

Asistencia integral de salud mental en desastres naturales

Raquel Eidelman Cohen¹, Renato D. Alarcón²

- 114 fallecidos
- 553 heridos
- 29 desaparecidos
- 17,312 localidades afectadas
- 1'081,873 afectados
- 185,873 desplazados
- 242,433 viviendas destruidas
- 5,796 kms. de carreteras, inutilizados

Estas cifras, provenientes del Centro de Operaciones de Emergencia Nacional (COEN) y otras dependencias, son expresión elocuente de las devastadoras dimensiones del impacto que lluvias, ríos desbordados, huacos e inundaciones han generado en nuestro país en meses recientes. Hasta el momento, el gobierno ha estimado en 3,000 millones de dólares el costo total de la reconstrucción de las regiones, poblados, carreteras y viviendas destruidas. El consecuente desplazamiento de casi 200,000 personas, el sufrimiento físico (desnutrición, lesiones, infecciones y epidemias) y emocional son casi inconcebibles.

En efecto, las cifras de los estragos y las imágenes diseminadas a través de los medios de comunicación y las redes sociales, hacen que los profesionales de salud en general y de salud mental en particular puedan ya planear y estructurar los esfuerzos que se requieren para restablecer la capacidad funcional de individuos y poblaciones afectadas. Este es uno de los más grandes retos en el área de salud ya que el impacto traumático sobre el ánimo, la cognición y la volición de las víctimas de desastres no solo es difícil de medir sino que cambia muchas veces a lo largo del tiempo que transcurre después del desastre. El impacto es también influenciado por muchas condiciones del entorno físico, social y económico.

El propósito de este documento es presentar las bases de conocimientos útiles para el diseño de un programa integral de atención y cuidados de salud mental a los ciudadanos afectados por un desastre. A lo largo de varias décadas, este tipo de atención se ha incrementado debido a la participación activa de organizaciones y grupos profesionales y al gradual reconocimiento de la relevancia de la preservación de la salud mental individual y colectiva en contextos post-desastre. Este proceso ha tenido lugar en base al drástico cambio en la

experiencia del profesional o trabajador de salud que, laborando en clínicas y hospitales y atendiendo a pacientes programados por turnos y horarios previsibles, enfrentan, de pronto los dilemas creados por cientos o miles de personas que no son entonces solo pacientes sino ciudadanos traumatizados. Este dramático cambio de enfoque, el de lidiar con individuos que presentan signos de desesperación, ansiedad, depresión, insomnio, agresividad y hasta abuso de alcohol o drogas, ha conducido a la elaboración de un cuerpo de conocimientos mediante lecciones aprendidas primero en el campo y luego a través de publicaciones y cursos de capacitación. Estos conocimientos serán presentados como “modelo integrado” de salud mental y física en situaciones de desastre.

El bienestar del ciudadano traumatizado por un desastre no es solo el objetivo final en el manejo de una situación clínica individual. El entorno familiar y socio-ambiental del afectado reviste enorme importancia. Por lo tanto, su manejo debe ser conceptualizado y ejercido como un programa de Salud Pública Comunitaria debido a los muchos niveles de intervención necesarios para restituir el equilibrio emocional y la capacidad de recuperación de la población. Los programas de salud mental, así concebidos, poseen una base más amplia y compleja, más allá de los aspectos puramente médicos y psicológicos, extendida a actividades de consultoría, colaboración, educación, prevención y capacitación en conjunto con equipos multidisciplinarios y agencias comunitarias. El agregado de nuevos componentes se debe también a los avances tecnológicos, incluidos procesos de digitalización que mejoran comunicación, toma de decisiones, medidas de alerta pública y ejecución rápida de medidas de seguridad y protección.

La intensidad y el tipo de desastre permiten apreciar el tipo y nivel de desorganización de su impacto sobre el entorno de la población. Es obvio que los desastres recientes en el Perú han dado lugar a graves pérdidas en diferentes rubros con efectos que, especialmente en el área psicológica, reflejan características personales (“premórbidas”) de grado entre moderado e intenso y de duración variable. El modelo de Atención Integrada ha mostrado ya su efectividad en el manejo de situaciones clínicas debidas a desastres y a las experiencias traumáticas consiguientes.

¹Profesora de Psiquiatría, Escuela de Medicina Miller, Universidad de Miami, Florida, EE.UU.; Miembro Honorario, Academia Nacional de Medicina. Profesora Emérita. ²Profesor Emérito de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Mayo Clinic College of Medicine; Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH); Miembro Asociado, Academia Nacional de Medicina.

Características generales en ocurrencia de desastres

* El impacto emocional de un desastre, ya sea directo o indirecto es universal. Nadie que lo experimente o lo presencie -más aún, como resultado de difusión de la información a través de medios auditivos y visuales- permanece indemne.

