

CAPÍTULO III

Principales problemas psicosociales y principales pautas para su atención

*María Cristina de Taborda**

Las víctimas de desastres, por lo general, han vivido experiencias y pérdidas muy graves. A pesar de todo, inicialmente debe asumirse que sus respuestas emocionales son normales ante una situación anormalmente abrumadora y que tienden a recuperarse espontáneamente en el curso de algunos días o semanas.

La atención psicosocial busca aliviar o controlar los efectos del trauma y restablecer el equilibrio, evitando la revictimización. El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades. Debe tener un enfoque comunitario, y estar basada en la identificación y el control de los riesgos específicos de las personas afectadas. Los niveles y las modalidades de intervención pueden ser variados: psicológicos o sociales, individuales, familiares o grupales.

El concepto de atención psicosocial a poblaciones afectadas por los desastres trasciende el de la atención clínica psiquiátrica. Debe integrar componentes indispensables de ayuda humanitaria e intervenciones sociales de diferente índole (coherentes con las necesidades básicas de seguridad personal, alimentación,

* Consultora independiente.

educación, vivienda, trabajo, etc.) que hagan posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.

La atención psicosocial no es solamente responsabilidad del sector salud y tampoco se restringe a las acciones de los equipos de salud mental. Compromete a las autoridades, es intersectorial y requiere de la participación activa de la comunidad.

Sin embargo, es importante conocer que la morbilidad psiquiátrica tiende a aumentar en poblaciones víctimas de desastres de gran magnitud, especialmente si la persona era vulnerable, si se presenta una grave pérdida de la estructura familiar y social, o si las necesidades básicas cotidianas no son atendidas oportunamente y existen importantes barreras para el acceso a bienes y servicios indispensables para la reconstrucción de sus vidas.

Los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben contemplar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial, como parte del abordaje humano de la población afectada por el desastre. Deben ser lo suficientemente sensibles y competentes para utilizar los recursos disponibles en función de intervenciones de apoyo emocional y para detectar a quienes presentan síntomas y signos que sobrepasan los límites de lo “esperado o normal”. Esto permite realizar un diagnóstico precoz y una remisión oportuna al profesional especializado, si fuere necesario.

Las víctimas, usualmente, no tienen la necesidad sentida de apoyo psicológico, no aceptan sufrir de una enfermedad mental y no demandan los servicios de salud mental, por el estigma sociocultural que esto significa. Por lo tanto, puede ser útil divulgar, por todos los medios posibles y usando los recursos de la comunidad, que existen alternativas de ofertas de “ayuda para superar las dificultades emocionales y el sufrimiento que pueden estar experimentando muchas de las personas que han vivido el desastre”. Para ello, resulta indispensable insertar la atención psicosocial como parte de las acciones cotidianas que prestan los servicios de salud (en especial, la atención primaria) y los organismos de ayuda humanitaria. Además, previendo que pueden aparecer casos complicados que requieran su remisión a una atención más individualizada y especializada, es indispensable contar con posibilidades y mecanismos claros de remisión a otras instancias especializadas.

Este capítulo está dirigido, fundamentalmente, al personal no especializado, como trabajadores de ayuda humanitaria y equipos de atención primaria en salud. En su primera parte, resume los principales problemas psicosociales y las

pautas básicas de actuación por parte del personal de respuesta. La segunda parte trata de los principales trastornos psíquicos que pueden observarse en las víctimas de desastres, los criterios básicos y las herramientas para identificarlos, así como las pautas para la ayuda profesional individual (médico general) en los adultos; igualmente, los criterios que indican la necesidad de intervención o de remisión al especialista.

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

En el caso de desastres, el impacto emocional varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento.

El siguiente cuadro ayuda a recordar cuáles son los cambios psicológicos que se pueden esperar y cuáles son las intervenciones psicológicas y sociales destinadas a la más pronta recuperación y, eventualmente, a la detección precoz y el manejo básico de trastornos mentales.

| Fase | Respuestas psicológicas | Intervenciones psicosociales |
|-------------------|--|--|
| Primeras 72 horas | <ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas • Excitación aumentada o "parálisis" por el temor • Ansiedad difusa • Deseo-temor de conocer la realidad • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas • Ocasionalmente, estado de confusión aguda | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Socorro y protección • Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas • Primera ayuda psicológica |
| Primer mes | <ul style="list-style-type: none"> • Aflicción y miedo; nerviosismo • Tristeza • Duelo • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados) | <ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Ayuda humanitaria • Apoyo de la red social |

| Fase | Respuestas psicológicas | Intervenciones psicosociales |
|--------------------|--|--|
| Primer mes (cont.) | <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento personal a casos en riesgo • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con psicopatología • Intervenciones psicosociales individuales y grupales • Atención de casos con trastornos psíquicos |
| 2 a 3 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad que se va reduciendo • Tristeza que persiste por más tiempo • Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autoagresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos) • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad • Síntomas somáticos que persisten • Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la red social • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados • Intervención psicológica individual • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional) |

A partir de los tres meses. En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Por ejemplo, una tristeza que se va aliviando y que sólo reaparece temporalmente en los aniversarios o fechas especiales.

Sin embargo, pueden existir señales de riesgo como:

- duelos que no se superen;
- riesgo de suicidio;
- síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos, y
- síntomas de estrés postraumático.

Eventualmente, se han observado algunas personas que aparentemente han reaccionado con gran equilibrio y comienzan a presentar síntomas después del año.

En esta etapa, la intervención de salud mental debe estar dirigida a la detección de nuevos casos sintomáticos, la remisión de casos complejos para atención especializada y la inserción de aquéllos que lo requieran en los servicios regulares.

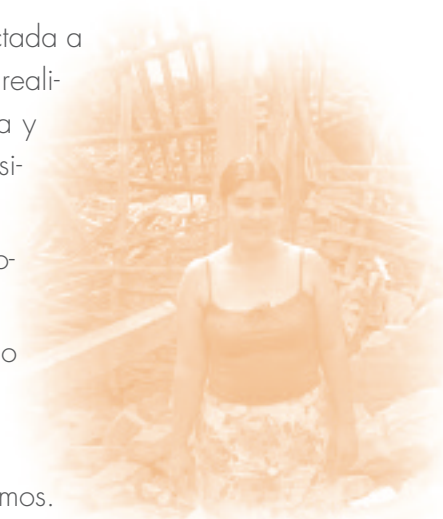
La intervención psicológica individual en adultos

La intervención psicológica individual (en personas adultas) es uno de los componentes de la atención psicosocial; pero, lo esencial es que no se puede visualizar como un trabajo aislado. El éxito de la asistencia psicológica individual depende, en gran medida, de que se ofrezca en el marco de la ayuda humanitaria, así como de un conjunto de intervenciones psicosociales, la mayoría de tipo grupal.

