

Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
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

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Washington, D.C.: OPS, © 2002.

(Manuales y Guías sobre Desastres N° 1) --107p.--

ISBN 92 75 32421 2

I. Título

II. Autor

III. Series

1. SALUD MENTAL
2. EFECTOS DE DESASTRES EN LA SALUD
3. EMERGENCIAS EN DESASTRES
4. EVALUACION DE IMPACTO
5. TERRORISMO (DESASTRE)

LC HV593.O68ps

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

Una publicación del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, en colaboración con el Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, total o parcialmente, esta publicación, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes pueden dirigirse al Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA.

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la División de Ayuda Humanitaria Internacional de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (IHA/CIDA) y la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/USAID), y el Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Foto de portada: OPS/OMS

Contenido

Agradecimientos	.iii
Presentación	.v
Capítulo I. Antecedentes y consideraciones generales	.1
1.1 Consideraciones generales sobre la atención de la salud mental	.2
1.2 Desastres naturales	.3
1.3 Violencia y sus efectos psicosociales	.4
1.4 Terrorismo	.5
1.5 Vulnerabilidad psicosocial	.6
Capítulo II. Lecciones aprendidas	.9
2.1 Preparativos del sector salud para la protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias	.10
2.2 Manifestaciones psicosociales mas frecuentes en los desastres naturales y conflictos sociales	.17
2.3 Mitos y realidades	.20
Capítulo III. Manifestaciones psicosociales y pautas generales de actuación	.21
3.1 Reacciones no patológicas ante eventos traumáticos en adultos	.21
3.2 Trastornos psíquicos más frecuentes	.25
3.3 Criterios generales para la remisión a un especialista, uso de medicamentos y hospitalización	.32
3.4 Actuaciones en situaciones específicas	.33
3.5 Los problemas psicosociales de la población infantil y juvenil	.41
3.6 Intervención en crisis	.49
3.7 El trabajo de grupos	.54
Capítulo IV. Hacia un plan de salud mental en situaciones de desastres	.57
4.1 Consideraciones generales para preparar un plan	.57
4.2 Principios básicos del plan	.66
4.3 Objetivos de un plan de salud mental	.67
4.4 Líneas de acción	.68
4.5 Comunicación social	.72
4.6 Capacitación	.75
4.7 Sostenibilidad y continuidad de las acciones	.77
4.8 Breves consideraciones sobre la etapa de recuperación psicosocial	.78
Conclusion. Principales desafíos y retos en la atención de salud mental	.85
Anexo. Esquema general de un plan de atención en salud mental en situaciones de emergencia y desastre	.87
Bibliografía	.93



AGRADECIMIENTOS

Esta obra es el resultado del esfuerzo colectivo de un numeroso grupo de personas e instituciones de América Latina y el Caribe. Su desarrollo ha sido producto de un proceso abierto y participativo con contribuciones y opiniones de más de 60 expertos.

De manera muy especial, deseamos agradecer la paciente e incansable contribución de Jorge Rodríguez, Consultor de Salud Mental de la OPS/OMS en Guatemala. Han tenido además una participación decisiva en la edición final Lorena Saenz (Universidad de Costa Rica), Silvia Halsband (Consultora privada en Costa Rica) y Santiago Valero (Ministerio del Interior de Perú / Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres).

Por su apoyo profesional y técnico, y con el riesgo de omitir involuntariamente los nombres de otros expertos, deseamos expresar además nuestro agradecimiento a las siguientes personas:

Beristain, Carlos M. (España)

Cohen, Hugo (OPS)

De la Torre, Alejandro (OPS)

Fernández, Luis (Comando Sur / USA)

Gómez, Claudia (Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Jarero, José Ignacio (Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis)

Martín, Ignacio (Solidaridad Internacional-Colombia)

Prewitt, Joseph O. (Cruz Roja Americana)

Quiroz, Nydia (UNICEF)

Romero, Cesar (UNICEF)

Salazar, Sandra (Solidaridad Internacional-Colombia)

Stein, Enrique (Universidad Nacional del Comahue / Neuquen, Argentina)

Zaccarelli, Mónica (OPS-Colombia)

Gracias a todos ellos esta obra es hoy una realidad.



PRESENTACIÓN

Los efectos de los desastres sobre la salud se manifiestan tanto en lo físico, lo mental y lo social. Tradicionalmente, se ha brindado una atención más detallada solo a los aspectos físicos y sociales. Los programas de salud en las emergencias se han dirigido básicamente a la atención médica inmediata, al problema de las enfermedades transmisibles, agua y saneamiento ambiental, así como los daños a la infraestructura sanitaria. Afortunadamente, en los últimos años, se ha comenzado a prestar atención al componente psicosocial, que siempre está presente en estas tragedias humanas, pero dimensionando lo psicosocial en un sentido amplio que abarca no solo la enfermedad psíquica, sino también otra gama de problemas como la aflicción, el duelo, las conductas violentas y el consumo excesivo de sustancias adictivas.

Esta guía responde a la preocupación e inquietud creciente mostrada por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la comunidad internacional en responder mejor al impacto de los desastres y emergencias en la salud mental de la población. Se ha abordado el tema tratando de eliminar muchos de los estigmas que aún existen –incluso entre profesionales de la salud– sobre las enfermedades mentales y otros problemas de la conducta humana.

Además de los desastres provocados por amenazas naturales, también los efectos generados por la violencia social masiva y las guerras han provocado un gran impacto sobre la salud mental de las personas que han tenido que huir presas del miedo, han sufrido heridas y mutilaciones, la muerte de seres queridos, y graves pérdidas económicas. Igualmente, la salud mental se ve afectada como resultado de los desplazamientos de grandes grupos humanos, de la vida en campamentos, o del hacinamiento en suburbios de muy difíciles condiciones sanitarias y económicas. En estas circunstancias las necesidades de atención psicosocial son especialmente altas debido al estrés al que la población está sometida y a los traumas específicos de grupos con mayor vulnerabilidad. En este contexto, son muchos los países de América Latina y el Caribe que además presentan una baja capacidad de respuesta a los problemas de salud mental en situaciones de emergencia.

Es indudable que en situaciones de emergencia debe esperarse un incremento de reacciones emocionales intensas. La gran mayoría de estas manifestaciones son normales, pero la baja cobertura de los programas de salud mental en esta región no permite una identificación rápida, en caso de desastres, de las personas que requieren de un apoyo especial. La literatura disponible y la experiencia nos enseñan que el abordaje temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo.

Este documento es el producto de consultas intensas con más de 60 expertos en el tema provenientes de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), de la Cruz Roja Americana, de UNICEF, del Comando Sur de las Fuerzas Armadas de EUA, así como de múltiples universidades, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Su objetivo es servir de guía práctica de planificación para actuar en el período agudo o crítico de la emergencia y no incluye el abordaje de los problemas psicosociales que surgen en el mediano y largo plazo (a partir del segundo o tercer mes), porque se parte del supuesto que

estos deben ser atendidos por los programas y servicios de salud regulares. Se ha orientado, sobre todo, al trabajo comunitario y promueve la coordinación entre las múltiples organizaciones que trabajan en el campo de la salud mental con enfoques, frecuentemente, diferentes.

Está dirigida especialmente a los gerentes de salud, personal profesional y técnico que tienen relación con el trabajo de salud mental, incluyendo a los ministerios de salud, cruz roja, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones de la sociedad que actúan en el campo de lo psicosocial en situaciones de desastres y emergencias.

Jean Luc Poncelet, Jefe Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre

José Miguel Caldos de Almeida, Jefe Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES GENERALES

En el contexto de este libro, consideramos emergencia una situación catastrófica o desastre que se produce por un evento natural (terremoto, erupción volcánica, huracán, deslave, grandes sequías, etc.), accidente tecnológico (ejemplo: explosión en una industria) o directamente provocada por el hombre (conflicto armado, ataque terrorista, accidentes por error humano, etc.) en la que se ve amenazada la vida de las personas o su integridad física y/o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano. Por lo general, se sobrecargan los recursos locales, que se tornan insuficientes, y quedan amenazadas la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad.

En las grandes emergencias se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

El término emergencia compleja se ha usado para expresar más claramente el carácter agravado y la presencia de diversos factores y condiciones que complican la situación existente en determinadas catástrofes; el ejemplo más claro y típico son los conflictos armados. En las emergencias complejas hay, por lo general, efectos devastadores con secuelas de mediano y largo plazo. Se define la existencia de una crisis humanitaria, donde se producen violaciones de los derechos humanos; el derecho a la vida, la integridad personal, la libre circulación, la vivienda digna, la educación, la salud y la propiedad privada, no se respetan o son simple letra muerta.

Los conflictos armados son el tipo de catástrofe –causada por el hombre– más devastadora y abominable; entre sus efectos más complejos está el de las poblaciones desplazadas, con serias implicaciones políticas, económicas, sociales, legales y sanitarias. El recrudecimiento cada vez mayor de la violencia en todas sus modalidades, facilita que la misma se perpetúe e introduzca en el tejido social como una forma habitual de conducta, y crea efectos que pueden perdurar en varias generaciones.

Las emergencias complejas requieren de intervenciones humanitarias para aliviar sus efectos, para apoyar la pacificación, y tutelar los derechos de los más débiles.

En el orden individual se define la crisis como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social.

El término emergencia médica se reserva para aquellos casos que requieren de una atención profesional inmediata debido al riesgo que puede tener su vida, la existencia de sufrimiento intenso o por la aparición de complicaciones.

Desde la perspectiva de la salud mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada. Se espera un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos psíquicos. Se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica. Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicosociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría deben entenderse como reac-

ciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Por otro lado, aparecen problemas de orden social que deben también ser solucionados.

Desde el punto de vista de la salud mental, en grandes emergencias toda la población puede considerarse que sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida, directa o indirectamente. Por otro lado, el término salud mental ha sido dimensionado en una amplia faceta de campos como son:

- ◆ 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.

Los efectos de los desastres naturales y los conflictos armados están más marcados en las poblaciones pobres que son el sector más vulnerable, viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

Se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Esto nos pone frente al problema de fortalecer los servicios de salud mental con base comunitaria. Un ejemplo de lo anterior es Centroamérica, territorio devastado por guerras civiles y desastres naturales en un contexto de marcada pobreza. Países como Guatemala, El Salvador y Nicaragua han tenido que enfrentar el reto de la atención y recuperación psicosocial con visión de mediano y largo plazo.

La experiencia adquirida (24)(38) ha demostrado que los planes de salud mental no pueden limitarse a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados. Junto a esto, es necesario desarrollar un proceso de capacitación que permita elevar el nivel de resolutivez de los trabajadores de atención primaria en salud, socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios.

