

# Capítulo 6.

## SALUD MENTAL

- **Introducción.**
- **Mitos y realidades sobre la salud mental en situaciones de desastres.**
- **Impacto de las situaciones de desastre en la salud mental.**
- **Manifestaciones psicosociales ante situaciones de desastres según etapas.**

### Introducción

En la interrelación del hombre con su medio es que se da el fenómeno psicológico que nos distingue como seres humanos. Cuando esta interrelación es adecuada, el desarrollo del psiquismo se da dentro de los patrones de la normalidad y se disfruta de salud mental. En esta relación dialéctica participan la familia, la escuela y otras instituciones sociales de la comunidad, pero está en gran parte determinada por las condiciones biológicas del individuo. En la vida cotidiana pueden aparecer desequilibrios de esta relación y como consecuencia, se alteran las funciones psíquicas, lo que puede provocar trastornos mentales de variado tipo y enfermedades mentales diagnosticables.

**Salud mental** es el término amplio que implica las diferentes facetas del proceso salud enfermedad con sus aspectos sociales, que tanto influyen en el bienestar de la población. Para su mantenimiento se incluyen acciones encaminadas a la prevención, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.

En situaciones de desastres, se altera la relación del individuo con el entorno. Los factores del medio se vuelven sumamente agresivos, fuera del control del individuo y su comunidad y desbordan la capacidad de respuesta de ambos; ello da como resultado, que los mecanismos de afrontamiento habituales sean incapaces de resolver la nueva situación y dan lugar a la más variada gama de respuestas, que afectan al individuo, su equilibrio emocional y pueden llegar hasta permanentes alteraciones del psiquismo y enfermedades mentales.

La visión de la atención de salud mental no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, debe ser amplia y dimensionarse

más allá del evento originador en cuestión. El proceso busca la participación de los diversos actores implicados en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. En el plano operativo se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales. Es necesario generar espacios comunitarios en donde se socializa el impacto de manera que permita reelaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis. Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar a que las personas vengán a los servicios de salud puede ser importante para identificar los problemas psicosociales y sus principales indicadores colectivos (*conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia y el abuso de drogas o alcohol*).

Una de las principales funciones del personal que trabaja en pro de la salud mental (*especializado y no especializado*) es propiciar espacios de apoyo mutuo donde actúa como facilitador de procesos grupales para compartir experiencias y promover la autoayuda; también debe identificar los recursos personales y colectivos que faciliten la adaptación eficaz, así como disminuir la dependencia externa. El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Debe ser oportuno, efectivo a fin de mitigar la crisis y la poscrisis y fomentar la autonomía y la independencia.

### Mitos y realidades sobre salud mental en situaciones de desastres

Mitos	Realidades
Los problemas psicosociales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su impacto es reducido.	En situaciones de desastres naturales y emergencias se genera una importante problemática psicosocial, en especial entre la población que fue más damnificada o afectada. Esto incluye el incremento de la morbilidad psiquiátrica.
Se requiere de personal y servicios especializados, como condición indispensable para afrontar la problemática de salud mental.	La principal estrategia es el fortalecimiento y capacitación de la red de Atención Primaria de Salud ( <i>APS</i> ), agentes comunitarios y voluntarios que son la primera línea de contacto con la población; se eleva así su nivel de resolutivez.

Mitos	Realidades
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 permite disponer de múltiples tecnologías de intervención ( <i>medicamentosas, psicoterapéuticas, sociales, etc.</i> ).
La frecuencia de psicosis ( <i>locura</i> ) 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 previsible.	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 período poscrítico. 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 ( <i>psicofármacos</i> ).	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. Es una verdad parcial.
La atención en salud mental debe ser reservada a personal calificado del país, que conoce el idioma, la cultura e idiosincrasia de la población.	Deben evaluarse cuidadosamente las necesidades reales de personal especializado del exterior.
La población afectada está tan indefensa y conmocionada que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia.	Muchas personas están dispuestas a ayudar y actúan de forma generosa. La autoresponsabilidad y la participación social son principios básicos para la recuperación psicosocial.

## Impacto de las situaciones de desastres en la salud mental

Una persona que se encuentre en un ambiente donde su conducta “usual” ya no conduce a un resultado que solía ser predecible, está propensa a que se eleve su nivel de ansiedad y sienta afectadas las funciones que controlan la conducta, lo cual aumenta la tendencia a:

- Exteriorizar emociones a través de la acción.
- Distorsionar la conducta.
- Enfermarse.
- Sufrir una desorganización psíquica.

