

La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre: Experiencia en Armero, Colombia

I.A.9

Bruno R. Lima¹
Silvia Pompei²
Hernán Santacruz³
Julio Lozano⁴
Shaila Pai⁵

Summary

Ten months following the destruction of the town of Armero, Colombia, 100 adult patients were screened for emotional problems in two primary health care centers of the disaster area. The detection of patients with emotional problems by the primary care worker (PCW) was also investigated. The Self-Reporting Questionnaire (SRQ), an instrument that has been validated both in routine clinical settings and in disasters was used for the screening. According to the SRQ a prevalence of emotional disorders of 45% was found, but it amounted only to 20% according to the PCW's. The PCW failed to detect 73.7% of the patients that the SRQ had identified as cases.

These findings indicate that the mental health needs of disaster victims and affected communities are very high, and that the PCW is not capable of detecting these cases adequately.

This study provides important empirical data for the training of the PCW and the delivery of mental health care to disaster victims in developing countries.

Resumen

Diez meses después de la destrucción de la ciudad de Armero, Colombia, 100 pacientes adultos fueron entrevistados en dos centros de atención primaria del área del desastre, para evaluar su problemática emocional. Los trabajadores de atención primaria (TAP) detectaron a los pacientes con trastornos emocionales, por medio del cuestionario de Auto-Reporte (CAR), que ha sido validado tanto en situaciones

clínicas rutinarias como en situaciones de desastre. Se encontró una prevalencia de trastornos emocionales del 45%, según los criterios del CAR, y del 20% según el diagnóstico del TAP. El TAP no identificó al 73.7% de los pacientes que de acuerdo con el CAR tenían un trastorno emocional.

Estos hallazgos indican que la necesidad de las víctimas de los desastres y de las comunidades afectadas, de recibir atención psiquiátrica excede a los recursos con los que se cuenta. Estos hallazgos también indican que el TAP no está capacitado para detectar estos casos. Este estudio es un importante aporte empírico para orientar al sector especializado que capacita al TAP para que pueda brindar servicios de salud mental a las víctimas de desastres en los países en desarrollo.

Introducción

La atención primaria en la salud ha sido definida como la estrategia fundamental para lograr el objetivo de "salud para todos en el año 2 000" (36), y la salud mental es uno de sus componentes esenciales (25). El papel del trabajador de atención primaria (TAP) en la prestación de servicios de salud mental está bien establecido, tanto en los países en desarrollo (3,4,37) como en los países desarrollados (28,32).

Sin embargo, se ha descuidado la atención primaria en salud mental a las víctimas de los desastres, aunque estos son frecuentes en los países en desarrollo, en donde los grupos marginados de la salud son los más afectados (7,29), y en donde se configura en esta etapa la estrategia adecuada para brindar servicios de salud oportunos, eficaces, accesibles y con la cobertura necesaria (17). Se han estudiado las intervenciones del sector especializado en salud mental en los periodos posteriores al impacto más inmediato (5,8), pero no se han considerado las posibilidades del TAP para manejar las consecuencias psicosociales de los desastres a mediano o largo plazo (20).

Esta laguna puede deberse en parte, a los diversos problemas de salud que tienen las víctimas, que van desde el manejo de los problemas físicos individuales hasta la mejoría de las condiciones ambientales (26), dándole poca importancia a la salud mental en las acti-

1. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Departamento de Higiene Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos.

2. Auxiliar de Enseñanza, Departamento de Neurología y Psiquiatría, Escuela de Medicina de Botucatu, Universidad del Estado de Sao Paulo, Brasil. Estudiante de Postgrado, Departamento de Higiene Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos.

3. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

4. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana, Jefe de la División de Salud Mental, Servicio Seccional de Salud del Tolima, Ibagué, Colombia.

5. Investigadora Asociada, Programa de Psiquiatría Comunitaria, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos.

vidades posteriores al desastre (16). Esta laguna también puede deberse a la idea de que los problemas emocionales de las víctimas no son frecuentes o no son graves, o a que habría muchas dificultades para capacitar al TAP de manera que pueda detectar oportunamente y manejar eficazmente los problemas emocionales de los damnificados.

Para facilitar la atención del problema en salud mental de las víctimas de los desastres, los autores diseñaron un proyecto a largo plazo que desarrolla y evalúa las acciones del TAP de la salud mental.

