

3. UNA CUESTIÓN DE BASE: ¿QUÉ ES SALUD MENTAL?

La Organización Mundial de la Salud postuló, hace ya muchos años, que la salud es un proceso integral y no solamente la ausencia de enfermedad. A pesar de su gran influencia, esta idea dejó un vacío importante cuando, ante la responsabilidad de expresar que hay “más allá” de la ausencia de enfermedad o sufrimiento, se invocó una noción que resulta imprecisa en virtud de su fuerte carga ideológica: bienestar. Como resultado, prevaleció una concepción negativa de la salud (estar sano es no estar enfermo), que, a su vez, sustenta un enfoque básicamente curativo, cuya hegemonía se mantiene a pesar de los avances doctrinales relacionados con el fomento de la salud por medio de la alimentación, el ejercicio y otros componentes de nuestro modo de vida.

Soslayando algunas consideraciones de importancia, propondré directamente ante ustedes la siguiente tesis: como forma esencial de desarrollo humano, la salud se refiere al despliegue de las potencialidades biológicas, psíquicas y sociales que consideramos inherentes a la especie humana y a las condiciones que se deben producir y fortalecer para hacerlo posible.

De estas tres dimensiones inseparables, la dimensión psíquica o mental de la salud se refiere a los **procesos de pensamiento, afectividad y acción que singularizan al ser humano**. Estas potencialidades no se han desarrollado como un simple proceso de evolución anatómica-funcional del tejido nervioso superior, correspondiendo a la praxis humana un papel decisivo en el progreso de la inteligencia humana.

Podemos entender la salud mental como un proceso complejo con una dimensión positiva, que es, al mismo tiempo, la imagen objetivo de nuestro trabajo en este campo -pensamiento lúcido, afectividad positiva, autoestima, prácticas personales que permitan la realización de nuestras aptitudes, habilidades e intereses creativos- y que alberga la posibilidad de su propia negación -ignorancia, esquemas rígidos de pensamiento, baja autoestima, predisposición a la resolución no solidaria de las necesidades personales, predisposición a la violencia en su variadas formas-.

Precisamente, porque la salud mental no es un proceso unidimensional, no puede definirse como completa carencia de alteraciones o deficiencias psíquicas, difícilmente imaginable en una persona real. La definición del ser humano “mentalmente sano” hace referencia a una organización integral de su personalidad, en que prevalece la posibilidad de desplegar las mencionadas cualidades positivas. Si las psicosis o enfermedades mentales son consideradas como la negación más grave de la salud mental es precisamente por los impedimentos u obstáculos que acarrear para ese despliegue.

4. ACERCA DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LOS DESASTRES

Diversos autores han planteado que los problemas emocionales son más bien raros en situaciones de desastre o que la suposición de que las personas responden ante ellas con conductas anormales es un mito generado por Hollywood. Otros, en evidente contraste, sostienen que la elevada incidencia de esta clase de trastornos está fuera de discusión y es uno de los problemas básicos que debe enfrentarse en cualquier situación de desastre.

Para tomar parte en este debate, cuyos términos exponemos muy sucintamente, es indispensable aclarar qué queremos decir con “consecuencias psicológicas de los desastres”. Para simplificar la cuestión, digamos lo siguiente:

Primero: ninguna población humana podría permanecer psicológicamente inerte en los desastres. En consecuencia, no cabe polemizar sobre la presencia o ausencia de consecuencias psicológicas en estas situaciones, sino acerca de su naturaleza, extensión y, como consecuencia, sobre los procedimientos idóneos para evaluarlas y, cuando corresponda, tratarlas.

Segundo: los procesos psicológicos producidos en situaciones de desastre pueden corresponder a alteraciones o trastornos; pero, también hay procesos de alto valor para la salud mental, como

pueden ser las reacciones solidarias, las revalorizaciones afectivas, las acciones en que prevalece la equidad de géneros, etc.

