

PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE EPIDEMIAS
Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud
(OPS/OMS) 2016

I. INTRODUCCIÓN

Cuando la epidemia de gripe H5N1 azotó el mundo, el entonces Director de la OMS - Dr. Lee Jong-wook, advirtió en el marco del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Septiembre 2005, sobre el riesgo de "no tomar en serio la amenaza - de la pandemia de la gripe aviar - y que no prepararse apropiadamente, tendría consecuencias catastróficas". También enfatizó que una pandemia mundial "no puede encontrar a ningún gobierno desprevenido"....., "y que todos los países también deben tener una estrategia comunicacional, estando preparados para informar al público sobre la pandemia, sobre qué está pasando y qué hacer".

El brote de Ebola que comenzó en Guinea en marzo de 2014 no sólo causó más de 27,000 casos y más de 11,000 muertes en África occidental, sino que también dejó miles de supervivientes, huérfanos, familiares, personal sanitario y otros trabajadores de apoyo que podrían requerir atención de salud mental y apoyo psicosocial.

Entre las muchas experiencias discutidas sobre las intervenciones psicosociales en el caso de brotes de Ebola en África se señalan: a) la necesidad de involucrar a comunidades antes, durante y después de la epidemia; b) invertir en la formación y supervisión de trabajadores para el apoyo psicosocial y de salud mental; c) mejorar la atención a los huérfanos y otros niños afectados; y d) integrar las intervenciones psicosociales y de salud mental en el marco de referencia de salud pública.

La posibilidad de un desastre microbiano es cierta en el mundo actual: "Mientras la población sobre la tierra aumenta exponencialmente, también aumentarán las perspectivas de nuevas sorpresas del mundo microbiano". "Los nuevos virus se propagan rápidamente porque nadie tiene una inmunidad significativa contra la nueva cepa, y la enfermedad que causa puede ser excepcionalmente grave"¹.

Habitualmente los preparativos para una epidemia han enfatizado en: el desarrollo de planes nacionales, la vigilancia epidemiológica, los requerimientos de vacunas y medicamentos, el mejoramiento de la cobertura de vacunación en los grupos de alto riesgo, así como el impacto y la carga económica. Sin embargo, los ausentes en la planificación son los aspectos psicosociales y de salud mental.

Es necesario enfatizar en la perspectiva conductual y lograr una mejor comprensión de las respuestas de los grupos poblacionales afectados. El control de las epidemias requiere cambios de patrones de comportamiento, con una participación activa de la comunidad.

¹ Peters, C.J. Hacia un desastre microbiano? En Perspectivas, revista de la Organización Panamericana de la Salud. Edición Especial del Centenario. Volumen 7, Número 2. Washington, 2002.

Muchos de los problemas que afligen a las personas en situaciones de epidemias, tienen su origen en el miedo en sus múltiples expresiones. Estudios realizados han identificado que hasta más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía evidente al peligro, expresan manifestaciones sintomáticas de angustia e incluso pánico.

En el 2006, la Unidad de Salud Mental de la OPS elaboró y puso a la disposición de los países de la Región, un documento técnico para orientar y guiar las acciones en el campo de la salud mental en situaciones de epidemias. Este documento que les presentamos ahora es una nueva versión que incorpora la experiencia obtenida y los aportes de la literatura producida desde entonces.

La atención psicosocial y de salud mental en situaciones de epidemias está basada en los mismos principios comunes que sustentan las actuaciones en desastres y otras emergencias humanitarias. Por lo anterior, somos breves en este documento en aspectos que pueden ser encontrados y ampliados en otras publicaciones disponibles (a las cuales hacemos referencias); por el contrario, abordamos de manera más detallada algunos tópicos más específicos y relevantes en los casos de epidemias como son: primera ayuda psicológica, comunicación de riesgo, abordaje del duelo complicado, así como el manejo de cadáveres.

La OPS/OMS reitera su compromiso de apoyo a los países de la Región en su preparación para la posible emergencia que pueden significar nuevas epidemias capaces de crear una pandemia.

