
EL TRABAJADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL SECTOR ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRE

Bruno R. Lima

INTRODUCCIÓN

La importancia que tienen los desastres naturales para los profesionales de salud mental ha aumentado progresivamente con la identificación de sus consecuencias emocionales a corto, mediano y largo plazo.⁽¹⁻⁵⁾ Tales consecuencias psicosociales han sido estudiadas en diversos tipos de calamidades, como inundaciones,⁽⁶⁻¹²⁾ tornados,⁽¹³⁻¹⁵⁾ incendios y explosiones,⁽¹⁶⁻²⁰⁾ ciclones,⁽²¹⁻²⁴⁾ erupciones volcánicas,⁽²⁵⁻²⁷⁾ terremotos⁽²⁸⁻³³⁾ y otros desastres.⁽³⁴⁻³⁹⁾ Se han desarrollado muchas iniciativas para brindar servicios de salud mental a damnificados, pero se han concentrado en el sector especializado en este terreno y en el periodo inmediato al impacto.

Simultáneamente, se ha aceptado a la atención primaria como la estrategia maestra para lograr el objetivo de "salud para todos en el año 2000", lo que es reflejo de una concientización creciente de su utilidad para extender la cobertura de los servicios de salud.⁽⁴⁰⁾ La importancia de la salud mental en la atención primaria se ha tornado evidente por los diversos estudios, que han demostrado una elevada prevalencia de trastornos emocionales en los pacientes que frecuentan los centros de atención primaria, tanto en los países desarrollados,⁽⁴¹⁻⁴²⁾ como en desarrollo.⁽⁴³⁾ Se sabe que 20% de los individuos que visitan los centros y puestos de salud presentan problemas psiquiátricos o psicosociales significativos,^(44,45) para los cuales existen métodos adecuados y sencillos de atención.⁽⁴⁶⁾ Además, se sabe que existen necesidades de salud mental en las comunidades, las que todavía no se traducen en demanda por servicio, pero significan sufrimiento e incapacidad para millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay unos 40 a 100 millones de individuos con enfermedades mentales graves, y que no menos de 200 millones sufren de trastornos psicosociales con niveles distintos de gravedad e incapacitación y que reciben tratamiento deficiente o nulo.⁽⁴⁷⁾ En los países desarrollados, la atención primaria ha

sido llamada "la piedra fundamental de la psiquiatría comunitaria",⁽⁴⁸⁾ y en los países en desarrollo se considera que el buen éxito de los programas de salud mental depende de su integración adecuada a la atención primaria.⁽⁴⁹⁾ Estas observaciones han impulsado múltiples esfuerzos para integrar la salud mental a la general,^(50,51) los cuales incluyen el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes hacia la salud mental en el trabajador de atención primaria (TAP) para intervenciones eficaces en situaciones comunes.⁽⁵²⁾ La atención en salud mental para las víctimas de desastre, en especial a mediano y largo plazo, también requiere la integración de la salud general con la mental, pero el TAP no ha sido asimilado en este proceso de una manera sistemática.⁽⁵³⁾

Como resultado, estas dos líneas de prestación de servicios y de investigación (atención primaria en salud mental y desastres) no han sido combinadas, lo que es sorprendente por diversos motivos, entre éstos:

1. Los desastres son más frecuentes y producen daños humanos o materiales mayores en los países en desarrollo,⁽⁵⁴⁾ donde los recursos especializados en salud mental son muy escasos⁽⁵⁵⁾ y de por sí insuficientes para atender a la demanda habitual. Después de excluir los datos de los EE.UU. en este siglo, los desastres produjeron 1.5 millones de víctimas en el mundo, y de ellas, un 97% se ubicaron en el Tercer Mundo.⁽⁵⁶⁾
2. Los desastres afectan más duramente a los individuos de los estratos socioeconómicos más bajos, los cuales tienen menor acceso a los recursos de salud en general, y en especial a los de salud mental,⁽⁵⁷⁾ para los cuales la atención primaria es la estrategia más adecuada.
3. Las víctimas de desastre no son consideradas como pacientes psiquiátricos,⁽⁵⁸⁾ sino como individuos en situaciones de estrés, que buscarán más fácilmente servicios de salud en las clínicas generales, que en las de salud mental.⁽⁵⁹⁾
4. Se ha documentado ampliamente que el TAP puede ser capacitado para brindar servicios de salud mental eficaces en situaciones clínicas comunes.⁽⁶⁰⁾
5. Las intervenciones a mediano y largo plazo en salud mental para los damnificados deben ser acordes a las políticas de salud de los gobiernos, que siguen la estrategia de atención primaria señalada por los principios establecidos por la OMS.

La diferencia entre las acciones de salud mental en situaciones diarias (en que se busca la atención primaria) y en situaciones de desastre (que destacan la necesidad del sector especializado) se ha acortado gracias a diversas iniciativas desarrolladas a raíz de la erupción volcánica en Armero, Colombia, y de los terremotos del Ecuador. Este escrito describe los lineamientos de la atención primaria en general y también en salud mental ubicándolos en la situación específica de un desastre. Después pasa

"El documento original se encuentra en mal estado."

especializado en salud mental y enfatiza algunos puntos específicos de la capacitación del nivel primario de atención en salud mental y desastres.

LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

La atención primaria se define como:

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma una parte integral tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.⁽⁶⁰⁾

La salud mental está incluida en los programas de atención primaria⁽⁶⁰⁾ y se han definido las estrategias para brindar los servicios necesarios.⁽⁶¹⁾

Por otro lado, se define al TAP en salud mental como el trabajador de extracción diversa que participa en acciones de salud mental identificadas bajo el concepto de *atención primaria*. Este grupo de personas puede subdividirse en los siguientes segmentos: 1) TAP profesional, que abarca al médico general, enfermera profesional, trabajadora social y terapeuta ocupacional, que realizan acciones de atención primaria en salud mental dentro de su quehacer en salud general, y 2) TAP auxiliar, que incluye al auxiliar de enfermería o de trabajo social, y promotora de salud, que realizan actividades de salud mental en el primer nivel, dentro de su trabajo en salud general. Se reconoce además que los profesionales especializados en otras áreas, como la ginecoobstetricia y la pediatría, también pueden prestar servicios de atención primaria en salud mental.

Los sectores de la comunidad que deben participar en las actividades de atención primaria en salud mental incluyen: las parteras; los vigías de salud; los curanderos; los comités de salud, y otras organizaciones formales o informales de la comunidad, como los maestros, grupos de padres y juveniles, juntas de acción comunal, la iglesia, la policía, la defensa civil, la Cruz Roja, el ejército y otros recursos comunitarios. Las actividades de atención primaria en salud mental que han sido desarrolladas en situaciones clínicas "rutinarias" y aplicadas a nivel local, han necesitado del establecimiento de prioridades. Esta jerarquización ha sido hecha según los criterios de Morley⁽⁶²⁾ para los problemas psiquiátri-

"El documento original se encuentra en mal estado."

que corresponden a la atención primaria. Los criterios en cuestión son la prevalencia y la gravedad del problema, la existencia de técnicas sencillas para su corrección y la preocupación de la comunidad. Cuando estos criterios son aplicados a una situación de desastre, cabe considerar a las víctimas como una población prioritaria en la atención primaria de salud mental, porque: 1) sus problemas emocionales son frecuentes y graves; 2) la comunidad expresa su preocupación por los trastornos emocionales y de conducta de los damnificados, y 3) los TAP pueden ser capacitados para la solución de problemas semejantes a los que privan en situaciones "rutinarias" y, con toda probabilidad, también pueden serlo en el periodo ulterior al desastre. Por consiguiente, es necesario definir, desarrollar y evaluar las actividades de promoción, prevención, identificación, corrección y remisión de los diversos problemas emocionales de las víctimas de desastres, las cuales pueden y deben ser realizadas a nivel primario por el trabajador de salud.

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MENTAL EN DESASTRES

Para el desarrollo de actividades de salud mental en el nivel primario de atención para las víctimas de desastres, es necesario definir los objetivos, la población afectada y las diversas actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

Los objetivos de las acciones de salud mental en el área de desastres por los TAP son: 1) detectar los individuos en las comunidades y en los servicios de salud que presentan problemas emocionales como respuesta al impacto sufrido, y desarrollar actividades de asistencia y rehabilitación en salud mental, y 2) desarrollar actividades de salud mental integradas a todas las maniobras de atención a las víctimas, a corto, mediano y largo plazo.

La población susceptible de presentar trastornos emocionales y la cual deberá atender el TAP, incluye: 1) víctimas directas del desastre, en especial poblaciones afectadas por pérdidas de familiares, amigos y medios económicos, y con limitaciones físicas; 2) personas no directamente afectadas, pero con pérdida de familiares, amigos y medios económicos y con limitaciones físicas; 3) niños, ancianos, minusválidos y personas que cuentan con limitados servicios sociofamiliares y económicos, y 4) trabajadores de salud vinculados a labores asistenciales y de rehabilitación en la zona del desastre.

El TAP deberá desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, asistencia y rehabilitación. Estas actividades pueden ser distintas para el TAP profesional y el auxiliar. Las actividades de promoción y prevención de trastornos emocionales en víctimas de desastre y comunidades afectadas incluyen: 1) promover actividades educativas para la comunidad amenazada por un desastre, y ocuparse de los

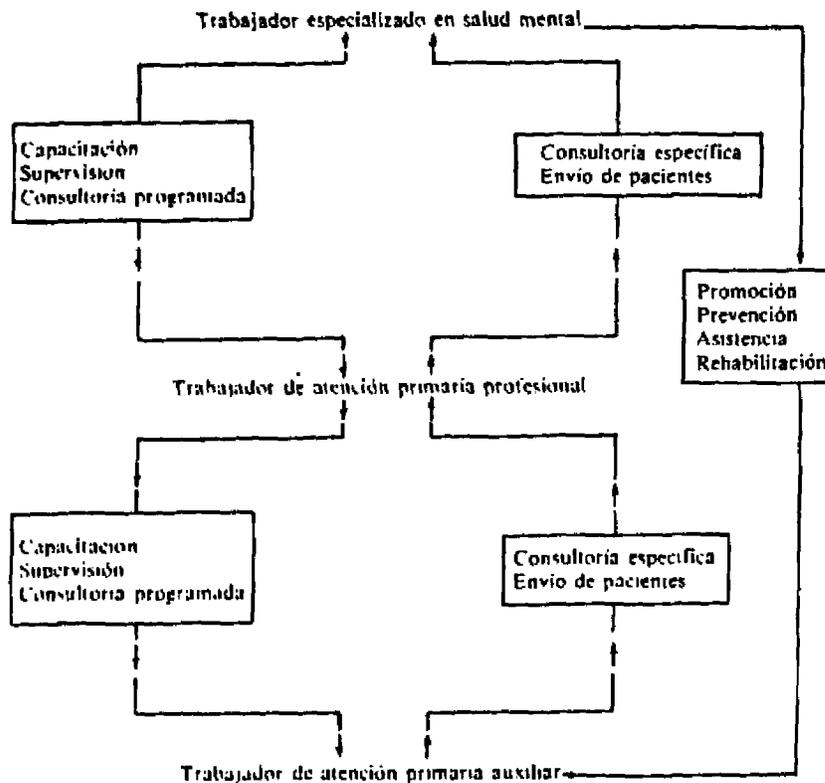
problemas emocionales más comunes, como negación y ansiedad; 2) colaborar con otros programas del sector salud y de otros sectores, para integrar la salud mental en las actividades planteadas por una situación de desastre; 3) coordinar las actividades de salud mental con otros sectores de la comunidad que participan activamente en el desastre, como la Cruz Roja y la defensa civil; 4) conocer el sistema de atención desarrollado de desastres, los servicios de salud y comunitarios existentes, y los mecanismos de acceso a tales recursos, y 5) promover en la comunidad actividades de solidaridad y apoyo, para buscar una respuesta colectiva a la situación de desastre.