Si bien en situaciones de desastres el eje de las intervenciones psicosociales debe ser grupal, en un número importante de casos es necesario prestar, también, atenciones individuales, para profundizar en la asistencia de quienes parecen requerirlo así (detección de riesgos, mejor evaluación y ayuda de personas sintomáticas en precario equilibrio o con acentuada vulnerabilidad, y detección de enfermos).

Objetivos de las intervenciones psicológicas individuales

1. Ayudar a la víctima o persona afectada a enfrentarse y entender su nueva realidad, y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones (psicológicas y somáticas).
2. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
3. Brindar apoyo emocional, aliviando la aflicción y el sufrimiento.
4. Reforzar la autoestima.
5. Detectar y tratar, o remitir los enfermos.



Premisas fundamentales de la intervención psicológica

1. Debe estar acorde con las diferentes fases del desastre, recordando que existen “tiempos individuales y culturales” en las comunidades.
2. Adecuarse al contexto social y cultural implica el reconocimiento, la comprensión y el aprovechamiento de las tradiciones y las fortalezas históricas de las comunidades.
3. Debe asumirse que los sobrevivientes muestran reacciones emocionales que pueden ser exageradas pero que, en principio, son normales por haber sido anormalmente vulnerados.
4. Apoyarse en las fortalezas de los sobrevivientes.
5. Tener propósitos lógicos y acordes con las necesidades reales de las personas afectadas.
6. Focalizarse especialmente en los más vulnerables, no sólo en los que en teoría lo son (menores, ancianos, discapacitados, etc.) sino, también, en aquéllos que en la práctica se detectan como tales.
7. Las intervenciones psicológicas se desarrollan por diferentes instancias y actores, y están integradas a lo cotidiano (no como “una receta o un tratamiento”). Deben llevarse a efecto en el escenario comunitario, vinculadas a los programas de apoyo social que se implementan.
8. La implementación de procesos grupales de apoyo mutuo, la socialización y la reconstrucción de proyectos de vida familiares o colectivos complementan la intervención psicológica individual.
9. Debe trabajarse en la identificación de vulnerabilidades y riesgos.
10. Unos de sus objetivos básicos son la detección y la asistencia a los sintomáticos o enfermos, y su oportuna referencia si fuere necesario.



Estrategias para la intervención psicológica individual y cómo establecer una relación de ayuda

| Qué hacer | Cómo hacerlo |
|---|--|
| Crear un clima de confianza y seguridad | <ul style="list-style-type: none"> • Estar disponible cuando lo necesiten. • Adoptar una actitud amable y cortés, evitando los extremos de frialdad o formalismo <i>versus</i> paternalismo. |
| Establecer una buena comunicación | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a escuchar sin interrumpir y demostrando interés; utilizar algunos gestos de asentimiento o formular algunas preguntas sobre lo que está expresando. • Respetar el silencio o las explosiones emocionales; esperar en silencio a que pueda controlarse. • Identificar y adaptar el trato y el lenguaje a las características culturales y la edad: "don Alvaro" o "señora Ramírez" y "usted", "vos" o "tú", según lo que se use. • Adaptar el ritmo de la conversación a las características de las personas ancianas que se cansan más rápido y pueden tener dificultades sensoriales. |
| Fomentar el respeto y la tolerancia | <ul style="list-style-type: none"> • Entender, aceptar y respetar a la persona con sus características. • Tratar de razonar con lógica y utilizar el sentido común sin imponer criterios. • No ponerse de ejemplo, ni comparar situaciones. • No predisponerse con las personas, aprender a manejar las situaciones y mantener el dominio sobre las propias emociones. • Nunca perder el control ni responder con agresividad. |
| Brindar apoyo emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Buscar la reunificación de las familias. • Gestionar el apoyo, la solidaridad y la ayuda de la familia y de las organizaciones comunitarias existentes. • Asegurar el acompañamiento y el cuidado personal en el periodo inmediato posterior al evento traumático, especialmente para quienes han quedado solos y han tenido más pérdidas; asegurar su continuidad. • Facilitar que las personas, cuando lo deseen, hablen del desastre, de sus reacciones emocionales y de su condición actual. El hablar no sólo alivia sino que, también, puede ayudar a una mejor comprensión de las experiencias dolorosas y al descubrimiento de estrategias de solución. • Asegurar la provisión de información clara, coherente, oportuna y veraz. |
| Entender y aliviar los síntomas | <ul style="list-style-type: none"> • No restar importancia a los síntomas actuales, sino ayudar a la persona a entenderlos y afrontarlos. • Permitir (pero no forzar) la expresión de sentimientos. • Explorar lo que las personas piensan acerca de la expresión abierta de sentimientos, para contrarrestar la creencia de que ello implica debilidad. • Señalar la relación que los síntomas y su reacción tienen con la situación vivida y con las circunstancias actuales. |

| Qué hacer | Cómo hacerlo |
|---|--|
| Entender y aliviar los síntomas (cont.) | <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que se irán aliviando con el tiempo, aunque puedan aparecer recrudescimientos temporales. Promover el reconocimiento de las evidencias de progreso por parte del paciente. • Facilitar y promover el reconocimiento de expresiones encubiertas de sentimientos a manera de modificaciones de conducta (agresividad, consumo de alcohol o drogas, por ejemplo) o de síntomas físicos y ayudar a la persona a entender las relaciones y a adoptar mejores medios de expresión. • Hacer seguimiento para evaluar la naturaleza normal o patológica de su evolución. |
| Reforzar la autoestima | <ul style="list-style-type: none"> • Analizar, junto con la víctima, las ideas negativas e invitarla a hacer también un inventario de elementos positivos, intentando un balance más equilibrado. Recordar y enfatizar que, a pesar del desastre, son personas que tienen fortalezas que han sido probadas en el pasado. • Sugerir y orientar hacia posibilidades de solución, alentando a las personas a asumir un compromiso activo en la toma de decisiones y en su implementación. Es muy importante combatir la sensación de haber perdido el control sobre su propia vida, de manera que pasen de víctimas pasivas y dependientes a sobrevivientes capaces de enfrentarse a su destino. • Promover que se mantenga o retome el estilo habitual de vida de la persona. • Promover el reinicio de las actividades sociales, tales como prácticas religiosas, deportivas, recreativas, etc. Esto puede generar culpa; en tal caso, insistir en que es indispensable que su vida se normalice lo más pronto posible y, además, que distraerse es importante para contrarrestar los síntomas. • Enfatizar y reforzar el hecho de que cuenta con apoyo familiar y social para la recuperación. • Orientar sobre el acceso a los recursos de apoyo y ayuda, proveyendo información clara. |
| Elaborar los duelos | <ul style="list-style-type: none"> • Emplear todos los recursos enunciados a propósito del apoyo emocional, aliviar los síntomas y fortalecer la autoestima. • Intentar averiguar las reacciones previas ante situaciones de duelo, lo cual dará una idea de cuál es la manera como la persona se ha “defendido” antes. • Con cuidado, en la medida en que la situación emocional del paciente lo permita, ayudar a superar la negación, confrontando a la persona con la realidad y ayudándola a analizar las perspectivas de una vida que debe continuar, a pesar de la pérdida. • En caso de muerte de familiares, reforzar los recuerdos positivos del fallecido. |