Por lo anteriormente expresado ciertos sentimientos y reacciones son frecuentes. Puede ser que algunas de esas emociones no se hayan experimentado anteriormente, cada persona es diferente y puede responder de distinta manera en ciertos momentos. También está claro que la exposición a eventos traumáticos produce niveles altos de tensión y angustia en las personas, el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de los sobrevivientes o espectadores y no se borrará de su memoria.

Se ha demostrado que sólo algunos sujetos experimentarán problemas más serios o duraderos que pueden calificarse como psicopatología. La mayoría no sufre en ese momento de ninguna enfermedad mental, sólo están experimentando reacciones esperadas ante un suceso vital significativo. Sin embargo, las respuestas institucionales más frecuentes están basadas en la atención psiquiátrica individual y sirven sólo a un número muy reducido de las personas afectadas. Si existe una rápida y adecuada intervención psicosocial estas reacciones pueden disminuir y los sujetos podrán volver al funcionamiento normal.

**En la etapa posterior al desastre es importante tener presente:**

- Nadie que presencie un desastre permanece inalterado.
- Casi todas las personas se controlan y funcionan durante el desastre y en la etapa posterior, pero de manera menos eficaz.
- Las reacciones de estrés y duelo a un desastre son respuestas normales a una situación anormal.
- Muchas reacciones emocionales provienen de problemas del vivir que produjo el desastre.

- Los procedimientos de socorro han sido denominados el “segundo desastre”. Si la ayuda es manejada incorrectamente, se crearán nuevos conflictos o se perpetuarán los existentes.
- Casi nadie considera que necesita servicios de salud mental ni los solicita. Esto es un grave error pues las secuelas psíquicas tardan más en sanar que las físicas.
- Las intervenciones se deben adaptar específicamente a las comunidades que se atienden.
- La asistencia de la salud mental debe ser de carácter más práctico que psicológico.

En la literatura, las posibles reacciones psicológicas ante los desastres oscilan en alrededor de 140 manifestaciones o quejas las cuales se agrupan en desorganización psíquica, duelo y colapso narcisístico. Las más frecuentes en el momento de los hechos son el miedo y la tristeza por efectos de las pérdidas y la violencia. También se refieren al hambre y sufrimiento extremo, profundos sentimientos de injusticia por las muertes y enfermedades psicomáticas; los sobrevivientes describen, además, que la violencia les produce mucha impotencia y perspectivas negativas hacia el futuro. En menor medida, los testimonios recogen cambios en la visión de sí mismos o el mundo y sentimientos de soledad por la pérdida de familiares.

El hecho de considerar que cada persona vivencia el estrés de una manera distinta, ha motivado un interés cada vez mayor en la comprensión del papel de los recursos personales y otros recursos individuales, como mediatizadores en la expresión y formas de manifestación del estrés. Dentro de estos, se pueden considerar las características de personalidad, los procesos de afrontamiento, la prevalencia de determinadas respuestas afectivas (*afectividad positiva vs. negativa*), las actitudes ante la vida (*optimismo vs. pesimismo*), la fortaleza psicológica, resiliencia y un concepto relativamente reciente como es el sentido de coherencia. En resumen, la respuesta inicial a los factores de estrés activa “los sistemas de conservación” y de lucha o huida y estos a su vez la conducta individual que depende de las siguientes características:

- **Personalidad.**
- **Resiliencia.**
- **Afrontamiento.**
- **Experiencias anteriores.**
- **Interpretación cognoscitiva del evento.**

**Personalidad:** El desarrollo de ciertas características de personalidad, están correlacionadas e incluso podrían explicar la capacidad de ciertos individuos de afrontar eventos existenciales estresantes. Las características identificadas son: compromiso-involucración, control, desafío y flexibilidad.

- **COMPROMISO- INVOLUCRACIÓN:** Se refiere al desarrollo de la sensación de trascendencia y construcción de significado. Influye en la evaluación cognitiva (*en el sentido en que el evento vivenciado tiene trascendencia personal*), incrementa la sensación de identificación con lo que acontece (*no sólo con el*

*dolor sino con los esfuerzos de afrontamiento y recuperación*) y permite una atribución significativa y no personalizada del evento (*evitando así una atribución negativa distorsionada que resulta de adjudicarse culpabilidad o el factor causal*).

- **CONTROL:** Corresponde a la sensación del individuo de influir en el entorno social, en los acontecimientos y en sus conductas durante la situación de crisis y también a la posibilidad de elegir, aunque sea limitadamente, entre distintas opciones (*como el afrontar o el evadir*). Aquellos individuos que han desarrollado una sensación de control sobre lo que ocurre o se autoperciben como poseedores de recursos adaptativos se confrontarán más efectivamente, frente a situaciones estresantes, ansiógenas o traumatizantes, que aquellos que se autoevalúan como carentes de recursos y habilidades de control. Inclusive en situaciones extremas como actos de terrorismo, aquellos poseedores de una sensación de control, aún relativo, se enfrentarán más efectivamente y expresan menor sintomatología de estrés postraumático.

