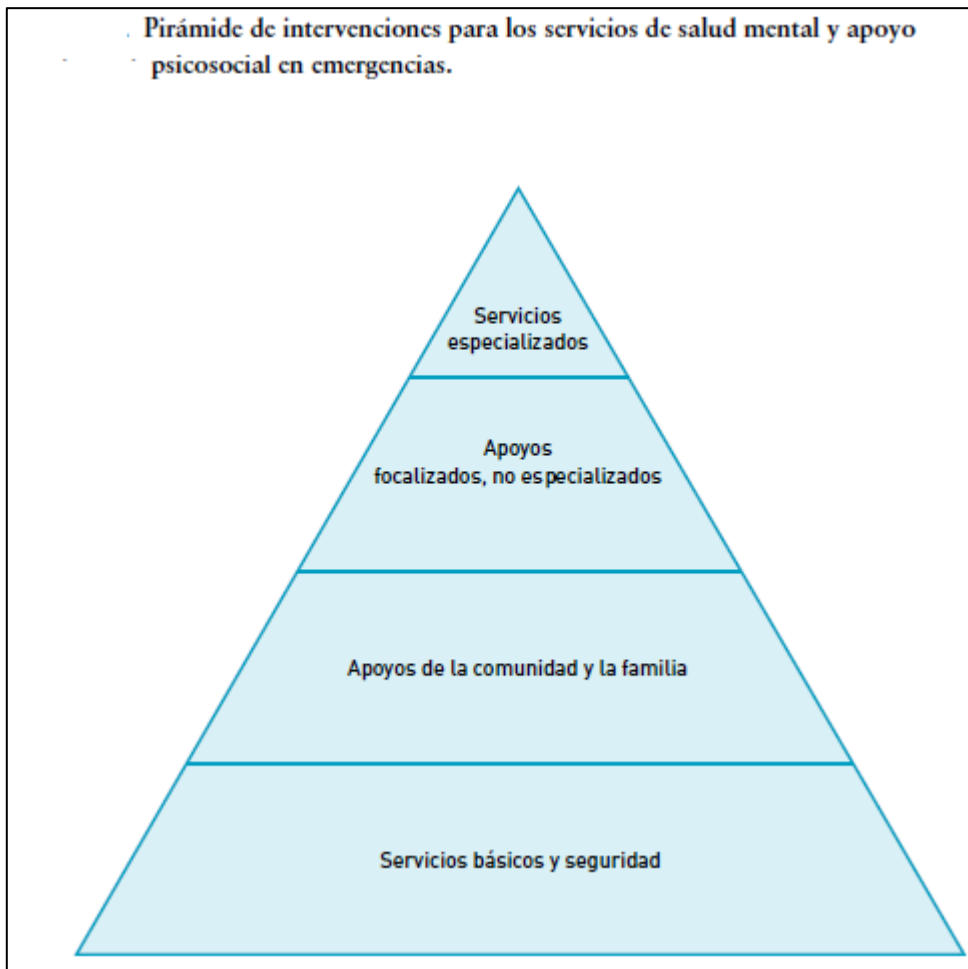
Guía IASC

La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (IASC, 2007) establece importantes directrices para que quienes participen en acciones de ayuda humanitaria , planifiquen, establezcan y coordinen un conjunto mínimo de respuestas multisectoriales para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que atraviesan por situaciones de catástrofe. Por ello, “ofrece asesoría sobre los elementos clave que permiten un enfoque integrado para abordar las cuestiones más urgentes de la salud mental y bienestar psicosocial en emergencias y desastres”.

Dentro de sus directrices, para la conformación de la Red PROSAMIC, destacamos:

Coordinación:
-Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Diagnóstico de la situación:
-Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial.
Protección y normas de los derechos humanos:
-Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
Organización de la comunidad y apoyo comunitario:
-Facilitar el apoyo psicosocial y los recursos propios de las comunidades.
Servicios de Salud:
-Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud
Educación:
-Mejorar el acceso a una educación segura y que sea fuente de apoyo
Difusión de información
-Proporcionar acceso a información sobre recursos y estrategias

Las bases para estas estrategias de intervención pueden verse gráficamente en el siguiente cuadro:



También es relevante resaltar lo señalado en la bibliografía consultada sobre la caracterización del “Desastre como oportunidad”, esta dimensión es incorporada a las intervenciones en SMAPS. Como consecuencia del desastre, el país/región recibe atención especial y apoyo promoviendo:

Ventanas de oportunidad para desarrollar y/o fortalecer el sistema de salud mental

-La importancia de tener, en cuanto las condiciones lo permitan, una visión a medio y largo plazo al planificar e implementar intervenciones;

-De ese modo se podrá mejorar la efectividad y sostenibilidad de esas intervenciones.

La Guía IASC también aprovecha la experiencia recogida en muchas emergencias diferentes para señalar algunas acciones como aconsejables, así como otras que deberían

ser evitadas. A continuación se las enumera bajo los títulos "lo que debe hacerse" y "lo que no debe hacerse", respectivamente:

Lo que debe hacerse	Lo que no debe hacerse
Establecer un grupo general de coordinación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS)	No deben crearse grupos separados para servicios de salud mental o apoyo psicosocial o grupos que no se comuniquen o no se coordinen recíprocamente
Apoyar una respuesta integrada, participando en reuniones de coordinación y agregando valor al complementar la labor de los demás.	No trabajar aisladamente o sin considerar de qué manera el propio trabajo armoniza con el de los demás.
Recopilar y analizar información a fin de determinar si se necesita una respuesta y, en caso afirmativo, qué tipo de respuesta.	No duplicar los diagnósticos de situación pero tampoco aceptar acríticamente los datos preliminares.
Ajustar los instrumentos de diagnóstico de la situación al contexto local.	No utilizar instrumentos de diagnóstico de situación que no hayan sido validados en el contexto local.
Reconocer que las personas resultan afectadas por las emergencias de maneras diferentes. Muchas personas son resistentes y pueden funcionar bien, mientras que otras tal vez resulten gravemente afectadas y pueden necesitar apoyos especializados.	No presumir que todos quienes están en una situación de emergencia han sido traumatizados, ni que las personas aparentemente resistentes no necesiten apoyo.
Formular preguntas en el idioma o los idiomas locales y de manera segura y amigable que respete el carácter confidencial.	No duplicar las evaluaciones de la situación ni formular preguntas muy inquietantes, sin ofrecer apoyo ulterior.
Prestar atención a las diferencias por motivos de género.	No presumir que las experiencias afectan a hombres y mujeres (o a niños y niñas) exactamente de la misma manera, ni que los programas formulados en beneficio de los hombres serán igualmente beneficiosos o accesibles para las mujeres.
Cerciorarse de las referencias al contratar personal y voluntarios y fomentar la capacidad del nuevo personal recurriendo a los residentes locales y/o la comunidad afectada.	No emplear prácticas de contratación que debiliten gravemente las estructuras locales existentes.
Después de impartir capacitación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial, es preciso proporcionar supervisión y seguimiento ulteriores para	No impartir cursos de capacitación aislados o por única vez, o cursos muy breves, sin un seguimiento, cuando se trata de preparar a las personas para que realicen

velar por que las intervenciones se realicen correctamente.	complejas intervenciones de índole psicológica.
Facilitar la formulación de programas que sean apropiados y administrados por la comunidad y dirigidos por ésta.	No emplear un modelo caritativo que considere que los miembros de la comunidad son principalmente receptores de servicios.
Fomentar las capacidades locales, apoyando la autoorganización y fortaleciendo los recursos ya presentes en los grupos afectados.	No organizar apoyos que menoscaben o hagan caso omiso de las responsabilidades y capacidades locales.
Conocer las prácticas culturales locales y, según proceda, utilizarlas en apoyo de los residentes locales.	No presumir que todas las prácticas culturales locales son útiles ni que todos los residentes locales apoyan determinadas prácticas.
Emplear métodos ajenos a la cultura cuando esto sea apropiado.	No presumir que los métodos aportados del exterior son necesariamente mejores, ni imponerlos a los residentes locales de maneras que marginen las prácticas y las creencias locales sobre las formas correctas de apoyo.
Fomentar las capacidades gubernamentales e integrar la atención de la salud mental para sobrevivientes de emergencias en los servicios de salud para la población en general así como, si éstos existen, en los servicios de salud mental comunitaria	No crear servicios paralelos de salud mental para determinados subgrupos de población.
Organizar el acceso a diversos servicios de apoyo, incluyendo los primeros auxilios psicológicos, en beneficio de personas en estado de angustia después de haber estado expuestas a acontecimientos extremos.	No proporcionar sesiones únicas y aisladas de apoyo psicológico a miembros de la población en general con carácter de intervención inmediata después de que la gente haya estado expuesta a conflictos o desastres naturales.
Capacitar y supervisar a agentes de atención primaria de salud y de atención a la salud en general recomendando buenas prácticas de prescripción de medicamentos y de apoyo psicológico básico.	No proporcionar medicamentos psicotrópicos ni apoyo psicológico cuando no se cuenta con capacitación y supervisión.
Utilizar medicamentos genéricos que figuran en la lista de medicamentos esenciales del país.	No introducir nuevos medicamentos de marca cuando no se estén utilizando con anterioridad.
Establecer sistemas eficaces de remisión a servicios de mayor complejidad y de apoyo a personas gravemente afectadas.	No establecer sistemas de detección de personas que padecen trastornos mentales si no se cuenta con servicios apropiados y accesibles para las personas que se individualizan.
Elaborar soluciones para la atención que sean apropiadas localmente, en beneficio	No recluir a las personas en instituciones (salvo cuando una institución sea

de personas que corren el riesgo de ser reclusas en instituciones.	transitoriamente un último recurso incuestionable para proporcionar atención y protección básicas).
Colaborar con los funcionarios de comunicación de los distintos organismos a fin de promover una comunicación bidireccional con la población afectada, así como con el mundo exterior.	No utilizar a los funcionarios de comunicación de los organismos únicamente para comunicarse con el mundo exterior.
Utilizar los medios de comunicación de masas para proporcionar información fidedigna que reduzca el estrés y posibilite que las personas tengan acceso a servicios de asistencia humanitaria.	No crear ni mostrar en los medios de difusión imágenes sensacionalistas del padecimiento de la gente, o que conlleven crear nuevos riesgos para las personas.
Procurar integrar las consideraciones psicosociales en todos los sectores de la asistencia humanitaria.	No centrarse exclusivamente en actividades clínicas, si no se ha desarrollado una respuesta multisectorial.

Tras esta breve exposición de los marcos de gestión para la reducción de riesgo de desastres y los lineamientos de salud mental propuestos por OMS/OPS, se hace evidente cómo en las instancias internacionales desde los marcos de Hyogo-Sendai se enfatiza el carácter preventivo que deben tener las políticas públicas de salud respecto al tratamiento de las emergencias y desastres. Sabemos también que una de las principales formas de prevenir nuevos desastres, y por tanto fortalecer la resiliencia, radica en la necesidad de proteger y promover la salud mental de la población. En este sentido, la formación de la Red PROSAMIC ha funcionado como una articulación de estos planteamientos para concebir una respuesta de política pública y de acción programática que representa la integración de los principios de gestión para la reducción del riesgo en emergencias y desastres con los lineamientos de salud mental.

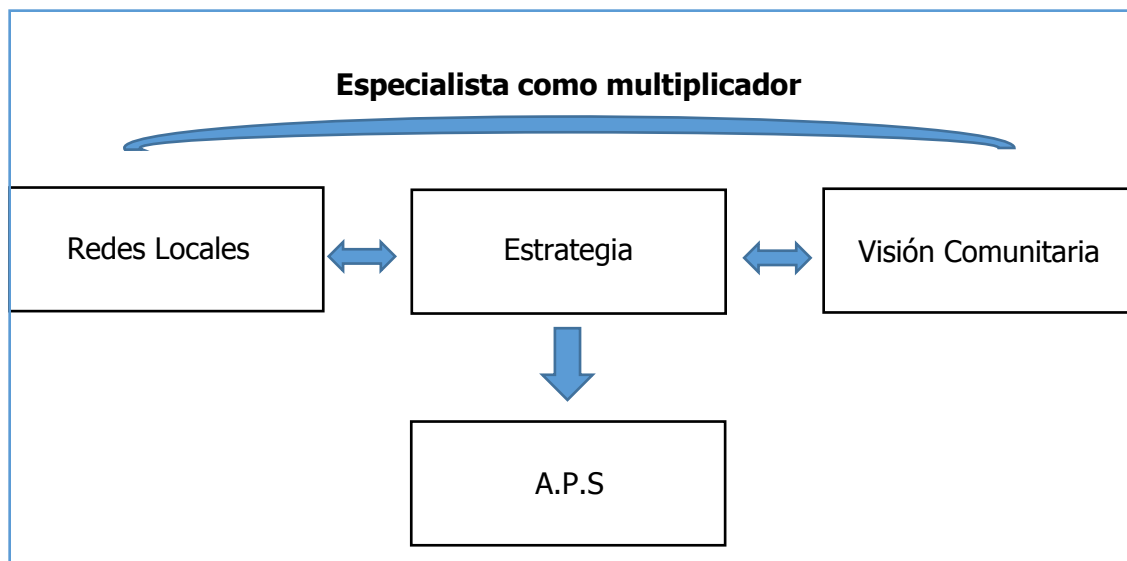
Descripción del estudio de caso

INTRODUCCIÓN

Siguiendo la metodología de estudio de caso, en este capítulo se describirá pormenorizadamente la creación, desarrollo e implementación de la Red PROSAMIC, desde su creación en el año 2005 hasta fines de 2017. Cabe señalar que la descripción incluye mi condición de fundadora y coordinadora del "caso a describir". Me propongo mostrar la necesaria integración de los lineamientos de salud mental comunitarios, con los principios de salud mental en emergencias y desastres (OMS/OPS) y los Marcos de gestión de Riesgo internacionales (Hyogo y Sendai) en las acciones de un Plan de Salud mental en emergencias y desastres para el desarrollo de resiliencia tanto en las personas como en las comunidades.

Tendremos en consideración las siguientes premisas básicas :

-Que el especialista debe actuar como agente multiplicador, tal como se muestra en el siguiente cuadro (OPS, 2002):



-Que según la ley de Hansel, la efectividad de la intervención en crisis y el apoyo psico-social aumenta en función de la proximidad tanto física como temporal de la ocurrencia de la emergencia o desastre.

-Que existe un fuerte argumento a favor de proveer Primeros Auxilios Psicológicos tan pronto como sea posible después de un evento traumático (Bisson et al, 2000).

-Que en la noción de "salud mental" en las emergencias y desastres debe incluirse:

- ✓ Ayuda humanitaria y social.
- ✓ Consejería a la población y grupos de riesgo.
- ✓ Comunicación social.
- ✓ Manejo de instituciones y servicios psiquiátricos.
Identificación y tratamiento de casos con trastornos psíquicos.

CONTEXTO EN ARGENTINA

Como hemos mencionado en la sección de antecedentes "La salud en el país", el contexto nacional al año 2005, fecha en la que se inició la creación de PROSAMIC, no se cumplía con el indicador OMS ítem 1.2.4 (WHO-AIMS, 2005). Según los registros existentes, a comienzos del siglo XXI no se contaba con la aplicación de un programa de salud mental en emergencias y desastres que estuviera bajo los lineamientos OMS/OPS en la República Argentina.

IMPLEMENTACIÓN DE LA RED PROSAMIC

Antecedentes de la implementación del plan de salud mental en emergencias y desastres

EL ORIGEN

Finales de Diciembre de 2004, ocurre uno de los mayores desastres vividos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se produce el incendio de una Discoteca llamada Ciudad de Cromagñon, dejando un saldo de más de 194 personas fallecidas, miles de afectados directos, familiares y una comunidad toda. Es a raíz del severo impacto en la población, que me es encomendada desde la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires, el diseño, planificación y dictado de la capacitación y supervisión a

los servicios especializados del conurbano Bonaerense que tendrían a su cargo la asistencia de los sobrevivientes, familiares y allegados.

Para tal fin se elaboró un material ad-hoc para ser entregado en las capacitaciones como soporte teórico: Bentolila, Silvia. (2005). *Dispositivos de intervención de salud mental en emergencias y catástrofes- Módulo I Consideraciones clínicas de los trastornos asociados a experiencias traumáticas*". Este material sería el predecesor del que luego sería confeccionado para las capacitaciones del Plan de la Red PROSAMIC, ambos impresos oficialmente por el Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires: Bentolila, Silvia. (2005). "*Dispositivos de intervención de salud mental en emergencias y catástrofes- Principios Básicos de Intervención en Incidentes Críticos. Módulo II*".

Por ese entonces me desempeñaba como jefe de Servicio de salud mental del H.I.G.A. Cirujano Mayor Diego Paroissien, situado en la Localidad de Isidro Casanova, Partido de La Matanza, en el que laboraba desde 1983. Este Hospital, emplazado en uno de los Partidos más populosos y con mayor NBI de la Provincia, contaba con las únicas 12 camas de internación de pacientes con descompensaciones agudas para una población, en aquel momento, de más de 2.500.000 de habitantes. Para dar respuesta al perfil de la demanda asistencial debí desarrollar una formación profesional altamente especializada en el abordaje de situaciones clínicas resultantes del impacto en la salud de las condiciones psicosociales extremas en las que viven las poblaciones que consultaban .

Fue considerando esta experiencia de trabajo con personas y poblaciones en situaciones críticas, que para dar la atención adecuada en el momento agudo a los sobrevivientes, familiares y allegados, del incendio de Cromagñon, se me encomienda la tarea mencionada en el párrafo anterior.

Durante el dictado de las capacitaciones solicitadas, la Coordinadora de Salud mental de la Región Sanitaria VI, sensibilizada y comprometida con la situación, promovió encuentros con los coordinadores médicos del SIES VI (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias). Todos sus integrantes habían sido parte de la respuesta sanitaria del incendio y aún se encontraban movilizados por el impacto de la situación. Es en ese contexto en el que se propone a la Dirección Provincial de Hospitales dependiente del Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires la implementación de un Plan Provincial diseñado para dar respuesta de salud mental inmediata frente a la ocurrencia de

Emergencias complejas y desastres. Este relato no es meramente anecdótico, es dado *considerar que muchas de estas iniciativas encuentran su curso de acción y desarrollo en los momentos en los que la población y los gestores de salud responsables se encuentran conmovidos o impactados por la ocurrencia reciente de Emergencias Complejas o Desastres*. Aparece la dimensión de la "emergencia como oportunidad" de transformación y cambio.

Teniendo un principio de aprobación desde las máximas autoridades del ministerio para avanzar con la propuesta, en Junio de 2005 convoqué a quienes serían el primer grupo motor de colaboradores para la conformación de un equipo de trabajo. La invitación era elaborar un programa preliminar del plan y el diseño de las acciones iniciales.

El 20 de Octubre del mismo año, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires resuelve por disposición 84/2005 la creación de la Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (Red PROSAMIC), asignándome la tarea como Responsable del desarrollo de la Red, como puede leerse en el siguiente documento:



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PODER EJECUTIVO

La Plata, 20 de octubre de 2005.-

VISTO que las emergencias implican una perturbación psicosocial y que se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende, en su abordaje no solo es necesario atender la salud física y las pérdidas materiales sino también la aflicción y las consecuencias psicológicas del evento en cuestión, y;

CONSIDERANDO:

Que resulta necesario implementar en el ámbito bonaerense las acciones tendientes a reducir el riesgo psicosocial de la población y fortalecer el componente salud mental en la atención sanitaria en situaciones de desastres y emergencias complejas,

Que en concordancia con la política asistencial hospitalaria amerita conformar una red provincial aplicada al tema que permita, eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales en una situación de emergencia, catástrofe o desastre, evitar y/o reducir el miedo y la aflicción en la población, promover la asistencia especializada de los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta del desastre o emergencia y prevenir o reducir el impacto psicosocial en los integrantes de los equipos de emergencia,

Que la Doctora Silvia Graciela BENTOLILA, médica especialista en Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Cirujano Mayor Dr. Diego Parodiassen" de La Matanza ha demostrado en su desarrollo profesional la capacidad para la implementación de estos objetivos,

Por ello:
EL DIRECTOR PROVINCIAL DE HOSPITALES
DISPONE:

Artículo 1°.- Implementar una Red de Servicio de Salud Mental en incidente crítico en todo el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

Artículo 2°.- Determinar que dicha Red, a modo de primera experiencia piloto tenga base en el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias de la Región Sanitaria VI - (SIES VI).

Artículo 3°.- Establecer que desde esa Región se coordinen acciones de integración entre el primer nivel de atención y el segundo nivel de hospitales provinciales y municipales para que identifiquen responsables en todas las Regiones Sanitarias para lograr su proyección en toda la provincia

///

///

Artículo 4° .- Nombrar Responsable del desarrollo de la Red a la Dra. Silvia Graciela BENTOLILA (D.N.I. 13.501.525 – Clase 1957 – Legajo de Contabilidad nº 293.345), sin perjuicio de las funciones que detenta en el Hospital Interzonal General de Agudos "Cirujano Mayor Dr. Diego Paroissien" de La Matanza

Artículo 5° .- Regístrese, comuníquese a quienes corresponda y archívese.-

DISPOSICIÓN N° 24.



Dr. RODOLFO DANIEL FIANO
Dirección Provincial de Hospitales

Diseño del plan y tiempos de implementación

IMPLEMENTACIÓN ACCIONES Y PREPARATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

Dado lo inédita de la experiencia, no se registraban antecedentes en el país de experiencias similares que se rigieran por los Lineamientos de OPS/OMS. Durante este primer período se llevaron a cabo las acciones para elaborar un plan de salud mental en emergencias y desastres para el Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires, bajo una modalidad de planificación estratégica, que facilitara hacer revisiones y ajustes del curso de las acciones rápidamente.

Se hizo una recopilación de datos sobre: las características socio-demográficas de la Provincia de Buenos Aires, el estado de situación de los efectores de Salud mental del sector público, se establecieron las estrategias para la implementación, con un cronograma tentativo, se elaboraron los objetivos y se diseñaron los primeros indicadores. Se establecieron las actividades principales para alcanzar los objetivos propuestos, tal como se describen a lo largo de este capítulo.

Siguiendo las recomendaciones de OPS/OMS, en la etapa inicial se incluyó la implementación de una Experiencia Piloto acotada a la región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires.

Aunque es sabido que históricamente ha sido un gran obstáculo la falta de información precisa sobre los recursos destinados al área de Salud mental, dentro de los preparativos para la elaboración del Plan se consideró necesario contar con un diagnóstico lo más aproximado posible a la realidad, de los recursos y Servicios especializados existentes en la Provincia.

En el siguiente apartado se presentan los datos relevados de la información oficial disponible en 2005.

Diagnóstico del sistema de salud del sector público en salud mental en 2005

Los datos oficiales del sistema estatal de efectores de salud mental, muestran claramente la polarización y concentración de los recursos, con un enfoque hospitalo-céntrico, alejado de las acciones preventivas en la comunidad.

EFECTORES EN SALUD MENTAL	
Total de establecimientos de salud (provinciales y municipales)	1911
Establecimientos de salud con internación (provinciales y municipales)	329
Hospitales Provinciales	76
Hospitales Provinciales con internación en SM	29
Total de camas en Salud Mental	4.652
% de camas en Monovalentes	83%

La provincia, en cuanto al sector estatal, contaba con una oferta prestacional de 1911 establecimientos asistenciales (provinciales y municipales) del sector salud, de los cuales 329 tenían internación. De estos últimos, 29 tenían camas asignadas para la internación en salud mental.

Dotación de camas: 4.652 camas, de las cuales el 90 % corresponde a internación de personas con estadía prolongada. El 83 % se concentraba en los 3 grandes hospitales psiquiátricos (3° Nivel de atención) de la provincia. Aproximadamente un 5% corresponden a Servicios de internación en hospitales generales (2° Nivel de Atención). El 13 % restante se repartía entre instituciones que albergan pacientes con retraso mental moderado, severo y profundo, hogares de ancianos y geronto-psiquiátricos.

A continuación se ilustra acerca de la distribución de camas en Hospitales Generales y en Hospitales Monovalentes (3er. Nivel) en cada una de las doce Regiones Sanitarias, indicando la población total de cada región.

Camas de Internación por Región Sanitaria - 2º y 3º Nivel de Atención - Provincia de Buenos Aires – 2003:

R. S.	Partido	2º Nivel de Atención		3º Nivel de Atención		Total
		Hospital	Camas	Hospital	Camas	
I	Bahía Blanca	I.G.A. Penna	30	I.G.A. Penna	80	
	Patagones			H. Municipal	20	
	Total	Subtotal	30		100	130
	Población Región: 627.507 hab.					
II	Behuajó	Munic. Z. Dr. Aramburú	14			
	Total	Subtotal	14			14
	Población Región: 248.482 hab.					
III	Junín	I.G.A. A. Piñeiro	15			
	Total	Subtotal	15			15
	Población Región: 243.411 hab.					

IV	Pergamino	I.G.A. San José	55			
	Total	Subtotal	55			55
	Población Región: 522.532 hab.					
V	Gral. San Martín	I.G.A. Eva Perón	8			
	Zárate	Z.G.A. V. del Carmen	6			
	Total	Subtotal	14			14
	Población Región: 3.195.290 hab.					

VII A	La Matanza	I.G.A. Paroissien	12			
	Total	Subtotal	12			12
	Población Región: 2.231.501 hab.					
VII B	Luján			Colonia Cabred (Open Door)	1250	
	Total	Subtotal			1250	1250
	Población Región: 688.107 hab.					

VIII	Gral. Pueyrredón	O. Alende - Mar del Plata	46			
	Necochea			Tarahorelli	76	
	Total	Subtotal	46		76	122
	Población Región: 1.040.139 hab.					

IX		Munic. Dr. A. Pintos	42			
	Gral. Lamadrid			Bq. E. Mañay - La Colina	18	
				Espec. Psiq. - Hinojo	23	
	Tapalqué			M.Gerontopsiquiátrico	20	
	Total	Subtotal	42		61	103
Población Región: 296.687 hab.						

X	Mercedes	Z.G.A. B. Dubarry	18			
	Saladillo	Z.G. Posadas	4			
	Total		22			22
Población Región: 304.485 hab.						

XI	Cañuelas		Dardo Rocha	105	
		I.G.A. San Martín	10		
			A. Korn - M. Romero	1.500	
			Dr. Ramos Mejía - La Granja	100	
			Dr. J. Ingenieros - M. Romero	70	
			San Lucas - Olmos	40	
	Total	Subtotal	10		1.710
Población Región: 1.021.647 hab.					
	Total Provincia	244		4.408	4.652
	Población provincia: 13.827.203 hab.				

Habitantes /Camas hospitales generales según Región Sanitaria:

Regiones Sanitarias	Promedio hab/cama
I,II,III,VIII,X	18.269
V,VI,VIIA	219.193
VII B	----
IV, IX	8.282
XI	102.165

Fuente: "La Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires", Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, 2004

Recursos Humanos: los recursos humanos profesionales de salud mental dependientes de la provincia se encontraban concentrados en los hospitales psiquiátricos y generales con la siguiente distribución:

Recursos Humanos por Nivel de Atención					
Nivel de Atención		Psiquiatras		Psicólogos	
	Establecimiento	Fr	Fr %	Fr	Fr %
3º	Hospitales psiquiátricos	140	46	8493	19
2º	Hospitales generales	154	50	266	59
1º	Centros de salud	11	4	97	4
	Otros			6	1
	Total	305	100	453	100

Se podrá observar una distribución muy desigual de los recursos tanto en relación con el territorio como a la cantidad de recurso por habitante. La Región Sanitaria XI por ejemplo, con el 7 % de la población de la provincia, concentra el 35 % de los recursos, mientras que la Región sanitaria VII A, con el 16 % de la población, contaba sólo con el 5 % del total de recursos de salud mental. El H.I.G.A Cirujano Mayor Dr. D. Paroissien, pertenecía a la RS VIIA.

RECURSOS HUMANOS PROVINCIALES en SALUD MENTAL

-Población total: 13.800.000

-Población a dar cobertura: 8.280.000

-Psiquiatras c/100.000 habitantes: 3,68

-Psicólogos c/100.000 habitantes: 5,47

-Profesionales c/100.000 habitantes: 9,15

(Sin contar recursos municipales ni de Subsecretaría de Atención de las Adicciones)

El sistema de salud mental provincial estaba polarizado en lo asistencial, por lo tanto, el Plan de la Red PROSAMIC debería enfocarse en acciones para la prevención y promoción de la salud de la población afectada por situaciones críticas, emergencias o desastres, con el objetivo primordial de reducir el riesgo del impacto de estas situaciones en la salud psicosocial.

Cita del director entrevistado N° 3:

Cabe destacar, que durante mi gestión fueron los inicios de la Red PROSAMIC, por lo tanto los aportes los dividiría en dos áreas. En primer lugar el aporte al conocimiento en los sistemas de emergencias de la provincia, realizando un cambio de paradigma en el abordaje de los incidentes críticos y la salud mental. Por otra parte, el aporte brindado en cada intervención de incidentes con víctimas múltiples donde se demostró la importancia de tener un equipo especializado (Director 3, comunicación personal, julio 2018).

La denominación del plan

EL NOMBRE

Según decía Confucio: "Si el lenguaje no es correcto, lo que se dice no es lo que quiere decir; si lo que se dice no es lo que se quiere decir, entonces lo que se debe hacer queda por hacer"

Simultáneamente a los relevamientos, una de las acciones iniciales que urgía era definir una denominación para el plan. El nombre debería darle una identidad para ser reconocido fácilmente. Ese proceso colectivo fue vivido como un momento fundacional para la preparación, dado que en esa primera etapa, no se tenía conocimiento ni siquiera de cuál sería la dependencia administrativa formal dentro del organigrama del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ni los alcances de la tarea específica, ni el número de integrantes, ni el financiamiento con que se contaría, todo era inédito. Considerando estas limitaciones pero teniendo en cuenta los lineamientos propuestos por OPS/OMS para la Salud mental comunitaria y la SMAPS en emergencias y desastres, el equipo que quedó constituido inicialmente definió la denominación.

El pequeño equipo inicial, del cual formé parte, eligió un nombre que diera cuenta de un enfoque ético e ideológico, y señalara cuáles serían los lineamientos básicos y hacia dónde se dirigirían las acciones. Es así como se denominó al plan **"Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico" (Red PROSAMIC)**. Resulta relevante explicitar las razones de la elección del nombre.

Red

La palabra **red** proviene del latín *rete* y según la Real Academia la palabra se define como "un conjunto y trabazón de cosas que obran a favor o en contra de un fin o de un intento". Según Castillo Trujillo (2002), el trabajo en redes en el sector salud es un instrumento de planificación estratégica territorial con base en la intervención del proceso salud-enfermedad, potenciando la capacidad resolutive en atención del individuo, la familia y la comunidad. Desde el diseño inicial, se contempló la idea de que se requiere el armado de una red de respuesta que incluya actores locales y que no se resuma a la relación salud-enfermedad sino que promueva y empodere a la comunidad en el cuidado de su salud. Lo que a su vez actuara como "modelo de trabajo en la comunidad", pensarse como parte de una Red, es siempre considerar al otro como sujeto activo.

Por otra parte para cumplir con los lineamientos y principios de intervención era y es necesario contar con recurso formado en todas las localidades, que a su vez funcionen interrelacionados entre sí, dando soporte y contención tanto a la población afectada como a los integrantes de la Red. La propuesta era, partiendo de un grupo motor, que sería el encargado de llevar adelante el desarrollo del plan se haría extensivo a todas las latitudes de una Provincia populosa y de un territorio extenso.

Provincial

Hace referencia a la Provincia de Buenos Aires, región geográfica donde la red cumpliría sus funciones

de Salud Mental.

Porque las tareas específicas serían estrategias del campo del cuidado de la Salud mental, y el apoyo psicosocial, aunque como ya se ha desarrollado en párrafos anteriores, es indisoluble pensar independientemente el cuidado de la salud mental del bienestar y la salud en general.

En Incidente Crítico (IC)

Es una definición que tiene la intención de abarcar todos aquellos sucesos potencialmente traumáticos (como emergencias, desastres, situaciones de violencia, accidentes con múltiples víctimas, atentados o cualquier otra situación que nos exponga a factores de estrés extremos) frente a los cuales cada persona y cada comunidad reaccionan de un modo particular. IC es utilizado por la bibliografía internacional para definir una diversidad de situaciones cuyo impacto en las personas y comunidades pueden alterar la salud mental y el bienestar psicosocial sin necesariamente causar un daño a largo plazo y suelen caracterizarse por:

- Producirse de forma inesperada, abrupta, excediendo posibilidades de previsión y afrontamiento.
- Ocasionar una amenaza para la integridad psicofísica de los afectados
- Generar la sensación pérdida de control sobre el suceso.

Hablar de "IC" da cuenta de una posición ética y sanitaria siendo un término asociado al concepto de salud y no de enfermedad mental. En el abordaje de "IC" no sólo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender las consecuencias psicológicas sobre las cuales se puede actuar preventivamente y que **no son necesariamente traumáticas**.

Una de las integrantes del equipo de la Red que formó parte del momento fundacional y hoy ocupa el rol de Coordinadora General de la Red decía en la entrevista (MJ):

la nominación del equipo, como Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico: estando el proyecto en marcha, Silvia y los primeros integrantes definimos el nombre, considerando el sentido de cada uno de los significantes utilizados. Se debatió respecto de la posibilidad y conveniencia de ser un programa o una red de servicios, eligiendo la segunda opción. Los términos "Salud Mental" también forman parte del consenso ideológico de quienes conformamos el equipo, considerando que otras nominaciones posibles, tales como "psicología de la emergencia", son reduccionistas y no están en consonancia con los protocolos internacionales. Respecto de "incidente crítico", también, se trata de dos significantes menos cargados de representaciones sociales que los términos "desastre" o "catástrofe". En igual sentido, haciendo eje en la estrategia de APS, enfocada en la idea de Prevención y Promoción de la Salud, descartamos denominaciones relativas a la psicopatología, tales como "estrés postraumático"

Citamos al Director entrevistado N°2:

El modelo organizacional de redes, se desarrolla como modelo no-jerárquico sino vinculante y contractual, que funciona conservando la autonomía de los que la integran, generando vínculos solidarios entre los que la componen. Tampoco debe interpretarse al modelo de red como una telaraña, sino como formas de articulación multicéntricas de diferentes nodos entre sí donde cada uno conserva su propia identidad (OPS, 1998). O sea que al articular heterogeneidades nadie pierde su identidad, pero se entrelaza para complementarse y obtener productos que difieren de la suma de sus individualidades (Rovere, 2000). La concepción de sistemas tiende a homogeneizar las cosas más heterogéneas. La lógica de redes en cambio, no homogeniza sino que asume y respeta la autonomía institucional, permitiendo imaginar heterogeneidades organizadas (emergencias médicas y Red Prosamic), hecho que resulta especialmente atractivo al visualizar la posibilidad de implementación en un sistema de salud híper-fragmentado como el argentino. Esto significa que frente a las situaciones de crisis u amenazas (en la memoria social) se recurre al sistema de concentración de poder para poder enfrentarla,

dando como consecuencia una homogenización del sistema. Pero si esta internalizada la lógica de funcionamiento en red, permite tener respuestas flexibles, adaptables y más rápidas frente a la nueva demanda de la gente. Esta lógica de redes, no solo sirve para vincularse hacia afuera, sino que establece mayores alternativas de vínculo intra-institucional (red interna) A partir que la gente o la institución funcionan en red, se produce un vínculo solidario, que es una de las bases que sostienen a la lógica de red. Creando un principio físico donde nada que ocurra en un nodo le es ajeno a otro nodo que la integra y que es solidario con el primero. O sea que se puede deducir, que una red es una unidad de vínculos donde la unidad básica es la interpersonal.

Por esto en las redes formales como en las informales hay un primer momento donde el otro casi no existe y se lo vive como una amenaza de perder su individualidad, se requieren de estrategias y tiempos para ir incorporando a los otros y al mismo tiempo verse reflejado en el otro (Director 2, comunicación personal, julio 2018).

Objetivos iniciales del plan

En este apartado se presentan los objetivos iniciales del plan de la Red PROSAMIC, siempre referidos a los habitantes de la Provincia de Buenos Aires. Cabe esta aclaración dado que fueron realizadas intervenciones psicosociales fuera del territorio de la provincia pero teniendo como destinatarios a personas radicadas en la Pcia de Buenos Aires que se encontraban en tránsito.

EL OBJETIVO GENERAL DE LA ETAPA INICIAL

Teniendo en cuenta la extensión geográfica y la densidad poblacional de la Pcia de Buenos Aires, el objetivo general de la primera etapa deL diseño e implementación, además de amplio y abarcativo, fue muy ambicioso. Quizás hoy pueda considerarse aquel objetivo general como la *Visión a largo plazo del Plan*. Este objetivo inicial versaba:

Reducir el riesgo Psicosocial y atender el impacto ocasionado sobre la Salud Mental de la población afectada, como un aspecto prioritario en la atención sanitaria de emergencias complejas y Desastres.

En documentos obrantes de los primeros años se explicitaba:

-La reducción del riesgo psicosocial fundamenta las acciones de prevención y capacitación en el contexto de la Atención Primaria de la Salud, e implica un trabajo intersectorial e interinstitucional, tanto con la población afectada de manera directa como con los equipos intervinientes en incidentes críticos.

-La atención del impacto sobre la salud mental conlleva implementar dispositivos capaces de brindar una respuesta inmediata a los complejos modos de afrontamiento individuales y colectivos ante un incidente crítico.

Objetivos específicos registrados en los primeros 3 años de existencia del plan

Del mismo modo que el Objetivo general inicial era excesivamente abarcativo, los objetivos específicos planteados en esta etapa resultaron amplios y hasta con límites difusos. Por un lado, resultó ser un obstáculo a la hora de diseñar los indicadores para la evaluación de su cumplimiento en esa primera etapa, y por otro proporcionó márgenes de libertad y creatividad para explorar acciones sanitarias de diversa índole, que excediendo los modelos tradicionales imperantes en el sistema de salud, fueron inicialmente difíciles de tipificar

Los objetivos específicos propuestos en el año 2005 fueron:

1. Eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales en una situación de emergencia, catástrofe o desastre.
2. Evitar y/o reducir el miedo y la aflicción en la población.
3. Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población, en especial en los afectados directos.
4. Reducir, atender y rehabilitar los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta del desastre o emergencia.
5. Prevenir o reducir el impacto psicosocial en los integrantes de los equipos de emergencia.

Evidentemente, representaron una expectativa difícil de cumplir en el corto o mediano plazo, de hecho revisten un carácter de enunciados tan amplios que resultarían casi

imposible dimensionarlos en la práctica, menos aún diseñar indicadores para medir su cumplimiento en el corto plazo. Ya en esa primera etapa se observó una reelaboración de los objetivos específicos, no así el del Objetivo General.

Los objetivos específicos se ajustaron a través del curso del primer quinquenio, respondiendo a la necesidad de definir acciones concretas que posibilitaran cumplir con un objetivo general más asequible. Y a su vez, se diseñaron indicadores capaces de medir cuali-cuantitativamente algunas dimensiones abarcadas en los objetivos específicos reformulados. A fines del primer quinquenio los objetivos reelaborados fueron:

- a) Sensibilizar sobre la necesidad de la protección de la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencias y desastres.

- b) Difundir los principios básicos de intervención en este campo.

- c) Dar respuesta inmediata a las solicitudes de intervención directa de los integrantes del equipo de la Red frente a la ocurrencia de emergencias o desastres.

- d) Coordinar e integrar la respuesta de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres en las acciones de respuesta de la Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires.

- e) Desarrollar actividades de capacitación y entrenamientos específicos (cursos, jornadas, talleres de entrenamiento, simulacros, etc.) sobre la temática en los diferentes niveles del Sector Salud.

- f) Desarrollar actividades de capacitación y entrenamiento (cursos, jornadas, talleres de entrenamiento, simulacros, etc.) sobre la temática para integrantes de equipos de primera respuesta (Fuerzas de Seguridad, Bomberos, referentes comunitarios, asociaciones civiles, etc.)

- g) Desarrollar actividades de capacitación y entrenamiento específica (cursos, jornadas, talleres de entrenamiento, simulacros, etc.) sobre la temática a

referentes del área de Educación, Justicia, Defensorías del Pueblo y organismos afines.

h) Identificar y diagnosticar, en el ámbito local, los problemas psicosociales de la población, a fin de adaptar los dispositivos de intervención a sus particularidades, promoviendo la atención prioritaria a grupos considerados vulnerables.

i) Articular estrategias con los recursos existentes para la asistencia precoz de quienes presentan trastornos psíquicos, o factores de riesgo, como consecuencia directa o indirecta del incidente crítico.

j) Desarrollar acciones destinadas a prevenir o reducir el impacto psicosocial en los integrantes de los equipos de rescate de la primera línea de respuesta y demás intervinientes en la emergencia.

k) Diseñar e implementar estrategias de intervención, en articulación con actores locales e instituciones -como escuelas, clubes, ONG's- que permitan la detección de situaciones de riesgo "en terreno", promoviendo un trabajo en Red, en el que cada uno de los integrantes, funcione como "replicador" en su ámbito de incumbencia.

Según se lee en la documentación existente los Lineamientos generales que guiaron las acciones de la Red, desde sus orígenes hasta el cierre de este estudio fueron los siguientes:

- Concepción estratégica de trabajo solidario en Red de servicios
- Dispositivos de intervención en emergencias articulados con el sistema de respuesta Provincial de Emergencias Sanitarias
- Articulación intrainstitucional con los tres niveles del Sector Salud.
- Capacitación y entrenamiento continuo de Salud Mental en Incidente Crítico y Promoción de referentes de Red Asistencial
- Articulación intersectorial con: Educación, Equipos de Rescate y Fuerzas de Seguridad.

- Capacitación continua sobre Salud Mental en Incidente Crítico y Organización de la Respuesta.
- Protección de la Salud Mental de equipos de trabajo intervinientes en Incidentes Críticos.
- Consejería a la población a través de material psico-educativo y campañas de información y comunicación social.
- Promoción y prevención a través de la Educación para la salud de la población como Estrategia para el desarrollo de resiliencia y empoderamiento de la comunidad.
- Dispositivos de seguimiento articulados con recursos existentes: Supervisión y Evaluación de proceso y resultados

Estos se corresponden con los lineamientos propuestos por los organismos internacionales (OPS-OMS-ACNUR) para el abordaje de la Salud Mental en emergencias complejas y desastres y las recomendaciones de la Guía IASC (ver Guía IASC, recomendaciones).

Siendo el alcance y perfil de abordaje del equipo de la Red desde sus comienzos preventivo y no asistencial, no es factible cumplir con el presupuesto de "Manejo de instituciones y servicios psiquiátricos" y el "Tratamiento de casos con trastornos psíquicos".

Con el fin de facilitar la integración del cuidado de la Salud mental en la respuesta sanitaria del Ministerio de Salud frente a las emergencias y Desastres , se decidió que la Red PROSAMIC dependiera directamente de la dirección Provincial de emergencias Sanitarias, hoy denominada Dirección Provincial de Manejo de Emergencias Sanitarias y Catástrofes,

Estrategias de implementación

Se describirá el período fundacional a partir de la información que consta en documentación obrante sobre el esquema de trabajo planteado para el bienio 2005/2006. En función de cumplir con el objetivo de difundir y sensibilizar se realizaron, además de las planificadas, otras actividades solicitadas ad hoc, contemplando alcanzar el mayor impacto

en el menor tiempo posible. Primó el principio de consolidar la existencia del Plan a través de las acciones de la Red PROSAMIC. El equipo inicial de la Red estuvo conformado por 3 profesionales.

El diseño inicial incluyó:

-IMPLEMENTACIÓN DE UNA EXPERIENCIA PILOTO REGIONAL.

-LA INTERVENCIÓN DIRECTA DEL EQUIPO EN INCIDENTES CRITICOS DE LA PCIA DE BUENOS AIRES.

-PARTICIPACIÓN EN ESPACIOS DE PLANIFICACIÓN DE LA RESPUESTA FRENTE A EMERGENCIAS.

-INTEGRACIÓN EN ESPACIOS DE CAPACITACIÓN ORGANIZADOS POR OTRAS ÁREAS.

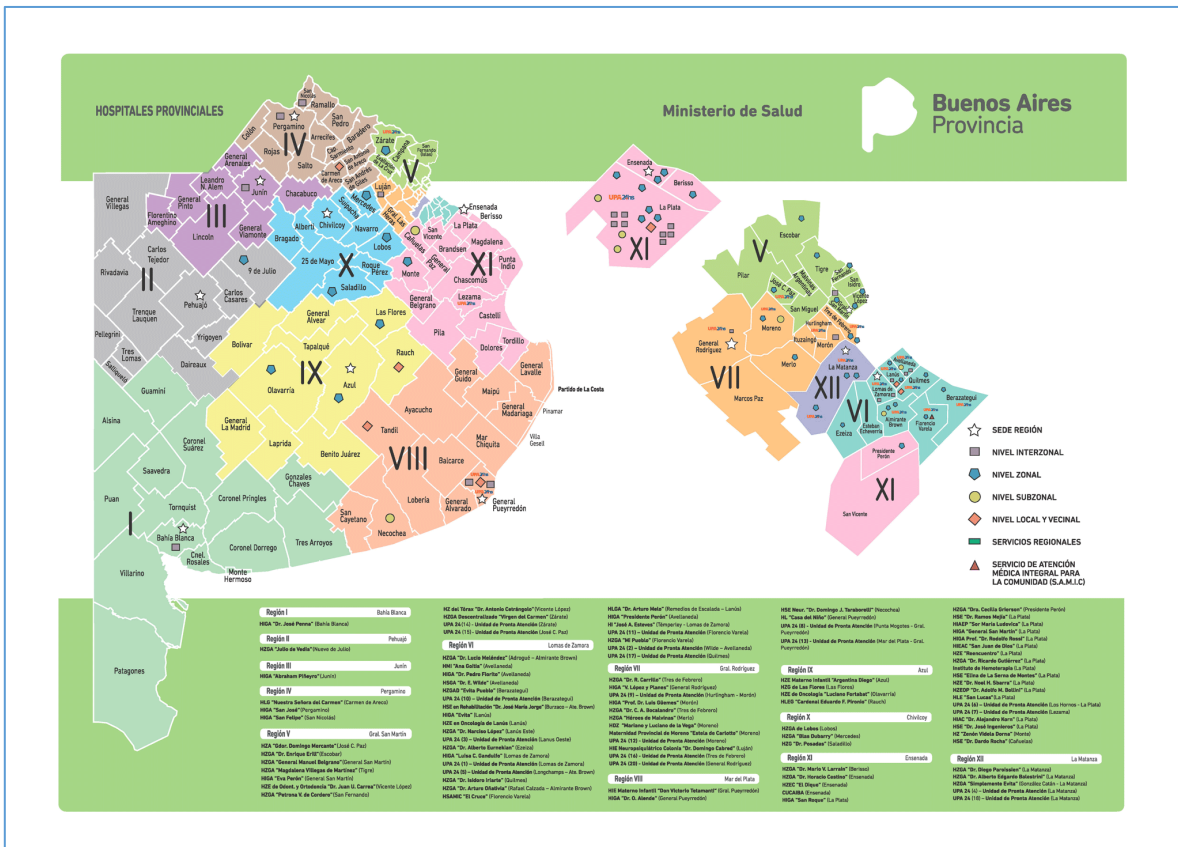
-ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PSICOEDUCACIÓN Y CONSEJERÍA A LA POBLACIÓN.

Implementación de una experiencia piloto regional

Introducción:

Contexto sanitario de la experiencia piloto:

El Ministerio de Salud dividió el territorio de la provincia de Buenos Aires en Regiones Sanitarias para una mejor organización de sistema sanitario de la provincia. Esta división ha sufrido algunas modificaciones desde la creación de la Red PROSAMIC, se presenta la información actualizada a la presentación de este documento para orientar la lectura (ver mapa).



Seguendo las recomendaciones planteadas por la OPS/OMS, para poner a prueba el diseño del Plan, hacer los ajustes y modificaciones necesarios antes de la implementación en toda la provincia se eligió una Región Sanitaria. Dado que la Red tuvo como sede la central operativa del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias de la Región VI (SIES VI), y que se contaba con el apoyo del equipo de gestión con quienes impulsamos la propuesta de la creación del Plan en el nivel central del Ministerio de Salud, esa fue la Región Sanitaria elegida.

Los tres integrantes del equipo comenzaron a realizar guardias en forma activa, compartiendo el espacio físico con integrantes de SIES VI, radio-operadores, ambulancieros, médicos, enfermeros, técnicos, y coordinadores.

Simultáneamente se diseñaron y llevaron a cabo reuniones informativas y de capacitación, cuyos objetivos fueron:

- Poner al tanto de la existencia de un equipo especializado en la protección de la salud psicosocial en emergencias complejas y desastres.

-Sensibilizar sobre la necesidad de integrar a la respuesta sanitaria el cuidado de la salud mental.

-Dictar una capacitación básica sobre herramientas específicas en el tema.

Para cumplir con estos objetivos, se hizo una convocatoria dirigida a:

- Referentes de salud regionales con personal a cargo que incluyeron Directores de Hospitales y salas de emergencia, referentes, coordinadores y jefes de servicios entre otros.
- Referentes de las fuerzas de Seguridad.
- Trabajadores del sistema de salud en general (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, radio-operadores, ambulancieros, camilleros, etc.)

Debíamos optimizar el espacio/tiempo de cada encuentro, no resultaba sencillo convocar a los integrantes de los grupos descritos más arriba, y menos aún si de lo que se iba a hablar era sobre la Salud Mental en las Emergencias. El director entrevistado N°2 afirma: "Somos conscientes de las dificultades de vincular a los integrantes de los equipos de acción medica de emergencias y catástrofes, que generalmente miran de costado a los equipos de salud mental pensando que no hay lugar para ellos donde ellos están participando"

Uno de los mayores logros es ver como en la actualidad esos mismos actores, a los que había que convocar insistentemente, hoy son quienes solicitan actividades de capacitación y entrenamiento como los que se realizaban hace más de una década.

DISEÑO DE LOS ENCUENTROS:

Partiendo de una evaluación participativa de la situación y las necesidades de cada grupo, se planificaron 3 módulos/cursos de capacitación. Los tres módulos/cursos dictados se ajustaron al perfil de la tarea y funciones de los destinatarios:

1- **Elemental**, para integrantes de equipos de rescate y emergencia

2- **Medio**: para trabajadores de la salud

3- **Avanzado:** para profesionales de los servicios de salud mental

Los diseños y programas pueden verse en el apartado de Acciones Globales-Capacitaciones (*).

La denominación de módulos/cursos obedeció a que **todos debían realizar el nivel elemental, los trabajadores de salud hacer además el nivel medio, y los profesionales de salud mental, los 3 niveles. De esta forma se intentó promover desde los espacios de capacitación la inter-disciplina, modalidad que con programas de contenidos acotados y ajustados, se mantiene en la actualidad por ejemplo en las capacitaciones dictadas por el SAME. No era ni es frecuente, que integrantes de equipos de Salud Mental compartan espacios de construcción de conocimiento con otros actores de la respuesta frente a Emergencias y Desastres. Dentro de todos los niveles se hicieron talleres para concientizar sobre la necesidad de autocuidado de los equipos, el manejo de estrés relacionado con la tarea y técnicas para la reducción del desgaste ligado al trabajo.**

Como parte de la Experiencia Piloto durante la transición con la implementación global del Plan de la Red, se organizaron Jornadas Bimestrales de actualización de las capacitaciones cuyos objetivos fueron: promover la continuidad, el fortalecimiento de los vínculos entre los participantes y el armado de una Red de respuesta entrenada dentro de la Región Sanitaria VI. Sabemos que una Red que no se mantiene activa, tiende a desaparecer.

El programa de las Jornadas Bimestrales incluyó:

-Actualizaciones teóricas.

-Supervisiones de las intervenciones realizadas por los agentes integrantes de la Red ya capacitados.

-Organización y realización de simulacros.

-Entrenamiento de los capacitados de la Región VI para actuar como capacitadores en el resto de las Regiones Sanitarias de la provincia. Al finalizar los tres módulos de capacitación además de la certificación correspondiente fue entregado a cada uno un CD

con todo el material bibliográfico y los ppt de las clases con el compromiso de ser agentes multiplicadores de la capacitación recibida. De este modo, además de consolidar la existencia de la Red en esa región, se calificó y reconoció el conocimiento adquirido y la práctica como forma de dar estímulo y continuidad en el tiempo. Una muestra del efecto, es que dos integrantes actuales del equipo de la Red pertenecen a ese primer grupo entrenado.

Durante este período se realizaron por primera vez, como un hecho inédito, simulacros con contención psico-social en el Aeropuerto Internacional de Ezeiza, organizados conjuntamente con las máximas autoridades Aeroportuarias.

Siendo **los simulacros** una estrategia de formación privilegiada, y teniendo en cuenta que no eran ni son una práctica frecuente en el ámbito de la Salud Mental, se transcribe la organización del simulacro realizado en Ezeiza:

- Dictado de capacitaciones dirigidas a:

Agentes de las Aerolíneas

Policía aeronáutica

Personal administrativo del aeropuerto

Sanidad aeroportuaria

Observadores

-Entrenamiento de los simuladores:

Damnificados directos

Familiares

Medios de comunicación

Estas fueron experiencias privilegiadas para el entrenamiento, integración y difusión del equipo de la Red PROSAMIC.

Dentro del desarrollo de la experiencia piloto se realizaron las primeras experiencias de *defusing* y *debriefing* psicológico, con grupos que solicitaban apoyo psicosocial luego de

intervenciones que habían generado un alto impacto en la salud mental en el equipo. A modo de ejemplo mencionamos:

-**Debriefing** psicológico con radio-operadores de la central SIES VI Durante la epidemia de IRA (insuficiencia respiratoria aguda) en la que hubo una elevada tasa de mortalidad.

-**Defusing** con los integrantes de un cuartel de bomberos en el que había fallecido un compañero durante un incendio.

-**Defusing** y posterior **capacitación** con agentes de las Comisarías de la Mujer por situaciones de abuso y maltrato infantil.

El desarrollo de la Experiencia Piloto posibilitó hacer los primeros ajustes necesarios para implementación progresiva del programa en el resto de las Regiones Sanitarias.

Ficha de la experiencia Piloto:

Fecha de inicio: 1 de junio de 2.005

Lugar: Región Sanitaria VI

Por qué en Región VI: En función de sus características poblacionales, socio-sanitarias y los recursos públicos de Salud existentes, incluyendo la Red SIES VI (Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias).

Objetivo: Evaluar el desarrollo de las estrategias para cumplir con los Objetivos del Plan, con el fin de que, en una segunda etapa de consolidación, puedan extenderse todas las actividades de la Red al resto de las Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.

Base Operativa: Red SIES VI - Hospital Arturo Melo, de Lanús. Esta interacción facilita un trabajo articulado y solidario entre los integrantes de la Redes SIES y PROSAMIC, con el resto de efectores del sistema de salud de los tres niveles de atención.

Dirección: Villa de Luján 3050 – Remedios de Escalada, Lanús Este- CP: 1826

Teléfonos: 4246- 0608 / 06010

Dirección de correo electrónico: redprosamic@ms.gba.gov.ar

Actividades: Guardias parciales – Acompañamiento de traslados de pacientes críticos - Intervención en emergencias con víctimas múltiples – Capacitaciones generales. Sede de reuniones de capacitación de referentes de la Red de Respuesta en Salud Mental

La integrante entrevistada N°5 dice "Cuando ingresé en el año 2006 el equipo aún estaba en una primera etapa o "experiencia piloto" con base operativa en el SIES de la Región Sanitaria VI (localizado en el Hospital Melo, en el partido de Lanús). Por eso, las primeras intervenciones (también capacitaciones) estaban más circunscriptas a la región sur del conurbano bonaerense – aunque no en forma excluyente. Durante un tiempo los integrantes del equipo cumplíamos horas de guardia en el mismo SIES, participando en algunos traslados u operativos de los compañeros de emergencias. Además, realizábamos intervenciones en diversos incidentes críticos, ya fuera que nos convocaran las autoridades de emergencias o, con frecuencia, el equipo proponía la intervención a las autoridades."

La integrante entrevistada MJ menciona:

Las primeras actividades que hicimos fueron: las guardias activas en el SIES VI, que incluían acompañamientos en traslados sanitarios; cursos de capacitación para equipos de Salud; actividad de Protección de equipos para integrantes de la Red SIES; capacitaciones y simulacros en el Aeropuerto Internacional de Ezeiza; capacitaciones para fuerzas policiales, empezando por comisarías de la mujer y centros de re entrenamiento, entre otros tantos espacios por los que circulamos. Fue un trabajo sostenido, la inclusión de nuestro equipo como recurso en situaciones de emergencias con múltiples víctimas y eventos diversos de alto estrés colectivo.

La intervención directa del equipo en incidentes críticos de la Provincia de Buenos Aires

En el segundo semestre de 2005, según consta en los registros, en simultáneo con la implementación de la Experiencia piloto el equipo de profesionales de la Red comenzó a realizar Intervenciones en situaciones de emergencias complejas o desastres.

En estas primeras intervenciones en el momento agudo, fue solicitada la presencia de los integrantes del equipo de la Red PROSAMIC en numerosos accidentes de tránsito con víctimas múltiples, acompañamientos en traslados de pacientes críticos, inundaciones, catástrofes químicas (escape de gas y derrame de combustible), violencia en manifestaciones con heridos y fallecidos, intento de linchamiento público, y tomas de rehenes entre otros. A partir de estas experiencias se diseñó un primer sistema de registro, para seleccionar cuáles serían los datos relevantes para el seguimiento de las personas afectadas y la elaboración de estadísticas.

La integrante entrevistada MJ:

Entre las primeras grandes intervenciones que hicimos, recuerdo especialmente dos: una en el hospital de Guernica, tras un incidente vial de micro escolar que regresaba de un viaje de egresados, donde murieron tres adolescentes; otra, en el hospital de General Madariaga, donde asistimos a los heridos y familiares, tras un grave accidente de tránsito con víctimas múltiples. Nuestras intervenciones estuvieron encuadradas en los protocolos de actuación de la OPS-OMS, considerando las acciones de Primera Ayuda Psicológica que se plantean para el momento agudo y para el posterior seguimiento.

La integrante entrevistada N°5:

Al principio la mayoría de las intervenciones estaban ligadas a incidentes viales/ de transporte (con víctimas múltiples o no) o eventos críticos que involucraban a un número relativamente acotado de personas. Luego empezamos a intervenir también en situaciones más ligadas a emergencias complejas y desastres (tornados, inundaciones, otros incidentes ligados a fenómenos meteorológicos, epidemias o eventos de salud, etc) que requerían abordajes en un nivel comunitario. En estas ocasiones pienso que se pudo poner más en práctica un rol diferente de la Red, en tanto muchas veces no trabajamos en forma directa con las poblaciones afectadas, sino articulando y orientando a equipos de respuesta a nivel local

Siendo uno de los dos procesos estructurantes del desarrollo del Programa, al igual que las capacitaciones se describirán en detalle en el apartado de Acciones Globales.

Participación en espacios de planificación de la respuesta en emergencias

Durante esta primera etapa, segundo semestre de 2005 - primer semestre 2006, simultáneamente al desarrollo de la experiencia piloto y la realización de intervenciones en agudo, se propuso que integrantes del grupo motor del equipo de la Red fueran invitados a participar activamente de espacios de planificación de la respuesta frente a Emergencias en la Provincia de Buenos Aires, con el objetivo de introducir la dimensión del cuidado de la salud mental como parte de la respuesta, coordinar acciones conjuntas, y facilitar la articulación a través de un conocimiento personal previo con quienes representan los niveles decisorios de instituciones y organismos que intervienen en la respuesta frente a emergencias y desastres en la provincia de Buenos Aires.

De este modo se participó activamente de la Mesa Provincial de Emergencias, a partir de lo cual se promovió la inclusión de la protección de la salud mental en las emergencias en el ámbito de las acciones del ministerio de salud, en el Ministerio de Justicia, y en el Ministerio de Seguridad. En octubre de 2005, se hizo la primera presentación en un Congreso Internacional sobre "Por qué tener un Plan de Salud mental en Emergencias y Desastres":

Las acciones más relevantes en este eje de acciones fueron:

- Participación en la Mesa Provincial de Emergencias.
- Coordinación de intervenciones con autoridades provinciales de Emergencias Sanitarias.
- Coordinación con autoridades del Sector Salud de acciones de capacitación continua de los referentes de la Red de Respuesta, tendientes a replicarse en todas las Regiones Sanitarias.
- Articulación en Red de Servicios con coordinaciones de Salud Mental de las distintas Regiones Sanitarias y municipios.
- Coordinación Intersectorial con autoridades de Educación, Policía, Bomberos de acciones de capacitación continua de personal que interviene directa o indirectamente con víctimas de Incidentes Críticos.

Integración en espacios de capacitación organizados por otras áreas

Dado que el cuidado de la salud psicosocial debe ser un eje transversal en la respuesta socio-sanitaria integral frente a emergencias complejas y desastres, y con la conciencia de que no es patrimonio exclusivo de los profesionales especializados, ya desde los inicios de la existencia de la Red fue un objetivo primordial integrar la formación básica en salud mental y apoyo psicosocial en las capacitaciones dictadas por diversos sectores y organismos.

Los objetivos generales de estas primeras capacitaciones fueron:

- Brindar una formación de principios básicos sobre Salud Mental en Incidente Crítico a los distintos referentes del sector Salud (profesionales y auxiliares), otros sectores

(Bomberos, fuerzas de Seguridad, Defensa Civil, representantes de Educación, Justicia, etc.) y a la comunidad, en un contexto de capacitación continua.

- Aportar conocimientos generales sobre la respuesta neurofisiológica del estrés frente a la percepción de amenaza, para identificar las manifestaciones como “reacciones esperables frente a situaciones extremas” y no como síntomas de patología.
- Crear conciencia acerca del cuidado de la Salud Mental de los equipos intervinientes y aportar herramientas para su protección.

A partir de las lecciones aprendidas en la implementación de la experiencia piloto comenzó a extenderse la implementación del Plan en otras regiones sanitarias, y localidades de la Provincia de Buenos Aires. Este proceso no siempre fue ordenado, el equipo respondió a todas las solicitudes de capacitación independientemente de quienes la solicitaran, y participó en todos los espacios de difusión que estuvieran a su alcance. Uno de los objetivos primordiales ha sido y continúa siéndolo, sensibilizar y concientizar sobre la necesidad de la inclusión del cuidado de la SMAPS en situaciones críticas, emergencias y desastres.