| Qué hacer | Cómo hacerlo |
|-----------------------------|--|
| Elaborar los duelos (cont.) | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la identificación del cadáver y la sepultura individual. • Apoyar y ayudar a elaborar rituales de aceptación. Por ejemplo, poner una cruz en el lugar presumible de la muerte, hacer novenario, etc. • Reiniciar las actividades sociales, como prácticas religiosas, deportivas, recreación familiar, etc. |

El duelo

El manejo del duelo tiene una especial importancia en situaciones de desastres y emergencias, en las cuales frecuentemente se experimentan grandes pérdidas. Toda persona que sufre algún tipo de pérdida tiene un proceso natural de cambios emocionales, llamado proceso de duelo, que usualmente termina con la recuperación del equilibrio psíquico. Aparte de las pérdidas por sí mismas (familiares, amigos, objetos, propiedades, costumbres, etc.), el duelo en los desastres abarca también las consecuencias de las pérdidas como soledad, desamparo, necesidad de adoptar nuevas formas de vida y de cambiar responsabilidades.

Algunas manifestaciones del duelo son:

- Tristeza
- Ansiedad (“nervios”)
- En algunos casos, puede existir negación ante la magnitud de la pérdida; la víctima no acepta la situación, como si no hubiera ocurrido.
- Agresividad o ira al advertir las consecuencias de las pérdidas; generalmente, se traduce en culpar o maltratar a otros sin justificación.
- Sensación de desprotección, con miedo al futuro y a que la situación se repita, lo cual igualmente se va aliviando.

Con el tiempo, que de una manera aproximada se ha fijado en 3 a 12 meses, la persona acepta la realidad y se dispone a continuar la vida, se van atenuando los síntomas hasta lograr un equilibrio emocional y se establecen alternativas adaptativas de solución a su condición.

Se puede pensar en un duelo patológico cuando:

- los síntomas perduran excesivamente (más de 12 semanas);
- tienen tendencia a empeorar o provocan exagerado sufrimiento de manera permanente, o

- existe riesgo de complicaciones, como suicidio o consumo exagerado de alcohol.

El duelo patológico debe ser tratado como con un trastorno depresivo.

Evaluación de la salud mental por médicos de atención primaria en salud

Los pasos para la evaluación de una posible patología psíquica en los sobrevivientes de los desastres son:

- realizar una entrevista abierta de tipo individual;
- analizar los antecedentes de la persona (en especial, los aspectos psicosociales), comparando la situación antes y después del desastre;
- entrevistarse con familiares o amigos, y
- realizar un examen mental mínimo.

Pautas básicas para la entrevista individual (1)

- Garantizar un ambiente adecuado y tranquilo para la entrevista.
- Procurar que ambos se puedan sentar cómodamente y en una posición en que el entrevistado lo pueda mirar a la cara directamente y usted pueda responder mirándolo a los ojos.
- Si la persona está acostada por razones de salud, preguntar si puede sentarse y ayudarla a hacerlo, asegurándose de que esté cómoda.
- Adaptar el tiempo de la entrevista a las condiciones de salud del entrevistado.
- Aunque es importante tener un cierto orden en la entrevista, se puede ir modificando el plan de la misma de acuerdo con las circunstancias.
- Evitar las interrupciones frecuentes.
- Siempre que sea posible, es preferible agotar un tema antes de pasar a otro, e ir de lo más simple a lo más complejo. Anotar si hay un tema específico que el entrevistado elude.
- Una vez que la persona haya hablado libremente, comenzar con las preguntas pertinentes de acuerdo con el caso, tanto para aclarar mejor

lo relatado como para averiguar sobre aspectos que no hayan sido tratados espontáneamente o hayan sido eludidos.

- Tratar de no comenzar las preguntas en “¿Por qué?” puesto que ello puede ser interpretado como una intención de crítica o cuestionamiento directo.
- Mantener un orden lógico y coherente en las preguntas.
- A veces las personas se muestran reticentes cuando se les pregunta por antecedentes o aspectos más íntimos o que parecieran no tener relación con lo que actualmente les sucede. Entonces, resulta útil comentar que el deseo es ayudarlo y que será más fácil hacerlo si se conocen mejor los detalles de su vida, a través de lo que él pueda contarle. Como regla general, se recomienda que los datos familiares y personales, así como la existencia de problemas emocionales anteriores al desastre, se recolecten posteriormente.
- No forzar las respuestas, respetar los silencios.
- No pretender agotar todo el tema en una sola entrevista, pueden quedar aspectos o informaciones pendientes que pueden ser tratados en otras citas, cuando haya una mayor confianza o menor alteración emocional.
- En la entrevista, debe analizarse la presentación personal y la actitud del sujeto, en referencia a sus antecedentes y a su situación actual, y la manera como reacciona a la entrevista: ¿cómo está vestido?, ¿su arreglo personal concuerda con sus antecedentes?, ¿hay alguna explicación para que su apariencia sea inadecuada o extraña? Recuerde que, en el caso de víctimas de desastres, puede estar en condiciones muy precarias (pobreza, sin servicios básicos, etc.) que determinan una apariencia que puede ser interpretada como de descuido deliberado.
- Sintetizar los elementos fundamentales de lo contado, ordenándolos y después, en una pausa, explicar lo que se ha entendido. Ejemplo: “Si le he entendido bien, usted ha tenido...” o “Me da la impresión de que usted se siente...”. Permitir que la persona corrija y complemente, si la apreciación ha sido errada o incompleta. Concluir la entrevista con un comentario positivo y acordando una nueva entrevista.

