

La Atención Comunitaria en Salud Mental en Situaciones de Desastre

**Bruno R. Lima, M.D., M.P.H.
Profesor Asociado
Departamento de Psiquiatria
Escuela de Medicina
Departamento de Hygiene Mental
Escuela de Salud Publica
Universidad Johns Hopkins**

En:Levar I (ed): Manual de Salud Mental en la Comunidad

**Dirección: 188 Meyer Building
Johns Hopkins Hospital
600 North Wolfe Street
Baltimore, Maryland 21205
Estados Unidos
Tel: 301-955-2238**

MAYO 1989

I. Introducción

La importancia de los desastres para los profesionales de salud mental ha aumentado progresivamente con la identificación de sus consecuencias emocionales a corto, mediano y largo plazo (1-5). Esas consecuencias psicosociales han sido estudiadas en diversos tipos de desastres incluyendo inundaciones (6-12), tornados (13-15), incendios y explosiones (16-20), ciclones (21-24), erupciones volcánicas (25-27), terremotos (28-32), y otros accidentes (33-38). Muchas iniciativas han sido desarrolladas para brindar servicios de salud mental a los damnificados, pero ellas se han concentrado en el sector especializado en salud mental y en el período post-impacto inmediato.

Simultáneamente, la atención primaria fué aceptada como la estrategia maestra para lograr el objetivo de "salud para todos en el año 2000", reflejo de una concientización creciente de la necesidad de extender la cobertura de los servicios de salud (39). La importancia de la salud mental en la atención primaria, se ha tornado evidente gracias diversos estudios que han mostrado una alta prevalencia de trastornos emocionales en los pacientes que frecuentan los centros de atención primaria, tanto en los países desarrollados (40-41) como en desarrollo (42). Se sabe que el 20% de los pacientes que visitan los centros y puestos de salud presentan problemas psiquiátricos o psicosociales significativos (43,44), para los cuales existen metodologías adecuadas y sencillas de manejo (45). Además, se conoce que existen necesidades de salud mental en las comunidades que, aunque no han sido traducidas en demanda de servicios, traen sufrimiento e incapacidad a millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen de 40 a 100 millones de individuos con enfermedades mentales graves, y que no menos de 200 millones sufren de trastornos psicosociales con distintos niveles de gravedad e incapacitación, recibiendo tratamiento deficiente o nulo (46). En los países desarrollados, la atención primaria ha sido llamada "la piedra fundamental de la psiquiatría comunitaria" (47), y en los países en desarrollo, se considera que el éxito de los programas de salud mental dependen del éxito de la integración de la salud mental en la atención primaria (48). Esas observaciones han impulsado múltiples esfuerzos para integrar la salud mental a la salud general (49,50), los cuales incluyen el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes

de salud mental en el trabajador de atención primaria (TAP) para intervenciones efectivas en situaciones rutinarias (51).

La atención en salud mental para las víctimas de desastres, en especial a mediano y largo plazo, también requiere la integración de la salud general con la salud mental, pero el TAP no ha sido involucrado en este proceso de una manera sistemática (52). Como resultado, estas dos líneas de prestación de servicios y de investigación — atención primaria en salud mental y desastres — no han sido combinadas, lo que es sorprendente por diversos motivos:

1. Los desastres son más frecuentes y producen daños humanos y materiales más grandes en los países en desarrollo (53), donde los recursos especializados en salud mental son escasos (54), e insuficientes para atender a la demanda rutinaria. Excluyéndose datos norteamericanos, solo en este siglo los desastres produjeron 1.5 millones de víctimas en el mundo, y el 97% de ellas se ubicaron en el Tercer Mundo (55).
2. Los desastres afectan más duramente a los individuos de los estratos socio-económicos más bajos, los cuales tienen menor acceso a los recursos de salud en general, y especialmente de salud mental (56), y para los cuales la atención primaria es la estrategia más adecuada.
3. Las víctimas de desastres no se perciben como pacientes psiquiátricos (57), sino como individuos bajo stress, que con más facilidad buscan servicios de salud en las clínicas generales que en los servicios de salud mental (58).
4. Ha sido ampliamente documentado que el TAP puede ser capacitado para brindar servicios de salud mental eficaces en situaciones clínicas rutinarias (45).
5. Las intervenciones en salud mental para los damnificados a mediano y largo plazo deben ser conformes a las políticas de salud de los gobiernos, que siguen la estrategia de atención primaria según los principios promulgados por la OMS.

La distancia entre las acciones de salud mental en situaciones rutinarias (resorte de la atención primaria) y en situaciones de desastres (resorte del sector especializado), ha disminuído por diversas iniciativas desarrolladas a raíz de la erupción volcánica en Armero, Colombia, y de los terremotos del Ecuador. Este capítulo, describe los lineamientos de la atención primaria en general y de la atención primaria en salud mental, ubicándolos en la situación específica de desastre. Luego describe las acciones complementarias del nivel primario de atención y del sector especializado en salud mental, enfatizando algunos puntos específicos de la capacitación en el nivel primario de atención en salud mental y desastres.

II. La Atención Primaria en Salud Mental

La atención primaria es definida como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma una parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (39)." La salud mental está incluida en sus programas (59) y las estrategias para brindar los servicios necesarios han sido definidas (60).

Por otro lado, se entiende por TAP en salud mental los diversos trabajadores que participan en el desarrollo de acciones de salud mental identificados bajo el concepto de Atención Primaria. Estos trabajadores pueden dividirse en los siguientes grupos: (i) TAP Profesional: Médico General, Enfermera Profesional, Trabajador Social, y Terapeuta Ocupacional, que realizan acciones de atención primaria en salud mental dentro de su quehacer en salud general; y (ii) TAP Auxiliar: Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Trabajo Social, Promotora de Salud, que realizan actividades de salud mental

en el primer nivel de atención dentro de su trabajo en salud general. Se reconoce además que los profesionales especializados en otras áreas, como la gineco-obstetricia y la pediatría, también podrán tener la oportunidad de prestar servicios de atención primaria en salud mental.