Las acciones deben tener un carácter integral que abarque no solo lo curativo, sino que incluyan también perfiles preventivos y rehabilitatorios. En la atención a las enfermedades físicas, además, es necesario abordar la dimensión humana del problema. Se requiere desechar el modelo medicalizado o psicologizado en la intervención de una problemática con un alto contenido social.

Por todo lo señalado anteriormente, se considera conveniente introducir el componente psicosocial en los planes de gestión de riesgos del sector salud ante situaciones de desastres naturales y otras emergencias. A su vez, las acciones de salud mental deben resultar coherentes con las políticas nacionales de salud que se están impulsando en el país, lo cual garantizará su continuidad y sostenibilidad.

1.1 Consideraciones generales sobre la atención de la salud mental

Salud mental es el término amplio que utilizamos y que implica las diferentes facetas del proceso salud-enfermedad con sus aspectos sociales que tanto influyen en el bienestar de la población. Es decir la enfermedad, las manifestaciones emocionales como la aflicción,

que pueden considerarse normales, las conductas problemáticas o desadaptadas (como la violencia y el consumo de sustancias) y el conjunto de la dinámica psicosocial individual y colectiva que se desarrolla en situaciones de emergencias. Así mismo nos referimos, también, en el orden de la prestación de servicios a las acciones que se ejecutan en lo preventivo, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.

El término psicosocial se ha usado más para significar la dinámica y la gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situaciones de desastres y algunos autores e instituciones lo refieren básicamente a lo no patológico, desde una visión humanística, más que sanitaria.

La visión de la atención de salud mental no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, debe ser amplia y dimensionarse más allá del evento originador en cuestión.

El proceso busca la participación de los diversos actores implicados en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. En el plano operativo se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales.

Es necesario generar espacios comunitarios en donde se socializa el impacto de manera que permita re-elaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis. Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar que las personas vengán a los servicios de salud. Esto puede ser importante para identificar los problemas psicosociales y sus principales indicadores colectivos (conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia y el abuso de drogas o alcohol).

Una de las principales funciones del personal de salud (especializado y no especializado) es propiciar espacios de apoyo mutuo en donde actúa como facilitador de procesos grupales donde se comparten experiencias y promueven la autoayuda; también identificar recursos personales y colectivos que facilitan la adaptación eficaz, así como disminuir la dependencia externa.

El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Debe ser oportuno y efectivo a fin de mitigar la crisis y la post-crisis, fomentando la autonomía y la independencia.

1.2 Desastres naturales

En el periodo de 1967 a 1991, se calculó que unos tres mil millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales (13). Se ha demostrado que en los países pobres, como consecuencia de los desastres, el número de personas afectadas y muertas es mayor que en los industrializados.

La génesis de los desastres naturales está en relación, en muchas ocasiones, con factores globales de orden económico y ambiental. Por ejemplo, el aumento de las inundaciones en Bangladesh es, en parte, consecuencia de las deforestaciones en Nepal (13). Las hambrunas masivas pueden considerarse verdaderos desastres y se originan por fenómenos naturales como las sequías, pero además por otras condicionantes de tipo económico, político y social.

A manera de ejemplo, en la región podemos citar la catástrofe de Armero (Colombia, 1985) donde la erupción volcánica, el deslizamiento de lava, tierra, rocas, árboles y el con-

secuente sepultamiento de un amplio territorio provocó la muerte del 80% de la población (30.000 habitantes), dejó sin hogar a unos 100.000 habitantes de las regiones aledañas y lesionados a muchos de ellos. En este caso, fueron enviados equipos de salud mental para que laboraran en la atención a los damnificados y en su recuperación. Se evidenció la presencia de cuadros de ansiedad y depresión mayor entre seis meses y un año después del desastre, también se evaluaron problemas de consumo excesivo de alcohol y drogas, así como comportamientos violentos y desadaptativos, con los consecuentes trastornos en la vida familiar y social (52).

1.3 Violencia y sus efectos psicosociales

En años recientes, se han incrementado los conflictos armados internos en países pobres, donde la mayoría de las víctimas no son militares sino civiles. Los analistas políticos coinciden en que aumentarán estos enfrentamientos en los próximos años, muchos tendrán su origen en rivalidades étnicas, conflictos nacionalistas, disputas sobre recursos ambientales y económicos, tensiones religiosas, movimientos separatistas, etc.

En muchas de estas guerras -que se califican como de baja intensidad- es común el abuso y atropello sobre la vida y propiedades de la gente, en especial aquellos más humildes. Por ejemplo, en El Salvador y Guatemala las fuerzas gubernamentales aterrorizaron durante largos años a sus poblaciones imponiendo una cultura del miedo y el terror. Actualmente, en Colombia se libra un conflicto armado de varias décadas de duración donde el común denominador es la violación de los derechos humanos de la población.

Los conflictos armados prolongados son causa de un conjunto de problemas sociales, económicos y de salud física y mental. Sus secuelas son enormes: descalabro económico, pobreza generalizada, escasez de alimentos y agua potable, destrucción ambiental, deterioro de las formas de vida locales, desintegración de las familias, desarraigo y trastornos psíquicos de diferente índole.

Los estudios realizados (13) recientemente en diferentes regiones del mundo sobre la salud mental de los civiles afectados por la guerra han encontrado nuevos patrones de estrés y sufrimiento. Se incrementa el estrés agudo y transitorio (con excepción de los que han sufrido experiencias muy traumáticas como torturas, prisión, violaciones, etc.), pero por otro lado, el terror prevaleciente y continuado genera miedo generalizado, ansiedad extrema y otros síntomas que pueden convertirse en graves y de larga duración.

En colectivos o poblaciones sometidas a situaciones muy traumáticas como masacres se han observado señales de impacto como las siguientes (Caso Xamám, Guatemala, 1995)(6):

- ◆ Proceso de duelo masivo.
- ◆ Percepción de amenaza y miedo a la reexperiencia traumática.
- ◆ Criminalización y culpabilización.
- ◆ Desestructuración organizativa.
- ◆ Complejidad en la dinámica de los conflictos.
- ◆ La repercusión del proceso judicial (si existiera) y la posible impunidad.

Además, y contrario a lo que muchos piensan, los disturbios sociales se desarrollan, frecuentemente, bajo una dirección y con objetivos predeterminados. Debe visualizarse junto al daño psicológico individual, el daño social que incluye la desmoralización, destrucción de los modos de vida tradicionales y desarraigo de las comunidades.

Por lo general, los servicios locales de salud tienen grandes limitaciones de recursos que les impide abordar los problemas de salud mental derivados de la guerra. Los métodos occidentales clásicos basados en las terapias de corte individual y un enfoque clínico no se ajustan a las realidades. La experiencia ha demostrado que el mayor éxito se ha logrado con programas de base comunitaria, con la ayuda a las comunidades a permanecer unidas frente a la violencia, lo cual contribuye a minimizar sus efectos.

Es necesario ajustar los modelos de intervención a cada localidad y país, actuar en diversos ámbitos, pero fortaleciendo las intervenciones colectivas. Así mismo, evitar la desesperanza y analizar el fenómeno de la violencia en el marco del contexto político existente.

En los conflictos armados se identifican diversos actores como son:

- ◆ Las fuerzas armadas.
- ◆ Grupos guerrilleros insurgentes.
- ◆ Otras facciones armadas con intereses económicos o de control social (paramilitares, bandas delincuenciales, grupos privados, etc.).

Las víctimas más directas son:

- ◆ Personas que sufren amenazas personales y/o familiares.
- ◆ Familiares de asesinados o desaparecidos.
- ◆ Desplazados.
- ◆ Secuestrados y sus familias.
- ◆ Testigos y sobrevivientes de masacres u otros actos de guerra.

Algunas preguntas a realizarse en el tema de la violencia pueden ser:

- ◆ ¿Cuáles son los desafíos para una intervención psicosocial en circunstancias de recrudecimiento de una guerra?
- ◆ ¿Es posible hablar de prevención en un contexto de conflicto armado?
- ◆ ¿Cuáles son los límites de la intervención psicosocial?

1.4 Terrorismo

Después de los ataques del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, el tema del terrorismo se ha hecho más visible y adquirido mayor relevancia como un problema real, cercano y que seguirá afectando a la humanidad en el presente siglo.

Existen varias facetas que es necesario considerar. En primer término, el clima emocional que se crea -con mayor intensidad- en algunos países o regiones donde la población visualiza como un riesgo permanente el ser víctima de un acto de terrorismo. Esa atmósfera incluye manifestaciones de inseguridad, desconfianza, vigilancia obsesiva de cualquier hecho sospechoso, desmoralización, miedo, etc., que indudablemente corroe el tejido social afectando su estructura y funcionamiento. También esto puede favorecer o exacerbar los odios y enfrentamientos étnicos, religiosos, políticos y nacionalistas que crea un caldo de cultivo explosivo en la sociedad. En segundo lugar, están las consecuencias psicosociales directas e indirectas (de corto, mediano y largo plazo) de la acción terrorista, cuando esta se ejecuta.

Los actos terroristas pueden ser de diversos tipos. Por ejemplo, altamente letales o riesgosos pero que se ejecutan silenciosamente y sin conocimiento de la víctima (como en la

transmisión de enfermedades infecciosas). Otros, por el contrario, son abruptos y explosivos afectando a multitudes o grandes colectivos humanos. Las fuerzas de seguridad y los equipos de respuesta humanitaria y sanitaria deben estar preparados para afrontar de manera eficiente este segundo grupo, para lo cual deben existir los correspondientes planes de contingencia para la actuación inmediata y su seguimiento posterior.

En cualquier caso, a nuestro juicio, uno de los problemas es el miedo y la aflicción que toma un carácter masivo y que ya no solo se puede abordar en el plano individual. Estudios realizados en poblaciones sometidas a un clima de terror han identificado que hasta más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía evidente con el agresor, expresan manifestaciones sintomáticas de miedo o pánico. La creación de una "cultura del terror" y su manipulación por grupos organizados es un problema que debe ser cuidadosamente abordado con una estrategia multisectorial. Por otro lado, es evidente que la violencia genera violencia y esta puede convertirse en la forma de vida habitual para muchos pueblos. Este será sin lugar a dudas un tema que requerirá de estudios adicionales y de diseño de estrategias de intervención social.

1.5 Vulnerabilidad psicosocial

Dentro de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad psicosocial nos referiremos en este capítulo, específicamente, a las mujeres, la niñez y los desplazados.

Género

Los grupos más vulnerables son los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia después del desastre. Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad por ser más propensas al daño, las pérdidas y el sufrimiento en el contexto de diferentes amenazas, también tienen menos oportunidades de acceso a los recursos materiales y sociales.