Los TAP auxiliares y profesionales deberán estar capacitados para brindar la asistencia necesaria a las víctimas, a través de la identificación temprana y atención eficaz de sus problemas emocionales (figura 1). El TAP auxiliar deberá utilizar diversas medidas en la atención de los problemas emocionales de las víctimas, que incluyen: 1) ventilar la angustia, la depresión y el apoyo emocional; 2) facilitar el acceso a otros servicios de salud o recursos comunitarios que la víctima necesite; 3) informarle objetivamente sobre la situación existente e intentar obtener la información que se le pide; y 4) involucrar a la familia o a amigos en la atención de los problemas emocionales. El TAP auxiliar deberá obtener el apoyo del TAP profesional y discutir la atención de los problemas emocionales de las víctimas en supervisión programada, y solicitar consultoría específica o remitir a la víctima cuando sea necesario a servicio especializado.

El TAP profesional deberá utilizar diversas medidas en la atención de las víctimas que presentan problemas emocionales y que les sean remitidas por el trabajador auxiliar de salud, que incluyan la administración de medicamentos requeridos y la evaluación del estado físico y la situación sociofamiliar. A su vez, el TAP profesional deberá tener el apoyo del trabajador especializado en salud mental, comentar la atención de los problemas emocionales de las víctimas, en la supervisión programada, y solicitar consultoría específica o derivar a esos pacientes, cuando sea necesario.

El TAP también ejecutará actividades de rehabilitación, aunque un tanto limitadas. Deberá mantener estrechos vínculos con las víctimas y sus familiares afectados, para promover su reubicación sociolaboral, optimizar la utilización de recursos y disminuir su nivel de incapacidad por problemas emocionales persistentes. De la misma manera, el TAP deberá promover la aceptación de las víctimas en las comunidades a las que sean desplazadas.

Figura 1. Relación del sector especializado en salud mental con el nivel primario de atención.



PARTICIPACION DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL DENTRO DE LA ATENCION PRIMARIA EN DESASTRES

Los trabajadores en salud mental que participarán en las actividades de atención primaria de su especialidad incluyen: el médico psiquiatra, el psicólogo, la enfermera y la trabajadora social con especialización o capacitación en salud mental, y la terapeuta ocupacional. Los trabajadores especializados recién mencionados desarrollarán actividades de consultoría, supervisión, evaluación y entrenamiento con los TAP profesionales en las áreas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación (figura 1).

La capacitación del TAP en salud mental deberá seguir el modelo de "arrancar por situaciones de crisis rutinarias". La experiencia reunida en desastres latinoamericanos recientes ha demostrado que, cuando

"El documento original se encuentra en mal estado."

do la frecuencia y la gravedad de los trastornos emocionales son significativas, son básicamente de tipo depresivo-ansiosos. Además, los perfiles sintomáticos de las víctimas afectadas emocionalmente parecen ser muy semejantes, aunque los desastres tengan magnitudes distintas. La experiencia de capacitar en salud mental a los trabajadores de salud luego de desastres también mostró que son muy receptivos para nuevos conocimientos y aceptan muy bien las iniciativas del sector especializado en salud mental. Esas características facilitan la tarea de capacitación del TAP en salud mental en desastres.⁽⁶⁴⁾

Como producto de las experiencias en la atención de los problemas emocionales de las víctimas de calamidades, el autor redactó la obra *Manual de Atención Primaria en Salud Mental para Víctimas de Desastres*.⁽⁶⁵⁾ El manual intenta fomentar intervenciones del TAP en la asistencia en salud mental en situaciones de catástrofe y focalizar sus acciones a mediano y largo plazo. Como tal, el manual no abarca los problemas de salud mental inmediatamente después del impacto. Su contenido, sin embargo, debe ser enseñado sin demora a los TAP, luego de desastres, a fin de que estén debidamente preparados para evaluar, identificar y solucionar los problemas emocionales de los damnificados.

El manual busca reunir los conocimientos y prácticas de tres áreas distintas, pero complementarias: atención primaria, salud mental y desastres. Por lo tanto, el autor ha recopilado la información contenida en diversos documentos y manuales que han sido producidos en atención primaria⁽⁶⁶⁻⁶⁹⁾ y desastres,⁽⁷⁰⁾ integrándolos con base en su experiencia, la cual es fruto de diversas actividades. El realizó una consultoría con motivo de la tragedia de Armero, en Colombia, en la cual recomendó diversas medidas.⁽⁷¹⁾ Todas las recomendaciones fueron concretadas en los meses siguientes, e incluyeron una investigación epidemiológica, la capacitación de la red primaria y la preparación de manuales apropiados.⁽⁷²⁾ En la primera sugerencia se estudiaron la extensión y gravedad de los problemas emocionales de las víctimas en campamentos y centros de atención primaria en Colombia, y las acciones del trabajador de atención primaria dirigidas a identificar esos trastornos.⁽⁷³⁾ La capacitación de los trabajadores de salud se hizo a través de diversos cursillos, en los cuales se utilizaron versiones anteriores del manual. Se capacitó a médicos y profesionales de enfermería en Colombia, y a médicos rurales en el Ecuador, a raíz de los terremotos de marzo de 1987. El manual, con base en la información recibida, se ha incorporado a la serie de manuales producidos por la División de Preparativos de Desastres, Emergencias y Urgencias, del Ministerio de Salud de Colombia.