Los sectores de la comunidad que deben participar de las actividades de atención primaria en salud mental incluyen: las parteras, los vigías de salud, los curanderos, los comités de salud, y otras organizaciones formales o informales de la comunidad como los maestros, grupos de padres y juveniles, juntas de acción comunal, la iglesia, la policía, la defensa civil, la cruz roja, y otros recursos comunitarios. Las actividades en atención primaria en salud mental que han sido desarrolladas en situaciones clínicas rutinarias y aplicadas a nivel local han necesitado el establecimiento de prioridades. Esta priorización ha sido hecha según los criterios de Morley para los problemas pediátricos en los países en desarrollo (61), y adaptadas por Giel y Harding para los problemas psiquiátricos en la atención primaria (62). Estos criterios son la prevalencia y la gravedad del problema, la existencia de técnicas sencillas para su manejo, y la preocupación de la comunidad. Cuando estos criterios son aplicados a una situación de desastre, las víctimas pueden ser entendidas como una población prioritaria para la atención primaria en salud mental porque: (i) sus problemas emocionales son frecuentes y graves; (ii) la comunidad expresa su preocupación con los trastornos emocionales y de conducta de los damnificados; y (iii) los TAP pueden ser capacitados para el manejo de problemas semejantes en situaciones rutinarias, y con toda probabilidad también pueden serlo en el período post-desastre. Por consiguiente, es necesario definir, implementar y evaluar las actividades de promoción, prevención, identificación, manejo y remisión para los diversos problemas emocionales de las víctimas de desastres, los cuales pueden y deben ser realizadas a nivel primario de atención por el trabajador de salud.

III. La Atención Primaria en Salud Mental en Desastres

Para el desarrollo de acciones de salud mental con las comunidades afectadas y con las víctimas de desastres al nivel primario de atención, es necesaria la adaptación de los conocimientos derivados de situaciones clínicas rutinarias a esta situación especial y al nivel comunitario. Es

necesario por consiguientes definir los objetivos, la población y las diversas actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

Los objetivos de las acciones de salud mental en el area del desastre por los TAP son: (i) detectar los individuos en las comunidades y en los servicios de salud que presentan problemas emocionales como respuesta al impacto sufrido y desarrollar actividades comunitarias de asistencia y rehabilitación en salud mental; y (ii) desarrollar actividades comunitarias de salud mental integradas a todas las acciones de atención a las víctimas a corto, mediano y largo plazo.

La población susceptible de desarrollar trastornos emocionales y a la cual el TAP deberá atender incluye: (i) víctimas directas del desastre, en especial poblaciones afectadas por pérdidas de familiares, amigos y medios económicos, y con limitaciones físicas; (ii) personas no directamente afectadas, pero con pérdidas de familiares, amigos y medios económicos, y con limitaciones físicas; (iii) niños (63,64), ancianos (65), minusválidos (66), y personas que cuentan con limitados servicios sociofamiliares y económicos (67); y (iv) trabajadores de salud vinculados a labores asistenciales y de rehabilitación en la zona del desastre (68).

El TAP deberá desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, asistencia y rehabilitación. Estas actividades pueden ser distintas para el TAP profesional y auxiliar. Las actividades de promoción y prevención de trastornos emocionales en víctimas de desastres y comunidades afectadas incluyen: (i) promover actividades educativas para la comunidad amenazada por un desastre, manejando los problemas emocionales frecuentemente presentados como negación y ansiedad; (ii) colaborar con otros programas del sector salud y de otros sectores, integrando la salud mental en las diversas actividades desarrolladas en respuesta a una situación de desastre; (iii) coordinar las actividades de salud mental con otros sectores de la comunidad que participan activamente en el desastre, como las escuelas, la Cruz Roja y la Defensa Civil; (iv) conocer el sistema de atención de desastre desarrollado, los servicios de salud y comunitarios existentes, y los mecanismos de acceso a estos recursos; y (v) desarrollar en la comunidad actividades de solidaridad y apoyo para buscar una respuesta colectiva a la situación de desastre.

Los TAP auxiliar y profesional deberán estar capacitados para brindar la asistencia necesaria

a las víctimas a través de la identificación precoz y manejo eficaz de sus problemas emocionales (Figura 1). El TAP auxiliar deberá utilizar diversas medidas en el manejo de los problemas emocionales de la víctima que incluyen: (i) ventilación de la angustia y depresión, brindando apoyo emocional a través de la utilización de intervenciones individuales y grupales, con énfasis especial en el desarrollo de grupos de auto-ayuda; (ii) facilitar el acceso a otros servicios de salud o recursos comunitarios que la víctima necesite; (iii) informarle objetivamente sobre la situación existente e intentar obtener la información que le pida; y (iv) involucrar la familia o amigos en la atención de sus problemas emocionales. El TAP auxiliar deberá obtener el apoyo del TAP profesional, discutiendo el manejo de los problemas emocionales de las víctimas en supervisión programada, solicitando consultoría específica o refiriendo la víctima cuando sea necesario.

El TAP profesional deberá manejar las víctimas que presentan problemas emocionales y que le sean remitidos por el TAP auxiliar de salud, que incluyen la administración de medicamentos requeridos y la evaluación del estado físico y situación socio-familiar. Por su parte, el TAP profesional deberá tener apoyo del trabajador especializado en salud mental, discutiendo el manejo de los problemas emocionales de las víctimas en la supervisión programada, solicitando consultoría específica o refiriendo estos pacientes cuando sea necesario.

El TAP también ejecutará actividades de rehabilitación, aunque un tanto limitadas. El deberá mantener estrechos vínculos con las víctimas y sus familiares afectados para promover su reubicación socio-laboral, optimizar la utilización de recursos, y disminuir su nivel de incapacidad por problemas emocionales persistentes. Por igual, el TAP deberá promover la aceptación de las víctimas en las comunidades para las cuales ellas fueron desplazadas.

IV. Participación del Personal Especializado en Salud Mental Dentro de la Atención Primaria en Desastres

Los trabajadores especializados en salud mental que participarán de las actividades de atención primaria en salud mental incluyen: al médico psiquiatra, al psicóloga, a la enfermera y a la trabajadora social con especialización o capacitación en salud mental y a la terapeuta ocupacional.