1. Identificar la prevalencia de los trastornos emocionales entre las víctimas de los desastres;

2. Identificar o diseñar instrumentos adecuados para entrevistar a las víctimas;

3. Desarrollar material de capacitación en salud mental para el TAP;

4. Evaluar al programa de capacitación, tanto respecto a los conocimientos del TAP como a su habilidad para identificar y manejar correctamente a las víctimas con problemas emocionales.

Este proyecto de investigación se llevó a cabo, en parte, con las víctimas del desastre de Armero, en Colombia. La ciudad de Armero (pob. = 30 000 habitantes) fue completamente destruida el día 13 de noviembre de 1985, cuando el alud provocado por la erupción del volcán Nevado del Ruiz produjo 24 000 muertos y miles de heridos y damnificados (33). Basándose en las observaciones realizadas por uno de nosotros (BRL) después del desastre (18), se anticipó que, debido a sus características especiales, las consecuencias emocionales para las víctimas y las comunidades afectadas serían significativas, tanto a corto como a largo plazo (27). La pérdida del hospital psiquiátrico de Armero, cuyas 90 camas representaban el 87% de los recursos hospitalarios para la salud mental del departamento del Tolima, así como la desaparición de 37 profesionales y funcionarios de salud mental, disminuyeron tremendamente los recursos especializados de la región, transfiriendo *ipso facto* al sector general de salud, y en especial al nivel primario de atención, la responsabilidad de manejar la problemática emocional de las víctimas (31). Se generó, por consiguiente, una situación especial en la que se pudo estudiar el papel del TAP en la prestación de servicios de salud mental a las poblaciones de América Latina afectadas por un desastre de grandes proporciones.

Al entrevistar a una muestra de doscientos damnificados adultos que habían sido ubicados temporalmente en albergues y campamentos en las ciudades vecinas a Armero, encontramos que siete meses después del acontecimiento, había una prevalencia de trastornos emocionales del 55% (23). Es decir, uno de cada dos adultos sufría de un trastorno emocional detectado por el instrumento empleado en la encuesta. Una submuestra (n=104) fue entrevistada psiquiátricamente, y se le dió una lista de síntomas (13) para poder hacer un diagnóstico psiquiátrico clínico y otro de acuerdo con los criterios de la tercera revisión de la clasificación de las enfermedades mentales de la Asociación de Psiquiatría Norte-Americana, la DSM-III (1). Solamente cuatro de los sujetos dejaron de recibir algún diagnóstico psiquiátrico según

alguno de los criterios arriba mencionados. Los diagnósticos que se dieron con más frecuencia fueron el síndrome de estrés postraumático, la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada (22). Se determinó, por consiguiente, que no solamente la frecuencia con la que se identificaron los trastornos emocionales en la encuesta era muy elevada, sino que al examinarse clínicamente una submuestra de las víctimas entrevistadas, se encontró que los trastornos identificados eran de tal intensidad que iban más allá de la morbilidad psiquiátrica menor comúnmente observada en las clínicas de atención primaria (14,15) o en la comunidad (2,6), y ameritaban por lo menos un diagnóstico psiquiátrico formal, ya fuera del clínico o del DSM-III.

Fue evidente, por consiguiente, que había ocurrido una "epidemia de trastornos psiquiátricos" que excedía en mucho a los índices que se encontraban usualmente en la población general. Aunque no hubiéramos estudiado a un grupo control, los datos recabados de los pacientes adultos, por medio del mismo instrumento, en los centros de atención primaria de diversos países en desarrollo, nos revelan una frecuencia de alrededor del 15%. Es decir, casi cuatro veces menos que los que nosotros encontramos en la comunidad estudiada (12). La necesidad de ofrecerle a las víctimas, servicios de salud mental que fueran adecuados y accesibles, parecía ser evidente. Debido al volumen de morbilidad psiquiátrica que se encontró, se necesitaría la participación de los recursos de la salud en general, en especial la del nivel primario de atención, enfocando la problemática asistencial en el TAP. Entonces se planteó la pregunta inicial: ¿Qué capacidad tiene el TAP para detectar a los pacientes con trastornos emocionales, y cuáles son los factores que facilitan o impiden que los reconozca?

En este trabajo informamos acerca de nuestros hallazgos en la encuesta realizada en pacientes de los centros de salud del área del desastre, para evaluar la eficacia con lo que el TAP detectó a los pacientes con trastornos emocionales. Se trató de identificar los factores que dificultaban o facilitaban que se detectaran, a fin de capacitar mejor al TAP.

Métodos

Diez meses después del desastre, los pacientes adultos que frecuentaban las clínicas de atención primaria de las ciudades de Lerida y Guayabal fueron entrevistados para identificar los trastornos emocionales que sufrieran. Simultáneamente, se investigó si el TAP identificaba estos problemas de manera adecuada.

