





Prevención de desastres: una mirada desde la salud mental

Armando Campos S.
Psicólogo





Índice _____

1. Sobre las iniciativas “post-Mitch” en salud mental: Honduras y Nicaragua	131
2. ¿Qué es salud mental?	138
3. Acerca de las “consecuencias psicológicas” de los desastres	142
4. La prevención de desastres como objeto de salud mental	144
5. Sobre las alteraciones o trastornos psicológicos originadas por las experiencias de desastre	147
6. La importancia de los procesos de significación en las reacciones psicológicas ante los desastres	157
7. Organización de las acciones de salud mental en prevención de desastres	158
8. Apoyo psicológico para el personal de socorro y rescate	165

Bibliografía	167
--------------------	-----

Anexo

Una experiencia en la Salud mental de una ONG salvadoreña	170
---	-----

Lic. Sara González

Psicóloga especialista en trabajo comunitario

Proyecto Help Alemania-PROCOSAL El Salvador

Con apoyo de la Oficina Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO)





1. Sobre las iniciativas “post-Mitch” en salud mental: Honduras y Nicaragua

Aproximadamente un año y medio después que el huracán Mitch azotara el Istmo Centroamericano, el autor de este trabajo ha estudiado las iniciativas organizadas de salud mental emprendidas en los dos países más afectados por esta catástrofe.

Se consideró que el tiempo transcurrido resultaba suficiente para indagar acerca de los fundamentos, evolución y resultados de los correspondientes proyectos, a fin de determinar algunas posibles lecciones, aportar sugerencias y contribuir a la sistematización de iniciativas en curso o futuras.

La información obtenida, siempre de primera mano, seguramente no cubre el amplio espectro de actividades catapultadas por el desastre en esta área de la salud pública. No obstante, permite establecer algunas tendencias programáticas, que es precisamente lo que más interesa a los efectos del presente trabajo. También se tomó conocimiento de varios trabajos de investigación durante el período en referencia.

La característica más general de las iniciativas analizadas ha sido su carácter “reactivo”. Ninguna de ellas representa un planeamiento con visión preventiva integral. No obstante, para que esta aseveración no suene como un juicio desvalorizante, es importante aclarar que esta manera de programar no necesariamente corresponde a “un modo de pensar” la Salud Mental. Constituye un reflejo más de la tendencia “respondiente” que predomina dentro del quehacer de las organizaciones públicas y privadas en materia de desastres. Los profesionales con quienes se tuvo oportunidad de dialogar concuerdan en este punto.

Sin embargo, estas explicables limitaciones no deben hacer perder de vista la siguiente hipótesis, que constituye la viga maestra de las páginas que siguen: la construcción de un enfoque integral sobre la salud mental es una tarea pendiente, sobre todo si se trata de relacionarlo con la prevención de desastres.

Honduras

En la recapitulación de lo actuado a partir del huracán Mitch (octubre 1998), resalta la creación más bien espontánea —y ante la evidente necesidad de resolver una situación confusa y superar la desorientación prevaleciente— de la Comisión de Salud Mental en Situaciones de Desastres (CONISAMED), que contó con el apoyo técnico y financiero de la OPS/Honduras. Según informan los entrevistados, ciertos problemas en las relaciones interinstitucionales y el retiro de muchas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) motivaron su pronta disolución. Sin embargo, alcanzó a plantear un proyecto denominado “Ayudando emocionalmente a nuestros escolares”, cuya coordinación quedó a cargo de un Comité de Educación.





Durante el año 1999, el primero “post-Mitch”, la Secretaría de Salud de Honduras estableció un conjunto de “Lineamientos de Políticas” para la “Transformación del Sector Salud en la Reconstrucción Nacional”, a tres años plazo. Significativamente, sus objetivos no hicieron referencia a la problemática de la salud mental.

No obstante, la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales elaboró durante el mes que siguió al huracán un Plan Nacional de Emergencia en Salud Mental, a 90 días plazo, que incluyó cuatro componentes: educación, asistencia, investigación y asesoría técnica. Para su puesta en marcha, solicitó la cooperación técnica de la OPS.

Posteriormente el Departamento de Salud Mental, instancia técnico-normativa que forma parte de dicha Subsecretaría, elaboró un “Proyecto Nacional de Salud Mental ante la emergencia causada por el huracán Mitch”, a tres años plazo, centrado en el fortalecimiento y extensión de la Red Nacional de Salud Mental, formada por profesionales en Psicología ubicadas en las 9 regiones sanitarias del país.

Según informan las profesionales entrevistadas, el diseño del plan precitado se basó en los trabajos de Raquel Cohen, quien posteriormente les brindó asesoría directa. También se contó con el apoyo de 8 consultores, liderados por Itzhak Levav, ex coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS/OMS.

En la documentación suministrada por este Departamento se registra la realización de varios talleres de capacitación, principalmente sobre “intervención en crisis”.

El Hospital Psiquiátrico de Agudos “Mario Mendoza” ha configurado otro foco de acción importante en este campo. Los psiquiatras entrevistados informan que, contrario a lo esperado, el número de consultas no aumentó en la capital durante la fase de emergencia. Esto les permitió organizar una misión a las Islas de la Bahía, fuertemente dañadas por el huracán, con la perspectiva de realizar allí un plan de intervención en crisis. Según los mismos informantes, esta iniciativa no concordó con las necesidades y expectativas de la población damnificada, por lo que terminaron prestando ayuda en el enfrentamiento de problemas de vivienda y alimentación.

Dos aspectos resultan llamativos en el hecho descrito: primero, que la presencia de casos que demandaran atención médico-psicológica durante la etapa de urgencia fue mucho menor a lo que se esperaba; segundo, que en la autoevaluación realizada por el equipo mencionado se observa la idea de que el trabajo de urgencia en salud mental corresponde a una línea de acción separada, cuyo objetivos no tienen una cabida clara en “las demás” acciones prioritarias de emergencia. Como se discutirá más adelante, esto parece reflejar una dificultad en cuanto a reconocer la salud mental como una dimensión de toda actividad humana que incorpora aspectos positivos para el desarrollo humano.

Aunque no se dispone de documentos de sistematización que permitan conocer sus detalles, el cuerpo profesional del Hospital realizó estudios en varios lugares afectados y se puso en contacto con los medios de comunicación para colaborar en la información suministrada





a la población. Autocríticamente, sus integrantes reconocen que no tenían una estrategia definida de trabajo y que en las reuniones iniciales se efectuó un análisis bibliográfico relativamente improvisado para buscar los lineamientos requeridos.

Evidentemente, el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se situó como la categoría diagnóstica más utilizada. Los profesionales del Hospital la manejan conforme al CIE-10 y los del Departamento de Salud Mental, de acuerdo con el DS-IV. En una y otra instancia se han dado intentos puntuales tendientes a la integración de estos dos sistemas nosológicos. Se ha propuesto elaborar un manual para unificar criterios y como base para la capacitación respectiva.

La llegada de la Fuerza de Tarea Bravo, procedente de los EE.UU., fue un hecho determinante en la orientación de las acciones, ya que vino a aportar capacitación en *debriefing*. Este servicio se convirtió en el recurso metodológico más definido en ambas instancias, hasta el punto que los profesionales del Departamento de Salud Mental estiman que, una vez establecido, la llegada de personas con propuestas distintas más bien interfería en el trabajo.

Su aplicación se dio principalmente en el ámbito escolar, tanto con los niños como con sus profesores, y en los macroalbergues. Cifras extraoficiales indican que alrededor de 1.200 médicos se entrenaron en el uso de esta técnica que, en virtud de su alcance colectivo, fue escogida en lugar de las técnicas tradicionales de “primeros auxilios psicológicos”.

Un primer estudio conducido por la Secretaría de Salud, cuyo informe no detalló el método de evaluación utilizado, fue realizado con 164 adultos y 69 niños en seis albergues de San Pedro Sula. Se encontró que las reacciones de ansiedad se relacionaban más con eventuales pérdidas futuras y con la seguridad de la familia en el propio albergue y mucho menos con las pérdidas ya sufridas. De acuerdo con las descripciones de los entrevistados, la pérdida total de sus bienes y el miedo a morir en las inundaciones fueron los estresores más importantes.

Cuarenta y cinco días después del huracán, comenzó en Tegucigalpa un estudio comparativo, para el cual se tomó una muestra estratificada de 800 adultos residentes en vecindarios de distinto nivel socioeconómico. También se entrevistaron niños entre 6 y 14 años, hijos de madres que quedaron incluidas en la muestra adulta.

Para la medición del distrés en adultos fueron usados dos instrumentos: la Escala PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview Demoralization Scale) y un Cuestionario de Autoevaluación. Para los niños se utilizó una cédula de entrevista de nueve secciones. Para evaluar la presencia de síntomas de depresión mayor durante las dos semanas anteriores, se utilizó una lista de comprobación combinada DSM-IV/CIE-10. Con base en la información documental a que se tuvo acceso, puede decirse que este estudio ha logrado un buen nivel descriptivo, gracias al uso de variados instrumentos y a un prolijo análisis estadístico, pero la discusión de los resultados es todavía insuficiente.





Un grupo de investigadores (América Chirinos y otros) realizó un estudio sobre prevalencia del TEPT en la población de Morolica, nueve meses después del huracán Mitch. De nuevo se emplea una combinación de criterios de evaluación (DSM-IV/CIE-10) y se determina que los estresores más importantes fueron la destrucción de las viviendas, el peligro de morir, la pérdida de bienes materiales y lesiones físicas. Se asevera que las mujeres resultaron más afectadas.

El psiquiatra Mauricio Rovelo comparó la incidencia de intentos suicidas en pacientes adultos atendidos en la emergencia médico-quirúrgica del Hospital Escuela, un año antes y un año después del huracán Mitch. Encontró que no había un aumento significativo de dichos intentos, aunque sí un leve aumento de su efectividad o consumación (2%). En ambos momentos, los intentos suicidas se dieron predominantemente en mujeres.

Un informe de actividades realizadas para la investigación de reacciones psicológicas “post-Mitch, aunque probablemente se encuentra incompleto, proporciona pistas de interés con respecto a las debilidades metodológicas que se requiere superar y permite notar que varias veces se ha incurrido en descuidos éticos, al utilizar instrumentos de recolección de datos sin tomar mayores resguardos ante la posibilidad de que los encuestados revivieren experiencias traumáticas sin el necesario apoyo psicológico.

Por último, cabe hacer notar que si bien se ha tenido éxito en la realización de algunas actividades ocasionales de reflexión y capacitación, las iniciativas tendientes a generar opciones más sistemáticas de perfeccionamiento profesional en este campo no han prosperado.

Se logró obtener, indirectamente, alguna información sobre iniciativas emprendidas por el Ministerio de Educación y el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma.

Nicaragua

Se ha dispuesto de una mejor información sobre lo actuado en este país, porque se realizó un taller de mayor duración y con participación más amplia, recolectándose además una documentación más abundante. De todos modos, se requeriría una investigación más detenida para determinar dónde, si aquí o en Honduras, hubo una mayor diversificación de actividades “post-Mitch” en salud mental. El siguiente es un vistazo a algunas iniciativas emprendidas.

- Existe un proyecto conjunto Ministerio de Salud (MINSAL) - OPS orientado a “la restitución de la salud psicosocial, la prevención de conductas desadaptativas, la intervención en crisis de segunda instancia, la creación de grupos de autoayuda y actividades de capacitación”. En los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud) de varias localidades —Jinotega, Matagalpa, Madriz, Estelí y Rivas— se han llevado a cabo actividades de fortalecimiento de las redes sociales barriales, escuelas





para padres, “capacitaciones” para detectar problemas de salud mental y se han formado equipos de apoyo en salud mental.

- Con el apoyo de UNICEF, el MINSA y el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes han puesto en marcha un proyecto de rehabilitación psicosocial de la población infantil afectada por el huracán Mitch. Propone básicamente rescatar el papel de la escuela como espacio de apoyo emocional. Trabaja con el método denominado “carrusel”, actividad grupal de 4 a 6 horas de duración, que propicia espacios de catarsis, recreación, orientación y detección de los efectos psicológicos de las experiencias traumáticas. Mantiene brigadas móviles formadas por grupos de profesionales que atienden a los niños y niñas en las comunidades y atienden casos especiales.

Este quehacer incluye la creación de brigadas escolares, que funcionan como grupos de base y reciben capacitación para otros eventos. Incluye a líderes comunitarios en su trabajo.