Al final de su capacitación, el TAP deberá ser capaz de obtener información sobre los problemas físicos, psicológicos y sociales que presenten las víctimas, y de desarrollar sus intervenciones en los centros y puestos de salud, así como en la comunidad. Por lo tanto, es necesario que el TAP: 1) desarrolle técnicas sencillas de entrevista; 2) sepa obtener los datos básicos de la historia; 3) haga un examen del estado mental. 4)

"El documento original se encuentra en mal estado."

formule un diagnóstico, aunque provisional, y 5) empiece la asistencia de los problemas detectados.

Durante la entrevista, aunque breve, el TAP debe escuchar las quejas que el paciente trae a la consulta, las cuales con frecuencia serán aparentemente de naturaleza apenas física. Sin embargo, se debe tener en cuenta que a menudo están presentes factores psicológicos importantes. Por ello, el TAP deberá adoptar una actitud de interés y calma, apoyar al paciente, mantener un buen contacto visual, y hacer las preguntas necesarias con empatía y comprensión.

Los datos básicos de la historia psicosocial del paciente incluyen las siguientes áreas: 1) datos familiares y personales: historia familiar, incluyendo antecedentes de enfermedad mental, suicidio, alcoholismo y epilepsia, problemas significativos de desarrollo en la infancia, escolaridad, adolescencia, empleos anteriores y el actual, estado civil y número de hijos, religión, abuso de alcohol y drogas, problemas médicos y quirúrgicos, condiciones de vivienda, y personas con quien vive; 2) problemas emocionales antes del desastre: síntomas, tratamientos, hospitalizaciones y medicamentos; 3) experiencia del desastre: vivencias del peligro, pérdidas (muerte de familiares y amigos, destrucción de la casa, pérdida de bienes y empleo), lesiones físicas y planes para el futuro; 4) problemas emocionales corrientes: sueño, apetito, nivel de energía, uso de alcohol y drogas, cambios en la vida sexual, intereses y actividad, problemas físicos y tratamientos recibidos, y 5) apoyo social y comunitario: familiares, amigos, vecinos, situación de vivienda, situación económica y laboral, e instituciones de apoyo (iglesia, asociaciones comunitarias).

El TAP deberá recordar que determinadas características de la historia clínica de los individuos los tornan más susceptibles para presentar más tarde problemas emocionales. Al recabar los datos de historia del paciente, el TAP deberá identificar específicamente esas características, las cuales incluyen las personas que, antes del desastre, vivían una situación de crisis, estaban mentalmente enfermas, o tenían una enfermedad física. Respecto a los grupos de edad, se sabe que los niños, los adolescentes y los ancianos tienen un mayor riesgo de sufrir dificultades emocionales o de presentar trastornos de conducta.

En el examen del estado mental del paciente, se busca la identificación de alteraciones psicológicas que indiquen la presencia de problemas emocionales. Tales alteraciones se pueden manifestar en la conducta, en su estado de humor o talante, en su manera de pensar, en su capacidad de ver u oír lo que pasa a su alrededor (es decir, en su percepción sensorial) o en sus funciones cognitivas, como la orientación, la memoria y la concentración. El TAP deberá evaluar los siguientes síntomas básicos: 1) conducta (adecuada o "rara", hiperactiva o retrasada); 2) afecto o humor (deprimido, llora, piensa quitarse la vida, ansioso, tenso o preocupado, exaltado, eufórico); 3) pensamientos (¿tiene sentido lo que dice? ¿expresa sus ideas de acuerdo con la realidad?); 4) percepción sensorial (¿oye voces que nadie escucha o ve cosas que nadie ve?); 5) orientación

(¿sabe la fecha, dónde se encuentra, o quién es?); 6) memoria (es capaz de recordar las cosas que pasaron el día de la consulta y las que sucedieron muchos días antes?), y 7) concentración (¿es capaz de concentrar la atención o se distrae fácilmente, pasando de un tema a otro?).

Se sabe que algunos síntomas básicos y bien definidos acompañan a menudo a los problemas de naturaleza emocional. Dichos problemas se dividen en dos grupos: síntomas de angustia o depresión (es decir, síntomas neuróticos) y síntomas psicóticos (que en general indican problemas más graves). Estos síntomas han sido agrupados en el Cuestionario de Auto-Reportaje (CAR). Este es un instrumento sencillo, fidedigno y válido que ha sido utilizado en diversos países en desarrollo⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾ y en desastres.⁽⁷³⁾ De manera general, si se cuantifica con un punto a cada síntoma, la probabilidad de que el paciente sufra un trastorno emocional es mayor cuando alcanza ocho puntos o más en los 20 síntomas neuróticos, uno o más puntos en los síntomas psicóticos, o ambas situaciones. En un desastre se observó que, de los pacientes que alcanzan 12 o más puntos en los síntomas neuróticos, la mayoría (más del 90%) tiene un trastorno psiquiátrico definido, el cual obligará a envío al médico general o al especialista en salud mental. Se observó también que cuando ciertos síntomas neuróticos específicos están presentes, nueve de cada diez víctimas tienen problemas emocionales, aunque no necesariamente graves. Tales síntomas son: sentirse inútil en la vida, sentir cansancio todo el tiempo y tener dificultad para pensar con claridad.⁽⁷⁷⁾