II. IMPACTO Y RIESGO PSICOSOCIAL

Las epidemias son emergencias sanitarias de gran impacto, en las que se ve amenazada la vida de muchas personas y pueden causar cantidades significativas de enfermos y muertos; el temor al contagio agrava la situación existente. Por lo general, quedan amenazadas la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad. El impacto psicosocial puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada; se estima un incremento de la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales, de acuerdo a la magnitud de la epidemia y el grado de vulnerabilidad de la población. Sin embargo, al igual que en otras emergencias humanitarias, no todas las condiciones mentales que se presenten podrán calificarse como enfermedades; muchas serán reacciones normales ante una situación anormal.

El riesgo psicosocial se define como la probabilidad de que un evento traumático exceda un valor específico de daños, en términos sociales y de salud mental. Es el producto de la interacción entre las condiciones externas (amenaza) e internas (vulnerabilidad). Está relacionado también con otros riesgos (ambientales, sanitarios, económicos, etc.).

La epidemia (amenaza por microorganismos circulantes) es el factor externo, con respecto a la población, que representa la potencial ocurrencia de la enfermedad en un gran número de personas. La vulnerabilidad es la condición interna de un sujeto o grupo expuesto a una amenaza epidémica, que corresponde a su disposición intrínseca para ser dañado; por ejemplo, en el orden biológico, el estado del sistema inmunológico.

En la valoración del riesgo psicosocial se introduce un tercer elemento, la indignación, que es el conjunto de factores que hace que la población se enoje, esté furiosa o al menos preocupada. Los expertos muchas veces no prestan la debida atención a lo que genera la indignación; por

otro lado, la gente frecuentemente no entiende o no está de acuerdo con la información y valoraciones proporcionadas por autoridades y técnicos. Por lo tanto, no resulta sorprendente que la percepción y valoración del riesgo cambie de un grupo a otro. Se han definido en la percepción del riesgo numerosos factores de indignación. Una aproximación apropiada a la problemática de salud mental implica la comprensión de la percepción del riesgo por la población y los factores que generan molestia/indignación.

Es necesario reconocer las diferencias de vulnerabilidad de los distintos grupos poblacionales, en especial las relacionadas con el género, la edad, y el nivel socio-económico. El impacto en la salud mental de una epidemia, generalmente, es más marcado en las poblaciones que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud. Existen también riesgos de origen ocupacional, tal como los propios miembros de los equipos de respuesta que trabajan en la emergencia (incluidos los trabajadores de las morgues). En general, los grupos más vulnerables son los que han tenido mayores pérdidas y tienen dificultades para reconstruir sus vidas y red de apoyo social después de la epidemia.

Las pérdidas experimentadas pueden tener efectos diferenciados sobre los diferentes grupos poblacionales. Por ejemplo, la respuesta emocional de los hombres puede ser la ingesta exagerada de alcohol o las conductas violentas. Las mujeres tienden a comunicarse entre sí, así como a buscar apoyo y comprensión para sí misma y su familia. Los ancianos pueden estar en situaciones de vulnerabilidad como resultado de enfermedades crónicas y discapacitantes, déficit nutricional así como carecer de apoyo familiar y social; generalmente, están en peores condiciones físicas para enfrentar la enfermedad epidémica. Los niños y niñas tienen una menor comprensión de lo que está sucediendo y enfrentan limitaciones en comunicar lo que sienten. La situación creada por una epidemia afecta todos los aspectos del desarrollo de la niñez (físico, psíquico y social).

III. PLANIFICACION DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y DE SALUD MENTAL

Los planes de salud mental en sistemas de emergencia no pueden limitarse a ampliar y mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados, sino que es necesario desplegar la visión hacia un campo de competencias mucho más amplio, como son: ayuda humanitaria, consejería a la población y grupos de riesgo y comunicación de riesgo. También se ha reconocido que después de grandes catástrofes, incluidas las epidemias, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

Desde el punto de vista de la atención hay que distinguir tres momentos (antes, durante y después) y cuatro grupos de personas:

- Los enfermos
- Los que padecieron la enfermedad y sobrevivieron.
- Los que no están enfermos, pero pueden potencialmente enfermar; y pueden haber experimentado pérdidas importantes (fallecidos o enfermos entre sus familiares, amigos o vecinos).
- Los miembros de los equipos de respuesta que trabajan en la emergencia.