Tercero: la psicología, la psiquiatría y la sociología -para mencionar tan sólo algunas disciplinas que se ocupan de este tema- se caracterizan por su pluralidad teórica y, en consecuencia, plantean diversas interpretaciones y propuestas prácticas al respecto. Sin embargo, es importante tener en claro que:

- En una situación de desastre se produce muchas reacciones psicológicas normales en situaciones anormales. Por ejemplo, una reacción de ansiedad es completamente normal en personas que pasan por una experiencia de amenaza o han sufrido pérdidas significativas. Más aún, se trata de una reacción necesaria para la autoprotección y supervivencia; sobre todo, cuando se complementa con la búsqueda de ayuda mutua. Sólo podrá evaluarse como un trastorno cuando su intensidad, duración, relación con la situación amenazante y modo en que el individuo los afronta tienen un efecto negativo para su equilibrio emocional.

El reto que se nos plantea no es eliminar de antemano la ansiedad, sino preparar a la población para su elaboración positiva, propiciando su interpretación correcta de las situaciones de peligro y una predisposición a actuar solidariamente; es decir, su capacidad para canalizar su ansiedad en actividades de autoprotección y ayuda. Esto no se contradice, por supuesto, con nuestra preparación para brindar apoyo oportuno a las personas cuyo elevado rasgo de ansiedad incrementa su vulnerabilidad psíquica, y para desarrollar estrategias de afrontamiento interactivas y solidarias, aprovechando las potencialidades que los grupos, organizaciones y comunidades tienen en este sentido.

- También es necesario consolidar nuestras capacidades para distinguir (y relacionar) las reacciones que ocurren ante el evento desencadenante y las que se desarrollan como procesos posteriores.

Las reacciones "inmediatas" de las personas, ante ciertas situaciones amenazantes, guardan relación con el procesamiento que realizan posteriormente de la experiencia traumática y, a veces, representan la primera manifestación de un proceso eventualmente prolongado o crónico. En todo caso, tienen un valor pronóstico importante en lo concerniente a la adaptación posterior del individuo.

Es muy importante que estudiemos bien las estrategias de supervivencia que las personas realizan ante situaciones amenazantes, que están muy diferenciadas por las particularidades culturales y materiales de su vida. De este conocimiento, dependerá, en gran medida, la eficacia de las medidas preventivas que se adopten.

Hay que hacer notar que determinados comportamientos pueden ser muy apropiados considerados como respuestas psicobiológicas ante ciertas situaciones específicas de peligro, pero muy inapropiados desde un punto de vista ético-social. Seguramente, ustedes vieron en el cine alguna de las versiones sobre el naufragio del Titanic; recordarán, entonces, el caso del hombre que se salvó ocultándose con ropas de mujer en un bote salvavidas. Su reacción fue impecable en cuanto a resguardar su integridad personal, pero bueno...

5. SOBRE LAS ALTERACIONES O TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ORIGINADOS POR LAS EXPERIENCIAS DE DESASTRES

Durante muchos años, se ha intentado caracterizar las reacciones psicopatológicas ante los desastres con base en síntomas descritos aisladamente. Sobre la base de la revisión de 2 000 estudios psicológicos realizados a lo largo de 60 años -sobre la temática de los desastres- efectuada 10 años antes por S. Leivesley, Seaman (1989), se presentó una lista de términos empleados para describir reacciones psicológicas en personas afectadas por desastres. Sin embargo, ninguno de los términos parece tener un uso claramente dominante, puesto que el más encontrado -"depresión"- apareció en sólo 25

trabajos. "Ansiedad/estado ansioso", "apatía", "pesadillas", "reacciones fóbicas", "trastornos psicósomáticos" y "ofuscamiento" fueron encontrados diez o más veces.

La lista registra otros 154 términos, menos utilizados. Como lo hace notar este mismo autor, 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, añadido, muchos de los términos citados son bastante equivalentes y conviene agruparlos para su análisis, para no sugerir que estamos ante una 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 (ref. 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.
- 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 (ref. Seaman, 1989), se analizó 52 investigaciones cuantitativas, referidas a situaciones de desastre. 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 con el número de sujetos afectados eran, en orden decreciente, los siguientes:

- Ansiedad general.
- Síntomas psicósomáticos.
- Abuso de alcohol.
- Síntomas fóbicos.
- Depresión.
- Abuso de drogas.