Distintos tipos de control pueden ser desarrollados a través de diferentes técnicas cognitivas:

- Control decisional o la capacidad de decidir autónomamente entre distintos cursos de acción para afrontar el estrés.
- Control cognitivo o la habilidad de interpretar, evaluar e incorporar distintos tipos de eventos estresantes en un plan, y de esa manera, desactivar sus efectos negativos.
- Control motivacional, de afrontamiento o la habilidad de desarrollar un gran repertorio de respuestas accesibles frente al estrés, producto de una motivación para conseguirlos y ejercitarlos en distintas ocasiones.
- **DESAFÍO:** Esta característica hace referencia a la percepción de la situación de crisis y su afrontamiento como un desafío emocional, conductual y social. Aquellos que lo perciben solamente como una amenaza psicológica tienden a enfrentarse en forma desadaptada e inefectiva y manifiestan mayor sintomatología.
- **FLEXIBILIDAD:** Para todo lo anteriormente expuesto, se requiere de una actitud abierta y flexibilidad para una experimentación renovadora.

Estas características de personalidad son educables, entrenables y pueden ser obtenidas por medio de intervenciones psicoeducativas o terapéuticas en las etapas de preadvertencia y posimpacto, respectivamente. La sensación de control puede ser desarrollada por medio de programas psicoeducativos cuyo foco principal puede ser de auto-control cognitivo, emocional y comportamental. Pero también, mediante proyectos dinámicos, donde el afectado es protagonista activo a través de manifestaciones y expresiones de solidaridad comunitaria. El componente del desafío es evidente; se trata de afrontar la realidad, continuar a pesar de lo ocurrido, modificar lo modificable, mantener la educación comunitaria y fortalecer la tolerancia.

**Resiliencia** es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. Es una capacidad no estática como resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano.

Se considera además como la habilidad para resurgir de la adversidad, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva; como el enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos. Significa una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar problemas de la vida y construir sobre ellos. La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

**Individuos resilientes:** Son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres competentes pese a los pronósticos desfavorables.

- **Factor de riesgo:** Es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.
- **Factores protectores:** Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.
- **Externos:** Familia extensa, apoyo de otras personas con lazos afectivos, integración social y laboral, etc.
- **Internos:** Estima, seguridad y confianza en sí mismo. Facilidad para comunicarse, empatía.

#### Métodos de promoción de resiliencia:

- Profundizar en la búsqueda y potencialización de factores protectores presentes en la población.
- Detectar la posibilidad de desarrollar factores protectores mediante actividades educativas en que participe el sistema de medicina familiar y las organizaciones de masas.

**Afrontamiento:** Este concepto se refiere a la acción de afrontar, de hacer frente a una amenaza, un peligro, un enemigo, una responsabilidad, etc. Es un conjunto de respuestas (*cognitivas o conductuales*) que ejecuta un individuo para manejar una situación estresante y reducir de algún modo sus cualidades aversivas.

Se consideran ocho estrategias de afrontamiento, las cuales exponemos a continuación:

- **CONFRONTACIÓN:** Conjunto de acciones que emprende la persona para solucionar un problema de forma directa, y en cierto modo agresiva.

- **DISTANCIAMIENTO:** Esfuerzos mentales que se realizan para separarse u olvidarse de un conflicto y evitar el sufrimiento.
- **AUTOCONTROL:** Estrategias que pretenden controlar tanto las constantes fisiológicas como la conducta y el pensamiento.
- **BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL:** Acciones que implican acercarse a alguien para sobrellevar o solucionar un problema; pedir ayuda, información, un consejo.
- **ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD:** Esfuerzo mental para asumir los propios deberes y obligaciones en determinada situación.
- **HUÍDA-EVITACIÓN:** Conductas dirigidas a eludir enfrentarse con el problema. Es decir, que implica el empleo de un pensamiento irreal improductivo (“*ojalá hubiese desaparecido esta situación*”) o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- **PLANIFICACIÓN:** Estrategias que intentan resolver un problema mediante el análisis lógico de la situación; establecer un plan de acción.
- **REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:** Esfuerzos mentales que nos permiten elaborar una interpretación más favorable del problema.

Las estrategias en sí, no son ni malas ni buenas o unas mejores que otras. Su valor dependerá de las circunstancias y del modo en que sean adaptativas. Por lo tanto, se infiere que no hay tácticas universalmente buenas o malas para enfrentar una determinada situación crítica.