Los desastres se caracterizan por la búsqueda de la preservación de la vida, subsistencia y protección de la familia, siendo la mujer la encargada de cumplir, en gran medida, este papel. Como consecuencia del evento traumático, las mujeres tienen que encontrar, frecuentemente, una salida para las dificultades económicas de la familia (se dedican a la crianza de animales, siembras, etc.) y esto requiere invertir muchas energías físicas y gran desgaste psicológico. En muchas ocasiones, tienen que enfrentar la recuperación solas, como cabeza de su núcleo familiar.

También es habitual que las personas, después de un desastre, tengan sentimientos de pérdida y frustración, aumentando las reacciones de cólera y violencia, en ocasiones, hacia sus familiares más cercanos, los/as hijos/as y las mujeres (esposas). Algunas mujeres, después del evento traumático, han experimentado la violencia por primera vez o han soportado mayores niveles de violencia de su compañero.

El análisis de género es un recurso importante para caracterizar la situación (capacidades y vulnerabilidades) de la población, después del evento. En este análisis aparecen problemas tales como:

- ◆ La invisibilidad del trabajo doméstico.
- ◆ La subordinación en las relaciones de poder.
- ◆ La discriminación y explotación por condición de género.

- ◆ La diferencia social por edad.
- ◆ El múltiple rol de la mujer.
- ◆ Oportunidades y limitaciones para hombres y mujeres.

La población infantil y juvenil

Los niños del mundo están siendo severamente afectados por los conflictos armados, no solo como testigos, también como actores y objetivos. En 1995, el Informe Machel al Secretario General de la ONU (26) estimó en 30 los conflictos armados que estaban ocurriendo en diferentes lugares del mundo. En el último decenio, se calcula que unos dos millones de niños han muerto víctimas de la guerra.

La infancia también ha sido profundamente afectada por los terremotos y otros desastres naturales en los últimos años. Se puede afirmar que no existe lugar en el globo terrestre en que los niños no hayan sufrido algún tipo de experiencia dolorosa a causa de los desastres naturales, guerras, violencia, narcotráfico, secuestros, delincuencia común, etc.

Muchos de estos niños afectados han perdido a sus padres, están desaparecidos o heridos, han dormido en campamentos y en las calles, no han podido asistir a clases debido a que sus escuelas se destruyeron, a veces sus maestros han desaparecido o están muertos, heridos o han sido también afectados. Perdieron además sus pertenencias, se quemaron o quedaron bajo los escombros.

Durante los conflictos armados se violan todos los derechos de los niños (salud, educación, nutrición, recreación, derecho a vivir con sus padres, etc.); el derecho de ser protegidos en las emergencias también se cumple a medias.

Los niños en estas situaciones sufren mucho más que los adultos. Deben y tienen que ser especialmente protegidos, no solo porque la Convención de los Derechos de los Niños lo demanda sino porque éticamente nuestra condición de seres humanos civilizados lo exige.

Los desastres y los conflictos armados afectan todos los aspectos del desarrollo del niño, físico, psíquico y social, pero habitualmente los que se ocupan de su asistencia han centrado sus esfuerzos en la vulnerabilidad física, sin tener totalmente en cuenta sus pérdidas y temores.

Poblaciones desplazadas, refugiados y emigrantes

Los conflictos armados y la violencia social han generado, en gran medida, la tragedia del éxodo de refugiados y desplazamientos de poblaciones. Las personas escapan de la guerra, la desolación y el hambre, en muchos casos sus hogares fueron arrasados, han sido víctimas de amenazas o muerte de familiares.

Esto se combina con el crecimiento poblacional, deterioro ambiental, agotamiento de la tierra, escasez de agua y recursos agrícolas, todo lo cual genera hambrunas y desplazamientos, creando verdaderas emergencias.

A finales de la década de los 90, se calculaban en el mundo, aproximadamente, 50 millones de refugiados y desplazados en sus propios países (27). En estas comunidades se altera la vida tradicional y se produce aflicción psicológica. Por tanto, se imponen estrategias de intervención que tengan en consideración el factor humano y no solo la satisfacción de necesidades inmediatas.



CAPÍTULO II

LECCIONES APRENDIDAS

Las experiencias adquiridas durante los últimos años en el manejo de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias han sido enriquecedoras y han generado una gran cantidad de iniciativas y acciones concretas.

Desde 1977 en que Brownstone y colaboradores propusieron que se concediera a los aspectos de salud mental la misma importancia que se brindaba a la atención física de víctimas y sobrevivientes de los desastres, se ha avanzado progresivamente. Después de las catástrofes de México y Colombia en 1985, "los aspectos psicológicos en situaciones de emergencias han venido a ocupar el lugar adecuado"(52).

Se ha reconocido y aceptado que en situaciones de desastres naturales y emergencias no sólo se producen muertes, enfermedades físicas y pérdidas económicas, sino también una seria afectación en el estado de salud mental de la población. El impacto psicosocial de un desastre es el resultado de varios factores que necesitan ser considerados apropiadamente: la causa y características del evento, la implicación del individuo y el tipo de pérdidas. Así mismo, en países muy afectados se requerirá de un monitoreo continuo para determinar la repercusión a mediano y largo plazo.

Anteriormente, la respuesta ante los eventos críticos era visualizada desde un modelo biomédico con énfasis en la identificación de síntomas, medicación y hospitalización. En la medida en que el paradigma de la atención sanitaria a los desastres ha evolucionado, los problemas de salud mental se abordan de manera más integral y comunitaria.

Paralelamente, se ha producido una evolución de la comprensión y abordaje de la salud mental en Latinoamérica. Especialmente en la década de los 90, se planteó colocar el tema en un nivel de prioridad en las agendas de gobierno, así como el desarrollo de programas nacionales de salud mental.

La Declaración de Caracas (1991) y posteriores Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (1997 y 2001) enfatizan el desarrollo de servicios de salud mental de bases comunitarias y descentralizados. Consecuentemente, el hospital psiquiátrico deja de ser el eje de las acciones de atención en salud mental.

La reestructuración o reorientación de los servicios psiquiátricos, unido a la inserción del componente psicosocial en la atención primaria en salud, ha permitido cambiar los esquemas de trabajo en muchos países de la región y hace posible que ante situaciones de desastres u otras emergencias estén en mejores condiciones de afrontar los desafíos existentes.

A continuación resumimos las principales tendencias en los campos de la salud mental y las emergencias que sustentan, en gran medida, los enfoques de este manual.

Salud Mental	Emergencias
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollo de programas nacionales de salud Mental. ◆ Inserción del componente psicosocial en la APS. ◆ Descentralización de los servicios de atención psiquiátrica. ◆ Desplazamiento del hospital psiquiátrico como eje fundamental de la atención en salud mental. ◆ Evolución de un modelo de atención medicalizado y centrado en el daño, hacia otro integral y de base comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfoque de gestión de riesgo, que significa un abordaje preventivo dirigido a eliminar o reducir la posibilidad de sufrir daños. ◆ Desarrollo de planes y estructuras organizativas en el sector salud para el manejo de los desastres. ◆ Asistencia sanitaria eficiente y compatible con las necesidades de la población. ◆ Reconocimiento del componente salud mental como parte de la respuesta en situaciones de emergencia.

2.1 Preparativos del sector salud para la protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Durante la década de los años 70 y hasta 1985 (cuando ocurren los desastres de México y Armero), el tema de la salud mental era poco reconocido y carente de importancia en situaciones de desastres. No existían prácticamente estrategias de intervención en esta área.

Sin embargo, progresivamente, resultaba evidente el cuestionamiento a los marcos teóricos y metodológicos tradicionales en el abordaje de los problemas de salud mental. Se abrió así la posibilidad de pensar en nuevas alternativas de intervención en situaciones de crisis por desastres colectivos.

En México y Armero se realizaron estudios detallados para evaluar la morbilidad psiquiátrica en condiciones de desastres, a la vez que se implementaron estrategias para el manejo de la problemática de salud mental por los trabajadores de la red de atención primaria (TAP). Se reconoció también la importancia del trabajo grupal y la utilización de espacios comunitarios en las acciones.

Desastre de Armero en 1985 (52).

En Armero se evaluó la eficacia de los servicios que en salud mental podía brindar el trabajador de atención primaria en salud (TAPS), dado que a raíz de la catástrofe fallecieron 37 profesionales y trabajadores de salud mental y quedó destruido el hospital psiquiátrico regional donde se concentraban el 87% de las camas psiquiátricas del departamento de Tolima. En consecuencia, quedó bien claro que al sector salud, en especial al nivel primario de atención, le incumbía ipso facto hacerse cargo de la mayor parte de las necesidades psiquiátricas, tanto de la demanda cotidiana, como de la generada por el desastre.

Terremoto de la ciudad de México en 1985 (52).

La experiencia de México (1985) evidenció las limitaciones conceptuales para entender los procesos individuales y colectivos de índole psicológica y se pudieron apreciar tres tendencias fundamentales: (1) identificación de síntomas, a partir del manual de diagnóstico y estadísticas norteamericano (DSM-III), en la categoría de estrés postraumático, (2) reconocimiento de las limitaciones conceptuales y de abordaje terapéutico del psicoanálisis para la comprensión de éste tipo de procesos psicosociales, (3) un nuevo paradigma que aborda los síntomas como reacciones ante la catástrofe y se plantea la implementación de espacios catárticos donde se reelaboran las experiencias y vivencias a nivel colectivo en el seno de los grupos de autoapoyo; también se implementan nuevos espacios, como escuelas y grupos comunitarios para la promoción de la salud mental.

Posteriormente, ya en la década de los 90, se observa claramente una perspectiva que supera el criterio curativo asistencialista. Se reconoce la importancia del componente psicosocial en las estrategias de intervención y se fortalece el concepto de gestión de riesgo, también se desmedicaliza el problema para abordarlo mas desde la propia comunidad.

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

Ha resultado evidente 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.

En los últimos años se ha impulsado notablemente la reorientación de los servicios psiquiátricos, lo cual es un paso necesario e importante para lograr la continuidad y sostenibilidad de las acciones que se desarrollan en las situaciones de emergencia.

También se requiere que los profesionales que participen en programas de emergencia deben tener una formación mínima en la temática psicosocial.

El terremoto de El Salvador en enero de 2001 (9).

Las principales dificultades que se presentaron durante la primera semana fueron: escasez de recursos calificados, falta de un programa de salud mental, inexistencia de un equipo especializado en el nivel central, deficiencias de transporte para llegar a las zonas afectadas y la falta de coordinación entre las instituciones. Esto determinó un insuficiente apoyo a los departamentos del interior, no fue fácil dar cobertura a la población afectada por no tener en las zonas de desastre grupos de acción inmediata.

Antes del sismo, el único lugar donde se brindaba el servicio de salud mental en el país era el Hospital Nacional General y de Psiquiatría en San Salvador. El 98% de los recursos humanos para la atención de la salud mental del país estaban concentrados en este hospital.