Estrategias para la reducción del riesgo a través de educación para la salud, psicoeducación y consejería a la población para el cambio del comportamiento

-Educación para la salud de la población y Estrategia para el desarrollo de resiliencia y empoderamiento de la comunidad:

La Educación para la salud y la psicoeducación, resultan una dimensión imprescindible al considerar la construcción de resiliencia. Es una estrategia privilegiada a la hora de intervenir en el marco de la gestión de riesgo de desastre, tanto a nivel individual como comunitario. Por tanto han sido especialmente consideradas dentro de las acciones planificadas en la implementación de la Red PROSAMIC. Dado que estas estrategias formaron parte de ambas Acciones Globales, las Intervenciones y las Capacitaciones, se describirá en detalle el desarrollo en ese apartado.

Acciones Globales

A fin de facilitar la lectura, en este apartado se describirán los dos procesos estructurantes diseñados estratégicamente para alcanzar los objetivos del desarrollo del Programa de la Red PROSAMIC: las INTERVENCIONES y las CAPACITACIONES.

Las intervenciones

Intervención directa de los integrantes del equipo de la red en incidentes críticos

Las características salientes que surgen de la información relevante a partir de la documentación e informes de registro es que:

- Las intervenciones siempre son realizadas a partir de un pedido explícito, contando con el acuerdo de las autoridades a cargo del comando operativo de la emergencia (COE) o situación crítica y de la superioridad ministerial. Los integrantes de la Red funcionan como un equipo que se pone a disposición para colaborar en lo que la comunidad determine, se define como posición "down", de ninguna manera como un grupo de expertos que desembarca para aplicar recetas. Esta actitud, respetuosa de la organización local, promueve un clima de confianza que posibilita que los equipos a cargo de la respuesta frente a la emergencia, experimenten la intervención del equipo de la Red como un apoyo institucional, acepten las estrategias sugeridas por la Red y las soliciten con frecuencia.
- Los dispositivos de intervención son coordinados desde los inicios dentro del sistema provincial de Emergencias Sanitarias, integrado por trabajadores de la salud, médicos en general, enfermeros, ambulancieros, radio-operadores, administrativos, etc.
- Las intervenciones se realizan promoviendo la articulación con los integrantes de distintos sectores, Educación, Equipos de Rescate y Fuerzas de Seguridad, representantes de la comunidad, referentes religiosos. La planificación conjunta de intervenciones y la Capacitación continua sobre Salud Mental en Incidente Crítico,

intervención en crisis y Organización de la Respuesta facilita una articulación Primando una integración de saberes, el respeto por el criterio local y la diversidad.

Lineamientos generales que guían el "NIVEL DE INTERVENCIÓN DIRECTA DEL EQUIPO":

- 1) Participación en dispositivos de emergencia en coordinación con la Red Provincial de Emergencias.
- 2) Primeros auxilios de Salud Mental en la fase aguda: Dispositivos de acompañamiento y contención para afectados primarios y secundarios. Realización de entrevistas -individuales o grupales- con el objeto de hacer un primer diagnóstico. Modalidad: entrevistas semi-estructuras, siguiendo el Protocolo de la Red PROSAMIC para Evaluación Inicial de afectados directos.
- 3) "Outreach": Búsqueda activa y Detección de situaciones de vulnerabilidad y/o riesgo en territorio.
- 4) Detección precoz de casos que requieran de atención especializada en la fase aguda.
- 5) Coordinación de respuesta y seguimiento con los recursos locales de Salud en general y de Salud Mental en particular. Con derivación asistida en caso de que se requiera una consulta especializada.
- 6) Promoción e implementación de dispositivos de cuidado de la Salud Mental para integrantes de equipos de intervención.

Se transcribe un texto informativo del equipo de la Red sobre el modo de intervención:

A partir de recibir un pedido a ayuda, apoyo o colaboración, frecuentemente en forma telefónica, se hace una primera evaluación determinando cuántos integrantes será necesario movilizar. Si el evento es de gran magnitud se dispara una cadena de llamados de alerta dentro del equipo, simultáneamente a gestionar el traslado en la Dirección Provincial de Emergencias Sanitarias. En ese primer momento se analiza en coordinación con quien hace el pedido, cuál resulta en principio, el lugar y momento más apropiado para realizar la intervención, la gran diversidad de situaciones así lo amerita. Habitualmente los recursos son menos que las necesidades, se requiere una decisión consensuada sobre que va a priorizarse. No es lo mismo intervenir en una comunidad del conurbano afectada por una inundación, que con un grupo de trabajadores que recibieron quemaduras severas por una explosión, o en una escuela en la que fallecieron varios adolescentes en un viaje de egresados. Por ejemplo, si es un accidente con víctimas múltiples, se confirma si existe recurso humano entrenado para la contención en el lugar donde fueron derivados los heridos, el número de heridos, la gravedad, en caso de haber fallecidos dónde y cómo se acompaña a los allegados, (reconocimiento en los hospitales de derivación, morgue, comisaríaetc) En síntesis, se brinda apoyo "donde se considere más necesario, posible y oportuno" . Si el caso fuera una inundación, se define intervenir en el centro de evacuados, con los auto-evacuados, en las escuelas, etc.

En los cuadros 1 y 2 se transcribe un ejemplo de la ficha técnica de intervención:

Cuadro 1

Ficha Incidente Crítico

- **Tipo:** IC natural/ tormenta eléctrica con caída de rayos
- **Lugar:** partido de Florencio Varela, pcia. de Bs. As.
- **Fecha y hora:** Martes 11 de Enero de 2011, 18 hs aprox.
- **Afectados:** 4 víctimas fatales; 10 internados, todos menores excepto 1

- **Solicitante:** SIES VI –
- **Escenarios:**
 - **Día 1** (11/01): Hospital A y Comunidad
 - **Día 2** (12/01): Hospitales A y B
 - **Días posteriores:** seguimientos telefónicos de afectados y articulaciones con los distintos equipos intervinientes de los tres niveles de atención (Municipio, Provincial, Bienestar social)

Cuadro 2

Ficha Incidente Crítico

Tipo: Brote infeccioso que afectó a integrantes del equipo de Salud y a pacientes del Hospital Nuestra Señora del Carmen, de Carmen de Areco.

Lugar: Ciudad de Carmen de Areco, Provincia de Bs. As.

Fecha y hora: 24/02/2013

Afectados:

Solicitante: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As.

Escenarios:

-Día 1 (24/02/2013): Hospital Nuestra Señora del Carmen, de Carmen de Areco.

Días posteriores: Intervención en domicilio (seguimiento de intervención ya realizada); comunicación telefónica con autoridades.

Objetivos	Fundamentos
<ul style="list-style-type: none"> Realizar primer diagnóstico de situación en los hospitales 	<ul style="list-style-type: none"> Relevamiento de datos a fin de conocer la situación de los afectados y ponernos a disposición para articular intervención con recursos del hospital
<ul style="list-style-type: none"> Relevar necesidades de SM y brindar primeros auxilios psicológicos a afectados primarios y secundarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Acompañar y brindar contención psicosocial Brindar orientación y pautas de cuidado de SM
<ul style="list-style-type: none"> Prestar colaboración con equipos intervinientes 	<ul style="list-style-type: none"> Acompañar, orientar y/o armar estrategias de intervención en agudo en conjunto. Brindar contención psicosocial y pautas de cuidado SM
<ul style="list-style-type: none"> Entregar material psicoeducativo elaborado por la Red y tel de contacto 	<ul style="list-style-type: none"> Difundir información sobre reacciones esperables ante situaciones de IC y conducta a seguir para el cuidado de SM de afectados. Brindar medio de contacto para brindar orientación.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar primer seguimiento y articulación con recursos de SM 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar necesidades de atención psicosocial y derivación a SM en fase post aguda

Se considera entonces que:

- **La dimensión psicosocial debe convertirse en un eje transversal que atraviese todas las actuaciones en las situaciones de emergencia o desastre.**

Y a su vez que :

- **En un enfoque comunitario y psicosocial se desplaza el foco desde la lucha contra la enfermedad a la búsqueda de recursos y la protección y promoción de la salud.**

En un abordaje con enfoque comunitario y psico-social se promueve el fortalecimiento de atención en y con la comunidad, estimulando la participación y coordinación de los diferentes actores sociales. Este es el modelo que ha sustentado las acciones de la Red desde sus orígenes.

Aparecen como acciones estratégicas de intervención para ponerlo en práctica a lo largo de los años las siguientes:

- Primeros auxilios de Salud Mental en la fase aguda, con la modalidad de intervención psico-social.
- Psicoeducación con entrega de los folletos de "Recomendaciones a la Población". El Ministerio de la Salud Provincial imprimió los folletos elaborados por la Red sobre Reacciones esperables y recomendaciones a la Población, escritos en lenguaje

sencillo por grupo etario, adultos, adolescentes, niños y equipos intervinientes. (ver anexo). Se ha observado que esta folletería resulta de suma utilidad, en tanto es difícil que durante la intervención los afectados retengan información oral, luego al regresar a sus hogares o en momentos de tranquilidad los pueden volver a leer varias veces. Comunidades afectadas, más de una vez han organizado talleres para su lectura, y comprensión, como verdaderos espacios de promoción comunitaria de la salud mental. (leer el apartado Consejería a la población, educación para la salud)

- Dispositivos de acompañamiento y contención para víctimas primarias y secundarias. En diversos escenarios, sala de internaciones, sala de espera de hospitales, morgue, vuelo sanitario con traslado de víctimas, búsqueda de ahogados, etc.
- Coordinación de la respuesta y seguimiento con los recursos locales de Salud en general y de Salud Mental en particular
- "Outreach": Búsqueda y Detección de situaciones de vulnerabilidad y/o riesgo en territorio. (por ejemplo visitas domiciliarias, casa por casa, en comunidades afectadas por inundaciones para la detección de necesidades básicas)
- Acciones de Comunicación social. Este punto merece una especial atención. Dice la O.N.U: *"La prevención de los desastres comienza con la información"* - La concientización de un manejo responsable de la información, la capacitación en la relación con los medios, la protección de la privacidad de las víctimas son aspectos cruciales durante las intervenciones. La comunicación social es un INSUMO estratégico – operativo clave en un Incidente Crítico. Quienes intervenimos en la planificación y el manejo de desastres tenemos la oportunidad y la responsabilidad de ayudar a las personas a hacer frente a un desastre a través de los medios (Organización Panamericana de la Salud) Debemos recordar cuánto puede aumentar el estrés social ante el conocimiento de una tragedia, si lo único que se sabe es que ha sucedido. Al brindar información es importante la búsqueda de equilibrio entre:
 - ✓ Derecho a la información de la ciudadanía
 - ✓ Libertad de expresión de la prensa
 - ✓ Derecho a la intimidad de los damnificados

La Red ha venido trabajando para promover a través de sus capacitaciones que no exista una Actitud reactiva en respuesta a las preguntas de los medios de comunicación sino una Actitud preventiva con la difusión de una información organizada y clara. Cuanto más preventiva sea la actitud que se adopte, mayor control se tendrá sobre esa información. Además del manejo de información en la situación aguda, se han desarrollado estrategias de difusión de los conceptos básicos para la protección de la salud mental en publicaciones propias del ministerio, diarios, revistas, en la web etc.

- La protección de la Salud Mental de las personas que laboran en la emergencia representa una de las estrategias primordiales durante la intervención de la Red. Han sido implementados dispositivos de cuidado para integrantes de equipos de bomberos, socorristas, docentes, fuerzas de seguridad, trabajadores de la salud etc. Es frecuente que el foco de la intervención sean los trabajadores, porque en muchas ocasiones el equipo interviniente es quien recibió el mayor impacto del evento. Por otra parte, el cuidado de los cuidadores tiene un efecto multiplicador que se traduce en una mejor contención de las víctimas primarias y en mejores relaciones entre pares. (ver apartado Cuidado de la salud mental de los equipos)
- Por último se hace la detección precoz de casos que requieran de atención especializada en la fase aguda y gestión de la derivación al centro especializado de referencia, aunque esto generalmente es excepcional.

La “Consejería a la población”, educación para la salud

La Educación para la salud y la psico-educación, resultan una estrategia indispensable en la promoción de la salud y la construcción de resiliencia en una comunidad. Por lo tanto han sido especialmente consideradas dentro de la planificación de las acciones que integraron las intervenciones del equipo de la Red PROSAMIC, tanto a nivel individual como comunitario. Cumpliendo de esta manera con el indicador de la sección 5 del who-aims “educación del público y vínculos con otros sectores”.

Siguiendo los lineamientos de OPS/OMS, (manual 2002 inicialmente) se diseñaron cuatro trípticos de material psico-educativo, sobre recomendaciones a la población, separados por grupo etario, adultos, niños y niñas, adolescentes y equipos de intervención. Para ser entregados durante las intervenciones y capacitaciones y disponibles on-line en la página

web del ministerio de salud hasta 2015. Ha sido una gran pérdida que en la actualidad la población no disponga del libre acceso a los mismos.

Es de gran valor contar con un material escrito para que la población afectada y sus allegados puedan leerlo y releerlo, a sabiendas de que en la respuesta aguda frente a un IC una de las "reacciones esperables" más frecuentes es el hiperalerta, con el consecuente aumento de la atención involuntaria y disminución de la atención voluntaria, y de la concentración. Se adjunta en anexo el material psico-educativo a modo de ejemplo, consta de secciones a modo de tríptico, un detalle de las reacciones esperables, las recomendaciones para modularlas, cuándo está indicado solicitar ayuda especializada, como así también, qué pueden hacer los familiares, amigos, docentes etc para dar apoyo psicosocial a los afectados directos.

Este material, ha sido utilizado desde los inicios para realizar capacitaciones *ad hoc* durante las intervenciones a líderes comunitarios, referentes de salud o integrantes de equipos de primera línea de respuesta.

Cita informante clave del equipo integrante, MJ "Prontamente, fuimos incluyendo mayor cantidad de recursos en las intervenciones, tanto de herramientas de registro, como de materiales psicoeducativos, que fuimos elaborando y mejorando con los años."

Si bien el contenido fue ajustado durante el curso de estos 12 años, no se ha modificado su esencia. Para no redundar en explicaciones, se considera más práctico insertar los trípticos en anexos. Ver anexos 1. "Trípticos de psicoeducación a la población".

El rol de mediador: una dimensión omnipresente en las intervenciones no explicitada en los protocolos internacionales

La experiencia acumulada de una enorme cantidad de intervenciones realizadas en más de una década pone en evidencia un factor clave, que podemos correlacionar con la "actitud" adoptada por los profesionales que integran la Red. Se puede considerar como hipótesis que la presencia de un equipo de SMAPS tiene entre otras atribuciones un **rol de "mediador inter e intrainstitucional"**, en el sentido de operar como nexo tanto entre

los diferentes niveles institucionales que intervienen en la respuesta ante una Emergencia o Desastre, como con la población afectada y los gestores que coordinan esta respuesta. La palabra mediación proviene de "mediatio", que significa un punto equidistante entre dos puntos opuestos; también es entendida como interposición, intermediación para favorecer nuevas formas de relacionarse socialmente. Cuando la emergencia ocurre, la comunicación resulta un insumo determinante para el manejo de la misma. Frente al caos y la confusión, los profesionales intervinientes de la Red PROSAMIC han facilitado que las necesidades planteadas por los afectados directos y familiares fueran escuchadas tanto por los equipos de intervención como por los máximos niveles de gestión, lo que ha aportado eficacia y hasta un alivio emocional en quienes tienen esa gran responsabilidad.

En el ámbito específico de la atención en situaciones de emergencias complejas y desastres, comprobamos la relevancia de este rol de mediación y articulación, ya que es casi inevitable que surjan distintas necesidades, demandas, tensiones entre los múltiples actores en juego, y a veces la urgencia misma de los acontecimientos provoca importantes dificultades en la comunicación y resolución de estos problemas.

Este rol se puede relacionar con lo que algunos autores denominan la "intervención estratégica" (una de las tres funciones que competen al psicólogo que actúa en IC, junto a la intervención con afectados y familiares por un lado, y el abordaje de los grupos intervinientes, por otro), la cual incluye el asesoramiento a instituciones, la evaluación de necesidades, etc. (Gutiérrez Gutiérrez y Vera Navascues, 2000).

Sin embargo, hay un aspecto más específico aún del rol que se ha podido constatar en cada intervención: es el de ocupar un espacio intermedio entre la población afectada y los responsables de la respuesta (equipos intervinientes y los niveles de gestión). Los destinatarios de la intervención, ven al profesional de la Red como un **interlocutor más próximo** y accesible, que puede escuchar y vehicular sus inquietudes, problemas, demandas. Y esa misma posición de "mediadores" tiene efectos concretos sobre el cuidado de la salud mental y el bienestar psicosocial de todos los afectados, en tanto resultan también un elemento protector de la salud mental de los equipos de intervención al facilitar la comunicación con los distintos niveles institucionales involucrados en la respuesta. Se opera como una suerte de "traductor simultáneo"

En relación a este Rol de "mediador" se puede concluir a partir de las evaluaciones de múltiples intervenciones que:

Si los principios básicos de la intervención en salud mental en el momento agudo post incidente crítico son "cuidados agudos, proteger, dirigir y conectar", el rol de "mediador interinstitucional" descrito podría incluirse casi en todos ellos, pero muy especialmente dentro del último principio. Además de *conectar* con el aquí y ahora a los damnificados, de intentar *conectarlos* con sus familiares y seres queridos, se trata también de *conectar* a través de una comunicación eficaz, a los diferentes actores involucrados en un escenario institucional complejo como el que surge en toda situación de emergencia y más aún de desastre..

Tal como siguen reconociéndolo las máximas autoridades en la actualidad.

Citas de los Directores entrevistados:

Director entrevistado N°1:

Tener a disposición un grupo de profesionales tanto para enfrentar situaciones extremas a las víctimas como para permitir y facilitar la acción de los médicos en las misiones realizando una contención de los familiares y a los mismos pacientes facilitando el su accionar, como por ejemplo en el traslado de los pacientes de San Rafael donde estuvieron presentes con la primera avanzada en el triage conteniendo a los familiares y a las víctimas para que se puedan realizar las categorizaciones de los pacientes a trasladar (Director 1, comunicación personal, julio 2018).

Director entrevistado N°2:

Varias fueron las intervenciones de la red, muy exitosas, mostrando un cambio importante en la evolución psicológica de los diferentes protagonistas primarios, secundarios y colaterales de eventos traumáticos, la red además continuaba en contacto, vinculaba a los pacientes con los agentes de la especialidad de los lugares cercanos al domicilio, donde generalmente ya se había capacitado a diferentes agentes del lugar y si no se realizaba una capacitación a propósito de la situación vivida (Director 2, comunicación personal, julio 2018).

Director entrevistado N°3:

Cabe destacar que durante mi gestión fueron los inicios de la Red PROSAMIC, por lo tanto los aportes los dividiría en dos áreas. En primer lugar el aporte al conocimiento en

los sistemas de emergencias de la provincia, realizando un cambio de paradigma en el abordaje de los incidentes críticos y la salud mental. Por otra parte, el aporte brindado en cada intervención de incidentes con víctimas múltiples donde se demostró la importancia de tener un equipo especializado (Director 3, comunicación personal, julio 2018).

Citas de las integrantes entrevistadas

Integrante entrevistada, MJ:

Conforme fuimos sumando nuevas intervenciones y el equipo se fue renovando en el tiempo, se pudo pensar y protocolizar de forma más rigurosa las intervenciones, nominando las acciones, tipificando las reacciones esperables, articulando el trabajo con las redes que se fueron construyendo a instancias de las capacitaciones, que se multiplicaron desde el conurbano a lo largo y a lo ancho del territorio bonaerense

Prontamente, fuimos incluyendo mayor cantidad de recursos en las intervenciones, tanto de herramientas de registro, como de materiales psicoeducativos, que fuimos elaborando y mejorando con los años. Otro de los ámbitos en los que el equipo sumó un espacio propio de intervenciones, junto al equipo de Emergencias, fue el Operativo Sanitario de verano (SAT) en la costa atlántica argentina.”

Integrante entrevistada, N°3:

La implementación considero que si bien se rige en lineamientos de protocolos internacionales, existen sin embargo puntos donde se deben adaptar y flexibilizar según de qué intervención se trate tomando en cuenta los recursos existentes. En este sentido, creo que los recursos son los que influyen permanentemente a la hora de tomar decisiones con respecto a la implementación.

Integrante entrevistada, N°5:

Al principio la mayoría de las intervenciones estaban ligadas a incidentes viales/ de transporte (con víctimas múltiples o no) o eventos críticos que involucraban a un número relativamente acotado de personas. Luego empezamos a intervenir también en situaciones más ligadas a emergencias complejas y desastres (tornados, inundaciones, otros incidentes ligados a fenómenos meteorológicos, epidemias o eventos de salud, etc) que requerían abordajes en un nivel comunitario”

Las capacitaciones

El posicionamiento ideológico y teórico que sustenta la práctica –acorde con los lineamientos que proponen entidades como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud- se basa en las siguientes premisas: por un lado, la protección de la salud mental de las personas afectadas por emergencias y catástrofes puede y debe realizarse desde el momento agudo del incidente crítico, y por el otro, esta contención inicial no debe quedar en manos de los especialistas en salud mental. Por el contrario, para ofrecer una atención oportuna y eficaz a las víctimas (directas e indirectas) es necesario que quienes están en la primera línea de respuesta -los equipos de rescate, las fuerzas de seguridad, el personal de salud que trabaja en guardias y/o en el primer nivel, los docentes de las escuelas, etc.- manejen herramientas de cuidado de la salud mental ante situaciones de esta naturaleza, pues son ellos y no los especialistas quienes efectivamente están “ahí” y pueden actuar en el momento agudo post incidente. Es por esto que el plan de la Red PROSAMIC del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ha tenido desde su inicio como uno de sus ejes principales de acción la capacitación. Desarrollando actividades de docencia dirigidas a trabajadores de distintas disciplinas, no sólo del área de la salud sino también de otros sectores que tengan injerencia en la respuesta a situaciones de IC, emergencias y desastres, así como también a voluntarios e integrantes de la comunidad en general.

Afirma la entrevistada del equipo de la Red, MJ: “Considerando el marco teórico-ideológico de la Red, centrado en la figura del especialista como multiplicador y en la necesidad de sumar respondientes de distintos sectores entrenados en Salud Mental para llevar a cabo su tarea, la capacitación fue desde el inicio y sigue siendo un pilar fundamental, una de las tareas “misionales” del equipo PROSAMIC. Se elaboraron programas “a medida” con distintos formatos de cursos y entrenamientos, tanto en modalidades más extendidas en el tiempo, como intensivas. Entre los ejes temáticos que se desarrollaron, incluimos: nociones introductorias a la Salud Mental en emergencias y desastres, el trabajo con poblaciones vulnerables, intervenciones comunitarias, manejo de protocolos y guías, protección de equipos de respuesta, etc.”

Acorde con esta concepción, el equipo de la Red ha realizado actividades de formación en las Regiones Sanitarias, destinadas a trabajadores de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, radioperadores de servicios de emergencias, etc.), de educación, de defensa civil, bomberos y policías. La conjunción de tan diversas profesiones, actividades y sectores es uno de los factores que más enriquece estas experiencias, al posibilitar un abordaje realmente interdisciplinario de la protección de la salud mental en emergencias y catástrofes, y además generar las condiciones para una construcción conceptual común que tienda "puentes" entre los diferentes saberes, buscando partir siempre del problema en común sin someterse a fronteras disciplinarias.

Citamos a la integrante de la Red, N°5: "Al principio las capacitaciones se concentraban sobre todo en la Región Sanitaria VI, donde el equipo tenía su origen y su base. Pero rápidamente se fueron organizando jornadas, cursos, capacitaciones en distintas zonas de la pcia y dirigidas a muy diversos sectores, no sólo a los agentes de salud. Si bien desde el equipo creo que siempre estuvo la intención de organizar las capacitaciones a partir de una planificación "territorial", es decir, ir cubriendo las diferentes regiones sanitarias y/o municipios que las integran, me parece que también nos fuimos adaptando a las "oportunidades" de armar capacitaciones en función de otras variables, por ejemplo, los avatares políticos, las prioridades o intereses de cada gestión que pasó por la Dirección de Emergencias o el Ministerio, los "contactos" que se fueron estableciendo, a partir del propio trabajo en las intervenciones, etc"

Citamos a la integrante de la Red, N°3:"Considero que los objetivos de las capacitaciones de formar agentes multiplicadores y la sensibilización en distintos actores que participan antes, durante y después de un Incidente Crítico se sigue desarrollando y sosteniendo hasta la actualidad".

En varios de los documentos de archivo de la implementación del Programa puede leerse

“Capacitarse para la protección de la salud mental en emergencias y catástrofes”

En consonancia con las sugerencias de Organismos Internacionales (OPS, OSM, UNICEF, ACNUR) en la Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (Red PROSAMIC) consideramos imprescindible implementar la capacitación y entrenamiento del recurso humano interviniente para dar respuesta a las necesidades de la población.

Es fundamental que la asistencia temprana y oportuna de los afectados sea brindada por quienes están en la primera línea de respuesta –los trabajadores de atención primaria de la salud, los equipos de rescate, las fuerzas de seguridad, los docentes de las escuelas, etc.-, pues son ellos y no los especialistas quienes actúan en el momento agudo post incidente. Para ello es necesario desarrollar un proceso de educación permanente, que brinde herramientas prácticas de intervención en salud mental y permita elevar el nivel de resolutivez de los distintos equipos de respuesta.

La consideración del cuidado de la Salud Mental en la respuesta sanitaria ante catástrofes, desastres y emergencias impone la necesidad de desarrollar un proceso de capacitación continua que permita elevar el nivel de resolutivez de los trabajadores de la salud, en todos los niveles de atención. Se ha demostrado que la formación de grado y la práctica en instituciones de salud no bastan para proveer herramientas específicas en este sentido.

Las respuestas institucionales más frecuentes han estado basadas, tal como puede verse en el punto “Diagnóstico del sistema de salud del sector público en salud mental 2005”, en la atención psicológica y/o psiquiátrica individual y sólo brindan respuesta a un número muy reducido de las personas afectadas tendiendo muchas veces a la patologización de las respuestas. La propuesta formativa de la Red PROSAMIC apunta desde sus comienzos, a la capacitación de referentes multidisciplinarios del Sector salud (no sólo a especialistas) en consonancia con una visión de que la atención de salud mental en incidente crítico no debe estar centrada en la psicopatología, sino en el abordaje más adecuado a reacciones normales frente a situaciones anormales.

Ahora bien, la capacitación no sólo debe dirigirse a un amplio espectro de trabajadores, también se considera que la misma no puede consistir sólo en la transmisión de conocimientos teóricos sobre la materia, expuestos según un modelo

“escolar”. Todo proceso pedagógico, en particular si está relacionado con la formación de profesionales prestadores de servicios, debe sustentarse en un sólido marco conceptual e incluir contenidos teóricos validados y confiables, para lograr el “saber hacer” que requiere toda praxis, la teoría por sí sola no alcanza. Es imprescindible que contenga aspectos prácticos, que aporte herramientas concretas para el trabajo y que se base en los problemas específicos propios de la actividad a la que se aplica. Si a esto se le suma las características particularísimas de la tarea en emergencias, con los factores causantes de tensión y estrés, la crudeza de los eventos, el sufrimiento de las víctimas, el aceleramiento de los tiempos, etc., queda muy claro que es primordial un buen entrenamiento para poder actuar con eficacia en este tipo de situaciones. Es en función de esto que las capacitaciones dictadas incluyen la realización de talleres, donde se trabaja la implementación práctica de lo aprendido en cada encuentro. A partir de técnicas de tipo vivencial, los participantes van incorporando los contenidos, entrenándose en el abordaje de estas situaciones, practicando ejercicios de management del estrés para todos los involucrados, tanto los afectados directos como los integrantes de los equipos.

Como corolario y pieza fundamental de las capacitaciones, para integrar los contenidos de las capacitaciones, se realizan simulacros de intervención en incidente crítico en diversos escenarios, que cuentan con la participación de: los cursantes, trabajadores ya capacitados por el equipo en experiencias previas, y personal de las instituciones donde se lleva a cabo el ejercicio (personal de guardia y de seguridad de los hospitales, empleados de aeropuertos, etc). Para mayor detalle dirigirse a la última sección del apartado de capacitaciones sobre “simulacros”

Por último, los objetivos a mediano y largo plazo del programa en general y de las capacitaciones en particular están dirigidos a :

- Propiciar cambios en los modelos de atención de los servicios de salud
- El emponderamiento de la población.
- Promover cambios de conducta a través de la educación para la salud
- Fomentar el trabajo en red y los abordajes interdisciplinarios,
- Ampliar los actores que intervienen en los procesos de construcción de resiliencia

Individual y colectiva.

-Concientizar y capacitar sobre estrategias para el "cuidado de los cuidadores",
que integran los equipos de respuesta

Entrevistada integrante del equipo, MJ:

Las demandas de capacitación al equipo PROSAMIC fueron multiplicándose. A partir de la creación del equipo en 2005, hasta la actualidad, desde distintos ámbitos, surgieron pedidos para distintos referentes: no sólo equipos de Salud, sino también de muchos otros sectores con los que se fueron armando lazos, redes, transferencias de trabajo y conocimientos. Así sumamos miles de asistentes a nuestras capacitaciones (en universidades, cuarteles de bomberos, hospitales, sedes municipales, teatros, dependencias policiales, etc.). A nivel ministerial, comenzamos a viajar por la provincia de Buenos Aires, brindando capacitaciones intensivas. Por ejemplo, a partir de los lazos armados con la Secretaría de Atención de las Adicciones (SADA), viajamos durante un año a distintos puntos de la provincia, capacitando a todos los integrantes de los Centros para tratamiento de Adicciones (CPA) y otros referentes locales. Actualmente podemos mencionar los espacios de formación que llevamos adelante para referentes de Emergencias de municipios bonaerenses, donde dictamos un módulo de "Salud Mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres", dentro de la capacitación provincial para la instauración del sistema de emergencias SAME provincial

Entrevistada integrante del equipo, N° 4:

Al principio las capacitaciones eran organizadas y generadas por el equipo (autogestión), ya que era una temática novedosa y nuestro trabajo era poco conocido. Con el tiempo se empezó a conocer la temática y nuestro trabajo. En la actualidad son los municipios, instituciones y organizaciones las que demandan las capacitaciones y organizan la logística (traslado, lugar, sonido, técnica, convocatoria, etc) de las mismas.

En los programas de contenidos y diseño de *las capacitaciones* se plasman cambios evolutivos de las acciones del Programa.

Tal como puede leerse en la fundamentación de la mayor parte de las capacitaciones, los lineamientos generales responden a los propuestos por la OMS/OPS, la integración de los

paradigmas o marcos de SMAPS en emergencias y desastres, los de la salud mental comunitaria y los marcos de Gestión para la Reducción del Riesgo.

Se resaltan en una primera etapa:

- La SMAPS no es patrimonio del especialista, tiene que estar cerca de la necesidad y de la ocurrencia de la situación, por lo tanto hay que formar a todos los actores que intervienen.

- La Primera Ayuda Psicológica (PAP) ha demostrado eficacia en la reducción del riesgo de enfermar.

Incorporándose en la última etapa :

- Capacitar como instrumento para cumplir las "acciones clave" del proyecto Esfera

- Capacitar y entrenar para empoderar a la población y construir resiliencia

Los principales sectores capacitados

Durante el período que corresponde a este estudio incluyen:

- Trabajadores de la Salud. Integrantes de la primera línea de respuesta. Bomberos, socorristas etc. Integrantes de las fuerzas de seguridad .Trabajadores de educación. Trabajadores del Sistema Judicial. Miembros de las comunidades en general

Algunos ejemplos de los roles que desempeñan los capacitados:

Radioperadores de emergencias en salud, choferes de ambulancia, trabajadores sociales, psicólogos, bomberos, enfermeros, psicopedagogos, voluntarios, administrativos (de distintos hospitales, centros de APS y Unidades de Pronta Atención), policías , lic. en Obstetricia, médicos de diversas especialidades, integrantes de equipos de Educación, radioperadores y coordinadores de la Central de Emergencias 911, jefes de Servicios hospitalarios, coordinadores de salud mental de todas las regiones sanitarias, integrantes de Defensa Civil de distintos Municipios y del nivel Provincial, ingenieros y técnicos en

seguridad, agentes penitenciarios, técnicos en emergencias, docentes universitarios, ex combatientes de la guerra de Malvinas, etc.

Con este listado, importa destacar la diversidad disciplinaria de quienes asistieron y asisten a los cursos. Mostrar quienes integran los colectivos a ser capacitados. Los espacios de capacitación se transforman en si mismos en un ámbito explícito de trabajo inter-disciplinario de aprendizaje teórico-práctico. Que finalmente resulta en un proceso de "construcción colectiva de conocimiento interdisciplinario" para un mejor abordaje de las situaciones de emergencias y desastres

Se confirma así lo que algunas experiencias exitosas a nivel mundial han probado que resulta conveniente:

- ✓ El Incremento, descentralización y fortalecimiento de los servicios públicos de salud mental en los territorios más afectados por el conflicto o Incidente Crítico específico.
- ✓ La identificación, en el ámbito local, de los problemas psicosociales de la población
- ✓ El desarrollo de actividades educativas a grupos comunitarios, con especial dedicación a la problemática por la que están atravesando.
- ✓ Tomar medidas tendientes a institucionalizar las acciones dentro del sector salud, con una visión de mediano y largo plazo.
- ✓ Una rápida y adecuada intervención para disminuir las reacciones esperables y que los sujetos puedan volver al funcionamiento habitual.

Entrevistada integrante del equipo, MJ:

En consonancia con la posición teórico-ideológica, el equipo PROSAMIC siempre ha concebido los espacios de trabajo junto a referentes de las más variadas disciplinas: integrantes de la comunidad, profesionales y auxiliares de Salud, Justicia, Educación, etc. Se han interesado en nuestra temática, acercándose a nuestros espacios de trabajo y capacitación: abogados, radio-operadores, personal de aerolíneas, voluntarios de organizaciones, entre muchos otros. La Salud Mental, desde la idea que nos ha transmitido fuertemente la Dra. Bentolila, no es patrimonio de una disciplina, su puesta en práctica no es privativa de los psicólogos y los psiquiatras.

Entrevistada integrante del equipo, N°3: "Considero que los objetivos de las capacitaciones de formar agentes multiplicadores y la sensibilización en distintos actores que participan antes, durante y después de un Incidente Crítico se sigue desarrollando y sosteniendo hasta la actualidad".

Entrevistada integrante del equipo, N°3:

La implementación de la acción multidisciplinaria depende del tipo y características del IC pero siempre lo tenemos como equipo en los objetivos de nuestras intervenciones. Y a la hora de las capacitaciones es sumamente necesario entrenar en herramientas de protección de la salud mental a todas aquellas disciplinas que se desempeñan en situaciones de IC.

Entrevistada integrante del equipo, N°5:

Las capacitaciones se plantearon siempre como visión desde un enfoque interdisciplinario. Desde los comienzos las capacitaciones estuvieron dirigidas a muy diferentes actores y sectores (trabajadores de salud, educación, fuerzas de seguridad, bomberos, defensa civil, estudiantes, etc). En algunos casos se plantearon como dispositivos específicos para un determinado colectivo (ej: policías, radioperadores, docentes); pero tanto en lo personal como en tanto equipo, alentamos las instancias de formación multidisciplinarias, lo más heterogéneas posible, porque allí está la mayor riqueza y el mejor aprendizaje.

Programas en los primeros bienios

En "Anexos 2" colocamos los programas en detalle, donde se pueden leer los objetivos de los módulos, la metodología, contenidos, tipos de capacitados a los que va dirigido, y la bibliografía. Además, se agregan los programas de los siguientes años para mostrar sus cambios y permanencias.

Formatos y propuestas de capacitaciones

En el desarrollo de la Red PROSAMIC, desde 2005 hasta la fecha, podemos decir que los contenidos de los principios básicos se han sostenido a lo largo del tiempo, siempre ajustándolos a las actualizaciones de "los mandatos" y "lineamientos internacionales"

(podemos mencionar especialmente Guía práctica de salud mental en desastres OPS 2006; Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud? IASC, 2010. Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia OMS 2013, Marco Sendai 2015, etc.) integrando más recientemente de manera explícita los principios de la Gestión para la Reducción del riesgo de desastre, contenidos del Marco de Hyogo y Sendai (como se mostrará más adelante en la muestra del Seminario "Reducción del Riesgo en Emergencias y Desastres: Apoyo Psicosocial y Protección de la Salud", realizado en la facultad de Medicina de la UBA, en septiembre 2015, donde contamos con la participación de distintos expertos).

Entrevistada integrante del equipo, N°5:

Los contenidos también fueron "evolucionando" a lo largo del tiempo. Si bien hay una esencia, una base que no cambió, pienso que cada vez fuimos haciendo más foco en una visión preventiva, en un enfoque que privilegia los abordajes comunitarios y la importancia de contar con personal de respuesta (de todos los sectores y organismos involucrados) formados para intervenir desde el cuidado de la salud mental y el apoyo psicosocial. A su vez, en los últimos años fuimos incorporando en nuestras capacitaciones (y en nuestras cabezas) los relativamente recientes desarrollos de la gestión y reducción del riesgo de desastres, como marco y contexto para pensar cualquier estrategia de SMAPS.

Respecto a los formatos que adquirieron las capacitaciones, cabe mencionar que se han ajustado a las necesidades de cada grupo capacitado. La diversidad mencionada de los destinatarios y sus roles y funciones, fueron un insumo permanente para reformular y ajustar el diseño y las dinámicas del dictado de cada capacitación .

Para dar una muestra acotada de los cambios mencionados, se seleccionan varios programas impartidos en diferentes años a diferentes grupos.

-Capacitación para los trabajadores del Departamento de enfermería del Hospital Nacional "Prof. A. Posadas". Julio y Agosto de 2009. Esta intervención es importante resaltarla porque tuvo como contexto el impacto de la pandemia H1N1. Ver anexos número 3: "Ejemplos de formatos de capacitaciones".

-Capacitación a los equipos de emergencia del municipio de Laprida. Como ejemplo de un programa sucinto para una capacitación de un equipo de emergencias. Ver anexos número 3: "Ejemplos de formatos de capacitaciones"

-Talleres de capacitación y entrenamiento intensivo en Primera Ayuda Psicológica. En todo el desarrollo de la Red PROSAMIC, se han realizado diversas propuestas de capacitación pensadas para grupos específicos y contenidos concretos según sus necesidades. Ver anexo número 3: "Ejemplos de formatos de capacitaciones".

-Estrategias de Protección de la Salud Mental en el Ámbito Educativo. En este anexo se lee la propuesta de una capacitación enfocada en el ámbito educativo, especialmente dirigida a docentes, integrantes de educación domiciliaria y hospitalaria. Ver anexo número 3: "Ejemplos de formatos de capacitaciones".

-Resumen de jornadas de capacitación 2015. En este anexo nos interesa mostrar como ejemplo la selección de diferentes jornadas de capacitación durante un año, con material fotográfico y con links de referencias a la prensa, que cumplieron con el objetivo de sensibilizar sobre la necesidad del cuidado de la salud mental en las situaciones críticas, emergencias y desastres. Talleres: contenido y destinatarios. Ejemplos:

"Taller de Comunicación de Malas Noticias".

"Prevención del Desgaste Laboral: de la Respuesta Aguda a la Cronificación de la Respuesta".

"Qué Hacer - Qué No Hacer en un Incidente Crítico".

"Contención Emocional y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Crisis".

"Operativo servicio atención al turista – SAT".

"Simulacro de Accidente Múltiple en la Autopista Buenos Aires – La Plata".

Ver anexo número 3: "Ejemplos de formatos de capacitaciones".

Un espacio de capacitación que muestra con total claridad el proceso evolutivo y la integración explícita de los lineamientos del Paradigma de la Gestión para la Reducción del Riesgo de Desastres dentro del funcionamiento de la Red fue el Seminario:

“Reducción del Riesgo en Emergencias y Desastres: Apoyo Psicosocial y Protección de la Salud” Diálogo entre expertos. Celebrando los 10 años de la creación de la Red PROSAMIC se llevó a cabo en el aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con una convocatoria de más de 700 personas de diversas pertenencias y disciplinas un Seminario que marcó un hito significativo de la Red. Se dieron encuentro a los máximos referentes con una explícita incorporación del paradigma de la Gestión del Riesgo de Desastres (Sendai, 2015).

En estas dos diapositivas que formaron parte de la presentación que realicé de las acciones de la Red en el Seminario se muestra claramente la integración mencionada, a través de dos cuadros comparativos de los objetivos de la Red en el 2005 con los de Hyogo y su evolución en 2015, comparados con los propuestos en Sendai:

AÑO 2005	
HYOGO Japón (Post tsunami asiático)	BUENOS AIRES Argentina (Post Cromañón)
<ul style="list-style-type: none"> • Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (Enero 2005) <p>MAH: <i>Aumento de la resiliencia de las naciones y de las comunidades ante los desastres.</i></p> <p>Desarrollar acciones para observar y analizar integralmente el desastre</p> <p>GESTION DE RIESGO COMO UN PROCESO SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RED PROSAMIC (Junio 2005) <p>Reducir el riesgo psicosocial y atender el impacto sobre la Salud Mental de los afectados, como un aspecto de la atención sanitaria en emergencias complejas y desastres.</p> <p>LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, SALUD MENTAL COMUNITARIA</p>



2015: LÍNEAS DE ACCIÓN

MARCO SENDAI (Marzo 2015)

III Conferencia Mundial ONU sobre la Reducción del Riesgo de Desastres

«...La reducción sustancial del riesgo de desastres y las pérdidas ocasionadas ...»

- Comprender el **RIESGO** de desastres
- Fortalecer la gobernanza del RD para su **GESTIÓN**
- Invertir en RR para la **RESILIENCIA**
- Aumentar la **PREPARACIÓN** para dar una respuesta eficaz y «reconstruir mejor»

RED PROSAMIC

Estrategia de trabajo solidario en Red de servicios

- Intervenciones articuladas con la Red Pcial Emergencias Sanitarias
- Capacitación continua SM en IC y Promoción de referentes asistenciales en los tres niveles del Sector Salud
- Articulación intersectorial: capacitación continua SM en IC y organización de la Respuesta
- Dispositivos de seguimiento articulados con recursos comunitarios
- **Protección SM de Equipos de Intervención**

Tal como lo muestra el flyer que se copia, actualmente se encuentra totalmente integrado el equipo de la Red PROSAMIC en todas las Capacitaciones del SAME Provincial. Lo que

supone llegar a todas las localidades de la pcia de Buenos Aires



Ministerio de Salud

CAPACITACIÓN SAME PROVINCIA

SAN CAYETANO

VIERNES 10 DE AGOSTO

CAPACITACIÓN GENERAL

- 8:00-9:15 hs.- RCP básico (teórico-práctico)
- 9:15 hs IMPLEMENTACIÓN

Receso

- 10:00-10:30 hs.- Aspectos psicosociales en la emergencia.
- 10:30-11:45 hs.- Inmovilización y extricación (teórico-práctico)
- 11:45-12:30 hs.- Rol del conductor sanitario. Conducción defensiva y evasiva. Bioseguridad.

Almuerzo

TODOS

- 13:00- 13:30 hs.- Rol del radioperador

MÉDICOS Y ENFERMEROS

- 13:30-15:30 hs.- Triage. Manejo inicial del trauma. RCP avanzado y vía aérea.

RADIOOPERADORES

- 13:30-15:30 hs.- Comunicación en la emergencia. Categorización, interrogatorio.

Hitos de formación y entrenamiento

Hubo cursos y entrenamientos que, por su innovación, evaluación positiva de los cursantes e impacto multiplicador merecen una especial mención en este apartado.

Cursos Virtuales dictados en el Campus Virtual de OPS: Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres (2014); y Apoyo Psicosocial como estrategia para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres (2016).

Nos interesa destacar algunos aspectos que consideramos relevantes:

La posibilidad de utilizar la tecnología virtual, llegando a una amplia extensión de la pcia de Buenos Aires con la capacitación, y la diversidad de los roles de quienes recibieron la capacitación (médicos de distintas especialidades, psicólogos, sociólogos, psicólogos sociales, radioperadores, choferes, personal de gendarmería y defensa civil, bomberos, nutricionistas, trabajadores sociales, enfermeros, ingenieros, terapeuta ocupacionales y docentes, policías, personal penitenciario, y abogados, entre otros). Y por otra parte la excelente valoración del curso por parte de los integrantes, que puede verse en el anexo número 6: "Evaluación del primer Curso Virtual (2014)".

Segundo Curso Virtual "Apoyo Psicosocial como estrategia para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres (2016)"

El segundo curso virtual "Apoyo Psicosocial como estrategia para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres (2016)", *que incluye un módulo introductorio sobre Gestión para la reducción del riesgo de Desastres desde la perspectiva del Marco Sendai*, se llevó adelante en un marco interinstitucional entre la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, la Dirección Provincial de Emergencias Sanitarias representada por la Red PROSAMIC, bajo el auspicio y colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, en el campus virtual de OPS. Este curso tuvo como destinatarios a referentes de las distintas provincias que componen nuestra República

La convocatoria se realizó desde la DINESA en coordinación con los referentes Provinciales de Emergencias Sanitarias y también desde la Organización Panamericana de la Salud.

Participantes Inscriptos en la convocatoria: 116. Participantes que se matricularon al Campus Virtual: 98 Participantes que iniciaron el curso: 86 Participantes que aprobaron el curso: 72

De este curso resaltamos nuevamente la búsqueda de integración en el armado de una Red de respuesta que ya tenga alcances a nivel Nación.

La evaluación del curso por parte de los integrantes se puede ver en el anexo número 2: "Evaluación del segundo Curso Virtual (2016)".

Actividades en el pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Taller intensivo "Herramientas Básicas de Protección de la Salud Mental en Emergencias y Desastres"

El Comité Coordinador del IAR y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, U.B.A., con el colegio de Médicos de la Pcia de Buenos Aires DIII, y la coordinación del equipo de la RED PROSAMIC, acordaron el dictado de un Taller intensivo, dirigido a todos los alumnos que cursan el Internado Anual Rotatorio (I.A.R.). Dicha actividad comenzó en el mes de mayo de 2013 y se viene desarrollando en forma ininterrumpida hasta la actualidad. Se capacita a un promedio de 1300 alumnos anuales, lo que deja un total aproximado a la fecha actual de 6500 capacitados.



Del mismo modo que otras destrezas, aprehender a comprender las reacciones esperables frente a situaciones críticas e implementar prácticas que promuevan los factores que modulan su impacto en la salud y reduzcan el riesgo de trastornos asociados requiere de un entrenamiento teórico-práctico sostenido en el tiempo, que debería constituirse en un eje que atravesase toda la formación profesional.

Por otra parte, encontrándose ampliamente reconocido, y documentado en una vasta bibliografía, que el colectivo de trabajo constituido por las profesiones que integran el sector sanitario se encuentra expuesto de forma permanente a situaciones que impactan negativamente en su salud y promueven condiciones de desgaste, debería ser un aspecto prioritario en su formación contar con herramientas de autocuidado.

Dada la necesidad de brindar un entrenamiento específico, que favorezca el abordaje integral en situaciones críticas, emergencias o desastres, se diseñó un dispositivo de capacitación a medida, dirigido a los cursantes del I.A.R. con dos objetivos primordiales:

- 1) Promover en los futuros médicos , la formación y entrenamiento en competencias para la protección de la salud mental y el apoyo psicosocial en la situaciones críticas asociadas a su práctica profesional, disminuyendo el riesgo de trastornos psíquicos en las personas afectadas.
- 2) Concientizar sobre los riesgos de desgaste profesional inherentes a la práctica médica, la necesidad de estrategias de prevención, autocuidado y manejo del estrés ligado.

Ficha técnica:

PRIMER TALLER INTENSIVO DE CAPACITACIÓN EN HERRAMIENTAS BÁSICAS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Lugar: Salón del Consejo, 1er piso, Facultad de Medicina. UBA

Población destinataria: Alumnos cursantes del Internado Anual Rotatorio

Docentes: Dra. Silvia Bentolila y equipo de la Red PROSAMIC (Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico)

8.00 a 8.30:

- *Presentación de la actividad y del Equipo PROSAMIC.*

8.30 a 10.30:

- o **Conceptos** generales e introductorios. Incidente Crítico, emergencias, catástrofes, desastres, etc. Modalidades de intervención según fases y escenarios
- o Grupos de riesgo
- o Reacciones esperables según grupos etareos. Recomendaciones a la población
- o Trastorno por Estrés Agudo,
- o Principios básicos de Intervención, contención psicosocial.

10.30 a 11.00hs.

- o Break.

11.00 a 12.15

- *Taller práctico de aplicación con simulación de contención en agudo de afectados directos y familiares*

12.15 a 13:00hs.

- o Estrategias para la protección de la Salud Mental de los profesionales intervinientes. Disociación Operativa. Habilidades relacionales. Manejo del estrés

13.00 a 14.00hs

- Evaluación de la actividad, instrumento a ser completado por el alumno
- Evaluación de las habilidades adquiridas.

Simulacros: un aprendizaje vivencial en emergencias complejas

Los **simulacros** son ejercicios programados de acción interdisciplinaria para la respuesta en campo, aplicados a escenarios con víctimas múltiples y constituyen una modalidad de elección para desarrollar entrenamientos intensivos. Desde este punto de vista, se puede entender a los simulacros como ensayos o ejercicios de adiestramiento práctico del modo de actuar en caso de emergencia. Es bien reconocido que bajo la reacción al estrés inherente a la tarea que realizan, de los integrantes de los equipos de intervención en situaciones críticas, emergencias y desastres, se requiere tener un entrenamiento previo vivencial bajo circunstancias que simulen las condiciones reales, de manera tal que las reacciones y acciones no sean consecuencia de la respuesta primaria a las hormonas del estrés y por ende impredecibles, sino por el contrario una secuencia profesionalizada.

Los **Simulacros** conforman uno de los componentes relevantes dentro de las acciones de capacitación de PROSAMIC. Los simulacros efectuados por la Red requieren de una minuciosa organización, que incluye el diseño del esquema general, la asignación de roles y tareas, la articulación entre todos los participantes y el entrenamiento a cada grupo interviniente (simuladores de víctimas y familiares, coordinadores y contenedores, observadores, etc.). Incluyendo un momento de cierre con formato de "*defusing*" como puesta en común entre los participantes, con dos objetivos: evaluar los resultados de los aprendizajes incorporados y hacer una desmovilización o "descarga" emocional de los propios intervinientes. Se trabaja así a modo también de simulación, para situaciones reales, un relato colectivo que facilite la integración vivencial, la puesta en la conciencia de las emociones y un manejo de las reacciones del estrés propias de toda intervención en emergencia.

Entre otros objetivos, estos ejercicios permiten:

- Desarrollar, optimizar y evaluar planes de intervención para la actuación en situaciones de emergencia, previstos y puestos en práctica en condiciones de normalidad, tal como recomiendan la OPS y la OMS.

-Capacitar recursos humanos en territorio, entrenándolos para dar respuesta a complejas situaciones que se producen en una catástrofe.

-Incluir la dimensión crucial de la Protección de la Salud Mental de las víctimas (primarias, secundarias y terciarias) y equipos de trabajo de Incidente Crítico en los distintos momentos de la emergencia.

-Alcanzar el grado de coordinación interinstitucional necesario para hacer frente a estas situaciones de gran magnitud.

La participación en simulacros, como instancia crucial de los cursos de capacitación de la Red PROSAMIC, ha resultado muy enriquecedora, respondiendo a características de capacitación con :

- Bajo costo
- Alto realismo
- Atravesamiento vivencial
- Actividad bajo supervisión
- Actualización de las habilidades de respuesta
- Práctica simultánea de varios sistemas de actuación en emergencias

A continuación, sólo a modo de ejemplo, se cita un fragmento de un documento del año 2007 que incluye ficha técnica e informe de simulacros:

“Hasta el momento, nuestro equipo ha participado en el diseño, la planificación, la realización y evaluación de múltiples simulacros de Incidente Crítico en escenarios complejos. Entre ellos, cabe destacar:

- Simulacros en Aeropuerto Internacional de Ezeiza
- Simulacros en Guardias de hospitales interzonales provinciales: H.I.G.A. Evita (Lanús) – H.I.G.A. Paroissien (La Matanza)
- Simulacro en estadio del Club Atlético Lanús.
- Simulacros en local bailable Chocolate (Mar del Plata)”

Ficha Técnica:

- 🚩 Organización: Red PROSAMIC, Regiones Sanitarias VII A y B, H.I.G.A. PAROISSIEN
- 🚩 Fecha y Horario de realización: 5-07-07 de 9 a 12:30 hs.
- 🚩 Lugar: **Hospital Interzonal General de Agudos Paroissien**
Ruta 3 km 21 o Juan Manuel de Rosas 5900- Isidro Casanova

- 🚩 Incidente Crítico: Accidente de tránsito con víctimas múltiples: Choque entre dos vehículos de transporte de pasajeros
- 🚩 Escena a simular en Sector de Guardia: Llegada al hospital de víctimas, y luego familiares y conocidos solicitando información- Contención de accidentados con diferentes traumas (Rojo, amarillo, verde)
- 🚩 Objetivo General: Capacitación en terreno: "Protección de la Salud Mental de víctimas de incidente crítico en el momento agudo"
- 🚩 Objetivos específicos: Recepción hospitalaria, puesta en funcionamiento del plan de emergencia del hospital, triage hospitalario, soporte vital de las víctimas y, por parte del equipo de Salud Mental, realizar un ejercicio de contención de familiares de las víctimas
- 🚩 Intervinientes en escena Sector Guardia: Equipo Red PROSAMIC

Integrantes de Red Regiones Sanitaria VI, VII A y VII B

Simuladores (víctimas y familiares): Escuelas de Enfermería de la R.S. VIIA

INFORME DE LA CRÍTICA DE LA RED DE SALUD MENTAL EN INCIDENTE CRÍTICO DE LA REGIÓN

SIMULACRO DE ACCIDENTE AÉREO DEL 18 DE OCTUBRE DE 2005

De acuerdo a lo evaluado con el equipo interviniente, y de lo que ha surgido como comentarios de los observadores de la actividad, arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1) La práctica del simulacro constituye una valiosa fuente de entrenamiento para los participantes.
- 2) Se evidencia como imprescindible el entrenamiento previo para poder responder de manera adecuada en caso de producirse un accidente.
- 3) Resulta fundamental el trabajo en equipo, con tareas coordinadas y previamente delineadas, a fin de optimizar los recursos con los que se cuenta.
- 4) En la realización del simulacro de accidente aéreo se advirtió un déficit en la organización del área de atención de víctimas ilesas, ya que fueron trasladadas hacia allí víctimas clasificadas como "rojos", los cuales debieron ser derivados hacia otro sector. Por otra parte, falló la delimitación del espacio físico destinado a la contención de las víctimas, ya que las puertas de acceso al sector desde la pista fueron utilizadas como entrada de quienes participaron como observadores en el exterior, incluida la prensa, durante el desarrollo de la contención a ilesos y familiares, generando mayor confusión.
- 5) Se realizó el Defusin de cierre de la actividad, pudiendo los participantes del simulacro, tanto aquellos que oficiaron de víctimas, como los que actuaron como contención, manifestar sus impresiones y vivencias en la puesta en común, reforzando el aprendizaje que la experiencia les aportó.
- 6) En un estudio exploratorio realizado por el equipo de la Red PROSAMIC, surgió como dato relevante que la realización de simulacros constituye la principal fuente de entrenamiento y aprendizaje de técnicas para la actuación en incidente crítico.

Dra. Silvia Bentolila

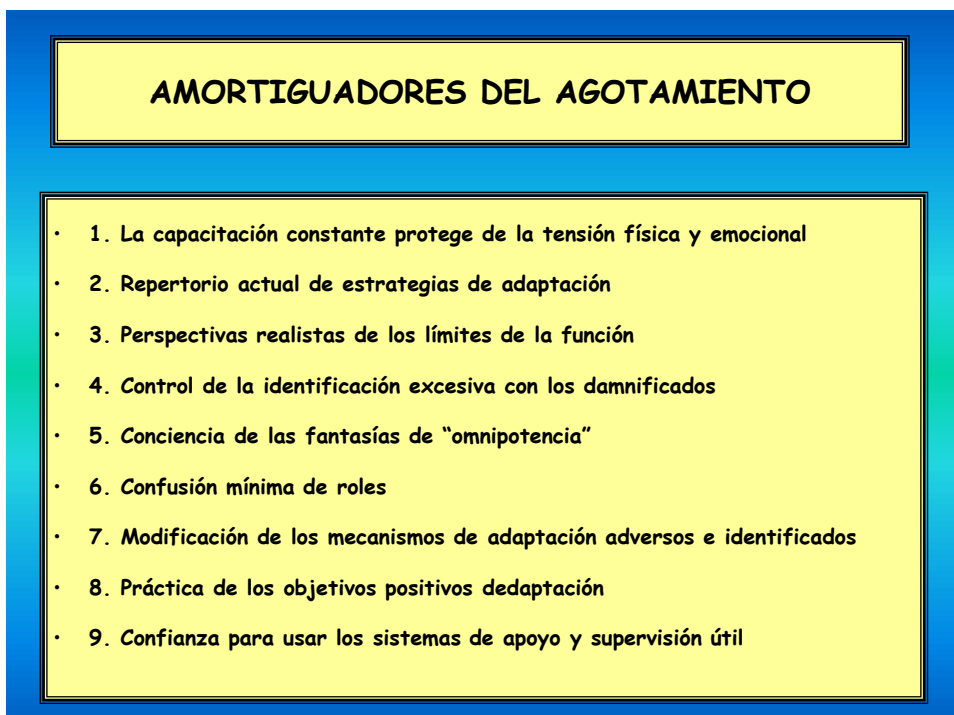
Coord. Red PROSAMIC

Cuidado de la salud mental de los equipos

Una de las principales acciones emprendidas por el equipo de la Red PROSAMIC ha sido el cuidado de la Salud mental de los integrantes de equipos de respuesta y de todos aquellos

que por sus roles o funciones estén expuestos a trabajar con personas en condiciones críticas o de sufrimiento humano extremo.

Resulta difícil definir si las actividades llevadas a cabo en este campo pueden ser clasificadas dentro de las Intervenciones o las Capacitaciones. Son Acciones que en sí mismas van dirigidas a brindar herramientas para la sensibilización, concientización e incorporación de principios para reducir el desgaste ligado a la tarea, lo que a su vez, redundará en una cuidadosa praxis con los destinatarios afectados por las situaciones críticas. De manera que, son Capacitaciones e Intervenciones simultáneamente, porque tal como lo muestra el siguiente cuadro de Rachel Cohen (una pionera de la protección de la salud mental en emergencias y desastres), y que forma parte de una presentación estandarizada del equipo de la Red, la Capacitación en sí misma es un amortiguador del agotamiento.



El diagrama muestra un cuadro con un fondo azul y un título centralizado en un recuadro amarillo: "AMORTIGUADORES DEL AGOTAMIENTO". Debajo del título, hay una lista de nueve puntos que describen factores que protegen o reducen el agotamiento.

AMORTIGUADORES DEL AGOTAMIENTO

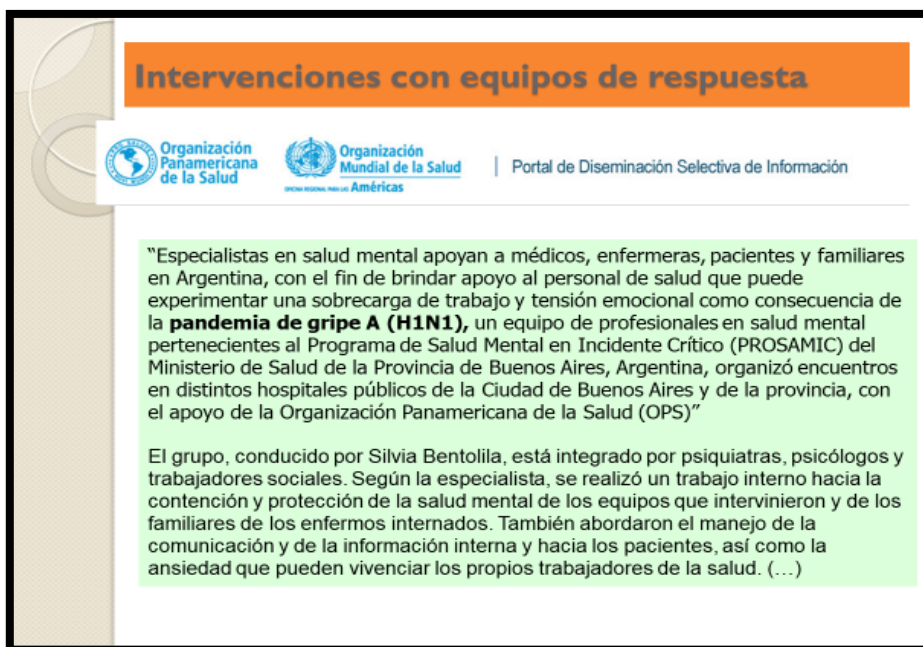
- 1. La capacitación constante protege de la tensión física y emocional
- 2. Repertorio actual de estrategias de adaptación
- 3. Perspectivas realistas de los límites de la función
- 4. Control de la identificación excesiva con los damnificados
- 5. Conciencia de las fantasías de "omnipotencia"
- 6. Confusión mínima de roles
- 7. Modificación de los mecanismos de adaptación adversos e identificados
- 8. Práctica de los objetivos positivos de adaptación
- 9. Confianza para usar los sistemas de apoyo y supervisión útil

Se describirán en una muy acotada sección, algunas consideraciones sobre algunas acciones realizadas por la Red durante todo el período estudiado, aunque este apartado ameritaría en sí mismo un documento de Investigación extensa.

Se implementaron diversos dispositivos, de los que se darán algunos ejemplos para hacer más asequible la comprensión de las dinámicas y la ética de las intervenciones realizadas. Todos incluyeron un eje de capacitación.