A continuación se describen las principales manifestaciones psicosociales por fases y el marco de actuación:

Fases / manifestaciones psicosociales de la población	Acciones de salud mental
<p><u>Antes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Expectativa de inevitabilidad con alto nivel de tensión en la población. -Sobre o sub-valoración (negación) de la posible epidemia. -Se potencializan características humanas preexistentes (positivas y negativas). -Ansiedad, tensión, inseguridad y vigilancia obsesiva de los síntomas de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Comunicación de riesgo a la población, con énfasis en grupos vulnerables. Sensibilización e información sobre el tema. -Capacitar a equipos y personal de respuesta en técnicas básicas de Primera Ayuda Psicológica. -Localizar personal competente en salud mental. -Capacitación a equipos de salud mental y trabajadores de APS sobre el tema. -Preparación de grupos de apoyo psicosocial y consejería. -Identificación de condiciones de riesgo psicosocial. -Protección preventiva: se impone autoritariamente? en casos necesarios. -Estimulación del espíritu solidario y favorecimiento de la participación de la comunidad. -Organización de los servicios de salud mental para una adecuada respuesta en la emergencia, en especial formación de equipos móviles, unidades de intervención en crisis y servicios de enlace en hospitales generales. -Coordinación interinstitucional. Creación de redes de trabajo.
<p><u>Durante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Miedos, sentimientos de abandono y vulnerabilidad. -Necesidad de supervivencia. -Pérdida de iniciativa. -Liderazgos espontáneos (positivos o negativos). -Aparición de conductas que pueden oscilar entre: heroicas o mezquinas; violentas o pasivas; solidarias o egoístas. -Adaptación a cambios en los patrones habituales de vida: restricciones de movimientos, uso de mascarás, disminución en los contactos físicos directos, cierre temporal de escuelas, etc. -Ansiedad, depresión, duelos, estrés peri-traumático, crisis emocionales y de pánico, 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación rápida de las necesidades psicosociales de la población en las condiciones específicas del lugar donde se desarrolla la epidemia. -Apoyo a las acciones fundamentales de detección temprana, notificación, atención y control de la propagación. -Comunicación social. Información y orientación sobre: qué está ocurriendo, qué se está haciendo y qué deben hacer las personas. Transmitir: organización, seguridad, autoridad, moral, sosiego, apoyo y ánimo. -Continuación de la capacitación in situ durante la emergencia. -Apoyo y atención psicosocial (individual y grupal) a personas, familias y comunidades

reacciones colectivas de agitación, descompensación de trastornos psíquicos preexistentes, trastornos somáticos de origen psíquico.	afectadas. -Promoción de mecanismos de autoayuda y ayuda mutua. Incluye grupos y ayuda de pares. Recuperar la iniciativa y elevar la autoestima. -Contribución al control de la desorganización social. -Primera ayuda emocional por personal no especializado (de salud y de ayuda humanitaria), en especial a familias en duelo. -Atención psiquiátrica a personas con trastornos mentales definidos. -Servicios especializados en función de la atención a la pandemia: grupos móviles para laborar en la comunidad y APS, unidades de intervención en crisis en lugares seleccionados (como morgues, grandes hospitales, etc.) y servicios de enlace en hospitales generales.
<u>Después: la epidemia está bajo control</u> -Miedo a una nueva epidemia. -Conductas agresivas y de protesta contra autoridades e instituciones. Actos de rebeldía y/o delincuenciales. -Secuelas sociales y de salud mental: depresión, duelos patológicos, estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas, así como violencia. -Se inicia un proceso lento y progresivo de recuperación.	-Continuación de una buena estrategia de comunicación social que favorezca la recuperación. -Capacitación continua en servicio a los equipos que trabajan en la recuperación. -Implementación de la atención de salud mental individual y grupal a personas, familias y comunidades que fueron afectadas, como parte de un plan de recuperación psicosocial de mediano plazo (6 meses como mínimo). -Atención de salud mental a los que ayudaron (equipos de respuesta). -Rehabilitar es marchar hacia delante y “recuperar la esperanza”. Deben fortalecerse los nuevos proyectos de vida. -Consolidación de la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria. -Discusión de las experiencias y lecciones aprendidas.