- La Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, por intermedio de la Cruz Roja Americana (AMCross) y la Cruz Roja Española, ha efectuado también una contribución importante. La AMCross ha propuesto definir dos niveles de intervención, basados en la diferenciación entre traumas individuales y colectivos, e intensificar la preparación individual y colectiva para enfrentar situaciones de desastre. La Cruz Roja Española ha desarrollado un proyecto en salud mental infantil.
- La Asociación Médica Cristiana ha desarrollado un proceso de “atención psicosocial” en el Departamento de Chinandega. Utiliza un diseño metodológico planteado por Gilbert Brenson, con una perspectiva de desarrollo comunitario y promoción de la salud mental. Ha realizado un estudio diagnóstico en salud mental dentro de la población damnificada y ha elaborado un Manual de Recuperación Emocional. Ofrece atención individual y grupal y capacitación.
- La Asociación para la Promoción de la Salud Integral Comunitaria desarrolla un modelo de atención para niños y niñas en situación de riesgo, que requiere la cooperación de los padres y profesionales. Utiliza la técnica denominada “psicoterapeutas” e incorpora actividades artísticas y lúdicas a la psicoterapia colectiva.
- El Grupo PAE (Profesionales de Apoyo Emocional) se ha propuesto un modelo de intervención en crisis basado en la idea de que “sólo el amor, la comprensión y el apoyo solidario son capaces de ayudar a estas personas (las víctimas de los desastres) a volver a asumir sus vidas en medio de la desgracia que les ha tocado”. Ha venido ofreciendo servicios de consejería, mediante sesiones individuales y grupales de 45 minutos. Mantiene un programa semanal de radio y ofrece consejería telefónica a familiares de personas fallecidas.





- El Centro Interdenominacional de Estudios Teológicos trabaja en salud mental mediante atención individual, talleres de “recuperación emocional-espiritual” y “grupos de sanación”. En todo ello enfatiza la recuperación de valores y la necesidad de mejorar las comunicaciones dentro de la familia y a nivel social.
- El Instituto de Promoción Humana ha desarrollado en Estelí un proyecto de atención psicosocial en los refugios, promoviendo “espacios catárticos” y talleres para la elaboración del duelo con niños, niñas y adultos.
- La Brigada Esperanza Monge, formada por estudiantes de Psicología voluntarios, ha venido realizando actividades de atención y diagnóstico individual y grupal, con niños y adultos. También ofrece actividades de capacitación y participa en la táctica denominada “puente educativo” orientada a fortalecer el papel de las escuelas en este campo.

Entre las actividades de investigación, la AMCross ha desarrollado un proyecto sobre las representaciones y atribuciones causales de los miskitos sobre la experiencia de desastre. La organización denominada “Puntos de Encuentro” ha presentado una investigación sobre la “afectación emocional” provocada por la situación de desastre en diferentes poblados y su relación con el tipo de ayuda brindada. El informe incluye algunas críticas importantes con respecto a la percepción que se tiene de los afectados y aporta propuestas de movilización comunitaria.

En este aspecto incide también el quehacer académico de la Universidad para la Paz, que se ha propuesto, en lo concerniente al tema, apoyar el desarrollo de políticas y programas orientados a reducir la vulnerabilidad psicológica de la población y contribuir a la investigación psicológica relacionada con la prevención de desastres.

El Cuerpo Médico Militar, por conducto de los trabajos publicados por la psicóloga M. L. Taboada, ha presentado varias propuestas de trabajo en el campo de la salud mental, manteniendo el TEPT como categoría pivote para la atención psicológica y la capacitación de los militares y sus familiares.

Evaluación general

Puede decirse que en los países considerados:

- Aunque en vías de entibiarse, se observa un movimiento que mantiene viva la relación estratégica salud mental-prevención de desastres. No obstante, predomina una actitud respondiente y un enfoque psicopatologista. Las razones que justifican estas distorsiones son muchas, pero es imperativo superarlas. Su mera aceptación carece de consecuencias positivas.





- La multiplicación de iniciativas de servicio en este campo es un hecho loable. No sería una buena idea tratar de limitarla, dado que los recursos disponibles son escasos. Lo preocupante es que las actividades no parecen integradas por un enfoque de intervención unitario. Por el contrario, se constata una dispersión en los objetivos y enfoques metodológicos de las acciones. Las disparidades en cuanto a los destinatarios y actores sociales convocados, si bien es cierto contribuyen al logro de una cobertura diversificada, no obedecen a una planificación concertada.
- La heterogeneidad de opciones metodológicas que se observa en la atención psicológica y psiquiátrica no parece corresponder al pluralismo teórico que caracteriza a esta disciplinas, sino a una escasez de debate productivo. De cualquier modo, es un punto de reflexión insoslayable.
- Muy probablemente por falta de tiempo, no se han elaborado sistematizaciones de las experiencias realizadas. No obstante, aún se está a tiempo para intentarlo.
- Las inquietudes de organización interdisciplinaria y los proyectos de perfeccionamiento profesional en salud mental no se muestran como iniciativas sostenidas.
- No se tienen políticas nacionales de investigación en la materia. En ambos países hay indicios que demuestran un conocimiento muy escaso de las particularidades nacionales y locales en materia de salud mental y más bien se tiende, en muchas ocasiones, al transplante de técnicas validadas en otros países, con características culturales bien diferentes. En este aspecto, es importante tener presente que en países donde han prevalecido graves formas de pobreza y que por añadidura tienen un historial cargado de violencia social, los rasgos del imaginario social ante situaciones de catástrofe son diferentes en comparación a otros que han vivido prolongados procesos de paz social y mejores niveles de desarrollo.
- Salvo que una investigación más a fondo demuestre lo contrario, todo parece indicar que es necesario desmitificar el significado de los “intentos de suicidio” como un indicador supuestamente relevante en los programas de salud mental emprendidos en situaciones de desastre. No hay evidencias que muestren su aumento en estas situaciones. Por el momento, no hay pruebas que permitan interpretar el “no aumento” de las tasas de suicidio como una demostración de éxito en los proyectos de atención psicológica.





Algunas sugerencias

La superación de los problemas planteados no es sencilla ni puede resolverse con rapidez, pero algunas acciones de despegue o fortalecimiento de oportunidades son en este momento factibles y viables en este campo:

- Promover, antes de que la ola se aquiete en la arena, foros nacionales permanentes sobre la prevención de desastres como problema abierto a la salud mental.
- Elaborar un plan nacional de salud mental en prevención de desastres.
- Establecer mecanismos permanentes y sencillos, desburocratizados, de coordinación interinstitucional. Si interfirieran ciertos celos o conflictos, la salud de la población está primero.
- Perfeccionar las bases educativas que dicho plan nacional requiere, mediante ajustes curriculares en la educación formal, primaria, secundaria y universitaria. En el ámbito académico, estimular la realización de trabajos comunales y de graduación en esta área.
- Elaborar un texto guía, debidamente validado con sus usuarios potenciales, en que se definan los objetivos, actividades y fundamentos de cada uno de los niveles de prevención de desastres, desde la perspectiva de la salud mental.
- Mejorar la dotación de instrumentos psicológicos validados para la producción de datos de investigación y para su uso en labores de diagnóstico.

La asignación de responsabilidades y competencias para el cumplimiento de estos objetivos no parece difícil.

2. ¿Qué es salud mental?

Se ha escrito a menudo que la salud mental es indefinible. Se puede entender esta aseveración como una muestra de tolerancia ante la diversidad doctrinal que se da en este campo o como un modo de reconocer la complejidad de la cuestión. Sin embargo, hay algo fundamentalmente ficticio en ella: todo autor está manejando alguna definición a la hora de reportar sus experiencias o de decir lo que piensa al respecto. Aunque no la explicité directamente, podremos leerla en su enfoque o en su manera de trabajar.

Como quiera que sea, es necesario seguir reflexionando sobre el sentido de la salud mental, para superar los reduccionismos que aún campean en ella y reconocerla, con mayor nitidez, en los múltiples ámbitos donde es producida o negada.





Retomando algunos aspectos doctrinales, es oportuno recordar que, hace ya muchos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó a escala planetaria un conjunto de ideas fundamentales: la salud es un proceso que integra lo físico, lo mental y lo social. Es más que la ausencia de enfermedad, aún cuando ésta constituye su negación más evidente. No se trata de un bien personal que cada individuo adquiera y mantenga por sí solo, sino un producto social.

Con el correr del tiempo, estas ideas encontraron un terreno fértil en los esfuerzos por superar la hegemonía de una visión morbo-céntrica y curativa. Sin embargo, la construcción de una perspectiva verdaderamente integral sobre la salud ha resultado ser una meta difícil, cuyo alcance se ve obstaculizado por el complejo juego de posiciones e intereses que se dan en torno a esta cuestión social fundamental.

La definición mencionada, o mejor dicho lo que ella sintetiza, trajo consigo importantísimas innovaciones. Pero, al mismo tiempo, cuando apeló a la noción de “bienestar” para definir lo que hay “más allá” de la ausencia de enfermedad o sufrimiento, colocó en el centro del debate una noción no neutral que, al tocar directamente el complejo tema de las necesidades humanas, “básicas” y “secundarias”, permanece atada a sus connotaciones ideológicas.

Pero, aún en el supuesto de que dicha noción fuera reemplazada por otra, sería muy difícil, y probablemente imposible resolver ese “más allá” de un modo consensual, porque la cuestión se adentra en el territorio de la toma de posiciones y todo un inmenso caudal de conocimiento científico no alcanza para resolver la cuestión por sobre cualquier divergencia. Resulta inevitable remitirse a una visión arquetípica o ideal acerca del desarrollo del ser humano en su triple e indisoluble naturaleza biológica, psíquica y social.

Cada una de esas dimensiones comprende ciertas potencialidades: desde el punto de vista biológico o físico, cada persona constituye un sistema orgánico-funcional susceptible de crecimiento y desarrollo en armonía con el medio, y desde el punto de vista de su condición eminentemente social, un ser potencialmente capaz de superar su propia animalidad en la construcción de formas de organización y relación constructivas y solidarias.

La dimensión psíquica o mental de la salud se refiere a los atributos más específicamente humanos del individuo concreto, esto es, a los procesos de pensamiento, afectividad y acción que lo singularizan. Lo cual nos permite ensayar la siguiente definición:

En tanto proceso, la salud mental tiene como propósito fundamental el fomento, en las personas y en sus vínculos, de un pensamiento lúcido, una afectividad positiva, autoestima y un hacer personal que les permita realizar sus aptitudes, habilidades e intereses creativos. Consecuentemente, no sólo las enfermedades mentales o los trastornos identificables con una visión psicopatológica afectan negativamente estas potencialidades. También lo hacen la ignorancia, los esquemas rígidos de pensamiento, una baja autoestima, la violencia en las relaciones interpersonales, etc.





En tanto producto dinámico, siempre inconcluso, la salud mental se expresa en el desarrollo efectivo de esas potencialidades intelectuales, afectivas y activas. Esto no significa la improbable ausencia de todo trastorno, sino una organización integral de la personalidad que permita ese desarrollo.

La realización de esta relación proceso-producto demanda, por supuesto, ciertas condiciones concretas. Según lo expresó hace tiempo la OMS, la salud no es tan sólo un bien personal que se puede tener o perder. En cualquiera de sus dimensiones es un producto social, es decir, un proceso radicalmente determinado por las formas de organización social con que transformamos nuestro mundo y las condiciones objetivas y subjetivas de nuestra existencia real.

A primera vista, podría decirse que hoy se encuentran superadas las visiones fragmentarias sobre la salud y que la trilogía bio-psico-social refleja un claro y compartido enfoque “holístico”. Varias ideas parecen apoyar esta suposición: la dualidad mente-cuerpo es vista como reflejo de un interés filosófico o místico largamente superado, las barreras fronterizas entre lo biológico y lo psicológico se suponen rotas por lo menos desde que se conoce el papel del cerebro en los procesos psíquicos, las murallas entre lo psicológico y lo social habrían sido derribadas desde el momento en que se comprendió que la formación de la personalidad humana se realiza en interacción con una sociedad concreta. Sin embargo, el desdibujamiento mismo que la salud mental ha experimentado a partir de su usurpación por la enfermedad mental muestra, entre otros aspectos, que todavía es necesario avanzar mucho para construir una perspectiva totalizadora sobre la salud humana.

Salud mental comunitaria

Las definiciones de salud comunitaria que encontramos en la literatura especializada no son homogéneas, lo cual no tiene nada de raro, ya que los dos términos que componen el concepto son objeto de una pluralidad de interpretaciones. Su formulación más sistemática se encuentra en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que ha permeado con gran fuerza la teoría y la práctica de la salud pública o colectiva en todo el mundo, especialmente a partir de la Declaración de Alma-Ata (1978).

El punto básico de la APS es el reconocimiento efectivo de las capacidades inherentes a la atención de primer nivel (realizada en unidades básicas, tales como los puestos y centros de salud) para el fomento de la salud y el diagnóstico y tratamiento oportunos de diversos problemas sanitarios.

Secundariamente, la APS opera como un gran filtro en el tránsito de los pacientes hacia los niveles más especializados de atención, lo que en el área de la salud mental ha incidido en la disminución del consumo de psicofármacos y del número de ingresos psiquiátricos.





Aunque admite diversas variantes en el marco de las políticas nacionales de salud y de los recursos disponibles, su implementación práctica contiene algunos puntos insoslayables:

- la construcción de vínculos coparticipativos entre las comunidades y las organizaciones de servicio, mediante perfiles de actuación llamados “sistemas locales de salud”,
- el papel innovador de los trabajadores de atención primaria (promotores, facilitadores), para fortalecer la participación comunitaria,
- la actuación de equipos especialmente formados para tales efectos (por ejemplo, los “equipos básicos de atención integral en salud” o EBAIS), y
- la producción de una tecnología ajustada a las necesidades y recursos disponibles.