Los trabajadores especializados en salud mental desarrollarán actividades de consultoría, supervisión, evaluación y entrenamiento con los TAP profesionales en las áreas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación (Figura 1), brindando servicios directos solamente para aquellos casos que le sean remitidos por su complejidad excesiva.

El trabajador especializado en salud mental deberá estar familiarizado con la literatura de desastres y salud mental, de manera a poder coordinar efectivamente sus acciones con el TAP para la identificación de las necesidades, el diseño y la implementación de los programas, y la evaluación de los resultados.

Las consecuencias emocionales de los desastres han sido estudiadas respecto a las características de ellos. Se sabe, por ejemplo, que hay demandas emocionales específicamente originadas del desastre, y otras que provienen de las respuestas sociales al siniestro.

Quarantelli (69) identificó las características propias de un desastre que constituyen factores de riesgo para problemas emocionales. Son ellas: la proporción y la centralidad social de la población afectada, la intensidad, la duración, la rapidez, la predictabilidad y la periodicidad del involucramiento de la población afectada en la crisis, y la falta de familiaridad con la crisis.

Cuando estas características están presentes en un desastre, se puede esperar un aumento de la prevalencia de los trastornos emocionales en las víctimas. El sector especializado en salud mental tendrá la responsabilidad de evaluar las necesidades y asumir el liderazgo para el entrenamiento del TAP.

El desastre de Armero, Colombia, ejemplifica esta situación. En este desastre, pereció el 80% de la población del pueblo; los sobrevivientes, en su gran parte, pertenecían a los estratos socioeconómicos más bajos; el terror y el horror vivenciados por ellos fueron inmensos y mucho más allá de sus experiencias rutinarias; y la población fue rápidamente involucrada en el alud de lodo y rocas provocado por la erupción del volcán, cuya magnitud nadie había anticipado.

Tomando como marco teórico los criterios de Quarantelli, se anticipó un aumento significativo de los problemas emocionales de los damnificados (52). De hecho en una encuesta de una muestra de 200 víctimas adultas ubicadas en campamentos, se encontró una prevalencia de trastorno emocional

del 55% (70). Al administrarse una entrevista psiquiátrica estructurada, se encontró que estos trastornos, en su inmensa mayoría, ameritaban un diagnóstico psiquiátrico específico según criterios estandarizados y conservadores. Los diagnósticos más frecuentes fueron cuadros ansiosos (síndromes del estrés post-traumático y de ansiedad generalizada) y depresivos (depresión mayor). Estos hallazgos subrayan la alta prevalencia y la gravedad de los problemas emocionales de los damnificados de un desastre cuyas características específicas generaron demandas emocionales excesivas sobre los damnificados.

Las demandas hechas sobre las víctimas originadas en las respuestas sociales al desastre han sido estudiadas por Bolin (71), e incluyen: evacuaciones que son hechas sin un claro consenso, que son mal administradas o que exponen a las víctimas a niveles muy altos de estrés, y en las cuales las familias se quedan separadas; campamentos o albergues en que las víctimas permanezcan por tiempo excesivo, en que se desarrollen conflictos interpersonales, que sean percibidos como peligrosos o inadecuados, y que aislen a los damnificados de su comunidad de origen; y ausencia o insuficiencia de programas de ayuda formal y efectiva que sean ofrecidos a los damnificados para su rehabilitación financiera y socio-laboral.

El desastre de Armero también ejemplifica el efecto negativo que determinadas situaciones pueden tener sobre las víctimas. Una submuestra de los damnificados inicialmente encuestados fue re-encuestado 30 meses después de la tragedia (72), y se observó un aumento considerable de la prevalencia de los trastornos emocionales (del 55% al 78%). Factores asociados a estos problemas incluyeron estancia prolongada en los campamentos y albergues, desempleo, falta de apoyo comunitario y social e insuficiencia de los programas de ayuda.

Estos hallazgos refuerzan el rol facilitativo y multiplicador del trabajador especializado en salud mental en desastres. Su tarea inicial es evaluar las características del desastre, anticipar la extensión y la gravedad de los problemas psico-sociales de las víctimas, y brindar consultoría al comité de emergencia para intentar disminuir el posible impacto negativo del mal manejo comunitario y social de las poblaciones afectadas. Luego, es necesario proceder a la capacitación del TAP para brindar servicios adecuados, sencillos y eficaces a los damnificados.

La capacitación del TAP deberá seguir el modelo desarrollado para las situaciones clínicas rutinarias. La experiencia recolectada en desastres latino americanos ha mostrado que, aunque la frecuencia y la gravedad de los trastornos emocionales de las víctimas sean significativas, esos trastornos son básicamente depresivo-ansiosos. Además, los perfiles sintomatológicos de las víctimas afectadas emocionalmente son muy semejantes aunque los desastres tengan magnitudes distintas (73). La experiencia obtenida en la capacitación en salud mental a los TAP luego de un desastre muestra que ellos son receptivos a recibir conocimientos nuevos y aceptan muy bien las iniciativas del sector especializado en salud mental. Estas observaciones apoyan y facilitan la capacitación del TAP en salud mental en situaciones de desastres.

Como producto de diversas experiencias en el manejo de los problemas emocionales de las víctimas de desastres, el autor desarrolló un Manual de Atención Primaria en Salud Mental para Víctimas de Desastres (74). El Manual intenta fomentar intervenciones del TAP en la asistencia en salud mental en situaciones de catástrofe, focalizando sus acciones a mediano y largo plazo. Como tal, el Manual no abarca los problemas de salud mental encontrados en el período de post-impacto inmediato. Sus contenidos, sin embargo, deben ser enseñados a los TAP inmediatamente luego del desastre, para que estén debidamente preparados para evaluar, identificar, y manejar los problemas emocionales presentados por los damnificados.