Hacer una entrevista familiar siempre resulta útil para complementar y aclarar aspectos de la información aportada y para buscar cooperación de la familia

en el manejo de una posible patología psíquica. Es indispensable en el caso de quienes ocultan información o están muy perturbados. Es prudente comentar al entrevistado que se desea también conversar con otras personas que lo conozcan y buscar su aprobación.

Se recomienda resumir en la primera entrevista lo que ya se conoce de la persona luego del desastre, empezando por los problemas actuales, la experiencia del desastre, sus reacciones emocionales y lo relacionado con el apoyo social y comunitario, los cuales serán, por supuesto, la mayor preocupación del paciente.

Identificación de factores que implican mayores riesgos psicosociales en personas afectadas. La identificación y calificación del riesgo psicosocial de una persona afectada por una situación de desastre implica evaluar cuidadosamente:

- las circunstancias en que transcurrió el evento traumático;
- los antecedentes personales;
- la evolución de los síntomas y signos;
- la manera como el sobreviviente responde a las diversas modalidades de ayuda humanitaria y atención psicosocial, y
- el comportamiento en la vida cotidiana.

Las personas que tienen mayor madurez emocional, variados intereses y relaciones, y diversos objetivos afectivos, superan con mayor facilidad la crisis aguda en un plazo de 4 a 6 semanas, hasta la superación total en unos 6 a 12 meses.

Se debe recordar que el funcionamiento psicológico se refleja en la manera como la persona se comporta en su vida cotidiana y que es factible que muchas alteraciones sintomáticas y condiciones de riesgo no se puedan identificar en la entrevista. De ahí la importancia de lo que hayan percibido en su conducta cotidiana quienes viven con él o quienes le han brindado ayuda en la comunidad.

La existencia de una patología psiquiátrica implica una condición de riesgo per se; también, implica una decisión clínica por parte del médico general (tratarlo o remitirlo). Por ello es necesario:

- Detectar el síntoma o conducta anormal, así como definir que la reacción, en un principio, fue coherente con su situación, pero después, se ha convertido en exagerada por su intensidad o prolongación en el tiempo, o que muestra características agregadas muy patológicas y por ello amerita un manejo médico más específico.

- Decidir si tiene un carácter de urgencia y se debe remitir a un servicio hospitalario que cuente con mayores recursos.
- Decidir si puede manejarlo en la consulta de medicina general de la atención primaria o se refiere a un servicio especializado de salud mental.

Recopilación de antecedentes personales, en especial de índole psicosocial (1-3). Los antecedentes personales pueden ser una condición de riesgo en situaciones de desastres y emergencias. Muchos pueden ser útiles para manejarlos como factores de riesgo o protección. Se recomienda poner especial atención a las personas que, antes del desastre:

- estaban viviendo una situación de duelo no superado,
- se encontraban mentalmente enfermas,
- tenían una enfermedad física crónica, dolorosa o con algún grado de invalidez, o
- tenían historia de dificultades de adaptación (problemas en la escuela o colegio, problemas en el trabajo, dificultades en las relaciones con parientes o vecinos, con la autoridad, etc.).

Generalmente, los antecedentes se obtienen en la propia entrevista con la persona afectada o mediante familiares y amigos. Comprenden los datos básicos de la historia personal y de su entorno familiar y social antes del desastre.

Resulta importante destacar los siguientes elementos:

- Datos familiares:
 - Antecedentes de enfermedades, incluso las psiquiátricas y neurológicas.
 - Funcionamiento familiar.
 - Presencia de conductas violentas o abuso de alcohol en el medio familiar.
- Datos personales:
 - Rasgos importantes de desarrollo en la infancia, incluido el rendimiento escolar, para tener una idea global del nivel de inteligencia de la persona.
 - Adaptación social y laboral en las diferentes etapas de la vida
 - Información sobre rasgos de personalidad (sociabilidad, conflictos interpersonales, patrones de reacción a conflictos y estabilidad en relaciones y empleos).

- Creencias y valores, por ejemplo, religiosos (que pueden ser un factor protector).
- Hábitos de recreación y uso del tiempo libre.
- Antecedentes patológicos (enfermedades físicas o mentales), con especial mención de las enfermedades crónicas o de larga evolución, para evaluar el estado previo de salud y la existencia de secuelas o de trastornos.
- Antecedentes de consumo de alcohol o drogas.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres (1, 3-7)

Más que a diagnósticos específicos (según los sistemas habituales de clasificación, como el DSM IV o CIE 10), en este capítulo nos referiremos a grandes conjuntos de síntomas o síndromes que aparecen más frecuentemente en situaciones de eventos traumáticos. Ésta es, generalmente, una forma más práctica de que los médicos generales u otros técnicos de la atención primaria aborden la nosología.

Trastorno de ansiedad

Se caracteriza por una sensación de temor inmotivado, que habitualmente se describe como “nervios”. Se recomienda identificar, al menos, tres de los siguientes grupos de síntomas:

- Ansiedad: miedo injustificado permanente, por crisis o ambos, preocupaciones excesivas ante cosas sin importancia y pesimismo.
- Intranquilidad: “No puede quedarse quieto”.
- Irritabilidad e impaciencia (la familia relata que se ha vuelto de mal genio).
- Síntomas físicos: sudor, palpitaciones, manos frías y húmedas, oleadas de calor y frío, micción frecuente, crisis de diarrea, rubor, palidez, respiración agitada, tensión muscular, temblor, dolor muscular y fatiga por la misma tensión y la dificultad para relajarse.
- Se vuelven muy “alertas”, se sobresaltan por cualquier estímulo, hay pobre concentración, insomnio o sueño interrumpido o poco reparador.

- Las manifestaciones de ansiedad descritas anteriormente las experimenta diariamente, al menos, durante un mes. Debe descartarse que el paciente esté tomando café en exceso o algún medicamento que cause ansiedad.