Se hizo un muestreo sistemático de 100 pacientes en las dos clínicas. Ningún sujeto rehusó someterse a la entrevista. Los pacientes fueron entrevistados después de su cita en la clínica, de manera que la aplicación del cuestionario no influyó el contenido o el proceso de la entrevista médica. Los entrevistadores (n=3) eran trabajadores de salud mental, que habían prestado sus servicios en el área del desastre durante mucho tiempo, y que ya habían entrevistado a las vícti-

mas en los campamentos y albergues, y estaban bien familiarizados con el instrumento.

A los sujetos se les aplicó el mismo cuestionario que a las víctimas de los campamentos y albergues, con pequeñas modificaciones. Se recabó información sobre sus características sociodemográficas, sobre la autoevaluación de su estado físico y mental, su vivencia del desastre (incluyendo pérdidas humanas y materiales), el apoyo comunitario recibido y sus planes para el futuro. La encuesta contenía también el Cuestionario de Auto-reporte (CAR), que se le había dado a las víctimas en los campamentos. El CAR se ha utilizado en diversos países en desarrollo (12), y se ha comprobado su validez en situaciones clínicas rutinarias (24,30). A semejanza de otros instrumentos utilizados en encuestas, el CAR es un instrumento que cuando sale positivo, señala a un determinado sujeto como un "caso probable". De acuerdo con las respuestas de las víctimas de los campamentos, el CAR demostró tener una validez adecuada comparado con los resultados de la entrevista psiquiátrica. Estos resultados están de acuerdo con los índices encontrados con los instrumentos utilizados en las encuestas para identificar los trastornos emocionales (9).

Para que el CAR defina a alguien como un "probable caso", utilizamos los siguientes criterios: puntaje de ocho o más en las 20 preguntas de la subescala de síntomas neuróticos del CAR, o puntaje de uno o más en las cuatro preguntas de la subescala de síntomas psicóticos del instrumento.

Los médicos rurales que trabajaban en los centros de salud incluidos en la investigación fueron los TAP. Los médicos llenaron un pequeño cuestionario acerca de los problemas presentados por cada paciente evaluado. Se les preguntaba si solamente tenían un problema físico o un problema emocional, o un problema físico y un problema emocional, o ningún problema. Este cuestionario ha sido utilizado con éxito por la Organización Mundial de la Salud, en diversos países en desarrollo, ya que por su sencillez es adecuado para los servicios de atención primaria, y a la vez es sensible para reflejar el diagnóstico del TAP (11). El cuestionario se le entregaba al médico cuando el paciente salía de su consultorio. Se consideraba que el médico había identificado el problema emocional de su paciente, ya fuera aislado o relacionado con un problema físico concomitante, si así lo indicaba en el cuestionario. Uno de los sujetos tuvo que ser excluido debido a un problema en la codificación del cuestionario.

Se compararon los trastornos emocionales identificados por el TAP con los detectados por el CAR. Se identificaron los factores que dificultaban o facilitaban que se detectaran, para emplearlos como guías para capacitar a los TAP de manera que pudieran atender la salud mental de las víctimas de los desastres. Con estos factores se estudió la influencia que tenían las diversas variables relacionadas con el paciente, como son sus características sociodemográficas, su vivencia del desastre y su estado emocional. También se estudiaron los síntomas psiquiátricos detectados por el CAR. Los veinte síntomas de la subescala neurótica del CAR se agruparon en cuatro grupos clínicamente

relevantes, a semejanza de lo realizado por Goldberg y Hillier con el Cuestionario General de Salud (10). Dos psiquiatras revisaron independientemente los síntomas de la subescala neurótica del CAR y compararon los grupos. En los dos síntomas en que no hubo acuerdo inicial se llegó a un acuerdo consensual. Los síntomas se incluyeron en los siguientes grupos: somatización, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión.

Resultados

Las características sociodemográficas de la muestra están en la tabla 1. Casi dos terceras partes de las víctimas eran mujeres, y tres cuartas partes tenían menos de 45 años de edad. Solamente una tercera parte había estudiado más allá de la escuela primaria y dos terceras partes estaban casados o vivían en unión libre. Todos los sujetos presentaban diversos grados de mestizaje.

