

Salud mental en situaciones de desastre

DRA. SANDRA NOVAS^a

¿QUÉ SE ENTIENDE POR DESASTRE?

Desde el campo de la salud pública los desastres ocasionan un doble impacto sobre los sistemas de salud. De manera directa produciendo muertes, heridos, y diversas enfermedades en las comunidades afectadas e indirectamente a través de los daños a la infraestructura y en los establecimientos de salud con la consiguiente interrupción de los servicios en un momento en que más se necesitan.¹

“Un suceso que la mayoría de las veces ocurre repentina e inesperadamente, dando como resultado la pérdida de vidas, daño en la salud de la población, destrucción de la propiedad y del ambiente y representando serias e inmediatas amenazas para la salud pública.”²⁻³

Otros autores incorporan el concepto de “respuesta coordinada”: *“Un desastre es un siniestro de severidad y magnitud tal, que normalmente determina muertes, heridos y daños económicos que **no pueden manejarse por los procedimientos rutinarios de emergencias y requieren respuestas coordinadas, multisectoriales, para evaluar necesidades humanas y una rápida recuperación.”⁴***

Los desastres pueden ser naturales y/o producidos por el hombre (negligencia o impericia o voluntariamente en el caso de los atentados terroristas).

Características de un desastre

- Produce impacto en la población y/o el medio ambiente.
- Los recursos locales resultan inadecuados y/o insuficientes para afrontar los problemas producidos por el evento.
- La demanda excede la capacidad de adaptación y respuesta habitual de la co-

munidad afectada, ya sea por su magnitud o por déficit de recursos o ambos

- Provoca una disrupción en el modelo de vida habitual causando sufrimiento y un sentimiento de desamparo y desesperanza.
- Se produce una gran desorganización social.
- Las condiciones previas de vulnerabilidad de una población facilitan al evento tener mayor impacto.

Los términos desastres y catástrofes son usados muchas veces indistintamente en la literatura, diferenciar entre el significado de ambos devino en una problemática infinita. *“... el concepto desastre remite a las características del evento, mientras que “catástrofe” se refiere a la acción destructora del evento tanto en lo individual, lo colectivo lo social, lo público y lo material.”⁵*

¿Qué sucede entonces cuando los recursos individuales fracasan y como consecuencia del impacto el recurso social se encuentra conmocionado, desorganizado y muchas veces sin posibilidad de respuesta?

No es posible comprender la calidad, magnitud y evolución de los efectos de este tipo de eventos sobre la salud mental de la población sin tomar en consideración el contexto familiar y socio cultural en su rol de sostén y organizador de la estructura psíquica de las personas.

Toda intervención desde el campo de la salud mental en la situación de desastre debe incluir la intervención comunitaria y social desde sus primeras acciones.

Al enfrentar un evento estresante, el individuo por lo común apela en primer término a su reserva de mecanismos emocionales internos, a fin de resolver el problema. Cuando estos mecanismos fracasan, es usual que utilice el apoyo de su red social. Esta estrategia de resolución de problemas, basada primeramente en los recursos personales y después en los sociales, es el patrón de conducta generalizado, que emplea la mayoría de las personas.⁶

a. Médica psiquiatra. Unidad de Psicopatología y Salud Mental HNRG, Médica psiquiatra del Equipo de Factores Humanos del Sistema de Atención Médica de Emergencia. GCBA. Ministerio de Salud.

ESTRÉS Y TRAUMA

El estrés es una reacción normal que pone al organismo en capacidad de defenderse frente a una situación de agresión.

Esta respuesta se traduce en una reacción momentánea del funcionamiento físico y psíquico. Frente a una situación de estrés la reacción puede ser "normal" o "adaptativa" o producirse una respuesta "exagerada o "desadaptada".⁷

El trauma en cambio es una conmoción profunda del psiquismo, que pone en marcha mecanismos de defensa, con mayor o menor capacidad de resolución.

Un evento estresante se comporta como traumático cuando el psiquismo ve excedida la capacidad de responder con sus mecanismos usuales de elaboración y control.

Ante un evento estresante la respuesta tanto inmediata como a largo plazo depende de múltiples factores y es individual y única para cada sujeto dependiendo de:

- Características en sí del evento.
- Significación de ese evento para cada persona.
- Estructura psíquica previa y características de personalidad.
- Recursos psíquicos disponibles.
- Antecedentes de otras situaciones traumáticas.
- Significación social del evento (pautas familiares y culturales).
- Sostén familiar y social pre y pos desastre.
- En el caso de los niños, la significación del hecho está dada, en parte por la capacidad cognitiva del niño (edad y maduración) y por el impacto del suceso en los padres y los adultos referentes.

En toda situación de desastre se observa con mucha frecuencia la presencia de síntomas psíquicos de diferente calidad, magnitud y duración, tanto en los individuos que sufren directamente el impacto de la situación traumática como en quienes responden para su auxilio (integrantes del equipo de salud, de rescate, etc.)

De la ecuación entre los factores de riesgo y de protección preexistentes al desastre, resultan los grupos de mayor vulnerabilidad para presentar patología psíquica, dentro de los cuales se encuentran: personas en condiciones de vulnerabilidad socio económica, con antecedentes de otras situaciones traumáticas, inadecuado sostén familiar y social, discapacidad de diversa índole, los ancianos y los niños.

