

SALUD MENTAL¹

La salud mental se ha convertido en uno de los aspectos más importantes en el proceso de recuperación de las poblaciones después de un desastre. Sin embargo, no es fácil convencer a los responsables de establecer programas de prevención y preparación para que incluyan planes de atención de salud mental en los organismos encargados de la salud pública.

Las situaciones de desastre afectan desde el punto de vista psicológico a la mayor parte de la población, sea en forma directa o indirecta. Aquellos cuya vivienda es destruida o pierden a algún ser querido son afectados directos, mientras que los que sufren los efectos inmediatos del fenómeno, pero no tienen esas pérdidas, son afectados indirectos. Todos ellos pueden manifestar desde síntomas psicossomáticos, tales como problemas digestivos, exceso o falta de apetito, palpitaciones y erupciones en la piel, hasta síntomas de índole emocional, tales como dificultades para dormir, estrés, conflictos en su vida de relación familiar, irritabilidad en el trabajo, necesidad de beber alcohol en exceso o tomar psicofármacos. Los niños pueden retomar conductas superadas, como mojarse en la cama, no querer separarse de los padres, tener pesadillas y otros. Los síntomas son tan variados como las personas que los padecen. La experiencia de cada uno es singular y reaccionará de una manera propia. Son conductas normales ante una situación inesperada de gran impacto producida por una amenaza natural.

La primera intervención protectora de la salud mental de las personas afectadas directamente por los efectos del desastre es proporcionarles comida, vestimenta y abrigo para que sus necesidades básicas sean satisfechas. Es

¹ La mayoría de la información que se incluye en esta sección fue tomada del informe sobre Salud Mental presentado por el Dr. Hugo Cohen, OPS-OMS El Salvador, enero-febrero, 2001 (Ver la bibliografía)

importante que las personas afectadas recuperen su organización familiar y laboral habitual y que retomen la vida cotidiana lo antes posible.

La mayoría de los damnificados pueden sentir alivio a sus síntomas hablando con otros sobre lo que están sintiendo, expresando el miedo, pudiendo compartir con otros sus temores, su duelo, su impotencia ante lo ocurrido, su incertidumbre de lo que se puede presentar en el futuro y otros sentimientos. Sólo algunos requerirán la atención de especialistas, pudiendo ser ayudados por el personal de salud o por trabajadores comunitarios capacitados en técnicas como las de intervención en crisis.

Efectos de los terremotos de enero y febrero en la salud mental

En el caso de los sismos de enero y febrero en El Salvador, se estimó² que un 20% de la población afectada indirectamente requerirá de algún tipo de apoyo de psicólogos o psiquiatras. El 80% restante irá recuperando su estado habitual, aunque puede producirse la reaparición de los síntomas ante cada nueva réplica. Los afectados en forma directa necesitarán una atención más intensa y prolongada. Es fundamental intervenir en ambos grupos lo antes posible para evitar así la aparición de problemas posteriores como, por ejemplo, depresiones, reacciones violentas o estrés post trauma. Si la salud mental de la población no es atendida y tratada apropiadamente, los procesos de recuperación y reconstrucción posteriores al desastre se verán seriamente obstaculizados y producirán un impacto negativo en la calidad de vida de estas personas.

El sistema sanitario de El Salvador carecía de capacidad de respuesta para atender eficazmente los aspectos de salud mental en la fase de impacto provocada por el sismo del 13 de enero y sus constantes réplicas.

Entre las reacciones emocionales más frecuentes se encontraron la tristeza, la depresión, intentos de suicidio, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, desorganización personal y conductas violentas, todas ellas consecuencia del impacto del evento, las pérdidas sufridas y la impotencia generada.

Gran parte de los afectados sufrieron la desorganización de sus núcleos familiares por pérdida total o parcial de los miembros de la familia, lo cual produjo un número importante de menores de edad huérfanos, personas viudas y desamparados de la tercera edad.

² Cohen, Hugo. 2001. *Salud Mental*. [Informe técnico]. OPS/OMS El Salvador.

Otro factor que contribuyó al deterioro o desmejoramiento de las condiciones emocionales fueron las sucesivas réplicas y la inseguridad estructural de sus viviendas.