#### Principales pautas para el manejo de situaciones estresantes.

- Esforzarse por proveer ayuda inmediata a los afectados.
- Establecer conciencia de la necesidad de contextos seguros.
  - Buscar compañía y hablar.
  - Compartir sentimientos y pensamientos con otros.
  - Escuchar y ayudar a compañeros.
  - Permitirse sentirse mal, deprimido o indiferente.
  - Realizar ejercicios físicos suaves, alternados con relajación.
  - Estructurar el tiempo y mantenerse ocupado.
  - No evadir el dolor o sufrimiento con el uso de drogas o alcohol.
  - Tratar de mantener un itinerario de vida lo más normal posible.
  - Hacer cosas que le permitan sentirse bien, útil y solidario.
  - Tomar pequeñas decisiones cotidianas.
  - Descansar lo suficiente.
  - Intentar, dentro de lo posible, comer bien y regularmente.
  - Saber que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales y deben ser compartidos.
- **Para los familiares y amigos de los afectados:**
  - Escucharlos detenidamente y acompañarlos.

- Promover ayuda y solidaridad, así como fortalecer vínculos entre familiares y amigos.
- Proveer información suficiente.
- Estimularlos a participar en las tareas de la vida cotidiana.
- Comprender y aceptar el enojo y otros sentimientos de los afectados.
- No decirles que tienen “suerte de que no les fue peor”. Las personas traumatizadas no encuentran consuelo en esas frases. En cambio, se puede expresar que lamenta lo sucedido y que lo entiende.
- **Enfatizar en el retorno a la “normalidad” lo más pronto posible, evitando la re-victimización y favoreciendo un ambiente propicio para la intervención psicológica.**
- **Establecer equipos de intervención interdisciplinarios y formados con elementos autóctonos, bien entrenados y obviamente familiarizados con la cultura local.**

## Manifestaciones psicosociales ante situaciones de desastres según etapas

### Fase pre-crítica (*horas o días previos*)

“**La prevención de los desastres comienza con la información**”. Esta frase por sí sola define el papel de la comunicación social en la fase de preparación y prevención, así como en la reducción de riesgos. Existen diferentes formas de comunicación social y más allá de la importancia y consideraciones acerca de la relación emisor-receptor, es necesario abordar el significado del mensaje teniendo en cuenta el sentido que de él mismo hacen las propias comunidades. La comunicación trasciende lo verbal para pasar a lo no verbal y lo simbólico.

Debe abandonarse la visión de los desastres o accidentes como hechos aislados y comprenderlos como parte de nuestra realidad cotidiana. Los medios de comunicación pueden jugar un papel importante en desarrollar una cultura de gestión de riesgo y cambiar la improvisación por el esfuerzo colectivo, coherente y productivo.

El diagnóstico psicosocial implica evaluar las necesidades de información de la población y la diferencia existente con lo disponible; determinar lo que es necesario para la orientación de las personas y lograr, en alguna medida, un cambio de las prácticas sociales e individuales; analizar el contexto cultural, las costumbres, la visión de los líderes para luego definir el rumbo de las estrategias de comunicación, a fin de contribuir al desarrollo comunitario; tener en cuenta las características de los grupos (*Ej. Edades predominantes, sexo, nivel educacional, ocupación, etc*); e identificar, de manera participativa, no solo los problemas sino también posibles soluciones. El diagnóstico implica analizar la percepción de los riesgos por la población y las organizaciones de masas, así como determinar los contenidos, modalidades y formas de recepción de la información.

**En los modelos de comunicación existen dos variantes principales:**

- **Vertical y directiva:** Elaborado desde la perspectiva de un grupo de expertos y validado por ellos. Esta modalidad es rápida y permite disponer de un banco de mensajes que pueden ser utilizados con relativa rapidez.
- **Participativa:** La información se elabora y difunde de acuerdo a criterios consensuados entre expertos institucionales, personal de los medios y representantes de la comunidad. Puede adecuarse más a las condiciones y circunstancias locales predominantes en ese momento.

**¿Qué ocurre?**

- Se conoce y se anuncia la catástrofe.
- Expectativa de inevitabilidad con alto nivel de tensión en la población.
- Sobre o subvaloración del posible desastre.
- Se potencializan características humanas preexistentes.
- Acumulación de la ansiedad y el temor con negación defensiva del peligro.

**¿Qué se hace?**

- Información y orientación actualizada y precisa a la población.
- Evaluación del grado de preparación y organización.
- Identificación de amenazas y vulnerabilidades.