El evento constituyó un aprendizaje para los profesionales del Hospital Psiquiátrico quienes reconocieron que se podían conseguir mejores resultados trabajando donde reside la población y no esperando a que las víctimas vinieran al hospital. También se promovió la creación de grupos de autoayuda, pero estos profesionales reconocieron su falta de preparación para esa labor.

Efectos del huracán Mitch en Nicaragua. El deslave en Casitas (35)(36).

Se encontró que no existía en el país un plan de salud mental ante situaciones de desastres naturales, lo que ocasionó que muchas agencias y grupos proveyeran servicios a los mismos clientes en la zona de los deslaves. Solo después de seis meses de la catástrofe, las instituciones coordinaron para organizar y dividir la carga de la ayuda.

La asistencia en el campo de la salud mental consistió básicamente en el aporte de recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogos y otros profesionales) ofrecidos por más de treinta organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Posteriormente, el servicio de salud mental continuó durante dos años. En el año 2001, el programa de psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) en León todavía recibía entre 60 y 100 casos semanales de estrés postraumático con origen en este evento natural.

En algunos países, el trabajo de salud mental desarrollado como parte de la atención a los afectados en situaciones de emergencias ha contribuido a incrementar la conciencia de las autoridades del Ministerio de Salud sobre los aspectos psicosociales de la asistencia sanitaria, tanto en caso de desastres como en circunstancias habituales. También se ha evidenciado la necesidad de incluir el componente salud mental como parte de las políticas nacionales en desarrollo, fortalecer la red de servicios y mejorar los procesos de coordinación interinstitucionales.

Otra lección es que después de un desastre de gran envergadura, en especial en terremotos, se necesita proveer educación comunitaria y orientación con relación a la inseguridad emocional causada por miedos ante nuevos desastres o réplicas.

Terremotos en El Salvador en 2001 (9).

Las características muy particulares de este evento (serie de sismos y réplicas constantes en un corto tiempo) provocaron una reacción de la población semejante a la respuesta de quien está sometido a una constante angustia, más que a la de una persona afectada por un terremoto. La reacción de la población ante el primer sismo y los sucesivos fue diferente, porque ya se había perdido la confianza a las explicaciones científicas y se comenzaron a manejar creencias religiosas, designios divinos y mitos.

Al diseñar las estrategias de intervención deben tomarse en consideración los aspectos socioculturales de la población, sus valores, tradiciones y costumbres, así como otras características específicas acorde con grupos de edades, género, lugar de residencia, etc. Así mismo, la vulnerabilidad psicosocial específica, con especial atención a las poblaciones en nivel de pobreza extrema.

Debe fomentarse una participación activa de la comunidad en la identificación de sus propios problemas y en los caminos para su satisfacción.

Terremotos en El Salvador en 2001 (9).

Este desastre produjo víctimas de diferentes estratos sociales de la población. La mayoría de las víctimas fatales del primer sismo (enero) eran habitantes de la clase media de la colonia Las Colinas en Santa Tecla; en el segundo (febrero), la mayor parte de los afectados pertenecía a poblaciones campesinas de muy bajos recursos de la región central del país. Un número importante de campesinos indígenas sufrió daños considerables en sus tierras por la pérdida de animales y la destrucción de sistemas de riego, casas y vías de acceso. Estas poblaciones tienen hábitos y costumbres muy diferentes a otras comunidades afectadas, por lo que requerían de abordajes de salud mental especiales acorde a sus características psicosociales. Sin embargo, estas diferencias no fueron tomadas en cuenta.

Proveer asistencia directa en albergues, escuelas y otros sitios comunitarios parece ser una estrategia imprescindible, lo que permite identificar tempranamente los problemas psicosociales y actuar activamente, no limitando el papel del sector salud a la recepción pasiva de la demanda.

No obstante, el albergue debe ser considerado una alternativa de último recurso, la experiencia ha demostrado que las poblaciones albergadas durante periodos de tiempo prolongado sufren de mayores problemas psicosociales de diversa índole.

Efectos del huracán Mitch en Nicaragua. El deslave en Casitas (35)(36).

La respuesta inmediata fue abrir albergues para los sobrevivientes del deslave. Los servicios de salud mental se enfocaron en tres vertientes: a) identificar a los supervivientes y proveerles intervención en crisis, b) identificar a aquellos que estaban descompensados (porque habían sufrido pérdidas personales) y no respondían a la ayuda psicológica inicial, para ser referidos a los centros de salud y c) proveer asistencia directa en albergues, escuelas y centros comunitarios.

Las agencias suministraron ayuda focalizada en las personas que perdieron sus hogares y fueron ubicados en albergues temporales. Sin embargo, se demostró que toda la población fue traumatizada de una forma u otra por tanto las intervenciones debían ser dirigidas al conjunto de la comunidad.

La mayoría de los sobrevivientes fueron tratados -por el gobierno y las agencias- como víctimas, creando una segunda victimización y un sentimiento de dependencia con relación a las instituciones. También los prestadores de servicios se vieron sobrepasados e impotentes ante la situación. El modelo que funcionó positivamente fue el de implicar a la comunidad en su propio proceso de recuperación con proyectos de siembra y construcción.

Se ha puesto en evidencia que la vigilancia y atención de la salud mental en los menores de edad afectados por desastres es de gran importancia para su futuro desarrollo psicosocial. Uno de los retos en la atención a la infancia ha sido promover un cambio del enfoque psicológico tradicional hacia lo comunitario, privilegiando lo grupal frente a lo individual.

La estrategia de abordaje debe estar relacionada, fundamentalmente, con el diario vivir de los niños y niñas afectados. Con los menores se busca facilitar la expresión de sentimientos, la redefinición de hechos traumáticos y la elaboración de duelos afectivos o físicos de manera que permitan al niño construir nuevas posturas frente a la realidad.

La vigilancia y atención de la salud mental en los menores de edad debe tener en consideración las diferencias de sexo y de edad; por ejemplo, un pequeño de seis años es probable que se niegue a ir a la escuela, mientras un adolescente reaccione con manifestaciones agresivas. La escuela ha probado ser un excelente escenario para el desarrollo de acciones de salud mental con los menores y sus familias.

No hay que temer involucrar en el trabajo de atención psicosocial a adolescentes que también sufrieron la violencia. Algunos jóvenes voluntarios de las comunidades pueden ser seleccionados aunque estén afectados, ya que el método niño a niño permite que se ayuden a sí mismos a través de la aplicación de la metodología.

Terremotos en El Salvador en 2001 (9).

La Ministra de Educación anunció en la prensa nacional que se implementaría "un programa de salud mental en las escuelas para devolver la tranquilidad a los alumnos." "Muchos pequeños, obligados por el dolor y la angustia de sus familias, tratan de reprimir lo que sienten".

Atentado contra la Asociación Mutual Israelita Argentina (A.M.I.A.) en julio de 1994.

Varias escuelas de la zona del desastre solicitaron orientación al Hospital de Clínicas a través de sus docentes y directivos. Previo a la intervención, se encuestaron mil alumnos de nivel primario y secundario y doscientos maestros en las nueve escuelas en las que se actuó; los resultados de las mismas permitieron identificar las reacciones predominantes.

Se coordinaron grupos de reflexión a distintos niveles (directivos, docentes, alumnos y padres). También se trabajó en las escuelas con los profesionales de los equipos psicopedagógicos para dar continuidad a la labor con los recursos propios de las instituciones.

Sólo se derivaron para su asistencia clínica aquellos casos que por la intensidad o características de las reacciones psicológicas, la contención en el marco de la escuela resultaba insuficiente.

Fuente. Comunicación personal de la licenciada Claudia Gómez Prieto (Buenos Aires, Argentina).

Retorno de la alegría (UNICEF, Colombia) (37).

En esta experiencia se logró trabajar de forma integral en los componentes de educación y atención primaria en salud, es decir abordando la población infantil, los padres de familia, las instituciones escolares, los trabajadores de salud y la comunidad visualizándolos como un sistema de relaciones interactuantes que convergen en un mismo contexto.

Para el trabajo lúdico y expresivo, los niños son distribuidos según grupos de edades animándolos a jugar abiertamente, aprovechando los ambientes alternativos del entorno. Se ayuda al niño a proyectarse a través de dibujos, escritos, dramatizaciones, títeres y cuentos para que logre descargar sus emociones. El "Maletín Terapéutico o Mochila de los Sueños" contenía algunos recursos para promover la expresión y el juego.

Para facilitar el proceso se vincularon, de manera voluntaria, jóvenes de ambos sexos entre 14 y 20 años de edad, de preferencia miembros de grupos juveniles organizados. El grupo de jóvenes se capacitó para potencializar la eficacia de su intervención, que además de habilitarlos para ayudar, los forma a sí mismos en educación para la vida y práctica de valores.

También se capacitaron grupos de apoyo de adultos de la comunidad para observar y registrar las afectaciones que presentaban los niños, construyendo la línea de base.

La organización de talleres, charlas educativas y conversatorios con padres de familia ha dado cabida a cuestionamientos referentes a patrones de crianza y sus sistemas relacionales, permitiendo que estos tomen conciencia en prevenir y/o disminuir el maltrato intrafamiliar.

Se vinculó un psicólogo para acompañar el proceso. La metodología del "Retorno de la Alegría" ha permitido atender 115.901 niños y niñas en Colombia, desde 1996 hasta el 2000.

En las estrategias de abordaje psicosocial, parece que no hay grandes diferencias entre lo que se hace en los desastres naturales y las actuaciones en casos de conflictos armados y desplazamientos poblacionales o lo que se denomina como emergencia compleja.

Algunas experiencias exitosas, que han probado su validez, en situaciones de conflictos armados son:

- ◆ No separar a las víctimas del resto de la comunidad para su atención. Deben desarrollarse servicios de base comunitaria que cubran las necesidades de todos, lo cual no excluye que personas con mayor riesgo puedan recibir una atención priorizada. En conflictos armados de larga duración se ha demostrado que toda la población, en mayor o menor medida, ha sufrido y experimentado tensiones y angustias.
- ◆ Incremento, descentralización y fortalecimiento de los servicios públicos de salud mental en los territorios más afectados por el conflicto.
- ◆ Identificación, en el ámbito local, de los problemas psicosociales de la población. En Guatemala, una experiencia importante fue incorporar al trabajo, con la cooperación de facilitadores indígenas, los elementos propios de la cultura local.
- ◆ El acompañamiento humano de carácter grupal en momentos significativos, como las exhumaciones, es una estrategia de abordaje comunitario que complementa las intervenciones clínicas o de otro tipo. Resulta importante el manejo de la muerte dentro del contexto de las tradiciones y costumbres de la comunidad.