TABLA 1
Distribución (%) de las características sociodemográficas seleccionadas de los pacientes que acuden a los centros de atención primaria (N=100)

Características Sociodemográficas		%
Sexo	Masculino	40
	Femenino	60
Edad (Años)	17-44	78
	45-64	16
	65 y más	6
Educación (Años)	Ninguna	12
	1-5	54
	6 o más	33
Estado civil	Soltero	20
	Casado/Unión libre	69
	Separado	7
	Viudo	2

Los resultados obtenidos con el CAR indicaron que había una prevalencia de trastornos emocionales del 45%. El puntaje promedio de la subescala de neurosis en los sujetos que resultaron negativos en el CAR, fue de 4.16 2.04, y en los positivos fue de 8.87 3.8, diferencia que es altamente significativa ($P < .001$). No se observó ninguna diferencia relacionada con algún trastorno emocional identificado por el instrumento en las diversas variables estudiadas. Estas variables incluyeron sexo, edad, estado civil, educación, ocupación, pérdida o cambio de empleo, motivo de la consulta, autoevaluación del estado físico y emocional, consecuencias del desastre (v.g., pérdida de familiares o del patrimonio), apoyo social y planes para el futuro.

En la muestra de pacientes de los centros de atención primaria, se observó que el TAP solamente había identificado problemas emocionales, aislados o relacionados con algún problema físico, en el 20% de los pacientes, o sea, que identificó solamente a 12 de los 45 pacientes que según el CAR posiblemente tenían

TABLA 2

Morbilidad psiquiátrica de los pacientes en los centros de atención primaria (n=99)*, identificada por el CAR y por el TAP*****

CAR	TAP		
	Detectado	No detectado	Total
Positivo	12	33	45
Negativo	8	46	54
Total	20	79	99

- * - Un caso fue excluido por problemas de codificación
- ** - Cuestionario de auto-reporte
- *** - Trabajador de atención primaria

algún trastorno emocional (26.7%), además de que identificó como probablemente normales, a 46 de los 54 pacientes que identificó el CAR (85.2%). El puntaje promedio en las subescalas de neurosis y psicosis del CAR no fue significativamente diferente entre los pacientes que detectó o no detectó el TAP.

Se compararon también otras diferencias entre los pacientes que según el CAR eran positivos pero que según el TAP tenían problemas emocionales. Las variables estudiadas incluyeron los datos sociodemográficos, el motivo de la consulta, el tipo de molestias, la lista de los síntomas, la autoevaluación del estado físico y emocional, los familiares que murieron en el desastre y los planes que tenían para el futuro. La única diferencia significativa entre los pacientes con trastornos emocionales, identificados y no identificados por el TAP, fue respecto a la pérdida de familiares: el TAP detectó menos casos con trastornos emocionales entre los pacientes que habían perdido a algún familiar (18.9%) que entre los pacientes que no habían perdido a nadie en la tragedia (62.5%). Esta diferencia fue significativa ($P < 0.05$).

A continuación se analizó la prevalencia de los trastornos emocionales, detectada por el CAR para cada uno de los síntomas de la subescala de neurosis del instrumento. Cuando se comparó el porcentaje de pacientes que resultaron positivos según el CAR, tuvieran o no los síntomas, se encontró que a casi todos los identificaba significativamente el instrumento como casos probables (tabla 3). Los síntomas que no alcanzaron el nivel de significación estadística de .05 tuvieron una asociación limítrofe en la dirección esperada, oscilando entre el .06 y el .08, con excepción de la dificultad para tomar decisiones (reactivo # 8, $P = .24$). Los síntomas más frecuentes fueron: sentirse nervioso, ansioso o preocupado ($n = 71$, reactivo # 4), asustarse con facilidad ($n = 66$, reactivo # 5), y tener frecuentemente dolores de cabeza ($n = 54$, reactivo # 1). Sin embargo, solamente el 52.1%, el 53.0% y el 55.6% respectivamente, de los pacientes que presentaban estos síntomas, obtuvieron un resultado positivo en el CAR. Según el CAR, los síntomas que mejor predijeron la existencia de un trastorno emocional fueron llorar más de lo normal (reactivo # 18), sentirse incapaz de ser útil en la vida (reactivo # 20) y sentirse devaluado (reactivo # 17). Aunque estos síntomas se hayan presentado con relativamente poca

frecuencia (18%, 21% y 9% respectivamente), cuando ocurre, la posibilidad de que el sujeto tenga un trastorno emocional es del 94.4%, 88.9% y 85.7%, respectivamente. También se observó que estos síntomas pertenecen al grupo depresivo, mientras que los síntomas más frecuentes son de naturaleza ansiosa/somática.

