

ACTUALIDADES

ASESORIA EN SALUD MENTAL A RAIZ DEL DESASTRE DE ARMERO EN COLOMBIA¹

Antecedentes

Cuando en agosto de 1985 el Ministerio de Salud de Colombia solicitó asesoramiento de la OPS para establecer un programa de atención primaria en salud mental, poco se esperaba que los objetivos y actividades proyectados tuvieran que adaptarse vertiginosamente a las exigencias de una tragedia. El 24 de noviembre era la fecha fijada para emprender el plan inicial que los jefes seccionales de salud mental elaborarían durante un encuentro de dos semanas en la ciudad de Ibagué, capital de Tolima. Este departamento había sido seleccionado por la excelencia de sus servicios de salud mental vinculados a programas comunitarios, que se prestarían especialmente para servir de modelo en el proyecto. Pero ni el encuentro ni la visita propuesta al Hospital Psiquiátrico de la vecina ciudad de Armero pudieron realizarse. El 13 de noviembre, la erupción del Volcán Nevado del Ruiz arrasó íntegramente la ciudad de Armero, dejando a su paso un saldo de 22 000 muertos, 5 000 heridos y un núcleo de sobrevivientes abrumados por la angustia.

Tras urgentes consultas entre las autoridades de la División de Salud Mental del Ministerio de Salud de Colombia y de la OPS, se acordó que el consultor asignado al proyecto original, Dr. Bruno R. Lima, prosiguiera con su trabajo adaptándolo en todo lo posible a la nueva situación. Otro organismo facilitó los servicios de la Dra. Raquel Cohen, de Miami, experta en el área de salud mental y desastres. Mediante la coordinación de ambos asesores, se constituyó un equipo, en el que la Dra. Cohen concentraría sus esfuerzos específicamente en las repercusiones emocionales del desastre y el Dr. Lima, en la problemática asistencial de la red primaria, dentro del contexto más amplio de la elaboración del programa de atención primaria en salud mental.

¹ Basado en el informe de la asesoría sobre el establecimiento de servicios de salud mental para las víctimas del desastre de Armero, preparado por el Dr. Bruno R. Lima, Consultor, OPS.

Modificación de los objetivos

En vista de las urgentes necesidades provocadas por el desastre, los objetivos del asesoramiento se modificaron para integrar la asistencia requerida por los damnificados en la estructuración inicial del programa de salud mental:

1 Evaluar el estado emocional de las víctimas que sobrevivieron al desastre y la atención brindada en los distintos niveles.

2 Establecer un programa de salud mental de emergencia para las víctimas, coordinando su administración y operación con los programas de salud generales y de otros sectores, en los planos nacional, seccional y municipal.

3 Educar y adiestrar al personal de los distintos niveles del sistema nacional de salud sobre los efectos psicológicos del desastre en el individuo y en la comunidad.

4 Brindar asesoramiento intra e intersectorial a los distintos niveles de atención sobre salud mental en una situación de desastre.

5 Evaluar el impacto del desastre en la red primaria de atención de salud, en la capacitación del personal en ejercicio y en la integración de los servicios de emergencia al programa de atención primaria de salud mental en desarrollo.

6 Planificar proyectos de investigación sobre los problemas biopsicosociales de las víctimas y de las comunidades afectadas y sobre la respuesta del sistema de salud a esos problemas.

Evaluación preliminar

Con objeto de realizar esta evaluación, el consultor tuvo discusiones formales e informales con personal de salud nacional, seccional y local; personal de los otros sectores que proveyeron asistencia, tales como la Cruz Roja, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Universidad Javeriana; personal de la red primaria de Ibagué, de los centros y puestos de salud de Lérida y Guayabal, en la zona del desastre, y de los hospitales cercanos en Venadillo, Ibagué, Honda y Mariquita.

Se entrevistó con víctimas seleccionadas en los distintos lugares donde eran atendidas: campamentos de la Cruz Roja, centros y puestos de salud en la zona del desastre y hospitales en la zona circundante. Procuró además establecer contacto con pacientes no afectados directamente por la tragedia, pero que habían sido atendidos previamente en los mismos servicios y también informarse con otros miembros de la comunidad para evaluar sus reacciones y problemas frente a los acontecimientos.