Se entiende por "resiliencia" a la capacidad que tiene la persona de hacer frente al estrés y a las adversidades de la vida; es diferente y única para cada uno.

El término "resiliencia colectiva" se refiere a los recursos colectivos de un grupo social determinado.

Se observó, por ejemplo, que los ataques causados voluntariamente por el hombre (acto terroristas) pueden ser vistos como una forma impersonal de victimización y tienen un enorme potencial de producir trauma debido a la interacción de varios aspectos de la experiencia (el sentimiento de haber sido traicionado por otro ser humano, la maldad, la injusticia, etc.). Asimismo vemos que las poblaciones que se encuentran en situación de conflictos armados sostenidos por un ideal común, disponen de mayores recursos compartidos para tramitar las pérdidas, que los que pueden generarse en las comunidades cuando las pérdidas se relacionan con eventos considerados prevenibles y sin ninguna representación social positiva.

En situaciones de desastre la capacidad de las personas de elaborar esa situación traumática no puede pensarse sino dentro del contexto de la tramitación colectiva del trauma. La significación social del evento traumático, puede favorecer o dificultar dicha elaboración.

Las personas expuestas pueden presentar síntomas psíquicos agudos relacionados con el estrés de corta duración y autolimitados y/o síntomas crónicos llamados postraumáticos. La incidencia de sintomatología crónica debida a patología traumática es entre un 2-15% de la población general y un 20-50% de la población expuesta a eventos traumáticos. Entre un 14% y un 43% de los niños y adolescentes han experimentado al menos una experiencia traumática a lo largo de sus vidas.

SÍNTOMAS PSÍQUICOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN VÍCTIMAS DE DESASTRES

Sintomatología aguda

El Síndrome de Disociación peritraumática es un conjunto de síntomas relacionados con la respuesta aguda ante estresores de alto impacto: hiperactivación, inhibición, excitación psicomotriz, taquipsiquia, logorrea, ansiedad anticipatoria, miedo, pánico (pánico colectivo), comportamiento de fuga, fenómenos de despersonalización y desrealización, alteraciones de la percepción y/o del razonamiento.

to, re-experimentación del evento traumático, amnesia parcial o global. La respuesta puede abarcar un espectro florido de esta sintomatología o predominar elementos de retraimiento y/o estupefacción producto de la disociación psíquica:

“Durante las primeras horas del operativo de rescate y asistencia a las víctimas del incendio del local Cromagñon, Juan se presenta buscando a su hijo entre los fallecidos, en un predio lindante al lugar del desastre. Se detiene junto al cuerpo de un joven, muerto por asfixia, que reconoce como su hijo, sin dificultad, debido a que el cadáver no presentaba traumatismo alguno. Permanece varias horas, en una suerte de ritual velatorio, solo, junto a él. No manifiesta signos de ansiedad, ni de desborde emocional, solo permanece. No acepta acompañamiento ni la posibilidad de contactar con algún familiar, su teléfono, que él no responde, llama constantemente. Luego de algunas horas y ante el inminente traslado del cuerpo para el reconocimiento judicial, se logra el contacto con un amigo, quien se hace presente y nos cuenta que Juan no quiere atender el llamado de su esposa porque no sabe cómo decirle que

su hijo había fallecido, se muestra algo sorprendido, dice no reconocer en ese cuerpo al hijo de Juan, “hace mucho que no lo veo...” Tampoco ante la presencia del amigo Juan encuentra la manera de expresar sus emociones, continúa al lado del cuerpo de su hijo hasta que el mismo es retirado. Cinco horas después recibo un llamado del amigo de Juan, quien me dice que “ocurrió un milagro, un error increíble” dice que Juan “se equivocó”, que el cuerpo que reconoció no era el de su hijo, el joven estaba herido en un hospital y pronto se reuniría con su padre.”

La respuesta de los niños es variable y diferente a los adultos. Su respuesta puede ser retrasada y difícil de detectar. Todos los niños pueden volver a etapas anteriores del desarrollo, cuando el dolor o el miedo los invade. Pueden presentar desde preocupaciones y recuerdos molestos que se disipan más o menos rápidamente hasta dificultades de diversa índole experimentadas por largo tiempo.

El estrés parental, la depresión y otras formas de reacción negativas de los adultos ante un evento causan impacto significativo en los niños, originando o perpetuando síntomas psíquicos en ellos.

Sintomatología aguda en niños⁸

Fase inmediata

- Comportamiento agitado o desorganizado con ausencia aparente de sentimiento de horror.
- Vivencia de temor.
- Signos de activación neurovegetativa.
- Comportamientos inhibitorios (mutismo, aislamiento).
- Ansiedad y pánico.
- Síntomas disociativos.

Fase posinmediata

Se repiten mismos síntomas que fase anterior y se agregan:

- Síntomas de angustia de separación.
- Somatizaciones.
- Trastornos del sueño y la alimentación.
- Elaboración a través del juego o juegos (compulsivos) traumáticos sin dimensión de placer.
- El aplanamiento de la actividad (adultos) se observa como restricción en calidad o contenido simbólico de la actividad lúdica.
- El desapego se observa como retraimiento social.
- Síntomas psicóticos.