Se analizó la detección de casos que hizo el TAP de los pacientes en los que el CAR había indicado que presentaban un trastorno emocional ($n=45$) debido a sus síntomas individuales. En la tabla 4 se indica que en los pacientes que obtuvieron un resultado positivo en el CAR, el grado de sus síntomas neuróticos y psicóticos no influyó para que el TAP los detectara. Los puntajes promedios de las subescalas de neurosis y psicosis de los pacientes detectados y no detectados por el TAP no fueron significativamente distintos. Se observó que el TAP no había podido detectar como casos a la gran mayoría de los pacientes identificados por el CAR como emocionalmente trastornados. En los pacientes que obtuvieron un resultado positivo en el CAR, se observó que los síntomas que identificó el instrumento no influyeron para que el TAP los detectara (tabla 5). El porcentaje de los pacientes que identificó el TAP no fue significativamente diferente cuando los síntomas estaban presentes o ausentes. En realidad, los síntomas de naturaleza somática y ansiosa impidieron que los detectara. Igualmente los síntomas que favorecían la posibilidad de que el paciente tuviera un trastorno emocional, no facilitaron que el TAP los identificara. Así, el TAP no detectó como un caso psiquiátrico al 88.2% de los pacientes que se sentían devaluados (reactivo # 17); al 68.8% de los pacientes que dijeron que lloraban más de lo normal (reactivo # 18) y al 62.5% de los pacientes que se sentían incapaces de ser útiles en la vida (reactivo # 20). Es interesante notar que de los 10 pacientes que indicaron haber pensado en quitarse la vida (reactivo # 19), el TAP no identificó como caso al 80%.

Discusión

Los resultados de nuestra investigación indican que de los pacientes adultos que frecuentaban los centros de atención primaria de las ciudades vecinas a Armero, diez meses después de la tragedia, la mitad presentaba síntomas psiquiátricos de tal intensidad y con tal frecuencia que fueron identificados como probables casos por el CAR. Estos resultados son semejantes a la prevalencia de los trastornos emocionales que se encontró entre las víctimas ubicadas en los campamentos, en donde se observó que había una prevalencia del 45% cuando se aplicaron los mismos criterios que los empleados en los centros de atención primaria para definir los casos. Aunque nosotros no hubiéramos entrevistado a un grupo control, la prevalencia obtenida fue tres veces más grande que la de los trastornos emocionales observados en los centros de atención primaria que participaron en el estudio colaborativo de la Organización Mundial de la Salud sobre "Estrategias para la Extensión de los Servicios de Salud Mental" en los países en desarrollo (37). Res-

TABLA 3
Prevalencia (%) del trastorno emocional definido por el CAR*, basándose en
síntomas de la subescala neurótica del CAR aplicada a los pacientes (n=100)
de los centros de atención primaria

<i>Síntoma presente</i>					
<i>Síntoma de la subescala neurótica</i>	<i>NO</i>		<i>SI</i>		<i>P</i>
	<i>Número de pacientes con el síntoma</i>	<i>% con trastorno emocional</i>	<i>Número de pacientes con el síntoma</i>	<i>% con trastorno emocional</i>	
<i>Somatización</i>					
1. ¿Le dan muchos dolores de cabeza?	45	31.1	54	55.6	.02
2. ¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	69	36.2	30	63.3	.01
3. ¿Tiene problemas de digestión?	76	35.5	24	75.0	<.001
<i>Ansiedad/ Insomnio</i>					
4. ¿Se siente nervioso, angustiado o preocupado?	29	27.6	71	52.1	.03
5. ¿Se asusta con facilidad?	34	29.4	66	53.0	.03
6. ¿Tiene problemas para dormir?	59	37.3	41	56.1	.06
7. ¿Le tiemblan las manos?	72	37.5	28	64.0	.02
<i>Disfunción social</i>					
8. ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?	64	40.6	36	52.8	.24
9. ¿Le es difícil gozar de las actividades de todos los días?	76	34.2	23	78.3	<.001
10. ¿Su trabajo diario es un sufrimiento?	79	36.7	21	76.2	.001
11. ¿Tiene problemas para pensar con claridad?	81	38.3	19	73.7	.005
<i>Depresión</i>					
12. ¿Se cansa con facilidad?	55	36.4	45	55.6	.06
13. ¿Se le ha quitado el hambre?	62	38.7	37	56.8	.08
14. ¿Se siente infeliz?	73	34.2	24	70.8	.002
15. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	75	34.7	24	75.0	<.001
16. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	72	30.6	24	79.2	<.001
17. ¿Se siente como una persona que no vale nada?	78	33.3	21	85.7	<.001
18. ¿Llora más de lo normal?	81	33.3	18	94.4	<.001
19. ¿Ha pensado en quitarse la vida?	86	41.2	15	86.7	.07
20. ¿Se siente incapaz de ser útil en la vida?	91	40.7	9	88.9	.02