El Manual busca reunir los conocimientos y prácticas de tres áreas distintas, pero complementarias: atención primaria, salud mental y desastres. Por lo tanto, el autor ha recopilado la información contenida en diversos documentos y manuales que han sido producidos en atención primaria (75-78) y desastres (79,80), integrándolos en base a su experiencia, fruto de diversas actividades. El autor realizó una consultoría con motivo de la tragedia de Armero, Colombia, oportunidad en la cual una serie de acciones fueron recomendadas (81). Todas las recomendaciones fueron concretadas en los meses siguientes, e incluyeron: (i) una investigación epidemiológica, (ii) la capacitación de la red primaria, y (iii) la preparación de manuales apropiados (82). La investigación epidemiológica estudió la extensión y la gravedad de los problemas emocionales de las víctimas en campamentos y centros de atención primaria en Colombia, y las acciones del TAP

dirigidas a identificar estos trastornos (83). La capacitación de los trabajadores de salud fué hecha a través de diversos cursillos, en los cuales se utilizaron versiones anteriores del Manual. Este Manual, en base la información recolectada, ha sido incorporado a la serie de manuales producidos por la División de Preparativos de Desastres, Emergencias y Urgencias del Ministerio de Salud de Colombia.

Al final de su capacitación, el TAP deberá ser capaz de obtener información sobre los problemas físicos, psicológicos y sociales que presenten las víctimas, y de desarrollar sus intervenciones en los centros y puestos de salud, así como en la comunidad. Por lo tanto, es necesario desarrolle habilidades comunitarias e individuales. A nivel comunitario, el TAP deberá participar del proceso de diagnóstico comunitario, del desarrollo de un plan de acción, de la implementación del programa, de la vigilancia de la salud mental, de la evaluación de los resultados, y de la toma de nuevas decisiones (84). El trabajador especializado en salud mental y el TAP deberán trabajar en cada una de estas áreas de manera coordinada y complementaria, brindando los aportes específicos según su capacitación, el escopo de sus observaciones y sus acciones de salud. En lo general, el trabajador especializado en salud mental tendrá una orientación individual clínica, ejerciendo y evaluando sus actividades en los centros de salud; el TAP, ubicado en la comunidad y en contacto más estrecho con sus miembros, tendrá una perspectiva comunitaria de los problemas y recursos (Figura 2).

A nivel individual, es necesario que el TAP desarrolle técnicas sencillas de entrevista, sepa obtener los datos básicos de la historia, haga un examen del estado mental, formule un diagnóstico, aunque provisorio, y empiece el manejo de los problemas detectados.

Durante la entrevista, aunque breve, el TAP debe oír las quejas que el paciente trae a la consulta, las cuales con frecuencia serán aparentemente de naturaleza física. Sin embargo, se debe tener en cuenta que frecuentemente importantes factores psicológicos están presentes. Por ello, el TAP deberá adoptar una actitud de interés y calma, apoyar al paciente, mantener un buen contacto visual y hacer las preguntas necesarias con empatía y comprensión.

Los datos básicos de la historia psicosocial del paciente incluyen las siguientes áreas: (1) datos

familiares y personales: historia familiar, incluyendo antecedentes de enfermedad mental, suicidio, alcoholismo y epilepsia, problemas significativos de desarrollo en la infancia, escolaridad, adolescencia, empleos anteriores y el actual, estado civil y número de hijos, religión, abuso de alcohol y drogas, problemas médicos y quirúrgicos, condiciones de vivienda, y personas con quien vive; (ii) problemas emocionales antes del desastre: síntomas, tratamientos, hospitalizaciones, y medicamentos; (iii) experiencia del desastre: vivencias del peligro, pérdidas (muertes de familiares y amigos, destrucción de la casa, pérdida de bienes y empleo), lesiones físicas, y planes para el futuro; (iv) problemas emocionales corrientes: sueño, apetito, nivel de energía, abuso de alcohol y drogas, cambios en la vida sexual, intereses y actividad, problemas físicos, y tratamientos recibidos; (v) apoyo social y comunitario: familiares, amigos, vecinos, situación de vivienda, situación financiera y laboral, e instituciones de apoyo (iglesia, asociaciones comunitarias).

El TAP deberá recordar que determinadas características de la historia clínica de los individuos los tornan más susceptibles para desarrollar posteriormente problemas emocionales. Al recolectar la historia del paciente, el TAP deberá identificar específicamente esas características, las cuales incluyen las personas que, antes del desastre, estaban viviendo una situación de crisis, o tenían una enfermedad física. Respecto a los grupos de edad, se sabe que los niños, los adolescentes y los ancianos se encuentran en mayor riesgo de sufrir dificultades emocionales o de presentar trastornos de conducta.

En el examen del estado mental del paciente, se busca la identificación de alteraciones psicológicas que indiquen la presencia de problemas emocionales. Estas alteraciones se pueden manifestar en la conducta del paciente, en su estado de humor, en su manera de pensar, en su capacidad de ver u oír lo que pasa a su alrededor (es decir, en su sensopercepción), o en sus funciones cognitivas, como la orientación, la memoria y la concentración. El TAP deberá evaluar los siguientes síntomas básicos: (i) conducta (adecuada o bizarra, hiperactiva o restrasada); (ii) afecto o humor (deprimido, llora, piensa quitarse la vida, ansioso, tenso o preocupado, exaltado, eufórico); (iii) pensamiento (¿tiene sentido lo que dice? ¿expresa sus ideas de acuerdo con la realidad?); (iv) sensopercepción (¿oye voces que nadie escucha o ve cosas que nadie ve?); (v) orientación (¿sabe la

fecha, dónde se encuentra o quién es?.); (vi) memoria (¿es capaz de recordar las cosas que pasaron el día de la consulta y las cosas que sucedieron días antes?); y (vii) concentración (¿es capaz de focalizar la atención o se distrae fácilmente, pasando de un tema a otro?).