Se podría definir la vulnerabilidad como el límite de una persona confrontada por una situación difícil para sumergirse o no en la desesperanza. La vulnerabilidad personal, permite evaluar la influencia de un suceso sobre un individuo en función de su sensibilidad. Las intervenciones incoherentes o mal enfocadas podrían aumentar la vulnerabilidad; sería un error admitir desde un inicio que las víctimas o espectadores de los sucesos adversos desarrollarán invariablemente síntomas postraumáticos en su guión de vida.

En una intervención, es importante sostener y alentar a todos para el uso de las fuerzas personales positivas, este es el mejor medio para disminuir la vulnerabilidad y para favorecer el proceso de integración, pero tiene que tomar en consideración los siguientes aspectos:

- **Identificar grupos de riesgo psicosocial.**
  - Atención a mujeres y ancianos.
  - Atención a niños y adolescentes.
  - Atención a albergados, desplazados y/o refugiados.
  - Atención a equipos de primera respuesta.
- **Protección preventiva (*se impone autoritariamente en casos necesarios*).**
- **Localizar personal competente.**

- Reorientación del personal capacitado de acuerdo a la situación.
- Controlar focos de desorganización social.
- Estimular el espíritu solidario y favorecer la participación.

#### Manifestaciones clínicas.

- Angustia.
- Inseguridad.
- Vigilancia obsesiva.

#### Fase de crisis (*evento y 72 horas posteriores*)

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización psíquica, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad.

#### Son cinco las características que definen adecuadamente un estado de crisis:

- Es temporal, es decir, el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas aproximadamente.
- Casi siempre hay un suceso que lo precipita.
- Tiene un curso secuencial más o menos predecible.
- Tiene un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos (*o sea, para mejor o para peor*).
- Su resolución depende entre otras cosas, de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo.

#### ¿Qué ocurre?

- Período breve durante el cual transcurre la catástrofe, hay destrucción y muerte.
- Desorganización y confusión generalizada.
- Miedo. Sentimientos de abandono y vulnerabilidad.
- Necesidad de supervivencia.
- Pérdida de iniciativa.
- Liderazgos espontáneos (*positivos o negativos*).
- Conductas:
  - Heroicas o mezquinas.
  - Violentas o pasivas.
  - Muestras de solidaridad o de egoísmo.

#### ¿Qué se hace?

- Acciones de socorro y salvamento.
- Satisfacción de necesidades básicas.

- Garantizar la seguridad física.
- Información y orientación sobre: ¿Qué está ocurriendo?, ¿Qué se está haciendo?, ¿Qué deben hacer las personas?.
- Transmitir: Organización, seguridad, autoridad, moral, sosiego, apoyo y ánimo.
- Recuperar la iniciativa y elevar la autoestima.
- Reducir el tiempo de llegada de la ayuda externa.
- Controlar la desorganización social.
- Evaluar rápidamente las necesidades emocionales de la población.
- Iniciar la primera ayuda psicológica por personal no especializado.

#### Manifestaciones clínicas.

- Crisis.
- Estrés peritraumático.
- Reacciones colectivas de agitación.
- Reacción de ansiedad y/o depresión.
- Trastornos de conciencia.
- Reacción de excitación y/o psicótica.
- Descompensación de trastornos psíquicos preexistentes.

Para abordar la crisis, el modelo terapéutico necesita considerar al individuo como un participante activo en los diferentes sistemas (*familiar, laboral, religioso y comunitario*) y comprometerlo a la interacción con el ambiente. Esta ayuda puede ser brindada por las personas que observen primero la necesidad de apoyo psicológico en el momento y lugar en que se originan. Se puede enseñar al equipo de la Defensa Civil cómo ofrecer esta ayuda, que puede contar desde minutos hasta horas en dependencia de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del ayudante.

El enfrentamiento inmediato es el enfoque principal (*pasar el día-noche*) planear lo mejor para la próxima etapa.

Los tres objetivos son:

- Proporcionar apoyo.
- Reducir la mortalidad
- Vincular recursos de ayuda.

#### Intervención de primer orden: Primera ayuda psicológica

Se postulan cinco componentes básicos, que son:

- **HACER CONTACTO PSICOLÓGICO:** Hacer sentir al paciente o sobreviviente que es escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos.
- **EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA:** Centrarse en el pasado, presente y futuro inmediatos a

la crisis. En el pasado ver el suceso precipitante, así como la fuerza y debilidad en las áreas conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva en la pre-crisis. En cuanto al presente, también indagar cómo estaban en el momento de la crisis las cinco áreas, los recursos personales (*internos*) y sociales (*externos*) y la mortalidad. En el futuro inmediato considerar las decisiones inminentes que se tomarán (*¿Qué se hará esta noche, este fin de semana, próximos días o semanas? etc.*).