Principios generales para planificar e implementar la atención psicosocial en una situación de epidemia:

- Evaluación rápida de las necesidades psicosociales, que sirva de base a las actuaciones en su fase inicial.
- La intervención psicosocial debe ser temprana, rápida y eficiente.
- Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas y concretas, así como flexibles y adaptadas a las características étnicas y culturales.

- No visualizar la atención sólo como demanda de asistencia clínica psiquiátrica.
- Creación de ambientes seguros, promoviendo la vida comunitaria, así como apoyando el reagrupamiento familiar.
- Readaptación activa, que significa el reinicio de las actividades cotidianas de la comunidad, incluyendo el trabajo y la actividad escolar de los niños.
- Generación de espacios comunitarios de apoyo mutuo.
- Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar que las personas vengán a los servicios de salud.
- El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades.
- Soporte emocional a las personas en duelo, favoreciendo los funerales y ritos aceptados culturalmente.
- Establecer alianzas y lograr la participación de los diversos actores sociales.
- Sostenibilidad de las acciones a mediano y largo plazo, buscando que como consecuencia de estas acciones se fortalezcan los servicios existentes.

IV. ATENCION PSICOSOCIAL Y PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

En los primeros momentos será necesario utilizar intervenciones breves y efectivas para los que no están enfermos, pero están experimentando reacciones emocionales significativas; los equipos de respuesta, los trabajadores de salud y los de ayuda humanitaria deben estar preparados en técnicas básicas de primera ayuda psicológica (PAP). También es de especial importancia disponer de atención de salud mental con posibilidades de intervención en crisis en los principales centros de salud donde se estén manejando enfermos, creándose un dispositivo de atención para los familiares y acompañantes.

Existe una guía publicada por la OMS sobre *Primeros auxilios psicológicos durante la epidemia del Ebola*; está escrita para personas que pueden ayudar a otros que experimentan un evento extremadamente angustiante. Esta guía es una adaptación de una publicación previa *Primera ayuda psicológica: Guía para los trabajadores de campo* (Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, World Vision International, 2011). Se ha revisado para responder mejor a los desafíos de brotes de enfermedades por el virus de Ebola. El Ebola ha planteado problemas específicos para las personas afectadas (por ejemplo, estigmatización, aislamiento, miedo y abandono), así como también para sus cuidadores y los proveedores de servicios (por ejemplo, la seguridad y el acceso a información actualizada).

La primera ayuda psicológica ha sido recomendada por grupos de expertos, incluyendo el Comité Interinstitucional Permanente sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, y el Proyecto Esfera. En el 2009, un grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) evaluó las pruebas disponibles sobre la primera ayuda psicológica y el “debriefing” psicológico y llegó a la conclusión de que (la primera ayuda psicológica debe ser ofrecida a personas después de una reciente y severa exposición a un acontecimiento traumático, en lugar del debriefing psicológico) la primera ayuda psicológica, en lugar de debriefing psicológico, debe ser ofrecido a personas después de una reciente y severa exposición a un acontecimiento traumático.

Respaldo por muchos organismos internacionales, la guía de primera ayuda psicológica original refleja la evidencia científica disponible y el consenso internacional sobre cómo apoyar a las personas inmediatamente después de acontecimientos muy estresantes.

Primera Ayuda Psicológica

La primera ayuda psicológica(PAP) es una respuesta humana de apoyo a una persona que está sufriendo y que puede necesitar ayuda. Proporcionar una PAP responsable significa: 1) respetar los derechos, dignidad y seguridad de las personas; 2) adoptar la propia acción a la cultura de las personas; 3) ser consciente de otras medidas de respuesta a emergencias; 4) cuidarse a uno mismo.