Pautas generales de atención

- Brindar apoyo afectivo: hablar con voz tranquila y asegurarle que se va a mejorar.
- Reflexionar con el paciente sobre las causas posibles de su ansiedad, analizarlas y tratar de ordenarlas según la gravedad y, luego, evaluar posibilidades de solución, paso por paso.
- Ayudarlo a diferenciar aquellos problemas que el paciente cree que se le van a presentar en el futuro, pero que es posible que no ocurran, para que aprenda a no dejarse abrumar por temores injustificados.
- Buscar la comprensión y la solidaridad familiares: explicar la naturaleza del trastorno, orientar sobre su manejo (que no lo regañen ni lo culpen, por el contrario, que lo acompañen, lo oigan, etc.).
- Enseñar técnicas de canalización de la ansiedad que debe ensayar hasta descubrir las que resulten útiles específicamente: respirar pausadamente, desarrollar algún ejercicio o actividad que le ayude a relajarse y a “quemar” la ansiedad.
- Enseñar y practicar una técnica sencilla de relajación.
- Recomendar que no beba estimulantes como el café y el té.
- Aconsejar el consumo de sustancias naturales de uso común que ayudan a controlar la ansiedad, como infusiones de tilo o manzanilla, etc.

Pautas para el tratamiento médico

- Descartar que el paciente tenga otra patología de base que ocasione ansiedad. Si éste es el caso, tratarla.
- Si con las recomendaciones anteriormente enunciadas no se logra un control de los síntomas, valorar la necesidad de suministrarle ansiolíticos por corto tiempo y valorando el riesgo de dependencia. Se sugiere usar preferentemente productos naturales más inocuos como la valeriana o la pasiflora. Generalmente, no se recomienda que en la atención primaria se dispensen benzodiazepinas en situaciones de desastres.

- Analizar si la ansiedad está encubriendo un síndrome depresivo asociado, en cuyo caso se debe tratar al paciente fundamentalmente como afecto de una depresión ansiosa, y sería posible administrarle un anti-depresivo también con efectos sedativos (amitriptilina, por ejemplo).

Crisis de pánico

Las crisis de pánico no son frecuentes en situaciones de desastres, contrario a lo que muchos piensan. La aparición de estos cuadros se observa en situaciones específicas, como ataques terroristas de gran magnitud y de tipo súbito.

En las crisis de pánico, la angustia se manifiesta en forma aguda como un temor aplastante o desesperante y se acompaña de una sensación de enloquecimiento o muerte inminentes. La angustia se retroalimenta en la medida en que el paciente es consciente y malinterpreta los síntomas físicos, por lo cual usualmente consulta a servicios de urgencia.

Se debe pensar en crisis de pánico cuando la persona tenga crisis de temor muy grave e inmotivado, de aparición repentina y corta duración (pocos minutos), acompañadas, al menos, de cuatro de los siguientes síntomas:

- palpitaciones, taquicardia o “sacudidas del corazón”,
- sudoración, escalofrío u oleada de calor,
- temblor,
- sensación de ahogo o falta de aire,
- sensación de atoramiento,
- mareo, vértigo o sensación de inestabilidad (como si se le moviera el piso),
- náuseas o malestar como sensación de vacío en el abdomen,
- miedo a perder el control o a enloquecer,
- miedo a morir repentinamente,
- sensaciones de hormigueo o adormecimiento,
- sentirse raro, diferente, “como otro”, o que todo se vuelve diferente a su alrededor, o
- una vez presentada una crisis, el miedo suele volver a aparecer (miedo al miedo); por eso, la ansiedad se convierte casi en permanente con una gravedad variable.

Pautas generales de atención médica

La crisis de pánico es un trastorno que requiere de manejo médico, puede persistir en el tiempo e invalidar, en gran medida, a la persona. Puede complicarse con otros miedos anormales a cosas o circunstancias específicas (fobias).

- En caso de asistir a una persona en pánico, acompañarlo y, si está muy inquieto, permitir su movilización en un espacio determinado acordado.
- Practicar un examen clínico para descartar una patología orgánica.
- Apoyarlo en el control de los síntomas: instruirlo y ensayar con él actividades que ayuden a contrarrestar la hiperventilación (aconsejar que respire despacio y lentamente, idealmente, dentro de una bolsa de papel) y a controlar la ansiedad aguda y crónica (relajación, ejercicio, etc.).
- Explicarle la necesidad de tomar la medicación indicada e iniciar tratamiento (fundamentalmente, antidepresivos y, en caso indispensable y solamente de manera muy temporal, ansiolíticos).
- Valorar su remisión, una vez controlados los síntomas más agudos, a una consulta de psiquiatría.

Depresión

La reacción de tristeza ante cualquier tipo de pérdida es normal, pero debe ser proporcional a la misma e irse aliviando con el paso del tiempo. Esa tristeza se convierte en una enfermedad cuando se prolonga en el tiempo, se acompaña de ideas de culpa intensa e inmotivada, se acentúa en lugar de aliviarse o interfiere mucho en la vida cotidiana de las personas.

Se debe pensar en depresión cuando se presentan las siguientes situaciones:

- La persona muestra un estado de ánimo muy triste que persiste, al menos, dos semanas, tiende a ponerse peor y se refleja en un aspecto melancólico y tendencia al llanto.
- Por la tristeza, generalmente no desea moverse y por ello disminuye su actividad, a veces, hasta el punto de no querer levantarse.
- Además de tristeza, frecuentemente existe ansiedad y, en ese caso, se muestra inquieto y, a veces, irritable e impaciente, incluso agresivo.

- La tristeza causa desinterés en las cosas, incluso las que lo podrían alegrar.
- Además, presenta, por lo menos, cuatro de los siguientes síntomas o signos:
 - pérdida o aumento de apetito (cambios de peso),
 - disminución o, más raramente, aumento de sueño (sin embargo, poco reparador),
 - interrupciones en el sueño, especialmente en horas de la madrugada,
 - pérdida de energía o cansancio desproporcionado,
 - sentimientos de culpa, desamor y minusvalía,
 - pérdida global de la autoestima,
 - dificultad de concentración que se traduce en fallas en la atención, en la capacidad de memorizar y en dificultad para hacer su trabajo diario,
 - ideas de muerte, de que no lo quieren, de culpa, de suicidio,
 - desinterés por las actividades rutinarias y la sexualidad,
 - si tiene tendencia a beber, no es raro que, estando deprimido o ansioso, aumente el consumo, o
 - deseos de morir, conductas peligrosas, ideas o intento de suicidio.

Pautas de atención

- Brindarle apoyo, confianza y seguridad; explicarle la causa del trastorno que ahora presenta y para el cual hay tratamiento; asegurarle su voluntad de ayuda y anunciarle que probablemente puede necesitar medicamentos.
- Permitir que la persona hable libremente y exprese sus sentimientos, “que se desahogue”, no impedir que llore y respetar los silencios o si no desea hablar de algo específicamente.
- No profundizar, inicialmente, en temas que le puedan resultar dolorosos, pero no impedir que hable de ellos, si así lo desea. Explorar si tiene ideas de muerte o de suicidio. No es cierto que hablar de ello aumente el riesgo de que el paciente empiece a pensar en matarse, en cambio, sí es muy grave que usted no se entere. Además, el paciente

suele aliviarse si puede hablar de ello con alguien que trate de entenderlo.