Dado que este tipo de descripciones tiene un pobre valor explicativo, se ha desarrollado el uso de categorías diagnósticas integradoras, principalmente: trastorno por estrés postraumático, trauma psíquico y crisis. Un cuarto concepto, el de duelo, tiene un significado más delimitado.

Ahora bien, ¿cuán frecuentes son los trastornos psicológicos en las situaciones de desastre?

La respuesta no es sencilla, porque hay factores que aumentan su registro epidemiológico y otros que, más bien, pueden reducir su visibilidad: Entre los factores de abultamiento epidemiológico cabe mencionar:

- Los desastres siempre son como grandes lentes de aumento, que ponen a la luz o resaltan problemas nula o débilmente abordados en otros momentos. La preocupación por los problemas de salud mental, típicamente, experimenta una fuerte intensificación a raíz de los desastres,

produciéndose una repentina extensión de la atención psicológica y psiquiátrica, y de la vigilancia epidemiológica correspondiente, hacia sectores donde antes no llegaban o lo hacían muy escasamente; determina el registro de un número significativamente mayor de casos, y hace que se entremezclen, en los diagnósticos practicados, trastornos presumiblemente relacionados con los eventos catastróficos y otros de origen anterior.

Por otra parte, la detección de trastornos mentales es más común entre profesionales y técnicos de la salud que atribuyen un peso importante a los factores psicológicos en el origen y evolución de los trastornos físicos y mentales, y piensan que estos últimos son tratables y constituyen una preocupación importante y legítima en sus labores de atención.

- El uso indiscriminado de ciertos instrumentos de diagnóstico, como la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 10ª revisión (CIE-10 o ICD-10, de acuerdo con su sigla en inglés) con su *Clasificación de Trastornos Mentales y de la Conducta*, desarrollada por la OMS, o el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana* (DSM), cuya primera versión -el DSM-I- apareció hace 52 años y hoy va por su cuarta revisión (el DSM-IV), puede llevar a clasificar como patológicas ciertas reacciones normales en estas situaciones.
- Los flujos de demanda en salud mental tienden a crecer cuando se hace esfuerzos de comunicación destinados a convencer a la gente que consulte. Sin embargo, hay diversos factores que fomentan la “no consulta”: muchas personas probablemente no visualizan o sencillamente rechazan la posibilidad o conveniencia de solicitar atención personal al sentirse afectadas, junto con otras, por una extrema adversidad. Hay que considerar también que los usuarios de los servicios de salud tienden a pensar que es necesario estar enfermo para solicitar atención y, por lo mismo, se abstendrán de consultar si no llegan a interpretar como enfermedades las alteraciones emocionales que experimentan. O bien, si se sienten enfermos, recurrirán a servicios generales, donde probablemente no se clasificará su motivo de consulta en el rubro salud mental.

42

Además, hay datos que indican que los trastornos psicológicos provocados por los desastres no se originan tanto durante la fase de emergencia –cuando las personas afectadas se preocupan más por atender diversos problemas acuciantes para su supervivencia que por sus alteraciones emocionales–, sino, más bien, en el contexto de lo que Erikson propusiera llamar “segundo desastre” (explicar este concepto).

6. LA PREVENCIÓN DE DESASTRES DESDE UNA ÓPTICA DE SALUD MENTAL

Ha llegado el momento de responder a una pregunta básica: ¿Cómo pueden aportar los programas de salud mental a la prevención de desastres?

Para enhebrar una respuesta, hay que analizar primero qué es un desastre. Según lo entendemos, es un proceso complejo, en el cual podemos reconocer tres dimensiones:

<i>Una situación</i>	<i>Efectos</i>	<i>Impacto (o desastre propiamente tal)</i>
<i>Generada por la concreción de determinadas amenazas en una población vulnerable.</i>	Daños, pérdidas, afectaciones humanas, muertes (no necesariamente).	<u>A nivel estructural</u> : alteraciones en la formación social que afecta a todos los sectores de programación social. <hr/> <u>A nivel de los protagonistas:</u> sufrimientos, trastornos psicológicos, agudización de la marginalidad y de la violencia social, etc.