Los bebés y niños pequeños pueden presentar en forma aguda alteraciones del sueño y la alimentación y del funcionamiento global psicomotor, irritación, ansiedad de separación y otras conductas regresivas.

SINTOMATOLOGÍA CRÓNICA POSTRAUMÁTICA

Síndrome de repetición: el evento traumático es reexperimentado persistentemente, hay recuerdos repetitivos e invasores, (pueden ser reemplazado por un juego repetitivo y compulsivo sin dimensión de placer en los niños pequeños), evitación persistente de estímulos asociados al trauma, sueños repetiti-

vos angustiosos, reducción neta del interés por las actividades, sentimiento de desapego o de volverse extraño, aplanamiento afectivo emocional e intelectual, quejas somáticas, pesimismo y desesperanza, fenómenos disociativos, activación neurovegetativa crónica (trastornos del sueño, dificultad de concentración), y patología asociada como dificultad en las relaciones interpersonales, depresión, consumo de sustancias, alteraciones de la personalidad, etc.

Las diferentes reacciones de estrés y la aparición o no de síntomas peritraumáticos agudos no son causa suficiente ni necesaria para desarrollo de patología psíquica crónica. No están claras y no son unívocas las relaciones entre ambas. Se consideran síntomas postraumáticos los que persisten o aparecen después de un mes de sucedido el evento

La incidencia de patología crónica postraumática es un 2-15% de la población general y un 20-50% de la población expuesta a eventos traumáticos.

La intervención temprana en salud mental y las intervenciones comunitarias tendientes a reconstituir la adecuada organización social, reducen ciertamente las consecuencias psíquicas y sociales de un desastre.

Crisis y emergencia

Durante el desastre el sujeto vive un sentimiento de ruptura, algo de la continuidad de la trama que lo sostiene fracasa, los sucesos se precipitan y se mezclan, el entorno próximo se modifica, su realidad psíquica se derrumba, la persona se enfrenta a una nueva realidad, que aterroriza y a su vez irrumpe en el equilibrio psíquico y social de la persona, acciona desde el afuera, desorganiza, se inicia el caos, la crisis se desencadena y sobreviene la emergencia. Entendiendo como tal a una situación con necesidades urgentes de todo tipo y que requiere de una pronta acción. Puede durar desde minutos hasta meses, afecta el equilibrio psicológico y social, puede evolucionar, estabilizarse o puede transformarse en una nueva emergencia.

“Los efectos de la resolución de crisis pueden ser de larga duración, además de ser moderados, mínimos o graves según ocurra la resolución adaptativa o inadaptativa de las demandas a que se ve sujeta la persona como resultado del desastre.

Los síntomas de crisis son a la vez causa y efecto de la desorganización social, psicológica y fisiológica, aspectos que pueden

*estudiarse como parte de un proceso interrelacionado”.*⁹

VÍCTIMAS DE UN DESASTRE

Clasificación

- **Primarias:** Aquellas que han estado expuestas directamente al evento.
- **Secundarias:** Familiares y allegados que no estuvieron expuestos en el lugar del evento.
- **Terciarias:** Personas que por su ocupación deben responder en la asistencia de las víctimas (rescatadores, personal de salud, fuerza policial, otros, etc.).
- **Cuaternarias:** Miembros de la comunidad donde ocurre el evento.

Modos de exposición

Las víctimas pueden estar expuestas directa o indirectamente al evento estresante.

- **Directa:** La víctima ha estado expuesta directamente en el lugar del evento. Se irrumpe en su cotidianeidad y estabilidad. Son síntomas habituales el temor y la confusión.
- **Indirecta:**
 - Interpersonal: A través de la pérdida de seres queridos: genera síntomas ansiosos, depresivos o comportamientos disruptivos e impulsividad en los niños. A través del estado de estrés de los padres: los hijos de personas altamente expuestas pueden presentar síntomas de magnitud.
 - Exposición a los medios de comunicación: por intermedio de imágenes repetitivas de alto impacto emocional. Afecta al directamente expuesto y a la comunidad en general. Aumenta la tendencia a ver al mundo como un lugar peligroso, se presenta miedo a la muerte y visión del futuro como desolador. Las víctimas directamente expuestas sufren un proceso conocido como de “re traumatización” y aumenta el riesgo y magnitud de síntomas intrusivos como recuerdos traumáticos, pesadillas recurrentes, *flash backs*, etc.
 - Exposición al clima de terror, expectativa y al estado de alerta que se produce en la comunidad, escuela y familia y que puede generar o exacerbar el rango de problemas psicológicos y alterar el desarrollo del niño.
 - Las consecuencias del trauma indirecto

pueden ser tan graves y prolongadas como las del directo.

- Para diferenciar las reacciones normales de las patológicas hay que tener en cuenta no solamente la calidad y magnitud de la sintomatología sino el grado de afectación en el desempeño habitual de los damnificados en el contexto en el que se desarrollan.