- **EXAMINAR LAS SOLUCIONES POSIBLES:** El objetivo aquí es identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas y posteriores. Los medios son preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; explorar lo que puede o pudo hacer ahora; proponer otras alternativas: Nueva conducta del paciente, redefinición del problema, ayuda externa o cambio ambiental.
- **AYUDAR A TOMAR UNA ACCIÓN CONCRETA:** El objetivo es implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas. Si la posibilidad de morir es baja y el individuo es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces aquí se lo estimulará a actuar, se lo instará a dialogar y se aconsejará. Es decir, se toma una actitud facilitadora. En cambio se toma una actitud directiva para controlar la situación cuando la probabilidad de morir es alta y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio (*un intento de suicidio, por ejemplo*).
- **SEGUIMIENTO:** El objetivo aquí es registrar la evolución posterior del sobreviviente. Hay que asegurarse que seguirá con el apoyo recibido, que el riesgo para la vida sea bajo y que haya un enlace con recursos consumados; o sea, pueden seguirse aplicando las soluciones ensayadas antes. El seguimiento concluye cuando el profesional puede asegurarse de que el paciente hizo un enlace con sus necesidades posteriores.

En caso necesario, el seguimiento continuaría con una *intervención de segundo orden* la cual debe ser ofrecida por el equipo de salud mental que se encuentran en los Centros Comunitarios de Salud Mental (*CCSM*), ubicados en cada área de salud. Este proceso de enfrentamiento es un esfuerzo mucho más amplio que la primera ayuda psicológica, requiere de más tiempo y de un mejor nivel de entrenamiento del terapeuta. Debemos recordar también que no solo los que sufren una crisis en la vida necesitan terapia para resolverla, numerosos individuos enfrentan las crisis bajo su responsabilidad, beneficiándose del consejo de amigos, enseñanzas anteriores o estrategias de enfrentamiento sin la ayuda profesional. Sin embargo otros no prosperan tan bien y son quienes necesitan de asesores y terapeutas entrenados en psicología, psiquiatría, trabajo social, o alguna otra especialidad profesional implicada en terapia a corta plazo para su atención, todo lo cual se nombra: Intervención de segundo orden.

## Intervención de segundo orden: Terapia multimodal en crisis

La terapia en crisis intenta ayudar al paciente a enfrentar el suceso traumático de modo que pueda llegar a integrarla funcionalmente dentro de su estructura de vida, dejándolo dispuesto para enfrentar el futuro.

Es una ayuda mucho más amplia que la primera ayuda psicológica (*primer orden*) y es tanto más eficaz si se aplica cuando coincide con el período de desorganización (*seis o más semanas*) de la crisis en sí misma. La intervención de segundo orden busca tomar al paciente desorganizado, para poder ayudarlo a reorganizarse hacia la salud y el crecimiento, no hacia una reorganización patológica.

En la terapia multimodal, se deben considerar tres aspectos: La valoración, el tratamiento y la evaluación de los componentes de la terapia en crisis (*estos dos últimos elementos son de mayor interés para el grupo de salud mental por lo que no los comentaremos*).

**Valoración:** La valoración implica considerar el perfil de la personalidad del paciente, o sea, los cinco subsistemas o áreas de la persona: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

- **Aspecto conductual:** Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.
- **Aspecto afectivo:** Sentimientos sobre cualquiera de las conductas mencionadas anteriormente como ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan.
- **Aspecto somático:** Funcionamiento físico general, salud. Tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la visión, audición, tacto, etc.
- **Aspecto interpersonal:** Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos. Cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos. Papel asumido con íntimos (*dependiente o no, pasivo, líder, etc.*), estilo en la resolución de conflictos con los demás (*asertivo, agresivo, introvertido*) y modo interpersonal básico (*compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc.*).
- **Aspecto cognoscitivo:** Sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide y actitud general hacia la vida (*positiva o negativa*).

Estos cinco elementos están interrelacionados y los cambios en uno de ellos pueden producir modificaciones en los otros. Deberá obtenerse información en cinco puntos importantes: Acerca del suceso precipitante, sobre el problema presente, sobre el contexto en que ocurre la crisis, sobre el funcionamiento de la

personalidad considerando las cinco áreas en la pre-crisis (*antes de la crisis*) y el mismo funcionamiento pero durante la crisis.

### **Fase poscrítica (30 días)**

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

En el caso de desastres, el miedo no es tanto un clima emocional, como una reacción colectiva episódica, pero las personas tienen que aprender a manejarla. Además, la probabilidad de que el hecho se repita, generalmente, produce más temor en los sobrevivientes. Todas estas consideraciones hacen más complejas y difíciles las manifestaciones psicosociales que se presentan como consecuencia de un desastre y numerosos factores deben ser tomados en cuenta en el abordaje de la población.