* Las reacciones de estrés y duelo en un desastre son respuestas normales del organismo bio-psíquico ante una situación anormal. Muchos de estos síntomas y signos se parecen a los de algún tipo de enfermedad física pero luego cambian por efecto del tiempo y/o ayuda de intervenciones psicológicas.

* Los servicios de salud mental a los sobrevivientes de desastres se deben adaptar específicamente a las comunidades que se atienden y a la cultura de su población. Aspectos culturales como tradiciones, religión, lenguaje y creencias deben ser plenamente respetados.

* Los desastres muestran un patrón evolutivo a través del tiempo, por lo que las intervenciones deben adaptarse a la fase correspondiente del desastre. El impacto a la población y al entorno físico a lo largo de días y semanas refleja cambios que han sido denominados de primera fase o fase aguda o de impacto, segunda o fase de efecto y tercera o fase de reconstrucción. Cada fase tiene características que guían las intervenciones de salud mental.

* Los profesionales y voluntarios que forman los equipos de ayuda provienen del gobierno y del sector privado y constituyen grupos diversos que varían de localidad en localidad pero, generalmente, tienen un carácter multidisciplinario. Cada grupo tiene características específicas, bien definidas y con objetivos claros: equipos médicos, de Defensa Civil, Cruz Roja, salud mental, grupos religiosos, personal de refugios, Fuerzas Armadas, etc. Esto puede dar lugar a ciertas dificultades en procesos de coordinación y colaboración ya que los integrantes de cada grupo están capacitados siguiendo normas y regulaciones propias para, por ejemplo, catalogar conducta disfuncional (normativa en casos de desastres) y guiar sus intervenciones. Otro impedimento en este aspecto es que no comparten sus records o registros profesionales: así, cada grupo guarda sus datos confidenciales y posee información parcial que, por lo mismo, solo posibilita una ayuda fragmentada.

Guías para el Modelo Integral de Salud Mental en Desastres

Los sobrevivientes de ríos torrenciosos, huacos e inundaciones han sido testigos impotentes del feroz poder destructivo de la naturaleza sobre su entorno habitual; han observado el arrasamiento de sus casas, sembríos, animales y lugares de trabajo y han experimentado incluso la pérdida de seres queridos. El efecto traumático es tal que la asistencia que pueda ofrecerse para el alivio de las consecuencias de salud mental tiene que incorporar muchos más elementos de

recuperación que permitan devolver al ciudadano su sentido de equilibrio y adaptación a un mundo transformado. La asistencia a problemas post-desastre de salud mental no puede limitarse pues a solo una intervención clínica, debe seguir un modelo integral que cubra dos niveles, directo e indirecto, cada uno de los cuales tiene, a su vez, tres objetivos.

Objetivos del nivel Directo

Son los siguientes:

1) Restaurar la capacidad funcional del individuo traumatizado de modo tal que pueda retornar y adaptarse a su modalidad anterior.

2) Usar técnicas psicológicas apropiadas para cada fase del proceso de recuperación.

3) Referir a servicios terapéuticos apropiados a pacientes con manifestaciones suficientes de enfermedad mental aguda o crónica, desencadenada o agravada por la experiencia traumática. Aunque el conocimiento neurobiológico de estados emocionales post-traumáticos se ha incrementado, no es posible aún aplicarlo de una manera preventiva a gran escala. Los cuadros clínicos más frecuentes son estrés agudo, trastorno por estrés post-traumático, depresión moderada o severa y ataques marcados de ansiedad. Estos trastornos pueden manifestarse meses y hasta años después del evento traumático *per se*. El tratamiento, a cargo de personal competente y adecuadamente preparado, puede consistir de terapia psicológica, medicación o una combinación de ambas.

Objetivos del Nivel Indirecto

Incluyen:

1) Participar en las actividades de reordenamiento y reorganización del entorno del sobreviviente con el objetivo de reconstituir su mundo cotidiano.

2) Coordinar y cooperar con todas las agencias que asisten al ciudadano en necesidad de cuidados.

3) Ayudar a la población a aceptar y colaborar con las realidades de los programas burocráticos de reconstrucción y asistir en su ejecución eficiente.

Metodologías

Las metodologías para hacer posible el cumplimiento de estos objetivos varían según las capacidades y recursos disponibles en la región afectada y los suministrados por las agencias de ayuda. Las circunstancias post-desastre exigen un esfuerzo multifacético, creativo y flexible a niveles comunitario, financiero, social, cultural y político. Los profesionales de salud mental pueden aconsejar a grupos gubernamentales,

voluntarios y privados sobre actividades cuyo objetivo sea comunicar calma y seguridad a la población.