Para decirlo en breve, la cualidad definitoria de la salud comunitaria consiste en la participación de las comunidades, como sujetos colectivos en proceso, en la producción de sus condiciones de salud. Más que a un espacio de acción, hace referencia a actores sociales posibles.

Por definición, una comunidad es un sujeto colectivo que se constituye y desarrolla a partir de algo en común; por ejemplo, una causa, un determinado factor de identidad, etc. Esto permite distinguir varios tipos de comunidades, pero aquellas formadas sobre una “base local” son particularmente importantes para la producción social de la salud. En principio, porque en ellas es posible relacionar los problemas de salud que se producen en situaciones de desastre con procesos subyacentes mucho más complejos.

Es decir, las condiciones previas de salud mental son determinantes en ciertas alteraciones psicológicas descritas como características de estas situaciones, y cuya “aparición” pareciera súbita. A la inversa, “altos niveles de apoyo social dentro de la comunidad están relacionados con menores complicaciones psicológicas” (Mocellin y Rogge, 1995).

La extensión comunitaria de la APS favorece decisivamente la sostenibilidad de las acciones de prevención de desastres, porque éstas pueden integrarse programáticamente a esta estrategia, evitándose así duplicidades inconvenientes para el desarrollo comunitario y el uso ineficiente de recursos escasos.

El propósito básico de la salud mental comunitaria o “salud mental de base”, como prefiere denominarla el psiquiatra italiano Elvio Sisti, consiste en la aplicación práctica de los principios de la APS al fomento integral de la salud mental y a la atención de primer contacto de los problemas de salud mental reconocidos por las propias personas o detectados en otras actividades comunitarias o de consulta. Para alcanzar su cualidad más definitoria (el trabajo coparticipativo) se hace necesario relacionar distintos modos de conocimiento sobre lo normal y lo anormal y sobre la naturaleza, origen y posibilidades de tratamiento de los trastornos detectados.





3. Acerca de las “consecuencias psicológicas” de los desastres

Ninguna población podría permanecer psicológicamente inerte en una situación de desastre. A partir de este lugar común, innumerables autores se han preguntado acerca de la naturaleza y características de los cambios que se producen en el comportamiento individual y colectivo en tales situaciones.

La discusión en torno a los trastornos o enfermedades mentales que pueden afectar a individuos y colectividades en situaciones de desastre, o como secuelas de estas experiencias, ha desembocado en una disparidad de criterios. En tanto que unos parecen particularmente empeñados en demostrar una alta incidencia de trastornos psicopatológicos en este contexto, otros niegan esta interpretación.

Por ejemplo, Cuny escribía, hace 17 años, que “muchas gente comparte el mito, probablemente generado por Hollywood, de que las personas responden ante los desastres con conductas anormales.” Varios otros autores han enfatizado que se trata principalmente de *comportamientos normales en situaciones anormales*.

Esto nos plantea un importante punto de discusión: ¿se producen “abultamientos epidemiológicos” en las evaluaciones de salud mental que se realizan en poblaciones afectadas por desastres?

Los desastres, como se ha escrito reiteradamente, son como grandes lentes de aumento, que ponen a la luz o resaltan problemas nula o débilmente abordados en otros momentos. Además, comúnmente se produce, cuando ellos suceden, la extensión más o menos repentina de la atención psicológica y psiquiátrica a sectores donde antes no llegaba o llegaba muy escasamente, lo que por supuesto determina el registro de un número significativamente mayor de “casos” y abre la posibilidad de que se entremezclen, en los diagnósticos practicados, trastornos presumiblemente relacionados con los eventos catastróficos y otros de origen anterior.

Este punto ha dado pie a prolongadas discusiones acerca de si los desastres son realmente tan “productivos” en este sentido o si más bien ponen de manifiesto la vulnerabilidad preexistente en las personas.

Asimismo, el diagnóstico psicológico envuelve siempre una interpretación semiológica, basada en la integración de un conjunto de síntomas y signos en una hipótesis unitaria. El registro de unos y otros aumentará, evidentemente, toda vez que crezca el número de consultantes.

En el caso de Centroamérica, cabe preguntarse en primer lugar si las demandas por servicios en salud mental efectivamente crecieron, con posterioridad al huracán Mitch, en el “primer filtro” identificado en el modelo de Goldberg y Huxley. Si la respuesta es afirmativa, cabe conjeturar que ese aumento no se habría producido a causa de la afluencia





espontánea de consultantes a los servicios pertinentes, sino por la multiplicación de iniciativas de atención.

Para facilitar el diagnóstico y al mismo tiempo evitar las posibles distorsiones que pueden resultar de lo dicho, se ha extendido el uso de sistemas de clasificación. En la actualidad se usan principalmente dos:

- a. La Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10 o, de acuerdo a su sigla en inglés: ICD-10), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, incluye una Clasificación de Trastornos Mentales y de la Conducta. Este sistema es presentado en dos formatos complementarios, elaborados tras consultar a expertos de más de 40 países: las “Descripciones clínicas y criterios para el diagnóstico” (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines) y los “Criterios diagnósticos para la investigación” (Diagnostic Criteria for Research).
- b. El Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM), elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana, cuya sigla en inglés especifica de qué versión se trata. La actual es conocida como “DSM-IV”.

El empleo de estos sistemas nosológicos es complementado por una amplia gama de instrumentos diagnósticos, que en su mayor parte consisten en formatos estandarizados de entrevista, cuestionarios y escalas. Su aplicación a nivel comunitario, en el marco de la estrategia APS, o al estudio de categorías diagnósticas específicas, le agrega matices muy variados.

Sin poner en duda la utilidad que estos sistemas nosológicos pueden tener en el trabajo de salud mental, es necesario vigilar las consecuencias negativas que pueden desprenderse de su uso inapropiado. Entre otras, una visión mutilada de las experiencias reales de las personas y la patologización de respuestas psicológicas normales. Por ejemplo, una intensa preocupación por el futuro, normal cuando se ha experimentado una situación de grave pérdida o desintegración familiar, podrá ser vista como un signo patológico bajo el lente de un diagnóstico hecho a la ligera.

Es posible y necesario tratar de reducir preventivamente aquellas reacciones de pánico o descontrol que pueden ser paralizantes o propiciar comportamientos peligrosos. Pero, suponiendo algo imposible para explicarnos mejor, el intento de eliminar indiscriminadamente el miedo o el duelo de la gente tampoco propiciaría reacciones apropiadas. Al fin y al cabo, se trata de comportamientos o reacciones emocionales que corresponden a procesos normales de evitación y defensa ante el peligro. El miedo puede contribuir a generar un eficaz “sistema de alerta individual” si no es canalizado descontroladamente.

De todos modos, la cuestión fundamental no consiste en aceptar o negar que los desastres tengan consecuencias psicológicas, sino en evitar que éstas sean reducidas a lo psicopatológico.





Es fundamental tener en cuenta el carácter contradictorio de estas consecuencias. En general, los desastres movilizan acciones o procesos socioafectivos constructivos y sanos (actitudes solidarias, sentimiento de que “otras personas se preocupan por mí”, etc.) y al mismo tiempo, pero en proporción menor, otras reacciones que pueden ser consideradas como “trastornos” o reconocer su carácter indeseable (alteraciones psicopatológicas, pillaje, etc.)

El caso de las “redes de apoyo” resulta muy ilustrativo en este sentido: diversas formas de ruptura de estas redes coexisten con expresiones de fortalecimiento, tales como el surgimiento de nuevas prácticas de cooperación.

El propósito fundamental de los programas de salud mental y social tendría que, en consecuencia, incidir intencionalmente sobre estas contradicciones. En esta perspectiva, un objetivo básico consistirá en fomentar el equilibrio emocional y el desarrollo de comportamientos seguros y solidarios.

4. La prevención de desastres como objeto de salud mental

Tal como ocurre con innumerables asuntos de interés social, la preocupación por los problemas de salud mental típicamente experimenta una fuerte intensificación durante los desastres. Cientos de personas calificadas perciben en este quehacer un encargo social que les corresponde muy legítimamente y se produce un gran despliegue de actitudes humanitarias, intereses y colaboración solidaria. Asimismo, se produce un torrente de proyectos cuyos resultados ciertamente no podrían ser caprichosamente desvalorizados.

El problema consiste en que esta manera *respondiente* de actuar, favorecida por una disponibilidad de recursos meramente coyuntural y a veces efímera, ha terminado por modelar las estrategias de salud mental en prevención de desastres. Modelaje frecuentemente reforzado por la intervención de organismos y autoridades sin formación en salud mental en la definición de las prioridades correspondientes.

Como consecuencia, la programación respectiva se encuentra atrapada por un enfoque que reduce los problemas y objetivos propios de la salud mental a los “efectos psicológicos” de los desastres, y éstos a su vez a los trastornos psíquicos experimentados por los “damnificados” o víctimas.

Es importante reconocer, para evitar malentendidos, que dicho enfoque fragmentario no siempre se funda o va unido a una visión restrictiva de la salud mental como un todo o a una negativa a fomentarla en muy variados aspectos de la vida individual y social-mental. Como ya se dijo, puede no ser más que una expresión particular de una tendencia “respondiente” mucho más general.





Pero, aunque quizás no respondan a convicciones doctrinales de fondo, los reduccionismos mencionados dan pie a un manejo psicopatologista o psiquiatrizante de las experiencias de las personas en situaciones de desastre. La salvedad que se hace en cuanto a que muchas de sus reacciones son “normales en situaciones anormales” no resulta suficiente para comprenderlas en sus manifestaciones integrales y contradictorias.

Es interesante observar que ciertos procesos psicológicos adquieren valor diagnóstico cuando, investidos como “alteraciones del contenido del pensamiento” (supersticiones, ideas sobrevaloradas, etc.) se incorporan a diversos cuadros psiquiátricos, y sin embargo son considerados triviales en el contexto del comportamiento cotidiano, e incluso mitificados como supuestos ingredientes típicos de la “cultura popular”. Se trata de una trampa a desmontar en la prevención de desastres: no hay que esperar a ver cómo los desastres le dan sentido psicopatológico al pensamiento alienado, sino de comprender cómo el pensamiento alienado contribuye al riesgo.

Cuando quiera se imponga, ese manejo psicopatologista se reflejará en el predominio de iniciativas de atención secundaria en salud mental (SM), que típicamente se incrementarán durante la fase de emergencia para luego debilitarse o perder solidez programática.

Cuando esto sucede, se hace difícil comprender la necesidad de imprimirle continuidad y concertación programática a las acciones de SM, en este campo como en cualquier otro. Todavía más, la SM termina por ser vista como un área de acción sobregregada al quehacer de la salud pública y, no pocas veces, como una forma de sobreproteger o darle “más de lo necesario” a la gente afectada por desastres. Idea que se lleva muy de la mano con las restricciones de recursos que se le recetan a estos programas una vez pasada la fase de emergencia.

Por tales motivos, la construcción de un enfoque renovado es una urgente tarea, que exige un diálogo interdisciplinario. Poco avanzaríamos en ello si nos limitáramos a discutir acerca de si hay o no un manejo reduccionista o fragmentario. Lo importante es que ninguna respuesta ante esta pregunta impida plantearse esta otra: ¿dónde se localiza la SM en la prevención de desastres?

Para encaminar sobre bases sólidas la discusión que tal pregunta suscita, es necesario aclarar que la prevención de desastres no se reduce al “antes” ni a un repertorio limitado de actividades. Se trata de una intencionalidad que atraviesa todas las fases de los desastres y se especifica en todas ellas mediante acciones diferentes.

Aclarado lo anterior, podemos iniciar una respuesta tratando de determinar dónde está el punto nuclear de encuentro entre la SM y la prevención de desastres. A nuestro entender, esta relación se construye sobre dos tesis básicas e interrelacionadas:

- En las dimensiones que configuran los riesgos de desastres —amenazas y vulnerabilidad— inciden determinadamente los procesos cognoscitivos, afectivos y vinculares protagonizados por quienes integran las poblaciones concretas afectadas.





- La apropiación cognoscitiva del riesgo y el fortalecimiento de los recursos socioafectivos y formas de interacción necesarias para hacerle frente son objetivos propios del fomento de la SM.

Desarrollemos brevemente esta tesis: siempre que identificamos un aspecto de la realidad como “riesgoso” estamos haciendo una interpretación de esa realidad. En otras palabras, la construcción del riesgo siempre incorpora la perspectiva de sus protagonistas.

Las amenazas (eventos agresores potenciales) no se reducen a su materialidad física. Hay ciertos tipos de amenazas en cuya génesis es determinante la intervención humana (socionaturales y antrópicas) y en todas, incluyendo las naturales, es decisiva la mediación humana en su concreción. Por ejemplo, los terremotos no se generan por acciones humanas pero en sus efectos son determinantes las condiciones de vida de las personas.