Un dispositivo digno de especial mención porque marcó un hito, fue el que se llevó a cabo durante la pandemia de h1n1. En esta intervención-capacitación el equipo de la Red intervino en varios Hospitales de la Pcia de Buenos Aires y en Hospital Gutiérrez de C.A.B.A. Tras detectarse que múltiples conflictos surgían a partir del estado estrés agudo que atravesaban los trabajadores de los equipos de salud, consecuencia de las reacciones esperables de la respuesta neurofisiológica del estrés, se diseñó una intervención multicéntrica dirigida a varios de los grupos de trabajadores más afectados, muy especialmente de los equipos enfermería

Así pudo leerse la intervención de la Red en el portal de OPS



Intervenciones con equipos de respuesta

Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud | Portal de Diseminación Selectiva de Información

“Especialistas en salud mental apoyan a médicos, enfermeras, pacientes y familiares en Argentina, con el fin de brindar apoyo al personal de salud que puede experimentar una sobrecarga de trabajo y tensión emocional como consecuencia de la **pandemia de gripe A (H1N1)**, un equipo de profesionales en salud mental pertenecientes al Programa de Salud Mental en Incidente Crítico (PROSAMIC) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, organizó encuentros en distintos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y de la provincia, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)”

El grupo, conducido por Silvia Bentolila, está integrado por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Según la especialista, se realizó un trabajo interno hacia la contención y protección de la salud mental de los equipos que intervinieron y de los familiares de los enfermos internados. También abordaron el manejo de la comunicación y de la información interna y hacia los pacientes, así como la ansiedad que pueden vivenciar los propios trabajadores de la salud. (...)

Durante esa intervención, como estrategia de “concientización” y de “recuperación de la dimensión del control interno perdido” que afectaba a los trabajadores sanitarios, frente a una patología para la que en ese momento no se tenía un protocolo de tratamiento, con el fallecimiento de personas que no pertenecían a los tradicionales grupos de riesgo de las infecciones estivales por virus Influenza es que se diseñó una encuesta ad-hoc, para medir

esas reacciones esperables. Se intentaba mostrar que las problemáticas relacionales surgidas, eran producto de las reacciones normales en los colectivos de trabajo expuestos a altos niveles de estrés, y que se disponía de probadas herramientas para modular esa respuesta y mejorar las condiciones del clima de trabajo y el impacto en la salud mental de los trabajadores hospitalarios.

Resultó ser de gran utilidad para otros dispositivos implementados a lo largo de los años. Medir "reacciones esperables frente a situaciones críticas", representa responder a un paradigma "preventivo", en el cual hay posibilidades de intervenir antes de que el estrés agudo se cronifique y por tanto desencadene una patología. En síntesis, hablamos de "reacciones" y no de "síntomas". Los dispositivos de protección de la salud mental para los trabajadores implementados a lo largo de estos años conllevan una estrategia de Gestión para la Reducción del impacto en la salud de quienes por sus tareas están expuestos a lidiar con el sufrimiento humano cotidianamente. Al tomar conciencia de la situación a través de estos dispositivos de intervención-capacitación, los trabajadores comprenden que la ira, el enojo, la ansiedad, la irritabilidad, la desconfianza, el agotamiento, las alteraciones del sueño etc., son producto de la reacción de hiperalerta y que pueden ser modulados. Resultó sorprendente que a partir de la concientización y el entrenamiento en técnicas múltiples para modular la respuesta neurofisiológica del estrés, se reducían rápidamente aquellos severos conflictos interpersonales y se recuperaba un clima de trabajo en equipo.

A continuación mostramos el diseño de la planilla que se utilizó para realizar la encuesta:

ENCUESTA SOBRE REACCIONES ESPERABLES FRENTE A LA EXPOSICIÓN DE SITUACIONES CRÍTICAS

Encuesta sobre reacciones esperables frente a la exposición de situaciones críticas

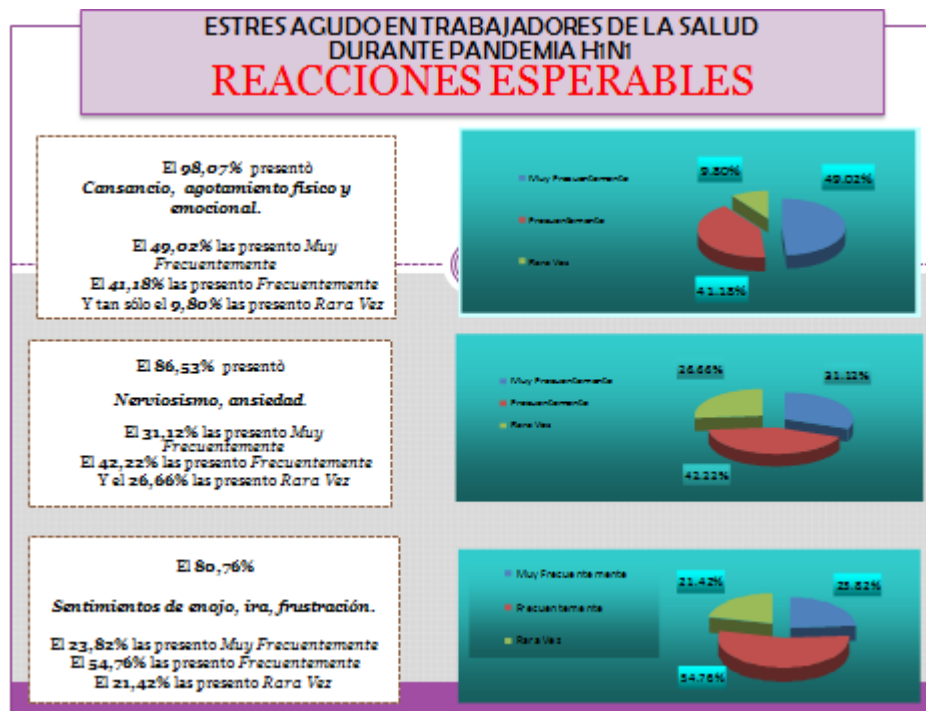
Fecha: _____ Profesión: _____
 Institución: _____ Sexo: _____
 Servicio/ Departamento: _____ Edad: _____

A continuación le presentamos una serie de reacciones psicofísicas que pueden presentarse en las personas ante una situación potencialmente estresante. Marque con una cruz con qué frecuencia (muy frecuentemente, frecuentemente, rara vez o nunca) considera que Ud. ha presentado cada una de estas reacciones en el momento agudo de la epidemia.

Esta encuesta es anónima y voluntaria. Muchas gracias por su colaboración

Reacciones	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
Nerviosismo, ansiedad				
Confusión, desorientación				
Sentimientos de culpa				
Miedo, temor, pánico				
Tristeza, angustia, llanto fácil				
Sensación de inseguridad, impotencia				
Sentimientos de enojo, ira, frustración				
Cansancio, agotamiento físico y emocional				
Desgano, desinterés, falta de voluntad				
Desconexión, ausencia de emociones ("no sentir nada")				
Irritabilidad, cambios bruscos del humor				
Estado de hiperalerta (dificultad para concentrarse, para dormir, hipersensibilidad a los ruidos y estímulos externos, etc.)				
Trastornos del sueño				
Trastornos del apetito				
Malestares físicos: dolores de cabeza, de pecho, náuseas, vómitos, temblores, dificultad para respirar, aumento de presión arterial, etc.				
Aumento del consumo de alcohol y/o drogas				
Recuerdos intrusivos (repetidos involuntariamente) de lo vivido durante el día o en forma de pesadillas				
Desilusión y aburrimiento en el trabajo cotidiano				
Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros				
Aumento de discusiones familiares y/o en el trabajo				
Conductas evitativas y/o fóbicas				
Conductas agresivas (hacia uno mismo o hacia terceros)				

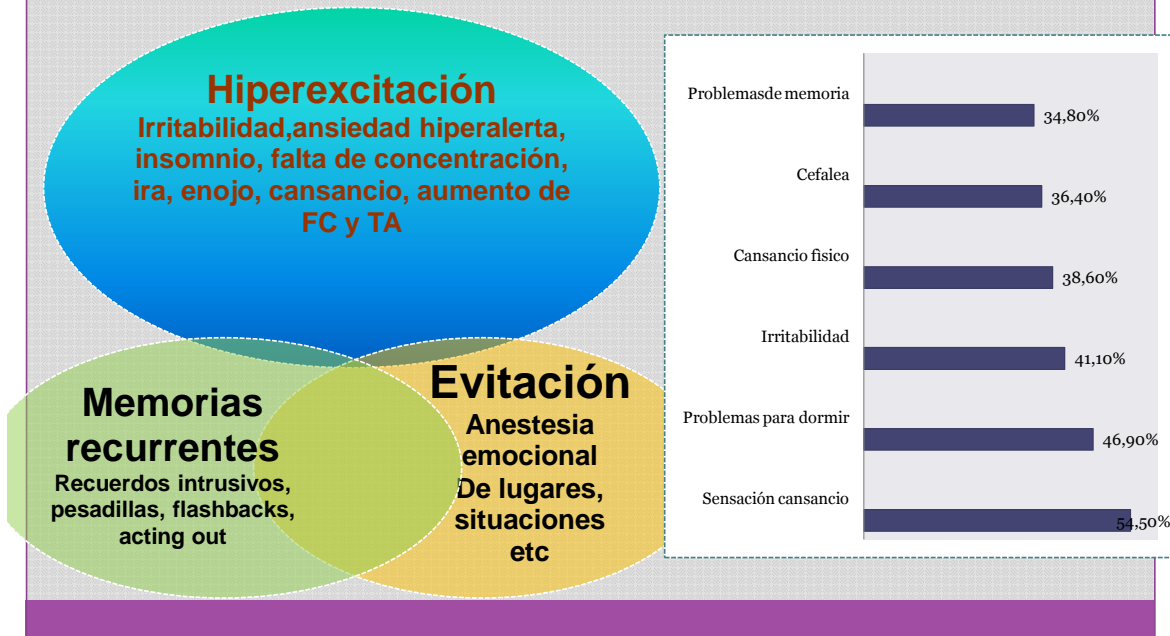
Y a modo de ejemplo un cuadro donde se puede observar la sistematización de algunos indicadores de la encuesta realizada a supervisores de enfermería de uno de los hospitales de referencia en los que se implementó el dispositivo:



El desgaste profesional no es un evento, sino un proceso en el que el estrés y las ansiedades de cada día, que no se atienden, socavan gradualmente la salud física y mental de los trabajadores de servicio, por lo que con el tiempo afectan la atención que brindan y las relaciones personales.

En el siguiente cuadro podemos ver con claridad que las reacciones esperables presentes en la respuesta del estrés se correlacionan con los problemas en la afectación de la salud que manifiestan trabajadores del conurbano bonaerense (véase con mayor detalle el trabajo de "La salud de los trabajadores de la salud", CICOP, 2013).

REACCIONES ESPERABLES ESPECÍFICAS

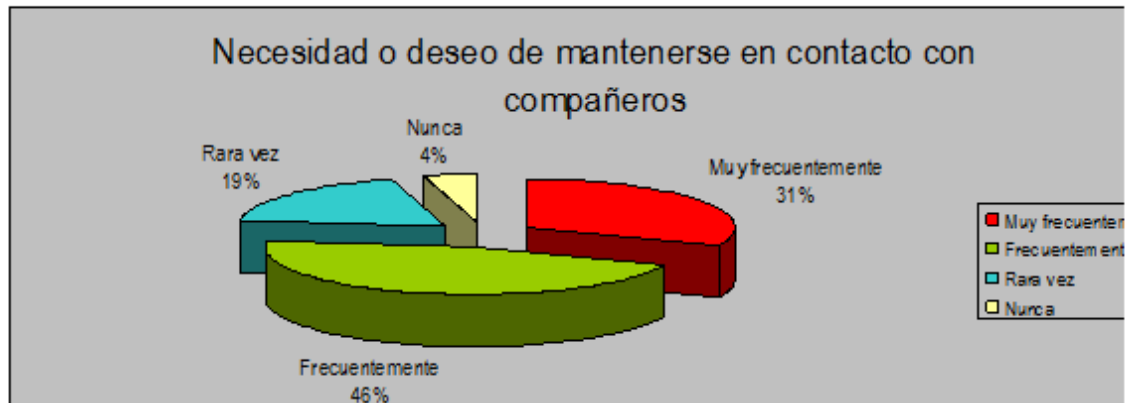


Selección de Ejemplos de Dispositivos implementados:

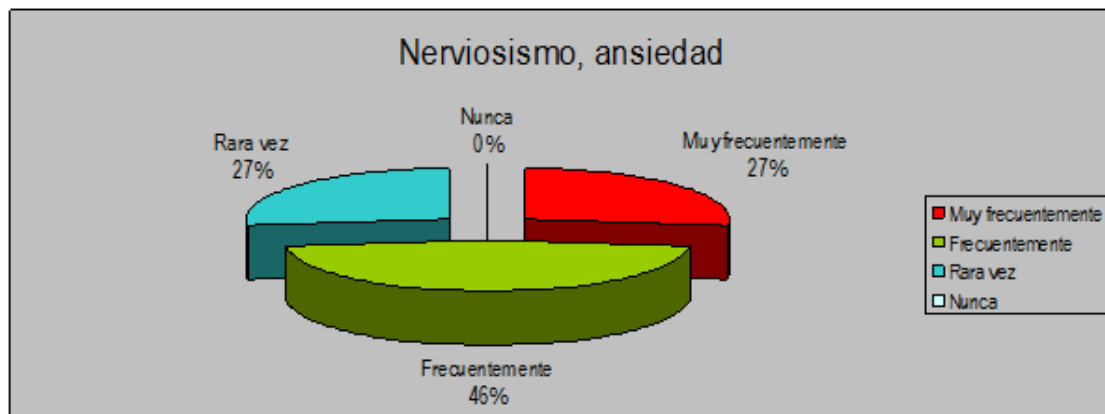
-Dispositivo de Capacitación de Protección de la Salud Mental en el Ámbito Laboral: Oficiales De Justicia. En este tipo de capacitación-intervención dirigida a brindar Herramientas básicas para la protección de la salud mental en situaciones críticas, que a su vez opera como prevención del desgaste ligado al trabajo. A partir de un "diagnóstico participativo", se formula el "plan de acciones" (donde se conforman los contenidos y acciones a realizar), y finalmente una evaluación del dispositivo. Además para recordar el carácter inter y multidisciplinario de los lineamientos de la Red PROSAMIC, nos interesa resaltar la particularidad del grupo capacitado, los oficiales de justicia. Ver anexo nº 9: Cuidado de la salud mental de equipos. Dispositivo de protección de la salud mental en el ámbito laboral

Estos cuadros representan la sistematización de las respuestas de este colectivo de trabajo, podrán observar que tiene particularidades.

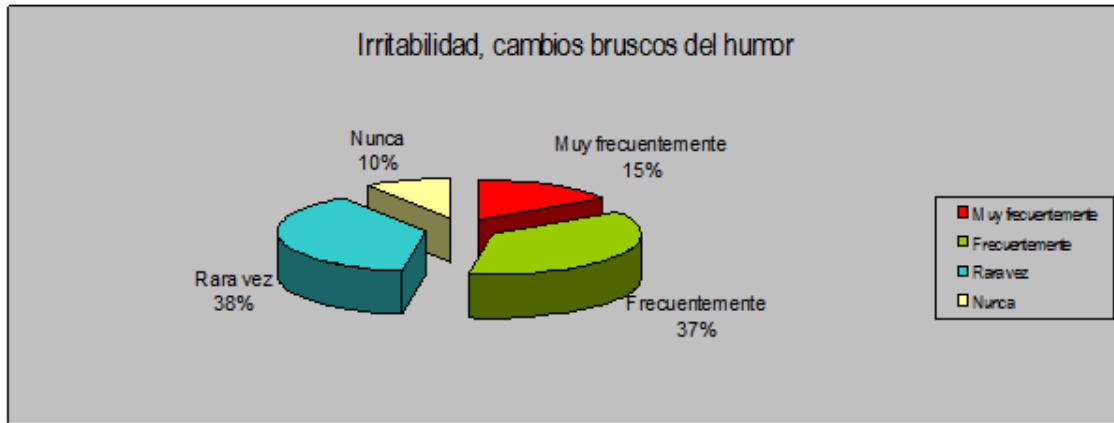
1. Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros: el 77% ha respondido que lo presenta muy frecuentemente o frecuentemente.



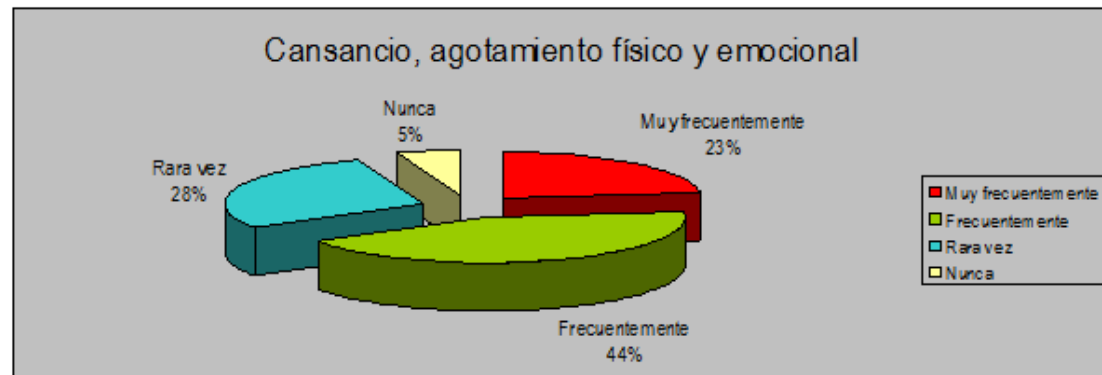
3. Nerviosismo, ansiedad: en este caso, 73% de los encuestados refieren presentar esta reacción muy frecuentemente o frecuentemente.



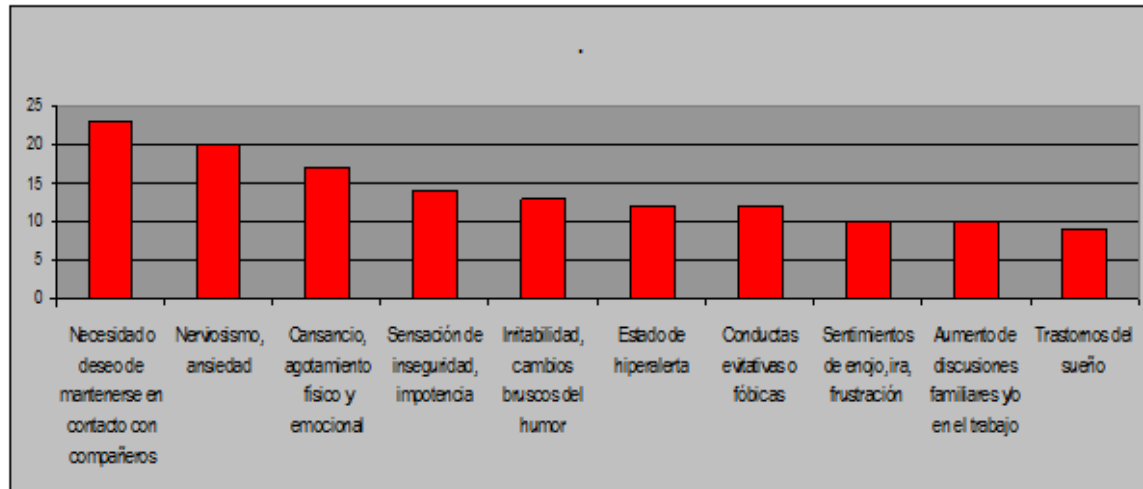
4. Irritabilidad, cambios bruscos del humor: por último, un 52% manifiesta tener esta reacción.



5. Cansancio, agotamiento físico y emocional: esta reacción aparece en tercer lugar con un 67%.

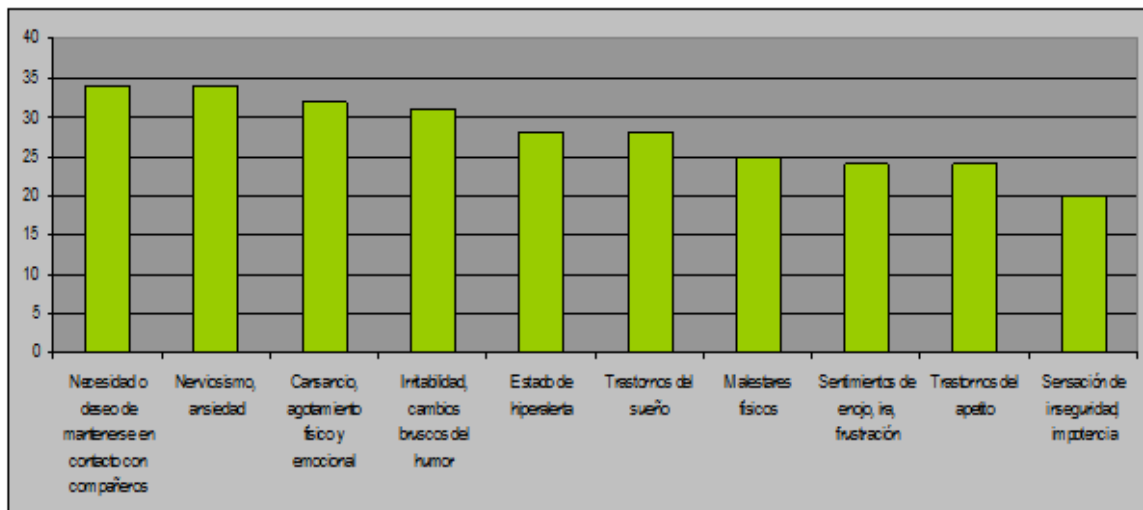


El siguiente gráfico muestra las diez primeras reacciones de estrés, tomando sólo el valor "Muy Frecuentemente". En este caso, en cuarto lugar aparece la reacción de "Sensación de inseguridad, impotencia", en lugar de "Irritabilidad, cambios bruscos del humor".



Primeras diez reacciones de estrés para el valor "muy frecuentemente". Oficiales de Justicia

Y por último, se detallan las diez primeras reacciones para el valor "Frecuentemente":



Primeras diez reacciones de estrés para el valor "frecuentemente". Oficiales de Justicia

En Anexos "Cuidado de la salud mental de los equipos", agregamos como ejemplos los "Dispositivo de protección de la salud mental en el ámbito laboral en la oficina" y "Curso intensivo de capacitación y entrenamiento"

Dice la GONEHT (the Global Occupational Health Network): "Quizás el factor más importante que incide en el desgaste laboral es la necesidad de sentirse eficientes, lo que constituye uno de los principales objetivos laborales compartidos por los agentes de salud entre otros". Gran parte de quienes somos impulsados por una vocación de servicio tenemos la implícita y desmedida expectativa de solucionar todo aquello que provoque un sufrimiento humano, lo cual evidentemente además de ser un imposible, es fuente de frustraciones que pueden llegar a desilusionarnos, a entristecernos o hasta deprimirnos. Trabajando en situaciones extremas podemos sentir que todo lo que hagamos es insuficiente pero desde la perspectiva de quienes reciben nuestro apoyo y ayuda resulta de vital importancia. Tal como lo ilustran las palabras del sobreviviente de un derrumbe, "cuando el agotamiento sólo me permitía el abandonarme a morir, lo que me mantuvo vivo fue la mirada de un bombero mientras esperábamos el rescate sosteniendo mi mano cálidamente por horas" (Bentolila, 2008). Ver anexos 8. "Imágenes de capacitaciones con equipos".

En síntesis, hay más de un centenar de ejemplos de Dispositivos de intervención, de intervenciones-capacitaciones, de capacitaciones-intervenciones. Supera ampliamente el objetivo de este documento hacer un detalle extensivo y pormenorizado. Los ejemplos mostrados sólo tienen la intención de mostrar la relevancia que ha tenido y tiene para el Plan de la Red PROSAMIC, el cuidado de la salud mental y la prevención del desgaste ligados al trabajo de los equipos de intervención. Un maestro, un policía, un juez, un oficial de justicia, un bombero, un camillero... todos forman y formamos parte de la respuesta frente a situaciones críticas.



La Dra. Silvia Bentolila coordinando ejercicios de respiración en un taller con equipos docentes de Lomas de Zamora-U.N.L.Z.

Cabe recordar que los trabajadores de la Educación, de la Justicia, de la Salud, de las Fuerzas de Seguridad, entre otros, en muchas ocasiones cumplen ese rol de cuidadores; estas profesiones tienen en común la responsabilidad de asistir y acompañar a otros seres humanos, habitualmente en condiciones de padecimiento.

Este aspecto ha sido explicitado por varios de los Directores entrevistados:

Director entrevistado N°2:

El cambio fue notable para la gran mayoría, la tendencia en estas situaciones de deshumanizar a los pacientes, planteos técnicos de triage de decidir quién se atiende primero y quién no y una serie de situaciones comunes que vivimos todos aquellos que nos dedicamos a esta parte de la medicina. El contacto con la red PROSAMIC nos brindó notables mejoras en la calidad de atención de humanizar a los pacientes y familiares, entenderlos y conocernos vulnerables y que esto no nos pasaba sin dejarnos cicatrices pero que junto al PROSAMIC podíamos tomar acciones que nos hacían sentirnos mejor(Director 2, comunicación personal, julio 2018).

Director entrevistado N°1

Yo comencé a ver los resultados y su importancia después de ver las consecuencias en el equipo de catástrofes al cual yo pertenecía después de la tragedia de once y los cambios que se pudieron lograr junto a una mejoría significativa en cuanto a lo psicológico en nuestro equipo, después de que muchos de ellos habían quedado con secuelas por las

imágenes a las que se tuvieron que enfrentar (Director 1, comunicación personal, julio 2018).

Director entrevistado N°3:

El trabajo con PROSAMIC significó sin dudas el reconocimiento de la Salud mental en las Emergencias, a modo de ejemplo puedo referir la realización de encuestas en los diferentes cursos de emergencias (hoy no están en nuestro poder) en las cuales notamos el gran porcentaje del equipo de salud que sufrió algún episodio de stress post-traumático durante su trabajo en las ambulancias o guardias hospitalarias. Por eso es que cuando desarrollamos la Tecnicatura de Emergencias Sanitarias y Desastres a nivel universitario, la materia de Psicología en Emergencias tuvo perfil propio (desarrollada por integrantes del PROSAMIC) y no es dictada por miembros de la cátedra de Psicología General. También entendimos la necesidad de entrenar al equipo de salud en lo atinente al manejo de las "malas noticias" en la relación médico-paciente y médico-familia articulando con la experiencia realizada en forma conjunta con el PROSAMIC (Director 3, comunicación personal, julio 2018).

Menciones de las integrantes de la Red PROSAMIC que han sido entrevistadas:

Entrevistada integrante del equipo, MJ:

"Sumamos muchísima experiencia en las tareas de cuidado de equipos, tanto en instancias preventivas, como en la puesta de práctica de dispositivos a medida para equipos que resultaron altamente impactados por alguna situación inherente al trabajo".

"Poniendo de relieve que los equipos intervinientes también son afectados por el estrés que supone la tarea con situaciones críticas cotidianas, las asociaciones profesionales, habida cuenta del creciente número de enfermedades laborales y licencias por Salud Mental, también vienen considerando la necesidad de dar algún tratamiento a esta temática sobre la cual el equipo viene abordando desde su creación".

Entrevistada integrante del equipo, N° 1:

A modo general, es frecuente que cuando se realiza una intervención con un incidente crítico de alto impacto y estrés colectivo, se solicite al equipo o bien una intervención de desactivación emocional con los equipos locales intervinientes, y/o una capacitación o jornada de sensibilización sobre el tema de SMAPS. Esto se da mucho más

frecuentemente cuando el IC ocurre en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires.

“Con algunas de las comunidades en dónde se intervino ante una situación de IC, se estableció a posteriori dispositivos de capacitación y/o de protección de SM de los equipos de intervención.”

Integrante entrevistada nº 2:

Reflexionando sobre todo el trabajo realizado desde el año 2005 a la fecha, la Dra. Silvia Bentolila es precursora, junto a su equipo, generó el espacio logrando establecer y poniendo de relieve el valor del cuidado de la salud mental de las personas que atraviesan un IC como así también la protección en los equipos de respuesta

Cabe mencionar que en el Taller intensivo de capacitación a los alumnos de la carrera de medicina de la UBA se dictó un módulo específico sobre este aspecto fundamental de la práctica médica.

Integrante entrevistada Nº 3:

Dentro del trabajo con grupos de equipos intervinientes me resulta más fácil discernir como estos aspectos [la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo] se toman en cuenta, dado que dicha práctica permite contar con tiempos planificados y por ende, tomar estas variables en cuenta. Si bien en los casos de Defusing se trabaja con material emergente, antes de realizarlo se realiza un diagnóstico de situación que permite contar con distintas herramientas para su abordaje y poner en juego estos aspectos

En el aspecto comunitario con el trabajo en los equipos intervinientes diferenciaría cuando se tratan de ciudades más habitadas (pero con demandas sumamente excesivas y complejas) o poblaciones más pequeñas (que si bien la demanda en cuanto a cantidad no es la misma que en el primer grupo el excesivo conocimiento de los habitantes entre sí plantea otros desafíos).

Las asociaciones o grupos profesionales: En este sentido, los temas relacionados al cuidado de equipos intervinientes han sido aceptado tanto por las Asociaciones o Grupos Profesionales, ya que lejos de tratarse de una herramientas de control como en algunas ocasiones han sido recibidas, la participación de estos colectivos en el intercambio, capacitaciones, etc., ha permitido la aceptación posterior por parte de sus integrantes.

Integrante entrevistada Nº 5:

Otro abordaje que se fue desarrollando y creciendo a lo largo de estos años fue el trabajo con equipos de respuesta de distintos sectores y organismos (servicio 911, servicios hospitalarios, docentes, bomberos, oficiales de justicia, etc), diseñando para cada caso un dispositivo de protección de la salud mental e intervención psicosocial que respondiera a las necesidades específicas del colectivo en cuestión. Estos dispositivos se armaban / se arman a solicitud de los propios involucrados, a veces como consecuencia de haber atravesado como equipo un incidente crítico puntual, y otras como una demanda más general y preventiva, por ejemplo para contar con mayores herramientas para el abordaje de las situaciones que les presenta su práctica laboral

Poder sumar "el módulo de intervenciones psicosociales / de protección de la salud mental de los equipos" dentro un una capacitación más amplia dictada por los otros integrantes de Emergencias, me parece que es un logro a destacar, y el producto de muchos años de construcción del equipo.

Integrante entrevistada nº 6:

Por otro lado, hacemos otro tipo de intervenciones dirigidas a los equipos de respuestas para abordar el estrés laboral o dificultades o conflictos que tienen los equipos. Son a pedido y se programan, tienen que tener el respaldo de las autoridades, por lo general se realiza en varios encuentros y se utilizan técnicas grupales para el abordaje de las problemáticas evaluadas en conjunto con los participantes.

Cabe mencionar que en el Taller intensivo de capacitación a los alumnos de la carrera de medicina de la UBA se dictó un módulo específico sobre este aspecto fundamental de la práctica médica.

En los anexos 8, se pueden apreciar tres diferentes cuadros sobre "Grupos de riesgo".

Entre los hitos del cuidado de equipos podemos mencionar la edición y publicación de un material escrito específicamente sobre este aspecto fundamental del trabajo en situaciones críticas:

Portada y contratapa



Textos de la contratapa:

"Si un pianista cuida de sus manos como un preciado tesoro, un futbolista hasta puede llegar a asegurar sus piernas, los enólogos preservan su refinado olfato y paladar, un carpintero guarda celosamente su tablero de herramientas... ¿Qué nos sucede a nosotros, los trabajadores que dedicamos en muchos casos 'nuestra vida' a cuidar la vida de otros, que no cuidamos de nuestra propia salud?".

La pregunta invita a un replanteo acerca del cuidado de quienes, desde su quehacer profesional, asumen a diario la tarea de lidiar con situaciones que los confrontan con lo más vulnerable de la condición humana. Quien la formula es Silvia Bentolilla, médica psiquiatra y sanitarista, pionera y referente en la materia, que, en esta entrevista, comparte sus reflexiones y su experiencia, trabajando e investigando acerca de los efectos de la labor en quienes desarrollan profesiones de servicio.

"La disociación es una reacción esperable, un mecanismo defensivo, para no sucumbir frente a la impotencia, la incertidumbre, el temor, o la angustia que se desencadenan cuando tenemos que lidiar con el sufrimiento humano sin tener las herramientas y el entrenamiento necesarios".

“La primera versión de este cuaderno fue concebida como un “apunte”, para que circulara entre los participantes del taller que dieron la Dra. Bentolila y su equipo, en Remedios de Escalada, el 12 de septiembre de 2014. Un año después, nos encontramos con que lo que inicialmente era un “apunte” se había convertido en un texto de consulta en salud laboral, y ya no sólo en el conurbano sur de la provincia de Buenos Aires, sino también en distintos lugares del país y de Latinoamérica.”(Gallini, 2015).

Indicadores cualitativos y cuantitativos

Tras la sección de Descripción de la Red PROMSAMIC, podemos ahora evaluar si se han cumplido los indicadores internacionales de OMS.

Indicadores OMS para la evaluación de la Red PROSAMIC

Como hemos indicado en el proyecto de tesis, para evaluar la gestión de la Red PROSAMIC es fundamental utilizar los indicadores de salud mental planteados en el WHO AIMS (OMS, 2005). Estos indicadores nos permiten, a través de sus ítems, poder plantear si se han cumplido los objetivos planteamos por OMS en cuanto a la aplicación de planes de Salud Mental. Los indicadores que son:

APARTADO 1.1 Política de salud mental

DEFINICIÓN Fecha y componentes incluidos en la política de salud mental y lista de medicinas esenciales

ÍTEM 1.1.1 Última versión de la política de salud mental

DEFINICIÓN Año de la última versión del documento de la política de salud mental (ya sea un documento separado de la política de salud mental o incorporado dentro de un documento de política de salud general)

MEDIDA Número; SD = se desconoce; NA = no aplica (ej., no existe política de salud mental)

NOTAS Política de salud mental se refiere a un conjunto de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales en una población.

SE CUMPLE

ÍTEM 1.2.4 Última versión de un plan de salud mental para situaciones de desastres/emergencias

DEFINICIÓN Año de la última versión de un plan de salud mental para situaciones desastres/emergencias

RESPUESTA: SE CUMPLE CON EL ÍTEM DESDE EL 2005

Desde el año 2005, la Red PROSAMIC funciona como el programa institucional del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que cumple con la aplicación de un plan de salud mental para situaciones de desastres y emergencias hasta la actualidad.

Es importante indicar que no había en Argentina ninguna Provincia que cumpliera con el ítem de tener un Plan de Salud Mental en emergencias y desastres

ÍTEM 5.1.1 Entes coordinadores para las campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental

DEFINICIÓN Existencia de entes coordinadores (ej., comités, juntas, oficinas) que coordinan y supervisan las campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental y trastornos mentales

RESPUESTA: SE CUMPLE CON EL ÍTEM DESDE 2005

Desde el año 2005, la Red PROSAMIC funciona como programa institucional del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que cumple, entre otras labores, de coordinar y emprender campañas de educación y concienciación a la población sobre la salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

ÍTEM 5.1.3 Poblaciones meta en campañas específicas de educación y concienciación sobre salud mental

DEFINICIÓN Campañas de educación y concienciación sobre salud mental enfocadas en la población general y grupos específicos dentro de la misma en los últimos cinco años

MEDIDA Existen campañas enfocadas o que tienen como meta:

1. La población general (S/N; SD = se desconoce).
2. Niños (S/N; SD = se desconoce).
3. Adolescentes (S/N; SD = se desconoce).

4. Mujeres (S/N; SD = se desconoce).
5. Supervivientes de trauma (S/N; SD = se desconoce).
6. Grupos étnicos (S/N; SD = se desconoce).
7. Otros grupos vulnerables o minorías (S/N; SD = se desconoce).

RESPUESTA: SE CUMPLE CON LOS ÍTEMS EN LOS GRUPOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Indicadores Cuantitativos (Capacitaciones e Intervenciones)

Para facilitar la lectura de la base de datos de la Red PROSAMIC, donde se encuentran en detalle las referencias sobre las Capacitaciones e Intervenciones, adjuntamos aparte un archivo que sólo será de acceso de lectura para los jurados de la tesis. En ese documento Excel se encuentran cuatro pestañas que indican:

-Base Capacitaciones. Aquí se detalla: año, mes, actividad, organizado por, partido, localidad, lugar, destinatarios, Asistentes, Objetivos de la capacitación, Observaciones.

-Base Intervenciones. Aquí se detalla: año, mes, día, solicitante, título de Incidente Crítico (IC), Tipo de IC, IC descripción, partido, localidad, escenario/s, fallecidos, asistidos, familiares, personal de respuesta asistido, otros.

-Cantidad de Capacitaciones: Resumen cuantitativo de todas las capacitaciones, con el detalle del año, y la localidad.

-Cantidad de Intervenciones: Resumen cuantitativo de todas las intervenciones, con el detalle del año y la localidad.

A continuación, mencionamos el total general de las capacitaciones e intervenciones, y el total de capacitados e intervenidos:

Capacitaciones:

Total general de capacitaciones	207
Total de capacitados	15324

Intervenciones:

Cantidad

Total general de intervenciones	136
Total general de intervenidos	991

Análisis cualitativo: entrevistas a informantes clave: intervenidos, capacitados, directores de emergencias sanitarias e integrantes de la Red PROSAMIC

Entrevistas a los intervenidos

Criterio de selección: En la selección de personas intervenidas por PROSAMIC, se buscó componer un grupo en el que las intervenciones hayan sido de diversos tipos y en diferentes momentos del desarrollo y funcionamiento de la Red. Cantidad de entrevistados: 19

Se realizaron 12 entrevistas en las que:

- Primera entrevista: responden dos personas que fueron intervenidas en el mismo IC
- Segunda entrevista: responden dos personas que fueron intervenidas en el mismo IC
- Tercera entrevista: responden tres personas que fueron intervenidas en el mismo IC
- Cuarta entrevista: responden tres personas que fueron intervenidas en el mismo IC
- Quinta entrevista: responden dos personas que fueron intervenidas en el mismo IC
- El resto de las de las entrevistas (sexta a doceava) fueron respondidas por una persona cada una.

Los cuadros de resultados se pueden ver en Anexos 9: Entrevistas. Cuadros de resultados de entrevistas a intervenidos.

Preguntas de las entrevistas a los Intervenidos:

1) *¿Recuerda la intervención hecha por el equipo?*

-SÍ: ¿Cómo evaluaría dicha intervención? (si la respuesta es sí.)

La clasificaría como:

-Favorable (Sí)

-NO: (espacio para escribir) si la respuesta es no, responder cómo estuvo después del

IC

2) *¿Han sido útiles las herramientas que le brindó el equipo?*

(en caso de que la respuesta sea sí):

¿Cuál de las herramientas brindadas le resultó de mayor utilidad?

NO (en caso de que la respuesta sea no):

¿Por qué no le parecieron útiles las herramientas que le brindó el equipo?

3) *¿Requirió hacer una consulta especializada?*

(Si la respuesta es sí):

¿Dónde y cuánto tiempo duró?

4) *Algún comentario más que quiera hacer.*

Análisis de las respuestas

Análisis de las respuestas a la pregunta 1): como podemos ver en el cuadro, **todos los entrevistados consideraron favorable la intervención realizada por el equipo de la Red PROSAMIC. Si tenemos en cuenta que todos los entrevistados responden a incidentes críticos diferentes, podemos decir que las diferentes estrategias utilizadas por el equipo según la especificidad de cada Incidente Crítico han sido vistas por parte de los intervenidos de manera favorable.**

Análisis de las respuestas a la pregunta 2): **Todos los entrevistados consideraron útiles las herramientas brindadas por el equipo de PROSAMIC.**

-Cabe destacar dentro de las respuestas las referencias a la "orientación" prestada de parte del equipo PROSAMIC como una guía para poder "enfrentar" los hechos, por ejemplo, la mención de la entrevista 6, donde se afirma "Varias, pero la que más me sirvió

fue la sugerencia de decirle a los chicos lo que había pasado, hasta el momento no había podido. Ahora la nena está bien.”

-El “acompañamiento” realizado por el equipo a los intervenidos es otra de las herramientas destacadas. Varios hacen énfasis en la utilidad de esta acción durante el Incidente Crítico. “Fuiste como un ángel que nos acompañó y nos ayudó a pasar ese momento tan horrible” (Intervenido 3, comunicación personal, junio 2018). Recordemos que los organismos internacionales plantean dentro de las recomendaciones a los intervinientes “su sola presencia ya es un modulador del impacto de la situación crítica” (Intervenido 5, comunicación personal, junio 2018).

-La utilidad de los folletos es otro de los elementos a resaltar. En varias respuestas, mencionan la utilidad de la “lectura” del folleto: “Todo me sirvió, leer el folleto también” (Intervenido 2, comunicación personal, junio 2018); “Entender porque soñaba tan feo, pesadillas horribles, era normal por lo que leí en el folleto”(Intervenido 4, comunicación personal, junio 2018); “Leer el folleto en días posteriores me tranquilizó” (Intervenido 3, comunicación personal, junio 2018). La Educación para la salud es una estrategia clave en la construcción de resiliencia.

-Las técnicas de respiración han sido resaltadas como una buena herramienta prestada por el equipo de PROSAMIC a los intervenidos: “Lo que más me acuerdo es la ayuda para que respirara distinto” (Intervenido 8, comunicación personal, junio 2018); “!Mucho! Me la paso respirando todo el día” (Intervenido 1, comunicación personal, junio 2018); “Usé la respiración para tranquilizarme en el traslado” (Intervenido 1, comunicación personal, junio 2018); “Respirar para tranquilizarme” (Intervenido 1, comunicación personal, junio 2018). Las técnicas para modular el hiperalerta, reacción esperable que compone la respuesta del estrés, resultan valiosas para el momento agudo y como aprendizaje de la educación para la salud . Promueve el empoderamiento de las personas que atraviesan las situaciones críticas, reduciendo las conductas de riesgo, en tanto durante el hiperalerta el aumento de la atención involuntaria en desmedro de la voluntaria, expone a la población afectada tanto fisiológica como conductualmente.

-Ayuda para el entendimiento de la situación padecida / orientación / sugerencias: la mayoría de los entrevistados mencionan la utilidad de la intervención en la posibilidad que tuvieron de “entender” el incidente ocurrido y en la orientación para poder atender

sus necesidades: "Fue fundamental que nos explicaras las condiciones de salud para aceptar el traslado" (Intervenido 1, comunicación personal, junio 2018).; "Entender que las reacciones de las niñas que perdieron a su mamá eran esperables" (Intervenido 2, comunicación personal, junio 2018).; "La orientación, no sabía qué hacer con nada con lo que estaba pasando, y que vos estuvieras me ayudó mucho (Intervenido 4 comunicación personal, junio 2018).

-Mediación con las instituciones: una persona menciona la utilidad de la mediación del equipo con las instituciones: "La orientación, la contención, la mediación con el hospital" (Intervenido 5, comunicación personal, junio 2018). Es fundamental el rol de interlocutor que medie entre las necesidades de la población y los equipos o gestores de la respuesta en la emergencia se reducen los momentos de tensión, incertidumbre y desasosiego y por ende la percepción de amenaza y su respuesta de estrés consecuente.

Análisis de la pregunta 3): De los 19 entrevistados, sólo 6 asistieron posteriormente a ayuda especializada y 4 de ellos aún se mantienen. Cabe destacar que en los casos en que siguen recibiendo ayuda especializada, fueron incidentes críticos en los que esta ayuda fue recomendada y necesaria.

Análisis de la pregunta 4): Como vemos en cuadro de resultados, la mayoría de los entrevistados "agradece" al equipo de PROSAMIC por el trabajo realizado. Aparte de estas es interesante destacar la entrevista en la que el intervenido menciona que "le hubiese gustado" que el equipo haya podido llegar antes al Incidente Crítico.

Conclusiones generales de las entrevistas a intervenidos:

Tras el análisis a las entrevistas de los intervenidos podemos concluir:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Hay una visión general unánime que califica de "favorable" las intervenciones que han recibido de parte del equipo PROSAMIC. |
| <ul style="list-style-type: none">• Los entrevistados han reconocido como "útiles" las herramientas brindadas por parte del equipo PROSAMIC. Entre estas herramientas cabe destacar las técnicas de respiración, los folletos psico-educativos de recomendaciones a la población |

<p>según grupo etario, el acompañamiento, la orientación y sugerencias. (ver anexo de Trípticos de psicoeducación)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Solo en algunos casos, por el perfil de la respuesta, fue necesario realizar un tratamiento especializado, que a su vez fue recomendado por el equipo en el momento del seguimiento de la intervención
<ul style="list-style-type: none"> • Se puede apreciar un agradecimiento general hacia los integrantes del equipo PROSAMIC por las intervenciones realizadas. Cabe destacar la referencia a la necesidad de que es mejor cuando el equipo llega lo antes posible a realizar la intervención luego de ocurrido el Incidente Crítico. Lo que abona a la necesidad de contar con recurso local formado.

Entrevistas a los capacitados

Este grupo de capacitados se divide en dos:

Capacitados presenciales y capacitados virtuales.

Entrevistas a los capacitados presenciales

Preguntas de las entrevistas a capacitados presenciales:

1)

Evaluación de impacto de la capacitación: (para tildar)

Recuerda la capacitación recibida

-SI: Cómo evaluaría dicha capacitación? (si la respuesta es sí): SI

La clasificaría como:

-Muy buena

-Buena

-Regular

-Mala

-NO: (espacio para escribir) si la respuesta es no preguntar cómo estuvo después del

IC.

2) *¿Cuáles fueron las principales herramientas y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?*

3) *¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?*

4) *¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?*

Análisis de las respuestas a la pregunta 1): Como podemos ver en el cuadro, todos los entrevistados consideraron "muy buena" la capacitación realizada por el equipo de la Red PROSAMIC. Si tenemos en cuenta que todos los entrevistados responden a capacitaciones diferentes, podemos decir que las diferentes estrategias utilizadas por el equipo según la especificidad de cada capacitación han sido vistas por parte de los capacitados de manera favorable.

Análisis de las respuestas a la pregunta 2): las Herramientas nombradas como "Protocolos internacionales sobre SMAPS en situaciones críticas y desastres", "Primera Ayuda Psicológica (PAP)" y "Principios Básicos de Intervención" fueron las más mencionadas.

-Cabe destacar que, si miramos las respuestas en conjunto, los capacitados resaltan de diversas formas, según es útil para sus profesiones, los protocolos internacionales y herramientas para el abordaje de SMAPS de los IC que comprenden los principios de la Red PROSAMIC.

Análisis de las respuestas a la pregunta 3): Como podemos ver en el cuadro, todos los entrevistados responden afirmativamente sobre la necesidad de continuar el proceso de capacitación. Cabe destacar que dentro de las razones para continuar este proceso de formación se hace énfasis en:

-La continuidad de la práctica para mejorar la eficiencia.

-La necesidad de continuar con nuevos y diferentes simulacros.

-Ampliar la importancia de la Salud Mental de Afectados en Incidentes Críticos.

Análisis de las respuestas a la pregunta 4): Como podemos ver en el cuadro, todos los entrevistados responden afirmativamente sobre el cambio de mirada tras el proceso de capacitación con el equipo de PROSAMIC. Dentro de las razones mencionadas se pueden destacar:

-La concepción de Salud Mental.

-Las herramientas brindadas para el cuidado de la Salud Mental en Incidentes Críticos.

-El abordaje con una perspectiva de salud comunitaria (que en una de las respuestas se lee, es contrapuesta con la "formación psicológica tradicional").

Conclusiones generales de las entrevistas a capacitados presenciales:

Tras el análisis a las entrevistas de los capacitados presenciales podemos concluir:

<ul style="list-style-type: none">• Hay una visión general que califica como "Muy buena" las capacitaciones que han recibido de parte del equipo PROSAMIC.
<ul style="list-style-type: none">• Los entrevistados han reconocido como herramientas útiles principalmente las herramientas de intervención expuestas en los protocolos internacionales.
<ul style="list-style-type: none">• Los entrevistados afirman la necesidad de mantenerse en procesos de formación y resaltan su importancia para hacerse más eficaces en la práctica de intervenir en Incidentes Críticos.
<ul style="list-style-type: none">• Los entrevistados reconocen un cambio de mirada en sus cambios profesionales, que radica principalmente en la integración del cuidado de la Salud Mental y en la poder verse a sí mismos más capacitados para realizar las intervenciones.

Análisis a los capacitados virtuales

Criterio de selección: se logró contactar a diez capacitados en cursos virtuales por el equipo de la Red PROSAMIC. En la selección se buscó que fueran diversos tanto en sus profesiones como en el momento en que fueron capacitados.

Preguntas de las entrevistas a los capacitados virtuales

1) ¿Recuerda la capacitación recibida?

1.1) Si la respuesta es: sí: ¿Cómo evaluaría dicha capacitación?:

La clasificaría como:

-Muy buena

-Buena

-Regular

-Mala

2) *¿Cuáles fueron las principales herramientas, conocimientos y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?*

3) *¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?*

4) *¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?*

Los cuadros de resultados de las entrevistas a los capacitados virtuales pueden verse en Anexos 9: Entrevistas. Cuadros de resultados de entrevistas a capacitados virtuales.

Análisis de las respuestas a la pregunta 1): Como podemos ver en el cuadro, la mayoría de los entrevistados consideraron "muy buena" (7) y "buena" (3) la capacitación realizada por el equipo de la Red PROSAMIC. En este sentido, podemos apreciar una visión general positiva sobre la capacitación.

Análisis de las respuestas a la pregunta 2): las Herramientas nombradas como "Primera Ayuda Psicológica (PAP)" y el "trabajo en equipo" fueron las mencionadas. Cabe destacar que la forma en que los capacitados mencionan otras herramientas mencionadas se pueden englobar en:

- Acciones para intervenir en Incidentes Críticos.

- La Salud Mental en emergencias y desastres.

- Cuidado de la propia salud.

- Como herramientas más concretas se mencionaron: Triage, Evaluación de daños y Análisis de necesidades (EDAN).

- Podemos entender que los capacitados mencionan las herramientas aprendidas en la capacitación más en función de lo que se hace con ellas que por sus nombres técnicos.

Análisis de las respuestas a la pregunta 3): Como podemos ver en el cuadro, todos los entrevistados responden afirmativamente sobre la necesidad de continuar el proceso de capacitación. Cabe destacar que dentro de las razones para continuar este proceso de formación se hace énfasis en:

- La continuidad de la práctica para mejorar la eficiencia.

- La necesidad de continuar con nuevos y diferentes simulacros.

Análisis de las respuestas a la pregunta 4): Como podemos ver en el cuadro, todos los entrevistados responden afirmativamente sobre el cambio de mirada tras el proceso de capacitación con el equipo de PROSAMIC. Dentro de las razones mencionadas se pueden destacar:

- La concepción de Salud Mental.

- La inclusión de la salud mental y el apoyo psicosocial como herramientas para el abordaje.

Tras el análisis a las entrevistas de los capacitados presenciales podemos concluir:

<ul style="list-style-type: none"> • Hay una visión general que califica como “Muy buena” y “buena” las capacitaciones que han recibido de parte del equipo PROSAMIC.
<ul style="list-style-type: none"> • Los entrevistados han reconocido como herramientas útiles principalmente la Primera Ayuda Psicológica y el resto de herramientas de intervención expuestas en los protocolos internacionales han sido mencionadas más por su uso práctico que por sus nombres.
<ul style="list-style-type: none"> • Los entrevistados afirman la necesidad de mantenerse en procesos de formación y resaltan su importancia para hacerse más eficaces en la práctica de intervenir en Incidentes Críticos.
<ul style="list-style-type: none"> • Los entrevistados reconocen un cambio de mirada en sus cambios profesionales, que radica principalmente en la integración del cuidado de la Salud Mental y en la poder verse a sí mismos más capacitados para realizar las intervenciones.

Entrevistas a Directores

Criterio de selección: se eligió para este grupo de entrevistas a cuatro directores reconocidos y de amplia trayectoria en emergencias del sistema público de Salud. Estos directores tuvieron un desempeño de relevancia dentro de las redes institucionales con las que el equipo de la Red PROSAMIC ha trabajado a lo largo de su desarrollo.

Preguntas de las entrevistas a los directores:

<p>1) <i>¿Cuáles han sido los principales aportes de la participación de la Red PROSAMIC en el área a su cargo?</i></p>
<p>2) <i>Después de las intervenciones realizadas por la red, ¿tiene registro de la solicitud de capacitaciones en herramientas para la protección de la salud mental en emergencias y desastres?</i></p>
<p>3) <i>Luego de las capacitaciones impartidas, ¿el personal capacitado solicitó nuevos procesos de formación para profundizar en los contenidos dictados por PROSAMIC?</i></p>
<p>4) <i>¿Ha notado algún cambio de parte de su equipo en el abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación? ¿Podría describirlo?</i></p>

En este caso, por la relevancia dentro del sistema sanitario de cada uno de los directores, desde el punto de vista de la evaluación de la gestión de Red PROSAMIC, expondremos con mayor detalle cada respuesta de las entrevistas:

Análisis de las respuestas a la pregunta 1):

Director entrevistado 1):

-“Tener a disposición un grupo de profesionales para enfrentar situaciones extremas para las víctimas como para permitir y facilitar la acción de los médicos en las misiones realizando una contención de los familiares y a los mismos pacientes facilitando su accionar”.

-“Cumplir tareas de capacitación en el plan de implementación de la remodelación de guardia y aplicación de *triage* así como también en las capacitaciones de implementación del SAME Provincia donde sus aporte son para enseñarles a los médicos a poder afrontar situaciones conflictivas en guardia y en la calle”.

-“La gran predisposición para contener a nuestro personal después de afrontar situaciones traumáticas a los que se enfrentaron en la atención de las situaciones de emergencias con las que se trabaja día a día”.

(Director 1, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

Profesionales capacitados para la intervención. Facilitación de la tarea de respuesta.
Capacitación de personal para la atención de Incidentes Críticos.
Cuidado de la Salud Mental del personal.

Director entrevistado 2:

-“La decisión de vincular la Red SIES con el PROSAMIC.”

-La integración del equipo de Salud Mental a los equipos de acción médica de emergencias y desastres.

-“La capacitación de agentes de los diferentes centros de salud para que puedan acompañar a las víctimas de situaciones traumáticas y también encontrar herramientas que los protejan como potenciales agentes/pacientes”

-“La participación en situaciones de catástrofes y emergencias de víctimas múltiples, junto al sistema de respuesta regional”

-“La atención de los agentes de salud participantes de estos eventos, con vista a la prevención del stress postraumático”

(Director 2, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

Se vincula la Red SIES (Red de Respuesta de las Emergencias) con PROSAMIC.
La integración de la Salud Mental a los equipos de emergencias y desastres.
La capacitación de personal para la atención de Incidentes Críticos.
Profesionales capacitados para la intervención.
Cuidado de la Salud Mental del personal.

Director entrevistado 3:

-El director entrevistado afirma una cuestión importante: Cabe destacar que durante mi gestión fueron los inicios de la Red PROSAMIC, por lo tanto los aportes los dividiría en dos áreas:

-“El aporte al conocimiento en los sistemas de emergencias de la provincia, realizando un cambio de paradigma en el abordaje de los incidentes críticos y la salud mental”

-“El aporte brindado en cada intervención de incidentes con víctimas múltiples donde se demostró la importancia de tener un equipo especializado.”

(Director 3, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

- | |
|---|
| -Conocimientos fundantes en salud mental dentro de los sistemas de emergencias de la Provincia.
-Cambio de paradigma en el abordaje en los Incidentes Críticos |
|---|

Director entrevistado 4:

-“La concientización en los servicios de Emergencias de la importancia que tiene la intervención temprana del equipo de Salud Mental en los diferentes tipos de incidentes críticos y esto llevo al interés de los diversos actores que intervienen en estos casos al perfeccionamiento individual y de los equipos locales”.

(Director 4, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

- Conocimientos fundantes en salud mental dentro de los sistemas de emergencias de la Provincia.
- Resumen de expresiones clave para el análisis de todos los entrevistados:

- | |
|---|
| -La integración pionera de la dimensión de la Salud Mental dentro de los sistemas de emergencias en la Provincia de Buenos Aires. |
| -Equipo profesional capacitado para la intervención en Incidentes Críticos. |
| -Capacitación en Salud Mental de los equipos de emergencias y desastres |
| -Cuidado de la Salud Mental de los equipos de emergencias y desastres. |

Análisis de las respuestas a la pregunta 2):

Director entrevistado 1:

-“Sí, una vez hechas las capacitaciones en los hospitales y en las implementaciones de los SAME Provincia se han recibido pedidos de ampliación de esa capacitación ya que muchas

personas desconocen este aspecto de las situaciones traumáticas y sólo se enfocan a la atención de las heridas graves” (Director 1, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Se afirma el pedido de ampliación de las capacitaciones.

Director entrevistado 2:

-“Varias fueron las intervenciones de la red, muy exitosas, mostrando un cambio importante en la evolución psicológica de los diferentes protagonistas primarios, secundarios y colaterales de eventos traumáticos, la red además continuaba en contacto, vinculaba a los pacientes con los agentes de la especialidad de los lugares cercanos al domicilio, donde generalmente ya se había capacitado a diferentes agentes del lugar y si no se realizaba una capacitación a propósito de la situación vivida” (Director 2, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-El entrevistado afirma que “varias fueron las intervenciones de la Red” y afirma su éxito.

-Afirma el cambio de la “evolución psicológica de los afectados”.

-Afirma la continuidad de la capacitación.
--

-No especifica tener o no el registro de solicitud de capacitaciones.

Director entrevistado 3:

-“Sí, luego de cada capacitación o intervención se solicitaban herramientas y capacitaciones para el personal, ya sean grupos de intervención de ambulancias o equipos específicos que requerían la formación específica” (Director 3, comunicación personal, julio 2018).

-Se afirma el pedido de ampliación de las capacitaciones.

Director entrevistado 4:

-“No sólo eran solicitadas nuevas capacitaciones sino que se actuaba como un programa de educación continua y de análisis de nuevos paradigmas en la medida que iban aumentando los equipos atraídos por el desarrollo de la temática desarrollada” (Director 4, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Se afirma el pedido de ampliación de las capacitaciones.

-Se afirma la aplicación de un programa de capacitación continua con nuevos paradigmas.

Análisis de las respuestas a la pregunta 3):

Director entrevistado 1:

-El entrevistado responde “Ídem respuesta 2” (Director 1, comunicación personal, julio 2018).

Director entrevistado 2:

-“El personal de SIES estaba en comunicación permanente con la red PROSAMIC, y realizábamos programadamente, charlas debriefing y demás estrategias donde había acciones que se tomaban inmediatamente después del evento con ejercicios para disminuir el stress y escucha de los diferentes problemas y situaciones de impacto que sufrían los que participaban y luego se programaban reuniones más alejadas y se atendían también de manera individual en base a lo que ellos detectaban” (Director 2, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

Comunicación permanente entre SIES y PROSAMIC.
--

Capacitaciones sobre diferentes dispositivos. Protección de la Salud Mental de los equipos afectados.

Programación de nuevas capacitaciones.
--

No especifica si existieron las nuevas solicitudes de capacitación pero afirma la programación de nuevas capacitaciones.
--

Director entrevistado 3:

-“Sí, luego de cada capacitación o intervención se solicitaban herramientas y capacitaciones para el personal, ya sean grupos de intervención de ambulancias o equipos específicos que requerían la formación específica” (Director 3, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Se afirma la solicitud de nuevas capacitaciones por parte de los diferentes grupos de intervención en emergencias y desastres.

Director entrevistado 4:

-“No sólo eran solicitadas nuevas capacitaciones sino que se actuaba como un programa de educación continua y de análisis de nuevos paradigmas en la medida que iban aumentando los equipos atraídos por el desarrollo de la temática desarrollada” (Director 4, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Afirma la solicitud de nuevas capacitaciones.
--

-La ejecución de un programa de educación continua.

-Contenidos con nuevos paradigmas.

Análisis de las respuestas a la pregunta 4):

Director entrevistado 1:

-“Sí, se ha notado en principio que la gente empieza a tener presente ese aspecto del trauma que antes no tenía, mejora la contención de la situación hasta la llegada de los profesionales encargados del PROSAMIC.”

-“Aumentó la demanda de su intervención por la mayor identificación de casos que antes no ocurría.”

-Como uno de los principales inconvenientes menciona “las grandes distancias que se deben abordar en la provincia, lo cual condiciona los tiempos de llegada”.

-“No cambió mucho mi perspectiva ya que yo ya venía con el trabajo de estas ideas.”

(Director 1, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Se afirma un cambio: se empieza a tomar en cuenta.
-Mejora la situación de la contención.
-Aumento de la demanda de intervención.
-El aumento de la demanda responde a la identificación de estos problemas, que antes no ocurría.
-Inconvenientes en las intervenciones PROSAMIC: las grandes distancias, los malos diagnósticos telefónicos.

Director entrevistado 2:

-“El cambio fue notable para la gran mayoría”

-“La tendencia en estas situaciones de deshumanizar a los pacientes, planteos técnicos de triage de decidir quién se atiende primero y quién no”

-“La realización de varios simulacros en los cuales practicamos la participación directa de la red en la recepción de familiares, identificación de víctimas, eso todos lo vivimos como un progreso muy positivo y terminamos siempre trabajando en conjunto”

-“La lógica de redes”, “la psicología social”.

(Director 2, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Se afirma el cambio.
-Se reivindica las prácticas de simulacros.
-Se reivindica la interrelación de los dispositivos de emergencias en función de redes.

Director entrevistado 3:

-“Existe un antes y un después del PROSAMIC, y también en los lugares donde los equipos recibieron algún tipo de formación.”

-“El trabajo con PROSAMIC significó sin dudas el reconocimiento de la Salud mental en las Emergencias.”

-“El principal cambio se ha dado por el comentario de los equipos de intervención sanitaria. Antes existía un desconocimiento absoluto de cómo tratar a las víctimas, generalmente caracterizado por el desborde emocional de ellas y de los equipos de intervención.”

-“La capacitación logró que la contención de víctimas, familiares y el entorno pudieran realizarse con seguridad y serenidad utilizando las herramientas correctas en el manejo de la salud mental en estos incidentes críticos logrando minimizar los daños y los tiempos de organización de escenarios complejos.”

-“El aporte más importante fue la posibilidad de organización inicial y el manejo de situaciones que el equipo de salud no estaba formado para enfrentarlas”

-“El inconveniente continúa siendo la necesidad de que cada municipio aporte equipos para que se formen e integren la red.”

-“También entendimos la necesidad de entrenar al equipo de salud en lo atinente al manejo de las “malas noticias” en la relación médico-paciente y médico-familia articulando con la experiencia realizada en forma conjunta con el PROSAMIC.”

-“La realización de encuestas en los diferentes cursos de emergencias (hoy no están en nuestro poder) en las cuales notamos el gran porcentaje del equipo de salud que sufrió

algún episodio de estrés post-traumático durante su trabajo en las ambulancias o guardias hospitalarias.”