En la PAP, durante un brote de la enfermedad del virus de Ebola, el que ofrece la ayuda debe: a) asegurarse que las personas conozcan sus derechos (como el derecho a recibir tratamiento) así como sus responsabilidades en el brote de la enfermedad (como el seguir la dirección de las autoridades locales de salud); y b) cuidar su propio bienestar físico y mental. El que presta la ayuda psicosocial también puede verse afectado por el brote de Ébola o tener familia, amigos y colegas que pueden enfermar.

Los proveedores de PAP deben prepararse para:

- Aprender sobre la enfermedad del virus de Ebola.
- Conocer los servicios y ayudas disponibles.
- Aprender las reglas de seguridad.
- Conocer sus límites y pedir ayuda cuando sea necesario, a otros que pueden proporcionar atención de salud mental más calificada o asistencia médica especializada.

Principios básicos de PAP: observar, escuchar y conectar.

Observar y atender:

- Garantizar seguridad.
- Atender con prioridad las personas con necesidades básicas urgentes.
- Identificar personas con reacciones de angustia grave.

Escuchar:

- A quienes necesitan apoyo.
- Preguntar por las preocupaciones y necesidades de las personas.
- Escuchar a la gente y ayudarlos a tranquilizarse.
- Incluso si usted debe establecer otras comunicaciones, debido a las precauciones de seguridad, puede darle a la persona toda su atención y mostrar que está escuchando con cuidado.

Conectar:

- Atender las necesidades básicas de la gente y facilitar el acceso a servicios.
- Ayudar a las personas a afrontar los problemas.
- Ofrecer información.
- Conectar a las personas con los seres queridos y con las redes de apoyo social.

Existen principios éticos sobre qué hacer y qué no hacer en la PAP para evitar más daños a la persona que recibe la ayuda, proporcionar la mejor atención posible y actuar sólo en sus intereses.

Qué hacer:

- Ser honesto y confiable.
- Respetar el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones bien informadas.
- Conocer y dejar de lado sus propios sesgos y prejuicios.
- Dejar claro a las personas que rechazan la ayuda ahora, que podrán acceder a la misma en el futuro.
- Respetar la privacidad y mantener confidencial los datos personales de la historia de la persona.
- Comportarse apropiadamente teniendo en cuenta la cultura, edad y género de las personas.

Qué NO hacer:

- No explotar su relación como un proveedor de ayuda.
- No preguntar a la persona por dinero o favor para ayudarles.
- No hacer promesas falsas o dar información falsa.
- No exageres tus habilidades.
- No ayudar a la gente de manera forzada y no ser intrusivo o agresivo.
- No presionar a las personas para que cuenten su historia.
- No compartir datos personales de la historia de la persona con los demás.
- No juzgues a la persona por sus acciones o sentimientos.

Fuente: Adaptado de *Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks* (OMS, 2014)

Algunas recomendaciones para la atención psicosocial a los sobrevivientes de la epidemia y los que han sufrido pérdidas importantes:

- No medicalizar la atención, ni tratar a las personas como enfermos mentales.
- Asistir y mostrar preocupación por el estado de salud y el proceso de recuperación.
- Asegurarse que tengan cubiertas sus necesidades básicas.
- Asegurar privacidad y confidencialidad en la comunicación.
- El que ofrece la ayuda psicológica debe desarrollar un sentido de escucha responsable, cuidadosa y paciente. También debe explorar sus propias concepciones y preocupaciones sobre la enfermedad y no deben imponer su visión a aquellos que ayudan.
- La gente necesita reflexionar sobre lo sucedido y sobre cómo enfrentar el futuro. Las orientaciones deben ser muy prácticas: proveer tanta información como sea posible y contribuir a canalizar los problemas.
- Favorecer el retorno a la vida cotidiana, lo antes posible.
- Evitar el intrusismo de la prensa u otros grupos.
- El apoyo espiritual o religioso es, generalmente, un instrumento valioso.

Para los niños/as sobrevivientes se recomienda:

- Considerar la escuela, la comunidad y la familia como espacios terapéuticos fundamentales.

