

ASPECTOS DESALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Ps. Santiago Valero Álamo

El objetivo de la presente lectura previa es brindar algunos temas de reflexión sobre la importancia de la salud mental en situaciones de emergencias y/o desastres sensibilizando al participante en este tema con la finalidad de propiciar el debate, el intercambio de experiencias y la presentación de propuestas creativas e innovadoras entre los asistentes.

Consideraciones Generales:

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 presentación de servicios a las acciones que se ejecutan en lo preventivo, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.

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.

Los estudios y las experiencias de trabajo en desastres nos demuestran que el enfoque adecuado para entender e intervenir es el de la salud mental comunitaria.

Perspectiva de la salud mental en emergencias y desastres:

Desde la perspectiva de la Salud Mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que exceden grandemente la capacidad de manejo de la población afectada.

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.
- Conserjería a la población y grupos de riesgo.
- Manejo del duelo masivo.
- Población bajo ataque con Armas de Destrucción Masiva (WMD)
- 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.

Vulnerabilidad psicosocial:

Dentro de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad psicosocial en situaciones de emergencias y desastres se ha podido identificar a los siguientes:

- Género
- Población infantil y juvenil
- Poblaciones desplazadas, refugiados y emigrantes.
- Equipos de Primera respuesta

Estrategias de intervención:

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 informarles y no esperar que las personas vengán a los servicios de salud.

El apoyo emocional debe de 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 de ser oportuno y efectivo a fin de mitigar la crisis y la post-crisis, fomentando la autonomía y la independencia.

Propiciar espacios de apoyo mutuo en donde el personal especializado y no especializado actúa como facilitador de procesos grupales en donde se comparten experiencias y promueven la auto ayuda.

Identificar recursos personales y colectivos que faciliten la adaptación eficaz y disminuir la dependencia externa.

La atención de salud mental en emergencias implica el manejo de técnicas de intervención en crisis y psicoeducativas que favorecen la expresión de vivencias y sentimientos, así como la comprensión de los factores de estrés implicados. En paralelo, deben tenerse en cuenta la satisfacción de necesidades concretas y la generación de ambientes seguros. La evaluación de las acciones realizadas debe tener una fase de retroalimentación a la comunidad.

Mitos y Realidades:

Mito

Los problemas psicosociales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su impacto es reducido.

Realidad

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.

Mito

Se requiere de personal y servicios especializados, como condición indispensable para afrontar la problemática de salud mental.

Realidad

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.

Mito

Los hospitales son los más importantes centros de salud para atender los trastornos psíquicos. Estigma y aislamiento social: "los enfermos mentales deben ser aislados u hospitalizados".

Realidad.

La APS es el eje fundamental en que el sector salud debe abordar la problemática de salud mental.

Mito

Estigma y aislamiento social: "los enfermos mentales deben ser aislados u hospitalizados"

Realidad

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.

Mito

Los trastornos psíquicos tienen una evolución deteriorante y la eficacia de los medios terapéuticos es muy reducida.

Realidad.

El desarrollo actual de las ciencias de la conducta permiten disponer de múltiples tecnologías de intervención (medicamentosas, psicoterapéuticas, sociales, etc.).

Mito

La frecuencia de psicosis (locura) se incrementa durante los desastres.

Realidad.

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.

Mito

Los trastornos psíquicos no son previsibles

Realidad

Existen medidas educativas y otras que pueden reducir el riesgo de padecer trastornos psíquicos y fortalecer los mecanismos de afrontamiento individual y social.

Mito

El trastorno por estrés postraumático es la afección psíquica más frecuente en los desastres y otras emergencias.

Realidad

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.

Mito

En situaciones de emergencias son frecuentes los estados colectivos de pánico.

Realidad

El pánico colectivo es poco frecuente y aparece solo en determinadas circunstancias.

Mito

La atención en salud mental -durante los desastres y otras emergencias- requiere de suministros adicionales de medicamentos (psicofármacos).

Realidad

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.

Mito

La violencia y la agresividad no son frecuentes en los albergues.

Realidad

La mayoría de los estudios reflejan un incremento de las conductas violentas y el uso excesivo o abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Mito

La atención en salud mental debe ser reservada a personal calificado del país, que conoce el idioma, la cultura e idiosincrasia de la población.