Se sabe que algunos síntomas básicos y bien definidos se encuentran frecuentemente asociados a los problemas de naturaleza emocional. Estos problemas se dividen en dos grupos: síntomas de angustia o depresión (es decir, síntomas neuróticos) y síntomas psicóticos (que en general indican problemas más graves). Estos síntomas han sido agrupados en el Cuestionario de Auto-Reportaje (CAR). El CAR es un instrumento sencillo, confiable y válido que ha sido utilizado en diversos países en desarrollo (85-87) y en desastres (83). De una manera general, se sabe que si se adjudica un punto para cada síntoma, la probabilidad de que el paciente esté sufriendo de un trastorno emocional es mayor cuando el total alcanza 8 o más puntos en los 20 síntomas neuróticos y/o 1 o más puntos en los síntomas psicóticos. En una situación de desastre, se observó que para los pacientes que alcanzan 12 o más puntos en los síntomas neuróticos, la gran mayoría (más del 90%) tendrá un diagnóstico psiquiátrico definido, lo cual exigirá referencia al médico general o al especialista en salud mental. Se observó también que cuando ciertos síntomas neuróticos específicos están presentes, nueve de cada diez víctimas estarán sufriendo de problemas emocionales, aunque no necesariamente graves. Estos síntomas son: sentirse incapaz de ser útil en la vida, sentir cansancio todo el tiempo y tener dificultad para pensar con claridad (88).

Para la evaluación adecuada del estado psicosocial del paciente, el TAP deberá investigar también los otros problemas que con frecuencia se presentan en situaciones de desastres: (i) epilepsia; (ii) abuso o dependencia al alcohol; (iii) problemas en el manejo de trastornos físicos crónicos y; (iv) síntomas físicos inespecíficos. Estos problemas pueden ser investigados de una manera sencilla. Para identificar la presencia de epilepsia, el TAP pregunta si el paciente ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con sacudidas de brazos y piernas, mordeduras de la lengua y pérdida de conocimiento, sin que recuerde luego que ha pasado. Para investigar el abuso o dependencia al alcohol, el TAP pregunta: ¿Alguna vez, las personas allegadas a Ud. le han dicho que estaba bebiendo demasiadas bebidas alcohólicas?; o ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?; o ¿Ha

tenido dificultades en el trabajo o el estudio a causa de la bebida?; o ¿Ha estado en pelias o ha trasgredido la ley estando borracho?; o ¿Le parece que bebe demasiado? Para investigar la presencia de enfermedades físicas crónicas el TAP pregunta: ¿Usted adolece de una enfermedad física desde tiempo atrás, y que requiera control y toma de medicamentos en forma regular (Ejemplos: hipertensión arterial, diabetes, artritis, cardiopatía)? Para investigar la presencia de problemas físicos que traducen desorden emocional, el TAP pregunta sobre decaimiento físico, dolor en la espalda, mareo, o dolor en la cabeza.

Con base en los datos de la historia y los hallazgos del examen del estado mental, el TAP deberá escoger la intervención adecuada, haciendo la referencia a servicios de salud mental cuando sea necesario. Es importante recordar que las víctimas de desastres eran, en su gran mayoría, personas emocionalmente sanas, que fueron sometidas a experiencias estresantes y pérdidas que van mucho más allá de las vivencias comunes y corrientes que se manejan en la vida rutinaria. Muchas de esas personas no desarrollan problemas emocionales o solamente presentan síntomas leves o transitorios. Sin embargo, si la recuperación del desastre se demora y los problemas sociales — como empleo y vivienda — no son atendidos oportunamente, la proporción de los damnificados con trastornos emocionales o de conducta puede aumentar significativamente.

Los rótulos de salud mental y de psiquiatría se deben evitar, siempre que sea posible. Sin embargo, aquellas víctimas que presenten problemas más serios deben recibir la evaluación y el tratamiento que necesitan, y el TAP deberá utilizar los recursos disponibles para su diagnóstico y manejo. Respecto a los problemas emocionales y psiquiátricos vistos en las víctimas de desastres, es necesario establecer guías para identificación y criterios de remisión al sector especializado en salud mental.

Se pueden identificar problemas emocionales los cuales muy frecuentemente, por su duración corta, o su intensidad baja, no son suficientes para un diagnóstico preciso. Estos síntomas incluyen trastornos del nivel de conciencia, (e.g. no puede pensar con claridad o no sabe donde está), actitudes discordantes frente a la situación (e.g., duda su capacidad de recuperarse o dice escuchar voces),

trastornos emocionales (e.g., llora continuamente o tiene ideas suicidas), trastornos de conducta (e.g., excitado o usa alcohol/drogas) y síntomas físicos (e.g., dolor de cabeza, mareo).

Se pueden identificar también trastornos psiquiátricos bien definidos que corresponden a un diagnóstico formal y ameritan un tratamiento precoz y eficaz. Estos desórdenes incluyen el síndrome del estrés post-traumático, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión. El abuso/dependencia de alcohol o drogas parecen ser también problemas frecuentes. Criterios diagnósticos deben ser claramente establecidas y en lo posible el TAP deberá remitir las víctimas con un diagnóstico psiquiátrico al sector especializado para su manejo adecuado, lo cual, con frecuencia, incluirá medicación.

V. Conclusión

La prestación de servicios de salud mental a las víctimas de desastres, principalmente en los países en desarrollo, debe focalizar los problemas a mediano y largo plazo, brindando una atención continua e integral. Además, los desastres producen un inmenso número de damnificados, cuyos problemas psiquiátricos y psicosociales requieren atención. Por lo tanto, el nivel primario de atención tiene que estar activamente involucrado en este proceso (89).

Es claro que las presiones asistenciales no permiten que el TAP esté capacitado para una situación de desastre que quizás nunca venga a ocurrir (Figura 3). Sin embargo, a través de consultoría con expertos en el área de desastres y salud mental, las unidades de salud mental en los países deberán tener el material y las estrategias de capacitación bien estructurados y operativos para cuando ocurre un desastre. Luego de un desastre el equipo central tendrá la responsabilidad de capacitar al equipo de salud mental local, el que entonces estará en condiciones de asumir el liderazgo en las acciones de salud mental de los diversos niveles del sector salud y de otros sectores de la comunidad. El sector especializado en salud mental brindará asistencia a los pacientes que le sean remitidos, pero sus esfuerzos serán concentrados en las tareas multiplicativas y facilitadoras a través de las actividades de salud mental del nivel primario de atención. Este modelo está de acuerdo con las estrategias de atención primaria, enfatizando la importancia del TAP en los servicios de salud.