El cuadro anterior nos permite proponer un esquema de conjunto sobre las principales tareas que le corresponden a la salud mental en los desastres:

Niveles preventivos	Propósitos									
Primordial	<p>Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad social mediante el fortalecimiento sano de los procesos cognoscitivos, afectivos y relacionales que conforman la conciencia de riesgo. Esto implica al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a la inserción de un enfoque de gestión de riesgo en la planificación social, especialmente en la educación, la comunicación social y la salud pública. • Incorporar una visión práctica de salud mental en la gestión local del riesgo. • Desarrollar recursos teórico-metodológicos aplicables a la predicción de reacciones masivas ante situaciones de emergencia y desastres, con las particularizaciones zonales y locales que sean pertinentes en cada país. 									
Primario.	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir anticipadamente la incidencia de las probables consecuencias psicológicas adversas. </td> <td>Encuadres de actuación</td> </tr> <tr> <td>Atención Profesional ↔ Comunitario</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico temprano y apoyo psicológico a personas afectadas (durante la fase aguda de sus trastornos). </td> <td>Atención preventiva personalizada. Salud</td> </tr> <tr> <td>Intervención en crisis de primera y segunda instancia. mental</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y apoyo a personas afectadas por secuelas psíquicas prolongadas. </td> <td>Rehabilitación integral. de</td> </tr> <tr> <td>base</td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir anticipadamente la incidencia de las probables consecuencias psicológicas adversas. 	Encuadres de actuación	Atención Profesional ↔ Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico temprano y apoyo psicológico a personas afectadas (durante la fase aguda de sus trastornos). 	Atención preventiva personalizada. Salud	Intervención en crisis de primera y segunda instancia. mental	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y apoyo a personas afectadas por secuelas psíquicas prolongadas. 	Rehabilitación integral. de	base
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir anticipadamente la incidencia de las probables consecuencias psicológicas adversas. 	Encuadres de actuación									
	Atención Profesional ↔ Comunitario									
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico temprano y apoyo psicológico a personas afectadas (durante la fase aguda de sus trastornos). 	Atención preventiva personalizada. Salud									
	Intervención en crisis de primera y segunda instancia. mental									
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y apoyo a personas afectadas por secuelas psíquicas prolongadas. 	Rehabilitación integral. de									
	base									
Secundario.										
Terciario.										

Detallaré un poco las labores correspondientes en el nivel secundario de prevención:

Intervención en crisis		
De primera instancia.	Reducir el peligro de muerte, ofrecer apoyo y establecer contacto con los servicios de ayuda.	
De segunda instancia.	Actividades	Objetivos
	<p>Atención psicológica de urgencia</p> <p>No se reduce a la atención individual de las víctimas "una por una". Consiste, básicamente, en la formación de redes de atención psicológica, en la que se combinan diversos papeles y maneras de trabajar, con la participación de pobladores en condiciones de cooperar, trabajadores de atención primaria, profesionales especialmente entrenados, con el doble cometido de asesorar el funcionamiento de la red de atención y de brindar atención personalizada a casos especiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar el sufrimiento de las personas afectadas. • Facilitar la pronta reorganización de su actividad para reducir los riesgos que se derivan 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. Una atención psicológica oportuna puede, en muchos casos, impedir la aparición del shock o atenuar su desencadenamiento. • Contribuir a su restablecimiento físico mediante el tratamiento de ciertas reacciones, por ejemplo, de intensa depresión, que dificultan la reactivación del organismo. En muchos casos, esto es indispensable para reducir la mortalidad.

Existe un amplio consenso en cuanto a la necesidad de establecer prioridades para ordenar la APU. El procedimiento denominado "triage", utilizado para la clasificación inmediata de personas afectadas por emergencias o desastres, según la prioridad que su estado de salud reclama, tiene también aplicación en esta tarea. La siguiente es una versión ligeramente modificada de los criterios de evaluación propuestos por Fauman (1995).