Pero una amenaza es más que la probabilidad externa de que ocurra un hecho nocivo o destructor. Si así fuera, sólo cabría esperar que nos golpeen. Toda amenaza contiene un vínculo entre un acontecimiento probable y “sujetos amenazados” concretos. Dicho de otra manera, nuestras reacciones ante ellas están siempre mediatizadas por nuestros conocimientos, predisposiciones afectivas y comportamentales.

Una amenaza puede ser desconocida, nuestras representaciones sobre ella pueden estar cargadas de ideas sobrevaloradas o distorsionadas, o podemos interpretarla sobre la base de un pensamiento lúcido y bien informado. Las reacciones normales de ansiedad y miedo pueden verse sobrepasadas por respuestas descontroladas. La posibilidad de actuar solidariamente para eliminarla, controlarla o mitigar los efectos de su concreción depende de la calidad socioafectiva y valórica de los vínculos que se establecen entre los sujetos involucrados. En suma, en la construcción de la amenaza hay siempre una dimensión psicosocial decisiva.

La vulnerabilidad, precisamente por ser la dimensión más específicamente humana y social del riesgo, requiere una discusión de fondo, entre otras razones, para dar bases sólidas al quehacer de salud mental en el campo que nos preocupa.

En su dimensión más restringida, la vulnerabilidad se refiere a debilidades en la acción preventiva de un sujeto colectivo, que se nutren primordialmente de las deficiencias que le impiden el desarrollo de las capacidades y relaciones requeridas para actuar con conciencia lúcida, solidaridad, organización y eficacia ante las amenazas de desastre. No se trata entonces de una condición meramente pasiva, por cuanto la vulnerabilidad hace posible o potencializa las amenazas. Por ejemplo, la ignorancia con respecto a las amenazas determina una mayor indefensión ante ellas y contribuye a su impacto emocional.

No obstante, aunque lo dicho da mucha tela que cortar para la salud mental es esencial no “psicosociologizar” la vulnerabilidad, presentándola como una simple indefensión o “propensión a verse afectados” por parte de ciertos sujetos colectivos. La vulnerabilidad





a los desastres es una lectura de la condición humana, que pierde sentido si no incluye las condiciones histórico-sociales concretas en que surgen las (des)esperanzas, las representaciones sobre la propia posicionalidad social y sobre los otros, las expectativas, los (des)compromisos. En suma, el contexto particular en que se desarrollan las formas de conciencia y práctica social que caracterizamos como inherentes a la vulnerabilidad.

5. Sobre las alteraciones o trastornos psicológicos originadas por las experiencias de desastre

La necesidad de proseguir nuestras discusiones en torno a las verdaderas consecuencias psicopatológicas y psiquiátricas de los desastres no debe impedirnos profundizar en algunos pormenores del tema.

Según la División de Salud Mental de la OMS, los primeros estudios sistemáticos sobre esto fueron realizados por el suizo Eduard Stierlin, quien examinó a 21 sobrevivientes de un desastre minero ocurrido en 1906 y a otras 135 personas, dos meses después del terremoto que se produjo en Messina, Italia, en 1908. Durante el siglo que termina, se ha producido una enorme cantidad de investigaciones relacionadas con las consecuencias psicopatológicas de las experiencias traumáticas, en particular la guerra y, en cantidad significativamente menor, con los desastres y el terrorismo de Estado. Y vale la pena mencionar juntos estos grandes problemas de la humanidad porque, a pesar de sus obvias diferencias, las correspondientes investigaciones pueden ser estudiadas como una sola vertiente de conocimiento.

En un intento de simplificar el panorama que se abre, se diferenciarán dos clases de sistematizaciones en la investigación y atención de los trastornos relacionados con situaciones de desastre: las que proceden a la identificación descriptiva de síntomas y las que se fundan en algún “modelo integrador”.

Las semiologías psicopatológicas descriptivas

Los estudios epidemiológicos han arrojado importantes descripciones sobre las alteraciones psicológicas más frecuentemente observadas. Algunos autores se han inclinado en este aspecto por el *metaanálisis*.

Por ejemplo, S. Leivesley (1979) revisó 2.000 estudios psicológicos realizados a lo largo de 60 años sobre la temática de los desastres. Con base en ella, Seaman (1989) presentó una lista de términos empleados para describir reacciones psicológicas. “Depresión” fue el más encontrado (25 veces), en tanto que “ansiedad/estado ansioso”, “apatía”, “pesadillas”, “reacciones fóbicas”, “trastornos psicósomáticos” y “ofuscamiento” fueron encontrados 10 o más veces. La lista registra otros 154 términos, menos utilizados.





Como lo hace notar el propio Seaman, el significado de muchos términos seguramente habrá cambiado en las seis décadas cubiertas por el análisis de Leivesley, aparte de que otros ni siquiera son recogidos en la lista debido a que “sólo se puede suponer el significado que los autores le quisieron conferir”. Por ejemplo, “parto emocional” o “embotamiento psíquico”. De todos modos, muchos de los términos citados son bastante equivalentes y habría que agruparlos, para no sugerir que estamos ante un semiología caótica.

En 1981, Logue y col. resumieron los resultados de 32 estudios sobre desastres ocurridos en EE.UU. publicados entre 1943 y 1980. Los efectos en la salud detectados con mayor frecuencia fueron los siguientes (cit. Richtsmeier y Miller, 1985):

- molestias gastrointestinales,
- incremento indirecto de la mortalidad, especialmente en ancianos y personas con enfermedades crónicas,
- incremento de complicaciones con predominio de enfermedades cardiopulmonares, hipertensión y problemas artríticos,
- deterioro de la salud general durante lapsos de uno a dos años después del desastre,
- mayor número de abortos espontáneos,
- agotamiento físico y nervioso entre las personas que ocupan puestos de mando y que experimentaron algún conflicto en las labores que desempeñaron, y
- problemas neuropsiquiátricos como depresión, ansiedad, dificultades de concentración, insomnio y otras alteraciones del sueño fisiológico, perturbaciones emocionales entre los miembros de la familia, mayor incidencia de abuso de drogas, neurosis y psicosis.

En un estudio más reciente, realizado por Rubonis y Bickman (cit. Seaman, 1989) se analizaron 52 investigaciones psicopatológicas de corte cuantitativo, referidas a desastres. Al examinar las relaciones entre cuatro conjuntos de variables —características de la población afectada, características del desastre, metodología utilizada y tipo de psicopatología— encontraron que los principales trastornos reportados, de acuerdo al número de sujetos afectados eran, en orden decreciente, los siguientes:

- ansiedad general,
- síntomas psicósomáticos,
- abuso de alcohol,
- síntomas fóbicos,
- depresión, y
- abuso de drogas.

Numerosos informes o testimonios de especialistas, procedentes de experiencias concretas, presentan descripciones bastante detalladas acerca de las reacciones de las personas. Examinemos un par de ejemplos:





- Terremoto de Skopje, Yugoslavia, 1963. (Población: 200.000 personas, 1.070 muertos, 3.300 resintieron daños, 80% de la viviendas deterioradas):

“Un equipo médico estimó que después del sismo sólo 25% de la población fue capaz de prestar auxilio activo, casi el 75% presentó perturbaciones psíquicas leves y el 10% graves, que obligaron a un tratamiento especial. Se observaron principalmente: reacciones estuporosas leves, reacciones de escape, conducta infantil acompañada de mayor susceptibilidad, reacciones depresivas, perturbaciones psicósomáticas y vegetativas, amnesias histéricas y estados confusionales. Inmediatamente después del sismo se observaron casos breves de trastornos intensos, casi psicóticos.

La reacción más común fue una combinación de lentitud y apatía. De esta forma, las personas intentaban bloquear la mayor parte de los estímulos recibidos y aislarse de una situación caótica. Los gestos en la conversación se hicieron lentos, disminuyó la iniciativa y las reacciones emocionales fueron más superficiales. Aún así, mucha gente pudo analizar y percatarse de sus problemas más importantes ... En el segundo y tercer día de la catástrofe surgieron reacciones depresivas. Al disminuir el estupor surgieron casos de miedo. Por la noche la gente soñaba con la catástrofe y en el día hablaba de sus experiencias. Algunos niños, para gran sorpresa de los mayores, se guardaron las llaves de las puertas de una casa en el momento de ser evacuados. Los juegos favoritos de los pequeños se relacionaban con el temblor y los entierros. De este modo, mientras los adultos expresaban su miedo con palabras, los niños lo hacían por medio del juego.” (Fuente: Seaman, 1989)

- Terremoto de Managua, diciembre de 1972. (Más de 10.000 muertos y 20.000 personas gravemente heridas, unas 200.000 personas quedaron sin vivienda).

Ahearn y Castellón desarrollaron un perfil psicosocial de los pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Nacional a fines del 72 y durante el año 1973, cuyos motivos de consulta se relacionaban con el desastre. Encontraron que “los tres síntomas más comunes en el año posterior a la catástrofe fueron la euforia, las convulsiones y la confusión-desorientación”, agregando que “si bien resulta fácil entender la presencia del último de esos síntomas, no ocurre lo mismo con los dos primeros”.

Asimismo, sus historias médicas permitían observar “un descenso en la presencia de síntomas tales como insomnio, agresividad, depresión, problemas sensoriales y agitación. Lo mismo sucedió con respecto a la ansiedad, fobias, y fenómenos obsesivo-compulsivos”.

A juicio de los autores “es posible que esto se deba a que después de ocurrido un desastre, la gente está más preocupada por su supervivencia y menos por sus tensiones personales o psicológicas”

Estos mismos autores encontraron aumentos en ciertas categorías diagnósticas - retraso mental, síndrome orgánico cerebral y neurosis - pero, como ellos mismos lo sugieren, esto más bien puede reflejar una mayor tendencia a buscar atención con posterioridad a los desastres. (Fuente: Ahearn y Castellón, 1978).





Los modelos integradores

Entre los avances más importantes que se produjeron durante y después de la II Guerra Mundial en el estudio de las reacciones de la población civil ante diversas experiencias, especialmente los bombardeos aéreos sobre las ciudades, se cuenta la convicción de que el comportamiento de las poblaciones afectadas no podía ser suficientemente interpretado mediante categorías tan generales como “neurosis de masas”. A esto se agrega una valoración cada vez más clara en cuanto a la escasa o nula utilidad que ofrecen los “listados de síntomas” para el diagnóstico y tratamiento psicológico de personas afectadas por desastres y otras situaciones disruptoras.

Estos avances, producidos en el contexto general de una Psicología en rápido desarrollo, han fomentado la utilización de modelos integradores para el abordaje de las consecuencias psicológicas de los desastres.

En esta dirección, Quarantelli elaboró en 1949 el concepto de “demandas de respuesta generadas”, es decir, los posibles efectos generados por la respuesta social ante una situación de desastre (largas permanencias en albergues, relocalización, etc.) en cuanto a prolongar los problemas de las personas afectadas e incluso provocárselos. (Bolin y Bolton, 1986)

En otros estudios, por cierto bastante numerosos, que han intentado relacionar las reacciones psicológicas ante los desastres con determinados factores demográficos (edad, grupo étnico) se pone de manifiesto una inquietud similar. Como suele suceder con los estudios descriptivos, no han faltado los intentos por establecer correlaciones sin el necesario contexto explicativo. Por ejemplo, al analizar los efectos psicológicos del famoso desastre de Buffalo Creek (West Virginia, 1972), Gleser y col. encontraron que “los negros mostraban una incidencia más baja de trauma psíquico que los blancos.” (1981, cit. Bolton y Bolin, 1986)

Precisamente los trabajos de mayor interés en esta línea, son los que se proponen una revisión crítica de ciertos lugares comunes (por ejemplo, atribuirle indiscriminadamente una mayor vulnerabilidad a las mujeres o a los adultos mayores).

Los modelos integradores más desarrollados se han estructurado en torno a una determinada categoría psicológica, lo cual les confiere unidad interna y al mismo tiempo dificulta su contrastación crítica. Las tendencias de investigación y trabajo clínico más influyentes se han desarrollado en torno a cuatro conceptos de base —estrés, crisis, trauma psíquico y duelo.

A. Estrés y trastorno por estrés postraumático

En sus trabajos pioneros, Hans Selye describió el estrés como las respuestas orgánicas y fisiológicas ante cualquier tipo de estímulo que exige del organismo una inmediata defensa para sobreexistir, e hizo referencia explícita a dos formas: el eustrés (buen





estrés) y el distrés (mal estrés). Hoy generalmente se le reduce a la segunda, y varios autores han lamentado las distorsiones acarreadas por esta reducción en la investigación científica.

Varias nociones utilizadas en el pasado para el diagnóstico médico-psicológico, algunas de las cuales suenan hoy muy pintorescas, pueden ser consideradas como antecedentes del TEPT: “corazón de ferrocarril”, “corazón irritable de los soldados”, “choque por bomba”, etc. En sus estudios sobre los veteranos de esta guerra, Kardiner y Spiegel pensaron que el estrés intenso causaba una desorganización de los procesos fisiológicos responsables de la función integrativa del ego, y propusieron el término *fisioneurosis* para describir la desorganización resultante.