- Los maestros, el personal comunitario, colectivos de mujeres y los grupos de jóvenes se convierten en agentes de trabajo con los menores.
- Fortalecer la capacitación, atención y motivación del personal que trabaje con niños/as.
- Las técnicas grupales lúdicas y las actividades recreativas son instrumentos esenciales para la recuperación psicosocial de los niños/as.
- Favorecer el retorno, lo antes posible, a la vida normal incluyendo la escuela.
- Aprovechar las tradiciones y costumbres, en lo referente a los cuidados a los menores afectados.

V. ATENCION DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

La crisis es definida como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa la capacidad emocional de respuesta de la persona. Es decir, sus mecanismos de afrontamiento resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica.

Ante una situación muy significativa emocionalmente - como padecer una enfermedad grave y/o muerte de seres queridos - ciertos sentimientos y reacciones son frecuentes. Pero, si bien algunas manifestaciones psíquicas son la respuesta comprensible y transitoria ante las experiencias traumáticas vividas, también pueden ser indicadores de que se está pasando hacia una condición patológica. La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos, determinando si se pueden interpretar como respuestas “normales o esperadas” o por el contrario identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje profesional.

Algunos criterios para determinar que una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática son:

- Prolongación en el tiempo.
- Sufrimiento intenso.
- Complicaciones asociadas (ejemplo, conducta suicida).
- Afectación significativa del funcionamiento social y cotidiano.

Los trastornos mentales inmediatos más frecuentes en los sobrevivientes son los episodios depresivos y las reacciones de estrés agudo de tipo transitorio. En situaciones de emergencias también se ha observado, ocasionalmente, el incremento de las conductas violentas, así como el consumo excesivo de alcohol.

Entre los efectos tardíos se reportan duelos patológicos, así como depresión, trastornos de adaptación, manifestaciones de estrés postraumático, abuso del alcohol u otras sustancias adictivas y trastornos psicosomáticos. También los patrones de sufrimiento prolongado se manifiestan como tristeza, miedo generalizado y ansiedad expresados corporalmente, síntomas que con frecuencia adquieren un carácter severo y de larga duración.

Resulta esperado que después de la muerte de uno o varios seres queridos se presente una reacción de duelo. El periodo de duelo implica que la persona progresivamente asimila lo sucedido, lo entiende, supera y reconstruye su vida. Este es un proceso normal que no debe apresurarse ni tratar de eliminarse, así como tampoco considerarlo como una enfermedad.

En todas las sociedades existen ritos, normas y formas de expresión del duelo. La realización de los rituales que establece la cultura comunitaria es parte integral del proceso de recuperación de los sobrevivientes.

El duelo complicado es aquel que no evoluciona de “forma natural” y se transforma en patológico; por lo general conduce a un trastorno depresivo. El modo de afrontar la pérdida y procesar el duelo adecuadamente está en relación con los siguientes factores:

- La personalidad del sobreviviente y la fortaleza de sus mecanismos de afronte.
- La relación con la persona perdida.
- Las circunstancias en que ocurrieron los hechos.
- Red de apoyo social (familia, amigos y comunidad).
- En condiciones de grandes epidemias, en muchos casos, hay necesidad de enfrentar simultáneamente las pérdidas de otros y el duelo adquiere un sentido más amplio y comunitario.

En situaciones de epidemias y muertes masivas se han descrito los miedos y sentimientos que experimentan los sobrevivientes²:

- Pesadumbre y aflicción por la pérdida de familiares y amigos, que en ocasiones coexisten con pérdidas personales y de tipo material. También existen pérdidas más sutiles y a veces intangibles, como la pérdida de la fe en Dios.
- Miedos prácticos: Los temores a asumir los nuevos roles que le impone la desaparición de un miembro de la familia (la esposa viuda que se convierte en jefa del hogar o el padre viudo a cargo de los hijos).
- Miedos recurrentes, a que pueda ocurrir algo nuevamente o que la muerte se va a cernir sobre otros miembros de la familia o la comunidad.
- Miedo personal a morir.
- Sentimientos de soledad y abandono: Es frecuente que los sobrevivientes experimenten que los familiares y amigos los abandonan en momentos difíciles.
- Miedo a olvidar o ser olvidado.
- Enojo: Se sienten molestos contra los que murieron y lo descargan contra familiares o amigos cercanos.
- Sentimientos de culpa: Se sienten culpables, en alguna medida, de la muerte de seres queridos y por haber sobrevivido. En ocasiones, cosas sucedidas después de la muerte incrementan este sentimiento.

