

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

## 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 conmocionada 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.