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

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

#### **Algunos criterios para determinar que una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática es:**

- Prolongación en el tiempo.
- Sufrimiento intenso.
- Complicaciones asociadas (*Ej. Una conducta suicida*).
- Afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona.

#### **¿Qué ocurre?**

- Conocimiento y evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas.
- Se inicia un proceso lento y progresivo de recuperación.
- Miedo a la recidiva.
- Conductas agresivas contra autoridades e instituciones. Actos de rebeldía y/o delincuenciales.
- Se mantienen, en alguna medida, los aspectos detallados en la etapa anterior.

#### **¿Qué se hace?**

- Continuación y consolidación las medidas de la fase anterior.
- Establecimiento del plan de acción en salud mental.
- Conformación y funcionamiento de equipos móviles de atención especializada en salud mental.
- Coordinación interinstitucional.
- Creación de redes de trabajo.
- Organización de la propia comunidad, reforzando su autorresponsabilidad y transmitiendo confianza en la recuperación.
- Control de los actos violentos y la desorganización social, para evitar su propagación.
- Educación para la salud y capacitación.
- Atención psicosocial a los albergues. Atención a grupos especiales y vulnerables.
- Atención a casos con trastornos psíquicos.
- Intervención en crisis.

#### **Manifestaciones clínicas.**

- Trastorno por estrés agudo.
- Trastornos depresivos y de ansiedad.
- Descompensación de trastornos psíquicos preexistentes.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Violencia.

### **Fase de recuperación (posterior al primer mes)**

La fase de recuperación se inicia, aproximadamente, 30 días después de un desastre natural. Es decir, una vez concluido el período poscrítico en donde se desarrollaron las labores de rescate y salvamento y en la cual todavía predomina el impacto y el aturdimiento propios de la catástrofe.

En la práctica, la recuperación se desarrolla en paralelo con las acciones de salud mental que se despliegan desde el primer momento, las cuales deben tener un sentido integral que abarque la atención, pero simultáneamente la promoción de salud y la rehabilitación. Si bien en la etapa inmediata al desastre o evento traumático existe, por lo general, mucho de confusión y desorganización, posteriormente puede haber un mayor nivel de planificación y un accionar más organizado.

En los desastres naturales se debe realizar una re-evaluación de la situación existente 30 días después del mismo, para determinar las acciones y prioridades en el período de recuperación. Se deben precisar especialmente, los albergues que permanecen, las comunidades de reasentados y los territorios con más afectaciones.



Por lo general, en la etapa de recuperación, aparecen nuevos factores de riesgo. A los que se añaden las debilidades institucionales y sociales existentes, pueden citarse:

- Alojamiento por destrucción de viviendas y reasentamientos precarios transitorios.
- Incomunicación de las comunidades.
- Uso limitado de prácticas de conservación del medio ambiente.
- Debilidades y/o limitada capacidad institucional para afrontar la situación.
- Interrupción de clases en las escuelas.
- Incremento de la morbilidad, con potencial permanente de enfermedades epidémicas.
- Incremento de la violencia intrafamiliar y del alcoholismo.

#### ¿Qué ocurre?

- Se mantienen como no resueltos muchos problemas.
- Secuelas sociales y de la salud de las personas, en especial problemas de orden psíquico.
- En función de la estructura social, los individuos y el grado de pérdidas se planifican y ejecutan tareas para la recuperación definitiva.

#### ¿Qué se hace?

- Fortalecer la organización comunitaria y enfatizar en la autorresponsabilidad. Es necesario reestructurar la dinámica comunitaria y evaluar los liderazgos, favoreciendo la participación comunitaria en la toma de decisiones.
- Consolidar y proyectar la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria.
- Desarrollar proyectos ocupacionales y productivos.
- Favorecer el reinicio de las rutinas y apoyo al sentido de “normalidad”.
- Mantener un adecuado nivel de información a la población.
- Ofrecer educación para la salud y capacitación.
- Atender los casos con trastornos psíquicos en los Centros Comunitarios de Salud Mental.
- Atención a los albergues que continúen y a grupos especiales y vulnerables.
- Propuestas e instrumentación de las estrategias de sostenibilidad y continuidad de los proyectos de emergencia.

#### Manifestaciones clínicas.

- Trastorno por estrés postraumático.
- Otros trastornos psíquicos tardíos o complicados.
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Violencia.