Poco a poco, el cuadro comenzó a ser enfocado como una forma de neurosis (“neurosis de trinchera”, “neurosis de combate”), lo cual, según Freud, favoreció la aceptación, en el campo médico, de “la significación de la psicogénesis para las perturbaciones neuróticas” (cit. Cardaci, 1992). Esta tendencia se mantuvo vigente durante la Segunda Guerra Mundial; (“agotamiento o fatiga por combate” y “neurosis de guerra”) y la guerra de Vietnam (“Síndrome post-Vietnam”).

Como antecedentes importantes en el estudio de las consecuencias psicopatológicas de los desastres, cabe resaltar el trabajo publicado en 1951 por J. S. Tylhurst, quien propuso reconocer tres períodos de afectación personal: impacto o shock, reviviscencia y estrés postraumático. En 1956, A.F.C. Wallace propuso identificar un “síndrome de desastre”, que caracterizó como una disfunción cognitiva ante eventos inesperados y severos, en la cual prevalece inicialmente un comportamiento de aturdimiento y shock que luego da paso a estados de “docilidad” y euforia.

El concepto de TEPT hace referencia a diversas alteraciones que se presentan con posterioridad a experiencias traumáticas, es decir, cuya intensidad y naturaleza inusual desborda el equilibrio psíquico y fisiológico de las personas afectadas.

Su incorporación formal a la nomenclatura psiquiátrica se produjo por conducto del DSM-III de 1980, en el grupo de los denominados trastornos por ansiedad. En la versión actualmente utilizada (el DSM-IV) se han introducido algunos cambios de importancia, como por ejemplo la inclusión del cáncer y otras enfermedades potencialmente mortales entre los estresores más importantes. Se encuentra también descrito en la CIE-10.

La definición de los denominados “estresores” o “factores estresantes” es un punto clave en la teoría del estrés. Por lo común se les clasifica en primarios y secundarios, de acuerdo con el orden en que aparecen en el curso de determinadas experiencias.

En situaciones de desastre, los estresores primarios resultan típicamente de experiencias vividas durante su “fase aguda”, en tanto que los estresores secundarios





corresponden o se generan en situaciones posteriores, por ejemplo: desplazamiento geográfico, reubicación en refugios, separación familiar, desempleo, inactividad, falta de oportunidades de recreación y ruptura de diversas formas tradicionales de soporte social.

En todo caso, unos y otros se interrelacionan: los estresores primarios predisponen o influyen en la aparición de los secundarios, y éstos a su vez contribuyen a la reactivación de los primarios.

Aunque para un estudio más acucioso del tema sería necesario analizar estos dos sistemas de clasificación, es posible agrupar los lineamientos diagnósticos aplicables al TEPT en ocho principales:

- La existencia de un acontecimiento traumático particularmente grave o desagradable, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual. Por lo general, el agente estresante que lo produce es marcadamente angustiante para casi todo el mundo.
- La participación directa, presencial o por información de la persona afectada en ese acontecimiento.
- Una respuesta de temor, desesperanza u horror por parte de esa persona, que puede verse influida por factores relacionados con sus mecanismos de adaptación, rasgos individuales de vulnerabilidad, fatiga, etc.
- La reexperimentación persistente del acontecimiento traumático: pensamientos recurrentes e invasores sobre el acontecimiento, sueños angustiantes, episodios disociativos en que reviven aspectos del trauma y la persona se comporta como si los viviera realmente, malestar psicológico ante acontecimientos que recuerden o simbolizan el trauma.
- La evitación persistente ante los estímulos asociados a ese acontecimiento, embotamiento o falta de capacidad general de respuesta (“anestesia psíquica”, “embotamiento psíquico”, “amnesia emocional”).
- La presencia de malestar clínicamente significativo.
- El deterioro o interferencia en la capacidad para realizar actividades cotidianas básicas.
- Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal): dificultades para conciliar y mantener el sueño, pesadillas recurrentes, hipervigilancia, exageración de la respuesta de alerta, dificultades para concentrarse y terminar tareas, irritabilidad, explosiones de conducta agresiva, incapacidad para expresar los sentimientos de ira, en los casos más graves.





El cuadro excluye expresamente los trastornos correspondientes a los efectos fisiológicos de una enfermedad, a la exacerbación de un trastorno mental precedente o a una psicosis reactiva.

Actualmente, considerando las variantes que el trastorno puede presentar en su inicio y duración, se distingue entre el trastorno por estrés agudo y el TEPT (agudo, crónico y retrasado). Según el DSM-IV, los factores más determinantes en la probabilidad de desarrollarlo son la gravedad, duración y proximidad de la exposición al suceso traumático.

El hecho de que no todos los individuos expuestos a “un mismo” estresor desarrollen el síndrome completo o algún subconjunto de síntomas que permita este diagnóstico, o que lo desarrollen con resultados muy distintos, ha dado lugar a muchos intentos tendientes a explicar estas diferencias y a predecir diferentes formas de vulnerabilidad personal. Las hipótesis más investigadas hacen referencia a:

- i) los procesos de aprendizaje involucrados en el trastorno,
- ii) los modos disfuncionales de atribución y de hacer frente a situaciones,
- iii) el apoyo social percibido,
- iv) los antecedentes de trauma, altos niveles de angustia, psicopatología pre y co-mórbida
- v) el papel de los factores genéticos, los sistemas hormonales hiper-reactivos y la reducción del volumen del hipocampo.

Entre las críticas que esta categoría diagnóstica ha suscitado, se arguye que el TEPT incluye una larga lista de síntomas pero no llega a diferenciar significativamente experiencias traumáticas distintas; que en lugar de facilitar un diagnóstico inventa una enfermedad; que a veces se desarrolla en forma muy diferente (Becker, 1994); que responde excesivamente a un modelo “médico” e individualista; que no considera la importancia del significado social del trauma, o que puede convertirse en un etiqueta en lugar de ayudar a comprender la experiencia de la gente y las condiciones en que pide o necesita ayuda, y descontextualiza la experiencia de las personas afectadas (Beristain, 1992).

Queda pendiente discutir si se trata de efectos intrínsecos al uso de la categoría o responden más bien a ciertos problemas derivados de la forma en que se emplea. En el ámbito que nos interesa, puede suceder que, en el afán de corregir ciertos factores de “imprecisión” en el trabajo psicológico, la categoría TEPT sea abusivamente utilizada para establecer una línea de separación tajante entre la normalidad previa y el trastorno adquirido. Pero el principal problema no sería ese, sino la posible introducción de un sesgo psicopatologista en la atención de crisis individuales y colectivas.





B. La noción de “crisis”

En psiquiatría y psicología clínica, el concepto de “crisis” adquirió fuerza, inicialmente, como una propuesta que impugnó el papel etiológico del estrés en los trastornos mentales. En un sentido más amplio, se consolida como un punto de vista que considera ciertas situaciones vitales como períodos transicionales, que incluyen tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental (Caplan, 1966). A diferencia del estrés, que sólo permitiría una adaptación a los síntomas, la crisis connota dos salidas posibles: un efecto debilitante o uno de crecimiento personal (Viney, cit. Slaikou, 1996). Algunos autores utilizan ambos conceptos para describir fases de un mismo proceso, entendiendo que la crisis aparece cuando un estrés vital supera la capacidad de adaptación normal de la persona.

Caplan desarrolló hace más de treinta años un enfoque “homeostático” de la crisis. Atribuyó su aparición a un desequilibrio entre la dificultad e importancia de un problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para enfrentarlos. Este desequilibrio se inclinará en favor de uno de sus polos en virtud de ciertos factores personales (como la relación simbólica establecida entre el problema y otras experiencias vividas), familiares y socioculturales.

Así entendidas, las crisis pueden corresponder a las repercusiones psicológicas de situaciones vitales muy variadas, muchas de las cuales son típicas de nuestro ciclo vital —tales como el destete, la entrada a la vida escolar, la elección profesional, la confrontación de la vejez y la muerte, para mencionar sólo algunas— en tanto que otras se relacionan con eventos fuertemente amenazantes o agresores en nuestro entorno. En este último aspecto, son de interés pionero los trabajos de Tyhurst, que estudió las reacciones de individuos y grupos ante situaciones de desastre y otros trastornos producidos por migración y retiro laboral, relacionándolas con la enfermedad mental (cit. Caplan, 1966).

C. El concepto de trauma psíquico y sus derivaciones

El término “trauma” fue introducido en la Psicología por Freud para connotar la ruptura y discontinuidad en ciertos procesos psíquicos. Su idea básica —un trauma puede producirse como consecuencia de múltiples eventos— fue desarrollada más adelante por Masud Kahn, quien definió el concepto de “trauma (a)cumulativo”: un trauma se puede constituir sobre una serie de experiencias, que aisladamente no son necesariamente traumáticas pero se desarrollan y refuerzan en interacción y conducen al quiebre de la estructura psíquica. (Becker, 1994, op.cit.)

Inicialmente, Freud lo conceptualizó como producto de la irrupción del mundo externo en el psiquismo. Posteriormente, diferenció entre “angustia señal” (cuando se percibe la amenaza) y “angustia automática” (cuando el núcleo del trauma carece de todo signo detectable de amenaza). Estableció con esto una premisa básica para el psicoanálisis: el trauma psíquico no es generado por un evento factual determinado, sino por una represión de significados.





En la prolongación del trauma se van enlazando significados muy personales. Por ejemplo, la evocación de un lugar donde transcurrieron gratos momentos, que en sí misma no sería traumatizante, puede resultar perturbadora y dolorosa si es relacionada con un ser querido que ha muerto. Esto explica también su evolución cambiante: el trauma puede recrudecer cuando la situación disruptiva que lo motivó ha desaparecido en el tiempo.

En esta misma línea de pensamiento, el psiquiatra argentino Mordechai Benyakar (1997) estima necesario, para posibilitar un abordaje terapéutico adecuado, establecer una diferencia entre vivencia traumática y estrés. La esencia del estrés, arguye, remite a la existencia de una amenaza detectada como tal y al desarrollo de las defensas concomitantes. La vivencia traumática, en cambio, es como un “agujero en el psiquismo”, un vacío que se produce entre lo sucedido y lo vivenciado, una “vivencia averbal” (que no puede ser expresada verbalmente porque se encuentra reprimida, no es consciente).

Según este autor, el “vivenciar traumático” es normal en el desarrollo del aparato psíquico, constitutivo en todas las personas y, en un entorno no contenedor, será tierra fértil para el desarrollo de los desórdenes de personalidad, las patologías del vacío y patologías psicosomáticas. Por otra parte, las vivencias traumáticas traen consigo un “fenómeno de compensación” o “exigencia de reparación”, es decir, la persona afectada acusa al mundo externo, a la sociedad, por el daño que se le ha provocado. Las situaciones de desastre serían particularmente propicias para este tipo de vivencias.

D. Los procesos de duelo

En su uso más común en nuestra cultura, el término “duelo” se refiere principalmente a los procesos individuales y colectivos desencadenados por la pérdida de seres queridos. Con este significado, ya tendría un lugar importante dentro de los problemas de salud mental relacionados con situaciones de desastre.

El concepto engloba actualmente diversos desarrollos teóricos. Una primera redefinición importante, que se pone en marcha con los trabajos de Melanie Klein, ha llevado a entenderlo como un proceso suscitado por pérdidas afectivas muy variadas: personas amadas, partes del cuerpo o determinadas capacidades, lugares de residencia y trabajo, transiciones sociales y muchísimas otras situaciones que adquieren una carga de frustración para el sujeto en duelo. Esta ampliación conceptual convierte el duelo en una forma de crisis.

Siguiendo esta línea, Tizón (1998) propone definir el duelo y los procesos de duelo como el “conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración y el dolor.”





Es de la mayor importancia tomar en cuenta los hallazgos relacionados con los cambios neurofisiológicos que traen consigo los duelos, especialmente los graves, entre cuyas consecuencias se encuentra el aumento de la susceptibilidad a numerosas afecciones.

Asimismo, es necesario considerar los aspectos antropológicos involucrados, que son determinantes en la construcción simbólica de las pérdidas afectivas y en su procesamiento posterior (elaboración del duelo). Por ejemplo, entre los múltiples elementos culturales relacionados con la pérdida afectiva de otros significativos, podemos mencionar su edad, las causas y circunstancias de su fallecimiento, el luto y la posibilidad o imposibilidad de ritualizar “su partida.”

En situaciones que se caracterizan por la acumulación de pérdidas afectivas muy variadas, el significado e impacto de cada una de ellas tiende a variar dentro de una gama de posibilidades que abarca desde la contención emocional hasta el incremento social de ciertos problemas. En un lenguaje semiológico, se hace la distinción entre duelo normal y patológico.

Por un lado, puede ocurrir que la elaboración del duelo se “desindividualiza” ante la tragedia colectiva y los sentimientos de pérdida tienden a equilibrarse con ciertas experiencias emocionalmente positivas, como la de haber sobrevivido junto a otros, y el sentimiento de que ha surgido una tarea en común. Las formas colectivas de elaboración del duelo, entre las cuales son muy importantes los ritos fúnebres y las expresiones de condolencia y apoyo, probablemente contribuirán a que las personas superen ciertos problemas individuales típicos, como la negación de lo que ha pasado y las reacciones de depresión.