- ◆ Atención psicosocial priorizada a niños, niñas y jóvenes utilizando como estrategia de intervención la escuela. Los menores son especialmente vulnerables en situaciones de conflictos armados y sociales y, en muchas ocasiones, son implicados como actores directos (guerrilleros o soldados).
- ◆ Desarrollo de actividades educativas a grupos comunitarios, con especial dedicación a la problemática por la que están atravesando.
- ◆ Son de especial significado las medidas tendientes a institucionalizar las acciones dentro del sector salud, con una visión de mediano y largo plazo. Se ha demostrado que los efectos psicosociales de los conflictos armados afectan a varias generaciones.

Guatemala: atención y recuperación en salud mental después de un conflicto armado de 36 años de duración (42).

En Guatemala, los problemas relacionados con la salud mental son múltiples y complejos. Están agravados por el conflicto armado que vivió el país por más de tres décadas, la existencia de conductas violentas, pobreza, desarraigo y discriminación. El saldo en muertos y desaparecidos del enfrentamiento fratricida llegó a más de 200.000 personas; también se logró documentar una cifra de 669 masacres. Las estimaciones sobre el número de desplazados internos y refugiados en otros países van desde 500 mil hasta un millón y medio.

La población indígena fue forzada a vivir, algunas veces, lejos de su lugar de origen y en comunidades donde coexistían varios grupos étnicos y bajo el control militar. Se considera que se causaron serios disturbios en la estructura de vida tradicional y familiar. Casi todos los niños de las regiones más afectadas por el conflicto armado han vivido en una "cultura del miedo".

Hasta 1997, en Guatemala los servicios de salud mental eran inexistentes en el interior del país. En ese año -posterior a la firma de los Acuerdos de Paz, diciembre de 1996- el Ministerio de Salud Pública, con la cooperación técnica de la OPS, elaboró y comenzó la implementación de un programa de salud mental, focalizado especialmente a la atención y recuperación psicosocial de las poblaciones que habían sido afectadas por el conflicto armado. Este plan ha desbordado los límites de la atención psiquiátrica/psicológica especializada y se sustenta en un enfoque amplio e integral de los factores psicosociales de la salud humana.

Actualmente, se han desarrollado unidades de salud mental en 17 departamentos (de un total de 26 áreas de salud) y 16 centros de salud de la capital. Así mismo, se ha trabajado intensamente en estos años en la capacitación a trabajadores de atención primaria en salud, maestros y líderes comunitarios. También se desarrolló un "Módulo de atención psicosocial para niños en edad escolar" que incluye un manual instructivo para el trabajo y algunos recursos para el desarrollo de actividades lúdicas y expresivas en las escuelas.

Las fuerzas militares también han realizado aportes valiosos para la intervención en situaciones críticas, en especial en condiciones de guerra. Muchas de las conclusiones a las que han arribado y la filosofía de trabajo asumida pueden transferirse a la población civil y a las actuaciones en situaciones de desastres.

La experiencia de las Fuerzas Armadas Norteamericanas (16).

La experiencia militar ha demostrado que cuando el ser humano es expuesto a eventos de tipo catastrófico como las guerras, se desarrollan síntomas físicos y psicológicos que al no ser atendidos debidamente, pueden convertirse en trastornos psiquiátricos severos.

En las fuerzas militares americanas se ha establecido un sistema de prevención e intervención en el estrés traumático y fatiga de combate que ha sido muy efectivo. Entre los factores que han sido identificados resaltan la cohesión del grupo como elemento protector en contra de la fatiga de combate. Por ejemplo, unidades como los paracaidistas o fuerzas especiales tienden a tener un número menor de afectados que las fuerzas regulares. La intensidad y duración del combate es asimismo un elemento clave; mientras más intenso y duradero sea el combate más probable será el desarrollo de síntomas dentro de las tropas. También la personalidad del individuo y su habilidad para tolerar el estrés y el acceso a ayuda inmediata minimizan, significativamente, los efectos del estrés traumático.

Se ha establecido que si la intervención se hace próxima al lugar de combate, inmediatamente después del evento traumático y con una expectativa de recuperación total, más del 75% de los afectados se recuperan y pueden regresar a sus puestos.

El método utilizado implica el uso de equipos especiales de "debriefing" que desarrollan su trabajo usando técnicas de terapia de grupo estructuradas y de tiempo limitado.

Dentro de la prevención se incluye la adecuada selección del personal, información y educación, práctica regular de situaciones de desastre y énfasis en cohesión y liderazgo.

Las lecciones aprendidas nos aportan también algunas pautas generales para la intervención:

1. Esforzarse por proveer ayuda inmediata a los afectados.
2. Establecer conciencia de la necesidad de contextos seguros.
3. Enfatizar en el retorno a la "normalidad" lo más pronto posible, evitando la re-victimización y favoreciendo un ambiente propicio para la intervención psicológica.
4. Establecer equipos de intervención interdisciplinarios y formados con elementos autóctonos, bien entrenados y obviamente familiarizados con la cultura local. Estos equipos pudieran ser provistos de los recursos necesarios para trasladarse a diversas áreas y ser autosuficientes.

2.2 Manifestaciones psicosociales más frecuentes en los desastres naturales y conflictos sociales

En el campo de la psicología y la psiquiatría, la teoría de la crisis ofreció un marco conceptual que permite ubicar las reacciones psicológicas como respuestas normales ante situaciones críticas, facilitando así un abordaje sistémico, multidimensional y en el contexto socio cultural. En la década de los 80, el modelo demostró ser útil para diseñar una atención pragmática e integradora, con posibilidades reales de implementación. Sin embargo, este enfoque aún debe ser ampliado para una adecuada comprensión de los procesos psicosociales en situaciones de emergencias.

Los problemas psicosociales implicados en las emergencias requieren de una profunda discusión e investigación. Kohn (19) ha expuesto de manera crítica el estado actual de las investigaciones epidemiológicas en los desastres: "aunque existen excepciones, pocos

tienen muestras grandes y representativas, grupos de comparación, medidas de resultados sistemáticas y fiables, análisis multivariados de los efectos de la exposición, inclusión de factores de riesgo conocidos y modificaciones de los trastornos bajo estudio".

Resulta evidente que los trastornos depresivos y ansiosos, cuadros de estrés agudo y el consumo excesivo de alcohol son los problemas que comúnmente se citan en la fase aguda de los desastres.

La recuperación puede ser obstaculizada por los estresores secundarios, incluida la pobreza y la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a un estrés secundario quizás sean más vulnerables y mantengan índices mayores de estrés postraumático, depresión, discapacidad y malestar psicológico. Aquellos individuos en riesgo y los factores que pueden mediar necesitan identificarse para que puedan implementarse los servicios e intervenciones adecuadas.

A continuación se muestran dos ejemplos de investigaciones recientes, auspiciadas por la OPS en la región, donde se analizan las manifestaciones psicosociales predominantes. La primera, es un estudio de prevalencia de trastornos psíquicos en el periodo inmediato posterior al huracán Mitch en Honduras.

La segunda, es una investigación de tipo cualitativo donde se realizó una descripción de la dinámica psicosocial de poblaciones que fueron afectadas por un conflicto armado interno de mas de tres décadas de duración en Guatemala.

Manifestaciones psicosociales en el periodo posterior al huracán Mitch. Resultados de una investigación de la población adulta en Tegucigalpa, Honduras. (Organización Panamericana de la Salud / 1998-1999) (19)(23)

El episodio depresivo mayor estuvo presente en un 19,5% de la población. Las zonas de alta exposición tenían una tasa de un 24,2%, contra un 14,2% en los barrios menos expuestos.

La presencia de estrés postraumático (EPT) se encontró en un 10,6% de la población; en el 7,9% del grupo de baja exposición y el 13,4% de la muestra sumamente expuesta. Sin embargo, la tasa de síntomas de EPT relacionados con el huracán fue mucho mayor (23,0%) cuando se excluyeron los criterios de duración y discapacidad. La tasa de comorbilidad (EPT y episodio depresivo mayor) fue de un 6.9%; un 8.9% en el grupo de alta exposición y 4,9% en el grupo de baja exposición.

Los problemas relacionados con el alcohol se elevaron significativamente en el grupo de bajo estrato socioeconómico y alta exposición que vivía en albergues.

Factores de riesgo: La exposición alta, género femenino, estrato socioeconómico bajo, divorciado, separado o viudo, bajo nivel educativo y haber tenido "problemas previos con los nervios" fueron factores significativos de riesgo para la morbilidad.

Patrones de búsqueda de atención: Un 26,5% de la muestra consultó los servicios de salud después de huracán Mitch. El 8,9% de la muestra informó que consultó con alguien o solicitó ayuda después del huracán por los "problemas con los nervios". Las mujeres fueron a los servicios de salud en una tasa mayor que los hombres y más a menudo buscaron ayuda para los "problemas con los nervios".

Exposición a la violencia: La exposición a la violencia después del huracán ocurrió en, aproximadamente, un tercio de la muestra, y un 6,2% informaron haber sido asaltados ellos mismos. El 7% de los entrevistados admitieron perpetrar actos de la violencia. Los más pobres fueron los más afectados.

Manifestaciones psicosociales de la población afectada por la guerra en Guatemala. Estudio cualitativo realizado en el Quiché y Alta Verapaz, 1998. (Organización Panamericana de la Salud, 1998) (41)

Algunos de los resultados más significativos son:

- ◆ Los problemas de salud mental –según la opinión mayoritaria– aparecieron o se incrementaron durante y después del conflicto armado de 36 años.
- ◆ Hoy, a la mayoría de las personas -especialmente en las zonas rurales e indígenas– los invade una sensación de frustración y desesperanza.
- ◆ Los problemas más frecuentes de salud mental en niños fueron: ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, timidez y aislamiento, problemas de conducta, conflictos con la autoridad, trastornos del sueño y enuresis. En jóvenes de zonas rurales se observa un incremento de las adicciones, en especial alcohol y tabaco, también, aunque a pequeña escala, otras adicciones como inhalar pegamento o gasolina. La conducta suicida en jóvenes es un hecho relativamente novedoso que se presentó en Nebaj.
- ◆ Durante el conflicto armado se trastornó la vida de las familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas, la comunicación era pobre y había mucho miedo o temor. Las personas vieron o experimentaron situaciones traumáticas como muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, etc. La gente se empobreció más y perdieron su pequeño patrimonio. Apareció el fenómeno de proliferación de sectas religiosas (fundamentalmente evangélicas) en detrimento de las prácticas tradicionales (mayas) y de la propia religión católica. Se descuidó la naturaleza, que incluso, como consecuencia de la guerra, se destruía.
- ◆ Se afirma que después del conflicto armado se han perdido muchas tradiciones y valores culturales propios del indígena guatemalteco, los "ancianos no pudieron transmitir su cultura". Se considera pernicioso la influencia de las "costumbres de la capital" y la influencia de los medios de comunicación masivos. Hoy predomina el individualismo, en lugar de la solidaridad humana y muchos creen que tantas religiones han contribuido a dividir la población. Otros, por el contrario, insisten en la necesidad de recurrir a la "Palabra de Dios" para enfrentar la problemática social actual. Se sostiene que hay muchas personas que aún tienen desconfianza y temor a hablar.
- ◆ En lo referente a los mecanismos de afrontamiento, se destaca que antes y durante el conflicto armado lo fundamental era la ayuda espiritual o religiosa y de familiares o amigos. Los mecanismos actuales dependen menos de las costumbres y tradiciones.