## Salud mental en los niños

### Ayude a sus niños a expresar sus sentimientos:

- Los niños necesitan apoyo y consuelo después de un desastre; necesitan saber cómo pueden contribuir al esfuerzo de limpieza. Decida qué actividades de limpieza no son peligrosas para que los niños puedan ayudar.
- Los niños más pequeños pueden pintar o hacer dibujos, hacer un libro con desechos o contar historias sobre el desastre.
- Los niños mayores pueden escribir una canción o historia, basada en sus experiencias o la de familiares y amigos.
- Ayude a sus niños a que se concentren en el futuro y que se imaginen cómo se verá su hogar o vecindario una vez que se termine de limpiar.
- Esté atento a síntomas que demuestran que su niño está todavía perturbado, tales como enuresis nocturna, pesadillas, actúan como si fueran más jóvenes o pelean con amigos. Si esos comportamientos continúan, busque ayuda de un trabajador de salud.
- Asegúreles a los niños que están fuera de peligro; hable con ellos sobre lo que podrían hacer la próxima vez. Niños instruidos y seguros de sí mismos harán frente a la situación mucho mejor.
- Asegúreles a los niños que un desastre no es un castigo por un mal comportamiento.
- Vuelva a las rutinas normales (*deportes, juegos, etc.*) lo más pronto posible.

Como conclusión podemos resumir que las situaciones de desastres, extremas por naturaleza, nos afectan a todos (*víctimas directas, familiares, personal de rescate, la comunidad*) produciendo una serie de pérdidas considerables y un gran impacto a todos los niveles: Biológico, psicológico, espiritual, social y cultural. Los objetivos de la intervención en la salud mental en el contexto de los desastres se basan en:

- Preservar la vida.
- Conservar la capacidad funcional incluyendo la relacionado con el medio.
- Satisfacer las necesidades afectivas primarias.
- Minimizar las reacciones psicológicas inmediatas.
- Lograr la recuperación del funcionamiento psíquico habitual o superior al previo al desastre.

Desde el primer momento la integrabilidad de las acciones de socorro deben contemplar los factores psíquicos, que en las etapas posteriores al impacto ganan en orden de prioridad y condicionan en alto grado, al resto de las intervenciones, facilitándolas o entorpeciendo. Ante un desastre la intervención oportuna sobre los factores estresantes, tanto primarios como secundarios, reduce la aparición de síntomas graves y/o tardíos en la esfera psíquica. La diversidad de necesidades que surgen plantea una actuación multidisciplinaria temprana y con base comunitaria.

## Bibliografía consultada

- Alcina E. Vulnerabilidad psicosocial asociada al hecho catastrófico. *Apuntes de Psicología*. 2003; 21(2): 377-89.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text rev. Washington: American Psychiatric Association; 2000 .p. 469-72.
- Bello B, Cruz NM, Alvarez M, Chao FL, García V. *Medicina de Desastres*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
- Beltrán MC, Besozzi AB, Beker E. *Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas Interdisciplinarias*. Buenos Aires: Catálogos; 2002.
- Benveniste AD. Intervención en crisis después de grandes desastres. *Trópicos. Revista de Psicoanálisis*. 2000; 1(1): 137-48.
- Benyakar M. Desastres y salud mental. Abordajes teóricos y modos de intervención. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. 2003; 2(1): 14-36.
- Cazabat E. Un breve recorrido por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. 2002; 1(1): 38-41.
- Cohen R. *Salud mental para víctimas de desastre*. México: El Manual Moderno; 1999.
- Figley CR. El tratamiento del estrés traumático. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. 2003; 2(1): 4-13.
- Lima BR. La atención comunitaria en salud mental en situaciones de desastre. En: Levan I. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 218-36. (Serie Paltex para Ejecutores de Programas de salud; No. 19).
- Lorenzo Ruiz A. Apoyo Psicológico en desastres. En: Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. *Gerencia de desastres en Cuba: Una compilación de artículos contribuidos por el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres*. Kingston : Red caribeña para información sobre desastres; 2003. p. 10-6.
- Lubit R. Acute Treatment of Disaster Survivors. [en línea]. 2005 [fecha de acceso 24 noviembre 2005]. URL disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic3540.htm>
- Malm L. *Enfermería en desastres*. Ciudad México: OPS: Harla; 1989.
- Moreno N. *Asistencia psicológica a niños víctimas de desastres*. Santo Domingo: Buho; 2000.
- Navarro VR, Martínez B, Garrido Y, Larramendi X. Respuesta emocional tras el paso del huracán Dennis. Área VI municipio de Cienfuegos. [CD ROM]. Sistema Integrado de Urgencias Médicas. La Habana;. 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington DC: OPS; 2002. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres; No.1).
- Prewitt JO. *Apoyo psicológico en desastres un modelo para Guatemala*. Cruz Roja Guatemala y Americana. Guatemala: Otto Master; 2002.