En la otra cara de la moneda, ciertas reacciones intersubjetivas tales como el miedo a la muerte y a los muertos (esto último ocurre típicamente cuando hay desaparecidos o cadáveres no recuperados), los sentimientos de culpa por haber sobrevivido o quedado ileso, pueden permanecer como duelos no resueltos.

Entonces, como forma de crisis, la elaboración del duelo puede culminar con ciertos logros positivos para la salud mental individual y colectiva o, a la inversa, agregar problemas y trastornos en las personas y comunidades afectadas por desastres. Nada de esto ocurre espontáneamente o fuera de nuestras posibilidades de acción. La elaboración constructiva del duelo es un importante objetivo de la atención psicológica y de la salud mental de base.





6. La importancia de los procesos de significación en las reacciones psicológicas ante los desastres

Lo que acabamos de exponer deja pendiente una discusión más amplia acerca de si las categorías diagnósticas mencionadas, especialmente el estrés postraumático y el trauma psíquico, son inevitablemente excluyentes o pueden complementarse bajo ciertas consideraciones. Aunque el tema tiene importantes repercusiones para la práctica de la salud mental, no se seguirá adelante con él por cuanto desborda los límites del presente trabajo.

Hay que decir, sin embargo, que las diferencias ya no se plantean, como pudo ocurrir en el pasado, en términos de si en la elaboración vivencial de las experiencias traumáticas intervienen o no procesos de significación. Radican más bien en la interpretación que se hace con respecto a la naturaleza y posibilidades de modificación clínica de esos procesos.

Estos procesos de significación nos permiten entender por qué la mayor parte de las personas no sufre consecuencias emocionales serias, aún en graves desastres, cuando tiene una comprensión clara acerca de las amenazas que se han concretado y, por ende, acerca de “qué les está sucediendo.” Y, sobre todo, cuando participa en procesos de interacción social solidarios, en cuyo contenido prevalece una percepción de apoyo y una intensificación de la identidad común, que le permite compensar el miedo o ansiedad experimentados. Incluso ciertas ideas sobrevaloradas, supersticiones o fatalismos de contenido religioso (“castigo divino”, etc.) si bien obstaculizarán ciertas necesarias búsquedas racionales y fomentarán sentimientos de fragilidad o indefensión, paradójicamente podrán facilitar la resolución emocional de la experiencia y bloquear sus posibles derivaciones traumáticas.

Lo cual viene a concordar con otras dos hipótesis psicológicas:

- Los factores de mayor impacto emocional no se relacionan con la catástrofe en sí. Influye más, por ejemplo, la percepción de que la cohesión comunitaria ha fracasado (Quarantelli y Dynes, 1985, cit. Mocellin y Rogge, 1996), o de que otros no han prestado la ayuda esperada o han tenido alguna clase de “culpa” en el desencadenamiento del evento agresor.
- Los efectos psicológicos crónicos se asocian más a las experiencias de desastre en que intervienen amenazas antrópicas. Correlativamente, la presencia o concreción de amenazas naturales más bien evidentes, como las inundaciones o sequías cíclicas, no propicia reacciones traumatogénicas.

Esto nos dice también por qué se reprimen más fácilmente las vivencias que son gravemente perturbadoras por su relación con significados fuertemente internalizados, con una intensa carga afectiva, como son el respeto a la vida y a la dignidad de la persona.





El haber sobrevivido a un desastre “natural”, o incluso a una guerra, son experiencias en que el sufrimiento o la culpa pueden coexistir con vivencias cuyo contenido es emocionalmente favorable o compensador (“tuve suerte”, “ayudé a otros”, “lo hice por un fin superior”, etc.) En contraste, muy poco o ningún espacio vivencial queda para estas compensaciones emocionales cuando las personas han tenido experiencias de secuestro o sienten haber sido víctimas de humillaciones o abusos como resultado de la intención y poder arbitrario de otros seres humanos (torturas, vejaciones), en el contexto de sentido conformado por los procesos de represión política, religiosa o racial.

7. Organización de las acciones de salud mental en prevención de desastres

Sobre la “intervención en crisis”

“Intervención” es un término polisémico que, en la acepción que nos concierne, se refiere a acciones deliberadamente planeadas para incidir en una situación de crisis.

La intervención en crisis es un modelo que hoy cuenta con una amplia aceptación. Por lo general, los encuadres metodológicos que la guían presuponen la distinción de determinadas fases en el desarrollo de una crisis. Por ejemplo, Gerard Caplan describe tres fases —impacto (pérdida o ruptura del equilibrio previo), tensión (choque entre crecimiento y regresión ante la crisis) y resolución— considerando que el momento más propicio para la intervención es la segunda.

K. A. Slaikeu, por su parte, propone diferenciar:

- El tratamiento psicológico de primera instancia (o *intervención de primer orden*), en que la urgencia presentada por los casos a atender hace necesario poner en práctica con rapidez algunas medidas básicas de apoyo y al mismo tiempo prescindir de ciertas opciones, “generalmente controversiales”, con respecto al planeamiento y realización de la atención clínica psicológica.
- El tratamiento psicológico de segunda instancia (o *intervención de segundo orden*) que implica el reconocimiento de “consecuencias psicológicas” más prolongadas en las personas afectadas y la puesta en práctica de alguna forma de terapia multimodal en crisis.

Niveles de prevención en salud mental

Utilizando de nuevo la conocida distinción de tres niveles de prevención, cada uno con sus respectivos objetivos y encuadres de atención, es posible trazar así las relaciones prácticas entre salud mental y prevención de desastres





Nivel primario de prevención: objetivos y actividades

Objetivo 1 : Fomento de la salud mental

El objetivo más general de este nivel preventivo es fomentar los procesos cognoscitivos y relacionales que, según lo hemos discutido, son necesarios para la formación de una conciencia lúcida de riesgo y el desarrollo de vínculos solidarios en determinados sujetos colectivos. Esto establece un vínculo indisoluble entre salud mental y reducción de la vulnerabilidad.

Es posible fomentar la salud mental en toda actividad cuyos contenidos de significación y vinculares puedan ser desarrollados mediante acciones participativas. En la organización colectiva para la evacuación y el suministro de alimentos, en la apertura de una vía bloqueada por escombros o desechos, en la reparación de un puente destruido, en el cuidado de los niños, en la reapertura de una escuela. La lista es inagotable, un reto a nuestra creatividad.

Sin restarle importancia a ciertas actividades especialmente programadas para la atención individual o grupal, a las cuales nos referiremos luego, la contribución psicológica más importante tiene que ver con la recuperación y desarrollo de las posibilidades cognoscitivas y de apoyo socioafectivo que están en toda forma de trabajo cooperativo y solidario.

Dicho de otro modo, la salud mental “para la prevención de desastres” agrega objetivos o puntos de énfasis a la salud comunitaria como un todo, sin que deba ser vista, para usar un término náutico, como un “compartimento estanco” de ese proceso multiforme. Entre tales puntos, es importante resaltar:

- i) la producción y apropiación de conocimientos sobre la naturaleza de los riesgos de desastre y sus manifestaciones particulares en las propias condiciones de existencia (esto incluye la ruptura crítica con aquellos contenidos cognoscitivos que propician el fatalismo, la indefensión y los actos inseguros);
- ii) la comprensión y valoración de la importancia que revisten los mecanismos de apoyo mutuo;
- iii) el fortalecimiento de la identidad y de los afectos solidarios;
- iv) la organización para la puesta en práctica de sistemas de alerta temprana y otras formas de preparación colectiva.

Actividades:

Educación comunitaria, investigación participativa, organización y toda forma de práctica solidaria.

Objetivo 2: Reducir la incidencia probable de perturbaciones psicológicas

La prevención psicológica primaria se verá robustecida si se plantea el objetivo de atender a personas o grupos con características especiales de vulnerabilidad. Entre éstas, aquellas que manifiesten secuelas de situaciones anteriores, las que reconocen





o temen la posibilidad de verse especialmente afectadas por eventos catastróficos y otras particularmente dependientes.

Actividades:

Este objetivo presupone procedimientos de atención psicológica personalizada o diferenciada. Su ejercicio privado es, por supuesto, un medio de accesibilidad muy limitada y el fortalecimiento generalizado de servicios de este tipo en las instituciones de salud pública no parece por ahora viable en los países subdesarrollados, dado el predominio de una visión curativa de la salud y las casi constantes penurias económicas que las afectan.

Pero, aún en el caso de que no se tuviesen estas limitaciones, la creación de un entorno contenedor requiere un código común de comunicación, propicio para el afecto recíproco y los vínculos de mutuo reconocimiento. Por tal motivo, lo óptimo será confiar este objetivo a “servicios polivalentes de atención psicosocial” cuya definición y componentes operativos se sustentan en un encuadre de “salud mental de base”.

Nivel secundario de prevención psicológica

Objetivo general

En el marco de la “intervención en crisis” con personas afectadas por situaciones de emergencia o desastre, los principales objetivos de la “intervención de primera instancia” son reducir el peligro de muerte, otorgar apoyo y establecer contacto con los servicios de ayuda.

La “intervención de segunda instancia”, persigue la resolución de las crisis personales. Habría que agregar otro objetivo, que conecta este nivel de prevención con el terciario: prevenir la aparición de secuelas psíquicas típicamente resultantes de las fallas u omisiones en la atención secundaria.

Actividades:

En términos generales, la atención psicológica de urgencia (APU), o “primeros auxilios psicológicos”, comprende un conjunto de acciones y medidas destinadas a atender lo más tempranamente posible a las personas afectadas por acontecimientos traumáticos.

Sus fines básicos son:

- aliviar el sufrimiento de esas personas;
- facilitar la pronta reorganización de su actividad, para reducir los riesgos que pueden derivarse de un comportamiento alterado, ayudarlas a colaborar en su propia atención y, si es posible, en las tareas comunes que las circunstancias exigen;





- prevenir el agravamiento de los trastornos que presenten en ese momento y la aparición de otros posteriores —una atención psicológica oportuna en muchos casos puede impedir la aparición del shock o atenuar su desencadenamiento;
- contribuir a su restablecimiento físico (ciertas reacciones, por ejemplo de intensa depresión, dificultan la reactivación del organismo). Es por lo tanto un recurso más para reducir la mortalidad.

Aunque siempre será necesario establecer prioridades de atención, la APU no se limita a “los más afectados”, ni tampoco se reduce a la atención de las víctimas “una por una.” Consiste en la formación de una *red de atención psicológica en que se combinan diversos papeles y maneras de trabajar*. Estos papeles incluirán, entre otros, a:

- Pobladores en condiciones de cooperar. Es deseable que estas personas cuenten con capacitación para colaborar en este tipo de actividades y se encuentran organizadas. No obstante, la presencia de facilitadores entrenados puede ser muy útil para liderar a los que se suman espontáneamente.
- Voluntarios capacitados, procedentes de fuera.
- Profesionales especialmente entrenados, con el doble cometido de asesorar el funcionamiento de la red de atención y de brindar atención personalizada a casos especiales.

La presencia de una red de este tipo, como expresión visible de ayuda solidaria, constituye por sí misma un importante apoyo socioafectivo. Los procedimientos APU pueden ser iniciados in situ, incluso durante operaciones de rescate en espacios confinados, o durante el traslado a los centros de atención. Conviene considerar dos situaciones:

Atención de personas en estado de shock

Este estado se caracteriza principalmente por una intensa obnubilación o estrechamiento de la conciencia. La persona puede mantener un cierto grado de comunicación, pero las posibilidades de ofrecerle ayuda interactiva serán prácticamente nulas. No obstante, pueden ser valiosas ciertas formas elementales de apoyo, y el registro psicológico de determinadas reacciones puede tener un alto valor pronóstico. Por lo general será recomendable:

- Alejar a la persona del ambiente en que ha experimentado el trauma, al menos de las áreas más afectadas.
- Vigilarla, para actuar decididamente en caso que sea urgente evitarle comportamientos riesgosos para ella misma o para los demás. El estado de shock puede manifestarse con reacciones de extrema pasividad, pero también puede dar lugar a una riesgosa hiperactividad.
- Hacerle sentir que está acompañada y protegida. El estado de shock no se refiere a estados de coma o “pérdida del conocimiento” y por lo tanto, como se ha dicho, no presupone una incomunicación total.





- Hablarle serenamente, llamarla por su nombre, brindarle un contacto físico afectuoso, todo eso puede ser de mucha ayuda aunque la persona atendida “no parezca darse cuenta”.

Atención de personas que se encuentran alteradas, pero conscientes:

Una premisa psicológica importante en situaciones de desastre es que las personas afectadas tienen mejores posibilidades de recuperación y un menor riesgo traumático cuando se genera un clima claro de comunicación y pautas definidas de interacción colectiva. Por eso es necesario:

- Valorar rápidamente las condiciones en que se encuentran, porque, si no presentan alteraciones que lo desaconsejen, su incorporación temprana a la red de atención y a otras labores solidarias puede tener un alto valor terapéutico para ellas y otras personas vinculadas.
- Utilizar mensajes y ejemplos que comuniquen pautas de acción bien definidas. En este aspecto es importante asegurar que los mensajes no agreguen circunstancias traumáticas a causa de su contenido irrespetuoso o agresivo.