-“Por eso es que cuando desarrollamos la Tecnicatura de Emergencias Sanitarias y Desastres a nivel universitario, la materia de Psicología en Emergencias tuvo perfil propio (desarrollada por integrantes del PROSAMIC) y no es dictada por miembros de la cátedra de Psicología General”.

(Director 3, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Se afirma un antes y después de PROSAMIC
-El reconocimiento del trabajo de Salud Mental en emergencias como mérito de PROSAMIC
-Cambio en el desconocimiento del trabajo con afectados en Incidentes Críticos.
-La formación de equipos que no estaban capacitados.
-El trabajo del estrés post-traumático en con el personal de emergencia.
-La organización en función de la Salud Mental.

Director entrevistado 4:

-“Los cambios han sido notables no solo por la conformación de equipos preparados sino también por la velocidad de respuesta en los casos de emergencias con el posterior seguimiento post evento”.

-“Estos cambios generaron una mejor contención y manejo de las situaciones críticas”.

-“Se pudo aumentar el número de respondedores rápidos de acuerdo a los perfiles seleccionados y a los diferentes actores que intervienen se los entreno y acompañó en las distintas situaciones”.

-“El principal inconveniente que hemos tenido es la escasa financiación, muchas veces hicieron que no se pueda cumplir con la urgencia que ameritan estas situaciones en lo referente a la respuesta y otras en la desfinanciación de la programación de actividades de capacitación, discontinuando el proceso de aprendizaje/actualización continua”.

(Director 4, comunicación personal, julio 2018).

Resumen de expresiones clave para el análisis:

-Se afirma el cambio, principalmente en la velocidad de respuesta y en el seguimiento post-evento.

-Se afirma la mejora de la contención y el manejo de las situaciones críticas.

-El aumento de personal calificado para la intervención.

-Se mencionan los inconvenientes de la "escasa financiación: afectan directamente a las intervenciones y capacitaciones.

Conclusiones generales de las entrevistas a Directores:

Tras el análisis a las entrevistas de los directores podemos concluir:

- **Acerca de la integración de PROSAMIC a cada uno de los sistemas de emergencias que los directores dirigían, se pueden resumir los siguientes aportes:**

-La integración pionera de la dimensión de la Salud Mental dentro de los sistemas de emergencias en la Provincia de Buenos Aires.

-Equipo profesional capacitado para la intervención en Incidentes Críticos.

-Capacitación en Salud Mental de los equipos de emergencias y desastres.

-Cuidado de la Salud Mental de los equipos de emergencias y desastres.

- **Acerca de la petición de capacitaciones posteriores a las acciones de intervención de PROSAMIC, los directores afirman la existencia de una continua solicitud.**

<ul style="list-style-type: none"> • Acerca de la petición de nuevas capacitaciones posteriores por parte de los capacitados, tres directores afirman la petición, y uno no aclara pero hace énfasis en la continuidad de las capacitaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Acerca de los cambios percibidos, podemos resumir en los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> -Todos los directores afirman ver cambios positivos en los sistemas de emergencias de la Provincia de Buenos Aires con la integración de PROSAMIC. -Aumento de la demanda de intervención. - Se reivindica las prácticas de simulacros. -El reconocimiento del trabajo de Salud Mental en emergencias como mérito de PROSAMIC. -Cambio en el desconocimiento del trabajo con afectados en Incidentes Críticos. -El trabajo del estrés post-traumático con el personal de emergencia. -La formación de equipos que no estaban capacitados.
<ul style="list-style-type: none"> • Como principales inconvenientes para el desarrollo de la Red PROSAMIC, se menciona: <ul style="list-style-type: none"> -La falta de financiamiento para las intervenciones y capacitaciones -Las grandes distancias geográficas para el traslado de los equipo de intervención, los malos diagnósticos telefónicos que no permiten un análisis correcto de la situación. - La necesidad de que cada municipio aporte equipos para que se formen e integren la red

Entrevistas a integrantes del equipo de la Red PROSAMIC

En este grupo, hemos entrevistado a las integrantes del equipo de la Red PROSAMIC.

Preguntas.

1) Qué aportes en el ámbito de la Salud Mental, le aportó la pertenencia al equipo de la Red PROSAMIC en cuanto a:

- a) Conocimientos
 - b) Actitudes
 - c) Prácticas
- 2) ¿Qué aportes considera que le brindó?:

a) En lo colectivo/grupal:

b) En lo individual/profesional:

3) ¿Cómo influyó la experiencia del trabajo en las Emergencias y Desastres?

-Sobre sus vivencias: ¿podría señalar en qué momento/s percibió que la incorporación de los lineamientos de trabajo en su tarea modificaba su mirada profesional?

-¿Podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo? ¿Cómo describe esas circunstancias?

Las siguientes preguntas hacen referencia a su práctica profesional como integrante del equipo de la Red PROSAMIC.

4) Podría describir desde su perspectiva y experiencia como fue el proceso de las intervenciones en cuanto a:

a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones,

b) la implementación

c) la evolución en el tiempo

5) Podría describir desde su perspectiva y experiencia como fue el proceso de las capacitaciones en cuanto a:

a) la creación y definición de las capacitaciones

b) la implementación

c) la evolución en el tiempo

6) Podría describir desde su perspectiva y experiencia como fue el proceso de la acción multidisciplinaria en cuanto a;

a) la creación y generación del trabajo multidisciplinario

b) la implementación

c) la evolución en el tiempo

7) Puede describir y dar ejemplos acerca del proceso de aceptación e incorporación de las intervenciones realizadas.

El resumen de los extractos más importantes de las entrevistas a las integrantes se puede ver en el anexo 9: Entrevistas. "Resumen de las entrevistas a integrantes"

Análisis y conclusiones sobre entrevistas a Integrantes

Pregunta 1:

- **En el conjunto de las integrantes se puede desatacar como conocimientos adquiridos:**

- Protocolos de organismos internacionales para intervención en emergencias y desastres.
- Cuidado de la Salud Mental de los trabajadores de la salud.
- Apoyo psicosocial en emergencias y desastres.
- Desgaste profesional, burn out. Estrategias para su prevención y tratamiento.
- Técnicas de manejo del estrés.
- Salud Mental Comunitaria.

En este sentido, podemos ver cómo estos marcos de conocimiento aportan sobre la mirada clínica que heredaron de su formación universitaria.

- **Respecto a las actitudes podemos destacar:**

- Trabajo en equipo.
- Deposición de actitudes de autocentramiento narcisístico en la apuesta de co-construir un espacio colectivo.
- El Outreach.
- Fortalecimiento de los saberes sobre trabajo con grupos para sumarlos al armado de capacitaciones.
- Flexibilidad y tolerancia frente a la incertidumbre.

- **Sobre las prácticas podemos destacar:**

- Trabajo en las emergencias agudas.
- Acompañar personas en situaciones tan extremas y dolorosas.
- La ampliación del espectro de las intervenciones.
- Criterio para la aplicación, en la práctica, de los presupuestos teóricos.
- Al contrario de la formación psicoanalítica, que no favorece el acercamiento con los pacientes o personas afectadas, el acercamiento de manera empática en situaciones de sufrimiento.
- Docencia, virtualidad e intervenciones prácticas en Incidente Crítico.

Pregunta 2:

- **Respecto a lo colectivo/grupal, se destaca:**

- La posibilidad de Inclusión en un proyecto de construcción y puesta en práctica de un equipo de trabajo.
- Un mayor número de herramientas para abordar lo colectivo-grupal.
- La construcción colectiva de una identidad.

- **Respecto a lo individual/personal, se destaca:**

- Proceso personal de gran crecimiento, apertura a nuevos saberes y paradigmas.
- Mayor plasticidad para el uso de herramientas teórico-clínicas.
- Formar parte de un equipo de profesionales con mucho compromiso y altamente capacitado y experimentado.
- La posición ética de nuestro equipo de trabajo.
- Evolución, crecimiento y desarrollo.
- Excelencia profesional por nuestra coordinadora quien nos permitió crecer a cada integrante del equipo dándonos confianza y diversas oportunidades de inserción laboral.
- Un identidad en tanto "integrante de".

Pregunta 3:

- **Respecto a las vivencias, se puede destacar:**

- En la muestra de reacciones esperables.
- Cuando los intervenidos han declarado "útiles" las recomendaciones dadas por el equipo.
- Cuando otros equipos de emergencias, no pertenecientes al ámbito de la Salud Mental, han declarado el aporte del equipo en la intervención.
- En la percepción de "efectos" de la tarea individual y la del equipo sobre las personas.
- Cuando en el seguimiento de los intervenidos se han mostrado agradecidos por ayuda de las herramientas de apoyo, por ejemplo, el material psicoeducativo que se les entrega.

- **Respecto a la incorporación de la perspectiva preventiva:**

-En aquellas en que se puede ubicar más directamente la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo en mi tarea es en la práctica de cientos de capacitaciones, talleres de entrenamiento y simulacros con distintos efectores y referentes intersectoriales (Educación, Salud, Justicia, Fuerzas de Seguridad, etc), en los cuales socializamos y practicamos vivencialmente recursos concretos para intervenir en futuras situaciones críticas.

-En el área de capacitaciones, considero que también se ponen en marcha de manera más accesible ya que los asistentes muchas veces reconocen estos aspectos a medida que el material teórico es expuesto.

Se puede decir que en el área de capacitación, es donde la mayoría identifica la esencia de la perspectiva preventiva. Este hecho se ilustra con las referencias y ejemplos a las capacitaciones continuas, donde reconocen cómo los grupos capacitados se han ido "apropiando" de los conocimientos impartidos.

Es importante destacar que respecto a las intervenciones se hace referencia al trabajo con afectados y toda la información que se les brinda, además de los seguimientos respectivos.

Pregunta 4

- **Respecto a la creación y definición de la Red y sus intervenciones, se puede destacar:**

-Debate entre ser un programa o una red.

-Debate sobre los términos Salud Mental, Incidente Crítico.

-Los términos "Salud Mental" también forman parte del consenso ideológico de quienes conformamos el equipo, considerando que otras nominaciones posibles, tales como "psicología de la emergencia", son reduccionistas y no están en consonancia con los protocolos internacionales.

-Respecto de "incidente crítico", también, se trata de dos significantes menos cargados de representaciones sociales que los términos "desastre" o "catástrofe".

-Haciendo eje en la estrategia de APS, enfocada en la idea de Prevención y Promoción de la Salud, descartamos denominaciones relativas a la psicopatología, tales como "estrés postraumático".

-La definición de los principios y ejes de trabajo tuvo desde el comienzo una fuerte impronta del marco conceptual de la salud mental comunitaria y la estrategia de atención primaria de la salud.

- **Respecto a la implementación, se destaca:**

-Las menciones a todas las primeras intervenciones y capacitaciones.

-Las intervenciones estuvieron encuadradas en los protocolos de actuación de la OPS-OMS, considerando las acciones de Primera Ayuda Psicológica que se plantean para el momento agudo y para el posterior seguimiento.

-La implementación con la consideración de que si bien se rige en lineamientos de protocolos internacionales, existen sin embargo puntos donde se deben adaptar y flexibilizar según de qué intervención se trate tomando en cuenta los recursos existentes.

-Las primeras intervenciones (también capacitaciones) estaban más circunscriptas a la región sur del conurbano bonaerense –aunque no en forma excluyente

- **Respecto a la evolución en el tiempo, se destaca:**

-Se pudo pensar y protocolizar de forma más rigurosa las intervenciones, nominando las acciones, tipificando las reacciones esperables, articulando el trabajo con las redes que se fueron construyendo a instancias de las capacitaciones, que se multiplicaron desde el conurbano a lo largo y a lo ancho del territorio bonaerense.

-Prontamente, fuimos incluyendo mayor cantidad de recursos en las intervenciones, tanto de herramientas de registro, como de materiales psicoeducativos, que fuimos elaborando y mejorando con los años.

-El Operativo Sanitario de verano (SAT) en la costa atlántica argentina.

-Un desplazamiento de "foco": quizá al principio estaba más acentuada la mirada y la escucha clínica individual de las personas asistidas, aún cuando se tratara de dispositivos grupales de intervención; con el tiempo tomó mayor preponderancia un abordaje más integral, con un diagnóstico situacional a partir del cual se piensan las intervenciones posibles.

Dentro de las afirmaciones se puede ver que las acciones de la Red estuvieron en un continuo proceso de expansión (tanto las capacitaciones como las intervenciones), y que este proceso fue tomando conciencia de sus necesidades para el desarrollo. También queda expreso su fundamentación a los protocolos internacionales.

Pregunta 5

- **Respecto a la creación y definición de las capacitaciones, se destaca:**

-Considerando el marco teórico-ideológico de la Red, centrado en la figura del especialista como multiplicador y en la necesidad de sumar respondientes de distintos sectores entrenados en Salud Mental para llevar a cabo su tarea, la capacitación fue desde el inicio y sigue siendo un pilar fundamental, una de las tareas "misionales" del equipo PROSAMIC.

-Se elaboraron programas "a medida" con distintos formatos de cursos y entrenamientos, tanto en modalidades más extendidas en el tiempo, como intensivas.

- Entre los ejes temáticos que se desarrollaron, incluimos: nociones introductorias a la Salud Mental en emergencias y desastres, el trabajo con poblaciones vulnerables,

intervenciones comunitarias, manejo de protocolos y guías, protección de equipos de respuesta, etc.

-También los contenidos se fueron actualizando, puliendo y armando en relación a los nuevos paradigmas de salud mental y gestión de riesgo; y las experiencias que fuimos teniendo como equipo, es decir, que fuimos generando nuevos conocimientos.

- **Respecto a la implementación de las capacitaciones, se destaca:**

b) la implementación

-La experiencia piloto incluyó espacios de capacitación pautados, tales como cursos anuales en varias regiones sanitarias bonaerenses (VI, V, VII A –actualmente XII- y VII B).

-La implementación cuenta con la flexibilidad del equipo para adaptar los contenidos según el público asistente, me parece que ha sido siempre un gran logro de parte de nuestra tarea.

-Rápidamente se fueron organizando jornadas, cursos, capacitaciones en distintas zonas de la pcia y dirigidas a muy diversos sectores, no sólo a los agentes de salud.

- **Respecto a la evolución en el tiempo**

-Las demandas de capacitación al equipo PROSAMIC fueron multiplicándose.

-A partir de la creación del equipo en 2005, hasta la actualidad, desde distintos ámbitos, surgieron pedidos para distintos referentes: no sólo equipos de Salud, sino también de muchos otros sectores con los que se fueron armando lazos, redes, transferencias de trabajo y conocimientos.

-Se sumaron miles de asistentes a nuestras capacitaciones (en universidades, cuarteles de bomberos, hospitales, sedes municipales, teatros, dependencias policiales, etc.).

-Se ha mejorado la calidad de las capacitaciones definiendo un programa base y adaptándolo, dando prioridad a ciertos ejes y con actividades según la demanda local.

Pregunta 6

- **Respecto a la creación y generación del trabajo multidisciplinario, se destaca:**

-En consonancia con la posición teórico-ideológica, el equipo PROSAMIC siempre ha concebido los espacios de trabajo junto a referentes de las más variadas disciplinas: integrantes de la comunidad, profesionales y auxiliares de Salud, Justicia, Educación, etc.

-Se han interesado en nuestra temática, acercándose a nuestros espacios de trabajo y capacitación: abogados, radio-operadores, personal de aerolíneas, voluntarios de organizaciones, entre muchos otros.

-La Salud Mental, desde la idea que nos ha transmitido fuertemente la Dra. Bentolila, no es patrimonio de una disciplina, su puesta en práctica no es privativa de los psicólogos y los psiquiatras.

-El trabajo se pudo integrar con diferentes actores que intervienen en la primera respuesta como médicos, enfermeros, bomberos, policía, etc
-Esta integración no ha sido fácil, nos llevó muchos años de trabajo para visibilizar nuestra función y necesidad de integrar la atención integral para los afectados.
-Hay dificultades para incluir otras profesiones como parte del equipo.
-El proceso de acción multidisciplinaria fue dado más que nada por el trabajo por fuera del equipo con otras disciplinas o equipos.

- **Respecto a la implementación, se destaca:**

-Nuestra tarea, por la pertenencia misma a la Dirección de Manejo de Emergencias Sanitarias y Catástrofes, se desarrolla junto a nuestros compañeros, que son radio operadores, conductores de ambulancias, enfermeros, médicos emergentólogos, etc.
-Las capacitaciones resultan más significativas para poder transmitir la implementación del trabajo multidisciplinario, ya que otorga la posibilidad de un tiempo de construcción.
-En algunos casos se plantearon como dispositivos específicos para un determinado colectivo (ej: policías, radioperadores, docentes); pero tanto en lo personal como en tanto equipo, alentamos las instancias de formación multidisciplinarias.

Respecto a la evolución en el tiempo, se destaca:

-Actualmente, a diferencia de los tiempos inaugurales de la Red, ya no tenemos que explicar por qué es muy importante o necesario que haya alguien de Salud Mental formando parte de las intervenciones en emergencias y desastres.
-Al haber recorrido el territorio de la Provincia de Buenos Aires, muchas veces durante el momento agudo nos hemos encontrado con integrantes de equipos intervinientes con las que hemos tenido contacto en alguna actividad.
-A lo largo de estos años, como dije, siempre estuvo entre los propósitos de la Red trabajar en forma interdisciplinaria, y siempre que pudimos lo pusimos en práctica.

Pregunta 7

- **Respecto al nivel comunitario, se destaca:**

-El equipo PROSAMIC ha hecho un aporte significativo para la instalación y sensibilización sobre la importancia de proteger la Salud Mental de las personas en situaciones críticas.
-En algunas ciudades, a partir del trabajo de sensibilización realizado, se conformaron equipos de salud mental, que con diversas denominaciones, dan respuesta ante situaciones críticas.
-Un ejemplo donde nuestras intervenciones dan cuenta de la aceptación es cuando se produce un seguimiento de una población determinada, dado que nos convocan para el trabajo en conjunto con los equipos locales y el seguimiento de las situaciones abordadas.

-Pienso que la tarea sostenida durante más de 10 años en las intervenciones y en las capacitaciones (sobre todo en la provincia de Bs As, pero también en otras provincias y fuera del país) pudo influir de alguna manera en la construcción de esta "demanda" a nivel comunitario.

-Un ejemplo: aumento del pedido a la coordinadora, de la realización de notas, tanto televisivas como en los medios gráficos, en situaciones de desastres.

- **Respecto al nivel político, se destaca:**

-El nivel político también ha debido legitimar la existencia de equipos que brindan intervenciones como el PROSAMIC.

-En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, la por entonces ministra de Salud Provincial, destacó la importancia de la temática, en un claro ejemplo de su jerarquización en la agenda política de Salud.

-También, en el nivel político, organizaciones internacionales, como la OPS-OMS han puesto de relieve la importancia del impacto acciones e intervenciones como las del PROSAMIC.

-El PROSAMIC participa en estos últimos años de capacitaciones que responden a dos de las políticas públicas más relevantes del Ministerio de Salud Provincial: El Programa de fortalecimiento de guardias hospitalarias y la implementación del SAME Provincia.

-Ser una de las primeras provincias que tuvo un equipo de salud mental en emergencias y catástrofes, políticamente, a las distintas gestiones le dio buena publicidad.

Respecto a las asociaciones o grupos profesionales, se destaca:

-Distintos colectivos profesionales también se han acercado cada vez más a la temática del equipo PROSAMIC.

-Por ejemplo, el distrito III del Colegio de Médicos de Morón fue la sede de una capacitación sostenida que realizó el equipo a lo largo de un año. Los Colegios de psicólogos de los distritos VI (Luján) y XIII (Lomas de Zamora) también han pedido al equipo PROSAMIC espacios de capacitación para sus colegiados.

-Se han realizado intervenciones/capacitaciones con grupos de profesionales de la Justicia, la Salud, Educación, Fuerzas de Seguridad, Organismos Públicos, Estudiantes de Medicina, etc

Conclusión

Consideraciones finales

Este documento representa la observación de "un proceso viviente" como lo es un Plan de salud en pleno desarrollo y ejecución, se requiere hacer una foto que "congele" transitoriamente los resultados. No siendo fácil determinar, a los fines de este estudio, el límite temporal de la descripción del "Caso de la Red PROSAMIC", dado que el Plan sigue vigente y trasciende a las personas. En este tipo de procesos en los que dialogan, interactúan y se integran distintos paradigmas y disciplinas se produce una etapa de acumulación que finalmente madura, se consolida y expande. Es precisamente en esta etapa de expansión que se encuentra actualmente el Plan de la Red.

A partir de la génesis, la experimentación, la praxis, se va acumulando un conocimiento que luego se constituye en un cuerpo capaz de ser reproducido, difundido, replicado. Siempre y cuando la experiencia sea acertada y útil a la sociedad, si la solución responde al problema, y le produce algún beneficio a la comunidad, entonces se incorpora a la política pública. En este apartado final, se mostrará que el Plan de la Red PROSAMIC respondió a esta lógica secuencial. Un plan que, sin una estructura funcional o "raviol" en el organigrama del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha nacido, sobrevivido, crecido y madurado, atravesando gestores políticos de diversa pertenencia partidaria durante al menos 13 años, podemos colegir que se ha constituido en una **política pública de salud.**

Este aporte y sus conclusiones pretenden alentar a quienes, siendo conscientes de la necesaria coherencia, paciencia y consistencia, laboren para que la SALUD se constituya como una POLITICA PÚBLICA.

Con el propósito de organizar la lectura, las consideraciones finales serán divididas en dos apartados:

1-Consideraciones técnicas

2-Consideraciones a partir de la experiencia

Es dado comprender que no será factible hacer una división tajante entre ambos apartados en tanto "el observador modifica el objeto observado", más aún cuando el

observador del "caso a estudiar ha sido parte del proceso a ser observado" como lo es en mi situación. Por esta razón, se incluirán, en el punto "consideraciones a partir de la experiencia", citas de los Informantes Clave, con el fin de aportar mayor objetividad sumando otras perspectivas.

1-Consideraciones técnicas:

1.1- Estamos en condiciones de afirmar que el Plan de la Red PROSAMIC se ha propuesto cumplir con las recomendaciones de la OPS/OMS), a saber:

Recomendaciones OPS/OMS	Evaluación del equipo
Los gobiernos y la sociedad civil deben colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los desastres naturales, conflictos armados y otras Emergencias.	El proceso de integración eficaz de la dimensión del cuidado de la Salud Mental y las consecuencias psicosociales en la respuesta sanitaria en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ha ido creciendo y profundizándose a lo largo de los años estudiados en esta investigación.
Evitar una "psicologización" de la ayuda o una medicalización del sufrimiento.	Los lineamientos y principios de la Red PROSAMIC -tal como ha quedado explicitado en este documento, muy especialmente en el Capítulo dedicado a la Descripción de la Red- responden a esta premisa.
Desarrollar un modelo de atención comunitaria en salud mental.	Los lineamientos y principios de la Red PROSAMIC responden a los principios de la Salud Mental comunitaria, su plan de acciones es un modelo de atención comunitaria en salud mental.
Desarrollar el trabajo de prevención, estimular los recursos autóctonos y reconstruir las redes sociales. Se debe enfatizar en la eliminación o reducción de condicionantes y elementos estresores, a la vez que se estimulan los factores protectores y de apoyo.	La implementación del Plan de la Red PROSAMIC tanto a través de sus intervenciones como capacitaciones promueve el trabajo preventivo que incluye estrategias para la reducción del estrés, estimulando los factores protectores y de apoyo. Tal como puede

	<p>verse en los programas, los folletos/trípticos, en el diseño de las intervenciones con los afectados directos/familiares e integrantes de equipos de respuesta.</p>
<p>Actuar sobre el comportamiento colectivo y lograr una comprensión adecuada de la relación entre salud mental y derechos humanos.</p>	<p>Las acciones han sido y son dirigidas en esta dirección. Velando por la protección de los Derechos Humanos</p>
<p>Compromiso para el acompañamiento de la gente, sistemático y desde una perspectiva humanitaria.</p>	<p>Este acompañamiento se realiza siempre que la intervención de la Red es solicitada, si bien sus acciones se han multiplicado a través de las capacitaciones y sensibilización sobre este aspecto relevante de la respuesta en emergencias, la dimensión del territorio y número de habitantes a cubrir resulta inabarcable para los alcances de un equipo pequeño. Prima la perspectiva humanitaria y de derechos humanos. Resulta necesario seguir sensibilizando y capacitando, de manera de extender a todo el territorio de la Provincia el Plan de la Red, en curso.</p>
<p>Lograr que lo psicosocial se convierta en un eje transversal que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia.</p>	<p>Este ha sido desde los orígenes un objetivo central, y todas las acciones fueron y son llevadas a cabo bajo esta premisa. En la génesis y la primera etapa de ejecución del plan, resultó trabajoso instalar esta dimensión, en tanto "interpela" lo disciplinar, pero representa una estrategia fundamental en la construcción de una mirada "interdisciplinaria" a la hora de intervenir y capacitar en el campo de la Salud Mental en Emergencias y Desastres.</p>
<p>Fortalecer los procesos de coordinación multisectorial e interinstitucional.</p>	<p>Puede verse con claridad a través de la interdisciplina promovida en las capacitaciones y los sectores capacitados, como también en las modalidades de intervención. Es evidente que para una respuesta integrada y eficaz se requiere de un proceso de coordinación multisectorial e interinstitucional. Ningún sector o institución puede dar respuesta a</p>

	emergencias complejas o desastres por sí solo.
Apoyar los procesos de formación y recalificación del personal.	Este ha sido y es un objetivo primordial, que puede observarse en toda la documentación obrante en este estudio. No resulta posible cumplir con los objetivos del plan si no se ha capacitado, formado y entrenado al personal que integra el sistema de respuesta, no sólo en agudo, sino también en la etapa posterior, lo cual supone necesariamente una recalificación.
Desafíos éticos.	Los principios, lineamientos y la praxis de la Red PROSAMIC son en sí mismos un desafío a la ética asistencialista en la respuesta en emergencias y desastres.
Promover la difusión de información y el intercambio de las experiencias y lecciones aprendidas.	<p>Esta es una estrategia fundamental utilizada por el equipo de la Red para cumplir con los objetivos propuestos, puede verse como tanto en las presentaciones realizadas a partir del año de su fundación 2005 como en las acciones actuales, se ha promovido la difusión, sensibilización y capacitación sobre este aspecto. Un ejemplo son los siguientes links:</p> <p>Capacitaron a 2.000 trabajadores para prevenir violencia hospitalaria</p> <p>La Red PROSAMIC presente en la Jornada de Psicología de la Emergencia</p> <p>El equipo PROSAMIC participó Jornada y Simulacro en la Universidad Nacional Arturo Jauretche</p> <p>La Red PROSAMIC capacitó a los equipos de primera respuesta en emergencias en Lincoln</p> <p>Taller de la Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico en la UBA</p> <p>Por otra parte, es el motor de esta tesis compartir las lecciones aprendidas.</p>

--	--

1.2 Resulta evidente, a partir de la documentación obrante y la descripción realizada, que el Plan de la Red PROSAMIC cumplió, a través de su desarrollo, con la mayor parte de las recomendaciones y sugerencias de Contenidos para un Plan de Salud mental en Emergencias. Se listan para facilitar su lectura en el siguiente párrafo:

<ul style="list-style-type: none"> • Acciones preparativas Planificación, organización de respuesta y capacitación del personal 	Se cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación rápida de las necesidades de salud mental después de un desastre –Análisis de Situación de SM –Evaluación de los servicios de SM y programas –Determinación de prioridades 	Se cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Primera Ayuda Psicológica 	Se cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados reservados a casos especializados. Evaluación de los RH existentes y su distribución, la cobertura que ofrecen y la red de apoyo existente 	No está dentro del alcance de la red.
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del personal de salud • Educación para la salud de la población • Comunicación Social • Coordinación intersectorial • La organización comunitaria, la participación social, y la promoción de la autosuficiencia 	Se cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación e Indicadores Una valiosa base sobre la que desarrollar indicadores de salud mental durante 	

emergencias sería la existencia de un sistema de vigilancia y recopilación de datos confiable que funcionen durante tiempos normales.	Desafortunadamente, no se cuenta con esta información a nivel oficial.
<ul style="list-style-type: none"> • Los problemas psicosociales en desastres o emergencias no son únicamente un problema para el sector de la salud, sino que también involucran a otros sectores. Dar claras indicaciones para actuar aquí y ahora 	Se cumple

1.3-La totalidad de las acciones del plan de la Red fueron diseñadas con una perspectiva ampliada de la concepción de Salud Mental y apoyo psico-social en las Emergencias y desastres, haciendo foco en la:

- Ayuda humanitaria y social
- Consejería a la población y grupos de riesgo
- Comunicación social

1.4- Haciendo una revisión retrospectiva, los lineamientos y principios de la Red han aplicado las recomendaciones de las Acciones Clave del Proyecto Esfera, adaptadas en la GUIA TÉCNICA DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES Y EMERGENCIAS-OPS/OMS 2016

- ✓ **Acción Clave 1:** Asegurar que las intervenciones se desarrollan con base en las necesidades y los recursos identificados.
- ✓ **Acción Clave 2:** Fortalecer las capacidades de los miembros de la comunidad, incluidas personas marginadas, a través de los mecanismos de la auto-ayuda y el apoyo mutuo.
- ✓ **Acción Clave 3:** Garantizar que los trabajadores de ayuda humanitaria, agentes comunitarios, equipos de respuesta (incluidos voluntarios), así como el personal de

los servicios de salud estén capacitados y ofrezcan la Primera Ayuda Psicológica a las víctimas y personas con un elevado grado de sufrimiento luego de una exposición a estresores intensos.

- ✓ **Acción Clave 4:** Asegurar que los equipos de salud que están actuando como primera línea de contacto con la población (atención primaria) dispongan de capacidad para identificar y manejar los problemas psicosociales y de salud mental más frecuentes, así como que los servicios especializados se fortalezcan y se acerquen a la comunidad.
- ✓ **Acción Clave 5:** Gestionar y apoyar las medidas de seguridad, así como aquellas orientadas a satisfacer las necesidades y derechos básicos de las personas con trastornos mentales, que están internadas en instituciones. NO APLICA AL PROGRAMA DE LA RED.
- ✓ **Acción Clave 6:** Minimizar el daño relacionado al alcohol y las drogas.
- ✓ **Acción Clave 7:** Como parte de una recuperación temprana, iniciar los planes para desarrollar un sistema de salud mental comunitario sostenible.
- ✓ **Acción Clave 8:** Contribuir a una apropiada comunicación de riesgo y gestión de la información en la respuesta a emergencias y desastres.
- ✓ **Acción Clave 9:** Garantizar la atención priorizada a condiciones identificadas de alto riesgo psicosocial.

Podemos afirmar que:

-A partir de la adhesión inicial, creativa en su desarrollo y finalmente en su madurez, la Red PROSAMIC, ha sido valorada por la comunidad, los profesionales, los gestores. Lo cual puede leerse en los resultados y análisis de los indicadores cuali-cuantitativos.

-El desarrollo del programa fue una incorporación acertada y útil a la sociedad como política pública, como se refleja en las entrevistas y el crecimiento sostenido a largo plazo.

Hitos en el desarrollo e implementación durante los años estudiados:

- ✓ **La creación y dependencia de un Plan de Salud Mental de una Dirección de Emergencias Sanitarias.**

No tiene precedentes en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

- ✓ **El cumplimiento de WHO-AIMS.**

A partir de la implementación y desarrollo sostenido en estos 13 años, la Provincia de Buenos Aires cumple con los siguientes indicadores del "Instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental" (IEMS-OMS, 2005); como es evidente, en algunos casos parcialmente:

ÍTEM 1.2.4	Última versión de un plan de salud mental para situaciones de desastres/emergencias
DEFINICIÓN	Año de la última versión de un plan de salud mental para situaciones de desastres/emergencias
NOTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de salud mental para desastres/emergencias es un esquema detallado para la preparación de acciones en salud mental en el contexto de un desastre/emergencia. Generalmente define prioridades, estrategias, cronogramas y asignaciones de recursos. • El plan puede ser parte del plan de salud mental, el plan de salud, el plan para desastres o un documento separado.

5.1	Campanñas de educación y concienciación a la población sobre salud mental
5.2	Vínculos con otros sectores: colaboración oficial
5.3	Vínculos con otros sectores: actividades

APARTADO 5.1	Campanñas de educación y concienciación a la población sobre salud mental
DEFINICIÓN	Especificación de actividades, métodos y poblaciones meta en campañas de educación y concienciación sobre salud mental

ÍTEM 5.1.1	Entes coordinadores para las campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental
DEFINICIÓN	Existencia de entes coordinadores (ej., comités, juntas, oficinas) que coordinan y supervisan las <i>campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental y trastornos mentales</i>

ÍTEM 5.1.2	Agencias que promueven las campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental
DEFINICIÓN	Agencias, instituciones o servicios, que han promovido las <i>campañas de educación y concienciación a la población</i> sobre salud mental y trastornos mentales en los últimos cinco años
ÍTEM 5.1.3	Poblaciones meta en campañas específicas de educación y concienciación sobre salud mental
DEFINICIÓN	<i>Campañas de educación y concienciación</i> sobre salud mental enfocadas en la población <u>general</u> y <u>grupos</u> específicos dentro de la misma en los últimos cinco años
ÍTEM 5.1.4	Grupos profesionales objeto de campañas de educación específica y concienciación sobre salud mental
DEFINICIÓN	<i>Campañas de educación y concienciación</i> sobre salud mental enfocadas en grupos profesionales vinculados con el sector salud en los últimos cinco años
FACET 5.2	Vínculos con otros sectores: colaboración oficial
DEFINICIÓN	Colaboración oficial en forma de leyes, administración y programas con (otros) entes de salud y sectores distintos al de salud, orientada a mejorar la salud mental
ÍTEM 5.2.5	Programas de colaboración oficial con otras agencias/departamentos de salud o departamentos que no son de salud
DEFINICIÓN	Programas de colaboración oficial que abordan las necesidades de personas con problemas de salud mental entre (a) el departamento/agencia responsable de salud mental y (b) el departamento/agencia responsable de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención primaria de salud/ salud comunitaria 2. VIH/SIDA 3. Salud reproductiva 4. Salud de niños y adolescentes 5. Abuso de sustancias 6. Protección infantil 7. Educación 8. Empleo 9. Vivienda / alojamiento 10. Asistencia social 11. Sistema judicial 12. Ancianos 13. Otros departamentos/agencias (especifique en la sección de comentarios)
FACET 5.3	Vínculos con otros sectores: actividades
DEFINICIÓN	Alcance de las actividades fuera del sector de salud mental que abordan las <u>necesidades de personas con problemas de salud mental</u>
ÍTEM 5.3.3	Actividades de promoción y prevención en escuelas primarias y secundarias
DEFINICIÓN	Actividades en las escuelas para promover la salud mental y para prevenir los trastornos mentales
ÍTEM 5.3.4	Actividades educativas con la policía
DEFINICIÓN	Miembros de la policía que participaron en <i>actividades educativas</i> sobre salud mental en los últimos cinco años

ÍTEM 5.3.5	Actividades educativas con jueces y abogados
DEFINICIÓN	Jueces y abogados que participaron en <i>actividades educativas</i> sobre salud mental en los últimos cinco años
ÍTEM 6.2.3	Tipo de investigación sobre salud mental
DEFINICIÓN	Tipo de investigación sobre salud mental realizada en los últimos cinco años
MEDIDA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudios epidemiológicos en muestras de la comunidad 2. Estudios epidemiológicos en muestras clínicas 3. Estudios no-epidemiológicos clínicos/cuestionarios de trastornos mentales 4. Investigación de servicios 5. Biología y genética 6. Políticas, programas, financiación/economía 7. Intervenciones psicosociales/intervenciones psicoterapéuticas 8. Intervenciones farmacológicas, quirúrgicas y electroconvulsivas <p>S/N; SD = se desconoce</p>

- ✓ **Instalar en la Facultad de Medicina, en el internado anual rotatorio, la Jornada-taller obligatoria "Herramientas Básicas de Protección de la Salud Mental en Emergencias y Desastres" para todos los alumnos que cursan el último año de la carrera. Esta actividad, que se sostiene interrumpidamente desde el 2013, ha convocado a más de 6000 estudiantes.**

En una formación de grado fuertemente orientada a una praxis médica basada en la biología, "instalar" un taller que se concentra en la incorporación necesaria y determinante de "la comunicación y el manejo de las emociones como acto médico" y que esta capacitación sea valorada y reconocida como imprescindible por los alumnos ha representado un hito. Recordemos la relevancia presentada en el apartado de cuáles son los factores de riesgo de las ENT causantes del mayor porcentaje de muertes en las Américas. Decía nuestro gran sanitarista, el DR Ramón Carrillo: "Frente a las enfermedades que generan miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas"

- ✓ **El dictado, en colaboración con OPS, del primer curso virtual en su campus sobre la temática "Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres (2014)" para toda la Provincia de Buenos Aires.**

El curso "Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres (2014)" fue hecho a partir de un marco de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

- ✓ **El dictado articulado con la Dirección Nacional de emergencias Sanitarias del Curso Virtual "Apoyo Psicosocial como estrategia para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres" (2016), destinado a referentes de las provincias de todo el país.**

El segundo curso virtual "Apoyo Psicosocial como estrategia para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres (2016)", que incluye un módulo introductorio sobre Gestión para la reducción del riesgo de Desastres desde la perspectiva del Marco Sendai, se llevó adelante en un marco interinstitucional entre la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias y la Dirección Provincial de Emergencias Sanitarias representada por la Red PROSAMIC, bajo el auspicio y colaboración de la Organización Panamericana de la Salud en el campus virtual de OPS.

- ✓ **El seminario de expertos "Reducción del Riesgo en Emergencias y Desastres: Apoyo Psicosocial y Protección de la Salud" en el Aula Magna de la Facultad de Medicina donde concurrieron más de 700 personas de diferentes disciplinas, roles y funciones.**

En el aula magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires -durante la celebración de los diez años de la creación de la Red PROSAMIC, cuya convocatoria superó a más de 700 personas de diversas pertenencias y disciplinas-, se llevó a cabo el Seminario "Reducción del Riesgo en Emergencias y Desastres: Apoyo Psicosocial y Protección de la Salud. Diálogo entre expertos", que marcó un hito significativo de la Red. Este seminario permitió un encuentro de los máximos referentes con una explícita incorporación del paradigma de la Gestión del Riesgo de Desastres (Sendai 2015).

- ✓ **La incorporación efectiva del cuidado de la salud mental y la dimensión psicosocial en todas las capacitaciones del SAME (Sistema de atención médica de Emergencia) de la Provincia de Buenos Aires**

Referencia a links de prensa del Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires, donde se informa sobre la incorporación efectiva de la Red:

https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/el_same_provincia_lleg%C3%B3_s_an_cayetano_y_ya_son_64_los_municipios_adheridos

https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/la_red_prosamic_capacit%C3%B3_los_equipos_de_primera_respuesta_en_emergencias_en

✓ **Incorporación en las Capacitaciones en Gestión de Conflictos – Proyecto de Fortalecimiento de las Guardias Hospitalarias:**

Capacitaron a 2.000 trabajadores para prevenir violencia hospitalaria - 31 Agosto, 2017. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/capacitaron-a-2-000-trabajadores-para-prevenir-violencia-hospitalaria/>

Talleres sobre violencia externa para personal de guardias hospitalarias. 9 Marzo, 2018. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/talleres-sobre-violencia-externa-para-personal-de-guardias-hospitalarias/>

✓ **La concientización de la necesidad del cuidado de la salud mental de los integrantes de los equipos de respuesta.**

Una de las principales acciones emprendidas por el equipo de la Red PROSAMIC ha sido el cuidado de la Salud mental de los integrantes de equipos de respuesta y de todos aquellos que por sus roles o funciones estén expuestos a trabajar con personas en condiciones críticas o de sufrimiento humano extremo.

2-Consideraciones a partir de la experiencia.

Quizás no sea la terminología más apropiada para un documento de tesis, pero me atrevo a pensar este apartado como: "algunas claves para el éxito", pensando en que puede ser leído por gestores de salud que quieran llevar adelante un plan similar.

Recomendaciones y sugerencias a partir de la experiencia acumulada durante estos años a la hora de planificar la implementación de un plan para la protección de la salud mental en situaciones de Emergencias y desastres:

-Es fundamental promover una gestión participativa que lleve una conducción clara, pero a su vez atenta y abierta a los aportes y señales, tanto del equipo como de los intervenidos o capacitados. Estar siempre dispuestos, de ser necesario a cambiar el rumbo sin obstinaciones, tolerando las incertidumbres de laborar en contextos donde "el orden de lo impensable se hace realidad".

-Darle una continuidad a la gestión y la conducción con una dedicación casi exclusiva. En esta dimensión del cuidado de la salud más que en ninguna otra "hay que estar disponible a la escucha y a la acción". Esto requiere de un trabajo personal de cada integrante del

equipo pero muy especialmente de quien porte el rol de gestor o coordinador. Esa presencia debe expresarse claramente frente a las demandas en un "Vamos a intervenir" y no en un "Vayan".

-Es imprescindible contar con sistemas de soporte o "apoyo psicosocial" interno, no sólo reuniones presenciales, sino espacios de "intercambio permanente", permanente no es una metáfora. Quienes trabajamos en Emergencias y Desastres sabemos que, al decir de Camus, "guerras y desastres" siempre nos encuentran desprevenidos. De ninguna manera significa no tener tiempos de descanso, de hecho hay que planificarlos, sino a la necesidad de contar con sistemas de comunicación entre los integrantes del equipo fluido, a eso hace referencia el concepto de "intercambio permanente" para decir por whatsapp un "buen día", "hasta mañana", "hoy tengo turno con el oftalmólogo", "se recibió mi hija"... Sentirse y saberse acompañado, como integrante de un verdadero equipo o colectivo de trabajo requiere de una comunicación cotidiana, se trata de tejer y estrechar lazos. Tal como se adelantó en este apartado es imprescindible recuperar la voz de los informantes clave:

Informante clave N°5:

A lo largo de estos 12 años el equipo pasó por diferentes momentos y conformaciones, pero creo que el mayor aporte fue la paulatina construcción colectiva de una identidad muy fuerte, que trasciende lo estrictamente laboral, como "integrante del PROSAMIC". Esta identidad o sentimiento fuerte de pertenencia se sustenta en la construcción de un verdadero trabajo en equipo, que actúa como factor protector de nuestra propia salud mental y que, considero, influye directa y positivamente en nuestras prácticas. A su vez, creo que este trabajo en equipo y la modalidad de coordinación ha influido decisivamente en la continuidad y crecimiento del PROSAMIC a lo largo de los años, atravesando diversas gestiones y contingencias sin perder de vista sus objetivos y lineamientos de trabajo. No puedo separar demasiado lo colectivo de lo personal, pienso que el PROSAMIC fue, desde sus inicios, un proyecto colectivo y su mayor fortaleza es esa. Por eso, me brindó en lo personal una formación integral y a la vez específica, un campo para desarrollarme profesionalmente, una experiencia muy rica, una identidad en tanto "integrante de", un espacio de encuentro y de trabajo con mis compañerxs y, por qué no, una posibilidad de continuidad laboral y profesional en una temática que me convoca y me interesa a lo largo de 12 años".

-La conformación de una Red requiere un entramado interno, para poderlo reproducir como modelo. No es cuestión de decir "hagan lo que yo digo, pero no lo que yo hago".

Recuperamos el testimonio del Director entrevistado N°2:

El modelo organizacional de redes, se desarrolla como modelo no-jerárquico sino vinculante y contractual, que funciona conservando la autonomía de los que la integran, generando vínculos solidarios entre los que la componen" (OPS, 1998). Tampoco debe interpretarse al modelo de red como una telaraña, sino como formas de articulación multicéntricas de diferentes nodos entre sí donde cada uno conserva su propia identidad. O sea que al articular heterogeneidades nadie pierde su identidad, pero se entrelaza para complementarse y obtener productos que difieren de la suma de sus individualidades (Rovere, 2000). Pero si está internalizada la lógica de funcionamiento en red, permite tener respuestas flexibles, adaptables y más rápidas frente a la nueva demanda de la gente. Esta lógica de redes, no solo sirve para vincularse hacia afuera, sino que establece mayores alternativas de vínculo intra-institucional (red interna). A partir de que la gente o la institución funcionan en red, se produce un vínculo solidario, que es una de las bases que sostienen a la lógica de red. Creando un principio físico donde nada que ocurra en un nodo le es ajeno a otro nodo que la integra y que es solidario con el primero. O sea que se puede deducir que una red es una unidad de vínculos donde la unidad básica es la interpersonal.

El testimonio de la entrevistada N°6 de las integrantes de la Red:

Respetar las diferencias, la potencialidad y la dificultad del trabajo en equipo, la flexibilidad, la creatividad, la tolerancia a la incertidumbre. La pertenencia al equipo de la Red me permitió pensarme en relación a un equipo de trabajo, en su construcción, en sus tensiones, en su evolución, en sus duelos, esta "actitud de equipo" fue y es una experiencia clave para poder llevar adelante la tarea. Implica revisar prejuicios, abrirse a la experiencia de una tarea colectiva, deponiendo actitudes de autocentramiento narcisístico en la apuesta de co-construir un espacio colectivo.

El testimonio de la entrevistada N°1:

Siento por primera vez en toda mi carrera que estoy trabajando en equipo, realmente. Formar parte de un equipo de profesionales con mucho compromiso y altamente

capacitado y experimentado, con una posición ética que comparto y del que aprendo todos los días.

-Se requiere constancia, y una apuesta fuerte, los cambios no llegan rápidamente, habitualmente lo que llega rápidamente son las críticas, el descreimiento o el desánimo y quien conduce debe estar alertado de esto para no sucumbir a mitad de camino. No siempre cada paso tiene el resultado esperado y son muchas las veces que se trabaja intensamente en algún aspecto o línea de acción y luego hay que desestimarla, o porque no se cuenta con financiamiento, como por ejemplo ocurrió con un proyecto de asistencia telefónica gratuita, en el que se dedicaron semanas al armado del protocolo de atención y nunca se pudo poner en práctica, o bien porque no todos los actores del nivel central tienen similar compromiso con la tarea.

Luego de infinidad de viajes a La Plata, de agotadoras reuniones con equipos técnicos, se armó una base de datos para que se pudiera cargar desde cualquier lugar como registro de las intervenciones. Cuando esto estaba pronto a largarse, luego de haber cargado una enorme cantidad de información de intervenciones seguimientos y capacitaciones, cambiaron el sistema informático del Ministerio, se perdieron los datos cargados y jamás se pudo lograr que funcione. Afortunadamente, se tenían en formato papel esos datos, pero el tiempo invertido en aquel proyecto no concretado fue frustrante. Recuerdo que se llegó a llamar "nuestro karma" a aquel sistema de registros. De hecho, la base de datos actual se encuentra en un Drive compartido por los integrantes del equipo de la Red. Que aunque resulte un "sistema casero" es eficaz a sus fines.

-Podrá avizorar el lector que No todas han sido rosas en el proceso de desarrollo e implementación. Respecto al financiamiento, aunque parezca "increíble" a quien ha seguido la lectura de este trabajo paso a paso, *El equipo de la Red NO cuenta con financiamiento propio*. TODOS los cargos son de las plantas funcionales de diversos hospitales, esto no resulta extraño, más bien confirma lo dicho respecto de que tenemos un SISTEMA DE SALUD POLARAZIDO EN LO ASISTENCIAL. El equipo se constituyó inicialmente con becarios. Al momento de lograr su pase a planta, sólo se dispuso de cargos afectados a "los planteles hospitalarios". Se mantuvieron largas conversaciones y hasta discusiones para convencer a los directores de hospitales, que los cargos que desde el nivel central se les otorgaban eran para ser afectados a un programa que dependía de

la dirección Provincial de Emergencias. Hasta la función como Responsable de la creación e implementación de la Red, tal como puede leerse en la disposición de su creación, fue dedicando horas de un cargo de la planta funcional del Hospital en el cual cumpliera funciones desde 1984. Es por eso que, tal como figura en los agradecimientos, sin la confianza y el apoyo Incondicional de la Jefa de Sala a cargo del Servicio de salud Mental y del Director del H.I.G.A. C.M.DR.D. Paroissien, este proyecto no hubiera sido posible. Como en tantas otras oportunidades, acciones clave en el ámbito de la salud pública dependieron de vínculos o relaciones personales construidas y sostenidas en el tiempo.

-Las limitaciones del sistema burocrático-administrativo son tan importantes que a la fecha de cierre de este documento, queda un día de guardia sin un profesional titular a cargo, que es cubierto "solidariamente" por todas las integrantes del equipo.

-Debieron transcurrir más de diez años de trabajo sostenido por la Red para que recién en los últimos dos años se contara con disponibilidad de móviles oficiales para los traslados, hubo situaciones donde debieron abortarse intervenciones por falta de traslado para los integrantes del equipo al lugar de la ocurrencia de la Emergencia.

-Si bien no tener una estructura funcional permitió un movimiento casi autárquico durante años las reuniones del equipo de la Red se llevaron a cabo los días viernes, en lo que se llamó "la sede capital", una confitería sita en C.A.B.A. significó que absolutamente todas las tareas administrativas quedaran a cargo de los integrantes del equipo, y fueran realizadas en los horarios más diversos, frecuentemente los fines de semana. Las reuniones comenzaban con el desayuno y terminaban con el almuerzo avanzada la tarde. Este punto fortaleció la cohesión del equipo, pero resulta un obstáculo a la hora de ponerse límites. Los integrantes del equipo de la Red no son una excepción dentro de los equipos de emergencia, no es infrecuente "quedar tomados" en horarios en los que se debería estar descansando, o tener reuniones de trabajo los domingos por la tarde/noche.

Conclusiones:

A través de todo lo descrito en este documento, desde su marco teórico, descripción de la red, acciones globales, indicadores y entrevistas, se puede concluir que:

-Para poder cumplir con el segundo y tercer objetivo del Marco de Hyogo "El desarrollo y fortalecimiento de las instituciones, mecanismos y capacidades para aumentar la resiliencia ante las amenazas; y "La incorporación sistemática de los enfoques de la reducción del riesgo en la implementación de programas de preparación, atención y recuperación de emergencias (UNISDR, 2005)" **se requiere necesariamente trabajar con la dimensión del cuidado de la salud mental de la población.**

- Es evidente la necesidad de incluir la protección de la salud mental y el desarrollo del apoyo psicosocial para el desarrollo de la Resiliencia en las personas y comunidades si por "resiliencia" se entiende la "capacidad de un sistema, comunidad o sociedad potencialmente expuesto a amenazas para adaptarse, resistiendo o cambiando, con el fin de alcanzar o mantener un nivel aceptable en su funcionamiento y estructura. Más aún si viene determinada por el grado en que el sistema social es capaz de organizarse para incrementar su capacidad de aprender de desastres pasados a fin de protegerse mejor en el futuro y mejorar las medidas de reducción de los riesgos" (UNISDR, 2005). De hecho explícitamente los marcos de referencia expresan: "Para reducir los riesgos subyacentes se planteó "la necesidad de fortalecer los mecanismos de las redes de protección social para ayudar a los pobres, los ancianos y los discapacitados. Mejorar los planes de recuperación con la introducción de programas de formación psicosocial a fin de mitigar los daños psicológicos sufridos por las poblaciones vulnerables" (UNISDR, 2005).

-Según los principios rectores del marco, "La reducción del riesgo de desastres requiere la implicación y colaboración de toda la sociedad. Requiere también empoderamiento y una participación inclusiva, accesible y no discriminatoria, prestando especial atención a las personas afectadas desproporcionadamente por los desastres, en particular las más pobres... En este contexto, debería prestarse especial atención a la mejora del trabajo voluntario organizado de los ciudadanos" considerando la prioridad de "Reforzar los planes de recuperación para prestar servicios de apoyo psicosocial y salud mental a todas las personas necesitadas". El Plan de la Red PROSAMIC cumple con los principios de la salud mental comunitaria y los lineamientos internacionales para la protección de la salud mental y el apoyo psicosocial en emergencias y desastres.

-Es necesario tener presente que en la fase de recuperación, rehabilitación y reconstrucción después de los desastres, es fundamental prevenir nuevos desastres y reducir el riesgo de desastres mediante el principio de “reconstruir mejor” e incrementar la educación y la sensibilización públicas sobre el riesgo de desastres (UNISDR, 2015).

-En las instancias internacionales desde los marcos de Hyogo-Sendai y otros organismos se ha puesto el énfasis en el carácter preventivo que deben tener las políticas públicas respecto al tratamiento de las emergencias y desastres. Es en este sentido, que el Plan de la Red PROSAMIC se propuso funcionar como una articulación de los planteamientos descritos up supra, con el fin de concebir una respuesta de política pública y de acción programática que represente la integración de los principios de gestión para la reducción del riesgo de desastres con los lineamientos de salud mental comunitaria y las recomendaciones para la salud mental en emergencias y desastres. Pero a la luz de la articulación lograda y de las características de los resultados obtenidos, desarrollados en este documento, podemos afirmar que:

“La implementación de un plan para la protección de la salud mental y el apoyo psicosocial en emergencias y desastres ES en sí mismo la integración entre los principios y lineamientos del paradigma de la gestión para la reducción del riesgo de desastres y los principios de la salud mental comunitaria.”

Lecciones aprendidas:

-Para poder cumplir con el segundo y tercer objetivo del Marco de Hyogo “El desarrollo y fortalecimiento de las instituciones, mecanismos y capacidades para aumentar la resiliencia ante las amenazas; y “La incorporación sistemática de los enfoques de la reducción del riesgo en la implementación de programas de preparación, atención y recuperación de emergencias (UNISDR, 2005)” **se requiere necesariamente trabajar con la dimensión del cuidado de la salud mental de la población.**

En la fase de recuperación, rehabilitación y reconstrucción después de los desastres, es fundamental prevenir nuevos desastres y reducir el riesgo de desastres mediante el

principio de "reconstruir mejor". Es necesario incorporar el cuidado de la salud mental como estrategia para incrementar la educación y la sensibilización públicas sobre el riesgo de desastres. Para la construcción de resiliencia promoviendo el desarrollo de la capacidad de las personas y comunidades de recuperar y sostener su funcionalidad y estructura se requiere la inclusión efectiva de la protección de la salud mental y el apoyo psicosocial.

La implementación de un plan para la protección de la salud mental y el apoyo psicosocial en emergencias y desastres incorpora en su propia esencia la integración entre los principios y lineamientos del paradigma de la gestión para la reducción del riesgo de desastres y los principios de la salud mental comunitaria.

Resultan imprescindibles para la incorporación efectiva de los conocimientos y capacidades para el cuidado de la salud mental en situaciones críticas, emergencias y desastres, las prácticas de "simulacros" como parte de las capacitaciones.

Una respuesta eficiente y eficaz, en las situaciones de Emergencias o Desastres requiere de equipos que funcionen en las mejores condiciones de salud. Se debe incluir el cuidado de la salud mental de los integrantes de intervención como una dimensión indispensable de los planes de salud.

Profundizar el análisis para la incorporación en los protocolos del "rol o función de mediador" que como claramente se ve en este documento, ejerció el equipo de la Red PROSAMIC, y fue valorado en todas las instancias de los entrevistados clave.

Bibliografía

- Abella, S. y Amaral N. (2011), *Modalidad de abordaje y atención en salud mental*, UBA, Ponencia presentada en las Jornadas de Salud y población.
- Bentolila, S. (2005), *Dispositivos de intervención de Salud Mental en Emergencias y Catástrofes*, Buenos Aires, Departamento de Imprenta Técnica, Programación Gráfica y Talleres del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Bisson et al (2000), *Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma*, Londres, Br J Psychiatry.
- Bogdan, R. C. y Biklen, S. K. (1982), *Qualitative Research for Education: an introduction to theory and methods*. London, Allyn and Bacon.
- Castillo, D. (2002), *El trabajo en redes en el sector salud*, México D.F., Medula.
- Cohen, A. y Sweetland, A. (2009), "Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa", en Rodríguez, J. (ed.), *Salud mental en la comunidad*, Washington, OPS.
- Desviat, M. (2012) "Principios y objetivos de la salud mental comunitaria", en Desviat, M. y Moreno, A. (eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- EIRD (2005), *Marco de Acción de Hyogo 2005 – 2015: Aumento de la resiliencia en las naciones y comunidades ante los desastres*, Hyogo, Naciones Unidas.
- ESFERA (2011), *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*, Reino Unido, Practical Action Publishing.
- Fleischmann, A. y Saraceno, B. (2009), "La salud mental desde una perspectiva mundial", en Rodríguez, J. (ed.), *Salud mental en la comunidad*, Washington, OPS.
- Funk, M. et al (2009), "Organización de los modelos de salud mental. El modelo comunitario de salud mental", en Rodríguez, J. (ed.), *Salud mental en la comunidad*, Washington, OPS.
- Gofin, J. y Levav, I. (2009), "Del examen preliminar al diagnóstico comunitario de salud mental" en Rodríguez, J. (ed.9), *Salud mental en la comunidad*, Washington, OPS.

- Gutiérrez, L. y Vera, N. (2000), "El papel psicológico en los desastres", en *Conferencia virtual sobre teoría y práctica en situaciones de riesgos catastróficos*, Madrid, Centro Europeo de Investigación Social de Situaciones de Emergencia.
- IESM OMS (2009), *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental, Versión 2.1*, Ginebra.
- IASC (2007), *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, Ginebra, Comité Permanente entre Organismos.
- Mcdonald, B. y Walker, R. (1975), "Case Study and the Social Philosophy of Educational Research", Cambridge, Cambridge Journal of Education.
- Moreira, V. "Significados Posibles de la Depresión en el Mundo Contemporáneo: Una Lectura Fenomenológica Mundana", *Psykhé*, Vol.16, Nº 2, 129-137.
- OMS (2014), *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*, Washington, UNODC.
- OMS (2005), *Políticas, planes y programas de salud mental*, Ginebra, EDIMSA.
- OMS (2018), *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*, Washington, Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS (2007), *The optimal mix of services*, Ginebra, OMS.
- OPS (2016), *Plan de Acción para la Reducción Del Riesgo De Desastres 2016-2021*, Washington, Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-17-s.pdf>
- OPS (2002), *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*, Washington, OPS.
- Pastor, V.y San Martín, H. (2013),*Salud comunitaria. Teoría y práctica*, Madrid, Díaz de Santos.
- Rodríguez, J. (2009), "Introducción", en Rodríguez, J. (ed.), *Salud mental en la comunidad*, Washington, OPS.

Stake J. (1985), *Case Study Generalisation: an Agenda for Action*, London, Kogan Page.

UNISDR (2015), *Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030*, Sendai, Naciones Unidas.

WHO AIMS (2005), *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental*, Ginebra.

Yin R. (1984), *Case Study Research. Design and Methods*, London, Sage Publications.

Anexos

Anexos 1: Trípticos de psicoeducación a la población

- Estar atentos sobre el probable deseo de hacer cosas arriesgadas.
- Discutir con ellos las dificultades que se pueden presentar en las relaciones con la familia, compañeros y amigos.
- Fomentar que busquen apoyo y comprensión de sus compañeros y amistades.
- Hacer que hablen de sus posibles planes de venganza.
- Pedirles que no hagan cambios drásticos en su vida, es conveniente que las decisiones importantes se tomen en periodos de estabilidad emocional.

Riesgo de autolesión o suicidio

Frente a la presencia de pensamientos, planes o actos de autolesión o muerte, se indica a familiares y amigos:

- No dejar sola a la persona.
- Acompañarla con calma desde la escucha y el afecto, sin emitir juicios de valor.
- Alejar elementos que puedan ser medios de autogestión (medicación, cuchillos, armas, etc.).
- Realizar de inmediato la consulta a un especialista.

¿Cuándo buscar ayuda profesional?

- Cuando se manifiesta un cambio importante en el modo de actuar en relación con su forma de ser anterior al incidente.
- Cuando el malestar o el estrés continuo no le permiten realizar tareas habituales.
- Cuando se detecte usos de drogas, alcohol u otras conductas de riesgo.
- Cuando no duerme por las pesadillas, ni deja de pensar permanentemente en lo ocurrido.
- Cuando ha perdido la capacidad de disfrutar.
- Cuando a pesar de estar en un lugar seguro tiene reacciones severas, retraimiento social extremo o negación absoluta de lo ocurrido.

Consultas e Información
prosamic@ms.gba.gov.ar

Red PROSAMIC

Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico

RECOMENDACIONES ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS ADOLESCENTES

Es frecuente que ante situaciones extremas, en las que sentimos amenazada nuestra vida o la de nuestros seres queridos, experimentemos reacciones que alteran nuestra forma de ser habitual.

Sólo algunas personas sufrirán problemas más serios o duraderos, la mayoría tendrá *respuestas normales a una situación anormal*. Hay cosas que nos pueden ayudar a recuperar el control sobre nuestras vidas.

Dirección de
Emergencias Sanitarias

Subsecretaría de
Coordinación y Atención de la Salud

BA
BUENOS AIRES PROVINCIA

Ministerio de Salud

Reacciones esperables

- Culpa por haber sobrevivido.
- Desinterés por la vida, falta de proyectos, desgano, tristeza.
- Sentimientos de miedo, irritabilidad, agresividad, violencia, ansiedad.
- Hiperreactividad y/o hipersensibilidad a los ruidos.
- Dificultad de atención y concentración, disminución en el rendimiento escolar y laboral.
- Alteraciones del sueño.
- Falta de apetito.
- Sentimientos de indefensión: “cualquier cosa me puede pasar” (impotencia); o de negación de lo sucedido: “nada me puede pasar” (omnipotencia).
- Comportamientos diferentes a los habituales. Puede aparecer el uso de alcohol y/o drogas, conductas de riesgo.
- Conductas autodestructivas. Tendencia a tener o provocar accidentes.
- Cambios repentinos en sus relaciones con las personas, aislamiento y retraimiento.
- Deseos y planes de venganza.
- Necesidad de asumir responsabilidades de la edad adulta.

Recomendaciones

- Buscar compañía y con quién hablar, compartir sentimientos y pensamientos con otros.
- Escuchar y ayudar a tus compañeros.
- Permitir expresar los sentimientos.
- Realizar actividad física suave y regularmente.
- Organizar el tiempo e intentar mantener la rutina cotidiana.
- No evadir el dolor o sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.
- Hacer cosas que te hagan sentir bien, útil y solidario.
- Tomar pequeñas decisiones cotidianas.
- Descansar lo suficiente.
- En lo posible mantener una alimentación saludable y organizada.
- Los sueños y pensamientos recurrentes acerca de lo vivido son normales.
- Intentar no hacer cambios bruscos y postergar las decisiones importantes.