Para la evaluación adecuada del estado psicosocial del paciente, el TAP deberá investigar también los otros problemas que con frecuencia surgen en situaciones de desastre: 1) epilepsia; 2) abuso o dependencia de alcohol; 3) problemas en la corrección de trastornos físicos crónicos, y 4) síntomas físicos inespecíficos. Dichos problemas pueden ser investigados de una manera sencilla. Para identificar la presencia de epilepsia, el TAP pregunta si el paciente ha tenido convulsiones, ataques o caídas, o sacudidas de brazos y piernas, con mordeduras de lengua y pérdida del conocimiento, sin que recuerde lo que pasó. Para investigar el abuso o dependencia de alcohol, el TAP pregunta: "¿alguna vez las personas allegadas a usted le han dicho que bebía demasiado licor?", "¿alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?", "¿ha tenido dificultades en el trabajo o el estudio a causa de la bebida?", "¿ha estado en riñas o ha transgredido la ley estando borracho?", o "¿le parece que bebe demasiado?" Para investigar la presencia de enfermedades físicas crónicas, el TAP pregunta: "¿padece una enfermedad física desde tiempo atrás que requiera control y tomar medicamentos en forma regular?" (ejemplos: hipertensión arterial, diabetes, artritis, enfermedades del corazón). Para investigar la presencia de problemas físicos que se traducen en perturbación emocional, el TAP pregunta sobre decaimiento físico, dolor en la espalda, mareo o dolor de cabeza.

Con base en los datos de la historia y los hallazgos del examen del estado mental, el TAP deberá escoger la intervención adecuada y enviar al

paciente al especialista (psicólogo, psiquiatra) cuando sea necesario. Es importante recordar que las víctimas de desastres son, en su gran mayoría, personas emocionalmente sanas que se ven sometidas a experiencias estresantes y pérdidas que exceden extraordinariamente las vivencias comunes y corrientes que se afrontan en la vida diaria. Muchas de esas personas ni siquiera presentan problemas emocionales, o sólo tienen síntomas leves o transitorios. Sin embargo, si la recuperación se demora y los problemas sociales, empleo y vivienda no son atendidos oportunamente, la proporción de los damnificados con trastornos emocionales o de conducta puede aumentar significativamente.

Las "etiquetas" de salud mental y de psiquiatría se deben evitar, siempre que sea posible. Sin embargo, las víctimas que presentan problemas más graves deben recibir la evaluación y el tratamiento que necesitan, y el TAP utilizará los recursos disponibles para su diagnóstico y atención.

Respecto a los problemas emocionales y psiquiátricos de las víctimas de desastre, es necesario establecer guías para identificación y criterios de envío al sector especializado en salud mental.

Se pueden identificar problemas emocionales, los cuales muy a menudo, por su corta duración o baja intensidad, no son suficientes para un diagnóstico preciso. Estos síntomas incluyen trastornos del nivel de conciencia (p.ej., no puede pensar con claridad o no sabe dónde está); actitudes discordantes frente a una situación (p.ej., duda de su capacidad de recuperarse, o dice escuchar voces); trastornos emocionales (p.ej., llora continuamente o tiene ideas suicidas); trastornos de conducta (p.ej., excitado o usa alcohol/drogas), y síntomas físicos (p.ej., dolor de cabeza, mareo).

Se pueden identificar también trastornos psiquiátricos definidos que corresponden a un diagnóstico formal y justifican un tratamiento pronto y eficaz. Tales problemas incluyen el síndrome de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión. El abuso/dependencia de alcohol o drogas parecen ser problemas frecuentes. Es importante llenar hojas con los datos de diagnóstico y, en lo posible, el TAP deberá enviar a las víctimas con un diagnóstico psiquiátrico al sector especializado para su atención adecuada, la cual, con frecuencia incluirá farmacoterapia.

CONCLUSION

La prestación de servicios de salud mental a las víctimas de desastres, principalmente en los países en desarrollo, incluye enfocar los problemas a mediano y largo plazo, y brindar atención continua e integral. Además, los desastres producen un inmenso número de damnificados, cuyos problemas psiquiátricos y psicosociales requieren atención. Por lo tanto, el nivel primario de atención debe intervenir de modo activo en este proceso ⁽⁷⁸⁾