En un desastre se reconocen cronológicamente las siguientes fases:

• Fase pre impacto

Esta fase abarca etapas que preceden al desastre mismo. En esta fase, queda determinada la vulnerabilidad individual y colectiva y los grupos de mayor riesgo.

• Fase de impacto

Esta fase es el período en que la comunidad se ve afectada por el desastre y el inmediato posterior, en que se organizan las actividades de ayuda. Durante esta fase el miedo es la emoción predominante, las víctimas buscan seguridad para sí mismas y sus familias. Muchas veces los damnificados actúan en forma heroica para salvarse a sí mismos y a otros, y es usual la conducta altruista. Algunos autores la denominan "fase heroica". Se observan síntomas psíquicos de estrés agudo.

• Fase posimpacto

Esta fase comienza varias semanas después de ocurrido el desastre. Durante este período la sociedad intenta reorganizarse, y se recibe la ayuda. Predomina la necesidad de expresar y compartir sentimientos y vivencias con otros. Algunos denominaron este período como de "ilusión". La desilusión surge cuando se interrumpe este apoyo organizado. Se evidencia que la vida de las personas se ha modificado en forma permanente.

Es aquí donde los síntomas psíquicos, cobran importancia, más insidiosos que aquellos de la fase del impacto, pero con tendencia a la cronificación y al agravamiento (depresión, ansiedad, alteraciones del comportamiento, abuso de sustancias, etc.). La fase posimpacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados.⁶

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN DESASTRE

• Fase de impacto

Es frecuente que la asistencia en salud mental se intente realizar de manera aislada a través de individuos o grupos, muchas veces, cercana al voluntarismo. La complejidad y multiplicidad de factores que interviene en la producción de síntomas requieren de intervenciones coordinadas, de personal de salud entrenado y siempre dentro del contexto de un programa predeterminado y coordinado. El profesional de salud mental debe aceptar su función como miembro de un equipo que participa de manera rápida y eficaz. Las intervenciones deben responder a las necesidades psicológicas y sociales de esa comunidad en particular.

La emergencia médica implica por definición un riesgo de vida. La asistencia de emergencia tanto hospitalaria como la pre hospitalaria, se realiza de acuerdo a protocolos y procedimientos específicos. Aún para aquellos integrantes del sistema de salud entrenados para trabajar en la emergencia la asistencia en situaciones de desastre difiere de su tarea habitual.

La situación de un desastre implica de por sí un escenario de intervención desconocido, requiere la interacción con otros equipos profesionales no habituales, es de excesiva demanda y de alto impacto para los damnificados, la comunidad y para el personal que los asiste. En todo desastre lo que prima es la incertidumbre.

Atención en emergencia

- Personal conocido.
- Procedimientos usuales.
- Coordinación institucional.
- Coordinación simple.
- Baja o ausente presión de los medios.
- Incertidumbre en las víctimas.
- Impacto psicológico focalizado en las víctimas.

Atención en desastre

- Desconocidos involucrados.
 - Procedimientos extraordinarios.
 - Coordinación interinstitucional.
 - Coordinación compleja.
 - Fuerte presencia de los medios de comunicación.
 - Demanda indiscriminada de víctimas en situación de vulnerabilidad extrema.
 - Incertidumbre social.
 - Impacto generalizado.
-

“En un desastre se observa mucha gente tratando de hacer rápido lo que no hace habitualmente y en un medio que no les es familiar”^{9,10}

ATENCIÓN INMEDIATA EN SALUD MENTAL

La atención se realiza en forma inmediata y posinmediata al evento, a las víctimas primarias, secundarias, terciarias y cuaternarias. Responde al modelo de intervención inicial en pacientes traumatizados; prevención y atención categorizada, de acuerdo a la gravedad de las víctimas.

Funciones

- Triage psicológico.
- Soporte en la escena: Contención: emocional, informativa, acompañamiento.
- Conexión con referentes.
- Se establecen redes familiares y sociales.

Objetivo de la intervención temprana

- Detectar la presencia de sintomatología psíquica.
- Detectar las víctimas de mayor riesgo (pre-sentente o no sintomatología).
- Brindar atención psicológica inmediata.
- Evitar o disminuir la aparición de patología psíquica crónica.

Se tiende a que la víctima pueda salir rápidamente del estado de desorganización funcional provocado por las emociones contenidas permitiéndole retomar el manejo de sus recuerdos a través de la expresión de sus vivencias y evitar o disminuir las secuelas traumáticas.

Consecuencias de la intervención temprana

- Se obtiene un valor de reconocimiento del trauma por una figura de autoridad, integrante del equipo profesional, evitando la soledad del sufrimiento psíquico en que se encuentran muchas veces este tipo de víctimas.
- Se disminuyen los sentimientos de desamparo, abandono, injusticia que aumentan la potencialidad traumática.
- Se clarifican los hechos.
- Se contribuye a minimizar la culpabilidad.
- Disminuye el prejuicio general en relación a la necesidad de la asistencia psíquica, posibilitando la instauración de un tratamiento si fuera necesario.

- Se disminuye el efecto masivo de inferencias generales paradójicas (la resistencia a hablar del tema, la creencia que se será más fácil olvidar si uno no lo menciona, etc.).