Recomendaciones para los familiares y amigos

- Escuchar detenidamente y acompañarlos. Brindar información suficiente.

- Promover ayuda y solidaridad, así como fortalecer vínculos.
- Estimularlos a participar en las tareas de la vida cotidiana.
- Comprender y aceptar el enojo y otros sentimientos de los afectados.
- Alentarlos a compartir sus experiencias y lo vivido con los pares.
- Intente no minimizar lo ocurrido como forma de consuelo, por ejemplo decir “les podría haber ido peor”, “la sacaste barata”. Lejos de brindar alivio, genera sentimientos de incomprensión y/o sentimientos de culpa.
- Evitar la exposición a repeticiones del evento en noticieros o programas especialmente dedicados al Incidente.

Algunas recomendaciones específicas para padres y docentes de adolescentes

- Promover grupos de jóvenes para discutir sobre el evento y los sentimientos alrededor de éste. Hablar de manera realista acerca de lo que se pudo y no se pudo hacer.
- Ayudar a entender el significado normal de sus sentimientos y cómo expresarlos.
- Ayudar a entender que muchas conductas pueden ser un intento de evitar los sentimientos relacionados con el evento.

Riesgo de autolesión o suicidio

Frente a la presencia de pensamientos, planes o actos de autolesión o muerte, se indica a familiares y amigos:

- No dejar sola a la persona.
- Acompañarla con calma desde la escucha y el afecto, sin emitir juicios de valor.
- Alejar elementos que puedan ser medios de autogestión (medicación, cuchillos, armas, etc.).
- Realizar de inmediato la consulta a un especialista.

¿Cuándo buscar ayuda profesional?

- Cuando se manifiesta un cambio importante en el modo de actuar en relación con su forma de ser anterior al incidente.
- Cuando el malestar o el estrés continuo no le permiten realizar tareas habituales.
- Cuando se detecte usos de drogas, alcohol u otras conductas de riesgo.
- Cuando no duerme por las pesadillas, ni deja de pensar permanentemente en lo ocurrido.
- Cuando ha perdido la capacidad de disfrutar.
- Cuando a pesar de estar en un lugar seguro tiene reacciones severas, retraimiento social extremo o negación absoluta de lo ocurrido.

Consultas e Información
prosamic@ms.gba.gov.ar

Red PROSAMIC

Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico

RECOMENDACIONES ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS

ADULTOS

Es frecuente que ante situaciones extremas, en las que sentimos amenazada nuestra vida o la de nuestros seres queridos, experimentemos reacciones que alteran nuestra forma de ser habitual.

Sólo algunas personas sufrirán problemas más serios o duraderos, la mayoría tendrá *respuestas normales a una situación anormal*. Hay cosas que nos pueden ayudar a recuperar el control sobre nuestras vidas.

Dirección de

**Emergencias
Sanitarias**

Subsecretaría de

**Coordinación y
Atención de la Salud**

BA
BUENOS AIRES PROMICIA

Ministerio de Salud

Reacciones esperables

- Aumento del consumo de alcohol y/o drogas.
- Dificultades laborales y discusiones familiares.
- Malestares físicos: dolores de cabeza, de pecho, náuseas, vómitos, temblores, dificultad para respirar, aumento de la presión arterial (descartar siempre las causas orgánicas).
- Recuerdos intrusivos (repetidos involuntariamente) de lo vivido durante el día o en forma de pesadillas.
- Sentimientos de: culpa, miedo, impotencia, inseguridad, tristeza, llanto fácil, frustración, enojo, ira, cansancio, desgano, desinterés, falta de voluntad.
- Dificultad para: dormir, concentrarse en sus actividades habituales.
- Pérdida o aumento del apetito.
- Irritabilidad, hipersensibilidad a los ruidos.
- Nerviosismo, ansiedad, preocupación, confusión y desorientación.

Recomendaciones

- Buscar compañía con quien hablar, es más fácil atravesar estos momentos cuando las personas se ayudan mutuamente.

- Escuchar y ayudar a sus compañeros en la organización de los asentamientos, albergues y refugios.
- Permitirse sentirse mal, deprimido o indiferente, para elaborar lo vivido con el paso del tiempo no es conveniente esconder o reprimir los sentimientos.
- Realizar ejercicios físicos suaves, combinando con relajación, alimentándose lo más sanamente posible.
- Organizar el tiempo y mantenerse ocupado, regresando lo antes posible a las rutinas diarias.
- No escapar al dolor o al sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.
- Realizar actividades que lo hagan sentir bien, útil y solidario. Participar en actividades del albergue, refugio o asentamiento.
- Tomar pequeñas decisiones cotidianas, proponerse objetivos pequeños, tomar de una cosa a la vez.
- Descansar y asegurarse de dormir lo suficiente.
- Conectarse con los afectos, familiares, amigos, vecinos, mascota.
- No dudar en pedir ayuda a los allegados, muchas veces ellos no saben cómo comportarse y esperan una señal de su parte.
- Saber que los sueños y pensamientos repetidos acerca del evento traumático son normales y deben ser compartidos.
- Ver y oír las noticias, especialmente por televisión, no sólo no colabora con el proceso normal de adaptación sino que puede dificultarlo: evitar la exposición a esta programación.

- Retrasar decisiones importantes. Cuando se está muy tenso o deprimido no es el mejor momento para tomarlas

Recomendaciones para familiares y amigos

- Escuchar detenidamente y acompañar al adulto.
- Entender que las manifestaciones no son consecuencia de la falta de voluntad para enfrentar los problemas, sino que la situación por la que ha atravesado puede causar estas conductas y emociones.
- Brindar ayuda y solidaridad para fortalecer vínculos entre familiares y amigos.
- Brindar información suficiente sobre lo acontecido.
- Comprender y aceptar el enojo y otras emociones.
- Estimular la participación en las tareas de la vida cotidiana.
- Intente no minimizar lo ocurrido como forma de consuelo, por ejemplo decir "les podría haber ido peor", "la sacaste barata". Lejos de brindar alivio, genera sentimientos de incompreensión y/o sentimientos de culpa.

¿Cuándo buscar ayuda profesional?

- Cuando se manifiesta un cambio importante en el modo de actuar en relación con su forma de ser anterior al incidente.
- Cuando el malestar o el estrés continuo no le permiten realizar tareas habituales.
- Cuando se detecte usos de drogas, alcohol u otras conductas de riesgo.
- Cuando no duerme por las pesadillas, ni deja de pensar permanentemente en lo ocurrido.
- Cuando ha perdido la capacidad de disfrutar.
- Cuando a pesar de estar en un lugar seguro tiene reacciones severas, retraimiento social extremo o negación absoluta de lo ocurrido.

Red PROSAMIC

Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico

RECOMENDACIONES ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS

EQUIPOS INTERVINIENTES

Es frecuente que ante situaciones extremas, en las que sentimos amenazada nuestra vida o la de nuestros seres queridos, experimentemos reacciones que alteran nuestra forma de ser habitual.

Sólo algunas personas sufrirán problemas más serios o duraderos, la mayoría tendrá *respuestas normales a una situación anormal*. Hay cosas que nos pueden ayudar a recuperar el control sobre nuestras vidas.

Consultas e Información
prosamic@ms.gba.gov.ar

Dirección de
**Emergencias
Sanitarias**

Subsecretaría de
**Coordinación y
Atención de la Salud**

BA
BUENOS AIRES PROVINCIA

Ministerio de Salud

Reacciones esperables

Los integrantes de los equipos de intervención pueden experimentar durante o posteriormente a la emergencia algunas dificultades que en principio requerirán sólo del apoyo y acompañamiento familiar, social y del equipo como por ejemplo:

- Cambios bruscos del humor y/o tristeza.
- Sentimientos de inquietud, irritabilidad, enojo aislamiento y/o distancia emocional.
- Desilusión y aburrimiento en el trabajo cotidiano.
- Dificultad para concentrarse, dormir y/o descansar, reintegrarse a su hogar y eventualmente presentar conflictos con miembros de la familia.
- Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros.

Recomendaciones

Durante la emergencia

- Comer y beber agua frecuentemente en pequeñas cantidades, tomar descansos cuando disminuye la fuerza, coordinación o tolerancia.
- Mantener, en la medida de lo posible, contacto con familiares y amigos.

Al finalizar la intervención

- Organizar una reunión de descarga entre los compañeros del equipo.
- Escuchar respetuosamente brindando apoyo mutuo
- Reconocer el enojo de algunos compañeros no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación.
- Estimular las manifestaciones de apoyo, solidaridad, reconocimiento y aprecio mutuo.

En el retorno a la vida cotidiana

- Practicar ejercicios físicos (caminar), de relajación y respiración.
- Retomar las tareas habituales lo antes posible.
- Descansar y dormir lo suficiente.
- Alimentarse de forma sana y regular.
- No tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol o drogas.
- Buscar compañía y hablar con otras personas, compartir sentimientos y pensamientos.
- Conversar con los seres queridos de lo que ellos vivieron mientras estuvo ausente.
- Participar en actividades familiares y sociales. Ocuparse y atender a su familia.
- Observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos, reflexionando sobre la experiencia vivida y lo que significa como parte de la vida.

- Buscar contacto con la naturaleza y las mascotas.

Algunos amortiguadores del agotamiento

- La capacitación constante protege de la tensión física y emocional.
- Aumentar las estrategias de adaptación y manejo del estrés.
- Tener perspectivas realistas de los límites de la función y conciencia sobre las fantasías de omnipotencia.
- Controlar la identificación excesiva con los damnificados o víctimas primarias.
- Lograr confianza y apertura para usar los sistemas de apoyo y pedidos de ayuda.

Riesgo de autolesión o suicidio

Frente a la presencia de pensamientos, planes o actos de autolesión o muerte, se indica a familiares y amigos:

- No dejar sola a la persona.
- Acompañarla con calma desde la escucha y el afecto, sin emitir juicios de valor.
- Alejar elementos que puedan ser medios de autogestión (medicación, cuchillos, armas, etc.).
- Realizar de inmediato la consulta a un especialista.

- Tratando de dar sentido y entender lo sucedido, pueden hasta culparse a sí mismos. Ayudar a desarrollar una comprensión realista del acontecimiento. Los sentimientos de culpa serán muy negativos al momento de elaborar la situación.

- Estimular actividades que les permitan experimentar dominio y constitución de la autoestima, es importante que sientan que las cosas vuelven a estar "bajo control".

- Además de ayudar a aquellos que están claramente enojados o deprimidos, estar atento a los que están retraídos y aislados de otros, y a los que dicen que a ellos no les pasó nada y que todo está bien.

- Proteger de una reexposición a recuerdos del trauma y situaciones atemorizantes, especialmente a los medios de comunicación.

- Es fundamental mantener comunicación y contacto con otros docentes, personal de la escuela y padres. El trabajo en red es la mejor estrategia.

- Estar atento a sus propias reacciones hacia el hecho acontecido. Si usted se siente abrumado por la emoción, es importante buscar soporte de otros docentes y otro personal.

¿Cuándo consultar a un profesional?

- Cuando ha transcurrido alrededor de un mes del acontecimiento y el niño/a mantiene o agrava comportamientos y reacciones que no eran habituales en su forma de ser. (miedos, pesadillas, irritabilidad, pérdida de pautas madurativas, etc.)

- Cuando el malestar es tan intenso que no le permite realizar sus actividades y tareas cotidianas.

- Cuando presenta dificultades para jugar, relacionarse con amigos o familiares, disfrutar de actividades que antes le gustaban, falta de interés o hasta ideas de muerte.

- Cuando a pesar de estar en un lugar seguro tiene reacciones severas, retraimiento social extremo o negación absoluta de lo ocurrido.

- Cuando aparecen conductas de riesgo como autoagredirse, negarse a comer o dormir varios días, exponerse a accidentes y lesiones, consumir alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Frente a cualquiera de estas manifestaciones está indicado consultar de inmediato a un especialista en Salud Mental.

Red PROSAMIC

Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico

RECOMENDACIONES ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS

NIÑOS Y NIÑAS

Es frecuente que ante situaciones extremas, en las que sentimos amenazada nuestra vida o la de nuestros seres queridos, experimentemos reacciones que alteran nuestra forma de ser habitual.

Sólo algunas personas sufrirán problemas más serios o duraderos, la mayoría tendrá *respuestas normales a una situación anormal*. Hay cosas que nos pueden ayudar a recuperar el control sobre nuestras vidas.

Consultas e Información

prosamic@ms.gba.gov.ar

Dirección de

**Emergencias
Sanitarias**

Subsecretaría de

**Coordinación y
Atención de la Salud**

BA
BUENOS AIRES PROVINCIA

Ministerio de Salud

Diferencias relacionadas con las etapas de desarrollo y las experiencias previas

Infantes (hasta 3 años)

- Presentan reacciones y necesidades diferentes de los chicos que pueden expresarse verbalmente.
- Pueden expresar temor, inquietud, irritabilidad, ansiedad, decaimiento general, miedo a separarse de los adultos, llanto fácil.
- Tendencia a aislarse y no querer jugar con otros chicos.

Desde Pre-escolar hasta los primeros años de primaria (3 a 8 años)

- A veces usan la fantasía y el juego para hacer frente a experiencias traumáticas.
- Pueden sentir temor e intensos sentimientos de inseguridad extrema. Ansiedad, desasosiego, agresividad, irritabilidad, tristeza, mutismo, llanto fácil.
- Pueden tener conductas de riesgo.

De 8 a 13 años

- Pueden mostrar miedo generalizado, furia, odio, enojo, retraimiento, hiperactividad, agresividad, tristeza, preocupación excesiva de que vuelva a ocurrir lo vivido.

Reacciones esperables generales

- Pueden tener cambios en el sueño y la alimentación.
- Pérdida de las pautas madurativas adquiridas como caminar, hablar, control de esfínteres.
- Disminución de la concentración y la atención y del rendimiento escolar.
- Malestares corporales.
- Pérdida del interés en las actividades que realizaban.

¿Qué pueden hacer los padres y docentes para ayudar a los niños?

Los niños *requieren cuidado y presencia de un adulto*, es importante:

- *Observar su comportamiento.*
- *Escuchar con paciencia* lo que tenga para decir acerca de sus experiencias, especialmente en el plano de la fantasía, que se refleja en dibujos o sueños. Si no desea hablar, no lo presione.
- *Validar* lo que piensa y siente: hágale saber que sus preguntas o comentarios son importantes.
- *No le mienta*, ni para consolarlo y *de una explicación real y simple.*
- *Es posible que en los primeros días haya una pérdida o retroceso en las habilidades adquiridas, como hablar, caminar o controlar esfínteres, que se recuperan en un breve periodo de tiempo.*

En la Escuela es posible:

- Después de conversar sobre lo vivido en el aula, es importante cerrar la conversación haciendo hincapié en la seguridad actual y realizando una actividad tranquilizadora (juegos, dibujos, etc).
- Reforzar ideas de seguridad y confianza. Esto puede ser necesario en respuesta a cambios, sonidos fuertes u otros acontecimientos recordatorios de la tragedia.
- Mantener el horario de las clases de modo previsible, esto transmite estabilidad a los niños.
- Es muy frecuente que para elaborar lo sucedido los niños necesiten hablar o preguntar reiteradamente sobre ello. Las técnicas dramáticas (teatralizaciones) suelen ser útiles para elaborar estas situaciones. Sin embargo, ponga límites a escenas donde se juega algo excesivo o dañino con apoyo de profesionales especializados.
- Alentar a hablar de sentimientos confusos, preocupaciones, ensueños e interrupciones de la concentración, recordando que éstas son reacciones normales ante un acontecimiento anormal, y que ya se está en un lugar seguro y a salvo.
- Usar términos directos simples para describir lo que sucedió, en lugar de otros para "suavizar" la información, lo cual confunde más a los niños. Por ejemplo, use el término "se murió", en vez de "se fue" o "está dormido".

Anexos 2: Programas de capacitación

A continuación se muestran ejemplos de los programas de capacitación de los bienios 2005-2006 y 2007-2008 para dar cuenta de sus contenidos y evolución.

Objetivos del módulo I:

- ✓ Brindar una formación general básica sobre Salud Mental en Incidente Crítico, en común para distintos referentes del sector Salud (profesionales y auxiliares), en un contexto de capacitación continua que permita mantener activa la Red asistencial.
- ✓ Diseñar, planificar y coordinar acciones de la red de respuesta sanitaria de Salud Mental en Situaciones de Catástrofe de las distintas Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.
- ✓ Desarrollar programas de formación de este personal con una visión comunitaria, ya que un riesgo frecuente es que los servicios especializados se trasladan al nivel comunitario de forma vertical, sin relación alguna con la red de APS y es necesario remarcar la necesidad de la integración horizontal.
- ✓ Entrenar instructores-facilitadores que se constituyan en multiplicadores en cascada, en su ámbito de trabajo, con la colaboración y la supervisión del equipo de la Red.
- ✓ Desarrollar experiencias de aprendizaje en terreno, con la modalidad de "simulacros" para aplicar las herramientas adquiridas.
- ✓ Crear conciencia acerca del cuidado de la Salud Mental de los equipos intervinientes y aportar herramientas para su protección.

Metodología:

Dictado de clases, con modalidad de disertación teórica – talleres de producción e intercambio de conocimientos

Espacios de diseño y planificación de la Red de respuesta sanitaria en Salud Mental

Simulacro de atención de Víctimas y Familiares

Ejercicios de Management del Estrés para las víctimas primarias y los equipos de intervención

Evaluación teórico-práctica con trabajo individual integrador de las 3 unidades

Contenidos del Módulo I:

Unidad 1:

Aspectos generales e introductorios.

Desastres, Catástrofes, Emergencias y Accidentes

Los desastres naturales y otras emergencias complejas. Sus efectos sociales, y en la salud

Etapas de una emergencia. Su descripción.

Tiempos de intervención en catástrofes

Papel de la comunidad y agentes comunitarios.

Liderazgos.

Relaciones humanas y resolución de conflictos.

Constitución de la Red.

Unidad 2:

Salud mental.

Diagnóstico situacional.

Planificación de Salud Mental frente a Incidente crítico

CISM (Critical Incident Stress Management)

Tiempos de intervenciones en Catástrofes

Reacciones a situaciones traumatogénicas.

Factores de riesgo y protectores.

Víctimas de primer, segundo, tercer, cuarto y quinto nivel

Principios básicos de protección de la salud Mental en incidentes Críticos

Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos.

Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales.

Unidad 3:

Trastorno por Estrés Agudo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno por estrés Extremo. Violencia y alcoholismo. Diagnóstico y Tratamiento

Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez y juventud. Grupos vulnerables

Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.

Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes.

BIBLIOGRAFÍA:

Dispositivos de Intervención de Salud Mental en Emergencias y Catástrofes -Principios Básicos de Intervención en Incidentes Críticos – Módulo II: Dra Bentolila- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Serie Manuales y Guías sobre Desastres, Nº 1 Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud- Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud Washington, D.C., Agosto 2002.

George S. Everly, Jr. (2000). *Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention /International Journal of Emergency MentalHealth,*.

Raymond B. Flannery, Jr. *Ph. Critical Incident Stress Management and the Assaulted Staff Action Program International Journal.*

Arieh Y. Shalev, M.D. Department of Psychiatry, Hadassah University Hospital, Jerusalem to appear in R. Yehuda (Ed.). *Treating Trauma Survivors with PTSD: Bridging the Gap Between Intervention Research and Practice.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Perren-Klingler G. (2003) *Debriefing, modelos y aplicaciones* Instituto Psychotrauma Suisse.

CURSO DE CAPACITACIÓN A EQUIPOS DE SALUD EN DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES.

Programa

Contenidos del Módulo I

Unidad 1:

Aspectos generales e introductorios.

Desastres, Catástrofes, Emergencias y Accidentes.

Los desastres naturales y otras emergencias complejas. Sus efectos sociales, y en la salud

Etapas de una emergencia. Su descripción.

Tiempos de intervención en catástrofes.

Papel de la comunidad y agentes comunitarios.

Liderazgos.

Constitución de la RED.

Unidad 2:

Salud mental.

Diagnóstico situacional.

Planificación de Salud Mental frente a Incidente crítico.

CISM (Critical Incident Stress Management).

Tiempos de intervenciones en Catástrofes.

Reacciones a situaciones traumatogénicas.

Factores de riesgo y protectores.

Víctimas de primer, segundo, tercer, cuarto y quinto nivel.

Principios básicos de protección de la salud Mental en incidentes Críticos.

Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos.

Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales.

Contenidos del Módulo II

Unidad 3:

Trastorno por Estrés Agudo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno por estrés Extremo. Violencia y alcoholismo. Diagnóstico y Tratamiento.

Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez y juventud. Grupos vulnerables.

Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.

Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes.

Unidad 4:

Comunicación social: estrategias, pautas para la elaboración y difusión de mensajes, comunicación cara a cara y de base comunitaria.

Grupos de autoayuda y organización comunitaria.

Consideraciones médico-legales.

Programa

Contenidos del Módulo I

Unidad 1:

Aspectos generales e introductorios.

Desastres, Catástrofes, Emergencias y Accidentes.

Los desastres naturales y otras emergencias complejas. Sus efectos sociales, y en la salud

Etapas de una emergencia. Su descripción.

Tiempos de intervención en catástrofes.

Papel de la comunidad y agentes comunitarios.

Liderazgos.

Constitución de la RED.

Unidad 2:

Salud mental.

Diagnóstico situacional.

Planificación de Salud Mental frente a Incidente crítico.

CISM (Critical Incident Stress Management).

Tiempos de intervenciones en Catástrofes.

Reacciones a situaciones traumatogénicas.

Factores de riesgo y protectores.

Víctimas de primer, segundo, tercer, cuarto y quinto nivel.

Principios básicos de protección de la salud Mental en incidentes Críticos.

Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos.

Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales.

Contenidos del Módulo II

Unidad 3:

Trastorno por Estrés Agudo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno por estrés Extremo. Violencia y alcoholismo. Diagnóstico y Tratamiento.

Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez y juventud. Grupos vulnerables.

Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.

Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes.

Unidad 4:

Comunicación social: estrategias, pautas para la elaboración y difusión de mensajes, comunicación cara a cara y de base comunitaria.

Grupos de autoayuda y organización comunitaria.

Consideraciones médico-legales.

Programas Bienio 2007 - 2008

Se presenta el avance mostrado en el nuevo programa del segundo bienio (2007 – 2008), con igual fundamentación:

Adhiriendo a lo manifestado por la OPS-OMS en su "Programa de Preparativos para situaciones de Emergencias y socorro en casos de Desastre", afirmamos que:

Los planes de capacitación para la actuación en salud mental, en situaciones de desastres u otras emergencias, en condiciones ideales, deben desarrollarse en el

período de normalidad, previo a la ocurrencia de cualquier evento de este tipo. Si bien existen principios generales, cada país y territorio debe diseñar sus propias estrategias y planes acorde con sus realidades y características socioculturales.

Un principio importante es que la capacitación debe ser específica según niveles de atención y grupos a los cuales va dirigida. Los abordajes difieren, por ejemplo, cuando se trabaja con médicos del nivel hospitalario a cuando se capacita a voluntarios o agentes comunitarios. Se recomienda que se utilicen técnicas participativas y procedimientos donde se vincule la realidad práctica con los temas impartidos.

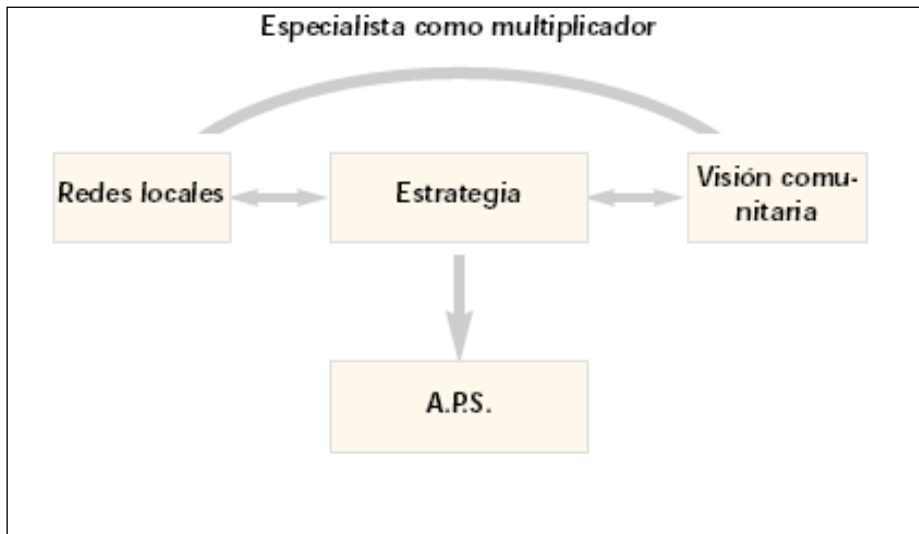
En el trabajo de capacitación puede ser útil y necesario capacitar y entrenar a un grupo de instructores-facilitadores para que actúen como catalizadores y multiplicadores en cascada. Posteriormente, estos podrán asesorar y supervisar, de forma continua y sistemática, el proceso a los diferentes niveles del sistema. Así, las personas capacitadas se sentirán seguras en su labor y desempeño, al ser apoyadas durante varios meses.

En muchas ocasiones, ante la ocurrencia de una emergencia, nos encontramos con la realidad de que las personas e instituciones no están preparadas para afrontarla, no se han desarrollado previamente actividades de capacitación y subsisten muchos mitos o prejuicios. También en Latinoamérica los sistemas de salud no han desarrollado suficientemente los servicios de salud mental con una visión comunitaria.

Una estrategia en la emergencia es el desarrollo de procesos de <<capacitación de urgencia>> y en paralelo con las acciones de salud mental. Los propios profesionales especializados que se movilizan pueden desarrollar acciones de entrenamiento en los servicios y comunidades (in situ) (OPS/OMS 2002, p. 75).

Por lo tanto, siguiendo lo que expertos internacionales en la materia, reunidos en esta publicación sugieren, **proponemos dar continuidad, con el carácter de la urgencia que las necesidades de la población imponen, a un proceso de capacitación extensivo a todas las Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires,** teniendo en cuenta que:

Es necesario desarrollar programas de formación de este personal con una visión comunitaria. Un riesgo frecuente es que los servicios especializados se trasladan al nivel comunitario de forma vertical sin relación alguna con la red de APS, es necesario remarcar la necesidad de la integración horizontal, tal como ilustra el siguiente esquema:



Asimismo, adherimos a la premisa de que las capacitaciones deben ser específicas, según niveles y destinatarios. Por ende desarrollamos, a través de nuestra experiencia en el tiempo y siguiendo un criterio de planificación estratégica de recursos, capacitaciones “a medida” como se detallará a continuación.

Entrevistada integrante del equipo, N°3:

Considero que los objetivos de las capacitaciones de formar agentes multiplicadores y la sensibilización en distintos actores que participan antes, durante y después de un Incidente Crítico se sigue desarrollando y sosteniendo hasta la actualidad. La implementación cuenta con la flexibilidad del equipo para adaptar los contenidos según el público asistente, me parece que ha sido siempre un gran logro de parte de nuestra tarea.

Entrevistada integrante del equipo N°4:

También los contenidos se fueron actualizando, puliendo y armando en relación a los nuevos paradigmas de salud mental y gestión de riesgo; y las experiencias que fuimos teniendo como equipo, es decir, que fuimos generando nuevos conocimientos.

FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA Y DE CONTENIDOS

Objetivos generales de la capacitación y metodología.

(Los objetivos generales de esta capacitación no tienen una variación importante respecto a los mencionados en el programa anterior).

Ciclo lectivo: 2.008

Horas cátedra totales (dictado de Módulos I y II y participación en Simulacro): 64 horas

Duración del Módulo I:

- Modalidad Quincenal: 6 encuentros quincenales, de 4 hs. cátedra cada uno + 1 encuentro intensivo de entrenamiento (8 hs. cátedra) con modalidad de simulacro o seminario intensivo inter-regional.
- Modalidad Semanal: 6 encuentros, con frecuencia semanal, de 4 hs. cátedra cada uno + 1 encuentro intensivo de entrenamiento (8 hs. cátedra) con modalidad de simulacro.
- Modalidad Intensiva (para Regiones del Interior de la Provincia)
2 encuentros bimestrales de dos jornadas completas (mañana y tarde) c/u.

Duración del Módulo II:

- Modalidad Quincenal: 6 encuentros quincenales de 4 hs. cátedra cada uno + 1 encuentro intensivo de entrenamiento (8 hs. cátedra) con modalidad de simulacro o seminario intensivo inter-regional.
- Modalidad Semanal: 6 encuentros, con frecuencia semanal, de 4 hs. cátedra cada uno + 1 encuentro intensivo de entrenamiento (8 hs. cátedra) con modalidad de simulacro.
- Modalidad Intensiva (para Regiones del Interior de la Provincia)
2 encuentros bimestrales de dos jornadas completas (mañana y tarde) c/u.

Sedes del dictado del curso:

Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito III- Morón

Otras sedes: a designar por autoridades provinciales y referentes de Regiones Sanitarias

Fecha de Inicio: Abril de 2008

Coordinación docente: Dra. Silvia Bentolila e integrantes del Equipo de la Red PROSAMIC.

Dirigido a:

➤ NIVELES DE GESTIÓN

Destinatarios: Secretarios de Salud, directores y coordinadores regionales, directores y jefes de Servicio de Hospitales de las Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires, autoridades de CAPS (Centros de Atención Primaria) municipales, integrantes del COE, pertenecientes a otros sectores involucrados (Defensa Civil, Bomberos, Policía, etc.).

PROGRAMA DE CONTENIDOS

Módulo I

Unidad 1:

Conceptos introductorios. Desastres, Catástrofes, Emergencias y Accidentes

Emergencias complejas. Distintos escenarios.

Efectos sociales y en la Salud.

Etapas de una emergencia.

Distintas modalidades de intervención en catástrofes.

Tiempos de intervención.

Preparación pre-incidente: papel de la comunidad y agentes comunitarios.

Relaciones humanas y resolución de conflictos.

Constitución de Redes.

Unidad 2:

Gestión integral, coordinación, COE.

Manejo de herramientas específicas: EDAN, Guía IASC.

CISM (Critical Incident Stress Management).

Salud mental: Diagnóstico situacional.

Planificación de Salud Mental frente a Incidente crítico.

Reacciones esperables frente a situaciones traumatogénicas.

Factores de riesgo y protectores.

Principios básicos de protección de la salud Mental en Incidentes Críticos.

Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos.

Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales.

Módulo II

Unidad 3:

Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.

Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes. Técnicas específicas.

Registro de damnificados directos e indirectos

Registro de intervenciones

Víctimas de primer, segundo, tercer, cuarto y quinto nivel

Registro de damnificados directos e indirectos

Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez, la juventud y demás grupos vulnerables

Manejo de cadáveres

Unidad 4:

Comunicación social: estrategias, pautas para la elaboración y difusión de mensajes, comunicación cara a cara y de base comunitaria.

Fuentes informativas, emisores, voceros.

Estrés laboral, calidad de vida y recomendaciones para equipos de trabajo.

Herramientas específicas de evaluación y diagnóstico: escala de eventos, de Hamilton para evaluar ansiedad y Maslach Burnout Inventory (M.B.I.).

-PROGRAMA A NIVELES DE SECTOR SALUD Y REFERENTES INTERSECTORIALES

Dirigido a:

➤ OTROS NIVELES DE SECTOR SALUD Y REFERENTES
INTERSECTORIALES

Destinatarios:

Referentes del **Sector Salud** del Primer y Segundo Nivel de Atención de las Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires (médicos generalistas, emergentólogos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.)

Referentes de **otros Sectores** a designar por las distintas regiones

(Bomberos, fuerzas de Seguridad, Defensa Civil, representantes de Educación, Justicia, etc.)

Módulo I

Unidad 1:

Conceptos generales e introductorios. Desastres, Catástrofes, Emergencias y Accidentes

Los desastres naturales y otras emergencias complejas. Efectos sociales y en la Salud

Etapas de una emergencia

Distintas modalidades de intervención en catástrofes

Tiempos de intervención

Preparación pre-incidente: papel de la comunidad y agentes comunitarios.

Relaciones humanas y resolución de conflictos

Constitución de Redes

Unidad 2:

Salud mental: Diagnóstico situacional

Planificación de Salud Mental frente a Incidente crítico

CISM (Critical Incident Stress Management)

Reacciones esperables frente a situaciones traumatogénicas

Factores de riesgo y protectores

Víctimas de primer, segundo, tercer, cuarto y quinto nivel

Registro de damnificados directos e indirectos

Principios básicos de protección de la salud Mental en Incidentes Críticos

Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos

Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales

Unidad 3:

Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.

Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes. Técnicas específicas.

Trastorno por Estrés Agudo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno por Estrés Extremo. Diagnóstico y Tratamiento

Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez y juventud. Grupos vulnerables

Unidad 4:

Comunicación social: estrategias, pautas para la elaboración y difusión de mensajes, comunicación cara a cara y de base comunitaria.

Grupos de autoayuda y organización comunitaria.

Estrés laboral, calidad de vida y recomendaciones para equipos de trabajo

Herramientas específicas de evaluación y diagnóstico: escala de eventos, de Hamilton para evaluar ansiedad y Maslach Burnout Inventory (M.B.I.).

Consideraciones médico-legales

PROGRAMA A REFERENTES COMUNITARIOS

Dirigido a:

➤ REFERENTES COMUNITARIOS

Destinatarios: Promotores de Salud, agentes comunitarios, referentes de organizaciones de las comunidades, etc.

Módulo

Unidad 1:

Conceptos generales e introductorios. Desastres, Catástrofes, Emergencias y Accidentes

Los desastres naturales y otras emergencias complejas. Efectos sociales y en la Salud

Etapas de una emergencia

Distintas modalidades de intervención en catástrofes

Tiempos de intervención

Preparación pre-incidente: papel de la comunidad y agentes comunitarios

Intervención comunitaria

Relaciones humanas y resolución de conflictos. Liderazgos

Constitución de Redes

Unidad 2:

Salud mental: Diagnóstico situacional

Planificación de Salud Mental frente a Incidente crítico

Víctimas de primer, segundo, tercer, cuarto y quinto nivel

Reacciones esperables frente a situaciones traumatogénicas

Factores de riesgo y protectores

Principios básicos de protección de la salud Mental en Incidentes Críticos

Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos

Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales

Módulo II

Unidad 3:

Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.

Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez y juventud. Grupos vulnerables

Grupos de autoayuda y organización comunitaria.

Unidad 4:

Normas de respuesta humanitaria

Poblaciones desplazadas. Programas de refugios, albergues y asentamientos

Herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo y evaluación

Los proyectos productivos como estrategia de recuperación psicosocial

BIBLIOGRAFÍA:

Bentolila, Silvia. (2005). *Principios Básicos de Intervención en Incidentes Críticos*. Módulo II. Dispositivos de intervención de salud mental en emergencias y catástrofes. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Comité Permanente entre Organismos (IASC). (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC.

Organización Panamericana de la Salud (2006). *Guía práctica de salud mental en desastres*. Washington, D.C.: OPS, 189 p. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres)

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, Nº 1 - Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre

Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud. OPS, Washington, D.C.

Verly, George S. Jr. (2000). *Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention*. International Journal of Emergency Mental Health.

Flannery Raymond B., Jr. Ph. *Critical Incident Stress Management and the Assaulted Staff Action Program International Journal*

Perren-Klingler G. (2003). *Debriefing, modelos y aplicaciones*. Instituto Psycho trauma Suisse. Edición Española.

Shalev, Arie Y. M.D., Department of Psychiatry, Hadassah University Hospital, Jerusalem to appear in R. Yehuda (Ed.), *Treating Trauma Survivors with PTSD: Bridging the Gap Between Intervention Research and Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Anexos 3: Ejemplos de formatos de capacitaciones

Intervención en salud mental y apoyo psicosocial en epidemia de influenza A H1N1

Hospital Nacional "Prof. A. Posadas"

Intervención con el Departamento de Enfermería

Fecha: julio y agosto de 2009

Equipo interviniente: Lic. Laura Goyechea, Dra. Stella Cazal y Lic. Mónica Médica

Luego de un primer análisis de situación sobre el impacto de la epidemia de influenza A H1N1 en la salud mental de los equipos del hospital, se definió en forma conjunta con la Dirección de la institución y los referentes de los distintos sectores, la implementación de diversos dispositivos de intervención en aquellos Servicios que se evaluaron como los más afectados, entre ellos, el **Departamento de Enfermería**.

Tipo de Intervención

Desarrollo de un espacio de reflexión sobre la práctica y de trabajo participativo de prevención del estrés ante situaciones de emergencias y desastres.

Destinatarios

El conjunto de los enfermeros que trabajan en el hospital

Nº de participantes de entrevistas diagnósticas: 15

Jefa del Departamento, Supervisores, Jefes de Unidad, enfermeros asistentes

Nº de participantes del dispositivo de intervención: 30

Jefa del Departamento, Supervisores, Jefes de Unidad, enfermeros asistentes

Objetivos

Objetivo general

Colaborar en la protección de la salud mental de los equipos de salud intervinientes en la epidemia de influenza A H1N1.

Objetivos específicos

- Realizar un primer diagnóstico de situación acerca del impacto de la epidemia en la salud mental del colectivo de enfermería del hospital.
- Relevar necesidades y expectativas de los participantes en relación al dispositivo.
- Trabajar de manera participativa en el diseño de estrategias para afrontar situaciones de incidente crítico y prevenir el estrés en los lugares de trabajo.

Diagnóstico de situación: problemas relevados

El dispositivo planteado permitió observar indicadores de malestar y estrés laboral como consecuencia la situación crítica que significó la epidemia en el hospital en general y en el sector de enfermería en particular, pero a la vez sobrepuesto sobre el estrés crónico y sobre problemas institucionales históricos del colectivo de enfermeros.

La epidemia resultó un escenario privilegiado para que se potenciaran problemas preexistentes:

- Dificultades en la comunicación y difusión de la información, tanto vertical como entre pares dentro del Servicio, así como con otros sectores del hospital.
- Dificultades en la relación con otros sectores del hospital, en particular con los trabajadores médicos, referidas al propio rol profesional.
- Situaciones de conflictividad entre los trabajadores, así como con la población a la que asisten.
- Surgimiento de reacciones de estrés agudo en el personal, ante la situación crítica e inesperada de la epidemia, sobre todo en el primer momento de la misma.

Expectativas/ Necesidades relevadas en relación al dispositivo

- Buscar mecanismos para que la información llegue a todos los integrantes del departamento
- Mejorar la comunicación, tratar de contrarrestar las interferencias y cortocircuitos, así como el peso de los "rumores" que contradicen la información oficial sobre la situación sanitaria.
- Contar con un espacio para reflexionar sobre la práctica y proteger la salud mental de los trabajadores enfermeros.
- Trabajar en relación al rol del enfermero en la institución, al posicionamiento que adoptan como colectivo frente a los otros trabajadores (en particular los médicos) y a la población que atienden.

Acciones realizadas

- Entrevistas diagnósticas.
- Encuentros semanales –dispositivo taller- en los cuales se trabajó sobre:
 - Comunicación,
 - Conflictividad,
 - Trabajo en equipo,
 - Rol profesional,
 - Reacciones de estrés agudo surgidas en el personal de enfermería durante la epidemia,
 - Indicadores de alerta para acudir a un especialista en salud mental,
 - Estrategias y herramientas para el manejo del estrés y protección de la salud mental en los equipos de respuesta.

Conclusiones

La pandemia puso en evidencia y en algunos casos potenció distintos obstáculos y disrupciones en lo laboral en el sector de enfermería, aunque la mayoría de estos aspectos ya se hallaban debilitados antes de la misma. Esta situación previa puede leerse a través de los siguientes indicadores de estrés crónico en este colectivo: las fallas en la comunicación, los desacuerdos, la división y el aislamiento del trabajo y las reacciones de desgaste profesional.

En el dispositivo implementado por el equipo se pudieron abordar algunos de dichos aspectos, pero el alto recambio de los participantes a los talleres (por el trabajo en los servicios o unidades, licencias, etc.) y las fallas en la difusión de la actividad fueron variables que por momentos dificultaron la tarea, razón por la cual recomendamos que se continúen trabajando.

En la evaluación de la primera etapa del dispositivo, los participantes definieron las siguientes acciones como estrategias posibles para la protección de la salud mental del colectivo de enfermería:

- Contar con más espacios como de este tipo y poder mantenerlos en el tiempo.
- Hacer carteles con la información de los talleres (ya que muchos no se enteraron de la actividad o lo hicieron tarde).
- Autogestionar un grupo de reflexión donde trabajar las dificultades que encuentran en la práctica cotidiana y que a su vez les sirva para "conocerse más".
- Poner en práctica diversas estrategias de prevención y/o mitigación del estrés laboral. Entre ellas, señalaron:
 - Trabajar en equipo (se remarcó mucho que el trabajo en equipo "defiende" del estrés laboral)
 - Difundir e implementar técnicas de aplicación sencilla en el trabajo para disminuir el estrés (música, ejercicios de respiración, etc.)
 - Fortalecer la comunicación y el diálogo con los compañeros (no dejarse guiar por el "diálogo interno" o el "radio pasillo", preguntarle al compañero para evitar malos entendidos).
 - Capacitación

Recomendaciones

A partir lo expuesto, y teniendo en cuenta que una de las mayores dificultades halladas durante la intervención fue la comunicación –en el servicio en general y a la hora de difundir la información sobre el dispositivo mismo- el equipo recomienda darle continuidad a la tarea a través una segunda etapa, en la cual se focalice en un trabajo con la jefatura del Departamento y los referentes de los distintos sectores, para mejorar y fortalecer aquellos aspectos que más se resintieron en la crisis.

Se propone realizar en esta segunda etapa:

- a) Profundizar sobre la definición de problema/s que tiene el sector relacionados con el impacto de situaciones críticas en la salud mental de los trabajadores de salud.
- b) Proponer algunas herramientas teóricas para constituir el problema en un insumo de conocimiento
- c) Delinear protocolo para llevar a cabo acciones concretas de abordaje a las dificultades surgidas
- d) Incluir herramientas de evaluación y monitoreo para ajustar las tareas diseñadas.

Consideramos que trabajar en profundidad estos aspectos con el equipo directivo permitiría poder mejorar los canales de comunicación entre directivos y supervisores del sector y también el acercamiento y comunicación con los diferentes enfermeros de cada servicio.

Capacitación a los equipos de emergencia del municipio de Laprida

13hs / 15hs

- Presentación del Equipo PROSAMIC (10 min como máximo).
- Definición de IC, catástrofes, emergencias, desastres, etc.
- Tiempos de la intervención.
- Víctimas según niveles.
- Tres principios básicos.
- Primera ayuda psicológica. Concepto.
- Reacciones esperables por etapas, formas de elaboración, (voy a buscar el power que seguramente lo tienen pero para ganar tiempo) y modos de intervención en cada etapa

15.30hs/ 17hs

- Taller reglas del Sí y del No.

- Recomendaciones para el abordaje de sobrevivientes y familiares.
- Protección de la Salud Mental en Equipos de Respuesta. Conceptos teóricos.

Talleres de capacitación y entrenamiento intensivo en Primera Ayuda Psicológica

Fundamentación

El tema del "Día Mundial de la Salud Mental" de este año, observado el 10 de octubre, es la "primera ayuda psicológica"(PAP). Esta técnica de apoyo psicológico pragmático básico a las personas que acaban de atravesar una situación de crisis, emergencia o desastre, puede y debería ser brindada por todas las personas que se encuentran en un papel de ayuda, ya sea que se trate de personal de salud (médicos, enfermeros, choferes, administrativos, etc.) como de otros sectores (maestros, bomberos, trabajadores comunitarios, policías, etc.)

Según cálculos de los organismos internacionales de Salud, uno de cada cuatro adultos experimentará sufrimiento mental en algún momento de su vida, pero pocos recibirán ayuda cuando se presenten en un servicio de emergencias. Asimismo, se estima que luego de un desastre, entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufrirá algún tipo de manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación (OPS, 2006).

En este sentido, la Primera Ayuda Psicológica es una herramienta fundamental para asistir a las personas y comunidades afectadas por diversas situaciones críticas -tanto en eventos masivos, como un desastre, o en las llamadas emergencias cotidianas-, ya que está demostrado que una atención temprana y oportuna logra mitigar el impacto psicosocial del evento y, consecuentemente, reducir el riesgo de posterior desarrollo de patología mental (como el TEPT, trastornos depresivos y ansiosos, aumento del consumo de alcohol, entre otros).

Es preciso que Bomberos, policías, médicos, enfermeros, choferes, maestros, docentes en general, empleados administrativos y cualquier otro miembro de la comunidad puedan ofrecer contención y apoyo ante situaciones críticas,

emergencias y desastres. Actualmente se cuenta con probadas técnicas y estrategias para la protección del salud mental y el apoyo psicosocial de todos los afectados, de modo que se constituye en un imperativo sanitario, con el fin de reducir el riesgo de su impacto traumático y las consecuentes patologías posteriores, dar la capacitación y el entrenamiento necesarios a todos los actores involucrados.

Propuesta

Talleres de entrenamiento en Primera Ayuda Psicológica (PAP) dirigidos a equipos de primera respuesta y otros actores comunitarios

Objetivo general

Brindar entrenamiento en herramientas prácticas de Primera Ayuda Psicológica ante situaciones críticas y desastres, tanto a los equipos locales de respuesta, como a trabajadores de otros sectores y a otros actores de la comunidad. Actividad multisectorial e interinstitucional,

Destinatarios

Bomberos, policías, médicos, enfermeros, choferes, maestros, docentes en general, empleados administrativos y cualquier otro miembro de la comunidad

Modalidad

Capacitación intensiva y entrenamiento teórico-práctico en PAP, con modalidad de taller abierto a toda la comunidad.

Duración: cada taller tendrá una duración de 4 Horas

La actividad tendrá una frecuencia quincenal y se desarrollará en aquellas jurisdicciones que la Dirección considere prioritarias para el dictado de la misma.

Estrategias de protección de la salud mental en el ámbito educativo

Propuesta:

Se propone la implementación de una experiencia piloto, a través del desarrollo de un dispositivo para la protección de la salud mental de trabajadores del Ministerio de Educación pertenecientes al Área de Educación Domiciliaria y Hospitalaria del Sistema Educativo. Dicho dispositivo fue diseñado según un modelo que propone la Organización Panamericana de la Salud, adaptado a las particularidades del contexto local.

Población destinataria

Docentes, demás integrantes de Educación Domiciliaria y Hospitalaria

Objetivos

Objetivo general:

Desarrollar e implementar un dispositivo específico para la reflexión, la prevención y el abordaje participativos sobre la práctica en el contexto específico de trabajo de los docentes domiciliarios y hospitalarios.

Objetivos específicos:

- Identificar y analizar los indicadores de estrés y sus posibles determinantes en cada grupo específico de trabajo, a través de un diagnóstico local-participativo

- Elaborar un plan de acción para abordar aquellas situaciones potencialmente generadoras de estrés en el grupo, así como para prevenir el surgimiento de nuevas situaciones.
- Desarrollar herramientas de auto-protección, individuales y de equipo
- Motivar la puesta en práctica de un programa sostenido, su seguimiento y evaluación.

Modalidad de trabajo

Será adecuada a la modalidad más conveniente y funcional a cada contexto laboral.

- Se propone, como estructura básica, un proceso de 2 encuentros con frecuencia a acordar,

Cuya duración se ajuste a las necesidades del grupo

El primer encuentro será de dos módulos a desarrollarse en una jornada de trabajo

- El encuadre deberá ser definido con el grupo durante el primer encuentro , como forma de intervención in-situ

Estrategias y Actividades

Siguiendo la propuesta de la O.P.S. (OPS, 2008) de un abordaje escalonado o en cinco pasos para el manejo de situaciones de estrés relacionadas con el trabajo, se desarrolla a continuación un plan de trabajo que se adaptará al contexto local:

Paso 1: Acciones preparatorias

-Asegurar el compromiso de todos los actores involucrados, esto es, contar no sólo con el aval, sino también la presencia y el compromiso del superiores y demás integrantes que se planteen la necesidad de abordar el problema del estrés laboral en su contexto de trabajo.

-Analizar en conjunto las expectativas sobre el dispositivo: qué espera el grupo del espacio, qué sienten que "hay que arreglar".

-Recolectar evidencia de los indicadores de estrés a partir de cómo definen ellos mismos la situación en relación al potencial estrés, individual y/o colectivo. También se puede utilizar instrumentos específicos para detectar signos de burn out en los participantes.

Paso 2: Análisis de factores y grupos de riesgo

-Elaborar un Diagnóstico Situacional de manera conjunta y participativa, identificando además de los indicadores de estrés para ese grupo, las posibles causas y factores de riesgo:

- Identificar las situaciones más comunes que producen estrés en cada uno de los participantes y en el grupo, diferenciando lo que son condiciones del trabajo de las características individuales, personales de cada uno de los integrantes.
- Identificar factores de riesgo, es decir qué condiciones o situaciones específicas pueden incrementar la posibilidad de desarrollar estrés en este grupo.
- Analizar las reacciones personales y grupales ante los factores que pueden provocar estrés.
- Evaluar las consecuencias que tienen tales reacciones de estrés en lo personal, en el equipo de trabajo, en la organización y en la población destinataria de su actividad como trabajadores de la salud.

Paso 3: Diseño de un plan de acción

-Construir un inventario de soluciones posibles para las causas detectadas en el paso anterior.

-Armar el dispositivo con el que se intentará modificar las diferentes causas.

-Definir estrategias de prevención a nivel de la organización y los integrantes del servicio.

Paso 4: Instrumentando el plan de acción

-Convenir entre todos los integrantes cómo se va a poner en práctica el plan de acción:

-Puesta en marcha del plan de acción.

Paso 5: Evaluación del proceso y resultados de lo realizado

- Evaluar el alcance de la metas propuestas, los efectos inesperados y de los resultados

ACTIVIDADES de la Red Prosamic 2015

Jornada de actualización en emergencias prehospitalarias y desastres, Tres Arroyos, Provincia de Buenos Aires CAPACITACIÓN "SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES" y PARTICIPACIÓN EN SIMULACRO.

Lugar y fecha: Ciudad de Junín, Pcia de Bs. As, 1º de Octubre de 2015.

Organizado por: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Sindicato

de Salud Pública y Asociación de Técnicos en la Emergencia (ATEM).

Destinatarios: Enfermeros y estudiantes de la Escuela de Enfermería, Bomberos, Policías.

Contó con la participación de más de 200 personas.



Jornada de actualización en emergencias prehospitalarias y desastres, Tres Arroyos, Provincia de Buenos Aires
CAPACITACIÓN "SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES" Y PARTICIPACIÓN EN SIMULACRO.

Lugar y fecha: Ciudad de Tres Arroyos, Provincia de Bs. As. 25 y 26 de Junio de 2015.

Organizado por: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Sindicato de Salud Pública y Asociación de Técnicos en la Emergencia (ATEM)

Destinatarios: Médicos, Trabajadores Sociales, Bomberos. Docentes, Psicólogos.

Contó con la participación de autoridades de la Ciudad y asistieron más de 400 personas.

En las noticias: <http://www.lu24.com.ar/exitosa-jornada-de-actualizacion-en-emergencias-prehospitalarias-y-desastres/>



Capacitación en la Universidad Nacional de Luján, Provincia de Buenos Aires

CURSO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO: "Herramientas de protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres"- MÓDULO INTRODUCTORIO

Lugar y fecha: Universidad Nacional de Luján (UNLU) –29 de mayo de 2015.

Organizado por: Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (PROSAMIC), dependiente de la Dirección Provincial de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires del Distrito VI.

Declarado "de interés municipal" por el Municipio de Luján.

Contó con la participación de autoridades municipales y del Colegio de Psicólogos.

Destinatarios: psicólogos, médicos, trabajadores sociales, bomberos, docentes, funcionarios municipales, etc.



Participación en capacitación en emergencias en San Nicolás, provincia de Buenos aires

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES – CAPACITACIÓN DEL EQUIPO PROSAMIC “SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES” Y PARTICIPACIÓN EN SIMULACRO

Lugar y Fecha: Ciudad de San Nicolás, provincia de Bs As – 28 y 29 de mayo de 2015.

Organizado por: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Sindicato de Salud Pública y Asociación de Técnicos en la Emergencia (ATEM).

Asistieron más de 200 trabajadores de Salud y se desarrollaron temas como RCP, Atención Inicial del Trauma, Salud Mental en Emergencias y Organización ante Incidentes con Víctimas Múltiples.

Participaron de la inauguración y cierre de las Jornadas, el Dr. Ismael Passaglia Intendente de San Nicolás, el Dr. Raúl Rugieri, Director del Hospital San Felipe, Miguel Zubieta Secretario General de Sindicato de Salud, Julio Reynoso Secretario de Capacitación del SSP, José de Echave Presidente de la Sociedad Bonaerense de Medicina Crítica, Trauma y Desastre y Gabriel Sosa Hidalgo Presidente de la Asociación de Técnicos en la Emergencia.







Jornada de capacitación en Hospital El cruce "Néstor Kirchner" – centro de simulación

"TALLER DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS"

Lugar y Fecha: Centro de Simulación Hospital El Cruce "Nestor Kirchner" - 27 de mayo de 2015.

Organizado por: Centro de simulación Hospital El Cruce "Nestor Kirchner", personal del CUCAIBA, programa Sumar.

Destinado a: medic@s y enfermer@s de diferentes provincias.

2da jornada de curso de capacitación en el laboratorio de simulación clínica (lasic), Facultad de medicina virtual

“PREVENCIÓN DEL DESGASTE LABORAL: DE LA RESPUESTA AGUDA A LA CRONIFICACIÓN DE LA RESPUESTA”

Lugar y Fecha: Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) - 26 de mayo de 2015.

Organizado por: Laboratorio de Simulación Clínica (LaSIC) de la Facultad de Medicina de la UBA y Red PROSAMIC.

Destinado a: Instructores médicos del LaSIC- UBA.

Capacitación en el Municipio de Las Flores, Provincia De Buenos Aires

JORNADA DE CAPACITACIÓN INTENSIVA: “SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES”

Lugar y fecha: Municipalidad de Las Flores, provincia de Buenos Aires – 22 de Mayo de 2015.

Organizada por: Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico (PROSAMIC), de la Dirección Provincial de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de Las Flores.

Participación en la apertura del Subsecretario de Salud del Municipio, Pablo Arrúa, acompañado por la Secretaria General, Marcela Melo.

Destinatarios: Agentes del Hospital General Zonal de Las Flores, del CPA, de la Escuela Laboral, de la Policía Local, de los Bomberos Voluntarios de la ciudad, del Área de Promoción y Protección Integral de Género y Derechos Humanos y Servicio Local, y profesionales relacionados con situaciones de alto riesgo y de crisis.

En las noticias: <http://lasflores.gob.ar/se-desarrollo-con-exito-la-jornada-sobre-salud-mental/>



Taller en Jornada del Sindicato de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires

II COMPETENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES- TALLER EQUIPO PROSAMIC "QUÉ HACER-QUÉ NO HACER EN UN INCIDENTE CRÍTICO"

Lugar y Fecha: Camping "8 de Marzo" localidad de La Plata - 15 de mayo de 2015.

Organizado por: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Sindicato de Salud Pública- Asociación de Técnicos en la Emergencia.

Destinado a: Personal de Servicios de Emergencias públicos municipales y provinciales de la provincia de Buenos Aires.



Capacitación a futuros médicos de la UBA

Tercer Taller 2015 "HERRAMIENTAS BÁSICAS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES"

Lugar y Fecha: Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) - 8 de mayo de 2015.

Organizado por: RED PROSAMIC, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y la Coordinación del Internado Anual Rotatorio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA)

Destinado a: Alumnos del Internado Rotatorio de la Facultad de Medicina (IAR) – UBA.

- III JORNADA DE EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA - FESP

Lugar y Fecha: Subsecretaría de Planificación de la Salud, La Plata - 5 de MAYO.

Organizado por: Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Objetivo: Medir el nivel de rectoría del Ministerio de Salud provincial en Salud Pública.

Participaron más de 200 expertos de los sectores público, privado, seguridad social, representantes de los trabajadores y entidades científicas universidades.

El equipo de la Red PROSAMIC, como parte de la Dirección de Emergencias Sanitarias, participó en la evaluación de la FESP 11: "Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud"

En las noticias: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/alejandre-encabezo-en-planificacion-la-evaluacion-de-las-funciones-esenciales-de-salud-publica-fesp/>

Jornada de capacitación en Hospital El Cruce "Néstor Kirchner" – Centro De Simulación

"TALLER DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS"

Lugar y Fecha: Centro de Simulación Hospital El Cruce "Nestor Kirchner" - 30 de abril de 2015.

Organizado por: Centro de Simulación Hospital El Cruce "Nestor Kirchner", personal del CUCAIBA, programa Sumar.

Destinado a: Médic@s y enfermer@s de diferentes provincias.

Capacitación en el Instituto Del Servicio Exterior De La Nación (Isen)

CURSO INTENSIVO "PRINCIPIOS BÁSICOS: PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES"

Lugar y fecha: Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación- 17 de Abril de 2015.

Destinado a: funcionarios de Cancillería- ISEN- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación.



Participación en capacitación en emergencias en Saladillo, Provincia de Buenos Aires

PRIMERA JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS Y DESASTRES– CAPACITACIÓN DEL EQUIPO PROSAMIC “SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES” Y PARTICIPACIÓN EN SIMULACRO

Lugar y fecha: Hospital “Dr. Alejandro Posadas”, localidad de Saladillo, provincia de Buenos Aires – 17 de abril de 2015.

Organizado por: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Sindicato de Salud Pública y Asociación de Técnicos en la Emergencia (ATEM).

Asistieron más de 200 trabajadores de Salud y se desarrollaron temas como RCP, Atención Inicial del Trauma, Salud Mental en Emergencias y Organización ante Incidentes con Víctimas Múltiples.





Jornada de capacitación en el municipio de Laprida

“HERRAMIENTAS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES”

Lugar y Fecha: 27 de marzo en el Complejo Educativo Municipal.

Organizado por: Gobierno Municipal de Laprida y Equipo Red PROSAMIC.

Destinado a: Integrantes de equipos de primera línea de intervención en emergencias, equipos de Salud y referentes comunitarios.

En _____ las _____ noticias:

https://www.facebook.com/permalink.php?id=791543624233501&story_fbid=807985979255932

Operativo Servicio Atención Al Turista - Sat

Lugar y Fecha: Enero y febrero con base en la localidad de Villa Gesell.

Organizado por: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Destinado a: Población en general y personal interviniente que atraviesan situaciones de incidente crítico en las zonas turísticas de la costa de la provincia de Buenos Aires.

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/operativo-sanitario-para-atender-a-54-heridos-de-un-accidente-vial/>

Simulacro de accidente múltiple en la autopista Buenos Aires – La Plata

Lugar y Fecha: 6 de Diciembre de 2014

Autoridades presentes: gobernador de la Provincia Daniel Scioli, ministro de Salud Alejandro Collia, titular de la secretaria de Servicios Públicos Franco La Porta, titular de la empresa Autopista Buenos Aires Gonzalo Atanasof; ministra de Educación Nora De Lucia; intendentes de Berazategui Juan Patricio Mussi; Avellaneda Jorge Ferraresi; La Plata Pablo Bruera.

La actividad se llevó a cabo al costado del peaje de Hudson, donde se simuló accidente vial entre camión de transporte de sustancias tóxicas, colectivo con pasajeros y un auto particular.

Organizado por: Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Destinado a: Equipos intervinientes de la Dirección de Emergencias del Ministerio de Salud, Policía, Bomberos, personal de AUBASA , Defensa Civil.

En las noticias: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/scioli-y-collia-presenciaron-un-simulacro-de-accidente-multiple-en-la-autopista-buenos-aires-la-plata/>

Anexos 4. Imágenes del seminario: Reducción del Riesgo en Emergencias y Desastres: Apoyo Psicosocial y Protección de la Salud

Los 10 años de la red PROSAMIC en un seminario para sensibilizar y actualizar saberes



Presentación de autoridades y disertantes del seminario en el Aula Magna de la Facultad de Medicina



Integrantes del equipo de capacitación

Lo que dejó el seminario Repercusiones en las Redes

Fueron muy interesantes las repercusiones en las redes sociales por parte de los asistentes. Valoraron el trabajo territorial de todos los expositores y la riqueza de las líneas de acción planteadas a partir de esa experiencia. Algunas frases de los expositores y de los presentes que circularon entre las redes...

"Un desastre antes de ser un desastre es, en sí, un desastre político". (Alejandra Bonade).

"No confundir la vulnerabilidad con la pobreza". (Alejandra Bonade)

"En el apoyo psicosocial no hay que improvisar. La rueda está inventada. Están los protocolos escritos con horas y horas de trabajo en campo y en terreno".

"Es imprescindible manejar herramientas básicas de protección de la salud en emergencias y desastres. Cuidar a los que cuidan, como eje fundamental". (Silvia Bentolila).


“Estas son apenas algunas de las frases que rescaté de este excelente seminario al que pude asistir, y escuchar de expertos que laburan en situaciones de emergencias e incidentes críticos (tragedia de Once, choque trenes Castellar, inundaciones, accidentes, Haití...), frases que me quedaron resonando, en consonancia con lo que pienso y siento en el día a día, cuando veo improvisar y siento descuidos. Gracias, por la invitación. Es un lujo, que sean parte de esos equipos. ¡Chapeau!”. (Gaby Galán).

“Gran trabajo es el que hacen. Si se dimensionara la relevancia que tiene toda planificación, entrenamiento, capacitación, y la coordinación a cargo de gente idónea en estas situaciones, las consecuencias siempre serían significativamente otras. No hubiera sido lo mismo Cromañón con un trabajo así, que como fue”. (Sebastián Suárez Paz).

“Excelente jornada; nos fue de mucha utilidad ya que en algunos lugares siempre se está en alguna catástrofe político y social. Me encantaría poder hacer la capacitación. Y además en ese lugar! El Aula Magna de Medicina, y copada por la interdisciplina, bomberos, medios, psi... trabajadores de todas las áreas. Bueno, la próxima no se la pierdan!”. (Silvia Sisto).

“Qué buena crónica para una nota. Muy importante todo. Hicimos un curso sobre Gestión del Riesgo de Desastres hace años que a mí me dio muchísima apertura. Es el trabajo antes, durante y después. Acuerdo 100% en que un desastre es siempre antes un desastre político, y sigue siéndolo después”. (Soledad Azcoaga).