* Cuestionario de auto-reporte

** Trabajador de atención primaria

TABLA 4
Detección de casos con problemas emocionales detectados por el TAP* (%) entre los
pacientes de los centros de atención primaria que obtuvieron
un resultado positivo en el CAR (n=45)**

Puntaje		Detección		P
Subescala neurótica	Total	SI	NO	
0-7	18	38.9	61.1	N.S.
8-9	9	22.2	77.8	N.S.
10-11	7	14.3	85.7	N.S.
12-13	5	-	100.0	N.S.
14-15	5	60.0	40.0	N.S.
16	1	-	100.0	N.S.
Promedio		6.00±4.07	6.32±3.72	N.S.
Subescala psicótica				
0	12	83.3	16.7	N.S.
1	25	68.0	32.0	N.S.
2	8	75.0	25.0	N.S.
Promedio		.60±.68	.37±.62	N.S.

* Trabajador de atención primaria

** Cuestionario de auto-reporte

pecto al centro de Colombia que participó en este estudio, la prevalencia encontrada en una situación clínica rutinaria fue todavía menor (10.8%). A semejanza de lo que hablamos observado en el estudio de las víctimas que vivían en campamentos y albergues, estos datos nos indican que la prevalencia de los trastornos emocionales encontrados en los pacientes adultos de los centros de atención primaria ubicados en un área afectada por el desastre parece deberse al desastre o a sus consecuencias sociales y económicas, las cuales, en los países en desarrollo, están intrínsecamente relacionadas con el mismo desastre.

El TAP detectó como casos solamente a la quinta parte de los pacientes entrevistados, y de esos, solamente 12 habían obtenido un resultado positivo en el CAR. Nuestro estudio anterior sobre la validación del CAR con las víctimas del desastre de Armero (23) nos había demostrado la gran sensibilidad del instrumento, aunque su especificidad fuera ligeramente menor. El que el TAP no haya podido identificar como casos al 73.7% de los pacientes que obtuvieron resultados positivos en el CAR, demuestra sus grandes deficiencias en su desempeño del cuidado de la salud mental.

No se pudo determinar cuáles eran los factores que influían para que el TAP los detectara o no los detectara. Es interesante observar que el TAP consideraba que la sintomatología de las personas que habían perdido a algún familiar era una reacción emocional normal, que no ameritaba un diagnóstico clínico.

Es aún de mayor interés el hecho de que, mientras que prácticamente todos los síntomas de la subescala neurótica del CAR predijeron un resultado positivo en el instrumento, ninguno de estos síntomas hizo que el TAP lo detectara. Esto fue especialmente preocupante respecto a aquellos síntomas que indican claramente que hay un trastorno emocional global. Estos síntomas son de naturaleza depresiva y parece ser que al TAP se le dificulta evaluarlos adecuadamente.

Conclusiones

Los hallazgos de este trabajo indican claramente que hubo una elevada prevalencia de trastornos emocionales después de un desastre natural de grandes proporciones en América Latina, entre los pacientes adultos que frecuentan los centros de atención primaria de un área no directamente afectada. Las actividades del TAP en la detección de problemas emocionales fueron insuficientes, y las tres cuartas partes de los pacientes identificados por el instrumento escaparon a su diagnóstico.

El hecho de que la mitad de las víctimas que se encuentran en los campamentos (22) y en los centros de atención primaria presentaran problemas emocionales indica que los recursos usuales del sector especializado, son insuficientes para atender adecuadamente la demanda ocasionada por la problemática emocional de la comunidad después del desastre. El nivel primario de atención debe brindar los servicios básicos de salud mental, utilizando al sector especializado únicamente para supervisar, consultar y remitirle los casos más complejos (20). Sin embargo, el TAP necesita de una capacitación específica para detectar los casos, pero el sector especializado en salud mental debe impartir esta capacitación. Aunque se puede argumentar que la detección de un trastorno emocional no implica el manejo adecuado del paciente, ni su mejoría clínica, sin embargo es una condición necesaria para poder llevar a cabo las otras dos actividades.