La situación psicosocial de la población se agravó debido al sismo del 13 de febrero y a los dos sismos de menor magnitud del 17 de febrero y del 28 de marzo, y sus correspondientes réplicas, que reavivaron las reacciones de angustia y de pánico y los casos de ansiedad, depresión, insomnio, erupciones cutáneas, diarrea y dolores de estómago causados por el estrés.

Al producirse el segundo sismo, la población perdió su confianza en las explicaciones de los técnicos y de los científicos, quienes en diversas entrevistas a través de los medios de comunicación intentaban calmar a la población explicando que era normal que ocurrieran réplicas por el acomodo de la corteza terrestre después de un sismo. Las predicciones que se transmitían a la población a través de los medios de comunicación, anunciando que los temblores de tierra cesarían al estabilizarse la corteza terrestre, se vinieron abajo y se incrementó el escepticismo y la angustia en la población.

Debido a esta pérdida de confianza, un alto porcentaje de los ciudadanos retomó posiciones superadas, basadas en creencias religiosas arcaicas, tales como que lo ocurrido era un castigo de Dios. Por otra parte, salieron a flote explicaciones basadas en creencias de culturas ancestrales.³

De acuerdo con la información suministrada por el Director del ISSS, como consecuencia de los sismos se registró en este Instituto un aumento de más de un 50% en la demanda de la consulta ambulatoria de salud mental comparado con el mismo período del año 2000. Según los datos oficiales suministrados en el mes de marzo de 2001 por el MSPAS, durante el primer bimestre del año se atendieron más casos en salud mental que durante todo el año 2000.

Respuesta del sector de la salud

La salud mental fue uno de los temas a los que se les brindó especial atención en las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001*⁴. En el anexo No. 3 de dichas guías se incluyó la *Guía práctica para el manejo de salud mental*, en la

³ Una encuesta realizada por una firma muy conocida de los EUA concluyó que el 36% de la población creía que esta serie de sismos era un "designio divino". Publicado en el periódico *The Washington Post*, Pág. A13, 22-02-01.

que se incorporaron lineamientos para la puesta en marcha del plan de salud mental de emergencia por el MSPAS, en coordinación con el COEN, las escuelas, los gobiernos locales, las defensorías municipales y las universidades locales, entre otros.

En ese anexo quedó establecido oficialmente el Equipo de Trabajo para la Emergencia en Salud Mental (ETESAM) con el apoyo del Consejo Asesor de Salud Mental del MSPAS, en el cual participaron también el Instituto Salvadoreño de Seguro Social ISSS, el Hospital Militar y la OPS/OMS conjuntamente con el PNUD, la UNICEF y otras organizaciones.

El objetivo general de las guías sería “minimizar los daños psicosociales de las víctimas directas o indirectas del desastre, a través de la promoción y atención en salud mental”. Este equipo proporcionaría asistencia técnica y coordinaría el trabajo durante la fase de emergencia, fases inmediatamente posteriores y de medio plazo, a través de un trabajo de prevención de trastornos de salud mental, que incluiría una campaña de sensibilización, información y educación, dirigida a la población en general, y de apoyo a las instituciones de servicio.

Para dar continuidad al Plan de trabajo establecido en las Guías se reforzarían los equipos de salud mental de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) en los lugares en los que ya habían iniciado su desarrollo antes de la emergencia, es decir, en los departamentos de San Salvador, La Libertad, Santa Ana y San Miguel.

Se constituyó el equipo de salud mental del MSPAS y se avanzó en la identificación de personal sanitario de las diversas zonas para ser incorporado a los equipos locales de salud mental que se formaron en los departamentos más afectados. El proceso de capacitación fue coordinado con el MSPAS, el PNUD, UNICEF y el ISSS. Desde el 14 de enero, día siguiente al primer sismo, se constituyó con estas organizaciones el Equipo de Trabajo en Salud Mental para la Emergencia (ETESAM). Posteriormente se permitió la participación a diversas instituciones de la comunidad como la Junta de Vigilancia de Psicología, las universidades nacionales, la Alcaldía de San Salvador, las ONGs, la Policía Nacional Civil (PNC), las diferentes iglesias y otros.

Se acordó que se mantuviera la continuidad de la estrategia de trabajo en tres ejes: (a) elaboración y puesta en marcha del plan de comunicación; (b)

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2001. Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001. El Salvador.

conclusión del plan operativo que incluía las acciones para la emergencia y el plan de atención psicosocial; y (c) coordinación entre el MSPAS y el ISSS.