En este momento será otra vez fundamental aprovechar los recursos de apoyo que provienen de la dinámica de los sujetos colectivos. Por eso es también importante:

- Poner en acción las estructuras de apoyo preexistentes en la población, en lo posible por medio de sus líderes o convocándolas directamente. Muchas agrupaciones comunitarias formadas para otros fines —clubes deportivos, grupos de interés, etc.— pueden asumir ahora un valioso papel de protección y ayuda solidaria.
- Trabajar en grupos, incluyendo a las personas afectadas que esperan ser evacuadas o atendidas.

Las personas alteradas y a la vez comunicativas pueden demandar intensamente que les sean confirmadas o desconfirmadas ciertas culpabilizaciones, dirigidas contra terceros o contra ellos mismos, y atribuciones causales. Tanto la hiperreligiosidad como las negaciones religiosas son frecuentes en estos casos. La APU no es un espacio adecuado para discusiones de este tipo, pero tampoco conviene rechazarlas drásticamente. Lo más conveniente es comunicarle a la persona que en ese momento lo importante es ayudarse, salir adelante todos juntos.

Desde otro punto de vista, la interpretación de estas variadas e intensas expresiones comunicativas, algunas de las cuales aparecen también en los estados de shock, pueden tener mucho valor para el apoyo psicológico posterior. Por lo mismo, y a menos que no sea posible o distraiga de otras labores de urgencia, es deseable registrarlas.





A partir de diversos aportes, Slaikou (1996) sistematiza un modelo de cinco pasos, basado en una lógica de resolución de problemas, para proporcionar primeros auxilios psicológicos a personas en crisis:

- a. realización del contacto psicológico,
- b. análisis de las dimensiones del problema,
- c. sondeo de posibles soluciones,
- d. apoyo para la ejecución de pasos concretos y
- e. seguimiento.

Aunque su aplicación ha sido más amplia, son también utilizables en el marco de la APU los ya mencionados servicios de “defusing” y “debriefing”, originados en el ámbito de la administración de personal y cuya extensión al campo de la prevención de desastres se debe especialmente a la Cruz Roja Americana.

La expresión “defusing” vendría a significar literalmente “quitar la mecha o espoleta (fuse) de una bomba. En este caso, atenuar la carga emocional de una “situación explosiva”. Usualmente opera mediante reuniones informales e improvisadas y su propósito es “ofrecer a las víctimas y a los trabajadores de salud una oportunidad para ventilar los recuerdos relacionados con desastres, sus estrés (sic), sus pérdidas y métodos de enfrentamiento, en un ambiente de seguridad y apoyo.” (Weaver, 2000)

“Debriefing” es una expresión intraducible, formada a partir de la palabra inglesa “briefing”: reunión introductoria o “de entrada”. En este caso se trataría, un poco a la inversa, de reuniones formalmente programadas, que pueden durar varias horas, realizadas usualmente dentro de los primeros dos o tres con la participación de un profesional entrenado (“debriefeer”) y una o más personas afectadas, con la finalidad de “salir” de los residuos emocionales de un evento estresante. El modelo formal de siete etapas propuesto por Mitchell —Critical Incident Stress Debriefing (CISD)— ha sido usualmente tomado como guía en numerosas aplicaciones de este procedimiento.

Tal como se ha demostrado en una amplísima gama de experiencias terapéuticas, la comunicación “entre iguales” (personas que comparten un modo de vida o al menos ciertas experiencias significativas) es un poderoso instrumento de “curación”. Se produce un momento clave para la superación de la experiencia traumática cuando ésta es convertida en motivo de interés por autoayudarse y ayudar a los demás.

Nivel terciario de atención: objetivos y actividades

De conformidad con las definiciones establecidas en el Manual de Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS, deficiencia es “toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica,





fisiológica o anatómica.” Las “discapacidades” constituyen la objetivación de las deficiencias y consisten en restricciones o ausencias de la capacidad para realizar ciertas actividades en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.”

Al analizar en detalle la clasificación propuesta por el Manual para las deficiencias y discapacidades, queda claro que una parte importante de ellas incide en el área específica de la salud mental y que una parte importante de las deficiencias puede originarse en eventos traumáticos que abundan en situaciones de desastre. Precisamente, la incidencia de diversas pérdidas y trastornos según las características agresoras propias de los diversos eventos catastróficos, ha sido un tema ampliamente investigado.

Desde el punto de vista preventivo, un primer objetivo fundamental es *reducir la incidencia de deficiencias* mediante una amplia variedad de procedimientos de protección y comportamiento seguro, lo que incluye el auxilio inmediato de las personas que han sufrido heridas, lesiones o experiencias traumáticas.

La reducción o evitación de los efectos discapacitantes de las deficiencias representan, en primera instancia, una tarea médica y fisioterapéutica. No obstante, más allá de ciertas relaciones más bien obvias, es importante considerar que toda deficiencia tiene un contenido altamente subjetivo como representación y significado. Y, por lo tanto, sus vínculos con las discapacidades se realizan de manera compleja y simbólica, faltando muchas veces una relación de causalidad unidireccional o mecánica. Encontramos un claro ejemplo de ello en las frecuentes alteraciones psicosexuales que surgen en estos casos, sin causas anatómicas o fisiológicas directas, y cuyo trasfondo radica en la valoración que la persona realiza sobre su “disminución”, en los cambios de su esquema corporal y de su rol en la pareja.

El par deficiencia-discapacidad se complementa con un tercer concepto — minusvalía— definido como “una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales.”

Gran parte del proceso de rehabilitación integral se orienta, por comprensibles razones, a eliminar o compensar esas desventajas. Medidas de muy variado tipo, tales como la eliminación de barreras arquitectónicas, la promoción de oportunidades laborales y la promulgación de normas legales destinadas a evitar la discriminación, la asignación de espacios preferenciales en el transporte colectivo y muchas otras son típicas en este sentido.

No obstante, la dimensión más específicamente psicológica de la minusvalía es la *vivencia de inferiorización*. Esta vivencia se refiere a las representaciones que el individuo construye sobre las limitaciones “adquiridas” y al correlato afectivo con





que las vive. Precisamente por su naturaleza simbólica, esta dimensión de la minusvalía frecuentemente seguirá un curso complejo, inestable, encubierto por negaciones y sobrecompensaciones, en el cual el vínculo con “otros significativos” (la pareja, los padres, los hijos, los amigos) será normalmente determinante. Por lo mismo, requerirá un trabajo psicológico coparticipativo y en profundidad.

8. Apoyo psicológico para el personal de socorro y rescate

Los trabajadores de socorro y rescate son a menudo víctimas “ocultas” o “secundarias” de los desastres”. Esta posibilidad incluye a quienes, aún trabajando en situaciones aparentemente de menor tensión, como sería la atención psicológica posturgencia, se ven enfrentados a sufrimientos graves y que por añadidura no ceden con la prontitud que se quisiera. Además, y como es obvio, las personas que se dedican a prestar este tipo de servicios también están allí, donde el desastre golpea.

Aunque se refiere especialmente a terapeutas que han sobrevivido a traumas severos en situaciones de represión política, el concepto de “terapeuta herido” puede ayudar a entender este problema, en tanto pregunta acerca de “cómo los terapeutas registran y manejan sus reacciones subjetivas de contratransferencia respecto a los pacientes.”

En un estudio sobre el desastre nuclear de Chernobil, Revel (1996) resalta los serios problemas de salud registrados entre la población de “liquidadores”, categoría integrada por unas 600 a 800.000 personas (bomberos, soldados y otros) que intervinieron para combatir el incendio de la planta, evacuar los escombros y posteriormente, en un número más reducido (50.000 personas aproximadamente) para construir el sarcófago que encierra los vestigios del reactor. Años más tarde, muchas de esas personas padecían síntomas propios de la llamada “enfermedad de radiación crónica”: fatiga, pérdida de memoria y apetito, y otros trastornos psicosomáticos.

Chernobil mostró, a escala gigantesca, los trastornos de salud que pueden afectar a los socorristas, pero no es necesario remitirse a un desastre de tal magnitud para verificar la importancia del problema, que se presentará incluso en situaciones de emergencia relativamente pequeñas.

En un estudio específicamente dedicado al tema, Mitchell (1989) arguye:

“Si a los trabajadores de rescate pudiera enseñárseles con anticipación lo que pueden esperar de sí mismos como resultado de su exposición al desastre, serían capaces de protegerse del estrés provocado por él, reconocer el impacto que dicho estrés psicológico puede tener en ellos y así acelerar su propia recuperación ... Deben estar conscientes de que las reacciones psicológicas a los desastres son normales. Sin embargo, el desajuste psicológico temporal (por otra parte normal) que ocurre en muchos socorristas luego de un desastre puede degenerar en reacciones anormales permanentes si no se atiende tan pronto como sea posible, luego de concluido el percance”.





Tomando el caso de los socorristas, las respectivas organizaciones pueden considerar los siguientes objetivos de apoyo psicológico para estos trabajadores:

- a. Efectuar una evaluación psicológica básica del futuro socorrista, previa a su incorporación a los equipos o cuerpos en que actuarán. Esto servirá para personalizar su preparación psicológica y eventualmente para recomendarle colaborar en otro tipo de labores humanitarias.
- b. Mantener, en toda organización de socorristas, actividades participativas de preparación psicológica para enfrentar situaciones de sobretensión. Para este efecto será de especial utilidad el análisis vivencial de experiencias reales, con la colaboración de socorristas experimentados. Los servicios de “debriefing” pueden ser de utilidad para este propósito.

Estos programas deberán hacerse extensivos a los trabajadores de atención primaria en salud en general (Chávez y Samaniego, 1989), aunque puede ser razonable dar prioridad a aquellos que se desempeñan en localidades expuestas a amenazas crónicas o recurrentes.

Es importante no focalizar excesivamente esta preparación psicológica, lo que más bien podría tener efectos contraproducentes. Lo óptimo será incluirla dentro de programas basados en una visión amplia acerca de las relaciones entre salud mental, riesgos y desastres, de modo tal que el trabajador pueda comprender su papel dentro de la integralidad del proceso.

- c. Disponer de un programa permanente de atención psicológica, que incluya las medidas necesarias para ofrecerles atención psicológica de urgencia (la mayor parte de las medidas APU antes expuestas son válidas para este personal) o brindarles tratamiento posterior cuando sea necesario. Es recomendable que estos programas sean “propios”, es decir, se encuentren incorporados a las prácticas solidarias inherentes a la propia organización.





Bibliografía

1. La APS presupone que la participación es más que un medio para agregar “energía social” a la producción de la salud. La participación es intrínsecamente saludable.
2. Por ejemplo, la transmisión de enfermedades contagiosas, muchas veces favorecida por una combinación de factores emergentes en estas situaciones (cambios ecológicos con nuevas crías de vectores, desplazamientos demográficos, daños a instalaciones de servicio público, desquiciamiento de los programas de control de enfermedades y alteraciones en la resistencia de los individuos ante ellas) dependerá significativamente de las enfermedades preexistentes y los niveles endémicos en la población (Seaman, 1989).
3. Mocellin, Jane y Rogge, John: Algunas dimensiones culturales, educativas y de salud mental de las características psicosociales de los desastres. Capítulo 12 de: Desastres. Modelo para armar. Elizabeth Mansilla, editora. Ediciones La RED, 1966, Lima, Perú.
4. Sisti, Elvio: Salud mental de base. UCA Editores, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. 1995. San Salvador, El Salvador, C.A. La define como “la estrategia de estimular a la personas para que alcancen un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, que a su vez las capacite psicológicamente para enfrentar su problemática objetiva”.
5. Cuny, Frederick: Disasters and Development. 1983. Oxford University Press. Nueva York, EE.UU.
6. Véase de Vázquez-Barquero y col. : La enfermedad mental en atención primaria: una perspectiva general. Capítulo 1.1 de: Psiquiatría en Atención Primaria. 1998.
7. Metaanálisis: investigación realizada con base en otras investigaciones.
8. Richtsmeier , Judith y Miller, Jean: Aspectos psicológicos de las situaciones de desastre. En “Enfermería y Desastres. Planificación, Evaluación e Intervención”. OPS, Loretta Malm G. Ediciones Harla, 1985, México.
9. Ahearn, Federico y Rizo Castellón, Simeón: Problemas de salud mental después de una situación de desastre. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, N° 85, 1978.
10. Bolin, Robert y Bolton, Patricia: Race, Religion and Ethnicity in Disaster Recovery. 1986. Program on Environment and Behavior. Monograph # 42. Institute of Behavioral Science. University of Colorado. U.S.A.