NORMAS GENERALES DE PROCEDIMIENTO*

a) ASISTENCIA PREHOSPITALARIA

El equipo de salud mental se hace presente en el lugar del evento, una vez activado el sistema de respuesta de emergencia, respondiendo a la coordinación del equipo y a la coordinación general de ese Operativo de Asistencia Médica de Emergencia.

Se determinan los lugares específicos para la asistencia (cercano pero no próximo). En CABA: sus acciones se desarrollarán en primera instancia en el llamado Puesto de Comando Operativo de Incidentes (COI).

Los miembros del equipo se distribuyen en el lugar donde estén las víctimas afectadas físicamente para su contención (atención integral), interviniendo fundamentalmente con las víctimas primarias clasificada con los códigos amarillo y verde (de acuerdo al *Triage* sanitario realizado por el equipo salud) que son las que presentan lesiones físicas leves o moderadas.

Se realiza la primera evaluación y categorización o “*triage*” psicológico.

Se constituirá también un puesto de asistencia psíquica, en una zona de seguridad, determinada por la coordinación (donde se realizará la asistencia inmediata y posinmediata de las víctimas primarias, secundarias y terciarias, que así lo requieran, puedan trasladarse y no necesiten atención médica).

Eventualmente se accionará en cualquier otra área (ejemplo, puesto médico de avanzada) si así se requiriera, a criterio del Jefe de dicha Área y la coordinación específica.

Funciones generales del equipo de Salud Mental

- Brindar la primera asistencia psicológica, tanto a víctimas primarias como secundarias y terciarias que así lo requieran.
- Relevar la necesidad e implementar la convocatoria de familiares y referentes.

* *Se desarrollan en este punto las normas de procedimientos del Equipo de Factores Humanos (Salud Mental) del SAME. Ministerio de Salud. GCBA.*

- Asesorar a distintas instancias (familiares, cuerpo sanitario, de rescate) acerca de la modalidad más adecuada de transmitir la información (lista de heridos, paradero de los mismos, lista de fallecidos).
- Confeccionar un listado completo de víctimas asistidas a fin de poder realizar su seguimiento.
- Desempeñar su tarea en relación e integración con otros programas gubernamentales dependientes del sistema público de salud y de intervención social (en el caso de la CABA: direcciones de niñez, de desarrollo social, etc.).

Intervención específica: Triage psicológico

La primera intervención es realizar un *triage* psicológico o categorización con las víctimas masivas primarias, utilizando elementos del modelo médico sanitario de categorización de víctimas según la gravedad y la urgencia.

Desde el punto de vista de su estado psíquico, las víctimas se categorizan en:

- **Rojos:** las que requieren asistencia y estrategias urgentes de contención para minimizar los riesgos:
 - Excitación psicomotriz.
 - Alteración de la conducta con riesgo para sí o para otros.
 - Estados disociativos graves que condicionan a la conducta: alteraciones de la sensorialidad, ideas suicidas.
- **Amarillos:** los que requieren asistencia pero sin presentar riesgo inminente:
 - Hiperactividad.
 - Estados de ansiedad moderada y severa.
 - Signos de alarma somáticos.
 - Estados disociativos moderados.
- **Verdes:** Los que responden de manera adaptativa presentando síntomas leves de fácil contención: ansiedad leve, crisis de llanto síntomas psíquicos de hiperactivación, leves, etc.

De acuerdo a la evaluación, categorización y cuantificación de las víctimas se decidirán: la necesidad o no de mayores recursos, de intervención de otras instancias y programas y las estrategias específicas: contención medicamentosa, física, traslado a centro de mayor complejidad, etc.

Intervención específica: soporte en la escena

Las primeras acciones deben tender a asegurar y orientar a la víctima rápidamente.

La presencia profesional debe ser tranquilizadora, sobreprotectora continente, estableciendo siempre un vínculo de palabra intentando esclarecer los hechos.

Ayuda a la víctima a restituirse en tiempo y espacio, informarle acerca de lo sucedido y de los pasos siguientes. Situar a la víctima en el medio "pos suceso" (decirle donde está, quien lo está asistiendo, qué tipo de cuidados recibirá, si será derivado a un hospital, informarle acerca de sus familiares, etc.).

Se debe tener en cuenta que el paciente esté quieto o no presente ningún comportamiento desadaptado no significa que esté calmado y que no presente sufrimiento psíquico.

Favorecer la verbalización del episodio, la expresión de los sentimientos y las emociones (miedo, pérdida, cólera, pena). Esto facilitará la toma de distancia de las imágenes o pensamientos de horror. En este punto hay que tener en cuenta la disposición de un tiempo suficientemente largo para que el paciente pueda expresar sus emociones.

Cuando la palabra no está facilitada como en los niños pequeños, se intentará establecer vínculo a través del juego, forma de expresión privilegiada y no menos efectiva que la palabra.

Siempre que se trate de un niño, se intentará que esté acompañado por un adulto conocido por él en todo momento que el accionar médico lo permita. En caso de no ser posible no dejarlo nunca solo e intentar siempre un contacto físico.