Pueden también ayudar a reconstituir o reforzar los lazos de familias o grupos, conectándolos con redes de apoyo e instándolos a participar adecuadamente en la solución de sus problemas.

Relación entre fases del desastre e intervenciones de ayuda a poblaciones afectadas

La situación de los sobrevivientes de desastres naturales puede variar en función de factores sociales, estructurales y económicos. Se ha mencionado arriba que este curso de eventos presenta las llamadas fases de impacto, efecto y reconstrucción, cuyas características varían según el tipo de desastre, su intensidad y los recursos con que cuenta la región afectada. La identificación adecuada de estas fases permite la planificación y utilización objetiva de los enfoques y recursos necesarios en el proceso de asistencia.

Existe, pues, acuerdo en que un buen número de poblaciones afectadas se recupera a través del tiempo. La variedad de manifestaciones hace imposible generalizar los procesos de recuperación emocional, pero se cuenta con una base de conocimientos reconocida por muchos profesionales como elementos fundamentales de las técnicas de intervención. Y al insistirse en que las intervenciones deben ser planeadas, organizadas y ejecutadas dentro de un modelo integrado, es importante identificar entonces las diferentes responsabilidades de los profesionales miembros de las agencias de ayuda.

Una asistencia efectiva en desastres requiere de equipos capacitados también para ejercer funciones de liderazgo de la intervención. Cada miembro de un equipo debe conocer a fondo la naturaleza y expectativas esperadas del rol que se le ha asignado. Debe reconocerse asimismo que, particularmente en las primeras semanas post-desastre, puede haber un cierto grado de confusión y desorganización, causado, en parte, por la participación de voluntarios deseosos de ayudar pero aún carentes de experiencia sustentada por preparación y conocimientos adecuados. Es pues importante que las agencias gubernamentales en particular colaboren con organizaciones de voluntarios durante períodos de calma para posibilitar cursos o períodos de preparación y adiestramiento debidamente planeados.

Roles y funciones de servicios de Salud Mental en situaciones de desastre

Los objetivos de profesionales y grupos de ayuda en general para mitigar el sufrimiento de víctimas de desastre son:

*Restablecer la adaptación y el funcionamiento social de las víctimas en el marco de sistemas de socorro rápidamente cambiantes.

*Reducir las repercusiones del trauma mejorando las estrategias de adaptación individual y colectiva.

*Optimizar la comprensión de la naturaleza y características del estrés a fin de mitigar sus efectos negativos.

*Establecer y mejorar niveles de comunicación y la habilidad de los pobladores para obtener tipos concretos de ayuda y resolver problemas emergentes.

*Apoyar relaciones con otros sobrevivientes y miembros del personal de los organismos que proporcionan asistencia en los refugios.

*Trabajar con los organismos de la comunidad en facilitar la apropiada utilización de sus recursos en respuesta a las necesidades de los ciudadanos de todos los grupos etarios.

*Brindar asistencia orientada a la resolución de situaciones de crisis y a favorecer procesos de adaptación a los cambios en la comunidad durante la etapa posterior al desastre, contribuyendo a la normalización de la vida cotidiana de los ciudadanos.

Técnicas de Salud Integrada en situaciones de desastre *

En primer término, deben reconocerse las manifestaciones y conductas del sobreviviente que permiten al proveedor de ayuda reconocer las expresiones de dolor y desesperación, así como las situaciones de contexto que dan forma al estado psicológico a ser atendido:

*Manifestaciones físicas, emocionales y conductuales del estrés producido por los efectos del desastre.

*Reacciones subsecuentes de crisis, modalidades de afronte (*coping*) y readaptación.

*Presencia (o falta) de redes de soporte social, emocional, material y económico.

*Procesos de pérdida y duelo.

*Síntomas de reacciones francamente patológicas.

El reconocimiento y evaluación de estas áreas de comportamiento adaptativo indican el grado de funcionalidad del individuo en sus esfuerzos para sobrevivir los embates de la tragedia y recibir y procesar eficazmente las maniobras de asistencia. En términos generales, se trata de una combinación de cambios psico-biológicos de reacción al trauma y de familiarización gradual con el nuevo entorno al paso del tiempo.

Servicios colaborativos de medicina física y psicológica en desastres

En varios países se vienen desarrollando modelos de servicios colaborativos con beneficios demostrables tanto para los pacientes como para médicos y otros proveedores de salud. Los modelos se han materializado primero en servicios de emergencia y están basados en los resultados de investigaciones de los procesos biológicos que vinculan estrés y patología somática. Nueva información sobre estos fenómenos, proveniente del campo de las neurociencias, permite descripciones y explicaciones más consistentes de las reacciones y conductas post-desastre, conceptos que obviamente permiten intervenciones más precisas y eficientes.