Toda la información recogida, dos semanas después de la erupción del volcán, indicaba que los problemas psicosociales de las víctimas ya estaban claramente establecidos. Muchas de ellas manifestaban estados de ansiedad aguda con pesadillas intensas en las que recapitulaban lo ocurrido. Los estados de depresión eran también comunes, aunque se dieron pocos casos de depresión grave. Se identificaron con frecuencia los mecanismos psicológicos de proyección y negación y estados de confusión agudos en pacientes hospitalizados. En las unidades pediátricas se observaron pacientes con diferentes grados de regresión psicosocial. Los pacientes físicamente ilesos mostraban síntomas de desajuste psicosocial menos acentuado y ansiedad frente a su situación, pero ya eran capaces de vislumbrar planes incipientes para el futuro. Se preveía, sin embargo, que el estado mental de los pacientes se agravaría en los meses siguientes, cuando comenzaran la fase de reconstruir su vida y que, por las dificultades que plantea, se denomina "segundo desastre".

El plan de emergencia

Los consultores de la OPS se reunieron con diversas autoridades de salud mental y equipos de emergencia para discutir los efectos del desastre y la necesidad de coordinar los servicios de salud general con los de salud mental. Se explicó a las autoridades del Departamento de Tolima la función de los asesores y se sentaron las bases para integrar los servicios de salud mental de emergencia a los servicios ya existentes. Se decidió que esa medida de urgencia debería extenderse por el plazo mínimo de un año, adaptándola según cambiara la situación durante ese período. La División de Atención Primaria facilitó datos relativos a recursos humanos, financieros y materiales y a sus funciones y posibilidades de ampliar la ayuda a los damnificados mediante actividades de salud mental.

La Dra. Cohen se encargó de educar y adiestrar a los grupos especializados en salud mental en los aspectos referentes a desastres y a los equipos generales de hospitales y otros sectores en acciones de salud mental que podrían complementar su atención a las víctimas del desastre.

El Dr. Lima se ocupó de reunirse con auxiliares y ayudantes de enfermería así como con las promotoras de salud de la zona urbana y rural de Ibagué e informarse de las actividades y situación de los centros y puestos de salud. Los problemas de salud mental variaban en función de dos factores específicos: el número de refugiados en determinados lugares y la percepción de amenaza debido a la continuidad de la actividad volcánica que les hacía temer un terremoto. Pudo apreciarse un estado de tensión y reactividad emocionales muy alto entre los trabajadores de ese nivel, lo que presentaba dificultades adicionales para el logro del objetivo de capacitarlos para que ayudaran a las víctimas.

Se brindó asesoramiento a los equipos especializados de salud mental y a varias entidades de otros sectores, centrándose tanto en el funcionamiento de los programas como en elementos específicos de la asistencia a las víctimas del desastre. En los hospitales y centros de

salud se trataron aspectos clínicos, como el diagnóstico diferencial de la depresión, la administración de antidepresivos, el manejo de los problemas del sueño, de síndromes de confusión y la elaboración del duelo.

Repercusión del desastre en la atención primaria

Características especiales del desastre de Armero. Las experiencias adquiridas durante el desastre son de valor inestimable para la continuidad y el perfeccionamiento que se espera lograr en el programa de atención primaria de salud mental. La catástrofe de Armero, sin embargo, tuvo características especiales que la distinguen de otros desastres y que implican una larga y difícil prueba para la red de atención primaria a medida que aumenten los problemas psicosociales, secuela de la tragedia.

El alud desencadenado por el volcán destruyó las zonas más prósperas de Armero y esquivó las poblaciones menos privilegiadas que tradicionalmente dependen de los servicios de la red primaria. Debido a las infecciones y subsiguientes amputaciones, ha quedado un número muy alto de discapacitados que no cuentan con mecanismos de apoyo, recursos financieros o posibilidades de empleo. Cabe esperar que los desplazados que han tenido que permanecer por meses en campamentos y albergues transitorios, especialmente los niños, sufran alteraciones de conducta. La asimilación de estas personas en las comunidades crea perturbaciones del orden psicosocial. Además, persiste la amenaza de nuevas erupciones y terremotos, y la población se mantiene en un elevado grado de tensión. En cuanto a los desaparecidos, las comunidades se resisten a declararlos muertos y mantienen la esperanza de que sean hallados, postergando así la elaboración adecuada del duelo por los seres perdidos.

Futuro incremento de la demanda de servicios. Los factores mencionados, más la destrucción de un hospital psiquiátrico importante de 90 camas que ofrecía 5 000 consultas externas anuales y la pérdida de personal especializado, aumentarán la demanda de servicios de salud mental en la red primaria que es el punto de ingreso en el sector salud.

Puesto que los problemas emocionales se manifiestan tanto en su modalidad somática como en la psicosocial, se estima que las personas que padecen epilepsia, diabetes y otras enfermedades crónicas tendrán mayores dificultades para mantener sus regímenes de tratamiento frente a la situación de amenaza constante. Se prevé un incremento de trastornos psicosomáticos: digestivos, cutáneos, cefalalgias y dolores de espalda.