11. Que, de acuerdo a lo dicho, debería denominarse “ trastorno por distrés postraumático”.
12. Cardaci, Dora: Aportes del psicoanálisis a la educación en salud: la experiencia de un grupo de Frankfurt. 1992. Rev. Subjetividad y cultura. N°2. México.
13. En muchas publicaciones redactadas en español se conserva la sigla en inglés “PTSD”.
14. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales. La sigla “DSM”, correspondiente al título en inglés de este manual, es la que se usa en nuestro medio. La versión actual es el DSM-IV.
15. Con más detalle, la descripción norteamericana propone vigilar el diagnóstico diferencial del TEPT en relación a los trastornos de ajuste, los síntomas de evitación; el aturdimiento e incremento de la alerta presentes antes de la exposición al estresor; otros desórdenes mentales (por ejemplo, trastornos psicóticos breves, de conversión y depresiones mayores); trastornos por estrés agudo; trastornos obsesivo-compulsivos; esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; trastornos inducidos por sustancias tóxicas; trastornos psicóticos debidos a la condición médica general del paciente y simulación.
16. Servicio de Información del Cáncer: Trastorno por estrés postraumático. 2000.
17. Becker, David, Morales, Germán y Aguilar, María Inés (editores): Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos: Formas de acción grupal. 1994. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. Santiago de Chile.
18. Beristain, Carlos: Salud mental comunitaria. En: “Reparación psicosocial y derechos humanos”. 1992. Memorias del V Seminario Centroamericano: Salud mental en el contexto de la violencia organizada.
19. Caplan, Gerald (1966): Principios de psiquiatría preventiva. Editorial Paidós, Buenos Aires. Argentina (Edición original en inglés: 1964).
20. Slaikeu, Karl: Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Editorial El Manual Moderno, 2ª. edición, 1996. Sonora, México.
21. Por ejemplo, Herrán, Andrés y Vázquez-Barquero, José Luis: Urgencias, crisis y violencia en atención primaria. En Psiquiatría en Atención Primaria, Cap. 3.21. 1998. Libros Princeps, Madrid, España.
22. El trabajo de J.S. Tyhurst se titula “The role of transition states - including disasters - in mental illness” y se publicó en 1958.





23. Benyakar, Mordechai: Definición, Diagnóstico y Clínica del Estrés y el Trauma. 1997. *Psiquiatría. com. Revista Electrónica de Psiquiatría*, Vol. I, N° 43.
24. Lo cual coincide básicamente con la definición de estrés propuesta por Hans Seyle y otros. Y también, en cierto modo, con la noción freudiana de “angustia señal”, ambas ya mencionadas.
25. Tizón, Jorge: El duelo y las experiencias de pérdida. En *Psiquiatría en Atención Primaria*. Op. cit. Cap. 3.20
26. Slaikou (op. cit. 1996) cita diversos trabajos de investigación que coinciden en este aspecto.
27. Como estudio de las consecuencias psicológicas del secuestro, véase: Meluk, Emilio: *El secuestro: una muerte suspendida*. 1998. Ediciones Uniandes. Colombia.
28. Weaver, John: *Defusing & Debriefing*. Material registrado en <http://ourworld.compuserve.com/homepages/johndweaver/> Este autor utiliza el término estrés en plural con base en la idea de que las personas pueden experimentar varios tipos de estrés: anticipatorio, situacional, crónico y residual.
29. En este aspectos sugerimos de nuevo la lectura de “Salud mental de base” (Sisti, op. cit.).
30. Agger Inger y Buus, Soren: *Trauma y cura en situaciones de terrorismo de Estado*. 1996. ILAS. Santiago de Chile. Los propios autores puntualizan que “este es un problema común en todos los contextos terapéuticos...”
31. Mitchell, Jeffrey: Apoyo psicológico para el personal de rescate. En: “Consecuencias psicosociales de los desastres. La experiencia latinoamericana”. Serie de Monografías Clínicas N° 2. Bruno Lima y Moisés Gaviria, editores. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental “Simón Bolívar”, México, 1989.
32. Chávez, Hernán y Samaniego, Nelson: La capacitación del trabajador de atención primaria. En: *Consecuencias psicosociales de los desastres. La experiencia latinoamericana*. op.cit.





ANEXO

Una experiencia en la Salud mental de una ONG salvadoreña

Lic. Sara González

Psicóloga especialista en trabajo comunitario

Proyecto Help Alemania-PROCOSAL El Salvador

Con apoyo de la Oficina Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO)

La desesperanza aprendida

Inicia su recorrido en el primer evento que produce grandes pérdidas y sufrimiento: terremotos, inundaciones, represión, pobreza, guerra, exilio; cuando se altera la relación del individuo y su medio ambiente y se deterioran sus relaciones sociales a causa de la marginación, la injusticia y la pobreza.

Se altera el pensamiento, los sentimientos y el comportamiento: llantos, gritos, confusión, salirse de los cabales. Al inicio se trata de salir adelante, pero hay debilitamiento de la salud integral, física, psíquica, espiritual. Se pone en juego todo el ser para hacerle frente: vida, cuerpo, mente, seres amados, amigos... resultado: un puñado de tierra, unas pocas monedas prestadas, más pobreza, más injusticia, unos pocos que se aprovechan y se hacen nuevos millonarios, dolores por todos lados, cicatrices en el cuerpo, heridas de la mente que siguen sangrando cuando el viento pasa y recuerda las voces de los ya idos, de los animalitos perdidos, la milpa deshecha, el agua al cuello, etc.

Después de poner todo como recurso, como trinchera, nada pasó, todo sigue igual. Para qué seguir la lucha, para qué sirve vivir, para qué seguir unidos. El aporte personal no sirvió. Desvalorización, inutilidad, apatía, indiferencia, desesperanza, más pobreza, la mara 18, el roba ganado, gallinas, petates, etc., no se entiende.

Todo junto, duele más. Les piden olvidar el pecado, para qué recordar. Eso es imposible. Mi cuerpo y mi mente cargan el estrés psicosocial.

El estrés se apodera del cuerpo, se vuelve crónico y los órganos ya no funcionan bien. La inteligencia decae, ya no hay habilidad para enfrentar situaciones y desafíos, el aprendizaje se afecta y ya no es posible tomar del medio ambiente informaciones nuevas para contrastarlas con experiencias pasadas. No hay acceso a la información adquirida para ser utilizada en nuevas situaciones.





La manifestación más significativa de la inteligencia humana, el *amor*, está adormecida y ya no cuidamos, ni apoyamos, ni damos aliento a nuestros niños, mujeres y ancianos. Las emociones están ahogadas, no pueden salir; seres humanos cada vez más lastimados sin posibilidad de recuperación. Violencia es la nueva forma de comunicación: física, psíquica... más experiencias angustiosas.

La privación del ejercicio de poder socio-relacional produce más sufrimientos, ya que procesan por su cuenta y no a través de la dinámica comunitaria, a causa del aislamiento, la desconfianza entre las personas, el miedo al rechazo, y todo esto también es impulsado por el accionar de las instituciones del sistema social. Esto daña el estado emocional y aparece como una serie de reacciones variadas, difusas e inespecíficas, que pueden hacerse específicas en un cuadro clínico de clasificación nosológica reconocible como: episodios depresivos, disfunciones sexuales, trastornos somatoformos, de comportamientos disociales, de ansiedad, disociativos, fóbicos, obsesivo-compulsivos.

La reacción más específica y general es cierta infelicidad o insatisfacción existencial. Después se altera la rutina de vida: sueño, alimentación, actividades de concentración, gratificación (por ejemplo, abuso alcohólico y demás adicciones).

Cada nueva situación impone demandas por encima del sujeto. Si hay presencia de recursos, no hay dificultad, sólo el desgaste emocional que queda del enfrentamiento. Si hay ausencia de recursos el sujeto intenta resolver la situación una y otra vez, pero su realidad y su contexto no le favorecen. Viene la desesperanza aprendida, la persona la aprende en su relación con el medio; es decir, ha aprendido que no puede hacer nada. Entonces esta desesperanza tiene connotaciones en varias esferas:

Nivel cognitivo: Autoestima muy dañada, las atribuciones con relación a su medio ambiente son negativas.

Nivel de pensamiento: Incapacidad de poder cambiar las cosas. Cuando se trata de movilizar, ellos creen que no tiene sentido, ya que creen que no se puede cambiar nada. Cobran valor las creencias mágicas, aflora la religión, las hechicerías, la mala suerte. Ya nada es efectivo en el plano personal para poder cambiar la situación.

Plano motivacional: La persona cae en un estado de apatía, ya pierde interés por las actividades de la vida cotidiana, no participa en actividades colectivas, no cree que con su aporte pueda cambiar las cosas.

Plano conductual: Comportamiento compulsivos –alcoholismo, drogadicción. La situación se vuelve crónica. El sujeto no moviliza los recursos como para poder cambiar y se mantiene en una situación que se va perpetuando. Esto le lleva a una situación de pobreza de la que no puede salir y no se puede explicar.





2. ¿Qué hacer entonces?

Podríamos empezar por atender la situación de salud mental de base: el cuadro material que rodea a la persona y el sistema de relaciones sociales que la ubican en roles determinados, posiciones de poder, y de capacidad transaccional y afectiva. Además de revisar estilos de vida, hábitos no sanos, se fomenta la higiene mental de manera que las personas conozcan actividades y técnicas que promuevan y mantengan la salud mental de la población.

Luego se podrían revisar y tratar de minimizar los factores psicosociales de riesgo, tales como las actividades delictivas, personas en aislamiento social, embarazos tempranos, personas alcohólicas o drogadictas sin atención, hacinamiento, dependencia de psicofármacos, etc.

La misión de la vida, como una tercera fase que permite dar un sentido nuevo a la vida, relacionando las diferentes facetas de la vida personal y la de los ya idos.

La cuarta fase podría ser la búsqueda de sentido a la existencia para facilitar el desarrollo de la esperanza, buena autoestima y la iniciativa para seguir adelante.

La quinta fase podría promover la proyección de nuevos proyectos de vida.

Un caso concreto: una persona sobreviviente de un evento altamente traumatizante, quien desde hace más de una década mantiene en su cuerpo y mente el estrés crónico que le limita la vida y le produce ese estado de infelicidad permanente, cada vez que recuerda la bala que traspasó el cuerpo de su pequeña hija, a quien ella llevaba en sus brazos y que fuera la que le sirvió como medio de defensa, para que ella y el hijo que llevaba en el vientre pudieran sobrevivir.

Se inicia el proceso catártico permitiéndole el desahogo de sentimientos, con una posición receptiva, empática y proporcionándole el apoyo humano que el momento requiere. Se le ayuda a liberar el estrés utilizando terapia corporal. Se utilizan reflexiones sobre el sentido de la existencia, la misión de la vida, cómo se está cumpliendo el ejemplo que dio la niña que falleció, cómo tener acceso a la energía de ella a través de los buenos recuerdos, y si ella estuviera viva qué quisiera que pasara. Se intenta desarticular las construcciones patogénicas por medio de programación neurolingüística y recursos de terapia sugestiva. Se amplía la intervención a su estructura relacional inmediata y sobre sus redes sociales. Se le incorpora a grupos de autoayuda para reflexionar sobre la manera en que se puede hacer cambios en la búsqueda de nuevos proyectos de vida colectivos. Se observan cambios paulatinos en su aspecto, afecto, ánimo, sentido de la existencia, etc.





En la intervención grupal se sugieren las siguientes fases:

Búsqueda de la *identidad*. Recobrar la memoria a través de acciones colectivas, tales como monumentos memoriales, jardines, bosques, combinados con otras iniciativas de la comunidad.

Toma de *conciencia*. Tomar conciencia de la relación que hay entre su estado y los esfuerzos para cambiar, que retome el protagonismo de su propia historia.

Crear espacios de *encuentro*. Actividades comunitarias, acciones de solidaridad, reflexionar sobre los conflictos entre los grupos, tomar acción hacia las soluciones. Tener claras las problemáticas a través de sociodramas, cine debate, psicodrama, etc.

Definir *objetivos*. Objetivos reales y realizables, utilizando los recursos humanos y materiales que se tienen.

Buscar *alternativas posibles*. Para las diferentes problemáticas hacerlo mediante métodos participativos, alternativas que elija la gente, proveer recursos para la intervención colectiva y de apoyo diferenciado: para la vida cotidiana, para las situaciones en crisis, para el medio ambiente.

Movilizar los recursos de la población, luego buscar participación de especialistas: psicólogo(a), médico(a), etc. Fortalecer redes de apoyo que permitan el despertar de capacidades participativas y de colaboración. Tomar conciencia de sus potencialidades, aumentar recursos uniéndose y participando. Capacitar a las directivas para que trabajen en la resolución de conflictos.

Por ejemplo, un caso colectivo de 70 mujeres representantes de Juntas Directivas Comunales y Comités sobrevivientes del Mitch organizadas en grupos de auto-ayuda han fortalecido sus recursos individuales y colectivos para desahogar juntas sus recuerdos traumáticos de ver que el agua se llevaba casi sus vidas y las de sus seres queridos; ser consejeras populares para apoyo moral y dar alternativas de solución a sus problemas construyendo mejores ideas para mejorar sus proyectos de vida y juntas buscar otras redes para hacer más efectiva la construcción de medidas de prevención.

*Sólo el amor universal
es la llave que abre las puertas del yo interno,
el que un día se elevará hacia
la excelencia en unidad
con el universo.*