Intervenciones específicas con niños

"La primera realidad de todo niño es el inconsciente de su madre".¹¹

- Los niños no siempre tiene conciencia del riesgo real o de la situación en que se encuentran, dependiendo de su edad y maduración.
- Están dotados de un gran campo imaginario y la "realidad" para ellos, no está en relación directa con los hechos.
- Las consecuencias psíquicas muchas veces, no se relacionan con el evento en sí sino con las vivencias de desamparo y abandono que resultan de la separación abrupta de sus referentes. "La pérdida brutal de la creencia en la invulnerabilidad".¹²
- La dificultad de los adultos para hablar de lo sucedido favorece la elaboración de fantasías infantiles muchas veces más traumáticas y terribles que la realidad.

Pautas de evaluación y asistencia

- La evaluación debe retardar lo menos posible el contacto con el referente.
- Asegurarse que el niño esté siempre acompañado.
- Favorecer la verbalización y la expresión de las emociones.
- Si la palabra no está facilitada intervenir a través del juego.
- Explicar lo sucedido en lenguaje comprensible.
- Fundamental la intervención con la familia y/o instituciones de referencia.

Víctimas secundarias masivas

Familiares y allegados

Se debe evaluar a las familias que se van incorporando, considerándolas como víctimas secundarias y como sostén de la víctima primaria. Esto incluye brindarles información acerca tanto de los síntomas probables que el paciente puede presentar en ese momento o pasadas algunas horas, como de la necesidad de su asistencia.

Se realiza contención psicológica.

Se debe orientarlos acerca de la mejor manera de favorecer la verbalización de las emociones en sus allegados y en relación a las formas de acercamiento y transmisión de la información.

Particularmente en el caso de los niños se orientará a los adultos en las formas de contención y de favorecer la expresión de las emociones.

Víctimas terciarias

Personal de rescate y de asistencia sanitaria

El personal de rescate y de asistencia sanitaria esta fuertemente sometido al estrés. Debe tomar decisiones urgentes de las cuales puede depender la vida de una persona (ejemplo: categorizar y priorizar en el *triage*), puede tener un estado emocional que lo predisponga al error, debe responder a las cadenas de coordinación y adaptación a referentes no habituales.

Intervención con el personal sanitario de rescate

- Soporte en la escena: Acompañamiento durante la labor específica.
- Reuniones grupales durante los descansos.
- Posdesastre inmediato: Entrevistas grupales o individuales en base a necesidad y a detección de dificultades particulares.

Luego de la evaluación y la asistencia inmediata se decidirán las víctimas que pueden retirarse a su domicilio con derivación para seguimiento específico de la especialidad en centros asistenciales adecuados y aquellas que deban continuar la asistencia posinmediata en el Hospital de referencia, dirigiéndose por sus propios medios o derivación con personal médico si fuera necesario.

b) ASISTENCIA POSINMEDIATA HOSPITALARIA

En los hospitales y centro de salud de referencia.

Nueva evaluación y recategorización y asistencia de las víctimas primarias. Se continúa con todas las medidas de sostén, información y orientación a las víctimas primarias, secundarias y terciarias.

Se agrega la asistencia de víctimas cuaternarias.

Que una víctima no haya presentado determinados síntomas no implica que los mismos no puedan desencadenarse luego, ya que pueden haber estado enmascarados. Continuar favoreciendo la verbalización y las catarsis, intentando volver a recorrer con el paciente todo el desarrollo de los hechos, las emociones vividas, los pensamientos, ayuda a establecer lazos asociativos.

Evaluar a las familias que se van incorporando, considerándolas como víctimas secundarias y como sostén de la víctima primaria. Esto incluye brindarles las mismas explicaciones acerca tanto de los síntomas probables que el paciente puede presentar en ese momento o pasadas algunas horas, como de la necesidad de su asistencia. Orientarlos acerca de la mejor manera de favorecer la verbalización de las emociones y que la víctima pueda hablar libremente con su familia de lo que pasó.

Es fundamental en la asistencia posinmediata el trabajo constante con los familiares cercanos, y que pueda asegurarse el seguimiento de la víctima, si es posible diario, para brindar atención a los síntomas que pudieren surgir y para poder determinar la necesidad de tratamiento.

c) ASISTENCIA POSINMEDIATA EXTRA HOSPITALARIA E INTERINSTITUCIONAL

Víctimas terciarias

Personal de rescate y sanitario: Entrevistas grupales o individuales (a la semana,

mes y tres meses) o según necesidad de acuerdo a evaluación.

Víctimas cuaternarias

- Miembros de la comunidad.
- Instituciones escolares-religiosas.
- Ámbito cultural y/o de recreación.
- Medios de comunicación.

Se trabajará específicamente con las instituciones escolares, ámbito de pertenencia habitual de los niños, religiosas, en los ámbitos culturales y de recreación y con los medios de comunicación.

Objetivos:

- Identificar personas y grupos clave en la comunidad.
- Intervención temprana en instituciones escolares, que funcionan como sostén habitual para los niños.
- Identificar grupos vulnerables.
- Facilitar la elección por la comunidad de las acciones prioritarias mediante un diagnóstico de situación participativo.
- Apoyar iniciativas comunitarias, alentando activamente las que promueven el apoyo familiar y comunitario a todos los miembros afectados por la emergencia.
- Identificar a las personas que padecen trastornos mentales graves.
- Establecer coordinaciones con los servicios de salud referentes.

PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

En el campo de la salud pública la atención en desastres comprende cuatro etapas:

- *Etapas de planificación:* antes que ocurra el evento es la etapa de prevención que incluye la detección de población vulnerable, la intervención sobre ellos, la capacitación del personal de rescate y asistencia. Requiere de la organización y puesta en marcha de programas diseñados para tal fin. Disminuye los factores de riesgo favoreciendo la resiliencia de las personas y las comunidades.
- *Etapas de respuesta:* durante e inmediatamente después que sucede el evento.
- *Etapas de recuperación:* cuando se ponen en juego los mecanismos de readaptación y reconstrucción: "normalización".
- *Etapas de mitigación /prevención:* Proceso continuo donde se evalúan las actuaciones y los errores, se la llama etapa de la "lección aprendida".

Recién en las últimas décadas en las pla-

nificaciones para situaciones de desastre comienza a existir cierta prioridad para las cuestiones relativas a salud mental y a incluir dicha materia en los programas de prevención y capacitación en contraposición con la tendencia tradicional de focalizar en las actividades que proporcionan refugio, alimentos, atención médica, etc.

Si bien en este artículo se ha desarrollado la asistencia en la fase de impacto, se entiende la asistencia en salud mental como un proceso dinámico que abarca todas las etapas del desastre.

Aunque los desastres son por definición inesperados, la prevención en salud mental es posible, y resulta de la inclusión de acciones en salud mental y la participación de en todos los niveles. En la capacitación de los equipos de salud y de la población general (prevención primaria), la intervención inmediata en el momento del evento antes que aparezcan los síntomas patológicos (prevención secundaria) y la intervención temprana posinmediata sobre la patología (prevención terciaria).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pan American Health Organization. Mental health and psychosocial support in disaster situations in the caribbean Washington, D.C.: PAHO®, 2012.
2. WHO. Guidelines for mental health in emergencies, coping in the aftermath of hurricane Katrina: some brief guidance notes on stress, and loss for front line teams.
3. http://www.who.int/mental_health/prevention/mnhemergencias/en/.
4. Federal Emergency Management Agency. <http://www.fema.gov/disasters>
5. Benyakar, Mordechai. Salud Mental y desastres. Nuevos desafíos. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Enero-marzo 2002;35(1):3-25.
6. Cohen, Raquel; Ahearn, Frederick. Manual de la atención de Salud Mental para víctimas de desastres. OPS;1990.
7. Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. Nature 1936;138:22.
8. Terr, L. Treating childhood trauma. child and adolescent psychiatric. Clin N Am 2013;22: 51-56.
9. Kathleen J. Tierney and Barbara Baisden. Crisis intervention programs for disaster victims: a source book and manual for smaller communities. DHEW Publication No. (ADM) 79-675.
10. <http://www.colorado.edu/hazards/publications/>
11. Entrevista a Joyce McDougall*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. www.apdeba.org/wp-content/uploads/McDougall.pdf
12. Baylly, L. Les Catastrophes et leurs. Consequences psychotraumatiques chez l'enfant. Paris:ESF.1996