En la fase inicial de toda evaluación, se observan reacciones de negación ante la pérdidas materiales o, más aún, de seres queridos, con lenta aceptación del continuo peligro. Esta es una defensa psicológica que intenta controlar diversos grados de desorganización emocional, cognitiva o volitiva producida por miedo y ansiedad. Siguen luego rápidamente (a veces en materia de minutos), pedidos de información del paciente respecto a sus alrededores, a fin de tener una idea de eventuales peligros futuros, preguntándose también “Que ha pasado aquí”, pues necesita contener su desconcierto y confirmar detalles de la realidad vigente antes de actuar. Finalmente, la persona afectada reconoce que necesita ayuda y requiere ponerse a salvo.

Es pues claro que factores diversos como severidad del trauma, la calidad del soporte social y rapidez en la organización del entorno van a influenciar la actitud y conducta del sobreviviente. Y por el lado del proveedor de ayuda, mientras mayor el conocimiento sobre el impacto físico, psicológico y socio-cultural del desastre sobre el individuo y la comunidad, mejor será la posibilidad de planear y organizar esfuerzos de ayuda en clara necesidad de colaboración multidisciplinaria.

Los modelos modernos de ayuda integrada (algunos la llaman psico-social, otros de Salud Pública) postulan la organización de brigadas de asistencia en desastres compuestas por profesionales de medicina física y salud mental, además de otros proveedores (enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, educadores, consejeros, etc.). La constitución de estos equipos colaborativos requiere ciertos cambios de actitudes y metodologías. Dentro de estas últimas destaca el desarrollo de líneas de responsabilidad claras, acordadas y coordinadas por todos los participantes. Se deben deslindar en lo posible los roles de cada profesional a fin de optimizar la integración y alcanzar una respuesta unificada de servicios de manejo, educación y consultoría. Las guías y reglas administrativas deben adaptarse a cada tipo y etapa de intervención.

Generalmente los equipos tienen un coordinador que ayuda en los procesos de información compartida, planificación, distribución y asignación de recursos,

formulación y ejecución de reglas de colaboración médica e interdisciplinaria y otros detalles administrativos. El proceso de implementación de este modelo colaborativo debe seguir pautas de un protocolo suficientemente preciso y flexible que incluya varias modalidades de intervención psicológica (ayuda primaria o de “primeros auxilios” (*first aid*), intervención en crisis, medicaciones, terapia grupal, consultoría, etc.) en todas las posibles consecuencias clínicas de desastres.

Preparación, prevención y educación pública

Por medio de las redes sociales, televisión y radio se puede preparar y ayudar a poblaciones a cuidar su vida, su salud y seguridad alertándolas sobre catástrofes recurrentes en el país o región. Se sabe que es más difícil predecir terremotos en comparación a cambios climáticos o tsunamis. En todo caso, frente a desastres de diverso tipo, es necesario organizar un programa constante, duradero y efectivo de alerta y prevención. Tal programa debe incluir, como ya se ha señalado, aspectos conceptuales, teóricos y prácticos, con estipulación de recursos de personal y presupuesto y con garantía de continuidad y permanencia a través de posibles cambios políticos. Los equipos oficiales, civiles y privados deben mantener reuniones periódicas de actualización. Las campañas de educación comunitaria deben ser adaptadas a las realidades socio-culturales de la población usando tácticas que no asusten, alarmen o causen pánico. Igualmente, deben efectuarse por lo menos dos veces al año, simulacros de prácticas y manejos que incluyan diseño de refugios e instrucciones de desplazamiento físico a lugares de asistencia.

Los objetivos de los programas de prevención son: 1) Aumento sistemático de la capacidad del ciudadano para informarse de planes y programas de asistencia y educación; 2) Incremento del conocimiento acerca de cómo actuar cuando se recibe información de un desastre inminente; 3) Desarrollo de planes de salvataje para las familias afectadas, con especial énfasis en niños, adolescentes y ancianos; 4) Información acerca de refugios, centros con equipos especiales (vgr., con equipos de oxígeno, atención a discapacitados, ciegos, paralíticos, portadores de enfermedades crónicas e invalidantes, etc.).

Conclusiones

Las múltiples actividades que se puede desarrollar y articular en el contexto de ayuda profesional e integral, con énfasis en la preservación o recuperación de la salud mental, a las víctimas de desastres naturales, están basadas en conocimientos universales del impacto traumático que afecta la estabilidad del sistema bio-psico-socio-cultural de individuos y comunidades. Es importante compartir estos conocimientos a todo nivel, comenzando por el público y los profesionales involucrados, a fin de reforzar la esperanza de alivio y preservación de la salud integral, es decir física y emocional, de todas las personas afectadas.