La dura realidad de readaptación a las pérdidas que enfrentan gradualmente los sobrevivientes contribuye también a aumentar los cuadros emocionales de depresión, angustia, trastornos del

sueño, riesgo de suicidio, abuso de alcohol y drogas, conflictos maritales y familiares y ausentismo escolar y laboral. Los pacientes que antes contaban con los servicios psiquiátricos de Armero tendrán que acudir a los puestos y centros de salud de nivel primario.

Los trabajadores de atención primaria. El desastre ha producido en el personal de atención primaria un estado emocional precario que disminuye su capacidad de trabajo. La limitada formación profesional que han recibido, especialmente en salud mental, disminuye sus posibilidades de dar respuesta adecuada a las múltiples demandas que deben enfrentar. Otro motivo que contribuye a derribar las defensas profesionales y a impedir un desempeño más eficiente es la identificación cultural de estos trabajadores con las comunidades en que trabajan y, en consecuencia, con su angustia y dolor. Por otra parte, la naturaleza de su trabajo los aísla en puestos y centros de salud que ofrecen muy pocas oportunidades para compartir experiencias e inquietudes con colegas en situaciones formales o informales. Finalmente, los trabajadores comunitarios han sentido cierto rechazo por parte de la comunidad que teme que el contacto con las víctimas en hospitales y centros de salud pueda hacerlos portadores de enfermedades contagiosas. Estas circunstancias son motivo de preocupación, en cuanto afectan la asistencia que el nivel primario debe ofrecer en una situación de emergencia, cuando aumentan los problemas y la demanda de servicios.

Necesidad de investigación

La demanda excesiva de asistencia que se produce en situaciones de desastre exige concentrar los escasos recursos disponibles en las actividades de mayor eficacia. Sin embargo, la literatura en este campo es deficiente, especialmente en lo que se refiere a salud mental y a los países en desarrollo. Los datos objetivos que puedan obtenerse sobre el desastre serán muy útiles en la estructuración y operación de los servicios de salud en la región afectada y para otras situaciones similares que puedan presentarse.

Hay varias líneas de investigación que pueden dar resultados aprovechables: 1) descripción fenomenológica de los estados psicosociales de las víctimas del desastre en distintos momentos, para identificar precozmente los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de cuadros psicopatológicos crónicos; 2) evaluación de la eficacia de distintas intervenciones en diferentes grupos (psicoterapia individual y focal, terapia de grupo y formas innovativas de tratar a las víctimas, los desplazados, los familiares y la comunidad en general; 3) evaluación del estado emocional de los equipos de salud, con el fin de ensayar técnicas que permitan brindarles apoyo psicológico adecuado de una manera económica y eficaz; 4) definición de pautas para la integración de los servicios de salud mental en los otros servicios para las víctimas del desastre; 5) desarrollo de técnicas para capacitar a los trabajadores de salud en todos los niveles de atención, en particular el primario, de manera que puedan prestar servicios de salud mental a las víctimas de desastres.

Recomendaciones

Fortalecer el personal especializado en salud mental en el Departamento de Tolima contratando, por un período mínimo de un año, a un equipo psiquiátrico completo (psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social y terapeuta ocupacional), como respuesta al aumento de la demanda de esos servicios y a la pérdida del hospital y de parte del personal psiquiátrico de Armero.

Continuar las actividades colaborativas del programa de salud mental con los comités de emergencia nacional y departamental, asegurando su participación en todas las decisiones que tengan implicaciones psicosociales para los damnificados y las comunidades, incluso en la preparación de poblaciones en zonas de riesgo para que puedan hacer frente a la posibilidad de una nueva emergencia.

Establecer una estrategia sistematizada de adiestramiento en salud mental para desastres destinada a la red asistencial, con énfasis en el nivel primario, por la importancia de su función en esos casos. El adiestramiento puede llevarse a cabo en talleres o cursillos empleando manuales o ayudas visuales específicamente diseñados para situaciones de urgencia.

Añadir al programa de atención primaria en salud mental una sección especial para situaciones de desastre.

Lograr, en el mediano plazo, la disponibilidad de equipos especializados, nacionales o departamentales, con el conocimiento y las técnicas necesarios para establecer un sistema de emergencia en salud mental integrado a todos los niveles de atención que pueda colaborar con los otros sectores.

Fomentar la investigación de las consecuencias psicosociales del desastre mediante la evaluación continua de los problemas identificados y la respuesta de los servicios de atención, particularmente la red primaria.

Evaluar los efectos de las acciones propuestas dos o tres meses después del desastre, cuando se estima que los problemas psicosociales de las víctimas y las comunidades sean más graves. La experiencia servirá de base para perfeccionar los programas de atención en vigor y el diseño del programa nacional de atención primaria en salud mental.