Para capacitar al TAP es necesario desarrollar actividades específicas de educación y entrenamiento en salud mental en situaciones de desastre. Los materiales didácticos deben servir para los cursillos de capacitación del nivel primario. En Colombia se elaboró un manual que se basa parcialmente en los resultados de nuestra investigación (19). Este fue muy bien recibido por los médicos rurales y por las enfermeras profesionales del área del desastre para capacitarse en salud

TABLA 5
Pacientes con trastorno emocional detectados (%) por el TAP* de entre
los pacientes de los centros de atención primaria con un resultado positivo en el CAR**
(n=45) por síntomas del CAR

<i>Síntomas presentes</i>					
<i>Síntomas de la subescala neurótica</i>	<i>NO</i>		<i>SI</i>		<i>P</i>
	<i>Número de pacientes con el síntoma</i>	<i>% con trastorno detectado</i>	<i>Número de pacientes con el síntoma</i>	<i>% con trastorno detectado</i>	
<i>Somatización</i>					
1. ¿Le dan muchos dolores de cabeza?	15	40.0	29	20.7	.17
2. ¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	25	38.0	19	15.8	.25
3. ¿Tiene problemas en la digestión?	27	33.3	18	16.7	.37
<i>Ansiedad/Insomnio</i>					
4. ¿Se siente nervioso, angustiado o preocupado?	8	75.0	37	16.2	.003
5. ¿Se asusta con facilidad?	9	44.4	38	22.2	.35
6. ¿Tiene problema para dormir?	21	28.6	24	25.0	.79
7. ¿Le tiemblan las manos?	26	23.1	17	29.4	.64
<i>Disfunción social</i>					
8. ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?	27	25.9	18	27.8	.89
9. ¿Le es difícil gozar de las actividades de todos los días?	27	25.9	17	29.4	.80
10. ¿Su trabajo diario es un sufrimiento?	30	30.0	15	20.0	.72
11. ¿Tiene problemas para pensar con claridad?	31	32.3	14	14.3	.37
<i>Depresión</i>					
12. ¿Se cansa con facilidad?	19	31.6	26	23.1	.52
13. ¿Se le ha quitado el hambre?	24	37.5	21	14.3	.16
14. ¿Se siente infeliz?	25	24.0	17	29.4	.70
15. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	27	33.3	17	17.6	.43
16. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	22	27.3	19	21.1	.92
17. ¿Se siente como una persona que no vale nada?	27	33.3	17	11.8	.21
18. ¿Lloro más de lo normal?	28	25.0	16	31.3	.85
19. ¿Ha pensado en quitarse la vida?	35	28.6	10	20.0	.89
20. ¿Se siente incapaz de ser útil en la vida?	37	24.3	8	37.5	.75

* Cuestionario de auto-reporte

** Trabajador de atención primaria

mental (21). El manual incluye un revisión inicial de la atención primaria en salud mental y de los problemas psicosociales que aquejan a las víctimas, la evaluación de su estado emocional y la identificación y manejo de los problemas psiquiátricos encontrados con mayor frecuencia. Se da especial atención a los síntomas depresivos, que el TAP parece no ser capaz de identificar correctamente a pesar de su importancia clínica.

El manual fue adaptado y utilizado en el Ecuador para capacitar a los médicos rurales de las provincias afectadas por los terremotos de marzo de 1987. Se sabe que la experiencia adquirida ha sido exitosa y eficaz (34) para la capacitación del TAP en salud mental, en situaciones rutinarias, esperándose que puedan obtenerse resultados semejantes después de los desastres. Sin embargo, aún no se analizan los resultados de la evaluación sistemática que se le hizo al TAP en el Ecuador.

Los resultados de este estudio hacen hincapié en la alta prevalencia de trastornos emocionales que se encuentra en los pacientes adultos que acuden a los centros de atención primaria del área del desastre, y la baja tasa de detección de estos pacientes por el TAP. Sin embargo, la insuficiencia de los recursos del sector especializado, para manejar la problemática emocional

de las víctimas, transfiere al sector primario de atención la responsabilidad de brindar esta atención. Aunque el TAP no sea capaz de desempeñar estas actividades adecuadamente, la experiencia nos enseña que si se le entrena convenientemente en situaciones rutinarias, el éxito que obtuvimos con su capacitación en salud mental nos indica que nuestro estudio es un aporte empírico importante para fomentar la extensión de los servicios de salud mental a las víctimas de desastres, por medio del primer nivel de atención.

Este trabajo se realizó con recursos de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore, Estados Unidos, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia; de la División de Salud Mental del Servicio Seccional de Salud del Departamento del Tolima, Colombia; y del "Natural Hazards Applications and Information Research Center", de la Universidad de Colorado, en Estados Unidos.