2.3 Mitos y realidades

Mito	Realidad
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 hospitalizados".	Los trastornos psíquicos abarcan una amplia gama de problemas, desde 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 deteriorante 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, psicoterapéuticas, 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 previsiblez	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 postcrítico. 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 desastres y otras emergencias- requiere de suministros adicionales de medicamentos (psicofármacos).	La estrategia de abordaje de la salud 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 conmovida que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia.	Muchas personas están dispuestas ayudar y actúan de forma generosa. La autoresponsabilidad y la participación social son principios básicos para la recuperación psicosocial.

CAPÍTULO III

MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES Y PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN

3.1 Reacciones no patológicas ante eventos traumáticos en personas adultas

Ante una situación anormal -como los desastres- ciertos sentimientos y reacciones son frecuentes. Puede ser que algunas de esas emociones no se hayan experimentado anteriormente, cada persona es diferente y puede responder de distinta manera en ciertos momentos.

También es claro que la exposición a eventos traumáticos debe producir un mayor nivel de tensión y angustia en las personas, así como que el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de las víctimas y no se borrará de su memoria. Pero se ha demostrado que sólo algunos sujetos experimentarán problemas más serios o duraderos que podrán calificarse como psicopatología. La gran mayoría no sufre en ese momento de ninguna enfermedad mental, sólo están experimentando reacciones esperadas ante un suceso vital significativo.

Sin embargo, las respuestas institucionales más frecuentes están basadas en la atención psiquiátrica individual y sirven sólo a un número muy reducido de las personas afectadas. Se ha demostrado que si existe una rápida y adecuada intervención psicosocial estas reacciones pueden disminuir y los sujetos volver al funcionamiento normal.

Compartiendo experiencias (Testimonio de una religiosa que trabaja en el Caquetá, Colombia).

Se presente la situación por el silencio de una comunidad donde la gente teme hablar porque la vida corre peligro de muerte. Siento un pánico terrible a las balas, así como yo lo digo es como la gente también le teme. De la noche a la mañana, desaparece un miembro de la comunidad y tiene que desplazarse del pueblo a otro lugar por temor a ser asesinado o secuestrado. A mí y a personas muy amigas nos ha tocado presenciar el dolor del secuestro. La vida allí parece no tener valor, asesinan niños, jóvenes, mujeres, ancianos. Ocurren asesinatos donde de una vez desaparecen el esposo y la esposa, dejando hijos. Si alguna de las fuerzas que operan en la región frecuentan una tienda o familia, éstos están expuestos a la muerte o a abandonar su sitio de trabajo, por las amenazas de los "otros".

Los retenes son muy comunes, organizados por los grupos insurgentes, paramilitares o guerrilla. En mi experiencia me encontré en un retén con esta gente. Nos dijeron, estamos en un paro armado. Y, yo le conteste, ustedes no avisaron. No, esto no estaba avisado. Fue una sorpresa. Pero déjenme que me voy con los muchachos al taller para Florencia. Pensé y dije manos a la paz. Bájense, me contestaron. ¿Y hasta cuándo? Quién sabe, dijeron. Déjenme volver para mi pueblo. No, ustedes se quedan.

Nos bajamos del carro con los jóvenes y empezaron a llegar mas carros, tanto de ida para el pueblo como de regreso hacia Florencia. Yo pensaba, ¡ay! Dios mío, nos tiene que salvar tres personas muy importantes Jesús, María y el nombre de su santo. Esto tiene que salir de acá, y empecé a rezar en silencio, me fui a una casita y empecé a escuchar los comentarios de las dificultades de la gente, pero nadie hablaba sobre lo que estaba ocurriendo, los conductores conversaban, se reían, comían. Como a las tres horas, hicieron desocupar un camión y se fueron con el conductor, eso es para reforzar mas personal y se va a poner más caliente más tarde. Luego, cogieron a unos conductores de taxi y también se

los llevaron. En ese retén había personas de todos los gremios, maestros, médicos, jueces, ganaderos, comerciantes, campesinos. Solo pensábamos en una pesca milagrosa en ese momento. Como a las seis horas, empezó el fuego entre militares e insurgentes. Todas las personas que estuvimos allí, nos metimos en unas casitas, otras bajo los carros. Se escuchaba el estallido de morteros, granadas, metralletas, lo que generó un gran pánico entre las personas. Por fin, lograron evacuarnos del lugar de los civiles y continuó el fuego entre ellos. Como resultado, hubo carros dañados, muertos y heridos. Luego regresamos para entregar a los muchachos. Nadie comentaba NADA. Entre estas personas había niños de brazos, jóvenes. Cuando nos cogieron con las balas, veíamos a niños pálidos de miedo corriendo.

Después que regresamos siguieron los combates y hubo muertos. A los tres días, un líder de esa pequeña comunidad donde fue el retén, comunicó al ejército de un cadáver que estaba en estado de descomposición. El grupo insurgente inmediatamente amenazó a esta persona que salió unos días del lugar, luego regresó, pero este hecho le costó la vida, junto con otra señora. Los enterramos la semana pasada.

Después de eso han seguido los retenes en la carretera, bajando gente de los carros y los asesinan, se llevan a los taxis junto con los conductores hacia los cerros. Hace poco hubo otro paro armado, voladuras de puentes y la gente con mucho miedo.

También nos toco dos horas de pura reventada de cilindros, metralletas en la mañana. Todas las personas corrieron a resguardarse, nadie salía, silencio absoluto.

Yo vivo todo esto junto con la gente, con temor, pero con esperanza de que algún día encontremos caminos de paz. Se conversa mucho con las personas, dando esperanza, acompañando en el dolor, pensando que nadie tiene derecho a quitarle la vida a otro.

Mataron al alcalde y eso fue una cosa que no tiene nombre. La gente se volcó y ofreció el dolor por la paz. Guardemos la esperanza de que algún día esto cambie. Lo que uno ve cotidianamente es miedo y pánico. A raíz de lo que me toco vivir en la carretera, cogí fuerzas y pienso que vuelve eso al oír las balas. Esa fuerza me da esperanza, me ha fortalecido mucho y me ha servido para sentir lo que siente mi pueblo, a vivir esa realidad. Ahí va caminando uno, con la esperanza. El pueblo es de fe y se siente el dolor, se acompaña y se ora mucho.

No hemos tenido un desastre grave en el pueblo porque oramos de verdad y eso es parte de un legado cultural. Mi entidad como persona religiosa me fortalece cada día y me ayuda a encontrar sentido a la vida. Cuando salgo por la mañana, no sé que me va a pasar, pero sigue la esperanza.

El relato de la hermana es un vívido ejemplo de una cultura del miedo. También la exposición prolongada en conflictos armados, en un contexto de pobreza, favorece la aparición de numerosas manifestaciones psicosociales en una gran parte de la población (Informe de Recuperación de la Memoria Histórica de Guatemala, REHMI) (41).

Las personas expuestas a situaciones tales como daño físico, haber quedado atrapado, haber observado la destrucción en la comunidad, ser arrastrado por corrientes de agua, ser testigo de muertes, sufrir grandes pérdidas, etc., pueden experimentar sentimientos, ideas y sensaciones corporales como miedo, angustia, pena, aflicción, tristeza, desesperanza, etc.

En el caso de las catástrofes, el miedo no es tanto un clima emocional, cuanto una reacción colectiva episódica, pero la gente tiene que aprender a manejarla. Además, la probabilidad que el hecho se repita, generalmente, produce más temor en los sobrevivientes (7).

Cada persona vive y le da un significado diferente a las experiencias por la que ha atravesado. Patrones sociales y culturales determinan que los hombres y mujeres reaccionen de manera diferente; los hombres tienden a reprimir y guardar las emociones dolorosas así como sus sentimientos de angustia y miedo, les resulta difícil hablar y hacerlo lo interpretan como una debilidad; las mujeres tienden a comunicarse más fácilmente, a expresar sus temores y ansiedades, así como buscar apoyo y comprensión para sí misma y sus hijos.

Es necesario tener en cuenta las características propias del adulto mayor. En algunas culturas los ancianos son fuente de experiencia y sabiduría y son la memoria histórica de como las poblaciones, a lo largo del tiempo, han afrontado situaciones críticas; poseen un sentido de identidad, arraigo, así como de pertenencia y preservación de la cultura. Suelen ser un eje unificador al interior de la familia y la comunidad. Son personas que tienen conocimientos sobre métodos tradicionales de curación, apoyan, contienen y dan seguridad a los niños. Los ancianos transmiten experiencias a través de historias, cuentos y canciones; estas generalmente llevan un mensaje positivo de afrontamiento de las situaciones difíciles.

Sin embargo, las experiencias de trabajo con adultos mayores también ponen de manifiesto aspectos de exclusión; algunos se encuentran aislados, carecen de redes de apoyo, son percibidos como una carga para sus familiares, no son tomados en cuenta como factores activos y productivos, se les mantiene desinformados para no "preocuparlos o angustiarlos" y se toman decisiones sobre sus vidas y pertenencias, sin consultarlos.

La mayoría presentan problemas de salud o discapacidades (físicas y/o psíquicas) a las cuales no se les concede, en ocasiones, importancia. También se hace más evidente el deterioro de sus habilidades físicas y mentales. Como factor de riesgo psicosocial adicional se puede citar que han sufrido pérdidas previas de personas significativas.

Todo estas consideraciones hacen más complejas y difíciles las manifestaciones psicosociales que presentan los ancianos como consecuencia de un desastre, y numerosos factores deben ser tomados en cuenta en el abordaje de este grupo poblacional específico.

Es necesario que las experiencias traumáticas, así como las pérdidas y el duelo adquieran diferentes formas de expresión, según la cultura. Los conceptos predominantes sobre la vida y la muerte y la ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquieren relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido.

Las manifestaciones que describimos pueden ser solo la expresión de una respuesta comprensible ante las experiencias traumáticas vividas, pero también pueden ser indicadores de que se está pasando hacia una condición patológica. La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos y las vivencias, determinando si se pueden interpretar como respuestas "normales o esperadas" o por el contrario, pueden identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje profesional.

Algunos criterios para determinar que una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática son:

- ◆ Prolongación en el tiempo.
- ◆ Sufrimiento intenso.
- ◆ Complicaciones asociadas (ejemplo, una conducta suicida).
- ◆ Afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona.