Realidad.

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.

Mito

La ubicación de los damnificados y víctimas en albergues o asentamientos temporales es una alternativa de primer orden.

Realidad

Es la peor opción.

Mito

La población afectada está tan indefensa y conmocionada que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia.

Realidad

Muchas personas están dispuestas a ayudar y actúan de forma generosa. La autoresponsabilidad y la participación social son principios básicos para la recuperación psicosocial.

Plan de Salud Mental en Emergencias y Desastres.

La atención de salud mental debe comenzar con un diagnóstico comunitario amplio e incluyente que tenga en consideración el contexto sociocultural, género, grupos de edad, identificación de líderes, autodefinition de necesidades por la propia población, situación de derechos humanos, etc.

El objetivo básico de un Plan de Salud Mental para el sector Público se orienta a reducir la vulnerabilidad psicosocial, de la población e introducir el componente psicosocial en la atención sanitaria en situaciones de emergencias y desastres.

Las etapas mas frecuentes en las situaciones de desastres naturales pueden ser:

- Periodo previo o precrítico.
- Periodo crítico o de la emergencia propiamente dicha.
- Periodo Post-crítico.
- Periodo de recuperación.

Los problemas más frecuentes en los programas de atención de salud mental son:

- Modelos de intervención asistenciales y centrados en el trauma.
- Actuaciones clínicas individuales frente a impactos masivos con dinámicas colectivas.
- Poca acción preventiva.
- Escasa sensibilidad cultural.
- Poca incidencia de lo psicosocial en las decisiones políticas y organizativas.

Se destacan tres grandes grupos de problemas psicosociales que siempre hay que tener en cuenta en situaciones de desastres y emergencias.

- El miedo y la aflicción, como consecuencia de los daños y pérdidas y/o por el temor a la recurrencia de la situación traumática.
- Trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas evidentes.
- Desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas. Esto incluye actos vandálicos y delincuenciales, rebeliones, demandas exageradas, abuso sexual, violencia intrafamiliar, etc.

Limitaciones y dificultades en los procesos de investigación:

Los múltiples estudios y publicaciones realizadas en los que se describe el impacto de las emergencias y desastres sobre la salud mental se ha podido identificar tres dificultades importantes en la comparación de tales estudios:

- Hay una gran variación en los métodos de muestreo y observación y también en la nomenclatura utilizada por los distintos investigadores.
- Se incluyen desastres de muy diversa índole que van desde guerras y explosiones hasta terremotos, inundaciones, maremotos, incendios, etc. Afectando a sociedades de diferentes economías y estructuras.
- Se han aplicado interpretaciones distintas a los mismos datos.

Existen diversos enfoques explicativos de interpretación de los resultados obtenidos en las investigaciones entre los cuales cabe resaltar:

- Se advierten intentos por intentar describir a los individuos como víctimas de “enfermedades mentales”. En su mayor parte, los intentos anteriores han sido obras de psiquiatras y otros especialistas que emplean terminología de textos estándares de esta especialidad utilizando un lenguaje psicoanalítico.
- El segundo enfoque es el sociológico en el cual estos profesionales han intentado interpretar las respuestas psicológicas individuales dentro del marco más amplio de la sociedad y de los ajustes sociales ante la crisis y no han tenido en cuenta el enfoque de “salud mental”.
- El enfoque de la “trama social” que tiende a destacar el análisis de los desplazamientos y las roturas de los vínculos sociales.

Principios a tener presente en el abordaje de la salud mental en situaciones de emergencias o desastres:

- Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas.
- La noción de la crisis.
- Las implicancias técnicas políticas y sociales.
- Socialización de los conocimientos.
- Los niveles de complejidad.
- La necesidad de transformar nuestras propias actitudes.

- La necesidad de crear nuevas representaciones sociales respecto a la “locura”.
- La Idea de rehabilitación
- La dimensión del trabajo en equipo.