- Si el paciente no habla de muerte pero usted lo nota muy triste, debe pensar en el riesgo de suicidio, también. Hay que indagar con los familiares si ha tenido intentos antes o si hay algo en su conducta que pueda calificarse como intento de hacerse daño: beber exageradamente, asumir grandes riesgos (al conducir, mostrándose desafiante, etc.).
- No culpabilizar al paciente, ni siquiera si se ha mostrado agresivo con usted, con otros o consigo mismo. En respuesta, analizar sus actitudes para que entienda su naturaleza agresiva y la relación con la tristeza, y para explorar maneras de canalizar la ansiedad y la tristeza de una manera menos dañina: hablando, haciendo ejercicio y con tratamiento formulado por el médico.
- Si expresa sentimientos de culpa, ayudarlo a revisar minuciosamente lo ocurrido de tal manera que entienda que la responsabilidad no es suya.
- Alentarlo a que haga su vida lo más normalmente posible: comer aunque no tenga hambre, seguir con sus normas de aseo y cuidado personal, esforzarse en cumplir con sus obligaciones.
- Estimular la actividad física de cualquier tipo. El ejercicio tiene efectos beneficiosos para la ansiedad y la depresión.
- Buscar la comprensión y el apoyo de la familia, explicando la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento.

Juzgue si es alto el riesgo de suicidio:

- si la depresión es grave;
- si hay antecedentes familiares de suicidio;
- si ha tenido intentos previos de suicidio, en especial, si han sido graves;
- si, además de la tristeza, tiene mucha ansiedad;
- si ha sido siempre una persona impulsiva, que no piensa mucho para actuar;
- si tiene antecedentes de consumir alcohol u cualquier otra droga;
- si es adolescente o anciano;

- si vive solo o no tiene parientes que lo apoyen;
- si padece de alguna enfermedad crónica, en especial, si le causa discapacidad;
- si ha tenido grandes pérdidas como consecuencia del desastre, en especial, seres queridos.

Pautas de manejo de una persona con alto riesgo de suicidio

En principio, siga todas las recomendaciones generales anteriormente enunciadas a propósito del duelo y la depresión.

Además, siga las siguientes pautas:

- Si el paciente no habla de matarse pero usted lo nota muy triste, pregúntele directamente si ha pensado en morirse y, luego, si ha pensado en matarse y cómo.
- Permítale al paciente que hable de sus ideas e intenciones; nunca las minusvalore.
- No regañe, critique ni censure; tampoco se burle ni desafíe.
- Haga la observación de que usted entiende que se sienta triste, pero que siempre hay esperanza de que la situación se mejore y, sobre todo, que se alivie su tristeza.
- De acuerdo con la realidad del paciente, analice con él las razones que tiene para seguir viviendo y el impacto que su muerte podría causar en su familia.
- Ofrezca apoyo, intente llegar a un acuerdo de que no tomará ninguna decisión fundamental por el momento e inicie el tratamiento médico. Asegure una vigilancia permanente.
- Hable con la familia y adviértale que en toda depresión grave, como el caso del paciente, existe el riesgo de suicidio y que, por lo tanto, deben ponerlo en tratamiento, acompañarlo y disminuir los riesgos que pueda tener (armas, venenos, etc.).

La depresión clínica debe tratarse con medicamentos antidepresivos que pueden ser prescritos por el médico general. Si después de cuatro a seis semanas de tratamiento con una adecuada medicación (amitriptilina, por ejemplo) persisten los síntomas, se impone la remisión a un médico psiquiatra.

Trastornos orgánicos de causa predominantemente psíquica

Tal como se ha mencionado anteriormente, la ansiedad se acompaña de cambios transitorios en el funcionamiento corporal, como aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, aumento de la tensión arterial, cambios en la digestión, etc.

Si la situación de estrés y la ansiedad que la acompaña son muy agudas y si, además, se prolongan en el tiempo, esos cambios se vuelven permanentes y ocasionan daños en diferentes partes del cuerpo, apareciendo lo que se llama enfermedades psicosomáticas.

A menudo ocurre que cuando la ansiedad comienza a “descargarse” o canalizarse a través de síntomas somáticos, ya el paciente no la siente tanto y consulta por la sintomatología somática. Además, usualmente reconoce que, cuando los problemas se acentúan, aumentan los síntomas orgánicos y las alteraciones en los patrones cotidianos de vida como el sueño, el apetito, la vida sexual, etc.

El tipo de daño depende de cierta susceptibilidad personal y por ello encontramos que las diferentes personas desarrollan enfermedades específicamente en alguno de los sistemas: la piel, el sistema digestivo, el respiratorio, el cardiovascular, etc.

Cuando un paciente que ha sido víctima de un desastre presenta repetidamente síntomas y signos somáticos resistentes a las medidas terapéuticas, hay que pensar que pueden ser de origen emocional. Entre los más frecuentes se citan:

- dolores variados y refractarios al tratamiento médico;
- mareo, vértigo o náuseas;
- síntomas que afectan la piel, como erupciones, picazón, ardor, etc.;
- hipertensión arterial, síntomas del aparato cardiovascular, etc.;
- problemas funcionales de diversa índole: diarrea o estreñimiento, impotencia, frigidez, falta de aire, etc.

Pautas de atención

- Averiguar si los síntomas aparecieron o se acentuaron a raíz de la situación traumática. La gran mayoría de las veces, son alteraciones transitorias que ceden al mejorar la situación real del afectado y en la medida en que su estado emocional se equilibra.
- Es indispensable realizar un examen físico completo y, si fuere necesario, exámenes de laboratorio.

- Empezar un tratamiento médico integral que, obviamente, además de los procedimientos y medicamentos específicos para el trastorno, incluya el manejo del componente emocional de base.
- Todas las recomendaciones hechas a propósito del manejo del duelo, la ansiedad y la depresión son útiles para el control de los trastornos orgánicos de base emocional.