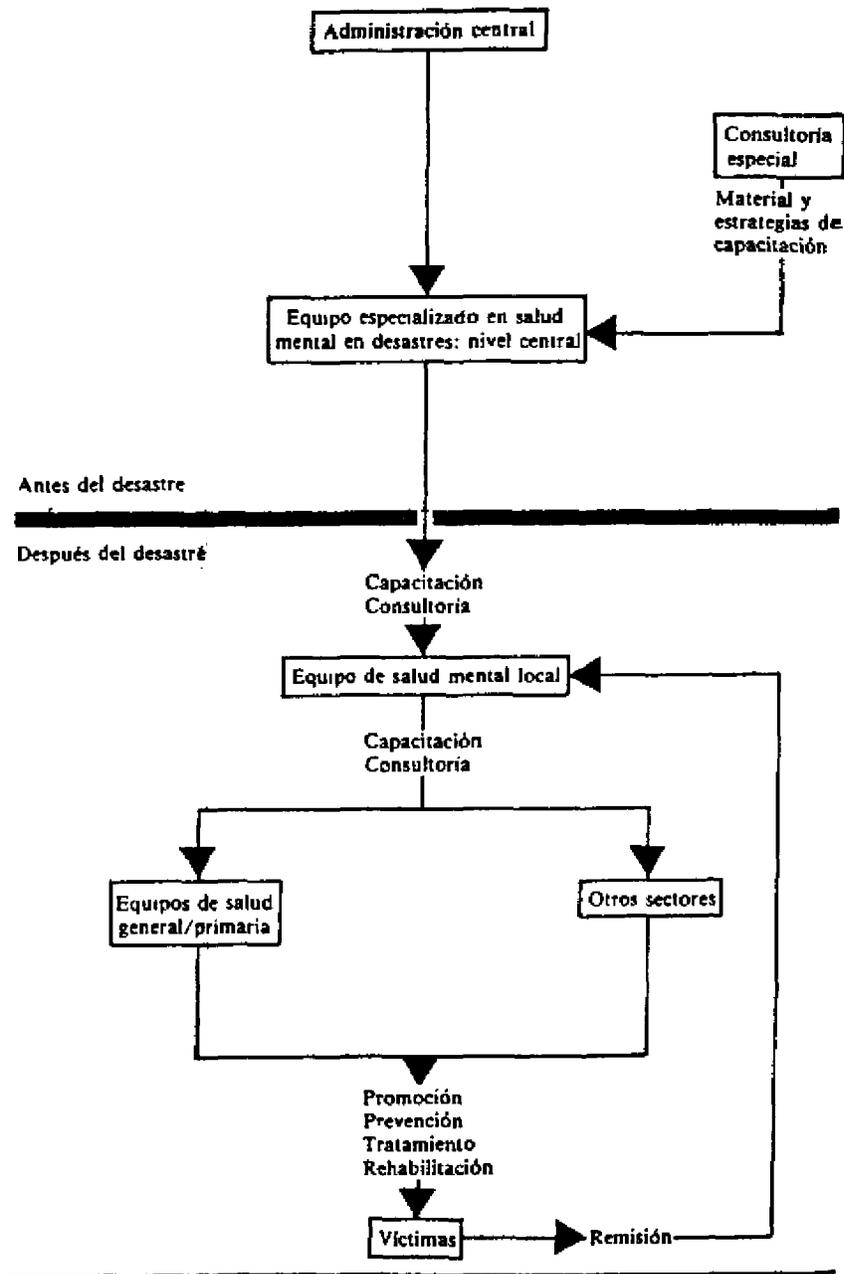


Figura 4. Organización.

"El documento original se encuentra en mal estado."

Las presiones asistenciales no permiten que el TAP esté capacitado para intervenir en una situación de desastre que quizá nunca llegue a ocurrir (figura 2). Sin embargo, a través de consultoría con expertos en calamidades y salud mental, las unidades de este tipo en todos los países deberán tener el material y las estrategias de capacitación estructurados y en operación para el momento en que ocurra una catástrofe. Una vez ocurrida, el equipo central tendrá la responsabilidad de capacitar al equipo local de salud mental, el cual estará en condiciones de asumir el liderazgo en las acciones de su incumbencia en los niveles del sector salud y de otros integrantes de la comunidad. El sector especializado en salud mental brindará asistencia a los pacientes que le sean enviados, pero sus esfuerzos deben concentrarse en las áreas multiplicativas y facilitadoras, a través de las actividades de su esfera en el primer primario de atención.

El modelo comentado concuerda con las estrategias de atención primaria, y destaca la importancia del TAP en los servicios de salud.

La estrategia descrita en este escrito es producto de las experiencias obtenidas en atención primaria, salud mental y desastres, y fue llevada a la práctica en percances recientes. Se espera que en ocasiones futuras, estas ideas sean evaluadas críticamente y perfeccionadas gracias a las experiencias subsecuentes.

REFERENCIAS

1. Tyhurst JS: Psychological and social aspects of civilian disaster. *Can Med Soc Assoc J* 76:385-393, 1957.
2. McGonagle LC: Psychological aspects of disaster. *Am J Public Health* 54:638-643, 1964.
3. Kinston W, Rosser R: Disasters: Effects on mental and physical state. *Psychosom Res* 18:437-456, 1974.
4. Cohen RE: Reacciones individuales ante desastres naturales. *Bol Of Sanit Panam* 98:171-180, 1985.
5. Bromet EG, Schulberg HC: Epidemiologic findings from disaster research, en *American Psychiatric Association Annual Review, Vol 6*. Editado por Hales RE, Frances AJ. Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc. 1987.
6. Menninger WC: Psychological reactions in a emergency (flood). *Am J Psychiatry* 109:128-130, 1952.
7. Bennet G: Bristol Floods 1968. *Brit Med J* 3:454-458, 1970.
8. Titchener JC, Kapp FT: Family and character change at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry* 133:295-299, 1976.
9. Logue JN, Hansen H, Streuening E: Emotional and physical distress following Hurricane Agnes in Wyoming Valley, Pennsylvania. *Pub Health Rep* 94:495-502, 1980.
10. Logue JN, Hansen H: A case-control study of hypertensive women in a post-disaster community: Wyoming Valley of Pennsylvania. *J Human Stress* 6:28-34, 1980.
1. Gleser G, Green B, Winget C: *Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek*. New York, Academic Press, 1981.
2. Dunal C, Gaviria M, Flaherty J, et al: Perceived disruption and psychological distress among flood victims. *J Operational Psychiatry* 16:9-16, 1985.
3. Cobb S, Lindemann E: Neuropsychiatric observation after the Coconut Grove fire. *Ann Surg* 117:814-824, 1943.
4. Adler A: Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. *JAMA* 123:1089-1101, 1943.
5. Mace ME: Some emotional concomitants of disaster. *Ment Hyg* 42:45-50, 1958.