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. AACAP. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice. Parameter for the assesment and treatment of children and adolescents posttraumatic stress disorder. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2010;49:4.
2. ALFEST(Association de Langue Francaise pour l' Etude du Stress Traumatique). Journée Scientifique: "Le trauma psychique et ses séquelles" Paris, octobre 1991.
3. AFORCUMP (Association de Formation et de Recherche des Celules d' Urgences Médico-Psychologique). 1° Journée Scientifique Nationale: L'intervencion d'urgence médico-psychologique. Paris,11 juin 1999.
4. American Academy of Pediatrics, Committe on Psychococial Aspects of Child and Family Health. How pediatricians can respond to the psychosocial implications of disasters. Pediatrics 1999;103:2.
5. Ameriican Psychiatric Association. Diagnostic and stadistical manual of mental disorders,IV Edition (DSM IV). Washington. 1994.
6. Asarnow J, et al. When the earth stops shaking: Earthquake sequelae among children diagnoses for pre- earthquake psychophatology. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry August 1999;38:8
7. Bryant, R. Acute stress disorder sa a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. J Clin. Psychiatry February 2011;72:2
8. Cellule d'urgences médico psychologique. (Pour les victimes d' attentats, catastrophes et accidents collectifs). SAMU (Systeme atention medicale de'urgence). Dr. P. Louville: Procedure d'intervention immediate de la cellele d'uregence en cas d'evenement exceptionnel en Ile de France. Paris, 1997
9. Cremniter D, et al. Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuelles Elsevier, Masson.SAS. Paris, 2007.
10. Cremniter D. La catastrophe du Concorde: intervention medico-psychologique. Stress et trauma 2000;1:55-59
11. Croq, L. Historique des catastrophes urbaines et industrielles. Stress et trauma. 2004; 4:55-64
12. Croq, L. Les Cliniques de la nevrose traumatique. Psychol 2003;211:53-8.
13. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Editions Odile Jacob. Paris. Noviembre 1999.
14. De Clerq, M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Département de Boeck Université. Paris. Bruxelles 1997.
15. Dirkzwager A, et al. Health problem in children and adolescents before and after a man- made disaster. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2006 January;45:1.
16. Duggal H, et al. PTSD and TV Viewing of World Trade Center. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry May 2002; 41:5.
17. Fremont Wanda. Childhood reactions to terrorism-induced trauma : A review of the Past 10 Years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2004,April;43:4.
18. Freud A, Burlinghan D. La guerra y los niños. Ediciones Horme. Bs.As. 1965.
19. Gerson R, Rappaport N. Traumatic stress and posttraumatic stress disorders in youth: recent research finfings on clinical impact, assessment and treatment. Journal of adolescent health, 2013;52:137-43
20. Kar Nilamadhab. Psychological impac of disasters in children: review of assesment and interventions. World. J Pediatric, 2009;5:1.
21. Kircsh V, et at. Psychophysiological characteristics of PTSD in children and adolescents. A review of the literature. Journal of Traumatic stress. April 2011;24(2):146-54.
22. Hoge E, Austin E, Pollack H. Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorders. Depression and anxiety 2007;24:139-152.
23. Horowitz L, Kassam-Adams N, Bergeinst J. Mental health aspects of emergency medical services for children: Summary of a consensus conference. Journal of Pediatric Psychology 2001;26(8):491-502.
24. IASC. InterAgency Standing Committee. Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. 2007: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>.
25. International Critical Incident Stress foundation. signs and sytoms. Nov 2000. <http://www.icisf.org>.
26. International Critical Incident Stress Foundation. Some things to try to mitigate CIS effects. Nov. 2000. <http://www.icisf.org>
27. Keegan, Natalie. The National Commission on Children and Disaster: Overview and issues. Congressional Research Service, CRS Report for Congress, <http://www.crs.gov>.
28. Lebigot, François. Oportunidades y formas de intervención terapéutica en el traumatismo psíquico. Vertex. (Revista Argentina de Psiquiatría) 1998;9:62-66.
29. Lopéz G, Sabouraud-Seguín A. Psychoterapie des victimes. Dunod. Paris, 1998.
30. Lynch J, et al. Disaters and their effects on children. advances in pediatrics 2010;57:7-31.
31. Masten, A., Osfsky,J., Disasters and their impact on Child development: Introduction to the special section. Child Development 2010 jul-august;81(4):1029-1039.
32. Meuseron D., et al. Posttraumatic growth among children and adolescets : A systematic review. Clinical Psychopathology Review 2011;31: 949-964
- 33 Mosca D, Novas S, Sánchez L, Scharier G. "Intervención psicológica en desastres: equipo de factores humanos del SAME" Psicotrauma para Iberoamérica Junio 2004;3(2).
34. Muro M, Maffei D, Cohen R, Ballesteros R. Intervención en situaciones de desastres. Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía. Edición Electrónica 2004;9(3).
35. National Center for post traumatic stress disorder

- der. Disaster Mental Health Manual. Nov. 2000. www.ncptsd.va.gov
36. Young, Ford, Ruzek, Friedman and Gusman. National Center for post traumatic stress disorder. General Interventions. Nov. 2000. www.ncptsd.va.gov.
37. Guide Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P. National center for traumatic stress network, national Center for post traumatic stress disorder, psychological first aid field operations. NCTS 2006, www.nctsn.org and www.ncptsd.va.gov.
38. National Commission on Children and Disasters, 2010. Report to the president and congress. October 2010, <http://www.childrenanddisasters.acf.hhs.gov/>.
39. New York State Department of Health. The psychosocial needs of children during a disaster, general guidelines: How children can react to a disaster. <http://www.health.ny.gov/>.
40. Novas, Sandra. "Paciente traumatizado: atención psicopatológica de urgencia".
41. Revista del Hospital de Niños "R. Gutiérrez" de Buenos Aires Marzo 2001;43(191); 68-75.
42. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre, Rodríguez, Jorge ed Washington, D.C.: OPS, © 2006
43. OMS. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, La salud mental en las emergencias - Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos, 2003.
44. Pereda Noemi. Systematic review of psychological consequences of terrorism among child victims. *Internacional review of victimology* 2013;19(2):181-189.
45. Stagnaro Juan Carlos. De la neurosis traumática al trastorno por estrés postraumático. Desarrollo en psiquiatría Argentina. Publicación de APSA (Asociación de psiquiatras argentinos) Año N°3, abril 1998.
46. Somasundaram D, et al. Management of Trauma in Special Populations After a Disaster. *J Clin Psychiatry* 2006;67(suppl 2).
47. TENTS. The European Network for Traumatic Stress. The tents guidelines, for psychosocial care following disasters and mayors incidents, <http://www.tentsprojects.eu>.
48. Vila G, Porche L, Simeóni M. L'enfant victime d'agression. *Etat de Stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent*. Masson. Paris 1999.
49. World Psychiatric Association Presidential Programme on Child Mental Health. The mental health of children and adolescents an area of global neglect. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, England. 2007.