“1° sabé que se me piantó un lagrimón al ver el Aula Magna. 2° Geniales estas actividades hechas por expertos, protocolos escritos en base a la experiencia, trabajando y no directivas dadas por técnicos de escritorios que no meten la pata en el barro ni siquiera para la foto y que cuando bajan para figurar, solo saben hacer quilombo. 3° Es bueno reconocer también que hay cosas que se hacen bien, teniendo claro que es porque hay equipos que se prepararon para eso. Lo lamentable es que no sea en todos los lugares. Debería estar en la agenda de la política de cualquier nivel”. (Néstor Gauna)

 Red Prosamic



SEMINARIO

"REDUCCIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES: APOYO PSICOSOCIAL Y PROTECCIÓN DE LA SALUD"

Diálogo con expertos

DÍA Y HORA: 7 de septiembre de 2015 de 12:30 a 16 h.

LUGAR: Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires - Aula Magna - Paraguay 2155 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

PROGRAMA:

12:30 a 13 h: INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN.

13:00 a 13:30 h: PALABRAS DE APERTURA A CARGO DE AUTORIDADES.

13:30 a 15:10 h:

MESA DE DISERTACIÓN: "REDUCCIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES: APOYO PSICOSOCIAL Y PROTECCIÓN DE LA SALUD".

DISERTANTES:

EMBAJADOR DR. GABRIEL IVE - Cascos Blancos.

DRA. MIRTA ROSES PERIAGO - Especialista en Salud Pública. Secretaria general de la Asociación Argentina de Medicina Comunitaria (AAMH). Directora Emérita de OPS.

DRA. PATRICIA SPINELLI - Directora de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

LIC. ALEJANDRA BONADE - Referente en Gestión de Riesgo de OPS.

DRA. SILVIA BENTOLILA - Coordinadora General Red PROSAMIC, Dirección de Emergencias Sanitarias, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

MODERADORES:

PROF. DR. RONALDO FLUGELMAN (Secretaría Académica, Facultad de Medicina U.B.A.).

LIC. MARÍA JOVANOVICH (Red PROSAMIC, Dirección de Emergencias Sanitarias, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires).

15:10 a 15:50 h: ESPACIO DE PREGUNTAS - DEBATE - DISCUSIÓN GENERAL.

16:00 h: CONCLUSIONES - CIERRE.

Anexos 5. Programa del Curso Virtual OPS 2016

Apoyo Psicosocial como estrategia para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres

Programa

Módulo I: Gestión integral de riesgo: marco de referencia

Ejes temáticos:

- Marco conceptual: Marco de Sendai. Conceptos introductorios: amenaza, vulnerabilidad, riesgo, gestión integral de riesgo, resiliencia.
- Crisis, Emergencias, Desastres, desde el punto de vista de la Salud Mental. Concepto de Incidente Crítico (IC).
- Impacto psicosocial en las poblaciones afectadas.

Módulo II: Impacto de las Emergencias y Desastres sobre la Salud Mental y el Bienestar Psicosocial

Ejes temáticos:

- Impacto psicosocial de las situaciones de desastres.
- Tipos de afectados. Grupos vulnerables.
- Reacciones esperables según grupos etarios.
- Estrés. Nociones básicas. Manifestaciones e indicadores.

Módulo III: Apoyo psicosocial como parte de la respuesta integral

Ejes temáticos:

- Primeras acciones de la respuesta. Esferas de actuación y apoyo psicosocial (IASC).
- Evaluación de daños y análisis de necesidades en Salud Mental. Identificación de recursos: psicológicos, socio comunitarios y materiales (EDAN-SM).
- Intervenciones comunitarias en situaciones específicas: epidemias, inundaciones, terremotos.
- Consejería a la población: Recomendaciones para el abordaje de afectados.
- Principios básicos de intervención. Primera Ayuda Psicológica (PAP).
- Tiempos de intervención.

Descripción del curso "Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres (2014)"

El curso "Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres (2014)" fue hecho a partir de un marco de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. Este primer curso virtual estuvo dirigido sólo a trabajadores de la provincia de Buenos Aires. Se realizó en la plataforma virtual de OPS.

La selección y convocatoria fue realizada por la RED PROSAMIC.

Se anotaron en el plazo de 10 días que duró la convocatoria más de 700 postulantes.

- Total de inscriptos en la convocatoria: 750
- Total de inscriptos seleccionados: 120 representando a diferentes localidades de la provincia de Buenos Aires
- Total de participantes que se matricularon en el curso: 100
- Número de comisiones: 7
- Total de participantes que finalizaron el curso: 70
- Desaprobados: 0 alumnos
- Total de participantes que completaron la encuesta final: 61

La retención de matrícula fue del 70% respecto de los matriculados.

Anexos 6. Evaluación del primer Curso virtual 2014.

Finalizado el curso, se solicitó a los capacitados una evaluación que dejó los siguientes cuadros:

¿Fueron claros los propósitos y objetivos del curso virtual?	
- muy claros (0):	54 (88.52 %)
- bastante claros (0):	7 (11.48 %)
- algo claros (0):	0
- poco claros (0):	0
- nada claros (0):	0

() ¿Se vincularon los contenidos del curso con los problemas de su provincia y/o localidad de residencia y con los desafíos de su lugar de trabajo?	
- mucho (0):	26 (42.62 %)
- bastante (0):	29 (47.54 %)
- algo (0):	4 (6.56 %)
- poco (0):	2 (3.28 %)

- nada (0):	■0
() ¿Las lecturas y actividades planteadas le permitieron analizar de manera crítica y reflexiva la temática del curso?	
- mucho (0):	■43 (70.49 %)
- bastante (0):	■18 (29.51 %)
- algo (0):	■0
- poco (0):	■0
- nada (0):	■0

() ¿La propuesta de articular teoría y práctica a partir de materiales audiovisuales disparadores le resultó de su interés?	
- mucho (0):	■50 (81.97 %)
- bastante (0):	■11 (18.03 %)
- algo (0):	■0
- poco (0):	■0
- nada (0):	■0

Anexos 7. Evaluación del segundo Curso Virtual 2016

Finalizado el curso, se solicitó a los capacitados una evaluación que dejó los siguientes cuadros:

¿Fueron claros los propósitos y objetivos del curso virtual?	
- muy claros (0):	■46 (69.70 %)
- bastante claros (0):	■20 (30.30 %)
- algo claros (0):	■0




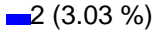
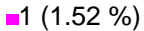
- poco claros (0):	■ 0
- nada claros (0):	■ 0

() ¿Se vincularon los contenidos del curso con los problemas de su provincia y/o localidad de residencia y con los desafíos de su lugar de trabajo?	
	■ 27 (40.91 %)
	■ 33 (50.00 %)
	■ 6 (9.09 %)
	■ 0
	■ 0

() ¿Las lecturas y actividades planteadas le permitieron analizar de manera crítica y reflexiva la temática del curso?	
- mucho (0):	■ 30 (45.45 %)
- bastante (0):	■ 32 (48.48 %)
- algo (0):	■ 2 (3.03 %)
- poco (0):	■ 2 (3.03 %)
- nada (0):	■ 0

() ¿La propuesta de articular teoría y práctica a partir de materiales audiovisuales disparadores le resultó de su interés?	
- mucho (0):	■ 46 (69.70 %)
- bastante (0):	■ 15 (22.73 %)
- algo (0):	■ 3 (4.55 %)
- poco (0):	■ 2 (3.03 %)
- nada (0):	■ 0

() ¿Cuál ha sido su experiencia en los foros?

- muy buena (0):	 12 (18.18 %)
- bastante buena (0):	 34 (51.52 %)
- algo buena (0):	 17 (25.76 %)
- poco buena (0):	 2 (3.03 %)
- nada buena (0):	 1 (1.52 %)

Anexos 8. Cuidado de la salud mental de equipos

Dispositivo de protección de la salud mental en el ámbito laboral

DISPOSITIVO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL

OFICIALES DE JUSTICIA

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Siguiendo la propuesta de la O.P.S. (OPS, 2008)¹ de un abordaje escalonado para el manejo de situaciones de estrés relacionadas con el trabajo, se desarrolló el siguiente plan de actividades:

1-Diagnóstico participativo

- Diagnóstico y análisis situacional participativo focalizando en los obstáculos y dificultades en el desempeño del rol, misiones y funciones.
- Detección de factores de riesgo, de protección e indicadores de estrés ligados al trabajo
- Toma de la encuesta sobre "reacciones esperables"

2- Plan de acciones

- Abordaje de los "problemas" que causa distrés tomando en cuenta una matriz que permite su formulación y análisis.
- Devolución de los resultados de las encuestas sobre reacciones de estrés,
- Presentación teórica sobre "reacciones esperables" de estrés en profesiones que brindan servicios y modulación del impacto en la Salud Mental a partir de la implementación técnicas para management del estrés.
- Sensibilización de los participantes sobre la relevancia del cuidado continuo de la salud mental de los trabajadores.

3- Evaluación

- Evaluación participativa grupal del Dispositivo.

Dispositivo de protección de la salud mental en el ámbito laboral en la oficina

DISPOSITIVO DE PROTECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL EN LA OFICINA

Jornadas de Capacitación Intensiva

Introducción:

Como se expresara en el informe de la Etapa I del Dispositivo implementado en el período Septiembre-Diciembre de 2012 . “Está ampliamente documentado que lidiar cotidianamente con el sufrimiento humano, en una de sus peores expresiones, el daño infligido de un ser humano a otro en el seno donde se debería recibir cuidado, tiene altas probabilidades de impactar negativamente en la salud de quienes tienen la función de asistir de una u otra manera a quienes lo padecen. La literatura dá cuenta de estos padecimientos desde muy diversos enfoques: el “estrés Vicario”, “la fatiga por compasión”, “el estrés secundario”, “el estrés post traumático”, “el burn-out” y “el desgaste profesional” son sólo alguna de sus formas. Todas graves, de gran impacto en la salud de los trabajadores, generando altos costes por ausentismo, pérdida de profesionales ya entrenados, necesidad de entrenar nuevos profesionales, los que sin herramientas para la protección de su salud siguen expuestos y la evidente disminución en la eficacia en el desempeño de las tareas.

El desgaste laboral de los trabajadores es motivo de preocupación creciente en los países... (OPS, 2008)¹ El estrés relacionado con el trabajo es un patrón de reacciones psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales ante ciertos aspectos extremadamente abrumadoras o exigentes en el contenido, organización y ambiente de trabajo. Actualmente, es reconocido como una de las grandes epidemias de la vida laboral moderna.

Organizaciones como la OSHA, plantean que alrededor del 48% del ausentismo está ligado a patologías asociadas al estrés laboral. Resulta imprescindible comprender que el agotamiento es un proceso psicofisiológico, como respuesta de adaptación fallida por falta de recursos y herramientas para la protección de la salud en general, especialmente de la salud mental en el ámbito laboral , existiendo diversas estrategias para amortiguar el impacto y por tanto reducir el riesgo de patología ligada al trabajo. Es de suma importancia señalar que así como *“la salud no es solamente la ausencia de enfermedad sino un estado positivo de bienestar físico, mental y social”* (OMS, 1986), un ambiente saludable de trabajo no es sólo aquel donde hay ausencia de condiciones dañinas, sino aquel donde se llevan a cabo acciones que promueven la salud.

Tomando en cuenta que los integrantes de la **Oficina** ... forman parte de un colectivo de trabajo altamente expuesto, es imprescindible para que lleven a cabo una práctica del Derecho, **humanizada y humanizante**, que cuenten con herramientas básicas de protección de la salud mental que promuevan acciones y estrategias para mitigar el impacto de las situaciones críticas tanto en los destinatarios como en los integrantes del equipo de trabajo.

Una de las acciones que principalmente recomiendan los organismos internacionales, para el cuidado de la salud de los equipos de trabajo, es la **capacitación y formación continua**. Respondiendo a estas recomendaciones y considerando el presupuesto disponible asignado para el corriente año se propone llevar a cabo dos Jornadas Intensiva de capacitación y entrenamiento destinadas a todo el personal de la OFICINA.

Población destinataria:

Personal de la Oficina

Objetivos:

Objetivo general

- Promover acciones de capacitación teórica-práctica con herramientas básicas para la protección de la salud mental de los integrantes

Objetivos específicos

- Adquirir Principios básicos de protección de la salud Mental en Incidente Crítico
- Estrés agudo Reacciones Esperables. Management del estrés
- "Disociación operativa" de los profesionales frente al Trastorno por estrés Extremo o Trauma Complejo,

Modalidad

Jornadas de capacitación intensiva teórica-práctica de 6 hs. Para todo el personal de...

Curso intensivo de capacitación y entrenamiento

Curso Intensivo de Capacitación y Entrenamiento:

“Directrices para el manejo de situaciones asociadas a la violencia en Instituciones de Salud” (OMS-OIT)

OBJETIVO

Desarrollar una jornada de capacitación y entrenamiento intensivos que aporte herramientas al personal de la Institución en el manejo de situaciones críticas asociadas a la violencia.

Programa de contenidos:

- Incidente Crítico (IC), definición, clasificación, marco conceptual y protocolos internacionales de intervención.
- Principios básicos de Intervención. Planificación estratégica previa
- Recomendaciones sobre reacciones esperables de la población ante un IC. Contención aguda.
- Lineamientos sobre la violencia en las instituciones de Salud: conceptualización, diagnóstico, factores de riesgo, factores protectores y efectos en el desempeño laboral.
- Protección de la Salud Mental de los Equipos.
- Herramientas para la prevención, el manejo y el afrontamiento de situaciones críticas.
- Simulacro de abordaje de situaciones críticas.

DURACIÓN: 6 horas cátedra

DICTADO: para facilitar la accesibilidad del personal convocado, podrá ser dictado en las instalaciones de la Institución, quedando a decisión del cuerpo Directivo de la misma, si se realiza en el mismo día para ambos turnos, lo que supone dictar el curso completo de 6 hs cátedra para el turno mañana y 6 hs cátedra para el turno tarde.

Cuadros sobre grupos de riesgo

Margison releva:

- Tasa de suicidio en los médicos, tres veces más alta que en la población general,
- El número de cirrosis es tres veces más elevado,
- En accidentes de tránsito, la tasa es dos veces superior

	Trastorno mental	Depresión	Suicidio	Abuso Drogas(*)
Población General	12%	5%	6/100.000	5%
Doctores	28%	10%	15/100.000	15%

“La disociación operativa, necesaria para no quedar paralizado cuando debemos intervenir, tiene alto riesgo de volverse patológica si no encontramos el camino para luego reintegrar esa emoción “desconectada”.

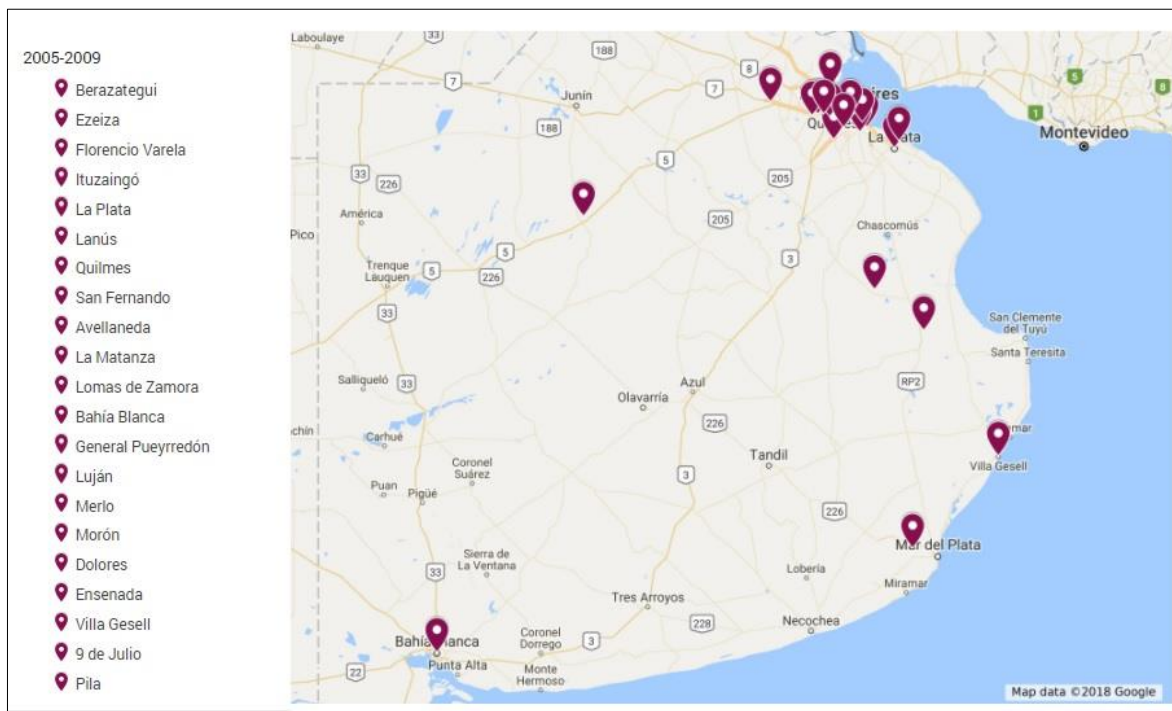
2003)

Prevalencia de trast. mentales y adictivos de los profesionales sanitarios en comparación con la población general.
(Crawford, Informe no publicado presentado en la Royal Society of Medicine. London 2003)

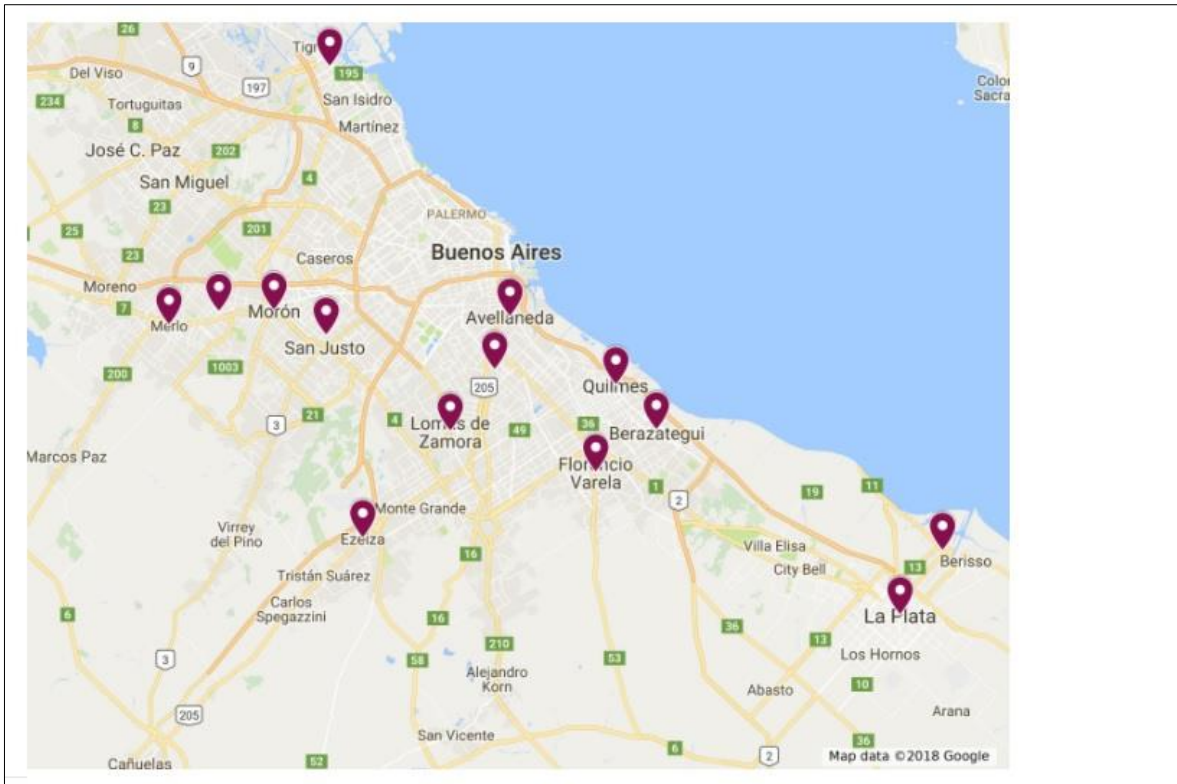
Anexos 9: Mapas

En las siguientes imágenes se muestra gráficamente la progresión de cómo se fue cubriendo, a través de las capacitaciones, el mapa de la Provincia de Buenos Aires.

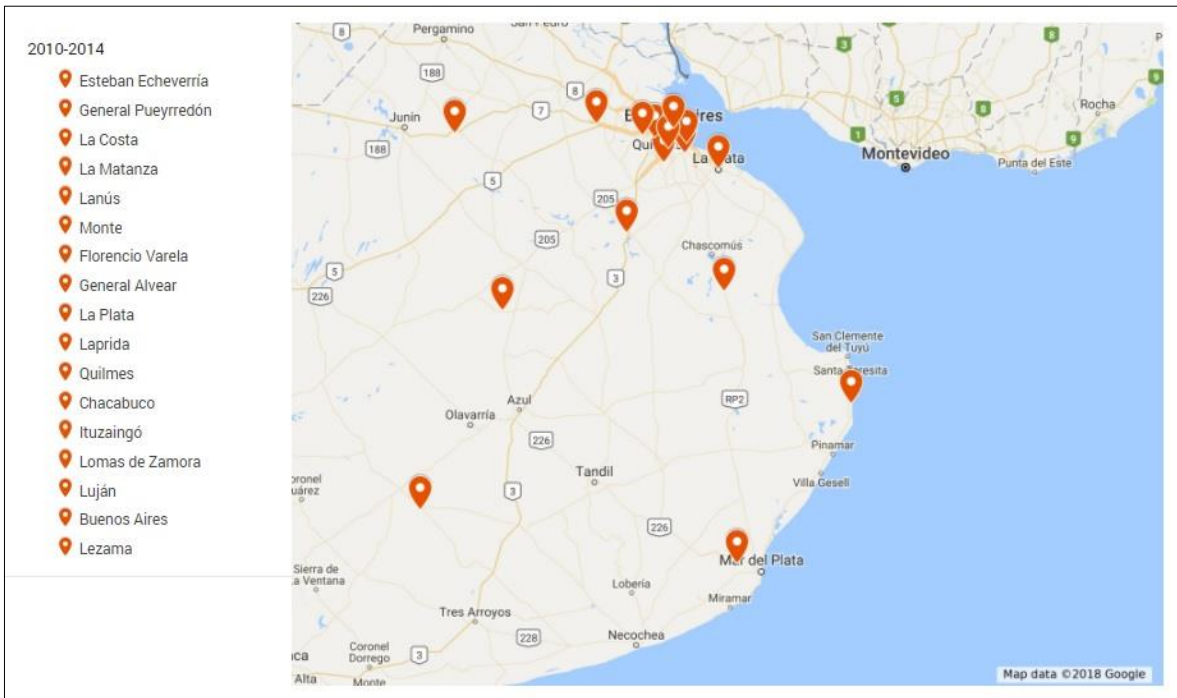
Mapa 2005 – 2009



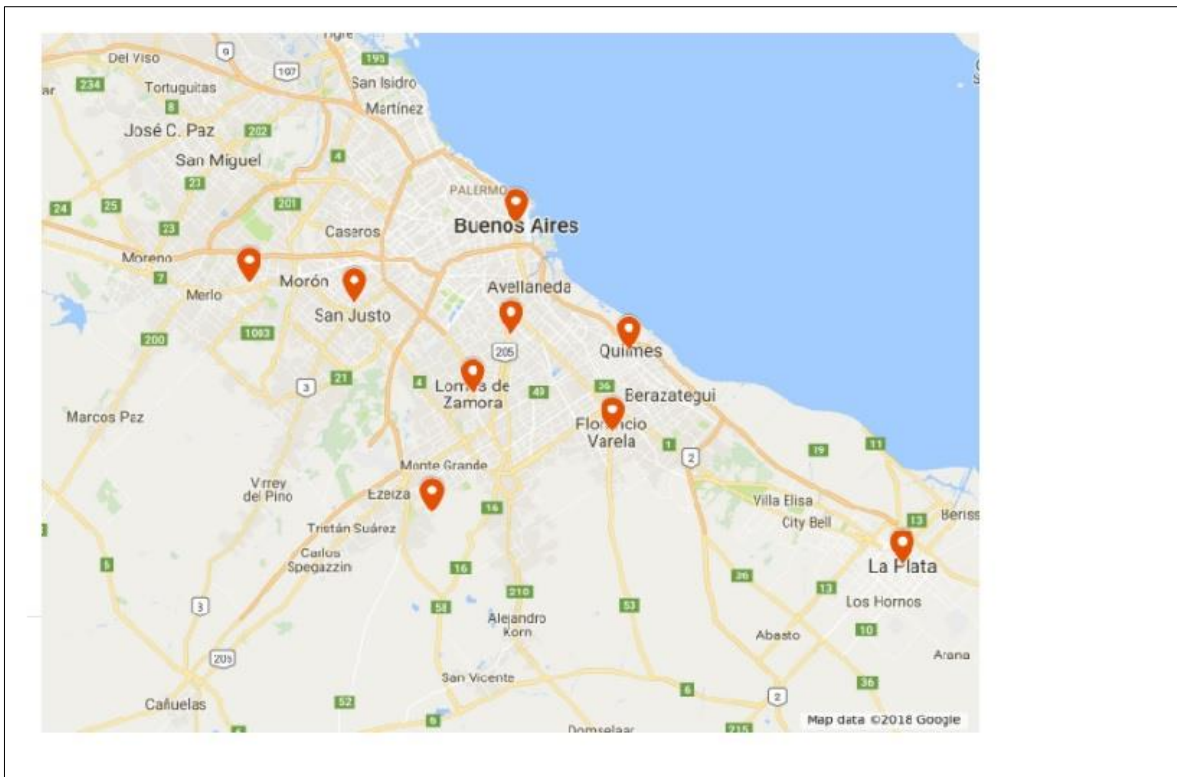
Mapa 2005 – 2009 zoom



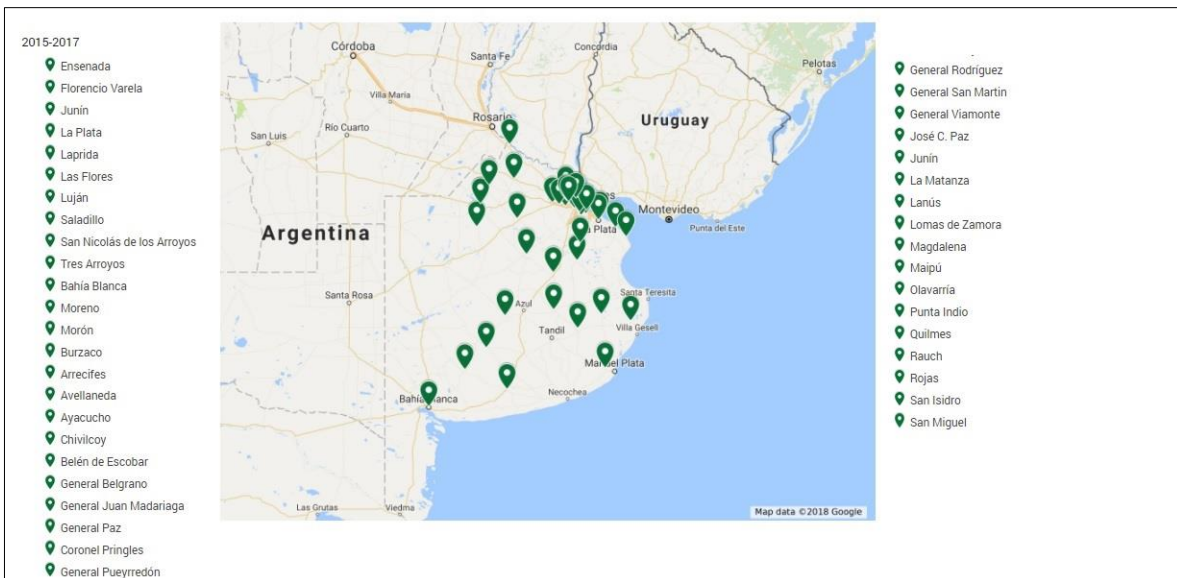
Mapa 2010 – 2014 general



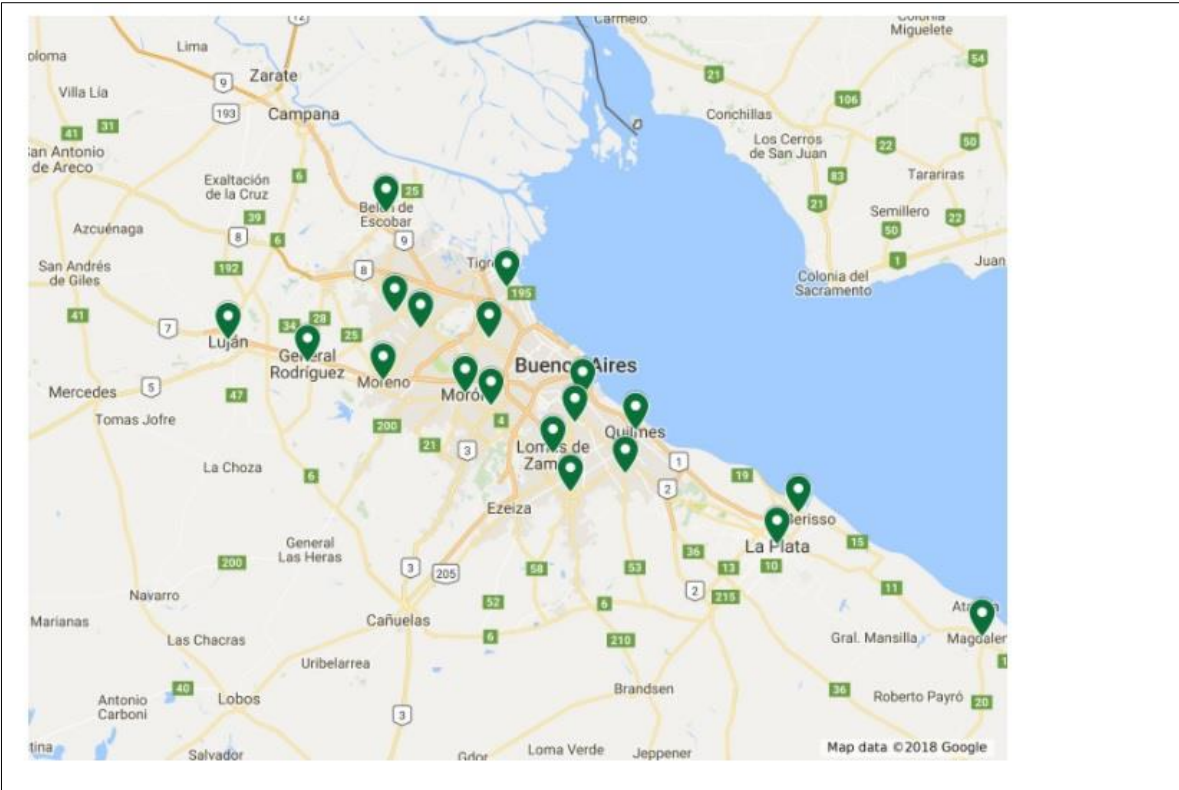
Mapa 2010 – 2014 zoom



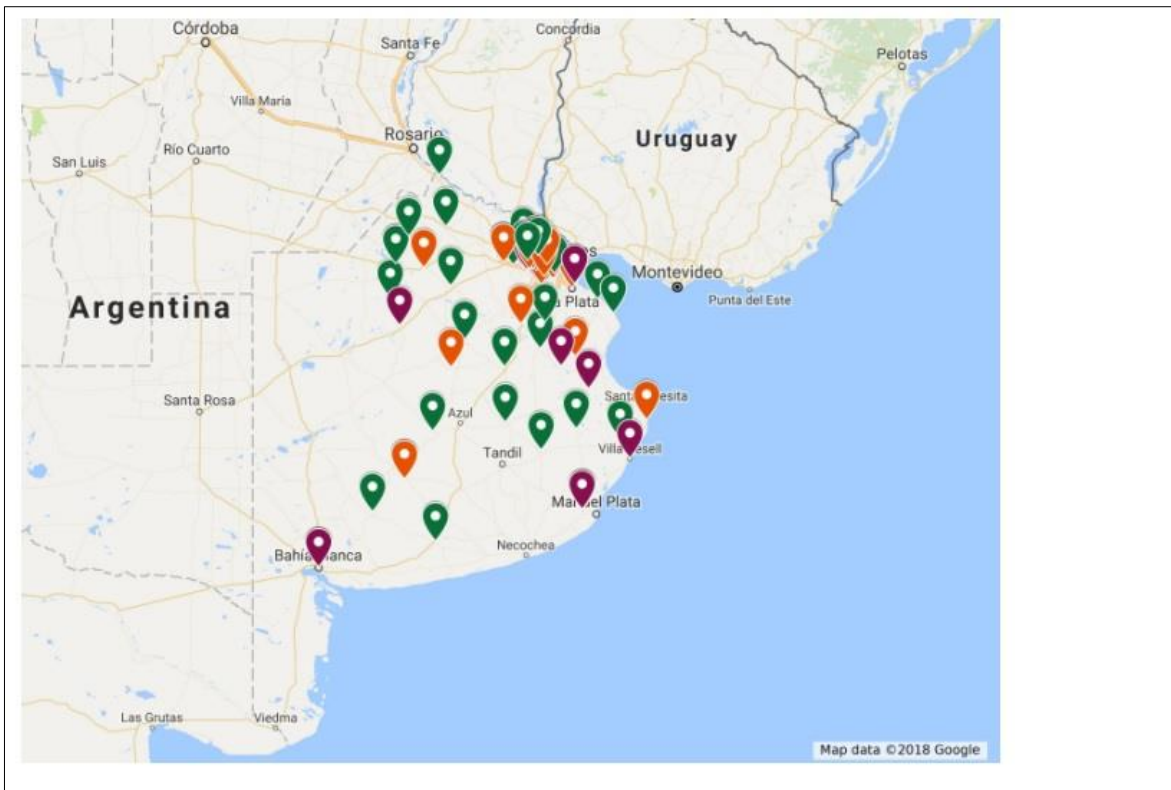
Mapa 2015 – 2017 general



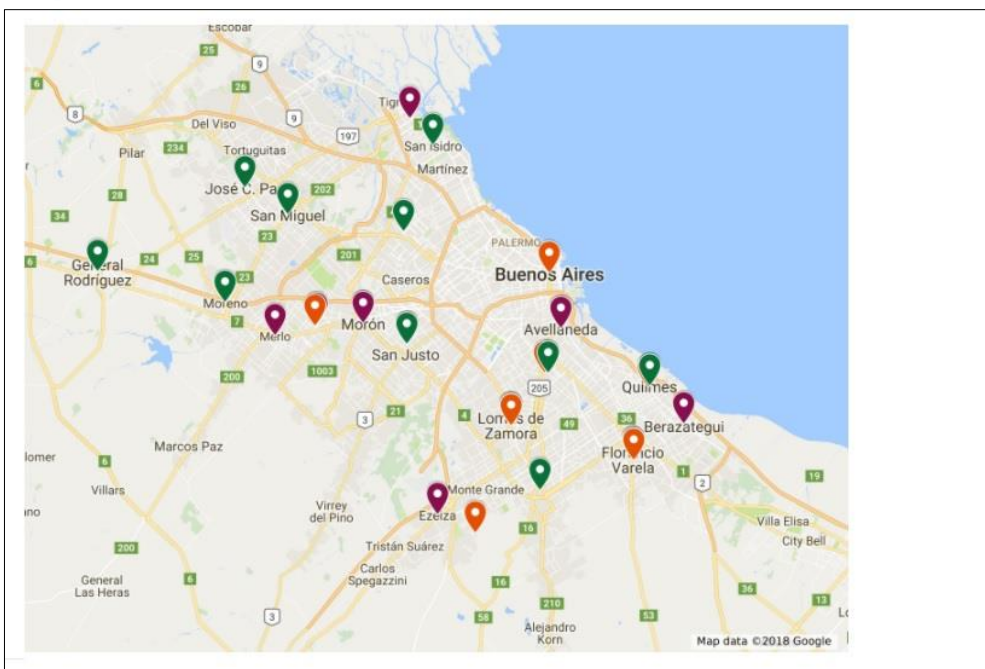
Mapa 2015 – 2017 zoom



Mapa general de todos los años



Mapa todos los años zoom



Anexos 10: Entrevistas

Cuadros de resultados de entrevistas a intervenidos

Preguntas de las entrevistas a los Intervenidos:

1) *¿Recuerda la intervención hecha por el equipo?*

-SÍ: ¿Cómo evaluaría dicha intervención? (si la respuesta es sí.)

La clasificaría como:

-Favorable (Sí)

-NO: (espacio para escribir) si la respuesta es no, responder cómo estuvo después del IC

2) *¿Han sido útiles las herramientas que le brindó el equipo?*

(en caso de que la respuesta sea sí):

¿Cuál de las herramientas brindadas le resultó de mayor utilidad?

NO (en caso de que la respuesta sea no):

¿Por qué no le parecieron útiles las herramientas que le brindó el equipo?

3) *¿Requirió hacer una consulta especializada?*

(Si la respuesta es sí):

¿Dónde y cuánto tiempo duró?

4) *Algún comentario más que quiera hacer.*

Análisis de las entrevistas a intervenidos

Preguntas	Objetivos	Resultados
<p>1) <i>¿Recuerda la intervención hecha por el equipo? En ese caso, ¿la consideraría favorable?</i></p>	<p>Mostrar, a través de los testimonios de los entrevistados, si consideran que la intervención del equipo de la Red PROSAMIC les ha sido favorable como destinatarios de las acciones.</p>	<p>Favorable: 19 No favorable: 0</p>
<p>2) <i>¿Han sido útiles las herramientas que le brindó el equipo? (en caso de que la respuesta sea sí): ¿Cuál de las herramientas brindadas le resultó de mayor utilidad? NO (en caso de que la respuesta sea no): ¿Por qué no le parecieron útiles las herramientas que le brindó el equipo?</i></p>	<p>Mostrar, a través de los testimonios de los entrevistados, si consideran que han sido útiles las herramientas brindadas por PROSAMIC en la intervención. Y a través de esta respuesta objetivar la respuesta a la pregunta 1.</p>	<p>Sí: 19 No: 0</p> <p>Herramientas tal como fueron referidas :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Folletos psicoeducativos: 5 -Técnicas de contención: 6 -Técnicas de respiración y manejo del estrés: 5 -Ayuda para el entendimiento de la situación padecida: 6 -Orientación/Sugerencias: 6 -Acompañamiento: 6 -Mediación con las

		<p>instituciones: 3</p> <p>-Un intervenido no recuerda el momento.</p>
<p>3) <i>¿Requirió hacer una consulta especializada?</i> <i>(Si la respuesta es sí):</i> <i>¿Dónde y cuánto tiempo duró?</i></p>	<p>Mostrar, a través de los testimonios de los entrevistados, si tras la intervención realizada por PROSAMIC han necesitado consultas especializadas. o si fueron referidos a tratamiento</p>	<p>Sí: 6</p> <p>No:13</p> <p>De las 6 respuestas positivas, 4 siguen asistiendo a trat. psicoterapéutico</p>
<p>4) <i>Algún comentario más que quiera hacer.</i></p>	<p>Poder enriquecer la entrevista con alguna observación espontánea de parte de los intervenidos.</p>	<p>-Más de 12 entrevistados se enfocaron en agradecer por la intervención del equipo.</p> <p>-Sólo un entrevistado no quiso agregar ningún nuevo comentario</p> <p>-Un comentario hizo énfasis en que "le hubiese gustado" que el equipo llegara antes al lugar.</p> <p>-Un comentario hace énfasis en las secuelas que aún se mantienen.</p> <p>-Un comentario hace</p>

		énfasis en la utilidad de la intervención para “la escuela”.
--	--	--

Cuadros de resultados de entrevistas a capacitados presenciales

Preguntas	Objetivos	Resultados
<p>1) Recuerda la capacitación recibida</p> <p>-SI: Cómo evaluaría dicha capacitación? (si la respuesta es sí): SI</p> <p>La clasificaría como:</p> <p>-Muy buena</p> <p>-Buena</p> <p>-Regular</p> <p>-Mala</p>	<p>Mostrar, a través de los testimonios de los entrevistados, la valoración personal que consideran sobre la capacitación del equipo de la Red PROSAMIC</p>	<p>Sí: 6</p> <p>No: 0</p> <p>-Muy buena: 6</p> <p>-Buena: 0</p> <p>-Regular: 0</p> <p>-Mala: 0</p> <p>-NO: 0</p>
<p>2) ¿Cuáles fueron las principales herramientas y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?</p>	<p>Mostrar, a través de los testimonios de los entrevistados, cuáles fueron las herramientas brindadas por PROSAMIC en la capacitación que consideraron más útiles en el desempeño de sus profesiones.</p>	<p>-Concepción de Incidente Crítico: 1</p> <p>-Prácticas de simulacro: 1</p> <p>-Guía IASC: 1</p> <p>-Herramientas de evaluación y registro: 1</p> <p>-Técnicas de Primera Ayuda Psicológica (PAP): 3</p>

		<p>-Principios Básicos de intervención: 3</p> <p>-Primeras acciones de respuesta: 1</p> <p>-Intervenciones en desastres masivos y en incidentes críticos con víctimas múltiples: 1</p> <p>-Factores de riesgo y protección: 1</p> <p>-Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes: 1</p> <p>-Comunicación social en situaciones de Emergencias y Desastres: 1</p> <p>-Protocolos internacionales sobre SMAPS en situaciones críticas y desastres: 3</p>
<p>3) <i>¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?</i></p>	<p>Destacar, a través de los testimonios de los entrevistados, si, tras su experiencia de capacitación, consideran que deba continuarse,</p>	<p>-Sí: 6 No: 0 Razones: -La continuidad de la</p>

	además de agregar nuevos contenidos	<p>práctica para lograr actuar con mayor eficiencia</p> <p>-Agregar la continuidad de simulacros</p> <p>-Para resolver nuevas interrogantes que surgen en la práctica.</p> <p>-La capacitación de PROSAMIC es diferente a la mirada clásica.</p> <p>-Para ampliar la importancia de la Salud Mental de Afectados en Incidentes Críticos.</p> <p>-La capacitación continua como elemento protector de la Salud Mental de los equipos de primera línea de intervención.</p> <p>-Para mejorar la capacidad de trabajar con personas que padecen este tipo problemáticas</p> <p>-Para mantener lo aprendido.</p>
--	-------------------------------------	--

<p>4) <i>¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?</i></p>	<p>Identificar, a través de sus testimonios, si la capacitación les aportado una manera diferente de abordar los Incidentes Críticos</p>	<p>-Sí: 6 -No: 0</p> <p>Razones:</p> <p>-El subrayar qué manifestaciones son esperables y cuáles no y esto ser trasmitido a las personas y familiares que estén atravesando ese momento baja los niveles de tensión en la red socio familiar.</p> <p>-La concepción en salud que conlleva.</p> <p>-Las herramientas para ampliar la dimensión del impacto en la salud mental de la población afectada en situaciones de emergencias y desastres, como así también a los integrantes de los equipos de respuesta.</p> <p>-El abordaje con una perspectiva de salud comunitaria, a diferencia de la formación psicológica tradicional que enfatiza el</p>
---	--	---

		<p>abordaje por la palabra, más enfocado en lo psicopatológico e individual.</p> <p>- Ahora incluyo en todas las capacitaciones de emergencias las enseñanzas del equipo PROSAMIC</p>
--	--	---

Cuadro de resultados de entrevistas a capacitados virtuales

Preguntas	Objetivos	Resultados
<p>1 <i>¿Recuerda la capacitación recibida?</i></p> <p><i>Si la respuesta es: SÍ:</i></p> <p><i>¿Cómo evaluaría dicha capacitación?:</i></p> <p><i>-Muy buena</i></p> <p><i>-Buena</i></p> <p><i>-Regular</i></p> <p><i>-Mala</i></p> <p><i>-Muy mala</i></p>	<p>Mostrar, a través de los testimonios de los entrevistados, la valoración personal que consideran sobre la capacitación del equipo de la Red PROSAMIC</p>	<p>-Muy buena: 7</p> <p>-Buena: 3</p> <p>-Regular: 0</p> <p>-Mala: 0</p> <p>-Muy mala: 0</p>
<p>2 <i>¿Cuáles fueron las principales herramientas, conocimientos y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?</i></p>	<p>Mostrar, a través de los testimonios de los entrevistados, cuáles fueron las herramientas brindadas por PROSAMIC en la capacitación que consideraron más útiles en</p>	<p>-Intervención inmediata en Incidentes Críticos: 2</p> <p>-Primera Ayuda Psicológica (PAP): 5</p> <p>-Características de un</p>

	el desempeño de sus profesiones.	<p>Incidente Crítico: 1</p> <p>-Trabajo en equipo: 4</p> <p>-Triage: 1</p> <p>-Abordaje inicial: 1</p> <p>-La salud mental en la emergencia: 1</p> <p>-Respuestas naturales antes eventos adversos: 1</p> <p>-Cuidado de la propia salud: 1</p> <p>-Principios básicos de intervención en Incidente Crítico: 1</p> <p>-Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: 1</p> <p>-Elaboración de registros (EDAN): 1</p> <p>-Asistencia a cada grupo etario: 1</p> <p>-Valoración del riesgo: 1</p>
--	----------------------------------	--

<p>3 <i>¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?</i></p>	<p>Destacar, a través de los testimonios de los entrevistados, si, tras su experiencia de capacitación, consideran que deba continuarse, además de agregar nuevos contenidos</p>	<p>-Sí: 10 -No: 0</p> <p>Razones:</p> <p>-Las carencias en nuestro proceso de formación: 2</p> <p>-La mejora en la atención de situaciones de emergencias y desastres: 3</p> <p>- Los simulacros pueden ser una buena herramienta para continuar periódicamente: 1</p> <p>-Habría que realizar evaluaciones periódicas para medir el nivel de aprendizaje de las herramientas por parte de los alumnos: 2</p> <p>-La continuidad de los desastres amerita capacitación constante: 2</p>
<p>4 <i>¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes</i></p>	<p>Identificar, a través de sus testimonios, si la capacitación les aportado</p>	<p>-Sí: 10 -No: 0</p>

<p><i>Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?</i></p>	<p>una manera diferente de abordar los Incidentes Críticos</p>	<p>Razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tener más conciencia sobre los IC y además contar con más herramientas para el abordaje. - Más profundidad y detalle. -La experiencia de capacitación me ha ayudado a ver una dimensión de los IC que no conocía en sus amplias consecuencias. -La inclusión de la salud mental y el apoyo psicosocial como herramientas para el abordaje -Tener en cuenta el punto de vista de la salud mental.
---	--	---

Entrevistas a Directores

Preguntas presentadas a los Directores:

1) <i>¿Cuáles han sido los principales aportes de la participación de la Red PROSAMIC en el área a su cargo?</i>
2) <i>Después de las intervenciones realizadas por la red, ¿tiene registro de la solicitud de capacitaciones en herramientas para la protección de la salud mental en emergencias y desastres?</i>
3) <i>Luego de las capacitaciones impartidas, ¿el personal capacitado solicitó nuevos procesos de formación para profundizar en los contenidos dictados por PROSAMIC?</i>
4) <i>¿Ha notado algún cambio de parte de su equipo en el abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación? ¿Podría describirlo?</i>

Primer director entrevistado

Respuestas:

1) Tener a disposición un grupo de profesionales tanto para enfrentar situaciones extremas a las víctimas como para permitir y facilitar la acción de los médicos en las misiones realizando una contención de los familiares y a los mismos pacientes facilitando el su accionar, como por ejemplo en el traslado de los pacientes de San Rafael donde estuvieron presentes con la primera avanzada en el *triage* conteniendo a los familiares y a las víctimas para que se puedan realizar las categorizaciones de los pacientes a trasladar.
 Cumplir tareas de capacitación en el plan de implementación de la remodelación de guardia y aplicación de *triage* así como también en las capacitaciones de implementación del SAME Provincia donde sus aporte son para enseñarles a los médicos a poder afrontar situaciones conflictivas en guardia y en la calle.
 Y desde ya la gran predisposición para cualquier situación individual donde fueron requeridas en cualquier rincón de la Provincia de Buenos Aires para sostener y atender tanto a familiares como víctimas de situaciones extremas. Como así también para contener a nuestro personal después de afrontar situaciones traumáticas a los que se enfrentaron en la atención de las situaciones de emergencias con las que se trabaja día a día

2) Sí, una vez hechas las capacitaciones en los hospitales y en las implementaciones de los SAME Provincia se han recibido pedidos de ampliación de esa capacitación ya que muchas personas desconocen este aspecto de las situaciones traumáticas y sólo se enfocan a la atención de las heridas graves.

3) Ídem respuesta 2

4) Sí, se ha notado en principio que la gente empieza a tener presente ese aspecto del trauma que antes no tenía, mejora la contención de la situación hasta la llegada de los profesionales encargados del PROSAMIC. Por otro lado aumento la demanda de su intervención por la mayor identificación de casos que antes no ocurría

5) El inconveniente no es del equipo PROSAMIC sino que está asociado a las grandes distancias que se deben abordar en la provincia, lo cual condiciona los tiempos de llegada o que muchas veces por teléfono no se puede identificar la magnitud del problema y se desestima su accionar.

6) En realidad no cambio mucho mi perspectiva ya que yo ya venía con la idea del trabajo en conjunto de la patología trauma puramente médica y el trauma Psicológico tanto para los pacientes, familiares y el equipo médico que atiende el trauma.
No hace muchos años que tomé conciencia de esto y que empecé a interiorizar sobre este aspecto del trauma que aún es desconocido en gran parte de los equipos médicos de atención de trauma y la importancia de su implementación.
Yo comencé a ver los resultados y su importancia después de ver las consecuencias en el equipo de catástrofes al cual yo pertenecía después de la tragedia de once y los cambios que se pudieron lograr junto a una mejoría significativa en cuanto a lo psicológico en nuestro equipo, después de que muchos de ellos habían quedado con secuelas por las imágenes a las que se tuvieron que enfrentar.

Segundo director entrevistado

1) La decisión de vincular la Red SIES con el PROSAMIC, paso diferentes momentos, esperables dentro del significado de vincular personas e instituciones con algunos objetivos diferentes (de manera aparente) y encontrar/desarrollar los comunes.
Somos conscientes de las dificultades de vincular a los integrantes de los equipos de acción médica de emergencias y catástrofes, que generalmente miran de costado a los equipos de salud mental pensando que no hay lugar para ellos, donde ellos están participando. Lentamente con la capacitación mutua, el conocimiento interpersonal y la planificación estratégica se logró empezar a vincularnos y lograr que la respuesta fuera superior a la suma de las individualidades.

Diría que esto fue uno de los principales aportes de las dos redes trabajando en 3 áreas bien definidas:

1. la capacitación de agentes de los diferentes centros de salud para que puedan acompañar a las víctimas de situaciones traumáticas y también encontrar herramientas que los protejan como potenciales agentes/pacientes.
2. La participación en situaciones de catástrofes y emergencias de víctimas múltiples, junto al sistema de respuesta regional
3. La atención de los agentes de salud participantes de estos eventos, con vista a la prevención del stress postraumático

2) Varias fueron las intervenciones de la red, muy exitosas, mostrando un cambio importante en la evolución psicológica de los diferentes protagonistas primarios, secundarios y colaterales de eventos traumáticos, la red además continuaba en contacto, vinculaba a los pacientes con los agentes de la especialidad de los lugares cercanos al domicilio, donde generalmente ya se había capacitado a diferentes agentes del lugar y si no se realizaba una capacitación a propósito de la situación vivida.

3) El personal de SIES estaba en comunicación permanente con la red PROSAMIC, y realizábamos programadamente, charlas debriefing y demás estrategias donde había acciones que se tomaban inmediatamente después del evento con ejercicios para disminuir el stress y escucha de los diferentes problemas y situaciones de impacto que sufrían los que participaban y luego se programaban reuniones más alejadas y se atendían también de manera individual en base a lo que ellos detectaban

4) El cambio fue notable para la gran mayoría, la tendencia en estas situaciones de deshumanizar a los pacientes, planteos técnicos de triage de decidir quién se atiende primero y quién no y una serie de situaciones comunes que vivimos todos aquellos que nos dedicamos a esta parte de la medicina, el contacto con la red PROSAMIC nos brindó notables mejoras en la calidad de atención humanizar a los pacientes y familiares, entenderlos y conocernos vulnerables y que esto no nos pasaba sin dejarnos cicatrices pero que junto al PROSAMIC podíamos tomar acciones que nos hacían sentirnos mejor

5) Aportes los descriptos arriba, sumado a que en varios simulacros practicamos la participación directa de la red en la recepción de familiares, identificación de víctimas eso todos lo vivimos como un progreso muy positivo y terminamos siempre trabajando en conjunto y cada

intervención mejoraba más las relaciones interpersonales, entendiendo mejor que papel desarrollábamos cada uno y como nos complementábamos.

6) El modelo organizacional de redes, se desarrolla como modelo no-jerárquico sino vinculante y contractual, que funciona conservando la autonomía de los que la integran, generando vínculos solidarios entre los que la componen. (OPS, 1998)

Tampoco debe interpretarse al modelo de red como una telaraña, sino como formas de articulación multicéntricas de diferentes nodos entre sí donde cada uno conserva su propia identidad. O sea que al articular heterogeneidades nadie pierde su identidad, pero se entrelaza para complementarse y obtener productos que difieren de la suma de sus individualidades. (Rovere, M. 2000). Queda claro que pese a impresionar que las conexiones de la red deban ser interinstitucionales, en realidad terminan siendo siempre conexiones interpersonales. La psicología social dedicada al estudio de la dinámica grupal como modelo vinculante interpersonal, descubre en su análisis que los sujetos además de conformar grupos, forman redes como sistema de vinculación. La concepción de sistemas tiende a homogeneizar las cosas más heterogéneas.

La lógica de redes en cambio, no homogeniza sino que asume y respeta la autonomía institucional, permitiendo imaginar heterogeneidades organizadas (emergencias médicas y Red PROSAMIC), hecho que resulta especialmente atractivo al visualizar la posibilidad de implementación en un sistema de salud híper-fragmentado como el argentino. Esto significa que frente a las situaciones de crisis u amenazas (en la memoria social) se recurre al sistema de concentración de poder para poder enfrentarla, dando como consecuencia una homogenización del sistema. Pero si esta internalizada la lógica de funcionamiento en red, permite tener respuestas flexibles, adaptables y más rápidas frente a la nueva demanda de la gente. Esta lógica de redes, no sólo sirve para vincularse hacia afuera, sino que establece mayores alternativas de vínculo intra-institucional (red interna)

A partir de que la gente o la institución funcionan en red, se produce un vínculo solidario, que es una de las bases que sostienen a la lógica de red.

Creando un principio físico donde nada que ocurra en un nodo le es ajeno a otro nodo que la integra y que es solidario con el primero. O sea que se puede deducir, que una red es una unidad de vínculos donde la unidad básica es la interpersonal.

Por esto en las redes formales como en las informales hay un primer momento donde el otro casi no existe y se lo vive como una amenaza de perder su individualidad, se requieren de estrategias y tiempos para ir incorporando a los otros y al mismo tiempo verse reflejado en el otro.

3. Tercer director entrevistado

1) Cabe destacar que durante mi gestión fueron los inicios de la Red PROSAMIC, por lo tanto los aportes los dividiría en dos áreas. En primer lugar el aporte al conocimiento en los sistemas de

emergencias de la provincia, realizando un cambio de paradigma en el abordaje de los incidentes críticos y la salud mental. Por otra parte, el aporte brindado en cada intervención de incidentes con víctimas múltiples donde se demostró la importancia de tener un equipo especializado.

2) Volviendo al punto anterior, los inicios del PROSAMIC, las solicitudes de herramientas fueron creciendo a través de los años. En su momento, no se llevaron registros de las solicitudes en la provincia.

3) Sí, luego de cada capacitación o intervención se solicitaban herramientas y capacitaciones para el personal, ya sean grupos de intervención de ambulancias o equipos específicos que requerían la formación específica.

4) Existe un antes y un después del PROSAMIC, y también en los lugares donde los equipos recibieron algún tipo de formación. EL principal cambio se ha dado por el comentario de los equipos de intervención sanitaria. Antes existía un desconocimiento absoluto de cómo tratar a las víctimas, generalmente caracterizado por el desborde emocional de ellas y de los equipos de intervención. La capacitación logró que la contención de víctimas, familiares y el entorno pudieran realizarse con seguridad y serenidad utilizando las herramientas correctas en el manejo de la salud mental en estos incidentes críticos logrando minimizar los daños y los tiempos de organización de escenarios complejos.

5) El aporte más importante fue la posibilidad de organización inicial y el manejo de situaciones que el equipo de salud no estaba formado para enfrentarlas. El inconveniente continúa siendo la necesidad de que cada municipio aporte equipos para que se formen e integren la red.

6) El trabajo con PROSAMIC significó sin dudas el reconocimiento de la Salud mental en las Emergencias, a modo de ejemplo puedo referir la realización de encuestas en los diferentes cursos de emergencias (hoy no están en nuestro poder) en las cuales notamos el gran porcentaje del equipo de salud que sufrió algún episodio de estrés post-traumático durante su trabajo en las ambulancias o guardias hospitalarias. Por eso es que cuando desarrollamos la Tecnicatura de Emergencias Sanitarias y Desastres a nivel universitario, la materia de Psicología en Emergencias tuvo perfil propio (desarrollada por integrantes del PROSAMIC) y no es dictada

por miembros de la cátedra de Psicología General. También entendimos la necesidad de entrenar al equipo de salud en lo atinente al manejo de las “malas noticias” en la relación médico-paciente y médico-familia articulando con la experiencia realizada en forma conjunta con el PROSAMIC.

Cuarto director entrevistado

1) Me he desempeñado en varios cargos públicos desde que la red se puso en funcionamiento el principal aporte ha sido a mi parecer la concientización en los servicios de Emergencias de la importancia que tiene la intervención temprana del equipo de Salud Mental en los diferentes tipos de incidentes críticos y esto llevo al interés de los diversos actores que intervienen en estos casos al perfeccionamiento individual y de los equipos locales.

2) En verdad no tengo presente un registro del número de Capacitaciones realizadas pero desde mi desempeño como Director Nacional de Emergencias se realizaron múltiples capacitaciones en todo el territorio nacional, para posteriormente cuando ejercí la presidencia de la comisión Cascos Blancos esta metodología de trabajo y estas herramientas fueron presentadas y desarrolladas en varios países de Latinoamérica.

3) No sólo eran solicitadas nuevas capacitaciones sino que se actuaba como un programa de educación continua y de análisis de nuevos paradigmas en la medida que iban aumentando los equipos atraídos por el desarrollo de la temática desarrollada.

4) Los cambios han sido notables no solo por la conformación de equipos preparados sino también por la velocidad de respuesta en los casos de emergencias con el posterior seguimiento post evento, estos cambios generaron una mejor contención y manejo de las situaciones críticas, se pudo aumentar el número de respondedores rápidos de acuerdo a los perfiles seleccionados y a los diferentes actores que intervienen se los entreno y acompaño en las distintas situaciones.

5) Los aportes han sido enumerados en párrafos anteriores y han sido sus beneficios innumerables sin fisuras y con un gran compromiso en todas las aristas con las que fue concebida la Red, el principal inconveniente que hemos tenido es la escasa financiación, muchas

veces hicieron que no se pueda cumplir con la urgencia que ameritan estas situaciones en lo referente a la respuesta y otras en la desfinanciación de la programación de actividades de capacitación, discontinuando el proceso de aprendizaje/actualización continua.

6) En lo que respecta a si ha existido algún cambio en el pensamiento mío, debo decir que no ya que hemos creído desde siempre en los procesos de la salud mental en las intervenciones desde la óptica de la Emergencia, si ha superado ampliamente las expectativas que teníamos puesto en esta tarea y esto se debió al esfuerzo, compromiso y dedicación de aquellos que hicieron realidad la incorporación de la Salud Mental a la gestión de riegos y desastres.

Entrevistas a los capacitados presenciales:

Preguntas de las entrevistas a capacitados:

1)

Evaluación de impacto de la capacitación: (para tildar)

Recuerda la capacitación recibida

-SI: Cómo evaluaría dicha capacitación? (si la respuesta es sí): SI

La clasificaría como:

-Muy buena

-Buena

-Regular

-Mala

-NO: (espacio para escribir) si la respuesta es no preguntar cómo estuvo después del IC.

2) *¿Cuáles fueron las principales herramientas y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?*

3) *¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?*

4) *¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?*

Capacitado N°1

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Tanto herramientas como protocolos brindados por la red todas son útiles. En relación a lo médico y las fundamentaciones fisiopatológicas que se producen, las reacciones esperables, el trabajo comunitario, la organización de los equipos intervinientes, el trabajo posterior para disminuir el estrés en dichos equipos.

3) Sí, el proceso de capacitación debería ser continua y con simulacros donde se interactúe con otros interventores intersectoriales, ya que solo con mucha práctica se logra actuar con mayor eficiencia ante una situación de incidente crítico y el estrés que normalmente nos provoca a nosotros estas situaciones.

4) Sí, absolutamente. Primero porque con medidas inespecíficas pero con herramientas concretas de acción todas las personas podemos actuar en un incidente crítico. Y el subrayar que manifestaciones son esperables y cuales no y esto ser transmitidos a las personas y familiares que estén atravesando ese momento baja los niveles de tensión en la red socio familiar.

Capacitado N° 2

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Toda la concepción de Incidente Crítico desde la mirada comunitaria

3) Considero que la capacitación debiera ser continua y en servicio porque siempre van surgiendo interrogantes a través de la práctica y el cambio de mirada que propone la Red como el tema específico que aborda, no es abordado en las capacitaciones clásicas y se desconoce

cómo actuar en una situación crítica

4) Sí, claramente la concepción en salud que conlleva la forma en que abordan el tema y la respuesta ante las situaciones críticas

Capacitado Nº 3

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Todos los conocimientos recibidos en la capacitación fueron de suma utilidad, menciono algunos de ellos. Del mismo modo agrego que prácticas como simulacros resultaron ser de gran beneficio para la formación.

-Guía IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial.

-Herramientas de evaluación y registro. Evaluación de daños y análisis de necesidades en Salud Mental (EDAN-SM).

-Técnicas de primera ayuda psicológica (P.A.P).

-Principios básicos de intervención, primeras acciones de respuesta.

-Intervenciones en desastres masivos y en incidentes críticos con víctimas múltiples.

-Factores de riesgo y protección.

-Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes.