Este trabajo está dedicado a las víctimas de la tragedia de Armero, quienes nos enseñaron los límites del sufrimiento y de la esperanza del ser humano.

Reconocimiento

Agradecemos a Sara Alicia Arias Rodríguez, Gloria Amparo Montenegro y Evelia Mondragón, por su entusiasta participación en la recolección de los datos, y a los médicos de los centros de salud de Lérda y Guayabal, en el Tolima, por su colaboración en la ejecución de este proyecto.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual*, 3rd Edition. Washington, D.C., 1980.
2. BEBBINGTON PE, TENNANT C, HURRAY J: Adversity and the nature of psychiatric disorder in the community. *J Affective Dis*, 3:345-66, 1981.
3. BUSNELLO E: *A Integração De Saúde Mental Num Sistema De Saúde Comunitária*. Livraria Do Glodo. Porto Alegre, Brasil, 1976.
4. CLIMENT CE, DIOP BSM, HARDING TW y cols: Mental health in primary health care. *WHO Chr*, 34:231-236, 1980.
5. COHEN RE: Reacciones individuales ante desastres naturales. *Bol Of Sanit Panamer*, 98:171-180, 1985.
6. FINLAY-JONES RA, BURVILL PW: The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychol Med*, 7:475-89, 1977.
7. FUNARO-CURTIS R: *Natural Disasters and the Development Process: A Discussion of Issues*. United States Aid for International Development. Washington, D.C., 1982.
8. GLASS AJ: Psychological aspects of disaster. *JAMA*, 171:222-226, 1959.
9. GOLDBERG DP, BLACKWELL B: Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*, 1:439-443, 1970.
10. GOLDBERG DP, HILLIER VF: A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9:139-45, 1979.
11. HARDING TW, CLIMENT CE, DIOP GR, IBRAHIM HHA, SRINIVASA MURTHY MA, WIG NN: The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care. II. The development of new research methods. *Am J Psychiat*, 140:1471-84, 1983.
12. HARDING TW, DeARANGO WV, BALTAZAR J y cols: Mental disorders in primary health care: A study of their frequency in four developing countries. *Psychol Med*, 10:231-241, 1980.
13. HELZER JE: *DSM-III Criteria Checklist, Stand-Alone Version*. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine. St. Louis, Mo., 1984.
14. INGHAM R, MILLER P: Consulting with mild symptoms in general practice. *Soc Psychiat*, 17:77-88, 1982.
15. JENKINS R: Minor psychiatric morbidity in employed men and women and its contribution to sickness absence. *Psychol Med*, 10:751-757, 1980.
16. LECHAT MF: Disasters and public health. *Bull WHO*, 57:11-17, 1979.
17. LIMA BR: Primary mental health care for disaster victims in developing countries. *Disasters*, 10:203-204, 1986.
18. LIMA BR: Asesoría en salud mental a raíz del desastre de Armero en Colombia. *Bol Of Sanit Panamer*, 101:678-683, 1986.
19. LIMA BR: *Manual para el Trabajador de Atención Primaria en Salud Mental para Víctimas de Desastres*. Ministerio de Salud Pública. Quito, 1987.
20. LIMA BR, SANTACRUZ H, LOZANO J, LUNA J: Planning for health/mental health integration in emergencies. En: M Lystad (Ed), *Mental Health in Mass Emergencies: Theory and Practice*. Brunner/Mazel Psychosocial Stress Series. Nueva York (en prensa).
21. LIMA BR, LOZANO J, SANTACRUZ H: La atención en salud mental para víctimas de desastres. Actividades desarrolladas en Armero, Colombia. *Bol Of Sanit Panamer* (en prensa).
22. LIMA BR, SANTACRUZ H, LOZANO J, LUNA J, PAI S: La atención primaria en salud mental para víctimas de desastres. Armero, Colombia. *Acta Psychiat Psicol Amer Lat* (en prensa).
23. LIMA BR, PAI S, SANTACRUZ H y cols. Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiat Scand* (en prensa).
24. MARI JJ, WILLIAMS P: A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operation characteristics (ROC) analysis. *Psychol Med*, 15:851-859, 1985.
25. Pan American Health Organization: *Health for All by the Year 2 000. Strategies*. Washington, D.C., 1980.
26. Pan American Health Organization: *Emergency Health Management after Natural Disasters*. Scientific Publication No. 407. Washington, D.C., 1981.
27. QUARANTELLI EL: What is a disaster? The need for clarification in definition and conceptualization in research. En: