

CAPÍTULO X

Conclusiones

Líneas generales de acción de un plan de atención de salud mental en emergencias

- **Acciones previas de preparación.** Comprenden la planificación y la organización de la respuesta, la capacitación del personal, etc.
- **Evaluación preliminar rápida de los daños y las necesidades en salud mental**
- **Atención psicosocial por personal no especializado.** Los trabajadores de atención primaria en salud, los voluntarios, el personal socorrista y de ayuda humanitaria, y los agentes comunitarios son el contacto directo con la población y los que prestan la primera ayuda psicológica en el período crítico.
- **Atención especializada.** Debe reservarse para casos con trastornos psíquicos más complejos. Los servicios especializados deben estar vinculados con la atención primaria en salud.
- **Capacitación en los principios básicos de atención psicosocial, intervención en crisis y primera ayuda emo-**

cional. Se les brinda a los agentes de la primera línea de contacto con las víctimas y sobrevivientes.

- **Educación para la salud.** La población debe conocer que muchas de las manifestaciones psicosociales que se presentan son respuestas emocionales normales ante el suceso e identificar aquellos problemas que requieran asistencia y el aprendizaje de algunas medidas simples para el afrontamiento de estas situaciones.
- **Comunicación social.** Una buena estrategia de información y orientación a la sociedad es esencial para fomentar la tranquilidad y reducir el miedo y la aflicción.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional
- Organización comunitaria, participación social y fomento de la autoresponsabilidad
- Sistema de registro de la información, indicadores y seguimiento

Principios generales de actuación

- Es necesario modificar el paradigma de atención en salud mental en situaciones de emergencia, privilegiando lo grupal y comunitario. Las respuestas institucionales más frecuentes han estado basadas en la atención psiquiátrica individual que es poco efectiva y sirve sólo a un número muy reducido de personas.
- La provisión de asistencia directa en albergues, escuelas y otros espacios comunitarios permite identificar tempranamente los problemas psicosociales y actuar activamente.
- Se debe evitar que el sufrimiento se torne un problema psicológico y que la atención de las víctimas se remita a los médicos.
- Se deben evitar las etiquetas diagnósticas.
- Se debe restringir la hospitalización a los casos estrictamente necesarios y por el menor tiempo posible. Igualmente, se debe restringir el uso de medicamentos, al mínimo posible.
- Se deben definir los criterios de remisión al especialista, como son: 1) los síntomas persistentes o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales o cuadros que generan gran sufrimiento; 2) las dificultades importantes en la vida cotidiana; 3) el riesgo de complicacio-

nes, en especial, el suicidio; 4) los problemas coexistentes, como el alcoholismo, y 5) los trastornos psiquiátricos graves, como las psicosis (poco frecuentes en estas condiciones).

- Después de un desastre de gran envergadura, se necesita brindar orientación para la inseguridad causada por miedos ante nuevos desastres o réplicas.
- Se deben tener en cuenta los valores, tradiciones y costumbres de la población, así como otras características de acuerdo con la edad, el sexo, el lugar de residencia, etc.
- La ubicación de los damnificados en albergues o refugios debe ser considerada una alternativa de último recurso, pues genera muchos problemas psicosociales.
- Los grupos más vulnerables deben recibir una atención específica. Los miembros de los equipos de respuesta son un grupo de riesgo que debe recibir atención prioritaria.
- Se deben apoyar las medidas generales que contribuyen a fomentar el orden y la tranquilidad.
- La ayuda humanitaria, la satisfacción de las necesidades básicas de los afectados y el establecimiento de contextos seguros son las primeras medidas de ayuda psicosocial.
- Se debe enfatizar el retorno a la normalidad tan pronto como sea posible, evitando la revictimización.
- El acompañamiento humano de carácter grupal en momentos significativos, como en las exhumaciones o en las morgues, es un abordaje que complementa las intervenciones clínicas y las medidas administrativas.
- El manejo de grandes cantidades de cadáveres debe ser cuidadoso y ético; hay que establecer una manera ordenada e individualizada de notificar las muertes y las desapariciones. Es importante evitar los entierros en fosas comunes y promover la identificación, el registro apropiado de los cadáveres y la entrega de los mismos a sus familiares.
- Es necesario que las vivencias del duelo adquieran diferentes formas de expresión según la cultura. La ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquiere relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido.

- Se ha demostrado que los efectos en la salud mental de los conflictos armados prolongados pueden ser a mediano y largo plazo.
- En situaciones en las cuales han ocurrido grandes violaciones de los derechos humanos, torturas y masacres, se enfatiza en las intervenciones sociales para la reparación del tejido social: resarcimiento, atención humanitaria de los sobrevivientes, recuperación de la memoria colectiva, dignificación de las víctimas, así como las exhumaciones que puedan contribuir al esclarecimiento de los hechos y a facilitar el proceso de duelo.

Sobre la atención a los niños

Los tipos y modalidades de atención de las principales reacciones y problemas psicosociales en la infancia varían en un amplio rango, según la edad.