"El documento original se encuentra en mal estado."

16. Moore HE, Friesdam HD: Reported emotional stress following a disaster. *Social Forces* 38:135-139, 1959.
17. Leopold RL, Dillon H: Psycho-anatomy of disaster. *Am J Psychiatry* 119:913-921, 1963.
18. Perrick E, Powell BJ, Sieck WA: Mental health problems and natural disaster: tornado victims. *J Community Psychol* 4:64-68, 1976.
19. Green BL, Grace MC, Lindy JD: Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club fire. *J Consul Clin Psychiatry* 51:573-580, 1983.
20. McFarlane AC: The Ash Wednesday bush fires in South Australia: Implications for planning for future post-disaster services. *Med J Aus* 141:286-291, 1984.
21. Parker G: Psychological disturbance in Darwin evacuees following cyclone Tracy. *Med J Aust* 1:650-652, 1975.
22. Parker G: Cyclone Tracy and Darwin evacuees: on the restoration of the species. *Aust J Psychiatry* 130:548-557, 1977.
23. Patrick V, Patrick WK: Cyclone '78 at Sri Lanka: The mental health trail. *Br J Psychiatry* 138:210-216, 1981.
24. Green B, Grace M, Gleser C: Identifying survivors at risk: Long-term impairment following the Beverly Hills Supper Club fire. *J Consul Clin Psychol* 53:672-678, 1985.
25. Perry RN, Hirose H: Volcanic eruption and functional change: Parallels in Japan and the United States. *Mass Emergencies and Disaster* 1:231-253, 1983.
26. Shore JH, Tatum EL, Vollmer VM: Psychiatric reactions to disaster: The Mt. St. Helen's experience. *Am J Psychiatry* 143:590-595, 1986.
27. Cohen RE: The Armero tragedy: Lessons for mental health professionals. *Hosp Comm Psychiatry* 38:1316-1321, 1987.
28. Popovic M, Petrovic D: After the earthquake. *Lancet* 2:1169-1171, 1964.
29. Langdon JR, Parlier AH: Psychiatric aspects of March 27 earthquake. *Alaska Med* 6:33-35, 1964.
30. Blazevic D, Durijki V, Miletić O, et al: Psychic reactions to a natural disaster. *Lifecnicki Vjesnik* 89:907-921, 1967.
31. Infantes V, Veliz J, Morales I, et al: Psychological observations in the earthquake area: Ancash, 1970. *Rev Neuropsiquiatria* 33:171-188, 1970.
32. Janney JG, Masuda M, Holmes TH: Impact of natural catastrophe on life events. *J Human Stress* 3:22-34, 1977.
33. Ahearn F: Admission to psychiatric services following a natural disaster. *Bull Pan Am Health Org* 97:325-335, 1984.
34. Boman B: Behavioral observations on the Granville train disaster and the significance of stress for psychiatry. *Soc Sci Med* 13A:463-471, 1979.
35. Raphael B: A primary prevention action program: Psychiatric involvement following a major rail disaster. *Omega* 10:211-226, 1979-80.
36. Wilkinson CB: Aftermath of a disaster: The collapse of the Hyatt Regency Hotel skywalks. *Am J Psychiatry* 9:1134-1139, 1983.
37. Lopes-Ibor JJ, Soma J, Cannas F, et al: Psychological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. *Br J Psychiatry* 147:352-365, 1985.
38. Bromet EJ, Parkhson DK, Schulberg HC, et al: Mental health of residents near the Three Mile Island reactor. A comparative study of selected groups. *J Prev Psychiatry* 1:225-276, 1982.
39. Bromet EJ, Schulberg HC, Dunn L: Reactions of psychiatric patients to the Three Mile Island nuclear accident. *Arch Gen Psychiatry* 39:725-730, 1982.
40. World Health Organization: *Primary Health Care: A joint report by the Director-General of the World Health Organization, and the Executive Director of the United Nations Children's Fund*. Geneva, World Health Organization, 1978.
41. Shepherd M: *Psychiatric Illness in General Practice*. London, Oxford University Press, 1967.
42. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA: The "De Facto" US mental health services system: A public health perspective. *Arch Gen Psychiatry* 35:685-693, 1978.
43. World Health Organization: *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the expert committee on mental health*. WHO Tech Rep Ser