A continuación un listado de algunas de las manifestaciones que pueden observarse en personas adultas:

<p>Nerviosismo o ansiedad. Tristeza y/o llanto. Culpabilidad por haber sobrevivido. Ideas de suicidio. Fatiga. Problemas para dormir o descansar. Confusión para pensar y/o problemas de concentración. Problemas de memoria. Disminución de la higiene personal. Cambio en los hábitos alimenticios. Pérdida de confianza en uno mismo. Recuerdos muy vivos del evento. Culpar a los demás. Frustración. Desorientación en tiempo o lugar. Sentimiento de impotencia. Uso excesivo de alcohol y/o drogas. Problemas en el trabajo y/o familia. Enojo y/o irritabilidad.</p>	<p>Inseguridad. Necesidad de estar solo. Crisis de miedo o pánico. Disminución en la resistencia física. Dificultades para retornar al nivel normal de actividad. Sentirse aislado o abandonado. Sentirse frío emocionalmente. Sentirse abrumado. Intensa preocupación por otros. Náuseas. Dolores de pecho o cabeza. Temblores musculares. Dificultad para respirar. Palpitaciones o taquicardia. Aumento de la presión sanguínea.</p>
--	---

Guatemala: Informe de Recuperación de la Memoria Histórica (REMHI) (41).

Se recopilaron datos sobre reacciones psicosociales en el momento de los hechos. "Las personas que dieron sus testimonios describieron como problemas más importantes el miedo (31%) y la tristeza (29%) como efectos de las pérdidas y la violencia. También se refieren al hambre y sufrimiento extremo (21%), profundos sentimientos de injusticia por las muertes (15,4%) y enfermedades psicomáticas (15%)".

"Luego, los sobrevivientes describen que la violencia les produjo mucha impotencia (12,5%), perspectivas negativas hacia el futuro (8,1%) y un duelo alterado (8%). En menor medida, los testimonios recogen cambios en la visión de sí mismo o el mundo (2,6%) y sentimientos de soledad por la pérdida de familiares (3,2%). Por último, hay poca frecuencia de culpa manifiesta (1,3%) y las enfermedades mentales severas afectaron, según los testimonios, a una minoría de la población (1%)".

Algunas recomendaciones útiles para los afectados, sus familiares y amigos

Para los afectados:

- ◆ Buscar compañía y hablar. Compartir sentimientos y pensamientos con otros.
- ◆ Escuchar y ayudar a sus compañeros.
- ◆ Permitirse sentirse mal, deprimido o indiferente.
- ◆ Realizar ejercicios físicos suaves, alternados con relajación.
- ◆ Estructurar el tiempo y mantenerse ocupado.
- ◆ No evadir el dolor o sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.
- ◆ Tratar de mantener un itinerario de vida lo más normal posible.
- ◆ Hacer cosas que lo hagan sentir bien, útil y solidario.
- ◆ Tomar pequeñas decisiones cotidianas.
- ◆ Descansar lo suficiente.
- ◆ Intentar, dentro de lo posible, comer bien y regularmente.
- ◆ Saber que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales y deben ser compartidos

Para los familiares y amigos de los afectados:

- ◆ Escucharlos detenidamente y acompañarlos.
- ◆ Promover ayuda y solidaridad, así como fortalecer vínculos entre familiares y amigos.
- ◆ Proveer información suficiente.
- ◆ Estimularlos a participar en las tareas de la vida cotidiana.
- ◆ Comprender y aceptar el enojo y otros sentimientos de los afectados.
- ◆ No decirles que tienen "suerte de que no les fue peor". Las personas traumatizadas no encuentran consuelo en esas frases. En cambio, se puede expresar que lamenta lo sucedido y que lo entiende.

3.2 Trastornos psíquicos más frecuentes

En situaciones de emergencias, las patologías psíquicas más observadas son de tipo depresivo y de ansiedad, así como los trastornos por estrés agudo y por estrés postraumático.

Trastornos depresivos y/o de ansiedad

Manifestaciones clínicas:

El paciente presenta una gran variedad de síntomas psíquicos o físicos relacionados con la angustia, frustración y tristeza. En ocasiones, el cuadro se manifiesta en forma de un ataque o crisis aguda, que requiere una atención de emergencia. Las expresiones más frecuentes son:

- ◆ Estado de ánimo bajo o tristeza.
- ◆ Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar.

- ◆ Ansiedad, tensión o nerviosismo.
- ◆ Intranquilidad.
- ◆ Preocupaciones constantes.
- ◆ Temblores.
- ◆ Trastornos del sueño.
- ◆ Astenia o fatiga y pérdida de energía.
- ◆ Falta de concentración.
- ◆ Trastornos del apetito.
- ◆ Ideas o actos suicidas.
- ◆ Pérdida o disminución del deseo sexual.
- ◆ Palpitaciones.
- ◆ Mareos.
- ◆ Sequedad de boca.

Pautas de actuación:

- ◆ Informar al paciente y sus familiares que estas manifestaciones no son consecuencia de la falta de voluntad para enfrentar los problemas, sino que la situación por la que ha pasado la persona puede causar estos trastornos emocionales. El apoyo familiar y social es muy importante.
- ◆ Permitir que hable libremente y transmitirle apoyo, confianza y seguridad.
- ◆ Identificar factores predisponentes que existían previo a la situación traumática.
- ◆ No aborde inicialmente los temas más dolorosos, aunque tampoco impida que lo haga si así lo desea.
- ◆ Animarlo a que realice su vida normal, retomando tareas que han sido de ayuda en el pasado. Planificar actividades que ocupen a la persona, lo distraigan y ayuden a reforzar la confianza en sí mismo. Identificar y reforzar las actividades que ha podido realizar con éxito.
- ◆ Tratar de alejar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas por diferentes métodos.
- ◆ Si existen síntomas físicos, intentar averiguar la conexión entre estos y el estado emocional. Evaluar si pudiera existir otra enfermedad concomitante.
- ◆ Búsqueda de alternativas para el enfrentamiento y/o solución de problemas, dada la situación difícil por las que está atravesando.
- ◆ Aplazamiento de decisiones. Cuando se está muy tenso o deprimido, no es el mejor momento para tomar decisiones importantes.
- ◆ Animar al paciente para que practique métodos de relajación y ejercicios físicos.
- ◆ Es recomendable que tome infusiones calientes por las noches como tranquilizantes.
- ◆ Evaluar un posible riesgo de suicidio y tomar la conducta recomendada en estos casos.

En la crisis de ansiedad, las respiraciones suelen ser rápidas y superficiales. Si le pedimos que el paciente realice inspiraciones más profundas y respire por la nariz se consigue hacer más lenta la frecuencia respiratoria. Una vez controlada la respiración se puede intentar técnicas de relajación sencillas.

Trastorno por estrés agudo

Es un cuadro de carácter agudo que aparece como consecuencia de la exposición al evento traumático. De acuerdo al nivel de intensidad y presencia de síntomas se clasifica en ligero, moderado o grave. Las manifestaciones clínicas aparecen dentro del plazo de una hora posterior al psicotrauma y deben desaparecer o aliviarse en un término no mayor a 48 horas.

Manifestaciones clínicas:

- ◆ Manifestaciones de ansiedad generalizada que incluye tensión, angustia, dificultad para la concentración, intranquilidad y algunos síntomas físicos.
- ◆ Desesperanza o frustración.
- ◆ Tristeza o manifestación de duelo excesivo e incontrolable.
- ◆ Aislamiento social.
- ◆ Irritabilidad.
- ◆ Puede aparecer desorientación o estrechamiento de la conciencia.

Pautas de actuación:

- ◆ Proveer información, destacando la transitoriedad de los síntomas que se han producido por el evento traumático vivido.
- ◆ De acuerdo a las circunstancias y, si el caso lo requiere, puede proporcionársele reposo y tranquilidad durante un breve tiempo en el contexto familiar.
- ◆ Aplicar las pautas señaladas en el trastorno depresivo ansioso.

Conducta o ideación suicida

La conducta suicida, como consecuencia de situaciones de desastres (en la fase crítica), no resulta tan frecuente; sin embargo, se observa un incremento de la ideación suicida, en relación con los sentimientos de culpa del sobreviviente y en casos de experiencias traumáticas extremas. La predicción de los actos suicidas, al igual que otras conductas humanas, no resulta una tarea fácil; la evaluación del riesgo es compleja.

Factores o condiciones que incrementan el riesgo suicida:

- ◆ Ideación suicida intensa y persistente.
- ◆ Intentos suicidas previos.
- ◆ Existencia previa de trastornos psíquicos, en especial depresión intensa y persistente.
- ◆ Alto grado de exposición al evento traumático o haber sufrido pérdidas de gran magnitud.

- ◆ Plan suicida desarrollado y disponibilidad de medios para ejecutarlo.
- ◆ La falta de apoyo social y familiar.
- ◆ El consumo de alcohol u otras sustancias limita la capacidad de autocontrol.
- ◆ Dificultades socioeconómicas.
- ◆ Padecer enfermedades crónicas e invalidantes.

Pautas de actuación:

- ◆ En un primer momento, no censure ni critique duramente su conducta; tampoco, la juzgue de una manera superficial o ligera.
- ◆ Trate de convencerlo que es mejor posponer cualquier decisión importante y dispónese a recibir ayuda.
- ◆ Converse con la persona y evalúe la situación ocurrida en su conjunto.
- ◆ Evalúe el riesgo suicida futuro.
- ◆ Alerta a la familia para que lo mantenga bajo observación y cuidado.
- ◆ Tratar la depresión u otra patología concomitante. Adoptar similares medidas que en caso de depresión y/o ansiedad.

Trastornos disociativos o de conversión

Manifestaciones clínicas:

- ◆ La presentación suele ser súbita y está relacionada con la situación y las circunstancias vividas.
- ◆ El paciente presenta síntomas físicos poco frecuentes que no tienen causa biológica aparente, tales como ataques epileptiformes, excitación, agitación, amnesia, estado de trance o pérdida de conciencia, anestesia, trastornos visuales, parálisis, afonía, confusión de identidad, estados de posesión, etc.
- ◆ Los síntomas pueden ser dramáticos, aparentemente inusuales y variables. Habitualmente, desaparecen rápido y sin dejar secuela.

Pautas de actuación:

- ◆ Animar al paciente a que relacione las situaciones, pérdidas y dificultades recientes con sus síntomas.
- ◆ Promover en el paciente la búsqueda de soluciones positivas para su situación sin reforzar los síntomas existentes. Evitar que, como consecuencia del episodio, obtenga ganancias secundarias y que aprenda a utilizar la crisis para escapar de los problemas o solucionarlos de manera fácil.
- ◆ Recomendar un breve período de descanso, pero desaconsejar una prolongada retirada de las actividades habituales.
- ◆ Debe evitarse el uso de sedantes o somníferos, reservándolos para aquellos casos en que sean estrictamente necesarios.