Qué hacer, en líneas muy generales

- Favorecer su retorno a las actividades habituales, en la familia, la escuela y la comunidad de pertenencia, así como vincularlos a actividades lúdicas, deportivas y recreativas.
- Los padres, familiares y maestros deben observar cuidadosamente e identificar tempranamente cualquier modificación en las conductas habituales de los menores.
- Facilitar espacios para la libre expresión y el intercambio entre los niños. Apoyarlos cuando quieran hablar y expresar sus sentimientos, así como escucharlos con atención; es necesario prever que el menor, en muchas ocasiones, no se siente seguro.
- Los espacios de atención psicológica al niño deben ser muy flexibles y centrados en sus propios escenarios, como la escuela o la comunidad. Debe reducirse al mínimo la atención clínica en el consultorio.
- Los jóvenes y las mujeres pueden jugar un papel importante en la atención a los niños y en su organización grupal.



Qué no hacer con los niños

- No forzarlos a hablar o expresar sus sentimientos. Las intervenciones de tipo catártico que promueven la memoria del trauma pueden resultar dañinas. Esto es diferente a proporcionarles espacios de libre expresión y acompañamiento.
- No imponerles ideas o formas de reaccionar o comportarse.
- No prescribir psicofármacos ni hospitalizar, salvo muy contadas excepciones que deben ser valoradas por un especialista.
- Evitar el exceso o sobrecarga de ayuda, sobre todo profesional o por diferentes equipos, en ocasiones, sin relación entre sí.

Sobre los tamizajes de poblaciones afectadas por los desastres

Las encuestas o pruebas para la detección de “casos”, realizadas después de un evento traumático, pueden ser de utilidad y llamar la atención sobre enfermos que no se han identificado para prevenir una morbilidad de larga evolución. El costo y la factibilidad pueden ser obstáculos, sobre todo cuando se pretende aplicar de manera rutinaria a grandes grupos de población. Sin embargo, el tema no deja de ser discutible y aún existen interrogantes.

Recomendaciones

- El tamizaje puede ser útil para detectar problemas como: niveles de estrés, altos y sostenidos, que pueden ser indicativos de complicaciones futuras, depresión, abuso de alcohol o drogas y disfunción importante en la vida cotidiana.
- No se debe llevar a cabo un tamizaje antes de las primeras cuatro semanas, dado que las posibilidades de recuperación espontánea son muy altas en esa fase y se puede sobrestimar la problemática existente.
- Se recomienda aplicarlo solamente a los grupos en riesgo muy bien seleccionados que hayan sufrido grandes traumas o en los cuales se anticipen elevados índices de trastornos psíquicos.

Diez consideraciones básicas

1. En situaciones de desastres naturales y otras emergencias, se eleva la frecuencia de los trastornos psíquicos pero, también, de muchas otras manifestaciones emocionales que pueden considerarse como “respuestas normales ante situaciones anormales” (por ejemplo, la aflicción y el miedo). Además, se evidencian otros problemas como el consumo excesivo de alcohol y las conductas violentas.
2. Hay un pequeño grupo de personas que necesitan apoyo específico o tratamiento especializado y que requieren ser identificadas tempranamente.
3. En la actualidad, el concepto clásico de estrés postraumático está siendo muy criticado. No es aplicable a los países en vías de desarrollo; lo más frecuente es observar síntomas aislados de estrés postraumático, pero no el cuadro en su totalidad. La búsqueda específica y casi exclusiva del estrés postraumático es contraproducente.
4. No son recomendables los servicios especializados de tipo vertical y centrado en la atención al trauma. Los servicios de salud mental deben estar insertados en la red de atención primaria en salud, con un enfoque amplio y no centrado exclusivamente en el trauma.
5. La principal prioridad en el trabajo de salud mental es reintegrar a las personas a su vida normal.
6. El trabajo de apoyo psicológico indiscriminado, realizado por equipos del extranjero o por varios grupos de manera simultánea, es contraproducente.
7. El *debriefing* no es un procedimiento aconsejable como una intervención temprana después del trauma; actualmente, la mayoría de los especialistas lo consideran ineficaz (e, incluso, contraproducente), como técnica de trabajo individual o grupal.
8. Las grandes catástrofes tienen un impacto en la salud mental a mediano y largo plazo; las lesiones psicológicas no se curan tan fácilmente como las heridas. Por lo tanto, debe preverse el trabajo de recuperación después de la fase crítica.
9. La ayuda humanitaria y social es una parte importante del trabajo para mejorar la salud mental de las poblaciones afectadas por desastres, pero debe complementarse con otras intervenciones específicas. Sería

un error considerar que la atención de salud mental se restringe sólo a formas de ayuda o asistencia social.

10. Existen modalidades de intervenciones sociales y psicológicas que han sido consensuadas por la experiencia y en las que casi la totalidad de los expertos están de acuerdo. Un plan de acción de salud mental en situaciones de desastres debe fundamentarse en estos principios pragmáticos, flexibles y de amplia aceptación.