La estrategia descrita en este capítulo es producto de las experiencias recogidas en atención primaria, salud mental y desastres que se implemento en desastres recientes. Se espera que en oportunidades futuras estas ideas sean evaluadas críticamente y perfeccionadas por las experiencias subsecuentes.

Referencias

1. Tyhurst JS: Psychological and social aspects of civilian disaster. *Can Med Assoc J* 76:385-393, 1957.
2. McGonagle LC: Psychological aspects of disaster. *Am J Pub Health* 54:638-643, 1964.
3. Kinston W, Rosser R: Disasters. *Psychosom Res* 18:437-456, 1974.
4. Cohen RE: Reacciones individuales ante desastres naturales. *Bol Of Sanit Panamer* 98:171-180, 1985.
5. Bromet EG, Schulberg HC: Epidemiologic findings from disaster research, en *American Psychiatric Association Annual Review*, Vol 6. Editado por Hales RE, Frances AJ, Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc., 1987.
6. Menninger WC: Psychological reaction in an emergency. *Am J Psychiatry* 109:128-130, 1952.
7. Bennet G: Bristol floods 1968. *Brit Med J* 3:454-458, 1970.
8. Titchener JC, Kapp FT: Family and character change at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry* 133:295-299, 1976.
9. Logue JN, Hansen H, Streuening E: Emotional and physical distress following Hurricane Agnes. *Pub Health Rep* 94:495-502, 1980.
10. Logue JN, Hansen H: A case-control study of hypertensive women in a post-disaster community. *J Human Stress* 6:28-34, 1980.
11. Gleser G, Green B, Winget C: *Prolonged Psychological Effects of Disaster*. New York, Academic Press, 1981.
12. Dunal C, Gaviria M, Flaherty J, et al: Perceived disruption and psychological distress among flood victims. *Journal of Operational Psychiatry* 16:9-16, 1985.
13. Cobb S, Lindemann E: Neuropsychiatric observation after the Coconut Grove fire. *Ann Surg* 117:814-824, 1943.
14. Adler A: Neuropsychiatric complication in victims of Boston's Coconut Grove disaster. *JAMA* 123:1089-1101, 1943.
15. Moore HE: Some emotional concomitants of disaster. *Ment Hyg* 42:45-50; 1958.

16. Moore HE, Friedsam HD: Reported emotional stress following a disaster. *Social Forces* 38:135-139, 1959.
17. Leopold RL, Dillon H: Psycho-anatomy of disaster. *Am J Psychiatry* 119:913-921, 1963.
18. Perrick E, Powell BJ, Sieck WA: Mental health problems and natural disaster: tornado victims. *Comm Psychol* 4:64-68, 1976.
19. Green BL, Grace MC, Lindy JD. Levels of functional impairment following a civilian disaster. *J Consul Clin Psychiatry*, 51:573-580, 1983.
20. McFarlane AC: The Ash Wednesday brush fires in south Australia. *Med J Aust* 141:286-291, 1984.
21. Parker G: Psychological disturbance in Darwin evacuees following cyclone Tracy. *Med J Aust* 1: 650-652, 1975.
22. Parker G: Cyclone Tracy and Darwin evacuees. *Aust J Psychiatry* 130:548-557,1977.
23. Patrick V, Patrick WK: Cyclone '78 at Sri Lanka. *Br J Psychiatry* 138:210-216, 1981.
24. Green B, Grace M, Gleser C: Identifying survivors at risk. *J Consul Psychol*53:672-678, 1985.
25. Perry RN, Hirose H. Volcanic eruption and functional change. *Mass Emergencies and Disaster*, 1:231-253, 1983.
26. Shore JH, Tatum EL, Vollmer WM: Psychiatric reactions to disaster. *Am J Psychiatry* 143:590-595, 1986.
27. Cohen RE. The Armero tragedy. *Hosp Comm Psychiatry*, 38:1316-1321, 1987.
28. Popovic M, Petrovic D: After the earthquake. *Lancet* 2:1169-1171, 1964.
29. Langdon JR, Parker AH: Psychiatric aspects of March 27 earthquake. *Alaska Med* 6:33, 1964.
30. Infantes V, Veliz J, Morales I, Pardo-Figueroa I, Jeri FR: Psychological observations in Ancash. *Rev Neuropsiquiatria* 33:171-188, 1970.
31. Janney JG, Majuda M, Holmes TH: Impact of natural catastrophe on life events. *J Human Stress* 3:22-34, 1977.
32. Ahearn F: Admission to psychiatric services following a natural disaster. *Bull Pan Am Health Org* 97:325-335, 1984.
33. Boman B: Behavioral observations on the Granville train disaster. *Soc Sci Med* 13A:463-471, 1979.

34. Raphael B: A primary prevention action program. *Omega* 10:211-226, 1979-80.
35. Wilkinson CB: Aftermath of a disaster. *Am J Psychiatry* 9:1134-1139, 1983.
36. Lopes-Ibor JJ, Soma J, Cañas F, et al: Psychological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. *Br J Psychiatry* 147:352-365, 1985.
37. Bromet EJ, Parkinson DK, Schulberg HC, et al: Mental health of residents near the Three Mile Island reactor. *J Prev Psychiatry* 1:225-276, 1982.
38. Bromet EJ, Schulberg HC, Dunn C: Reactions of psychiatric patients to the Three Mile Island nuclear accident. *Arch Gen Psychiatry* 39:725-730, 1982.
39. World Health Organization: Primary Health Care. Geneva WHO, 1978.
40. Shepherd M: Psychiatric Disorders in General Practice. London Oxford University Press, 1967.
41. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA: The "De Facto" US mental health service systems. *Arch Gen Psychiatry* 35:685-693, 1978.
42. World Health Organization: Organization of mental health services in developing countries. WHO Tech Rep Ser 564, 1975.
43. Harding TW, DeArango MV, Baltazar J, et al: Mental disorders in primary health care. *Psychol Med* 10:231-241, 1980.
44. Giel R, DeArango MV, Climent CE, et al: Childhood mental disorders in primary health care. *Pediatrics* 68:677-683, 1981.
45. Srinivasa Murthy R, Wig NN: The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care. *Am J Psychiatry* 140:1486-1490, 1983.
46. Gulbinat W: Mental health problems assessment and information support: Direction of WHO's work. *World Health Stat Q* 36:224-31, 1983.
47. World Health Organization: Psychiatry and Primary Health Care. Geneva WHO, 1973.
48. Lin T: Mental health in the third world. *J Nerv Ment Dis* 171:71-8, 1983.
49. Pincus HA: Linking general health and mental health systems of care. *Am J Psychiatry* 137:315-320, 1980.
50. Goldman HH: Integrating health and mental health services. *Am J Psychiatry* 139:616-620, 1982.