Categorías para la evaluación de urgencias médico-psicológicas		
Categorías	Características	Medidas requeridas
Emergencia.	Signos vitales anormales. Estado de shock.	Valoración médica como medida inicial.
Aguda.	Conducta amenazante para la persona afectada o para terceros.	Control del medio ambiente, contención física, farmacológica o ambas.
	Posible ideación suicida, ansiedad intensa, dificultades para captar y utilizar la información.	Valoración psicológica o psiquiátrica.
No aguda.	Persona afectada solicita atención, pero no cumple criterios para un tratamiento urgente.	Evaluar si es necesario derivar a la persona hacia servicios especializados.
En lo que respecta a la intervención psicológica, es deseable comenzarla cuanto antes, siempre y cuando no interfiera con los cuidados esenciales que la persona necesita.		

Recomendaciones especiales en la APU	
Con personas en estado de shock	Con personas que se encuentran alteradas, pero conscientes
<p>Alejarlas del ambiente en que han experimentado el trauma; al menos. de las áreas más afectadas.</p> <p>-----</p> <p>Vigilarlas, para actuar decididamente en caso que sea urgente evitarle comportamientos riesgosos para ella misma o para los demás. Téngase presente que el estado de shock puede manifestarse con reacciones de estupor o extrema pasividad, pero también puede dar lugar a una peligrosa hiperactividad.</p> <p>-----</p> <p>Hacerles sentir que están acompañadas y protegidas. Es necesario valorar las posibilidades de comunicación dadas en ese momento, aunque la persona atendida parezca "no darse cuenta".</p> <p>-----</p> <p>Si la persona conserva su capacidad de escuchar, hablarle serenamente, llamarle por su nombre. Los contactos físicos afectuosos, por lo general, contribuyen mucho como ayuda emocional.</p>	<p>Valorar rápidamente las condiciones en que se encuentran, porque si no presentan alteraciones físicas o emocionales 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 para otras personas vinculadas.</p> <p>-----</p> <p>Utilizar mensajes y ejemplos que comuniquen pautas de acción bien definidas. En este aspecto, es importante asegurarse de que los mensajes no agreguen circunstancias traumáticas a causa de su contenido irrespetuoso, alarmista o agresivo.</p> <p>-----</p> <p>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.</p> <p>-----</p> <p>Trabajar en grupos, incluyendo a las personas afectadas que esperan ser evacuadas o atendidas.</p>

Varios autores se han preocupado por analizar la necesidad que suelen expresar las personas, incluso tempranamente, en cuanto a "encontrarle sentido" al evento catastrófico (Gaborit, s/f). Las personas alteradas, y a la vez comunicativas, pueden demandar intensamente que les sean confirmadas o desconfirmadas ciertas atribuciones causales y culpas, dirigidas contra terceros o contra ellos mismos. Muchas de ellas recurrirán a las cosmovisiones dominantes en su contexto cultural. Aunque fugaces, tanto los arrebatos de hiperreligiosidad como las negaciones religiosas son frecuentes en este contexto.

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 como parte de la atención personalizada que se brinda en este momento.

Otro problema importante en esta fase es el apoyo psicológico al personal de socorro, para los cuales se ha recomendado insistentemente los procedimientos de *defusing* y *debriefing*; aunque, desde luego, sin excluir otras actividades.

Hay todavía un problema decisivo que se puede resumir mediante la siguiente pregunta: ¿Dónde se localiza la salud mental en la prevención de desastres?

El enfoque psicopatologista, del cual hablamos al principio, conduce a creer que sólo se hace salud mental en los centros de atención, cualquiera sea su nivel de complejidad o en espacios formales de consulta. Pues bien, es cierto que algunas personas podrán requerir una atención especializada y probablemente su internamiento; pero, es fundamental tener en claro que se hace salud mental -y no necesariamente con la guía de expertos- en muy variados espacios y situaciones.