Control de la salud mental en los albergues y en las zonas afectadas

Se constituyeron en los albergues de la periferia de San Salvador siete equipos integrados por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y educadores del MSPAS y del ISSS, que fueron capacitados para la labor ante la emergencia. Su tarea sería la de asistir a los albergues de San Salvador y zonas aledañas para el desarrollo de las acciones de prevención, asistencia y capacitación.

Se propuso que los miembros de los equipos profesionales de salud mental no esperaran a que las personas en crisis que permanecieron en sus casas o cerca de ellas se movilaran a los consultorios, sino que visitaran casa por casa para tratarlas y ver qué necesidades tenían. También se recomendó la atención de estas personas en las unidades médicas locales para descentrali-



Foto: OPS/OMS, J. Jenkins

Centro provisional de atención de salud mental en Santa Cruz Analquito en el departamento de Cuscatlán.

zar los hospitales que brindaban atención psiquiátrica. Se integraron equipos con personal de la Cruz Roja Salvadoreña; Cruz Roja Italiana; la cooperación alemana (GTZ) y de Médicos Sin Fronteras y se coordinó con las instituciones que en cada lugar realizaban tareas de salud mental, como el Instituto Salvadoreño de la Mujer (ISDEMU) y diversas ONGs. Asimismo, se establecieron consultorios de atención en construcciones transitorias.

También estos profesionales efectuaron actividades recreativas con niños. Una vez por semana se hicieron reuniones de seguimiento con los equipos para ver no sólo los aspectos logísticos, sino también los aspectos técnicos; se pidió que después de transcurrir tres semanas pasaran por escrito una autoevaluación que dejara constancia de los principales aprendizajes y logros, las necesidades y las sugerencias para futuras tareas. Concluida esta labor, los equipos se retiraron de los albergues y efectuaron una visita semanal a éstos.

Se elaboraron y difundieron mensajes por los medios de comunicación para tranquilizar y orientar a la población. Se prepararon cartillas y se publicaron guías para la atención de las necesidades psicosociales en desastres, editadas por el Ministerio de Educación (MINED) y todos los organismos miembros del Consejo Nacional de Salud Mental que preside la primera dama.

Se constituyó un equipo de psicólogos para proporcionar apoyo emocional al personal sanitario que lo solicitara y se impartieron charlas con igual fin al personal de varios organismos nacionales e internacionales, como la Secretaría Nacional de la Familia (SNF), el PNUD, la FAO y otros.

Se tuvo como base el enfoque de salud mental comunitaria para el entrenamiento del personal sanitario, miembros de instituciones y voluntarios de la comunidad, que propone rescatar los recursos presentes en las personas a través de la capacitación para intervención en crisis.

En las escuelas se le dio prioridad a la capacitación de los maestros para la atención a niños individualmente, y en los hospitales y centros de salud se entrenó al personal médico, enfermeras y promotores de los departamentos más afectados para que pudiesen prestar los primeros cuidados.

El total de personas capacitadas alcanzó a unos 800 participantes que pertenecían a los siguientes organismos e instituciones: el Sistema Nacional de Salud, las ONGs, las iglesias, los scouts, las universidades, la Procuraduría de los Derechos Humanos, la Policía Nacional Civil, las alcaldías, la Procuraduría de la República y el Poder Judicial, entre otras. La mitad de ellas fueron entre-

nadas en el área de niños y adolescentes.

El Instituto Salvadoreño de la Mujer (ISDEMU) colaboró en los albergues y en las poblaciones donde había profesionales formados en violencia intrafamiliar. Esta colaboración fue muy útil para apoyar a los hospitales y a las unidades de salud, sobre todo en la capacitación en intervención en crisis.

En los albergues, algunos psiquiatras solicitaron antidepressivos para la atención de los pacientes y se utilizaron ansiolíticos en casos excepcionales. Como ninguna de las entidades que atendía la salud mental en los albergues disponía de psicofármacos, la OPS los compró. Para utilizarlos, dado que en El Salvador sólo el Hospital Nacional General y de Psiquiatría tenía autorización para el uso de estos medicamentos, hubo que pedir a los máximos responsables de salud un permiso excepcional para su prescripción.