Trastorno de estrés postraumático

Actualmente se reconoce que el llamado trastorno de estrés postraumático (*post-traumatic stress disorder, PTSD*) no aparece tan frecuentemente como usualmente se presumía. No se justifica la búsqueda incesante de esta patología en situaciones de desastres y emergencias, y no debe diagnosticarse si no se cumplen todas las condiciones que los sistemas de clasificación y diagnóstico recomiendan. Hay autores que han puesto en duda la verdadera existencia de esta patología o la consideran propia de determinados contextos culturales y políticos en países desarrollados.

Lo más usual, en nuestro medio, es que algunas personas que han sido víctimas de violencia o situaciones especialmente catastróficas experimenten algunos síntomas aislados de los que tradicionalmente se han incluido en el PTSD, como los siguientes:

- Revive repetidamente el trauma, a manera de recuerdos o pesadillas.
- Muestra grave disminución del interés por lo que está pasando, sentimiento de estar aislado de los demás, afecto empobrecido (como “congelado”).
- Excesiva respuesta a estímulos.
- Trastornos del sueño.
- Dificultad para concentrarse.
- Sentimientos de culpa: por haber sobrevivido, por no haber evitado algo.
- Evitación de actividades, lugares o personas que recuerdan el evento traumático.
- Aumento de los síntomas cuando está en circunstancias que simbolizan el evento traumático o se parecen al mismo.

Pautas de atención a los síntomas de estrés postraumático

- Usar las sugeridas para ansiedad y depresión.
- Remitir a tratamiento especializado si el cuadro no mejora o afecta notoriamente su vida cotidiana.

Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (7)

Las situaciones de desastres pueden conducir al inicio o el aumento en la ingestión de alcohol, lo cual trae muchas consecuencias dañinas, no sólo en la salud de la persona afectada, sino también en su economía, en sus relaciones interpersonales y en el ámbito familiar. Es un problema que afecta a ambos sexos, pero es más frecuente en hombres. A menudo, condiciona situaciones de violencia y está vinculado o enmascara trastornos como la depresión.

Es frecuente que quienes tienen problemas por consumo de alcohol los nieguen o minimicen, especialmente en culturas permisivas con gran aceptación social de su consumo.

Es necesario pensar en problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, después de un evento traumático, cuando se observan:

- alteraciones en el funcionamiento social, como peleas o conductas violentas con familiares y amigos, ausentismo laboral, problemas delictivos, o
- consumo excesivo en grupos, de acuerdo con las apreciaciones de la comunidad.

En este capítulo, más que abordar el problema desde un punto de vista clínico (para lo cual existen numerosas obras que se pueden consultar), nos referiremos a su manejo mediante intervenciones sociales y grupales.

Pautas generales de manejo del problema del alcoholismo en situaciones de desastres

Identificar problemas o daños asociados con el consumo excesivo de alcohol:

- violencia;
- depresión o conducta suicida o ambas; en ocasiones, se observa que personas muy afligidas, tensas o deprimidas por la situación traumática y las pérdidas sufridas, buscan el alcohol como mecanismo de escape;

- conductas sexuales desordenadas y de riesgo;
- daños a la salud física;
- afectaciones a la economía familiar y comunitaria, o
- desorden social.

Se debe analizar si el problema es anterior al desastre o si es de aparición reciente, en cuyo caso debe usted asegurarse de que la persona no tenga otro trastorno o problema que lo esté impulsando a beber.

Una de las líneas de acción que se debe priorizar en situaciones de desastres es la prevención primaria. Las intervenciones de promoción de la salud y prevención específica pueden ser muy valiosas y evitar la aparición o reducir el impacto del problema del alcoholismo. Entre ellas, se consideran las siguientes:

- Satisfacción de necesidades básicas de la población afectada, en especial, alimentación, agua, seguridad y alojamiento.
- No separar las familias ni las comunidades.
- Facilitar las prácticas religiosas y culturales.
- Protección de los derechos humanos.
- Primera ayuda psicológica a quienes la requieren.
- Crear conciencia en la población sobre el problema del alcoholismo y sus efectos dañinos.
- Restablecer las actividades educativas y recreativas (propias de la comunidad).
- Entrenar al personal de ayuda humanitaria y de salud en la identificación precoz de los factores de riesgo.
- Medidas para el control de la oferta (expendios de alcohol), de común acuerdo con la comunidad. Debe observarse si alguna medida de este tipo no deriva en la fabricación y distribución clandestina de alcohol.

Entre las intervenciones dirigidas a la atención del daño, se consideran las siguientes:

- Entrenar al personal de salud para la identificación temprana y el manejo inicial de "casos".
- Vincular las intervenciones dirigidas hacia las conductas violentas con las acciones sobre el alcoholismo.
- Favorecer los grupos de ayuda mutua.

- Poner a disposición de las poblaciones afectadas por el desastre los servicios dedicados a la atención de pacientes con alcoholismo. Restablecer los programas (gubernamentales o no gubernamentales) que existían antes de la emergencia.
- En caso de que no existan programas o servicios especializados en el tema de las adicciones, los servicios de salud mental desarrollados en la emergencia deben responder a las necesidades existentes.
- Establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- En la medida que la situación se estabiliza, fortalecer y ampliar la capacidad resolutoria de los servicios de salud en el tema del alcoholismo y otras adicciones.

Conductas violentas (7)

La violencia es una forma de respuesta humana frecuente ante situaciones de frustración (como las que generan los desastres), que puede volverse habitual e invadir el ámbito familiar, convirtiéndose en un problema social que influye negativamente en la familia y, muy especialmente, en los más vulnerables, como los niños, las mujeres, los ancianos y los discapacitados.

La violencia causa sufrimiento o daño en lo físico, lo psicológico y lo social. El impacto de la violencia incluye repercusiones inmediatas, a corto, mediano y largo plazo, como las que se mencionan a continuación:

Las personas maltratadas experimentan sufrimiento, aflicción, tristeza, ansiedad, rabia y fatiga crónica. Las condiciones repetidas de violencia inesperada e injustificada, generan frustración, temor y ansiedad permanentes y, a la larga, sentimientos de desamparo y desesperanza, y pueden organizarse como trastornos psiquiátricos. Además, el sufrimiento puede expresarse con síntomas o enfermedades psicosomáticas; también puede estar relacionado con el alcoholismo.

Las consecuencias psicológicas de la violencia afectan tanto a los directamente maltratados como a quienes presencian los actos violentos. Cuando los niños se ven sometidos a presenciar repetidamente actos de violencia, tienen mayor probabilidad de aceptar la violencia como “parte normal de la convivencia”.