51. **Harding TW. Task oriented training in mental health. African Journal of Psychiatry, 1.2:19-23, 1978.**
52. **Lima BR: Primary mental health care for disaster victims in developing countries. Disasters 10:203-204, 1986.**
53. **Seaman J (ed). Epidemiology of Natural Disasters. Basel, Karger, 1984.**
54. **Harding TW: Psychiatry in rural-agrarian societies. Psychiat Annals 8:302-10, 1978.**
55. **United States Agency for International Development: Office of U.S. Foreign Disaster Assistance. Disaster History. Significant data on major disasters worldwide 1980-Present, Washington, D.C., 1986.**
56. **Shapiro S, Skinner E, Kesler L, et al: Utilization of health and mental health services. Arch Gen Psychiatry 41:971-978, 1989.**
57. **Cohen RE: Intervening with disaster victims, en The modern practice of community mental health. Editado por Schulberg HC, Killilea M. San Francisco, Jossey-Bass Pub, 1982.**
58. **Lindy JP, Grace MC, Green B: Survivors: outreach to a reluctant population. Am J Orthopsychiatry 51:468-478, 1981.**
59. **Pan American Health Organization: Plan of action for the implementation of regional strategies. Official Document No. 179. Washington D.C., Pan American Health Organization, 1982.**
60. **World Health Organization: Mental health care in developing countries. WHO Tech Rep Ser, 698, 1984.**
61. **Morley D: Paediatric Priorities in the Developing World. London, Buterworths, 1973.**
62. **Giel R, Harding TW: Psychiatric priorities in developing countries. Brit J Psychiatry 128:513-22, 1976.**
63. **Newman CJ. Children of disaster: Clinical observation at Buffalo Creek. Am J Psychiatry 133:306-312, 1976.**
64. **Burke JD, Borus JF, Burns BJ, et al: Changes in children's behavior after a natural disaster. Am J Psychiatry 139:1010-1014, 1982.**
65. **Kiliyanek TS, Drabek TE: Assessing long-term impacts of a natural disaster: A focus on the elderly, Gerontologist 19:555-566, 1979.**

66. Tierney KJ, Petak WY, Hahn H: Disabled Persons and Earthquake Hazards. Program on Environment and Behavior Monograph No. 46. Boulder, CO, Institute of Behavioral Science, 1988.
67. Bolin R, Bolton P: Race, Religion, and Ethnicity in Disaster Recovery. Program on Environment and Behavior Monograph No.42. Boulder, CO, Institute of Behavioral Science, 1986.
68. Raphael B, Singh B, Bradbury L: Disaster: The helper's perspective. Med J Aust 2:445-447, 1980.
69. Quarantelli EL: What is disaster? The need for clarification in definition and conceptualization in research, en Disaster and Mental Health. Editado por Sowder BJ, Lystad M. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1986, p.49-82.
70. Lima BR, Santacruz H, Lozano J, et al: La atención primaria en salud mental para victimas de desastres: Armero, Colombia. Acta Psiq Psicol Am Lat 34:13-32, 1988.
71. Bolin R: Response to natural disaster, en Mental Health Response to Mass Emergencies: Theory and Practice. Editado por Lystad M. New York, Brunner/Mazel, 1988, p.22-51.
72. Lima BR, Pai S, Lozano J, et al: The stability of emotional symptoms among disaster victims, in preparation.
73. Lima BR, Chavez H, Samaniego N, et al: Disaster severity and emotional disturbance: Implications for primary mental health care in developing countries. Acta Psychiatr Scand 79:74-82, 1989.
74. Lima BR: La atención primaria en salud mental para victimas de desastres. Manual para la capacitación del trabajador de atención primaria. Colombia, Ministerio de Salud, 1987.
75. Climent CE, DeArango MV: Manual de Psiquiatria para Trabajadores de Atención Primaria. Organización Pan Americana de Salud, Washington, D.C., 1983.
76. Lima BR: Manual de Treinamento en Cuidados Primarios de Saude Mental. Porto Alegre, Brasil, RS: Secretaria da Saude e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, 1981.
77. Murthy RS: Manual of Mental Health for Multi-purpose Workers. Bangalore, India: National Institute of Mental Health and Neurosciences, 1985.

78. **Swift CR: Mental Health. A Manual for Medical Assistants and Other Rural Health Workers. Nairobi, Kenya: African Medical and Research Foundation.**
79. **National Institute of Mental Health: Training Manual for Human Service Workers in Major Disasters. DHHS Publication No. (ADM) 83-538. Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 20402, 1983.**
80. **Srinivasa Murthy R, Isaac MK, Chandra Sekhar CR, et al: Manual of Mental Health Care for Medical Officers. Bangalore, India, National Institute of Mental Health and Neuro Sciences, 1987.**
81. **Lima BR: Asesoría en salud mental a raíz del desastre de Armero en Colombia. Bol Of Sanit Panam 101:678-683, 1986.**
82. **Lima BR, Lozano J, Santacruz H: Atención en salud mental para víctimas de desastres. Actividades desarrolladas en Armero, Colombia. Bol Of Sanit Panam 104:593-598, 1988.**
83. **Lima BR, Pai S, Santacruz H, et al: Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country. Acta Psychiatr Scand 76:561-567, 1987.**
84. **Levav I, Gofin J: Tecnicas de intervencion en comunidad: El diagnostico comunitario. Acta Psiq Psicol Am Lat 34:287-297, 1988.**
85. **Harding TW, Climent CE, Diop MD, et al: The WHO Collaborative study on strategies for extending mental health care. Am J Psychiatry 140:1474-1480, 1983.**
86. **Mari JJ, Williams P: A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires. Psychol Med 15:651-659, 1985.**
87. **Sen B, Wilksinson G, Mari JJ: Psychiatric morbidity in primary health care. Br J Psychiatry 151:33-38, 1987.**
88. **Lima BR, Pai S, Santacruz H, Lozano J, Luna J: Primary mental health care in disasters: Armero, Colombia. The prevalence of psychiatric disorders among victims in tent camps. Working Papers Series No. 62, Boulder, Colorado. Institute of Behavioral Sciences, University of Colorado, 1988.**
89. **Lima BR, Santacruz H, Lozano J, et al: Planning for Health/Mental Health Integration in Emergencies, en Mental Health Response to Mass Emergencies: Theory and Practice. Editado por Lystad M. New York, Brunner/Mazel, 1988, p.371-393.**