- 564, 1975.
44. Harding TW, DeArango MV, Balazsar J, et al: Mental disorders in primary health care: A study of their frequency in four developing countries. *Psychol Med* 10:231-241, 1980.
 45. Giel R, DeArango MV, Climent CE, et al: Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 68:677-683, 1981.
 46. Srinivasa Murty R, Wig NN: The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care. IV: A training approach to enhance the availability of mental health manpower in a developing country. *Am J Psychiatry* 140:1486-1490, 1983.
 47. Gulbinat W: Mental health problems assessment and information support: Direction of WHO's work. *World Health Stat Q* 36:224-31, 1983.
 48. World Health Organization: *Psychiatry and primary health care. Report on a working group*. Geneva, World Health Organization, 1973.
 49. Lin T: Mental health in the third world. *J Nerv Ment Dis* 171:71-78, 1983.
 50. Pincus HA: Linking general health and mental health systems of care: Conceptual models of implementation. *Am J Psychiatry* 137:315-320, 1980.
 51. Goldman HH: Integrating health and mental health services: Historical obstacles and opportunities. *Am J Psychiatry* 139:616-620, 1982.
 52. Harding TW: Task-oriented training in mental health. *Afr J Psychiatry* 12:19-23, 1978.
 53. Lima BR: Primary mental health care for disaster victims in developing countries. *Disasters* 10:203-204, 1986.
 54. Seaman J (ed): *Epidemiology of natural disasters*. Basel, Karger, 1984.
 55. Harding TW: Psychiatry in rural-agrarian societies. *Psychiatric Ann* 8:302-10, 1978.
 56. United States Agency for International Development, Office of U.S. Foreign Disaster Assistance: *Disaster History. Significant data on major disasters worldwide 1900-Present*. Washington, D.C., 1986.
 57. Shapiro S, Skinner E, Kesler L, et al: Utilization of health and mental health services. Three epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 41:971-978, 1984.
 58. Cohen RE: Intervening with disaster victims. en *The modern practice of community mental health*. Editado por Schulberg HC, Killilea M. San Francisco, Jossey-Bass Pub, 1982.
 59. Lindy JP, Grace MC, Green B: Survivors: outreach to a reluctant population. *Am J Orthopsychiatry* 51:468-478, 1981.
 60. Pan American Health Organization: *Plan of action for the implementation of regional strategies*. Official Document No. 179, Washington D.C., Pan American Health Organization, 1982.
 61. World Health Organization: *Mental health care in developing countries: A critical appraisal of research findings. Report of a WHO study group*. WHO Tech Rep Ser 698, 1984.
 62. Morley D: *Paediatric priorities in the developing world*. London, Butterworths, 1973.
 63. Giel R., Harding TW: Psychiatric priorities in developing countries. *Br J Psychiatry* 128:513-22, 1976.
 64. Lima BR, Santacruz H, Lozano J, et al: La atención primaria en salud mental para víctimas de desastres: Armero, Colombia. *Acta Psiq Psicol Am Lat* 34:13-32, 1988.
 65. Lima BR: *La atención primaria en salud mental para víctimas de desastres. Manual para la capacitación del trabajador de atención primaria*. Colombia, Ministerio de Salud, 1987.
 66. Climent CE, DeArango MV: *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Washington, D.C., Organización Panamericana de Salud, 1983.
 67. Lima BR: *Manual de treinamento em cuidados primarios de saude mental*. Porto Alegre, Brasil, RS: Secretaria de Saude e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, 1981.
 68. Murthy RS: *Manual of mental health for multi-purpose workers*. Bangalore, India, National Institute of Mental Health and Neurosciences, 1985.
 69. Swift CR: *Mental health. A manual for medical assistants and other rural health workers*. Nairobi, Kenya, African Medical and Research Foundation, 1977.
 70. National Institute of Mental Health: *Training manual for human service workers in mental health*. Department of Health, Education and Human Services, Washington, D.C., 1978.

"El documento original se encuentra en mal estado."

338. Washington, D.C., Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, 1983
71. Lima BR: Asesoría en salud mental para víctimas de desastres. *Bol of Sanit Panam* 101:678-683, 1985.
76:561-567, 1987.
72. Lima, BR, Lozano J, Santacruz H: Atención en salud mental para víctimas de desastres. Actividades desarrolladas en Armero, Colombia. *Bol Of Sanit Panam* 104:593-598, 1988.
73. Lima BR, Pai S, Santacruz H, et al: Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiatr Scand* 76:561-567, 1987.
74. Harding TW, Climent CE, Diop MD, et al: The WHO Collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am J Psychiatry* 140:1474-1480, 1983.
75. Mari JJ, Williams P: A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (OHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristics (ROC) analysis. *Psychol Med* 15:651-659, 1985.
76. Sen B, Wilkinson G, Mari JJ: Psychiatric morbidity in primary health care. A two-stage screening procedure in developing countries: choice of instruments and cost-effectiveness. *Br J Psychiatry* 151:33-38, 1987.
77. Lima BR, Pai S, Santacruz H, et al: *Primary mental health care in disasters: Armero, Colombia. The prevalence of psychiatric disorders among victims in tent camps.* Working Papers Series No. 62, Boulder, Colorado. Institute of Behavioral Sciences, University of Colorado, 1988.
78. Lima BR, Santacruz H, Lozano J, et al: Planning for health/mental health integration in emergencies, en *Mental Health Response to Mass Emergencies: Theory and Practice*. Editado por Lystad M. New York, Brunner/Mazel, 1988.

Apéndice. Cuestionario de Auto-Reportaje (CAR)

Síntomas Neuróticos

1. ¿Tiene dolores de cabeza?
2. ¿Le falta el apetito?
3. ¿Tiene dificultades para dormir?
4. ¿Se asusta con facilidad?
5. ¿Le tiemblan las manos?
6. ¿Se siente angustiado o preocupado?
7. ¿Tiene problemas con la digestión?
8. ¿Tiene problemas para pensar claramente?
9. ¿Se siente infeliz?
10. ¿Llora más de lo normal?
11. ¿Es incapaz de gozar de sus actividades?
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
13. ¿Su trabajo diario es un sufrimiento?
14. ¿Se siente incapaz de ser útil en la vida?
15. ¿Ha perdido el interés por las cosas?
16. ¿Siente que usted no vale nada?
17. ¿Piensa en quitarse la vida?
18. ¿Siente cansancio todo el tiempo?
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?
20. ¿Siente cansancio con facilidad?

Síntomas psicóticos

1. ¿Piensa que alguien quiere perjudicarlo de alguna manera?
2. ¿Cree que usted es una persona mucho más importante que todos los demás?
3. ¿Piensa que alguien o algo puede controlar, leer o interferir sus ideas?
4. ¿Tiene voces que le hablan o le dicen cosas que usted no oye?

"El documento original se encuentra en mal estado."