Los planes de salud mental, contrario a lo que muchos pueden pensar, son relativamente sencillos, prácticos y de bajo costo. Dependen en lo fundamental del recurso humano. Enumeramos a continuación algunos principios a tener en cuenta:

- Enfoque de gestión de riesgo dirigido a la acción preventiva, disminuyendo al mínimo las probabilidades de sufrir daños psicosociales.
- Evaluación rápida de las necesidades psicosociales y las situaciones de mayor vulnerabilidad, que sirva de apoyo a las actuaciones en su fase inicial.
- Definir metas y objetivos sobre bases realistas y objetivas, desglosándolos según términos de corto, mediano y largo plazo. Evaluar disponibilidades financieras y de recursos humanos.
- Definir acciones sobre la base de los objetivos trazados. En cada acción debe definirse claramente responsable, ejecutores y fechas de cumplimiento.
- La intervención psicosocial debe ser temprana, rápida y eficiente.
- No visualizar la atención sólo como demanda de asistencia.
- No focalizarse, necesariamente, en el trauma. Utilizar estrategias positivas de afrontamiento en los planos ideológico, cultural y religioso.
- Crear ambientes seguros, promoviendo la vida comunitaria, así como apoyando el reagrupamiento familiar y el trabajo de redes.
- Readaptación activa que significa el reinicio de las actividades cotidianas de la comunidad, incluyendo el trabajo y la actividad escolar de los niños.
- Creación de espacios de apoyo mutuo, expresión, distensión, comprensión y escucha.
- Soporte emocional a las personas en duelo, favoreciendo los funerales y ritos aceptados culturalmente.
- Precisar los resultados esperados e identificar los indicadores mínimos para el seguimiento del proceso, estableciendo por lo menos de forma elemental un mecanismo de información.
- Enfoque de género.
- Enfoque étnico y cultural.
- Establecer alianzas y procesos de cooperación, evitando las duplicidades o contradicciones en el accionar.
- Flexibilidad. La dinámica psicosocial en los desastres naturales y emergencias complejas es muy cambiante, a veces en cuestión de horas, por lo que todo plan debe ser sumamente flexible.
- Sostenibilidad de las acciones a mediano y largo plazo. Lograr una vinculación del plan con las instituciones y estructuras nacionales existentes. Buscar que como consecuencia de estas acciones se fortalezcan los servicios existentes y mejore la atención en salud mental en el país.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIAL

Beristain Carlos, **Reconstruir el tejido social, un enfoque critico de la ayuda humanitaria**, Ed. Icaria, Barcelona 1999.

Beristain Carlos, **Catástrofes y ayuda de emergencia, Estrategia de evaluación, prevención y tratamiento**, Ed. Icaria, Barcelona 2001.

Cohen Raquel, **Salud Mental para víctimas de desastres, Guía para instructores, OPS/OMS**, 1999.

Eusko Jaurlaritza, **Intervención Psicológica en situaciones de emergencias y desastres**, Gobierno Vasco, España 2000

Mikolaj Alan, **Stress Management for the Emergency Care Provider**, Ed. Pearson, EEUU; 2004.

Michel Jeff, Bray Grady, **Emergency Services, Stress, Guidelines for preserving the health and careers of emergency services personel**, Ed. Brady EEUU, 1990

Natinoal Institute of Mental Health, **Disaster Work and mental Health: Prevention and Control of stress among workers**, Center for Mental Health Studies of Emergencies, EEUU, 1985.

Organización Panamericana de la Salud **Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias**. Manuales y Guías sobre desastres, agosto 2002.

Prewitt Joseph, **Primeros Auxilios Psicológicos**, Cruz Roja Americana , Delegación Regional de Centro América., enero 2001.

Reaman Jhon, **Epidemiología de desastres naturales**, Ed. Harla Mexico 1984.

Santini Oscar y López Daniel, **Desastres, Impacto Psicosocial**, Ed. Alción , Argentina 1997.

Trujillo Manuel, **Psicología para después de una crisis, como superar el estrés en situaciones críticas**, Ed. Aguilar, Buenos Aires, octubre 2002.

Valero Santiago, **Psicología en Emergencias y Desastres**, Ed, San Marcos, Lima 2002

WHO Department of Mental Health and Substance Abuse,¹**Briefing note on psychosocial/ mental health assistance to the tsunami-affected region**, 4 February 2005