FIGURA 1

**Relación del Sector Especializado
en Salud Mental con el
Nivel Primario de Atención**

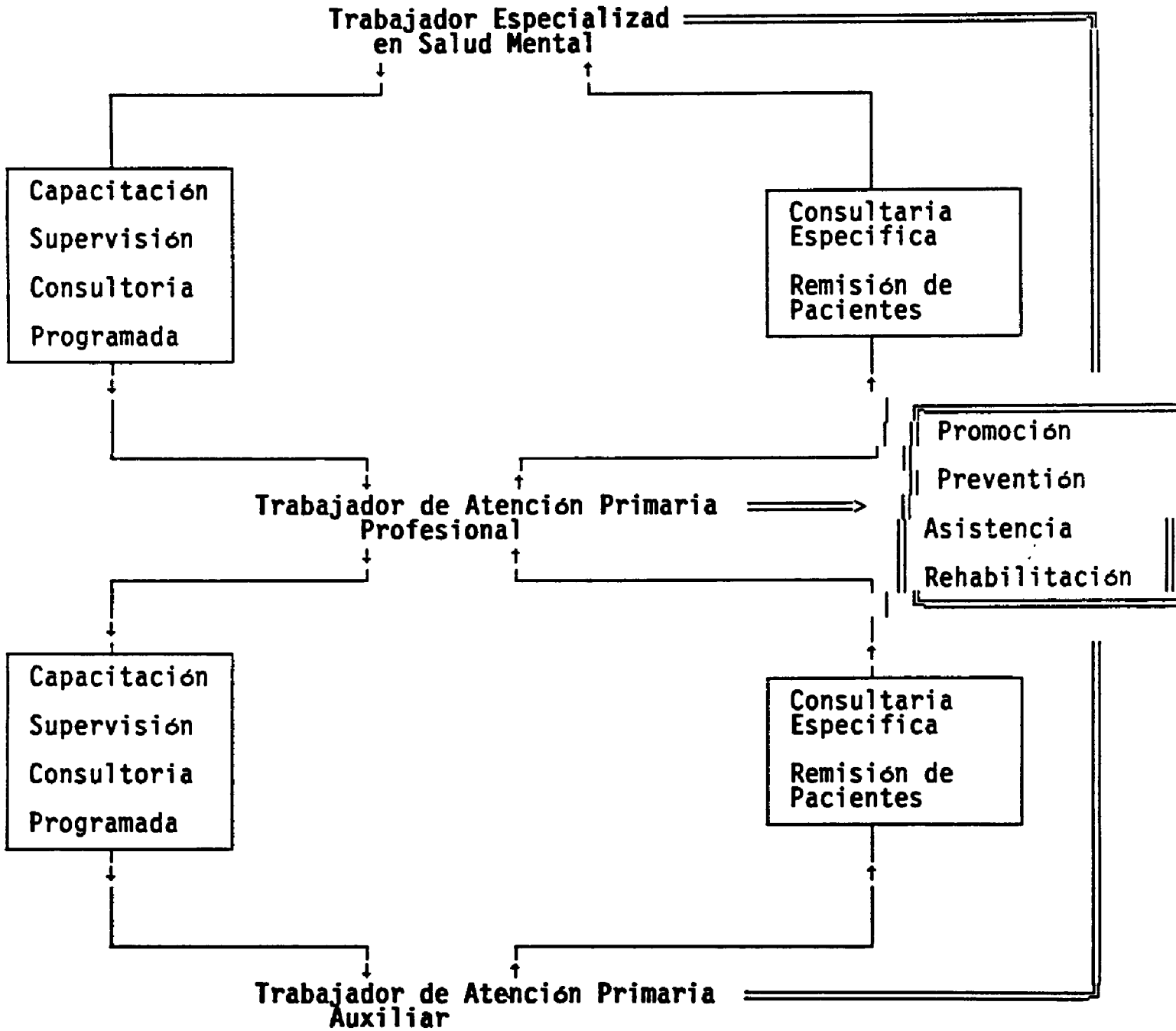


FIGURA 2

Actividades de Salud Mental en una Situación de Desastre Desarrolladas por el Trabajador Especializado en Salud Mental y por el Trabajador de Atención Primaria

ACTIVIDADES	TRABAJADOR ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL	TRABAJADOR DE ATENCION PRIMARIA
1. Diagnostico comunitario	Diseño de encuestas. Entrevista psiquiátrica	Identificación de casos a través de informantes claves. Recolección de datos. Administración de cuestionarios estructurados a grupos especiales. Visitas domiciliarias.
2. Plan de Acción	Identificación de las prioridades: extensión y gravedad de los problemas	Identificación de las prioridades: preocupación de la comunidad con problemas generados por el desastre.
3. Implementación de los programas	Desarrollo de servicios clínicos a las víctimas Supervisión y capacitación de los TAP.	Identificación y movilización de los recursos comunitarios. Técnicas de grupo, grupos de auto-ayuda, educación comunitaria, actividades de recreación.
4. Vigilancia del estado de salud	Monitoreo de los pacientes atendidos	Evaluación de la morbilidad en la comunidad
5. Evaluación	Efecto del programa en la demanda por servicios	Cambios y respuestas comunitarios a los programas implementados
6. Nuevas decisiones	Aporte de información clínica/individual	Aporte de información comunitaria

FIGURA 3