Es común que la violencia se oculte; por ello, es importante estar atentos a los indicios que hacen sospechar maltrato intrafamiliar. Entre ellos, se consideran los siguientes:

- La víctima ha consultado en varias ocasiones alegando accidentes, pero presenta daños físicos que no concuerdan con la supuesta causa accidental relatada.
- La víctima se niega a hablar o muestra reservas o vergüenza al contar lo que ha ocurrido o existe una demora inexplicable en buscar la ayuda médica.
- La víctima es acompañada de algún miembro de la familia u amigo que insiste en estar cerca de ella, de tal manera que impide hablar en privado con ella.
- La víctima manifiesta deseos de no regresar a la casa o temor por la seguridad de otros miembros de la familia.

En situaciones de desastres, las formas más frecuentes de violencia son: violencia basada en género, maltrato a menores, desorden social por grupos más o menos organizados y alteración del orden en los albergues (incluyendo riñas y violencia intrafamiliar).

Pautas generales de actuación

- Actividades de promoción de la salud y prevención específica (como las detalladas en el consumo excesivo de alcohol).
- Entrenamiento de los trabajadores humanitarios y de la salud para que sean capaces de identificar precozmente y manejar las víctimas de la violencia.
- Promover socialmente (por la propia comunidad) la identificación de las familias o individuos con conductas agresivas o violentas para planificar la forma de ayudarlos oportunamente.
- Proteger especialmente a los más vulnerables (por ejemplo, niños, mujeres y ancianos).
- Apoyar la existencia de dispositivos legales y de seguridad, así como orientar a la comunidad sobre su utilización.
- Trabajar en conjunto con los maestros para la identificación y el manejo de las situaciones de violencia que afectan a los niños.
- Prestar especial atención a los albergues y refugios.
- Favorecer los mecanismos de negociación e intermediación para la resolución de conflictos, en especial, los derivados de la situación de la emergencia (como demandas por la no solución de necesidades básicas).

- Evaluar y planear con la propia comunidad y sus líderes la problemática, los recursos disponibles y las posibles maneras de enfrentarlo.
- Las instituciones del sector salud deben establecer relaciones de trabajo con instituciones como comisarías de familia, institutos de protección familiar, etc.
- Los servicios de salud mental deben prepararse para dar respuesta a la problemática de la violencia en situaciones de emergencia.

Remisión de casos a servicios especializados

- Ante graves traumas emocionales puede haber alteraciones transitorias en la conciencia (capacidad de darse cuenta y entender quién es uno mismo y quiénes lo rodean, y de saber dónde y cuándo está). El caso puede remitirse si el trastorno persiste o aparece días después del evento traumático; si el cuadro es muy agudo y variable en el curso de horas, y se alternan períodos de lucidez con períodos en los que se nota "muy perdido", es probable que tenga un trasfondo orgánico. Si existe sospecha de una lesión orgánica cerebral, debe enviarse a un servicio de urgencia hospitalario.
- Personas que presentan complicaciones graves de intoxicación aguda o crónica por alcohol o drogas o quienes muestran síndrome de abstinencia. Necesitan manejo especializado quienes ponen en grave riesgo su propia salud y la de quienes los rodean.
- Casos en los que se sospecha una posible psicosis ("locura").
- Personas que presentan graves alteraciones en el afecto: tienen riesgo de suicidio, expresan deseos de matar a otras personas, se muestran muy aislados, se muestran con reacciones excesivas y anormales, o agitación y agresividad graves.
- Cualquier trastorno psíquico que persiste a lo largo del tiempo (a pesar de la ayuda psicosocial recibida), sufrimiento intenso y dificultades persistentes para la readaptación familiar y social; así como riesgo de complicaciones (como el suicidio).

Recomendaciones finales

- Los gobiernos y la sociedad civil deben colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los desastres y desarrollar recursos para una intervención psicosocial pertinente.
- Atención psicosocial significa, en primer término, garantizar la atención humanitaria y la satisfacción de las necesidades básicas de los afectados.
- Evitar que la ayuda para el sufrimiento sea brindada por psicólogos o por médicos, exclusivamente.
- Lograr que lo psicosocial se convierta en un eje transversal que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia.
- Garantizar el acompañamiento de las víctimas, especialmente de los más vulnerables y de los más afectados.
- La atención psicológica individual es necesaria para la asistencia de determinados casos, pero siempre debe estar enmarcada y vinculada a la ayuda humanitaria y al trabajo de grupos como herramienta fundamental en éstos.
- Fortalecer los procesos de coordinación multisectorial e interinstitucional.
- Impulsar la formación y capacitación del personal de salud y ayuda humanitaria en el campo de la salud mental.
- Encarar los desafíos éticos que implica una atención sin discriminaciones y evitar la revictimización.
- Promover la difusión de información y el intercambio de las experiencias y lecciones aprendidas.

Referencias

1. Gómez C et al. *Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2002.
2. Lima B, Lozano J, Luna J, Pai S, Santacruz H. *Manual para la atención primaria en salud mental para víctimas de desastres*. Bogotá, Colombia: 1986.
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS; 2001. Serie de manuales sobre desastres.
4. Cohen R. *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores humanitarios*. Bogotá: El Manual Moderno; 2000.
5. Organización Mundial de la Salud, *La salud mental de los refugiados*. Ginebra: OMS; 1997.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Capacitación en salud mental: los trastornos psiquiátricos, su identificación y manejo*. Módulo de profundización para médicos y enfermeras. Bogotá: OPS; 2003.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto en Colombia*. Documento de trabajo, Bogotá: OPS; 2001.

Bibliografía complementaria

CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.

Ehrenreich J. *Enfrentando el desastre, una guía para la intervención psicosocial*. Disponible en: jehrenreich@hotmail.com, 1999.

Ministerio de Salud Pública de Guatemala. *Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención: trastornos psíquicos, alcoholismo, violencia intrafamiliar*. Ciudad de Guatemala: Ministerio de Salud Pública de Guatemala.

Organización Mundial de la Salud. *Programa SUPRE: prevención del suicidio. Módulos: un instrumento para médicos generales y un instrumento para trabajadores de atención primaria*. Ginebra: OMS; 2001.

Organización Panamericana de la Salud. *Manejo de cadáveres en situaciones de desastre*. Washington, D.C.: OPS; 2004. Serie manuales y guías sobre desastres.

Rodríguez J, Hernández A. *Psicoterapia: una relación de ayuda*. Ciudad de Guatemala: Empretec; 1999.

Shalev AY. *Estrés traumático y sus consecuencias. Manual para el personal de asistencia profesional*. Washington, D.C.: OPS; 2000.