Trastorno psicótico agudo

En los desastres naturales y otras emergencias no se ha demostrado que exista un aumento en la incidencia de psicosis, aunque como consecuencia de experiencias traumáticas intensas pueden presentarse ocasionalmente cuadros agudos de corta evolución o descompensaciones de enfermos preexistentes. También debe descartarse una causa orgánica, pues en esas circunstancias la persona puede haber recibido un trauma o padecer una enfermedad infecciosa o tóxica. Las psicosis de larga evolución -como la esquizofrenia- solo aparecen como descompensaciones en sujetos que ya estaban enfermos con anterioridad. No obstante, debemos estar preparados para atender aquellos pacientes que puedan identificarse y/o demandar asistencia.

Las psicosis se corresponden, aproximadamente, con los cuadros que, en el lenguaje popular, se conocen como "locura".

Sus manifestaciones clínicas son:

- ◆ Alucinaciones (oír voces, sentir o ver cosas de origen desconocido).
- ◆ Ideas delirantes (ideas o creencias extrañas o irreales).
- ◆ Confusión.
- ◆ Temor y/o desconfianza.
- ◆ Actividad excesiva y/o comportamiento extravagante.
- ◆ Retraimiento.
- ◆ Lenguaje desorganizado o anormal.
- ◆ Respuestas emocionales exageradas e inestabilidad emocional.

Deben considerarse como posibles causas orgánicas las siguientes:

- ◆ Epilepsia.
- ◆ Intoxicación o abstinencia de drogas o alcohol.
- ◆ Infecciones o enfermedades febriles.
- ◆ Traumas craneales.

En estos casos, debe atenderse primariamente la enfermedad de base. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no se deben a lesiones del sistema nervioso. Pueden ser reacciones agudas que evolucionan rápidamente hacia la curación o, en otros casos, son episodios de un trastorno de larga evolución como la esquizofrenia.

Pautas de actuación:

- ◆ Que sus familiares y amigos refuercen sus vínculos con la realidad.
- ◆ Que sus necesidades básicas sean cubiertas (alimento y ropa). Debe cuidarse que duerma suficientemente.
- ◆ Cuidar la seguridad e integridad del paciente y de quienes lo rodean.
- ◆ Reducir al mínimo la ansiedad, la inquietud y la excitación.
- ◆ No discutir sobre los contenidos irreales o inadecuados del pensamiento.
- ◆ Evitar confrontaciones o críticas.

- ◆ Animar a que realicen una vida normal en cuanto mejoren sus síntomas.
- ◆ Valorar el uso de medicamentos específicos como los neurolépticos, que deben ser prescritos por un médico, e incluso el internamiento en un hospital -por un periodo limitado de tiempo- si fuera necesario.

Los estados de pánico

Ha sido un mito o una creencia sustentada por algunos que en situaciones de desastres y emergencias se producen estados colectivos de pánico. Se ha demostrado que este no es un fenómeno frecuente y solo se observa en circunstancias muy específicas, por ejemplo, en un ataque terrorista.

El pánico colectivo se instaura de manera brusca o progresiva y se caracteriza por un alto nivel de tensión y angustia que se torna intensa, anormal e incontrolable. La conducta de las personas se desorganiza y se hace muy desadaptativa. Puede existir violencia, agresividad, y en ocasiones, actitudes temerarias. El pánico es una respuesta desproporcionada que tiende a propagarse.

La incertidumbre y el rumor son factores que acrecientan el riesgo de pánico y desorganización. En determinadas condiciones se ha descrito el pánico anticipatorio.

Lo más frecuente, sin embargo, es que las personas manifiesten ansiedad, temor, intranquilidad o inseguridad sin que el cuadro llegue a constituirse en un estado de pánico.

Desde el punto de vista individual, el trastorno de pánico o ansiedad paroxística se describe como un episodio que se inicia bruscamente, alcanzando su máxima intensidad en segundos y tiene una duración de minutos. El diagnóstico se hace por la presencia de algunos de los siguientes síntomas:

Síntomas somáticos y autonómicos:	Síntomas generales y psíquicos:
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Palpitaciones. ◆ Escalofríos. ◆ Temblores o sacudidas. ◆ Sequedad de la boca. ◆ Dificultad para respirar. ◆ Sensación de ahogo. ◆ Dolor, malestar u opresión en el pecho. ◆ Malestar abdominal. ◆ Náuseas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Angustia o tensión extrema. ◆ Sensación de pérdida de control. ◆ Miedo a morir. ◆ Mareos y/o desmayos. ◆ Sensación de irrealidad o de sentirse extraño en la situación en que está. ◆ Oleadas de calores. ◆ Adormecimiento o sensación de hormigueo.

Pautas de actuación:

- ◆ Expresarle al paciente que los cuadros de pánico pueden verse en estas circunstancias -relacionados con la experiencia traumática-, pero que es un problema controlable y que se aliviará en poco tiempo.
- ◆ Esforzarse por controlar la ansiedad; en la medida que la angustia disminuya, también lo harán los síntomas físicos.
- ◆ Permanecer acompañándolo en el lugar hasta que pase el ataque.

- ◆ Practicar la respiración lenta y prolongada.
- ◆ La persona debe cooperar y tratar de convencerse a sí misma que es un ataque de pánico transitorio que obedece a la situación por la que atraviesa, que no tiene ninguna patología orgánica (por ejemplo, cardíaca).

Trastorno por estrés postraumático

Para algunos autores el trastorno de estrés postraumático es el diagnóstico más frecuente en situaciones de conflictos armados y desastres. Es un cuadro que surge después de sucesos angustiosos de naturaleza excepcionalmente peligrosa. Su prevalencia general en la población se ha estimado en un 0,37%. Sin embargo, también se ha cuestionado este diagnóstico por considerarlo típico de determinadas culturas y por formularse con demasiada frecuencia; de hecho se ha argumentado que es una categoría diagnóstica inventada sobre la base de necesidades sociopolíticas (Summerfield, 2001) (27). Independiente de estos señalamientos, no cabe duda sobre la presencia de estos cuadros (en diferentes modalidades) en períodos posteriores a la emergencia propiamente dicha.

Es un trastorno que aparece en el periodo de seis meses o más, posterior a sufrir un evento traumático muy significativo e impactante para la persona. Los criterios para el diagnóstico incluyen la duración de cuatro semanas o más de los siguientes síntomas:

- ◆ Recuerdo continuado o re-experimentación del evento traumático: rememoraciones vividas, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentar circunstancias parecidas.
- ◆ Evasión de situaciones similares o relacionadas con el evento traumático: esfuerzos para evadir pensamientos, gente, lugares y cosas que le recuerden lo sucedido.
- ◆ No recordar -total o parcialmente- el evento traumático.
- ◆ Síntomas persistentes de sobreexcitación psicológica: insomnio, sueños desagradables, irritabilidad, explosiones de enojo, dificultades en la concentración, nerviosismo, sobresaltos, miedo e inseguridad.
- ◆ Otras manifestaciones como: disminución de interés en actividades que antes le atraían, aislamiento, se siente frío emocionalmente o deprimido, culpabilidad por haber sobrevivido, problemas en la escuela, con la familia o en el trabajo, abuso de alcohol o drogas e ideas de suicidio.

Pautas de actuación:

Lo recomendado en los trastornos depresivos y de ansiedad, ideas suicidas y pánico puede ser útil para una primera actuación. No obstante, este es un cuadro que, por lo general, requiere de tratamiento especializado y como tal debe ser referido a un servicio de salud mental.

Consideraciones generales sobre la atención clínica a los trastornos psíquicos

En situaciones de emergencia es importante movilizar, de manera inmediata, los recursos especializados disponibles en el sector salud a los diferentes niveles (psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras especializadas). Es recomendable disponer de un equipo de personal especializado a nivel central para movilizarlo a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera. También pueden organizarse equipos móviles en diferentes puntos del país, priorizando aquellos lugares donde no se disponga de atención especializada.

Simultáneamente, es necesario que el Ministerio de Salud coordine con otras organizaciones e instituciones (ONGs., universidades, etc.) para que el personal especializado y los estudiantes universitarios participen, de manera concertada, en las tareas de atención y recuperación psicosocial.

Los diferentes niveles del sistema de salud deben garantizar la atención a la problemática que se presenta en la emergencia. También debe asegurarse que su personal esté preparado para manejar la situación y complicaciones psicosociales que aparecen. Es necesario mantener comunicación sistemática entre estas instancias y los servicios especializados, establecer o fortalecer los mecanismos de referencias y contra-referencias de casos.

Deben evitarse las etiquetas diagnósticas, recordando que muchas de las manifestaciones hay que entenderlas en un contexto psicosocial más que como un proceso patológico. Así mismo restringir, al mínimo posible, el uso de medicamentos; sólo se recomienda tratar con psicofármacos a las personas que persistan con sintomatología psíquica intensa y/o prolongada y que, posiblemente, requerirán una atención especializada.

Reducir la hospitalización sólo a los casos estrictamente necesarios y por el menor tiempo posible. De ser necesaria la hospitalización, se recomienda que se realice en hospitales generales para no desarraigar a los enfermos de su medio habitual, evitando la cronificación y estigmatización, lograr una mejor y más pronta rehabilitación.

Entre los portadores de trastornos psíquicos encontramos los siguientes grupos:

- ◆ Los que han sido pacientes psiquiátricos cuya situación puede agravarse en la catástrofe.
- ◆ Los que tienen condiciones vulnerables de riesgo previo al desastre.
- ◆ Los que sufren cuadros reactivos secundarios al desastre.
- ◆ Los que tienen una respuesta tardía, con manifestaciones diversas.

Los tipos de intervención se espera que sean individuales, familiares, grupales y sociales. El trabajo en grupos tiene grandes ventajas, por lo que el personal especializado debe estar preparado para su organización y manejo (ver capítulo 3).

3.3 Criterios generales para la remisión a un especialista, uso de medicamentos y hospitalización

Criterios de remisión a un especialista (psicólogo o médico psiquiatra):

- ◆ Síntomas persistentes y/o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales. Un tiempo promedio sugerido en los cuadros depresivo y ansiosos es de tres meses, aunque esto puede variar de acuerdo con otros factores adicionales.
- ◆ Intensidad del cuadro que genera gran sufrimiento.
- ◆ Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social.
- ◆ Riesgo de complicaciones, en especial el suicidio.
- ◆ Problemas coexistentes como alcoholismo u otras adicciones.
- ◆ Las psicosis y el trastorno por estrés postraumático son trastornos psiquiátricos severos que, por lo general, requieren de atención especializada.

Uso de medicamentos:

Debe ser restringido a los casos estrictamente necesarios y solo prescritos por faculta-