-Comunicación social en situaciones de Emergencias y Desastres.

3) Sí. Lo considero necesario para estar actualizados, para ampliar la importancia de la prevención de la Salud Mental de afectados en Incidentes Críticos, continuar perfeccionando el trabajo como parte del equipo de respuesta.

4) Sí. La capacitación brindó variadas herramientas para ampliar la dimensión del impacto en la salud mental de la población afectada en situaciones de emergencias y desastres, como así también a los integrantes de los equipos de respuesta, en la búsqueda de reducción del riesgo y prevención.

Capacitado Nº 4

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Dado mi desempeño profesional en un hospital especializado de Oncología, me resultaron sumamente enriquecedoras todas las herramientas para la protección de la salud mental de los equipos asistenciales para replicarlas con mis compañeros de trabajo.
El acceso a protocolos internacionales sobre SMAPS en situaciones críticas y desastres me permitió aplicar alguna de esas directivas en el acompañamiento a pacientes oncológicos y familiares y darle un marco normativo a un conocimiento no formalizado que surgía de la práctica profesional hospitalaria.

3) Creo que el proceso de capacitación continua permite enriquecer y actualizar los contenidos aprendidos, que pueden ser analizados a la luz de las intervenciones concretas realizadas por los equipos. A la vez, la capacitación continua consolida la Red, que creo es en sí misma, el instrumento más valioso que surge del dispositivo de formación. Y fundamentalmente, la capacitación continua es un elemento protector de la salud mental de los equipos de primera línea de intervención.

4) Sí, sobre todo en el abordaje de las situaciones de grandes desastres, en dónde la formación psi tradicional enfatiza el abordaje por la palabra, más enfocado en lo psicopatológico e individual. El abordaje con una perspectiva de salud comunitaria, de búsqueda activa de los afectados, desde un trabajo que hace hincapié en su dignidad y bienestar, trabajando articuladamente, en equipo, con los diversos actores que intervinientes, son algunos de los aspectos diferentes que aprendí en este proceso

Capacitado N°5

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Mi trabajo como bombero hace que necesariamente esté expuesto a situaciones límite. Dentro de las principales herramientas puedo mencionar los protocolos internacionales impartidos en su formación para el abordaje de la salud mental. No puedo mencionar exactamente los nombres –la capacitación fue en el 2007- pero recuerdo las acciones que debo ejercer en forma de protocolo.

3) La capacitación siempre es importante para poder actuar en todo tipo de problemas. Por mi profesión cotidianamente vivo situaciones límite, debiendo tratar con personas alteradas, que viven en una sociedad cada día más violenta. Por tener un trato directo, para poder entender y ayudar a estas personas, considero que en mi caso es de gran importancia capacitarme en este tipo de problemáticas.

4) Sí, percibo un cambio en forma de abordar las situaciones. Lo aprendido me permitió trabajar con un menor víctima de robo y con un joven en estado de emoción violenta por abuso de alcohol: en ambos casos pude, aplicando algunas herramientas del curso, dominar la situación, actuar con calma, entenderlos y transmitirles tranquilidad.

Capacitado 6

1) Sí. Muy buena.

2) La Primera Ayuda Psicológica y los Principios Básicos de Intervención

3) Sí, para mantener lo aprendido

4) Ahora incluyo en todas las capacitaciones de emergencias las enseñanzas del equipo PROSAMIC

Entrevistas a los capacitados del Curso Virtual "Emergencias y Desastres, Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial", 2014.

Evaluación de impacto de la capacitación:

2) ¿Recuerda la capacitación recibida?

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Sí
Entrevistado 2	Sí
Entrevistado 3	Sí
Entrevistado 4	Sí
Entrevistado 5	Sí
Entrevistado 6	Sí
Entrevistado 7	Sí
Entrevistado 8	Sí
Entrevistado 9	Sí

Entrevistado 10	Sí
-----------------	----

1.1) Si la respuesta es: **sí**: ¿Cómo evaluaría dicha capacitación?:

La clasificaría como:

-Muy buena

-Buena

-Regular

-Mala

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Muy buena
Entrevistado 2	Muy buena
Entrevistado 3	Muy buena
Entrevistado 4	Buena
Entrevistado 5	Muy buena
Entrevistado 6	Muy buena
Entrevistado 7	Muy buena
Entrevistado 8	Buena
Entrevistado 9	Muy buena
Entrevistado 10	Buena

2) ¿Cuáles fueron las principales herramientas, conocimientos y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	-Intervención inmediata en Incidentes Críticos -Primera Ayuda Psicológica (PAP) -Características de un Incidente Crítico -Cómo aplicar todo lo aprendido.
Entrevistado 2	-Trabajo en equipo, capacitación pertinente, dificultades interinstitucionales.
Entrevistado 3	-Triage -Abordaje inicial -La salud mental en la emergencia
Entrevistado 4	-Trabajo en equipo. -Primera ayuda psicológica. -Respuestas naturales antes eventos adversos.
Entrevistado 5	-Trabajo en equipo y bajo coordinación, voluntariado. -Cuidado de la propia salud.

	-PAP.
Entrevistado 6	-Primera Ayuda Psicológica. -Aspectos técnicos de las intervenciones y el trabajo en equipo.
Entrevistado 7	-Diagnósticos, procedimientos, seguimientos.
Entrevistado 8	-Principios básicos de intervención en Incidente Crítico. -Ayuda psicológica/Apoyo psicosocial en emergencias y desastres.
Entrevistado 9	-Elaboración de registros (EDAN) -Asistencia a cada grupo etario. -Valoración del riesgo.
Entrevistado 10	-Primera ayuda psicológica. -Atención de las personas más vulnerables. -Atención luego del desastre.

3) *¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Creo que estas capacitaciones son siempre necesarias porque existen grandes carencias en nuestro proceso de formación.
Entrevistado 2	Es una información muy valiosa para poder atender las situaciones de emergencias y desastres. Por ello creo que es aporta mucho a nuestras labores.
Entrevistado 3	Creo que un proceso de capacitación es bueno para todos los que participamos en emergencias.
Entrevistado 4	El curso me ayudó a entender nuevas formas de hacer el abordaje. Y la modalidad definitivamente fue muy útil.
Entrevistado 5	¡Completamente necesario! Mientras más capacitación más apto estaré para los eventos en que sea necesario aplicar las herramientas de salud mental y apoyo psicosocial.
Entrevistado 6	Creo que es importante continuar con estos procesos en otras instancias. Los simulacros pueden ser una buena herramienta para continuar periódicamente.
Entrevistado 7	Habría que realizar evaluaciones periódicas para medir el nivel de aprendizaje de las herramientas por parte de los alumnos.

Entrevistado 8	Desde mi opinión, es necesaria. Mantener los conocimientos al día debe ser resultado de un proceso continuo. Sobre todo en estas materias tan sensibles.
Entrevistado 9	Creo que la formación estuvo bastante completa, y que debería extenderse no solo en el tiempo sino en la cantidad de personal formado. Todos deben participar de estas herramientas.
Entrevistado 10	Los desastres siempre ocurren así que es importante mantener en formación continua. ¡Este curso nos brinda nuevas herramientas que siempre podemos usar!

4) *¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Sí. La capacitación me sirvió para tener más conciencia sobre los IC y además contar con más herramientas para el abordaje.
Entrevistado 2	Aunque ya tenía ciertos conocimientos del tema, no puedo negar el aporte realizado por el curso a mi mirada sobre los IC. Más profundidad y detalle.
Entrevistado 3	Como personal que actúa en emergencias, este curso me ha ayudado a tener una mirada más aguda sobre las consecuencias de los IC y qué podemos hacer para cuidar al afectado y a nosotros mismos.
Entrevistado 4	Sí. La experiencia de capacitación me ha ayudado a ver una dimensión de los IC que no conocía en sus amplias consecuencias.
Entrevistado 5	Sí. Agradezco mucho este proceso de formación porque nos ha hecho entender la complejidad de los IC y la necesidad de abordarlos bien para evitar mayores consecuencias.
Entrevistado 6	Para mí significó una nueva forma de ver y abordar los IC. Las herramientas brindadas me parecen muy útiles para el abordaje.
Entrevistado 7	Fue un aporte a mi mirada que estaba volcada a otros aspectos de los IC.
Entrevistado 8	La inclusión de la salud mental y el apoyo psicosocial como herramientas para el

	abordaje son sin duda un aspecto determinante para el cambio de mi "mirada" en el trabajo profesional.
Entrevistado 9	En mi trabajo en emergencias he logrado tener una relación diferente con los abordajes de los IC. Tengo en cuenta las consecuencias que pueden acarrear un mal abordaje en el momento agudo
Entrevistado 10	Desde el punto de vista de la salud mental ha sido un cambio en mi manera de entender el abordaje.

Como preguntas más específicas de la dinámica de formación del curso virtual, agregamos las siguientes preguntas:

1) *¿Las lecturas y actividades planteadas le permitieron analizar de manera crítica y reflexiva la temática del curso?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	La bibliografía me pareció adecuada y en los videos podía observarse claramente mucho de los conceptos dados
Entrevistado 2	La bibliografía abrió nuevos caminos que permitieron incorporar elementos que ayuden a modificar estrategias de intervención incluyendo la SM.
Entrevistado 3	El material bibliográfico estaba bastante claro, y los videos ayudaron mucho.
Entrevistado 4	El material fue rico, claro y pude capitalizarlo para mi tarea
Entrevistado 5	Trabajar sobre un IC que ocurriera en nuestra localidad hizo posible articular y reconocer la gran cantidad de acciones posibles.
Entrevistado 6	Encontré coherencia y pertinencia de contenidos.
Entrevistado 7	En los foros se aclararon y ampliaron los conceptos leídos y visionados. Muy bien
Entrevistado 8	Sí, ya que las preguntas orientadoras junto con el material de los videos permitían realizar una articulación crítica
Entrevistado 9	Me gustaría tener una referencia bibliográfica más específica (en algunos casos figuraba el nombre de los capítulos,

	pero no del libro ni el año)
Entrevistado 10	La lectura amplió el horizonte que tenía en esta materia, tanto con conceptos nuevos como con contenidos que son aplicables a esta temática

2) *¿Podría indicar algunos aprendizajes/ideas surgidos del intercambio en los foros?*

Entrevistas:	Respuestas:
Entrevistado 1	El intercambiar conceptos e inquietudes con diferentes compañeros, colegas, amigos, nos permite conocer otras vivencias y ampliar nuestro marco de referencia para poder encarar situaciones y eventos con otra perspectiva.
Entrevistado 2	El entusiasmo que se genera y la motivación de los tutores y compañeros. El foro te da seguridad y fortaleza para seguir adelante.
Entrevistado 3	Fundamentalmente me replantee el concepto de resiliencia, lo tomaba como algo innato con poca influencia cultural, prácticamente inmutable y eso que tengo claro que la personalidad cambia, pero evidentemente no manejaba el concepto; luego el trabajo con juegos con los chicos, es básico, porque sabemos en la clínica que un niño que no juega es un niño enfermo, pero en este contexto no había pensado una propuesta tan simple para ayudarlos; luego, la temática del trabajo en equipo sugerida en algunas actividades, si bien estoy acostumbrada a trabajar en equipo en otras áreas, quizás por haber trabajado sola en la temática, es como que lo había incorporado y con ello el no cuidarme obviamente.
Entrevistado 4	Conocer a mis compañeros y tutores, otras formas de pensar, diferentes realidades, abordajes en red
Entrevistado 5	No podría precisar puntualmente alguno ahora, pero si aportaron mucho a mi bagaje, y modificaron también mi percepción sobre mi propio desempeño.
Entrevistado 6	Fue interesante "escuchar" diferentes perspectivas de un mismo fenómeno; eso es siempre enriquecedor. De todos modos, en lo personal no he interactuado mucho, mi percepción es que no se produjo suficiente

	intercambio entre los participantes, sí con la coordinadora docente.
Entrevistado 7	Tomar conocimiento de las acciones en toda la provincia de diferentes disciplinas, y poder aportar sobre problemáticas e IC reales que fueron surgiendo durante el curso
Entrevistado 8	Me sirvió mucho leer respuestas de compañeros, y la intervención y ayuda de la coordinadora fue excelente, a veces carecía de tiempo para leer todo pero ella lo resumía y daba respuestas claras para comprender mejor todo, cruzar pensamientos y reflexiones fue muy útil, sobre todo porque los participantes tienen diferentes roles en la sociedad
Entrevistado 9	El intercambio me pareció muy interesante, ver las diferentes miradas frente a un hecho o situaciones posibles y los aportes en el terreno que cada uno iba aportando sumo más al trabajo. Un equipo que sin conocerse estaba compartiendo la experiencia de formarnos para colaborar ante el requerimiento de una situación dada.
Entrevistado 10	La verdad es que si bien es interesante en el foro las respuestas muy largas desalientan la lectura, quizás uno leería con más ánimo si fueran participaciones cortas y concisas.

Entrevistas a Intervenidos

Preguntas de las entrevistas a los Intervenidos:

1) *¿Recuerda la intervención hecha por el equipo?*
-Sí: ¿Cómo evaluaría dicha intervención? (si la respuesta es sí.)
La clasificaría como:
-Favorable (Sí)
-NO: (espacio para escribir) si la respuesta es no, responder cómo estuvo después del IC

2) *¿Han sido útiles las herramientas que le brindó el equipo?*
(en caso de que la respuesta sea sí):
¿Cuál de las herramientas brindadas le resultó de mayor utilidad?
NO (en caso de que la respuesta sea no):
¿Por qué no le parecieron útiles las herramientas que le brindó el equipo?

3) *¿Requirió hacer una consulta especializada?*
(Si la respuesta es sí):
¿Dónde y cuánto tiempo duró?

4) *Algún comentario más que quiera hacer.*

Intervenidos N°1 (en este caso, responden dos personas que fueron intervenidas en el mismo IC)

1) Sí, recordamos. La intervención fue favorable.

2) -Sí. Usé la respiración para tranquilizarme en el traslado, sirvió mucho la mediación que pudiste hacer con los médicos para gestionar el traslado.
-¡Mucho! Me la paso respirando cada día. Fue fundamental que nos explicaras las condiciones de salud para aceptar el traslado.

3) Ambos dijeron no necesitar consulta

4) Solo agradecimiento por que hayas venido aquella vez. ¡Muchas gracias!

Intervenidos N° 2(en este caso, responden dos personas que fueron intervenidas en el mismo IC)

1) Sí, recordamos. La intervención fue favorable.

2) Ambos respondieron que sí

-Entender que las reacciones de las niñas que perdieron a su mamá eran esperables. Estuvieron muy enojadas, muy tristes, pero las acompañamos sin asustarnos.

-Todo me sirvió, leer el folleto también.

3) Nosotros no pero a las nenas las mandamos a la psicóloga porque las mandaron de la escuela, pero ya terminaron la terapia.

-Fueron a la salita del barrio, durante tres meses aproximadamente

4) Solo agradecerles por ayudarnos

Intervenidos N° 3(en este caso, responden tres personas que fueron intervenidas en el mismo IC)

1) Sí, recuerdan. Fue Favorable.

2) Sí.

-Respirar para tranquilizarme

-Leer el folleto en los días posteriores me tranquilizó.

-La contención y la tranquilidad ante tanto sufrimiento

3) Ninguno de los tres.

4) -Agradecimientos por su atención

-Fuiste como un ángel que nos acompañó y nos ayudó a pasar ese momento tan horrible.

-Agradecerles la ayuda.

Intervenidos N° 4(en este caso, responden tres personas que fueron intervenidas en el mismo IC)

1) Sí, recuerdan. Fue Favorable.

2) Sí.

-Entender porque soñaba tan feo, pesadillas horribles, era normal por lo que leí en el folleto.
-Respiramos juntos muchos días siguientes.
-La orientación, no sabía qué hacer con nada con lo que estaba pasando, y que vos estuvieras me ayudó mucho.

3) Sí. Todavía sigue en tratamiento, por servicio privado

4) Agradecimientos de parte de los tres intervenidos.

Intervenidos N° 5(en este caso, responden dos personas que fueron intervenidas en el mismo IC)

1) Sí, recuerdan. Fue favorable.

2) Sí

-La orientación, la contención, la mediación con el hospital.
-Es todavía hoy que me pongo a respirar para tranquilizarme.

3) Sí. En tratamiento privado.

4) Ambos responden: "Gracias siempre".

Intervenido N°6

1) Sí, fue favorable.

2) Varias, pero la que más me sirvió fue la sugerencia de decirle a los chicos lo que había

pasado, hasta el momento no había podido. Ahora la nena está bien.

3) No.

4) Ninguno.

Intervenido N°7

1) Sí, fue favorable.

2) La sugerencia de buscar un espacio terapéutico, los folletos que leí varias veces por mí y por mis hijos.

3) Empecé en Mar de Plata en Julio y continuó.

4) Me sentí muy cómoda en haberlas recibido, contenida, sostenida, acompañada. Entiendo no debe haber dependido de uds. pero me hubiera gustado y creo hubiera sido mejor que llegaranel día o los primeros días que ocurrió.

Intervenido N°8

1) Sí, fue favorable.

2) Lo que más me acuerdo es la ayuda para que respirara distinto, me sentía muy mal y muchas cosas de esa noche no me acuerdo.

3) Viviendo en la isla es más difícil, viene una psicóloga a verme una vez al mes, quería dejar, pero hablando con ella, como estoy embarazada, la seguiré viendo.

4) No, es todo muy difícil, hoy es mi cumpleaños. Gracias por la llamada.

Intervenido N°9

1) Sí, fue favorable.

2) Hasta ese momento no podía hablar casi nada por todo lo que estaba pasando, después de hablarle y escucharla, pude llorar y volver a hablar con mi familia.

3) No lo creí necesario para mí, sí mis sobrinos y otros familiares se atienden con psicólogos.

4) Va pasando, queda el recuerdo. A mi sobrina le quedaron muchas secuelas, está en tratamiento psicológico.

Intervenido N°10

1) Sí, fue favorable.

2) No recuerdo mucho ese momento.

3) No.

4) Hace casi dos años tuve un ACV por eso no recuerdo muchas situaciones. (Problemas en el habla, dificultoso para entender)

Intervenido N°11

1) Sí, fue favorable.

2) La presencia de uds. el acompañamiento a la familia, la intervención durante el velorio y sepelio con la familia y compañeros. Los folletos que leímos y seguimos conservando.

3) No lo sentí necesario

4) La intervención fue muy útil para la Escuela, con toda la familia, fundamentalmente para la hermana que volvió a la Esc. como quería el hermano y está por recibirse

Intervenido N°12

1) Sí, fue favorable.

2) Todo fue de mucha ayuda, nos sentimos acompañados, comprendidos.

3) Podría haberla tenido pero no quise.

4) Estamos pasando una situación muy difícil, van a cerrar escuelas donde trabajo, están tomando medidas sin conocer la realidad de las islas. Es una situación crítica, otro trabajo no tengo, espero que se pueda solucionar. Gracias por el llamado.

Entrevistas a los capacitados presenciales:

Preguntas de las entrevistas a capacitados:

1)

Evaluación de impacto de la capacitación: (para tildar)

Recuerda la capacitación recibida

-SI: Cómo evaluaría dicha capacitación? (si la respuesta es sí): SI

La clasificaría como:

-Muy buena

-Buena

-Regular

-Mala

-NO: (espacio para escribir) si la respuesta es no preguntar cómo estuvo después del IC.

2) *¿Cuáles fueron las principales herramientas y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?*

3) *¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?*

4) *¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?*

Capacitado N°1

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Tanto herramientas como protocolos brindados por la red todas son útiles. En relación a lo médico y las fundamentaciones fisiopatológicas que se producen, las reacciones esperables, el trabajo comunitario, la organización de los equipos intervinientes, el trabajo posterior para disminuir el estrés en dichos equipos.

3) Sí, el proceso de capacitación debería ser continua y con simulacros donde se interactúe con otros interventores intersectoriales, ya que solo con mucha práctica se logra actuar con mayor eficiencia ante una situación de incidente crítico y el estrés que normalmente nos provoca a nosotros estas situaciones.

4) Sí, absolutamente. Primero porque con medidas inespecíficas pero con herramientas concretas de acción todas las personas podemos actuar en un incidente crítico. Y el subrayar que manifestaciones son esperables y cuales no y esto ser transmitidos a las personas y familiares que estén atravesando ese momento baja los niveles de tensión en la red socio familiar.

Capacitado Nº 2

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Toda la concepción de Incidente Crítico desde la mirada comunitaria

3) Considero que la capacitación debiera ser continua y en servicio porque siempre van surgiendo interrogantes a través de la práctica y el cambio de mirada que propone la Red como el tema específico que aborda, no es abordado en las capacitaciones clásicas y se desconoce cómo actuar en una situación crítica

4) Sí, claramente la concepción en salud que conlleva la forma en que abordan el tema y la respuesta ante las situaciones críticas

Capacitado Nº 3

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Todos los conocimientos recibidos en la capacitación fueron de suma utilidad, menciono algunos de ellos. Del mismo modo agregó que prácticas como simulacros resultaron ser de gran beneficio para la formación.

-Guía IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial.

-Herramientas de evaluación y registro. Evaluación de daños y análisis de necesidades en Salud Mental (EDAN-SM).

-Técnicas de primera ayuda psicológica (P.A.P).

-Principios básicos de intervención, primeras acciones de respuesta.

-Intervenciones en desastres masivos y en incidentes críticos con víctimas múltiples.

-Factores de riesgo y protección.

-Protección de la Salud Mental de los Equipos Intervinientes.

-Comunicación social en situaciones de Emergencias y Desastres.

3) Sí. Lo considero necesario para estar actualizados, para ampliar la importancia de la prevención de la Salud Mental de afectados en Incidentes Críticos, continuar perfeccionando el trabajo como parte del equipo de respuesta.

4) Sí. La capacitación brindó variadas herramientas para ampliar la dimensión del impacto en la salud mental de la población afectada en situaciones de emergencias y desastres, como así también a los integrantes de los equipos de respuesta, en la búsqueda de reducción del riesgo y prevención.

Capacitado N° 4

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Dado mi desempeño profesional en un hospital especializado de Oncología, me resultaron sumamente enriquecedoras todas las herramientas para la protección de la salud mental de los equipos asistenciales para replicarlas con mis compañeros de trabajo. El acceso a protocolos internacionales sobre SMAPS en situaciones críticas y desastres me permitió aplicar alguna de esas directivas en el acompañamiento a pacientes oncológicos y familiares y darle un marco normativo a un conocimiento no formalizado que surgía de la práctica profesional hospitalaria.

3) Creo que el proceso de capacitación continua permite enriquecer y actualizar los contenidos aprendidos, que pueden ser analizados a la luz de las intervenciones concretas realizadas por los equipos. A la vez, la capacitación continua consolida la Red, que creo es en sí misma, el instrumento más valioso que surge del dispositivo de formación. Y fundamentalmente, la capacitación continua es un elemento protector de la salud mental de los equipos de primera línea de intervención.

4) Sí, sobre todo en el abordaje de las situaciones de grandes desastres, en dónde la formación psi tradicional enfatiza el abordaje por la palabra, más enfocado en lo psicopatológico e individual. El abordaje con una perspectiva de salud comunitaria, de búsqueda activa de los afectados, desde un trabajo que hace hincapié en su dignidad y bienestar, trabajando articuladamente, en equipo, con los diversos actores que intervinientes, son algunos de los aspectos diferentes que aprendí en este proceso

Capacitado N°5

1) Recuerdo la capacitación. Muy buena

2) Mi trabajo como bombero hace que necesariamente esté expuesto a situaciones límite. Dentro de las principales herramientas puedo mencionar los protocolos internacionales impartidos en su formación para el abordaje de la salud mental. No puedo mencionar exactamente los nombres –la capacitación fue en el 2007- pero recuerdo las acciones que debo ejercer en forma de protocolo.

3) La capacitación siempre es importante para poder actuar en todo tipo de problemas. Por mi profesión cotidianamente vivo situaciones límite, debiendo tratar con personas alteradas, que viven en una sociedad cada día más violenta. Por tener un trato directo, para poder entender y ayudar a estas personas, considero que en mi caso es de gran importancia capacitarme en este tipo de problemáticas.

4) Sí, percibo un cambio en forma de abordar las situaciones. Lo aprendido me permitió trabajar con un menor víctima de robo y con un joven en estado de emoción violenta por abuso de alcohol: en ambos casos pude, aplicando algunas herramientas del curso, dominar la situación, actuar con calma, entenderlos y transmitirles tranquilidad.

Capacitado 6

1) Sí. Muy buena.

2) La Primera Ayuda Psicológica y los Principios Básicos de Intervención

3) Sí, para mantener lo aprendido

4) Ahora incluyo en todas las capacitaciones de emergencias las enseñanzas del equipo PROSAMIC

Entrevistas a los capacitados del Curso Virtual "Emergencias y Desastres, Protección de la Salud Mental y Apoyo Psicosocial", 2014.

Evaluación de impacto de la capacitación:

1) *¿Recuerda la capacitación recibida?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Sí
Entrevistado 2	Sí
Entrevistado 3	Sí
Entrevistado 4	Sí
Entrevistado 5	Sí
Entrevistado 6	Sí
Entrevistado 7	Sí
Entrevistado 8	Sí
Entrevistado 9	Sí
Entrevistado 10	Sí

1.1) *Si la respuesta es: **sí**. ¿Cómo evaluaría dicha capacitación?:*

La clasificaría como:

-Muy buena

-Buena

-Regular

-Mala

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Muy buena
Entrevistado 2	Muy buena
Entrevistado 3	Muy buena
Entrevistado 4	Buena
Entrevistado 5	Muy buena
Entrevistado 6	Muy buena
Entrevistado 7	Muy buena
Entrevistado 8	Buena

Entrevistado 9	Muy buena
Entrevistado 10	Buena

2) *¿Cuáles fueron las principales herramientas, conocimientos y/o protocolos de acción brindados por la formación de la Red que le parecieron más útiles?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	-Intervención inmediata en Incidentes Críticos -Primera Ayuda Psicológica (PAP) -Características de un Incidente Crítico -Cómo aplicar todo lo aprendido.
Entrevistado 2	-Trabajo en equipo, capacitación pertinente, dificultades interinstitucionales.
Entrevistado 3	-Triage -Abordaje inicial -La salud mental en la emergencia
Entrevistado 4	-Trabajo en equipo. -Primera ayuda psicológica. -Respuestas naturales antes eventos adversos.
Entrevistado 5	-Trabajo en equipo y bajo coordinación, voluntariado. -Cuidado de la propia salud. -PAP.
Entrevistado 6	-Primera Ayuda Psicológica. -Aspectos técnicos de las intervenciones y el trabajo en equipo.
Entrevistado 7	-Diagnósticos, procedimientos, seguimientos.
Entrevistado 8	-Principios básicos de intervención en Incidente Crítico. -Ayuda psicológica/Apoyo psicosocial en emergencias y desastres.
Entrevistado 9	-Elaboración de registros (EDAN) -Asistencia a cada grupo etario. -Valoración del riesgo.
Entrevistado 10	-Primera ayuda psicológica. -Atención de las personas más vulnerables. -Atención luego del desastre.

3) *¿Cree necesario un proceso de capacitación periódico o continuo en los contenidos aplicados por la Red? ¿Por qué?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Creo que estas capacitaciones son siempre

	necesarias porque existen grandes carencias en nuestro proceso de formación.
Entrevistado 2	Es una información muy valiosa para poder atender las situaciones de emergencias y desastres. Por ello creo que es aporta mucho a nuestras labores.
Entrevistado 3	Creo que un proceso de capacitación es bueno para todos los que participamos en emergencias.
Entrevistado 4	El curso me ayudó a entender nuevas formas de hacer el abordaje. Y la modalidad definitivamente fue muy útil.
Entrevistado 5	¡Completamente necesario! Mientras más capacitación más apto estaré para los eventos en que sea necesario aplicar las herramientas de salud mental y apoyo psicosocial.
Entrevistado 6	Creo que es importante continuar con estos procesos en otras instancias. Los simulacros pueden ser una buena herramienta para continuar periódicamente.
Entrevistado 7	Habría que realizar evaluaciones periódicas para medir el nivel de aprendizaje de las herramientas por parte de los alumnos.
Entrevistado 8	Desde mi opinión, es necesaria. Mantener los conocimientos al día debe ser resultado de un proceso continuo. Sobre todo en estas materias tan sensibles.
Entrevistado 9	Creo que la formación estuvo bastante completa, y que debería extenderse no solo en el tiempo sino en la cantidad de personal formado. Todos deben participar de estas herramientas.
Entrevistado 10	Los desastres siempre ocurren así que es importante mantener en formación continua. ¡Este curso nos brinda nuevas herramientas que siempre podemos usar!

4) *¿Percibe alguna diferencia en la mirada del abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación con PROSAMIC?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	Sí. La capacitación me sirvió para tener más conciencia sobre los IC y además contar con más herramientas para el abordaje.
Entrevistado 2	Aunque ya tenía ciertos conocimientos del

	tema, no puedo negar el aporte realizado por el curso a mi mirada sobre los IC. Más profundidad y detalle.
Entrevistado 3	Como personal que actúa en emergencias, este curso me ha ayudado a tener una mirada más aguda sobre las consecuencias de los IC y qué podemos hacer para cuidar al afectado y a nosotros mismos.
Entrevistado 4	Sí. La experiencia de capacitación me ha ayudado a ver una dimensión de los IC que no conocía en sus amplias consecuencias.
Entrevistado 5	Sí. Agradezco mucho este proceso de formación porque nos ha hecho entender la complejidad de los IC y la necesidad de abordarlos bien para evitar mayores consecuencias.
Entrevistado 6	Para mí significó una nueva forma de ver y abordar los IC. Las herramientas brindadas me parecen muy útiles para el abordaje.
Entrevistado 7	Fue un aporte a mi mirada que estaba volcada a otros aspectos de los IC.
Entrevistado 8	La inclusión de la salud mental y el apoyo psicosocial como herramientas para el abordaje son sin duda un aspecto determinante para el cambio de mi "mirada" en el trabajo profesional.
Entrevistado 9	En mi trabajo en emergencias he logrado tener una relación diferente con los abordajes de los IC. Tengo en cuenta las consecuencias que pueden acarrear un mal abordaje en el momento agudo
Entrevistado 10	Desde el punto de vista de la salud mental ha sido un cambio en mi manera de entender el abordaje.

Como preguntas más específicas de la dinámica de formación del curso virtual, agregamos las siguientes preguntas:

1) *¿Las lecturas y actividades planteadas le permitieron analizar de manera crítica y reflexiva la temática del curso?*

Entrevistados:	Respuestas:
Entrevistado 1	La bibliografía me pareció adecuada y en los videos podía observarse claramente mucho

	de los conceptos dados
Entrevistado 2	La bibliografía abrió nuevos caminos que permitieron incorporar elementos que ayuden a modificar estrategias de intervención incluyendo la SM.
Entrevistado 3	El material bibliográfico estaba bastante claro, y los videos ayudaron mucho.
Entrevistado 4	El material fue rico, claro y pude capitalizarlo para mi tarea
Entrevistado 5	Trabajar sobre un IC que ocurriera en nuestra localidad hizo posible articular y reconocer la gran cantidad de acciones posibles.
Entrevistado 6	Encontré coherencia y pertinencia de contenidos.
Entrevistado 7	En los foros se aclararon y ampliaron los conceptos leídos y visionados. Muy bien
Entrevistado 8	Sí, ya que las preguntas orientadoras junto con el material de los videos permitían realizar una articulación crítica
Entrevistado 9	Me gustaría tener una referencia bibliográfica más específica (en algunos casos figuraba el nombre de los capítulos, pero no del libro ni el año)
Entrevistado 10	La lectura amplió el horizonte que tenía en esta materia, tanto con conceptos nuevos como con contenidos que son aplicables a esta temática

2) *¿Podría indicar algunos aprendizajes/ideas surgidos del intercambio en los foros?*

Entrevistas:	Respuestas:
Entrevistado 1	El intercambiar conceptos e inquietudes con diferentes compañeros, colegas, amigos, nos permite conocer otras vivencias y ampliar nuestro marco de referencia para poder encarar situaciones y eventos con otra perspectiva.
Entrevistado 2	El entusiasmo que se genera y la motivación de los tutores y compañeros. El foro te da seguridad y fortaleza para seguir adelante.
Entrevistado 3	Fundamentalmente me replantee el concepto de resiliencia, lo tomaba como algo innato con poca influencia cultural, prácticamente inmutable y eso que tengo claro que la personalidad cambia, pero evidentemente no manejaba el concepto; luego el trabajo con

	juegos con los chicos, es básico, porque sabemos en la clínica que un niño que no juega es un niño enfermo, pero en este contexto no había pensado una propuesta tan simple para ayudarlos; luego, la temática del trabajo en equipo sugerida en algunas actividades, si bien estoy acostumbrada a trabajar en equipo en otras áreas, quizás por haber trabajado sola en la temática, es como que lo había incorporado y con ello el no cuidarme obviamente.
Entrevistado 4	Conocer a mis compañeros y tutores, otras formas de pensar, diferentes realidades, abordajes en red
Entrevistado 5	No podría precisar puntualmente alguno ahora, pero si aportaron mucho a mi bagaje, y modificaron también mi percepción sobre mi propio desempeño.
Entrevistado 6	Fue interesante "escuchar" diferentes perspectivas de un mismo fenómeno; eso es siempre enriquecedor. De todos modos, en lo personal no he interactuado mucho, mi percepción es que no se produjo suficiente intercambio entre los participantes, sí con la coordinadora docente.
Entrevistado 7	Tomar conocimiento de las acciones en toda la provincia de diferentes disciplinas, y poder aportar sobre problemáticas e IC reales que fueron surgiendo durante el curso
Entrevistado 8	Me sirvió mucho leer respuestas de compañeros, y la intervención y ayuda de la coordinadora fue excelente, a veces carecía de tiempo para leer todo pero ella lo resumía y daba respuestas claras para comprender mejor todo, cruzar pensamientos y reflexiones fue muy útil, sobre todo porque los participantes tienen diferentes roles en la sociedad
Entrevistado 9	El intercambio me pareció muy interesante, ver las diferentes miradas frente a un hecho o situaciones posibles y los aportes en el terreno que cada uno iba aportando sumo más al trabajo. Un equipo que sin conocerse estaba compartiendo la experiencia de formarnos para colaborar ante el requerimiento de una situación dada.
Entrevistado 10	La verdad es que si bien es interesante en el foro las respuestas muy largas desalientan la

	lectura, quizás uno leería con más animo si fueran participaciones cortas y concisas.
--	---

Entrevistas a Directores

Preguntas presentadas a los Directores:

1) <i>¿Cuáles han sido los principales aportes de la participación de la Red PROSAMIC en el área a su cargo?</i>
2) <i>Después de las intervenciones realizadas por la red, ¿tiene registro de la solicitud de capacitaciones en herramientas para la protección de la salud mental en emergencias y desastres?</i>
3) <i>Luego de las capacitaciones impartidas, ¿el personal capacitado solicitó nuevos procesos de formación para profundizar en los contenidos dictados por PROSAMIC?</i>
4) <i>¿Ha notado algún cambio de parte de su equipo en el abordaje de los Incidentes Críticos tras el proceso de formación? ¿Podría describirlo?</i>

Primer director entrevistado

Respuestas:

<p>1) Tener a disposición un grupo de profesionales tanto para enfrentar situaciones extremas a las víctimas como para permitir y facilitar la acción de los médicos en las misiones realizando una contención de los familiares y a los mismos pacientes facilitando el su accionar, como por ejemplo en el traslado de los pacientes de San Rafael donde estuvieron presentes con la primera avanzada en el <i>triage</i> conteniendo a los familiares y a las víctimas para que se puedan realizar las categorizaciones de los pacientes a trasladar.</p> <p>Cumplir tareas de capacitación en el plan de implementación de la remodelación de guardia y aplicación de <i>triage</i> así como también en las capacitaciones de implementación del SAME Provincia donde sus aporte son para enseñarles a los médicos a poder afrontar situaciones conflictivas en guardia y en la calle.</p> <p>Y desde ya la gran predisposición para cualquier situación individual donde fueron requeridas en cualquier rincón de la Provincia de Buenos Aires para sostener y atender tanto a familiares como víctimas de situaciones extremas. Como así también para contener a nuestro personal después de afrontar situaciones traumáticas a los que se enfrentaron en la atención de las situaciones de emergencias con las que se trabaja día a día</p>
<p>2) Sí, una vez hechas las capacitaciones en los hospitales y en las implementaciones de los SAME Provincia se han recibido pedidos de ampliación de esa capacitación ya que muchas personas desconocen este aspecto de las situaciones traumáticas y sólo se enfocan a la atención de las heridas graves.</p>
<p>3) Ídem respuesta 2</p>

4) Sí, se ha notado en principio que la gente empieza a tener presente ese aspecto del trauma que antes no tenía, mejora la contención de la situación hasta la llegada de los profesionales encargados del PROSAMIC. Por otro lado aumento la demanda de su intervención por la mayor identificación de casos que antes no ocurría

5) El inconveniente no es del equipo PROSAMIC sino que está asociado a las grandes distancias que se deben abordar en la provincia, lo cual condiciona los tiempos de llegada o que muchas veces por teléfono no se puede identificar la magnitud del problema y se desestima su accionar.

6) En realidad no cambio mucho mi perspectiva ya que yo ya venía con la idea del trabajo en conjunto de la patología trauma puramente médica y el trauma Psicológico tanto para los pacientes, familiares y el equipo médico que atiende el trauma. No hace muchos años que tomé conciencia de esto y que empecé a interiorizar sobre este aspecto del trauma que aún es desconocido en gran parte de los equipos médicos de atención de trauma y la importancia de su implementación. Yo comencé a ver los resultados y su importancia después de ver las consecuencias en el equipo de catástrofes al cual yo pertenecía después de la tragedia de once y los cambios que se pudieron lograr junto a una mejoría significativa en cuanto a lo psicológico en nuestro equipo, después de que muchos de ellos habían quedado con secuelas por las imágenes a las que se tuvieron que enfrentar.

Segundo director entrevistado

1) La decisión de vincular la Red SIES con el PROSAMIC, paso diferentes momentos, esperables dentro del significado de vincular personas e instituciones con algunos objetivos diferentes (de manera aparente) y encontrar/desarrollar los comunes. Somos conscientes de las dificultades de vincular a los integrantes de los equipos de acción médica de emergencias y catástrofes, que generalmente miran de costado a los equipos de salud mental pensando que no hay lugar para ellos, donde ellos están participando. Lentamente con la capacitación mutua, el conocimiento interpersonal y la planificación estratégica se logró empezar a vincularnos y lograr que la respuesta fuera superior a la suma de las individualidades. Diría que esto fue uno de los principales aportes de las dos redes trabajando en 3 áreas bien

definidas:

1. la capacitación de agentes de los diferentes centros de salud para que puedan acompañar a las víctimas de situaciones traumáticas y también encontrar herramientas que los protejan como potenciales agentes/pacientes.
2. La participación en situaciones de catástrofes y emergencias de víctimas múltiples, junto al sistema de respuesta regional
3. La atención de los agentes de salud participantes de estos eventos, con vista a la prevención del stress postraumático

2) Varias fueron las intervenciones de la red, muy exitosas, mostrando un cambio importante en la evolución psicológica de los diferentes protagonistas primarios, secundarios y colaterales de eventos traumáticos, la red además continuaba en contacto, vinculaba a los pacientes con los agentes de la especialidad de los lugares cercanos al domicilio, donde generalmente ya se había capacitado a diferentes agentes del lugar y si no se realizaba una capacitación a propósito de la situación vivida.

3) El personal de SIES estaba en comunicación permanente con la red PROSAMIC, y realizábamos programadamente, charlas debriefing y demás estrategias donde había acciones que se tomaban inmediatamente después del evento con ejercicios para disminuir el stress y escucha de los diferentes problemas y situaciones de impacto que sufrían los que participaban y luego se programaban reuniones más alejadas y se atendían también de manera individual en base a lo que ellos detectaban

4) El cambio fue notable para la gran mayoría, la tendencia en estas situaciones de deshumanizar a los pacientes, planteos técnicos de triage de decidir quién se atiende primero y quién no y una serie de situaciones comunes que vivimos todos aquellos que nos dedicamos a esta parte de la medicina, el contacto con la red PROSAMIC nos brindó notables mejoras en la calidad de atención humanizar a los pacientes y familiares, entenderlos y conocernos vulnerables y que esto no nos pasaba sin dejarnos cicatrices pero que junto al PROSAMIC podíamos tomar acciones que nos hacían sentirnos mejor

5) Aportes los descriptos arriba, sumado a que en varios simulacros practicamos la participación directa de la red en la recepción de familiares, identificación de víctimas eso todos lo vivimos como un progreso muy positivo y terminamos siempre trabajando en conjunto y cada intervención mejoraba más las relaciones interpersonales, entendiendo mejor que papel

desarrollábamos cada uno y como nos complementábamos.

6) El modelo organizacional de redes, se desarrolla como modelo no-jerárquico sino vinculante y contractual, que funciona conservando la autonomía de los que la integran, generando vínculos solidarios entre los que la componen. (OPS, 1998)

Tampoco debe interpretarse al modelo de red como una telaraña, sino como formas de articulación multicéntricas de diferentes nodos entre sí donde cada uno conserva su propia identidad. O sea que al articular heterogeneidades nadie pierde su identidad, pero se entrelaza para complementarse y obtener productos que difieren de la suma de sus individualidades. (Rovere, M. 2000). Queda claro que pese a impresionar que las conexiones de la red deban ser interinstitucionales, en realidad terminan siendo siempre conexiones interpersonales.

La psicología social dedicada al estudio de la dinámica grupal como modelo vinculante interpersonal, descubre en su análisis que los sujetos además de conformar grupos, forman redes como sistema de vinculación. La concepción de sistemas tiende a homogeneizar las cosas más heterogéneas.

La lógica de redes en cambio, no homogeniza sino que asume y respeta la autonomía institucional, permitiendo imaginar heterogeneidades organizadas (emergencias médicas y Red PROSAMIC), hecho que resulta especialmente atractivo al visualizar la posibilidad de implementación en un sistema de salud híper-fragmentado como el argentino. Esto significa que frente a las situaciones de crisis u amenazas (en la memoria social) se recurre al sistema de concentración de poder para poder enfrentarla, dando como consecuencia una homogenización del sistema. Pero si esta internalizada la lógica de funcionamiento en red, permite tener respuestas flexibles, adaptables y más rápidas frente a la nueva demanda de la gente.

Esta lógica de redes, no sólo sirve para vincularse hacia afuera, sino que establece mayores alternativas de vínculo intra-institucional (red interna)

A partir de que la gente o la institución funcionan en red, se produce un vínculo solidario, que es una de las bases que sostienen a la lógica de red.

Creando un principio físico donde nada que ocurra en un nodo le es ajeno a otro nodo que la integra y que es solidario con el primero. O sea que se puede deducir, que una red es una unidad de vínculos donde la unidad básica es la interpersonal.

Por esto en las redes formales como en las informales hay un primer momento donde el otro casi no existe y se lo vive como una amenaza de perder su individualidad, se requieren de estrategias y tiempos para ir incorporando a los otros y al mismo tiempo verse reflejado en el otro.

3. Tercer director entrevistado

1) Cabe destacar que durante mi gestión fueron los inicios de la Red PROSAMIC, por lo tanto los aportes los dividiría en dos áreas. En primer lugar el aporte al conocimiento en los sistemas de emergencias de la provincia, realizando un cambio de paradigma en el abordaje de los

incidentes críticos y la salud mental. Por otra parte, el aporte brindado en cada intervención de incidentes con víctimas múltiples donde se demostró la importancia de tener un equipo especializado.

2) Volviendo al punto anterior, los inicios del PROSAMIC, las solicitudes de herramientas fueron creciendo a través de los años. En su momento, no se llevaron registros de las solicitudes en la provincia.

3) Sí, luego de cada capacitación o intervención se solicitaban herramientas y capacitaciones para el personal, ya sean grupos de intervención de ambulancias o equipos específicos que requerían la formación específica.

4) Existe un antes y un después del PROSAMIC, y también en los lugares donde los equipos recibieron algún tipo de formación. EL principal cambio se ha dado por el comentario de los equipos de intervención sanitaria. Antes existía un desconocimiento absoluto de cómo tratar a las víctimas, generalmente caracterizado por el desborde emocional de ellas y de los equipos de intervención. La capacitación logró que la contención de víctimas, familiares y el entorno pudieran realizarse con seguridad y serenidad utilizando las herramientas correctas en el manejo de la salud mental en estos incidentes críticos logrando minimizar los daños y los tiempos de organización de escenarios complejos.

5) El aporte más importante fue la posibilidad de organización inicial y el manejo de situaciones que el equipo de salud no estaba formado para enfrentarlas. El inconveniente continúa siendo la necesidad de que cada municipio aporte equipos para que se formen e integren la red.

6) El trabajo con PROSAMIC significó sin dudas el reconocimiento de la Salud mental en las Emergencias, a modo de ejemplo puedo referir la realización de encuestas en los diferentes cursos de emergencias (hoy no están en nuestro poder) en las cuales notamos el gran porcentaje del equipo de salud que sufrió algún episodio de estrés post-traumático durante su trabajo en las ambulancias o guardias hospitalarias. Por eso es que cuando desarrollamos la Tecnicatura de Emergencias Sanitarias y Desastres a nivel universitario, la materia de Psicología en Emergencias tuvo perfil propio (desarrollada por integrantes del PROSAMIC) y no es dictada por miembros de la cátedra de Psicología General. También entendimos la necesidad de

entrenar al equipo de salud en lo atinente al manejo de las “malas noticias” en la relación médico-paciente y médico-familia articulando con la experiencia realizada en forma conjunta con el PROSAMIC.

Cuarto director entrevistado

1) Me he desempeñado en varios cargos públicos desde que la red se puso en funcionamiento el principal aporte ha sido a mi parecer la concientización en los servicios de Emergencias de la importancia que tiene la intervención temprana del equipo de Salud Mental en los diferentes tipos de incidentes críticos y esto llevo al interés de los diversos actores que intervienen en estos casos al perfeccionamiento individual y de los equipos locales.

2) En verdad no tengo presente un registro del número de Capacitaciones realizadas pero desde mi desempeño como Director Nacional de Emergencias se realizaron múltiples capacitaciones en todo el territorio nacional, para posteriormente cuando ejercí la presidencia de la comisión Cascos Blancos esta metodología de trabajo y estas herramientas fueron presentadas y desarrolladas en varios países de Latinoamérica.

3) No sólo eran solicitadas nuevas capacitaciones sino que se actuaba como un programa de educación continua y de análisis de nuevos paradigmas en la medida que iban aumentando los equipos atraídos por el desarrollo de la temática desarrollada.

4) Los cambios han sido notables no solo por la conformación de equipos preparados sino también por la velocidad de respuesta en los casos de emergencias con el posterior seguimiento post evento, estos cambios generaron una mejor contención y manejo de las situaciones críticas, se pudo aumentar el número de respondedores rápidos de acuerdo a los perfiles seleccionados y a los diferentes actores que intervienen se los entreno y acompaño en las distintas situaciones.

5) Los aportes han sido enumerados en párrafos anteriores y han sido sus beneficios innumerables sin fisuras y con un gran compromiso en todas las aristas con las que fue concebida la Red, el principal inconveniente que hemos tenido es la escasa financiación, muchas veces hicieron que no se pueda cumplir con la urgencia que ameritan estas situaciones en lo

referente a la respuesta y otras en la desfinanciación de la programación de actividades de capacitación, discontinuando el proceso de aprendizaje/actualización continua.

6) En lo que respecta a si ha existido algún cambio en el pensamiento mío, debo decir que no ya que hemos creído desde siempre en los procesos de la salud mental en las intervenciones desde la óptica de la Emergencia, si ha superado ampliamente las expectativas que teníamos puesto en esta tarea y esto se debió al esfuerzo, compromiso y dedicación de aquellos que hicieron realidad la incorporación de la Salud Mental a la gestión de riesgos y desastres.

Entrevistas a integrantes de la Red PROSAMIC

Preguntas de las entrevistas a integrantes:

1) Qué aportes en el ámbito de la Salud Mental, le aportó la pertenencia al equipo de la Red PROSAMIC en cuanto a:

- a) Conocimientos
- b) Actitudes
- c) Prácticas

2) ¿Qué aportes considera que le brindó?:

- a) En lo colectivo/grupal:
- b) En lo individual/profesional:

3) ¿Cómo influyó la experiencia del trabajo en las Emergencias y Desastres?

-Sobre sus vivencias: ¿podría señalar en qué momento/s percibió que la incorporación de los lineamientos de trabajo en su tarea modificaba su mirada profesional?

-¿Podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo? ¿Cómo describe esas circunstancias?

Las siguientes preguntas hacen referencia a su práctica profesional como integrante del equipo de la Red PROSAMIC.

4) Podría describir desde su perspectiva y experiencia como fue el proceso de las intervenciones en cuanto a:

- a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones,
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

5) Podría describir desde su perspectiva y experiencia como fue el proceso de las capacitaciones en cuanto a:

- a) la creación y definición de las capacitaciones
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

6) Podría describir desde su perspectiva y experiencia como fue el proceso de la acción multidisciplinaria en cuanto a;

- a) la creación y generación del trabajo multidisciplinario
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

7) Puede describir y dar ejemplos acerca del proceso de aceptación e incorporación de las intervenciones realizadas.

Entrevistada: MJ

Respuesta pregunta 1:

Rol que cumplí:

En la Red PROSAMIC empecé siendo parte del equipo fundacional –junto a Andrea Homene Diego Visintin, Rodolfo Bernardo, Mirta Quiroga y Jorge Bautista- que armó la Dra. Silvia Bentolila, cuando se le encomendó esta tarea.

Descripción de mi rol al inicio del equipo: En principio, realizábamos guardias activas formando parte de la experiencia piloto de la red en la Región Sanitaria VI, en el ámbito del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES VI) cuya base funcionaba en el hospital Melo de Remedios de Escalada, allí realizaba mi guardia los días lunes. Mi inserción institucional estaba encuadrada en una beca asistencial post residencia. Durante

la guardia mi función consistía en acompañar aquellos traslados sanitarios que requerían de la presencia de un referente de Salud Mental para contener alguna situación. Asimismo estábamos a disposición del equipo como referentes de Salud Mental en caso de una emergencia con víctimas múltiples. Fue un tiempo de mucho aprendizaje, en ese ámbito me formé en conocimientos sobre los equipos de primera respuesta en emergencias, conceptos tales como Triage, cinemática del trauma y manejo de la escena, codificación de las emergencias, RCP, etc.

Encontré muy buena disposición por parte de mis compañeros, quienes, aún no entendiendo al inicio cuál era la finalidad de que existiera un psicólogo dentro de un equipo de emergencias, nos transmitieron con entusiasmo todas esas cuestiones. Cómo se trataba de un rol nuevo, la figura del psicólogo en la guardia, así como de la inclusión del equipo en las intervenciones, el desafío era construir ese rol, con lo cual buena parte de mi trabajo también consistió en conversar con cada uno de ellos (operadores, enfermeros, residentes de Emergentología, choferes de ambulancia y administrativos del hospital) sobre cuestiones básicas que hacen a la Salud Mental y el apoyo psicosocial como componentes de toda intervención en emergencias y así fuimos armando un vínculo de confianza.

Otra función que teníamos dentro del equipo consistía en armar formatos de capacitación para diferentes sectores de la red pública, por ejemplo: organizamos un curso para referentes de Salud la Región Sanitaria VI, en una experiencia piloto formativa de muchísima riqueza, de la cual han quedado agentes formados en muchas instituciones de la región. De mi parte, si bien tenía formación en atención de Salud Mental en emergencias en la guardia general de hospitales (monovalente y general) implicó un aprendizaje de nuevos marcos teóricos y nuevas perspectivas para pensar la emergencia.

Por ende, fue una época de mucha lectura, de traducir textos, papers, documentos, protocolos internacionales, en la cual destaco la generosa actitud de Silvia, para transmitirnos confianza, tanto para la asistencia y la docencia.

Rol que cumplo:

Con la consolidación del equipo y realizada la experiencia piloto, fue cambiando la conformación del grupo, se sumaron nuevos integrantes al equipo de guardias -que

pasaron de ser activas a ser pasivas- para cubrir los incidentes críticos de todo el territorio bonaerense. La Dra. Bentolila, como coordinadora general, pensó en la necesidad de un equipo de coordinación. De este modo, nos confió la coordinación técnica a la lic. Homene y a mí, quienes quedábamos de la experiencia fundacional.

Actualmente, sigo ocupando el lugar de la coordinación y, desde la reciente jubilación de la Silvia, estoy a cargo de la coordinación general.

Tratándose de un equipo de pocos integrantes, todas mujeres desde hace varios años, tiene la característica de ser bastante horizontal en varios de sus aspectos. Con lo cual, quienes coordinamos también nos sumamos a las intervenciones, dando apoyo a quienes están de guardia, en la premisa, de que siempre que sea posible es conveniente estar acompañado en situaciones tan críticas. El rol de coordinación implica, entre muchas cuestiones, la asunción de tareas administrativas y de enlace con las instancias formales del ministerio de Salud. También, implica diseñar y definir estrategias, respecto de la participación en diversas actividades, asistenciales y docentes, tanto para aquellas a las que somos demandadas, como otras en las que nos interesa sumar espacios de promoción y armado de redes.

Respuesta a la pregunta 2:

Antes de incorporarme a la Red, había estudiado Comunicación, actividad a la que me dediqué varios años, especialmente en las áreas de gráfica y de docencia. Paralelamente a esos trabajos, estudié Psicología, y, apenas concluida la carrera, ingresé a una Residencia hospitalaria. Promediando el final de mi jefatura de Residencia, contaba con dos propuesta de trabajo públicas que estaba iniciando: una en el Programa Médicos Comunitarios, con base asistencia en una Unidad Sanitaria de la periferia de Lomas de Zamora, y la otra como parte del equipo de coordinación de un programa para atención a familias en riesgo, en el municipio de Quilmes. Al conocer la propuesta de la doctora Bentolila (el nombre Red PROSAMIC, advino algún tiempo después) por parte del director de uno de los hospitales donde rotaban "mis" residentes, me contacté con Silvia y me pareció tan convocante la propuesta (mezcla de interés por la temática e intuición) que decidí renunciar al incipiente trabajo en Quilmes. Recuerdo haberle enviado un primer mail a la

doctora donde sinceraba mi situación laboral y disponibilidades y ella, sin conocerme, se tomó el trabajo de darme una devolución extensa y cuidadosa, usando la metáfora de la orquesta y los instrumentos para expresar cuál era su idea de equipo, en uno de esos gestos que recuerdo y valoro.

En qué consistían sus prácticas.

Mis prácticas consistían: como jefa de residentes: en el acompañamiento a los residentes y coordinación de actividades clínicas y académicas en los hospitales Evita y Estéves, de la región sanitaria VI; como integrante del Programa de Quilmes, en el diseño de actividades y trabajo en terreno para la detección y asistencia integral de familias en riesgo; como becaria del Programa Médicos Comunitarios, en actividades asistenciales y formativas como psicóloga en Atención Primaria de la Salud y cursante del posgrado en Salud Social y Comunitaria. Asimismo, estaba llevando adelante mi práctica en mi consultorio particular.

Respuesta pregunta 3:

Mi práctica profesional estaba marcada por el fuerte sesgo de la formación eminentemente psicoanalítica de las universidades argentinas, así como por varios años previos de análisis personal. Mi interés por la salud pública, desde la salida de la facultad, fue otro de los atravesamientos fuertes que enfocaron mi práctica. El pasaje desde el inicio de la residencia por la experiencia de la guardia del hospital general, así como la rotación por una Unidad Sanitaria, donde se ejercía un genuino y sostenido trabajo con la comunidad fueron experiencias iniciáticas marcadoras e intensas. No obstante, viéndolo retroactivamente, mis prácticas de entonces recaían en ciertos reduccionismos, propios de la falta de experiencia y la rigidez académica de la formación de grado.

Respuesta pregunta 4:

- a) conocimientos: Me permitió re pensar muchas cuestiones teóricas, tales como el pasaje de salir de los encasillamientos de reducir múltiples situaciones humanas complejas a la luz de la psicopatología, para poder pensarlas en términos de incidentes críticos, lo cual abre a otra dimensión al momento de abordarlos clínicamente.

Me aportó la incorporación de nuevos marcos teóricos, especialmente en los primeros tiempos, en los cuales hicimos un esfuerzo colectivo de traducir textos, armar distintos formatos para capacitarnos y transmitir saberes, iniciarme en la lectura de protocolos de organismos internacionales para intervenir en Emergencias y Desastres, aprender de autores novedosos para mí, como A. Shalev, B. Van der Kolk, R. Cohen, G. Perren, entre otros.

Me permitió comenzar a indagar en nuevos temas, antes apenas considerados por mí, tales como el cuidado de la Salud Mental de los trabajadores de la salud y diversos aspectos enlazados a la temática (desgaste profesional, burn out) y tomar registro de los efectos de trabajar a diario con el sufrimiento humano y la necesidad de autocuidado.

Otro aporte es poder pensar desde una dimensión más abarcativa y compleja, aquello que Freud denominaba la "trabazón entre lo anímico y lo corporal", problematizar la "dicotomía" mente-cuerpo, profundizar desde nuevos marcos conceptuales sobre la complejidad de la fisiología no escindida del psiquismo.

b) actitudes: La pertenencia al equipo de la Red me permitió pensarme en relación a un equipo de trabajo, en su construcción, en sus tensiones, en su evolución, en sus duelos, esta "actitud de equipo" fue y es una experiencia clave para poder llevar adelante la tarea. Implica revisar prejuicios, abrirse a la experiencia de una tarea colectiva, deponiendo actitudes de autocentramiento narcisístico en la apuesta de co-construir un espacio colectivo.

Asimismo, al compartir intervenciones y capacitaciones con gente tan diversa (en sus profesiones, en sus miradas de la urgencia, etc.) me ha permitido romper actitudes prejuiciosas que me enriquecen en lo profesional y personal.

c) prácticas: El trabajo en las emergencias agudas, acompañar personas en situaciones tan extremas y dolorosas, que no son nuestros pacientes, en un contacto efímero, pero absolutamente intenso, es una experiencia que aporta muchísimas herramientas a mi práctica cotidiana como profesional Psi. Estar advertidos de las propias urgencias, encontrarse con los límites y los temores con los que nos confrontan las situaciones extremas, aporta seguridad y manejo en las

distintas prácticas profesionales, ya sea en el consultorio individual, en la tarea docente, en la coordinación de grupos, etc.

La posibilidad de incluir en las prácticas los aspectos vivenciales, que aportan los talleres, me permitió sumar herramientas en el manejo de grupos.

Respuestas pregunta 5:

a) En lo colectivo/grupal:

La posibilidad de Incluirme en un proyecto de construcción y puesta en práctica de un equipo de trabajo, haciendo una experiencia innovadora por su temática y su modalidad de trabajo, en el ámbito de la Salud Pública de la provincia de Buenos Aires.

Un mayor número de herramientas para abordar lo colectivo-grupal, en sus múltiples atravesamientos: al interior del grupo de trabajo, en las intervenciones, en las capacitaciones, en la coordinación de grupos terapéuticos.

b) en lo individual/profesional:

Me brindó la posibilidad de transitar un proceso de personal de gran crecimiento, con la apertura a nuevos saberes y paradigmas, mayor plasticidad para hacer uso de herramientas teórico-clínicas. Estos recursos considero que me aportaron mayor solidez y madurez para asumir mi trabajo y mi vida personal y profesional.

Respuesta a la pregunta 6:

-Sobre sus vivencias: ¿Podría señalar en qué momento/s percibió que la incorporación de los lineamientos de trabajo en su tarea modificaba su mirada profesional?

Sí, en diversas situaciones de intervención, en los que percibía los efectos de mi tarea y la del equipo sobre las personas. Por ejemplo, en los primeros acompañamientos en la ambulancia, en los que mis compañeros (no pertenecientes al ámbito de la Salud Mental) de equipo me devolvían que había aportado mi presencia como profesional de la Salud Mental a esa situación efímera, como ser el traslado de un paciente crítico, junto a su familiar. Y, a la vez, registraba en las personas asistidas cómo "pequeños" gestos de

cuidado, en los momentos agudos, enmarcaban, mitigaban en parte las reacciones desbordadas y caóticas de esas escenas. Si bien ya había experimentado esos efectos del trabajo en situaciones críticas agudas, en el contexto de las intervenciones de guardia hospitalaria y de la interconsulta, pude re pensar/ re significar esas situaciones clínicas desde nuevas lecturas y perspectivas, a partir de mi inclusión en la Red.

-¿Podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo?

Si-

¿Cómo describe esas circunstancias?

Habiendo trabajado por muchos años en el ámbito público, las situaciones críticas que me ha tocado abordar son diversas. Tal vez, en aquellas en que se puede ubicar más directamente la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo en mi tarea es en la práctica de cientos de capacitaciones, talleres de entrenamiento y simulacros con distintos efectores y referentes intersectoriales (Educación, Salud, Justicia, Fuerzas de Seguridad, etc), en los cuales socializamos y practicamos vivencialmente recursos concretos para intervenir en futuras situaciones críticas.

Me ha pasado, por ejemplo, trabajando sostenidamente en una Unidad Sanitaria de Lomas de Zamora, durante más de una década, donde llevamos adelante, desde el PROSAMIC, un proceso de capacitación con docentes de esa Región. Con lo cual, pude reconocer, muy de cerca, cómo los saberes de los que se iba apropiando este grupo (integrantes de equipos interdisciplinarios, docentes de grado, inspectores, etc.) eran puestos en práctica. Al momento de intervenir en distintas situaciones concretas, tales como incidentes violentos en la escuela, suicidios en la comunidad, un tornado que azotó al barrio, tuvieron mayor cantidad de recursos y pudieron gestionar mejor esos eventos críticos por haberse formado previamente.

Respuesta a la pregunta 7:

a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones,

Habiendo formado parte del grupo motor que inició, junto a la Dra. Bentolila la creación de la Red, puedo describir el siguiente proceso desde mi inclusión:

Armado de la experiencia piloto y conformación del equipo: se inició un proceso de conocimiento, a través de reuniones semanales, de quienes integraríamos el primer equipo, armando un esquema de división de tareas, guardias e intercambios bibliográficos.

Nominación del equipo, como Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico: estando el proyecto en marcha, Silvia y los primeros integrantes definimos el nombre, considerando el sentido de cada uno de los significantes utilizados. Se debatió respecto de la posibilidad y conveniencia de ser un programa o una red de servicios, eligiendo la segunda opción. Los términos "Salud Mental" también forman parte del consenso ideológico de quienes conformamos el equipo, considerando que otras nominaciones posibles, tales como "psicología de la emergencia", son reduccionistas y no están en consonancia con los protocolos internacionales. Respecto de "incidente crítico", también, se trata de dos significantes menos cargados de representaciones sociales que los términos "desastre" o "catástrofe". En igual sentido, haciendo eje en la estrategia de APS, enfocada en la idea de Prevención y Promoción de la Salud, descartamos denominaciones relativas a la psicopatología, tales como "estrés postraumático".

Armado de lineamientos teórico-ideológicos de las intervenciones y capacitaciones: La mayoría de los integrantes del equipo poseíamos algunas experiencias clínicas previas en Salud Pública y abordaje de emergencias, pero tuvimos que hacer una formación intensiva específica ad hoc. La Dra. Bentolila socializó con los integrantes del equipo sus elaboraciones teóricas en torno a la temática que íbamos a abordar, nos transmitió con claridad sus ideas y nos adentramos en la lectura de bibliografía especializada en el tema.

b) la implementación

Las primeras actividades que hicimos fueron: las guardias activas en el SIES VI, que incluían acompañamientos en traslados sanitarios; cursos de capacitación para equipos de Salud; actividad de Protección de equipos para integrantes de la Red SIES; capacitaciones y simulacros en el Aeropuerto Internacional de Ezeiza; capacitaciones para fuerzas policiales, empezando por comisarías de la mujer y centros de re entrenamiento, entre otros tantos espacios por los que circulamos. Fue un trabajo sostenido, la inclusión de

nuestro equipo como recurso en situaciones de emergencias con múltiples víctimas y eventos diversos de alto estrés colectivo.

Entre las primeras grandes intervenciones que hicimos, recuerdo especialmente dos: una en el hospital de Guernica, tras un incidente vial de micro escolar que regresaba de un viaje de egresados, donde murieron tres adolescentes; otra, en el hospital de General Madariaga, donde asistimos a los heridos y familiares, tras un grave accidente de tránsito con víctimas múltiples. Nuestras intervenciones estuvieron encuadradas en los protocolos de actuación de la OPS-OMS, considerando las acciones de Primera Ayuda Psicológica que se plantean para el momento agudo y para el posterior seguimiento.

c) la evolución en el tiempo

Conforme fuimos sumando nuevas intervenciones y el equipo se fue renovando en el tiempo, se pudo pensar y protocolizar de forma más rigurosa las intervenciones, nominando las acciones, tipificando las reacciones esperables, articulando el trabajo con las redes que se fueron construyendo a instancias de las capacitaciones, que se multiplicaron desde el conurbano a lo largo y a lo ancho del territorio bonaerense.

Prontamente, fuimos incluyendo mayor cantidad de recursos en las intervenciones, tanto de herramientas de registro, como de materiales psicoeducativos, que fuimos elaborando y mejorando con los años. Otro de los ámbitos en los que el equipo sumó un espacio propio de intervenciones, junto al equipo de Emergencias, fue el Operativo Sanitario de verano (SAT) en la costa atlántica argentina. También sumamos muchísima experiencia en las tareas de cuidado de equipos, tanto en instancias preventivas, como en la puesta de práctica de dispositivos a medida para equipos que resultaron altamente impactados por alguna situación inherente al trabajo.

Respuesta pregunta 8:

a) la creación y definición de las capacitaciones

Considerando el marco teórico-ideológico de la Red, centrado en la figura del especialista como multiplicador y en la necesidad de sumar respondientes de distintos sectores entrenados en Salud Mental para llevar a cabo su tarea, la capacitación fue desde el inicio

y sigue siendo un pilar fundamental, una de las tareas "misionales" del equipo PROSAMIC. Se elaboraron programas "a medida" con distintos formatos de cursos y entrenamientos, tanto en modalidades más extendidas en el tiempo, como intensivas. Entre los ejes temáticos que se desarrollaron, incluimos: nociones introductorias a la Salud Mental en emergencias y desastres, el trabajo con poblaciones vulnerables, intervenciones comunitarias, manejo de protocolos y guías, protección de equipos de respuesta, etc.

b) la implementación

La experiencia piloto incluyó espacios de capacitación pautados, tales como cursos anuales en varias regiones sanitarias bonaerenses (VI, V, VII A –actualmente XII- y VII B). La modalidad teórico-vivencial de los cursos fue una marca que implementó el equipo desde los inicios, aportando un marco teórico plural y haciendo hincapié en las dinámicas de taller, la transmisión de herramientas prácticas (como ejercicios de respiración), la realización de simulacros de diversos incidentes, etc.

c) la evolución en el tiempo

Las demandas de capacitación al equipo PROSAMIC fueron multiplicándose. A partir de la creación del equipo en 2005, hasta la actualidad, desde distintos ámbitos, surgieron pedidos para distintos referentes: no sólo equipos de Salud, sino también de muchos otros sectores con los que se fueron armando lazos, redes, transferencias de trabajo y conocimientos. Así sumamos miles de asistentes a nuestras capacitaciones (en universidades, cuarteles de bomberos, hospitales, sedes municipales, teatros, dependencias policiales, etc.). A nivel ministerial, comenzamos a viajar por la provincia de Buenos Aires, brindando capacitaciones intensivas. Por ejemplo, a partir de los lazos armados con la Secretaría de Atención de las Adicciones (SADA), viajamos durante un año a distintos puntos de la provincia, capacitando a todos los integrantes de los Centros para tratamiento de Adicciones (CPA) y otros referentes locales. Actualmente podemos mencionar los espacios de formación que llevamos adelante para referentes de Emergencias de municipios bonaerenses, donde dictamos un módulo de "Salud Mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres", dentro de la capacitación provincial para la instauración del sistema de emergencias SAME provincial.

Respuesta a la pregunta 9:

a) la creación y generación del trabajo multidisciplinario

En consonancia con la posición teórico-ideológica, el equipo PROSAMIC siempre ha concebido los espacios de trabajo junto a referentes de las más variadas disciplinas: integrantes de la comunidad, profesionales y auxiliares de Salud, Justicia, Educación, etc. Se han interesado en nuestra temática, acercándose a nuestros espacios de trabajo y capacitación: abogados, radio-operadores, personal de aerolíneas, voluntarios de organizaciones, entre muchos otros. La Salud Mental, desde la idea que nos ha transmitido fuertemente la Dra. Bentolila, no es patrimonio de una disciplina, su puesta en práctica no es privativa de los psicólogos y los psiquiatras.

b) la implementación

Son muchas las líneas de trabajo desarrolladas por el equipo para implementar un trabajo multidisciplinario. Nuestra tarea, por la pertenencia misma a la Dirección de Manejo de Emergencias Sanitarias y Catástrofes, se desarrolla junto a nuestros compañeros, que son radio operadores, conductores de ambulancias, enfermeros, médicos emergentólogos, etc. Con ellos estamos en los escenarios de la intervención, haciendo equipo, sosteniéndonos y potenciando nuestros saberes.

c) la evolución en el tiempo

Actualmente, a diferencia de los tiempos inaugurales de la Red, ya no tenemos que explicar por qué es muy importante o necesario que haya alguien de Salud Mental formando parte de las intervenciones en emergencias y desastres. También, hemos ganado un espacio en las formaciones, no sólo se considera imprescindible que los que trabajan en la primera línea de respuesta tengan conocimientos de Triage, manejo de la vía aérea, inmovilización o RCP. Actualmente, nuestra temática está legitimada y jerarquizada en las capacitaciones del Ministerio de Salud provincial.

Respuesta a la pregunta 10:

Para el nivel:

1-comunitario:

Considero que el equipo PROSAMIC –y la Dra. Bentolila en especial- ha hecho un aporte significativo para la instalación y sensibilización sobre la importancia de proteger la Salud Mental de las personas en situaciones críticas. El viejo prejuicio estigmatizante de que “los locos” son los destinatarios de la asistencia de los profesionales Psi hoy ha perdido vigencia como representación social.

Cuando se da alguna situación dolorosa, con difusión en los medios de comunicación, rápidamente surge la pregunta acerca de si los afectados están recibiendo ayuda psicológica. Es un tema recurrente, existe un consenso en las comunidades afectadas por algún incidente crítico acerca de la necesidad de intervenciones como las del equipo PROSAMIC para poder mitigar los efectos singulares y colectivos del evento. Por ejemplo, en cada aniversario de la gran inundación que hubo en La Plata en 2013, se entrevista a algún afectado. Siendo un evento en el que el equipo intervino, es muy diferente el proceso de elaboración psíquica de quienes recibieron una Primera Ayuda Psicológica, de quienes no fueron contenidos en los momentos agudos y post agudos del desastre.

2-Político:

En consecuencia al mencionado cambio en las representaciones sociales (punto 10-1), el nivel político también ha debido legitimar la existencia de equipos que brindan intervenciones como el PROSAMIC. Hace dos años, el día mundial de la Salud Mental fue dedicado justamente a la sensibilización sobre la importancia de la Primera Ayuda Psicológica. En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, la Dra. Zulma Ortiz, por entonces ministra de Salud Provincial, destacó la importancia de la temática, en un claro ejemplo de su jerarquización en la agenda política de Salud.

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/07-10-16-ortiz-destaca-el-valor-de-la-primera-ayuda-psicologica-a-victimas-de-emergencias-y-desastres/>

También, en el nivel político, organizaciones internacionales, como la OPS-OMS han puesto de relieve la importancia del impacto acciones e intervenciones como las del PROSAMIC.

<http://www.infobaires24.com.ar/PROSAMIC-reconocido-como-modelo-por-organizacion-panamericana-de-la-salud/>

http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9777:provincia-de-buenos-aires-realiza-primer-curso-virtual-sobre-salud-mental-en-emergencias-y-desastres-con-el-apoyo-de-la-ops&Itemid=236

3-Las asociaciones o grupos profesionales

Distintos colectivos profesionales también se han acercado cada vez más a la temática del equipo PROSAMIC. El equipo ha sido convocado para hacer acuerdos, dictar capacitaciones y diferentes acciones de cooperación por distintas asociaciones profesionales, colegios médicos y de psicólogos de diferentes distritos de la provincia de Buenos Aires, que vienen percibiendo una demanda creciente de formación en la temática, de la que carecen las carreras de grado. Por ejemplo, el distrito III del Colegio de Médicos de Morón fue la sede de una capacitación sostenida que realizó el equipo a lo largo de un año. Los Colegios de psicólogos de los distritos VI (Luján) y XIII (Lomas de Zamora) también han pedido al equipo PROSAMIC espacios de capacitación para sus colegiados. Poniendo de relieve que los equipos intervinientes también son afectados por el estrés que supone la tarea con situaciones críticas cotidianas, las asociaciones profesionales, habida cuenta del creciente número de enfermedades laborales y licencias por Salud Mental, también vienen considerando la necesidad de dar algún tratamiento a esta temática sobre la cual el equipo viene abordando desde su creación y previamente, desde hace muchos años, la Dra. Bentolila ha sido una pionera, en el ámbito local en la instalación de este problema de Salud.

Entrevista 2:

Respuesta a la pregunta 1:

a) Conocimientos: Si bien participé (como alumna) en el 2006 de la capacitación para la conformación de la Red PROSAMIC en la región sanitaria VI, al incorporarme al equipo pude estudiar en profundidad los lineamientos de los protocolos de los organismos internacionales sobre SMAPS. Incluir estrategias de cuidado de la salud mental desde el paradigma de la GRRD. Técnicas de manejo del estrés. Salud Mental Comunitaria

b) Actitudes: Puedo resumirlo relacionándolo con el concepto de Outreach, isin dudas! La actitud de búsqueda activa hacia los afectados, las comunidades o los equipos, desde la perspectiva de la prevención, la anticipación a lo patológico. Muchas veces, durante algunas intervenciones, tengo la sensación de “desembarco” cuando llegamos al lugar del incidente crítico y nos dividimos para intervenir con los afectados.

c) Prácticas: Amplió el espectro de mis intervenciones, revaloricé el papel de la psicoeducación.

Respuesta a la pregunta 2:

a) En lo colectivo/grupal: Siento por primera vez en toda mi carrera que estoy trabajando en equipo, realmente.

b) En lo individual/profesional: Formar parte de un equipo de profesionales con mucho compromiso y altamente capacitado y experimentado, con una posición ética que comparto y del que aprendo todos los días.

Respuesta la pregunta 3:

Sobre sus vivencias: ¿podría señalar en qué momento/s percibió que la incorporación de los lineamientos de trabajo en su tarea modificaba su mirada profesional?

En una de mis primeras intervenciones (una explosión en un depósito de garrafas) establecimos un dispositivo de contención y acompañamiento a los familiares de los afectados más graves, internados en UTI. Cuando dimos por terminada la intervención, pasamos por la guardia del mismo hospital, en donde todavía permanecían algunos heridos leves. Una de ellas, una afectada con heridas superficiales, que no se había retirado después de haber sido dada de alta hacía varias horas, pero por la que no nos habían solicitado intervención. Presentaba reacciones esperables, con las que pude trabajar para normalizarlas. Me refirió antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Y que su

preocupación principal era cómo iba a contarle lo que había sucedido a su madre, que era añosa y con su salud deteriorada. Trabajamos sobre eso y le ofrecí material psicoeducativo elaborado por el PROSAMIC, con mis datos de contacto. A los dos días me llama para contarme que había podido ir a la casa de su madre y contarle lo que le había sucedido. Que la información que había recibido le había servido para explicarle fundamentalmente que no estaba nuevamente con sintomatología psiquiátrica sino que eran reacciones normales al incidente crítico. La charla telefónica duró 40 minutos, fue casi una "sesión terapéutica" donde me contó, entre otras cosas, que había tenido una breve internación por un cuadro de depresión unos años atrás. Le pregunté si acordaba en que le realizara una llamada de seguimiento y me contestó que ya había sacado un turno con su psiquiatra para retomar el tratamiento, pero que me pedía autorización para darle mis datos de contacto, en caso que se lo solicitase, a lo que accedí. "Yo la llamo, licenciada", se despidió. A las semanas cumplió con su promesa, pero por mensaje de texto, me dijo que estaba nuevamente en tratamiento y terminó con un Gracias Licenciada.

En ese sentido, ir a la búsqueda de esa señora que no se animaba a salir de la guardia, realizar una intervención desde la perspectiva de los dispositivos de protección de salud mental y apoyo psicosocial, posibilitó la irrupción de la dimensión subjetiva, casi como al modo de una transición que habilitó la recuperación de un espacio terapéutico. Esta fue para mí la intervención articuladora de los nuevos conocimientos y mi experiencia clínica previa.

-¿Podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo?

¿Cómo describe esas circunstancias?

En el 2015, para el seminario de festejo de los 10 años del PROSAMIC, preparamos coralmente (como casi siempre) una presentación acerca de la historia del equipo. Armé dos diapositivas, que voy a copiar, porque creo que marca que desde el principio de la formación del PROSAMIC, la perspectiva de la prevención y la reducción del riesgo estuvo presente en sus lineamientos de intervención, aun cuando ese cambio de paradigma en la gestión de riesgo de desastres se estaba recién esbozando en los encuentros

internacionales. Por lo tanto, esa perspectiva ya estaba consolidada en el equipo al momento de mi incorporación, porque lo estaba desde su concepción misma.

AÑO 2005	
<p>HYOGO Japón (Post tsunami asiático)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (Enero 2005) <p>MAH: Aumento de la resiliencia de las naciones y de las comunidades ante los desastres.</p> <p>Desarrollar acciones para observar y analizar integralmente el desastre</p> <p>GESTION DE RIESGO COMO UN PROCESO SOCIAL</p>	<p>BUENOS AIRES Argentina (Post Cromañón)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RED PROSAMIC (Junio 2005) <p>Reducir el riesgo psicosocial y atender el impacto sobre la Salud Mental de los afectados, como un aspecto de la atención sanitaria en emergencias complejas y desastres.</p> <p>LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, SALUD MENTAL COMUNITARIA</p>



2015: LÍNEAS DE ACCIÓN	
<p>MARCO SENDAI (Marzo 2015)</p> <p>III Conferencia Mundial ONU sobre la Reducción del Riesgo de Desastres</p> <p>«...La reducción sustancial del riesgo de desastres y las pérdidas ocasionadas ...»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comprender el RIESGO de desastres – Fortalecer la gobernanza del RD para su GESTIÓN – Invertir en RR para la RESILIENCIA – Aumentar la PREPARACIÓN para dar una respuesta eficaz y «reconstruir mejor» 	<p>RED PROSAMIC</p> <p><u>Estrategia de trabajo solidario en Red de servicios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones articuladas con la Red Pcial Emergencias Sanitarias • Capacitación continua SM en IC y Promoción de referentes asistenciales en los tres niveles del Sector Salud • Articulación intersectorial: capacitación continua SM en IC y organización de la Respuesta • Dispositivos de seguimiento articulados con recursos comunitarios • Protección SM de Equipos de Intervención

Respuestas de la pregunta 4:

- a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones,
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

Mi incorporación fue en el año 2013, tanto los dispositivos de intervención como la modalidad de las capacitaciones y la acción multidisciplinaria se encontraban ya consolidados y establecidos.

Respuestas a la pregunta 5:

- a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones,
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

Mi incorporación fue en el año 2013, tanto los dispositivos de intervención como la modalidad de las capacitaciones y la acción multidisciplinaria se encontraban ya consolidados y establecidos.

Respuesta a la pregunta 9:

- a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones,
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

Mi incorporación fue en el año 2013, tanto los dispositivos de intervención como la modalidad de las capacitaciones y la acción multidisciplinaria se encontraban ya consolidados y establecidos.

Respuesta a la pregunta 10:

A modo general, es frecuente que cuando se realiza una intervención con un incidente crítico de alto impacto y estrés colectivo, se solicite al equipo o bien una intervención de desactivación emocional con los equipos locales intervinientes, y/o una capacitación o jornada de sensibilización sobre el tema de SMAPS. Esto se da mucho más frecuentemente cuando el IC ocurre en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires.

Algunos sectores, como Educación, Bomberos, Equipos de Primera Respuesta, Enfermería, son más receptivos a este tipo de intervenciones, porque en general son más conscientes de los riesgos psicosociales que acarrea el ejercicio de las profesiones o actividades de servicio, que lidian cotidianamente con otros en situación de vulnerabilidad.

Para el nivel:

1-comunitario Con algunas de las comunidades en donde se intervino ante una situación de IC, se estableció a posteriori dispositivos de capacitación y/o de protección de SM de los equipos de intervención. De hecho, en algunas ciudades, a partir del trabajo de sensibilización realizado, se conformaron equipos de salud mental, que con diversas denominaciones, dan respuesta ante situaciones críticas.

2-Político: El PROSAMIC participa en estos últimos años de capacitaciones que responden a dos de las políticas públicas más relevantes del Ministerio de Salud Provincial: El Programa de fortalecimiento de guardias hospitalarias y la implementación del SAME Provincia. El accionar del Equipo es reconocido aún por fuera de la Dirección de Manejo de Emergencias y Catástrofes, siendo convocado por otros ministerios o direcciones. El contar con un equipo de estas características, capacitado y con más de 10 años de experiencia es un capital de alto impacto para cualquier política pública dentro del ámbito de las situaciones críticas y desastres.

3-Las asociaciones o grupos profesionales:

Se han realizado intervenciones/capacitaciones con grupos de profesionales de la Justicia, la Salud, Educación, Fuerzas de Seguridad, Organismos Públicos, Estudiantes de Medicina, etc. Probablemente fruto del trabajo de todos estos años del PROSAMIC y la Dra. Bentolila, pero la aceptación e incorporación de este tipo de intervenciones es cada vez más amplia y reconocida por más sectores.

Entrevista 3:

Respuesta a la pregunta 1:

a) Conocimientos

Amplié mi mirada, dándole espacio al conocimiento de nuevos autores y sus diferentes marcos teóricos, incorporando y anexando saberes dieron lugar a diversos modos de abordaje.

b) Actitudes

Desde hacía tiempo, tal vez más en ámbitos educativos que en salud, estaba acostumbrada al trabajo en equipo, en determinadas situaciones puntuales es la forma que concibo para llevar adelante una buena tarea, por tanto más aún en las realidades que debe afrontar la tarea de la Red.

Me aportó crecimiento en todos los ámbitos, el aprender de las diferencias de formaciones, capacidades, saberes, modos, respetar diferencias, llegar acuerdos o no, es lo que profundicé y prioricé, por considerar que formas abiertas y simples, entendiendo y aceptando como el mejor y buen modo de intentar lograrlo.

c) Prácticas

Asistir en situaciones de emergencia, en las que impera el sufrimiento del modo y forma que cada afectado pueda manifestarlo, en donde además en los primeros momentos puede aparecer o ser todo un caos, implica darnos cuenta y hacernos cargo de nuestras debilidades y fortalezas, también de las limitaciones decada uno aceptándolas y si esto

ocurre saber dejar espacio a quien pueda llevar adelante la tarea. Me aportaron más entendimiento y discernimiento de los diferentes entornos, conocimientos que puedo aplicar por ejemplo en ciertos casos de consultorio, puedo decir que de cada participación en un IC que me tocó realizar sola o con compañera/as he aprendido algo más para otras intervenciones.

Respuesta la pregunta 2:

a) En lo colectivo/grupal

Me brindó ser parte de una forma de trabajo diferente, antes por desconocimiento creo haber tenido una visión algo acotada de qué y cómo se podía llevar a cabo en IC, nuevas experiencias que entiendo amplían, y aclaran el ámbito.

b) En lo individual/profesional

Tanto en lo individual como en el campo profesional, fue una transformación que implica evolución, crecimiento y desarrollo.

Respuesta a la pregunta 3:

Podría decir que desde la primera intervención, tal vez influyó que fue un IC particularmente especial y algo extenso, el interactuar con integrantes de diferentes equipos de respuesta: médicos, bomberos, policía, autoridades y agentes de Justicia y Gobernación, presencia de medios de comunicación, la gran cantidad de gente que se había acercado al lugar y compartir el después escuchando y observando dio cuenta de la importancia y necesaria intervención de la Red PROSAMIC.

¿Podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo?

Si-

¿Cómo describe esas circunstancias?

En alguna intervención, en SAT por ejemplo, ocurrió cruzarnos con personal de equipos de respuesta que habían concurrido a talleres con simulacro, se pudo observar cómo recordaban y utilizaban herramientas brindadas por PROSAMIC.

Respuesta para las preguntas 7, 8 y 9:

Ingresé a la Red en el 2010, al no haber sido parte al momento de la creación del PROSAMIC no puedo dar opinión en los ítems 7, 8 y 9.

Sí al haberme formado con la Dra. Silvia Bentolila y su equipo he leído la bibliografía necesaria que en ese momento nos indicaban, como así también publicaciones de la Dra. y escritos de la Dra. y los primeros integrantes del equipo.

Luego de mi inclusión tuve acceso a leer y escuchar lo referente al arduo trabajo realizado para la creación del PROSAMIC y el gran logro para su inserción dentro de la "Dirección de Manejo de Emergencias Sanitarias y Catástrofes" del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, creo fundamentalmente por respeto a la Dra. Bentolila y a quienes crearon y dieron inicio a la Red PROSAMIC que no sería prudente emitir opinión en rigor de verdad.

Puedo agregar en cuanto al punto C de los ítems mencionados, la evolución en el tiempo, a partir de 2010 se realizaron modificaciones en el material psicoeducativo creado por PROSAMIC, de las que sí fuimos parte colaborando en diferentes modos los nuevos integrantes.

Respuesta a la pregunta 10:

Reflexionando sobre todo el trabajo realizado desde el año 2005 a la fecha, la Dra. Silvia Bentolila es precursora, junto a su equipo, generó el espacio logrando establecer y poniendo de relieve el valor del cuidado de la salud mental de las personas que atraviesan un IC como así también la protección en los equipos de respuesta.

Entrevista 4:

Respuesta a la pregunta 1

a) conocimientos: Me permitió sistematizar de modo teórico prácticas que llevaba adelante, pudiendo contrastar distintas teorías y tomar lo mejor de cada una de ellas, continuando mi formación de manera sostenida.

b) actitudes (¿?)

c) prácticas: Me permitió conocer el abordaje del cuidado de equipos intervinientes, aspecto totalmente desconocido para mí antes del ingreso al Equipo.

Respuesta a la pregunta 2:

a) En lo colectivo/grupal: Formar parte de un grupo de trabajo de modo sostenido, tomando en cuenta el reparto de tareas según habilidades y potencialidades.

b) En lo individual/profesional: Poder sistematizar conocimientos y poder habilitarme a transmitirlos a través de lo que comprobé en la práctica.

Respuesta a la pregunta 3:

Considero que al poco tiempo de ingresar al equipo empecé a incorporar el aspecto de no diagnosticar a las personas que atraviesan un IC. Si bien lo mencionaba antes, venía trabajando en la línea de no patologización de la infancia pero hasta el momento de la incorporación del equipo solamente había recibido como formación los aspectos del TEPT en casos de situaciones como las que el equipo aborda. Este creo que fue el punto principal o por lo menos de partida donde los lineamientos modificaban mi mirada profesional.

¿Podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo?

Por un lado, dentro del trabajo con grupos de equipos intervinientes me resulta más fácil discernir como estos aspectos se toman en cuenta, dado que dicha práctica permite contar con tiempos planificados y por ende, tomar estas variables en cuenta. Si bien en los casos de Defusing se trabaja con material emergente, antes de realizarlo se realiza un diagnóstico de situación que permite contar con distintas herramientas para su abordaje y poner en juego estos aspectos.

En el área de capacitaciones, considero que también se ponen en marcha de manera más accesible ya que los asistentes muchas veces reconocen estos aspectos a medida que el material teórico es expuesto.

Durante las intervenciones en el momento agudo considero que quizá la perspectiva preventiva más relevante en el trabajo que se realiza con los afectados en cuanto a la información que se les brinda a través de los folletos psicoeducativos y el seguimiento posterior. En cuanto al análisis de riesgo, considero que queda más ligado a un análisis individual de las integrantes del Equipo que participen (formando parte de la tarea compartir ese análisis para unificar criterios de intervención y trabajar de forma unificada) formando parte de la etapa de diagnóstico de situación y luego anticipar posibles efectos de algunas prácticas.

¿Cómo describe esas circunstancias?

Me parece que se podría diferenciar entre dos instancias: uno llevándolas a cabo en conjunto con los afectados y/o asistentes y por otra parte, al interior del equipo, donde igualmente existe luego una retroalimentación al llevarla a la práctica.

Respuesta a la pregunta 4:

a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones: Desde mi ingreso al Equipo considero que los objetivos de las intervenciones si bien tuvo sus variaciones en cuanto a la implementación, son un pilar que se mantuvieron firmes en relación con sus objetivos (proveer Apoyo Psicosocial, por ejemplo).

b) la implementación: La implementación considero que si bien se rige en lineamientos de protocolos internacionales, existen sin embargo puntos donde se deben adaptar y flexibilizar según de qué intervención se trate tomando en cuenta los recursos existentes. En este sentido, creo que los recursos son los que influyen permanentemente a la hora de tomar decisiones con respecto a la implementación.

c) la evolución en el tiempo: Como mencioné anteriormente no creo que hayan sido modificados los objetivos principales de las intervenciones. Por otro lado, el camino recorrido del Equipo, tanto a nivel institucional como en lo comunitario, permite que las intervenciones se puedan desarrollar de manera más fluida, salvo en contadas ocasiones (por ejemplo: la no aceptación de nuestra intervención).

Respuesta a la pregunta 5:

a) la creación y definición de las capacitaciones: Considero que los objetivos de las capacitaciones de formar agentes multiplicadores y la sensibilización en distintos actores que participan antes, durante y después de un Incidente Crítico se sigue desarrollando y sosteniendo hasta la actualidad.

b) la implementación: La implementación cuenta con la flexibilidad del equipo para adaptar los contenidos según el público asistente, me parece que ha sido siempre un gran logro de parte de nuestra tarea.

c) la evolución en el tiempo: Se ha mejorado la calidad de las capacitaciones definiendo un programa base y adaptándolo, dando prioridad a ciertos ejes y con actividades según la demanda local. La demanda ha aumentado a través de los años, en los comienzos nuestro equipo ofertaba la posibilidad de realizar encuentros y en la actualidad el pedido se realiza a través de distintas instancias de parte de los interesados.

Respuesta a la pregunta 6:

a) la creación y generación del trabajo multidisciplinario: El puntapié inicial de estas acciones es plantear desde los comienzos que las herramientas que transmitimos para las intervenciones son patrimonio de todos los actores intervinientes. Este punto es el que considero fundamental para que esta acción se lleve a cabo de manera más fluida y logre ponerse en práctica. Lo mismo ocurre cuando se plantea que todas las instancias que intervienen son fundamentales a la hora de articularse, más allá que existan jerarquías definidas y que deben ser respetadas, todos los integrantes involucrados cumplen un papel fundamental para que se minimicen los impactos.

b) la implementación: Las capacitaciones me resultan como las más significativas para poder transmitir la implementación del trabajo multidisciplinario, ya que otorga la posibilidad de un tiempo de construcción de una red lo permita. De todos modos, esto no excluye que durante el momento agudo esto no se ponga en funcionamiento, sino que muchas veces se realiza sin tener planificación necesaria. La urgencia de los acontecimientos no permite capitalizar la importancia de esta tarea y en ocasiones se realiza de manera desarticulada. Un tiempo posterior puede permitir repensar la práctica, pero no siempre sucede.

c) la evolución en el tiempo: Al haber recorrido el territorio de la Provincia de Buenos Aires, muchas veces durante el momento agudo nos hemos encontrado con integrantes de equipos intervinientes con las que hemos tenido contacto en alguna actividad. Esto es una característica sumamente positiva que se ha logrado a través del tiempo para permitir la mayor articulación en el trabajo multidisciplinario.

Respuesta a la pregunta 10:

Para el nivel:

1-comunitario: En el aspecto comunitario con el trabajo en los equipos intervinientes diferenciaría cuando se tratan de ciudades más habitadas (pero con demandas sumamente excesivas y complejas) o poblaciones más pequeñas (que si bien la demanda

en cuanto a cantidad no es la misma que en el primer grupo el excesivo conocimiento de los habitantes entre sí plantea otros desafíos). En ambos casos, nuestra participación/colaboración es bien recibida y tomamos en cuenta estas diferencias a la hora de planificar nuestras actividades. Un ejemplo donde nuestras intervenciones dan cuenta de la aceptación es cuando se produce un seguimiento de una población determinada, dado que nos convocan para el trabajo en conjunto con los equipos locales y el seguimiento de las situaciones abordadas. En cuanto a la población en general, se valora la presencia de nuestro recurso como apoyo en situaciones críticas, independientemente si las personas afectadas recurrieron a él. Al entregar nuestro teléfono de contacto, muchas veces son ellos los que retoman contacto para recibir asesoramiento.

2-Político: La definición de lo político es amplia, recorto por un lado el aspecto de nuestra pertenencia gubernamental articulada con las políticas en salud que se llevan a cabo. Considero que este es el punto más difícil de nuestro equipo, dado que se deben reevaluar permanentemente los escenarios donde se ponen en práctica nuestras intervenciones. Por otro lado, si bien se ha avanzado muchísimo en cuanto a nuestra necesaria participación en las intervenciones que llevamos adelante queda mucho por trabajar aún para seguir ganando terreno, como también categorizar de manera más relevante nuestro lugar en el Sistema de Salud en tanto profesionales. De la Salud Mental ya todos hablan y reconocen su importancia, pero todavía no se le otorga el lugar en la agenda como sería pertinente ni existe el reconocimiento adecuado a los profesionales de nuestra área.

3-Las asociaciones o grupos profesionales: En este sentido, los temas relacionados al cuidado de equipos intervinientes han sido aceptado tanto por las Asociaciones o Grupos Profesionales, ya que lejos de tratarse de una herramientas de control como en algunas ocasiones han sido recibidas, la participación de estos colectivos en el intercambio, capacitaciones, etc., ha permitido la aceptación posterior por parte de sus integrantes.

Entrevistada 5:

Respuesta a la pregunta 1:

a) conocimientos: ¡Montones! Relativo a lo que hacer y qué no hacer en situaciones de Incidente Crítico, teoría del estrés y material de organismos internacionales relevantes en la temática

b) actitudes: Trabajo en equipo y fortalecimiento de los saberes sobre trabajo con grupos para sumarlos al armado de capacitaciones.

c) prácticas: Aprendí a poder intervenir desde un lugar más empático y no distante con aquellos que están en situación de sufrimiento. La formación y práctica de la psicología clínica sobre todo aquella psicoanalítica en la que estoy formada, no favorece al acercamiento con los pacientes o personas afectadas. La incorporación de la lectura psicosocial al modo de intervenir me permitió acercarme de modo respetuoso al que sufre no sólo en los escenarios donde se desempeña el Prosa sino también a la hora de desempeñarme en la clínica en mi consultorio. Así como el uso de herramientas para abordar el estrés.

Respuesta a la pregunta 2:

a) En lo colectivo/grupal: aprendizaje, templanza, paciencia y entrenamiento en construcción colectiva.

b) en lo individual/profesional: conocimientos, aprendizajes, excelencia profesional por nuestra coordinadora quien nos permitió crecer a cada integrante del equipo dándonos confianza y diversas oportunidades de inserción laboral.

Respuesta a la pregunta 3:

Tal vez me sea difícil ubicar el momento preciso pero si reconozco un cambio gradual en función de mi crecimiento dentro de la temática y el equipo. A medida que avancé en la integración de saberes y el trabajo en equipo mi mirada profesional se fue ampliando pudiendo incorporar las dimensiones antes mencionadas en otras preguntas.

-¿podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo?

Si- X

¿Cómo describe esas circunstancias? En el sentido de lo que manifestaba en la pregunta anterior, he ido incorporando a mi escucha tal vez más analítica que sustenta mi práctica privada, la dimensión de los conocimientos y aprendizajes sobre la protección de la salud mental en emergencias y catástrofes. Hoy por ejemplo tengo intervenciones que usamos en el equipo a la hora de bajar las reacciones al estrés. Invito mucho a respirar y a meditar, a repensar y hacer lecturas que apunten a algo del orden de la prevención y evaluar dimensiones de riesgo, siempre que eso sea posible claro. En la práctica propia del Prosa la dimensión de la gestión de riesgo la tenemos incorporada y la transmitimos en las capacitaciones que hacemos.

Respuesta a la pregunta 4:

a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones: Entiendo que las intervenciones fueron configurándose según los estándares internacionales de intervención en estos casos. Si bien me sumé al equipo un año después de su formación ya venía muy aceitado en cómo hacer las cosas, luego solo fuimos consolidando ese cómo hacerlas y tratando de teorizar al respecto aunque eso siempre queda pendiente de sistematizar. La concepción de Red es lo que primó desde el comienzo y lo que ha movido todo el tiempo la necesidad de llevar los conocimientos a todos los lugares posibles a través de las capacitaciones.

b) la implementación: La implementación de la Red como tal entiendo que se logra a partir de las capacitaciones que fuimos y seguimos haciendo. En tanto haya diferentes nodos capacitados en diversas zonas, de ese modo podemos considerar que ante cualquier situación que lo amerite tendremos recursos entrenados que puedan dar la respuesta adecuada.

c) la evolución en el tiempo: A lo largo del tiempo nos fuimos consolidando como equipo de referencia en la temática de la Provincia de Buenos Aires. Los modos de abordaje, el modo de intervenir lo fuimos sistematizando y adecuando siempre al tipo y características del IC.

Respuesta a la pregunta 5:

a) la creación y definición de las capacitaciones: Cuando me sumé al equipo las capacitaciones ya tenían la condición de ser no solo teóricas sino también vivenciales a modo de talleres.

b) la implementación: La implementación se fue aceitando y fortaleciendo. Siempre ha sido y sigue siendo bien recibida en general por los diferentes auditorios a los que capacitamos.

c) la evolución en el tiempo: Creo que hemos evolucionado mucho! tanto en las presentaciones teóricas, el uso de material audiovisual y la implementación de dinámicas de grupos que permiten bajar la teoría y plasmarla en la práctica a través de simulacros y otras técnicas.

Respuesta a la pregunta 6:

a) la creación y generación del trabajo multidisciplinario: Entiendo que pudimos integrarnos con diferentes actores que intervienen en la primera respuesta como médicos, enfermeros, bomberos, policía, etc... Esta integración no ha sido fácil, nos llevó muchos años de trabajo para visibilizar nuestra función y necesidad de integrar la atención integral para los afectados.

b) la implementación: La implementación de la acción multidisciplinaria depende del tipo y características del IC pero siempre lo tenemos como equipo en los objetivos de nuestras intervenciones. Y a la hora de las capacitaciones es sumamente necesario entrenar en herramientas de protección de la salud mental a todas aquellas disciplinas que se desempeñan en situaciones de IC

c) la evolución en el tiempo: Fue evolucionando y plasmándose la necesidad de la multidisciplinaria.

Respuesta a la pregunta 10:

Para el nivel:

1-comunitario: Los afectados directos y familiares en general aceptan las intervenciones y las agradecen mucho posteriormente

2-Político: Según mi humilde opinión considero que este nivel se aprovecha de nuestra función para calmar las demandas y quejas de los diversos afectados según el tipo y características de IC. En ese sentido ha crecido el grado de aceptación y necesidad de nuestra presencia a la par que también ha crecido en los medios de comunicación.

3-Las asociaciones o grupos profesionales: Nuestra incorporación en este nivel ha ido en aumento pudiendo intervenir en diferentes grupos de trabajo en la resolución de conflictos y manejo y prevención del estrés profesional.

Entrevistada6:

Respuesta a la pregunta 1:

a) conocimientos

Me permitió conocer los desarrollos teóricos vigentes en el campo de la gestión y reducción del riesgo de desastres; estudiar los posibles abordajes desde la salud mental y apoyo psicosocial en situaciones muy diversas pero que comparten las características de lo que se denomina un "incidente crítico"; y, como "desprendimiento" de estudiar las acciones para la protección de la salud mental de los equipos intervinientes en emergencias y desastres, pude también profundizar en los distintos desarrollos sobre los riesgos asociados a la cronificación de las respuestas de estrés agudo en diversos colectivos laborales, como el estrés laboral, el síndrome de burnout, el desgaste por empatía, etc., y las estrategias para su prevención y tratamiento. También adquirir conocimientos relacionados con el manejo de las TICs (tecnologías de la información y la comunicación) en programas de educación a distancia.

b) actitudes

Fortaleció la capacidad de trabajar en equipo. Pude aprender y crecer profesionalmente a través de la interacción con mis compañer@s y coordinadora, así como con los diferentes equipos de trabajo con quienes fuimos compartiendo intervenciones, capacitaciones, dispositivos, etc. Me permitió desarrollar una actitud empática hacia el otro, sea éste un afectado de un IC, un participante de una capacitación, un integrante de un equipo de respuesta, etc., y tratar de capitalizar y aprender de cada experiencia de trabajo.

c) prácticas

Pertenecer al equipo y permanecer durante todos estos años creo que me aportó cierta expertiz para trabajar en el campo de la salud mental en emergencias y desastres, desde un marco teórico – ideológico y ético claro. A su vez, pienso que me aportó un modelo o manera de posicionarse en el trabajo en salud que he podido “trasladar” a otros ámbitos y prácticas laborales.

Respuesta a la pregunta 2:

a) En lo colectivo/grupal

A lo largo de estos 12 años el equipo pasó por diferentes momentos y conformaciones, pero creo que el mayor aporte fue la paulatina construcción colectiva de una identidad muy fuerte, que trasciende lo estrictamente laboral, como “integrante del PROSAMIC”. Esta identidad o sentimiento fuerte de pertenencia se sustenta en la construcción de un verdadero trabajo en equipo, que actúa como factor protector de nuestra propia salud mental y que considero influye directa y positivamente en nuestras prácticas. A su vez, creo que este trabajo en equipo y la modalidad de coordinación ha influido decisivamente en la continuidad y crecimiento del PROSAMIC a lo largo de los años, atravesando diversas gestiones y contingencias sin perder de vista sus objetivos y lineamientos de trabajo.

b) en lo individual/profesional

No puedo separar demasiado lo colectivo de lo personal, pienso que el PROSAMIC fue desde sus inicios un proyecto colectivo y su mayor fortaleza es esa. Por eso, me brindó en lo personal una formación integral y a la vez específica, un campo para desarrollarme profesionalmente, una experiencia muy rica, una identidad en tanto "integrante de", un espacio de encuentro y de trabajo con mis compañer@s y, por qué no, una posibilidad de continuidad laboral y profesional en una temática que me convoca y me interesa a lo largo de 12 años.

Respuesta a la pregunta 3:

No podría señalar un momento específico. Pero creo que más que modificar una mirada profesional previa, el trabajo en el PROSAMIC representó la posibilidad de pensar, poner en práctica y profundizar líneas de trabajo que me interesaban y que en experiencias laborales anteriores había realizado de manera más intuitiva y esporádica.

-¿podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo?

Sí-

Cómo describe esas circunstancias?

NO- X (o no sé si no entiendo la pregunta...)

Respuesta a la pregunta 7:

a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones

Entré a la Red al año de su conformación, por lo que no participé del proceso de creación, definición y delimitación de las primeras intervenciones. Pero por lo que me transmitieron cuando me incorporé en 2006, pienso que la definición de los principios y ejes de trabajo tuvo desde el comienzo una fuerte impronta del marco conceptual de la salud mental comunitaria y la estrategia de atención primaria de la salud.

b) la implementación

Cuando ingresé en el año 2006 el equipo aún estaba en una primera etapa o “experiencia piloto” con base operativa en el SIES de la Región Sanitaria VI (localizado en el Hospital Melo, en el partido de Lanús). Por eso, las primeras intervenciones (también capacitaciones) estaban más circunscriptas a la región sur del conurbano bonaerense – aunque no en forma excluyente. Durante un tiempo los integrantes del equipo cumplíamos horas de guardia en el mismo SIES, participando en algunos traslados u operativos de los compañeros de emergencias. Además, realizábamos intervenciones en diversos incidentes críticos, ya fuera que nos convocaran las autoridades de emergencias o, con frecuencia, el equipo proponía la intervención a las autoridades.

c) la evolución en el tiempo

Pienso que, si bien desde el principio los lineamientos para intervenir estaban bastante definidos, enmarcados en los principios de la salud mental comunitaria, la mirada preventiva, la atención temprana y en los escenarios donde sucedían los incidentes, y esto no sufrió grandes transformaciones, podrían pensarse como cambios o modificaciones a lo largo del tiempo los siguientes:

- un desplazamiento de “foco”: quizá al principio estaba más acentuada la mirada y la escucha clínica individual de las personas asistidas, aún cuando se tratara de dispositivos grupales de intervención; con el tiempo tomó mayor preponderancia un abordaje más integral, con un diagnóstico situacional a partir del cual se piensan las intervenciones posibles.

- al principio la mayoría de las intervenciones estaban ligadas a incidentes viales/ de transporte (con víctimas múltiples o no) o eventos críticos que involucraban a un número relativamente acotado de personas. Luego empezamos a intervenir también en situaciones más ligadas a emergencias complejas y desastres (tornados, inundaciones, otros incidentes ligados a fenómenos meteorológicos, epidemias o eventos de salud, etc) que requerían abordajes en un nivel comunitario. En estas ocasiones pienso que se pudo poner más en práctica un rol diferente de la Red, en tanto muchas veces no trabajamos en forma directa con las poblaciones afectadas, sino articulando y orientando a equipos de respuesta a nivel local.

- otro abordaje que se fue desarrollando y creciendo a lo largo de estos años fue el trabajo con equipos de respuesta de distintos sectores y organismos (servicio 911, servicios hospitalarios, docentes, bomberos, oficiales de justicia, etc), diseñando para cada caso un dispositivo de protección de la salud mental e intervención psicosocial que respondiera a las necesidades específicas del colectivo en cuestión. Estos dispositivos se armaban / se arman a solicitud de los propios involucrados, a veces como consecuencia de haber atravesado como equipo un incidente crítico puntual, y otras como una demanda más general y preventiva, por ejemplo para contar con mayores herramientas para el abordaje de las situaciones que les presenta su práctica laboral.

Respuesta a la pregunta 8:

a) la creación y definición de las capacitaciones

Al igual que en el punto 7 a, no puedo dar cuenta del origen del proceso de las capacitaciones, pero desde que entré la capacitación era un componente fundamental del trabajo de la Red. Con la idea del "especialista" como un multiplicador, siempre se pensaron las capacitaciones como una estrategia para formar equipos y dejar capacidad instalada a nivel local, que pudieran llegado el caso de una situación de IC, poder brindar ellos mismos la primera respuesta en SMAPS

b) la implementación

Al principio las capacitaciones se concentraban sobre todo en la Región Sanitaria VI, donde el equipo tenía su origen y su base. Pero rápidamente se fueron organizando jornadas, cursos, capacitaciones en distintas zonas de la pcia y dirigidas a muy diversos sectores, no sólo a los agentes de salud. Si bien desde el equipo creo que siempre estuvo la intención de organizar las capacitaciones a partir de una planificación "territorial", es decir, ir cubriendo las diferentes regiones sanitarias y/o municipios que las integran, me parece que también nos fuimos adaptando a las "oportunidades" de armar capacitaciones en función de otras variables, por ejemplo, los avatares políticos, las prioridades o intereses de cada gestión que pasó por la Dirección de Emergencias o el Ministerio, los "contactos" que se fueron estableciendo, a partir del propio trabajo en las intervenciones, etc.

c) la evolución en el tiempo

Desde lo personal, desde el principio las capacitaciones me resultaron un campo de desarrollo y crecimiento profesional más que interesante. Poder transitar experiencias muy diversas – en cuanto a los perfiles de los destinatarios, las instituciones donde se desarrollaban, los lugares geográficos, etc.- me permitió y me permite aprender de cada uno de esos encuentros.

En cuanto a la evolución en el tiempo, creo que un factor determinante fue la propia experiencia del equipo en intervenciones en distintas situaciones de incidente crítico; este recorrido –en lo personal de cada integrante y colectivamente como equipo- me parece que fue enriqueciendo y “mejorando” la calidad de las capacitaciones, cada vez más sustentadas en las experiencias concretas y no tan “pegadas a la letra” de los textos y documentos, más allá de la importancia que por supuesto tiene un sólido marco teórico – conceptual.

Los contenidos también fueron “evolucionando” a lo largo del tiempo. Si bien hay una esencia, una base que no cambió, pienso que cada vez fuimos haciendo más foco en una visión preventiva, en un enfoque que privilegia los abordajes comunitarios y la importancia de contar con personal de respuesta (de todos los sectores y organismos involucrados) formados para intervenir desde el cuidado de la salud mental y el apoyo psicosocial. A su vez, en los últimos años fuimos incorporando en nuestras capacitaciones (y en nuestras cabezas) los relativamente recientes desarrollos de la gestión y reducción del riesgo de desastres, como marco y contexto para pensar cualquier estrategia de SMAPS.

Creo que aún hay un camino por recorrer, desde lo conceptual y desde la bajada de tales conceptos a las intervenciones concretas, en el sentido de que estos dos grandes marcos: la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en emergencias y desastres por un lado, y la Gestión de riesgo de desastres, por el otro, se puedan ir integrando de una manera más fluida, y no que vayan como por dos carriles paralelos que no llegan a encontrarse del todo.

Respuesta a la pregunta 6:

a) la creación y generación del trabajo multidisciplinario

Si bien al interior del equipo siempre hubo bastante homogeneidad en cuanto a perfiles profesionales (desde que lo integro, siempre trabajé con colegas psicólog@s, psiquiatras y un enfermero), tanto las intervenciones como las capacitaciones se plantearon siempre como visión desde un enfoque interdisciplinario.

b) la implementación

Desde los comienzos las capacitaciones estuvieron dirigidas a muy diferentes actores y sectores (trabajadores de salud, educación, fuerzas de seguridad, bomberos, defensa civil, estudiantes, etc). En algunos casos se plantearon como dispositivos específicos para un determinado colectivo (ej: policías, radioperadores, docentes); pero tanto en lo personal como en tanto equipo, alentamos las instancias de formación multidisciplinarias, lo más heterogéneas posible, porque allí está la mayor riqueza y el mejor aprendizaje.

Lo mismo ocurre con las intervenciones: siempre que logramos articularnos y trabajar coordinadamente entre los distintos intervinientes, la respuesta fue/es más integral y eficaz.

c) la evolución en el tiempo

A lo largo de estos años, como dije, siempre estuvo entre los propósitos de la Red trabajar en forma interdisciplinaria, y siempre que pudimos lo pusimos en práctica. Pienso que la mayor evolución se dio, en los últimos años, en relación a nuestros propios compañeros de trabajo de la Dirección de Emergencias (enfermeros, médicos, conductores de ambulancias): fuimos compartiendo cada vez más espacios de intervención (ej SAT, inundaciones, interv en Mendoza) y de capacitación conjunta (SAME). Poder sumar "el módulo de intervenciones psicosociales / de protección de la salud mental de los equipos" dentro un una capacitación más amplia dictada por los otros integrantes de Emergencias, me parece que es un logro a destacar, y el producto de muchos años de construcción del equipo.

Respuesta a la pregunta 10:

Para el nivel:

1-comunitario

La verdad es que no puedo evaluarlo científicamente o asegurar qué grado de influencia tuvo el PROSAMIC, pero creo que es bastante evidente que a lo largo de estos años, lo que suele llamarse "la opinión pública" y también la voz de los "medos" fue incorporando, naturalizando y a veces hasta exigiendo la presencia de intervenciones ligadas a lo psicológico, lo psicosocial, en cualquier situación de incidente crítico con un mínimo de repercusión mediática. Pienso que la tarea sostenida durante más de 10 años en las intervenciones y en las capacitaciones (sobre todo en la provincia de Bs As, pero también en otras provincias y fuera del país) pudo influir de alguna manera en la construcción de esta "demanda" a nivel comunitario. También la tarea constante de difusión de las acciones y objetivos de la Red, a través de producciones escritas pero, sobre todo, de las intervenciones de la Coordinadora en diferentes medios de comunicación, en particular en los últimos años.

2-Político

En lo político se me ocurre lo más cercano: las sucesivas gestiones del Ministerio y de la Dirección de Emergencias de la cual depende el equipo fueron no sólo aceptando el trabajo del PROSAMIC –que muchas veces al principio era una oferta de intervenir sugerida por el equipo a las autoridades- sino que, a medida que conocían lo que hacíamos, se invertía el circuito y éramos cada vez más convocados desde las autoridades para integrarnos en la respuesta a distintas situaciones y/o a espacios de formación.

Un ejemplo muy ilustrativo me parece lo que se dio con el taller de formación que el equipo desarrolla con frecuencia semanal desde el año 2013 (¿?) para los alumnos del Internado Anual Rotatorio (IAR) que cursan su último año de la carrera de Medicina en la UBA, donde un ministro de salud de la pcia y dos directores de Emergencias de la pcia (de distintas gestiones y color político) se interesaron por la actividad y participaron de la misma, resaltando la importancia que tenía este espacio para la formación de los futuros médicos.

3-Las asociaciones o grupos profesionales

Distintas asociaciones como Colegios Médicos, Colegios de Psicólogos, Asociaciones de Bomberos Voluntarios, etc., al conocer el trabajo de la Red fueron convocando al equipo a colaborar en intervenciones y/o capacitaciones con sus colectivos profesionales.

Entrevistada 7:

Respuesta a la pregunta 1:

a) conocimientos: todo el conocimiento relacionado al apoyo psicosocial en emergencias y desastres.

b) actitudes: para observar, respetar los tiempos en situaciones complejas, flexibilidad y tolerancia a la incertidumbre.

c) prácticas: en docencia, en virtualidad y en intervenciones prácticas en incidente crítico.

Respuesta a la pregunta 2:

a) En lo colectivo/grupal: respetar las diferencias, la potencialidad y la dificultad del trabajo en equipo.

b) en lo individual/profesional: la flexibilidad, la creatividad, la tolerancia a la incertidumbre y ser prescindible

Respuesta a la pregunta 3:

-Sobre sus vivencias: podría señalar en qué momento/s percibió que la incorporación de los lineamientos de trabajo en su tarea modificaba su mirada profesional.

A la par de trabajar en el equipo, comencé a trabajar en una Unidad Sanitaria Cabecera de un barrio en Moreno con población vulnerable.

Uno de los momentos en que los lineamientos modificó mi mirada profesional fue frente a la excesiva demanda de situaciones graves de la población y las instituciones del barrio. Puedo evaluar en esas situaciones las prioridades y las posibilidades frente a los recursos con los que uno cuenta. La creación de dispositivos frente a los emergentes que surgen en la población.

Otro momento, fue ver la necesidad de cuidar a los compañeros con los que uno trabaja y ofrecer acompañamiento en situaciones de alto impacto, como por ejemplo el fallecimiento de bebés en enfermería por IRAB.

También el darse cuenta que la población que uno asiste vive de incidente crítico en incidente crítico y cuál es el impacto en nuestra salud mental de trabajar con esta población.

-¿Podría reconocer/dar ejemplos de incorporación en su tarea de la perspectiva preventiva, anticipatoria, y el análisis de riesgo? ¿Cómo describe esas circunstancias?

En el lugar de trabajo en dicho barrio venimos trabajando en el fortalecimiento de la red de instituciones de escuelas y unidades sanitarias, se realizan actividades de capacitación sobre temáticas de urgencias que aparecen en la población (abuso, búsqueda de personas, etc.) y actividades de prevención dirigidos a la población (postas sanitarias, violencia de género, Irab, ESI, etc). Se ha trabajado en relación al desgaste laboral de los docentes y el cuidado de la salud entre los compañeros de salud mental de las unidades sanitarias de la zona.

Esto permitió que en el año 2014 cuando hubo una inundación, pudiéramos trabajar articuladamente con el equipo de trabajadoras sociales y las escuelas que estaban interviniendo, desde el armado de centros de evacuados en las escuelas, la vuelta a casa y se hizo una evaluación de la post intervención.

Respuesta a la pregunta 4:

- a) la creación y definición de la Red y sus intervenciones:
- b) la implementación:
- c) la evolución en el tiempo:

Cada cambio de director de emergencia, nos llevó a tener que explicar y demostrar la necesidad de nuestro trabajo a nivel sanitario.

Con respecto al equipo, cuando ingrese recién se había podido cubrir toda la semana con un psicólogo@ por día. Hubo cambio de compañeros, algunos se fueron porque les salió otra oportunidad laboral y otros se incluyeron ya que tenían cargo en otras dependencias y pidieron el pase. En la actualidad hay un día sin cubrir. Es muy difícil la inclusión de más profesionales debido a que no salen cargos nuevos.

Por otro lado, nos fuimos dando cuenta de la necesidad del apoyo psicosocial en el momento de las intervenciones, con lo cual si bien hay un profesional de guardia por día, se trata ir a una intervención con otro compañero, sumado a la posibilidad en la actualidad de los medios de comunicación (celular y wp) que permite estar acompañado virtualmente.

Se hace guardia pasiva pero en un momento se decidió hacer base unas horas en el SIES VI para tener presencia y generar demanda pero no dio el resultado que esperábamos, con lo cual dejamos de hacer base.

Se hacen intervenciones en situaciones de gran impacto psicosocial en cuanto a la cantidad de personas afectadas pero también se hacen intervenciones de alto impacto político. La decisión de realizar estas últimas fue discutida dentro del equipo en relación a nuestra especificidad y la exposición de nuestro trabajo a las autoridades.

Debido al tipo de incidente, cuándo se activa al equipo, la gestión del recurso para traslado (en un momento nosotras gestionábamos el móvil, en la actualidad lo da emergencias, luego de mucha insistencia por parte del equipo) y la distancia que tenemos

para llegar, las intervenciones, por lo general, no se hacen en el momento agudo de la emergencia, si no en el lugar donde son trasladados los afectados directos y concurren los familiares. En un principio se intentaba llegar al momento hiperagudo, hasta que se fue viendo que en la práctica era muy difícil lograrlo. Si se puede lograr en algunos IC en el operativo SAT donde hay un móvil a disposición del equipo y las distancias son menores.

Desde el principio estuvo definido el ABC de como debíamos intervenir: presentarse a las autoridades, ponerse a disposición, hacer diagnóstico situacional, sumarnos a los equipos de primera respuesta que están trabajando. El abordaje con los afectados y familiares: presentarse y ponerse a disposición, realizar contención y orientación, acompañar en la gestión de las necesidades que surjan, recolección de datos, dar teléfono de contacto y material psicoeducativo (este material se fue actualizando y puliendo según la experiencia del equipo).

Con relación a los seguimientos, al comienzo se hacían al mes, a los seis meses y al año. En un momento se dejó de hacer y en la actualidad se evalúa en que caso sí y en qué caso no hacer seguimientos y la modalidad del mismo.

Por otro lado, hacemos otro tipo de intervenciones dirigidas a los equipos de respuestas para abordar el estrés laboral o dificultades o conflictos que tienen los equipos. Son a pedido y se programan, tienen que tener el respaldo de las autoridades, por lo general se realiza en varios encuentros y se utilizan técnicas grupales para el abordaje de las problemáticas evaluadas en conjunto con los participantes.

Con respecto a los registros e informes, se fueron haciendo crónicas internas e informes más formales para presentar a las autoridades. Los informes fueron de una descripción detallada de lo realizado a una sistematización sintética, donde se primó el tema de la confidencialidad de las personas asistidas.

Creamos una base de datos para tener toda la información de las intervenciones y capacitaciones en un solo lugar, se pudo completar pero frente a la cantidad de datos que tenía, sumado a que se intentó hacerlo desde la página del ministerio generándose un gran obstáculo, se dejó de completar. En la actualidad se retomó la misma, se achicó la cantidad de datos a recolectar, se está haciendo una reconstrucción de información para

completar lo que falta y estamos teniendo el ejercicio de llenado de la información actual en el drive.

Respuesta a la pregunta 8:

- a) la creación y definición de las capacitaciones
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

Al principio las capacitaciones eran organizadas y generadas por el equipo (autogestión), ya que era una temática novedosa y nuestro trabajo era poco conocido. Con el tiempo se empezó a conocer la temática y nuestro trabajo. En la actualidad son los municipios, instituciones y organizaciones las que demandan las capacitaciones y organizan la logística (traslado, lugar, sonido, técnica, convocatoria, etc) de las mismas.

Al comienzo el objetivo era llevar estas capacitaciones a toda la provincia, pero nos resultaba muy dificultoso porque no teníamos los recursos materiales y de gestión para realizarlo. Si bien pudimos realizar capacitaciones en varios lugares de la provincia y en otras provincias, actualmente nuestra inclusión en programas del ministerio (same y fortalecimiento de guardias) nos está permitiendo cumplir dicho objetivo.

Con respecto a los contenidos fuimos autogestionando la búsqueda información y el armado de los contenidos, que se van adaptando al público al que va dirigido, la cantidad horas y de encuentros.

También los contenidos se fueron actualizando, puliendo y armando en relación a los nuevos paradigmas de salud mental y gestión de riesgo; y las experiencias que fuimos teniendo como equipo, es decir, que fuimos generando nuevos conocimientos.

Por otro lado, se fueron incorporando las nuevas tecnologías: presentaciones en PW, edición de videos, pagina web y bibliografía subida a la página del ministerio (actualmente se está gestionando nuevamente), se han realizado capacitaciones virtuales.

En lo personal, no tenía experiencia como docente pero me fui capacitando y fogueando al dar capacitaciones.

Creo que las capacitaciones que nos quedan pendientes, son las que van dirigidas a la comunidad y a la gestión/direcciones.

Respuesta a la pregunta 9:

- a) la creación y generación del trabajo multidisciplinario
- b) la implementación
- c) la evolución en el tiempo

Si bien al interior del equipo fuimos sumando herramientas de otras disciplinas como el arte, la comunicación, técnicas de respiración y relajación, de grupo, de recreación, etc y tenemos una apertura para incluir nuevos conocimientos tanto para las capacitaciones como las intervenciones. Creo que hay dificultades para incluir otras profesiones como parte del equipo.

Con lo cual me parece que el proceso de acción multidisciplinaria fue dado más que nada por el trabajo por fuera del equipo con otras disciplinas o equipos. Hemos podido sumarnos al trabajo y a las capacitaciones en la cual son parte tanto médicos, enfermeros, bomberos, docentes, etc. ya que somos respetuosos de la especificidad del trabajo del otro porque tenemos claro cuál es nuestra especificidad.

Esta especificidad fue una construcción en base a los conocimientos y experiencia que fuimos teniendo. Al diferenciarnos desde el comienzo de la temática de urgencias psiquiátricas y pertenecer institucionalmente a Emergencias Sanitarias, hizo que nuestra especificidad estuviera bastante delimitada.

Además, creo que las distintas disciplinas están teniendo en cuenta que el humano es un sujeto biopsicosocial, político y cultural, que su abordaje es complejo y es necesario articular las distintas disciplinas.

Respuesta a la pregunta 10:

Para el nivel:

1-comunitario

2-Político

3-Las asociaciones o grupos profesionales

En los comienzos del equipo, socialmente no era tenida en cuenta la necesidad de la asistencia de algún profesional de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres. "La psicología era solo para locos". Con el tiempo, esta necesidad fue incluida desde los medios masivos de comunicación al preguntar a las autoridades si están siendo asistidos por un psicólogo y también como demanda social, ya que se empezó a tomar en cuenta las secuelas psíquicas que se generaban en las personas que atraviesan estas situaciones. Un ejemplo: aumento del pedido a la coordinadora, de la realización de notas, tanto televisivas como en los medios gráficos, en situaciones de desastres.

Ser una de las primeras provincias que tuvo un equipo de salud mental en emergencias y catástrofes, políticamente, a las distintas gestiones le dio buena publicidad. Aunque cada cambio de director de emergencia, nos llevó a tener que explicar y demostrar la necesidad de nuestro trabajo a nivel sanitario. Por otro lado, esta buena publicidad no fue acompañada de la formalidad institucional: ser parte de una estructura. También les han llegado notas de agradecimiento a las autoridades por el trabajo que hemos realizado

Un ejemplo acerca del proceso de aceptación e incorporación de las intervenciones realizadas por grupos de profesionales: luego de una intervención realizada por un accidente con víctimas múltiples en una localidad de la provincia de Buenos Aires, nos pidieron, las autoridades y los profesionales con quienes se trabajó, una capacitación sobre la temática. A partir de ese momento hasta la actualidad, nos convocan para: capacitaciones y trabajar con los distintos equipos de respuesta donde participa desde la intendenta hasta los distintos equipos intervinientes (policía, educación, bomberos, salud); y como supervisores institucionales sobre la temática.