Los criterios de remisión a un especialista (psicólogo o médico psiquiatra) son limitados y específicos:

- Síntomas persistentes y/o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales.
- Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social.
- Riesgo de complicaciones, en especial el suicidio.
- Problemas coexistentes como alcoholismo u otras adicciones.
- Las depresiones mayores, psicosis y el trastorno por estrés postraumático son condiciones mentales severas que requieren de atención especializada.

² OPS/OMS. Manejo de cadáveres en situaciones de desastres y emergencias. Publicado por la OPS/OMS. Washington DC, 2002.

El uso de medicamentos debe ser restringido a los casos estrictamente necesarios y prescritos por facultativos. Evitar el uso indiscriminado y por largos periodos de psicofármacos; en particular, las benzodiacepinas tienen efectos secundarios importantes y crean dependencia.

La gran mayoría de los casos pueden y deben atenderse ambulatoriamente, en su contexto familiar y comunitario. La hospitalización, por lo general, no es necesaria. La vida cotidiana es el espacio fundamental donde se activa la recuperación psicosocial de las personas después de eventos traumáticos importantes.

Guía de intervención humanitaria (mhGAP-HIG). Manejo clínico de condiciones mentales, neurológicas y por uso de sustancias en emergencias humanitarias

Las personas que son afectadas por situaciones de emergencias pueden experimentar una importante y diversa gama de problemas mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

La mhGAP-HIG contiene recomendaciones para el manejo de primera línea de esas condiciones por los proveedores de atención de salud no especializados en situaciones de emergencias humanitarias, donde el acceso a especialistas y las opciones de tratamiento es limitado. Es una herramienta sencilla y práctica que pretende apoyar los servicios generales de salud en zonas afectadas por las emergencias humanitarias en la evaluación y gestión de condiciones como estrés agudo, dolor, depresión, trastorno de estrés postraumático, psicosis, epilepsia, discapacidad intelectual, uso de sustancias nocivas y riesgo de suicidio.

Esta herramienta es una adaptación de la Guía de Intervención – mhGAP-HIG de la OMS, una herramienta basada en la evidencia, ampliamente utilizada para el manejo de las condiciones mentales, neurológicas y por uso de sustancias en contextos no especializados.

Fuente: mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies (WHO/UNCHR-2015)

Organización de los servicios

La organización de los servicios de salud mental debe adecuarse a las necesidades existentes en una situación de epidemia. En el nivel primario los equipos de APS deben disponer de una preparación básica en salud mental, que les permita afrontar procesos de soporte emocional; también es necesario prever servicios de apoyo psicosocial y consejería, así como Servicios de Salud Mental ambulatorios de apoyo a la APS.

En el nivel secundario es importante planificar las unidades de intervención en crisis en lugares seleccionados (como servicios de urgencias y morgues) y servicios de salud mental en hospitales generales con gran número de enfermos hospitalizados.

VI. MANEJO DE CADÁVERES

La existencia de gran cantidad de cadáveres como consecuencia de una epidemia, crea temor en la población por las inexactas informaciones sobre el peligro que representan. También existe

tensión y un sentimiento de duelo generalizado; el caos reinante y el clima emocional pueden generar conductas de difícil control.

Un mito importante es que los cadáveres son peligrosos y deben ser incinerados o enterrados rápidamente. Es necesario divulgar información válida sobre los riesgos reales que significan los cadáveres (los que murieron como consecuencia de la epidemia) para la salud de los sobrevivientes.

Independientemente de la potestad de las autoridades a cargo del manejo de la emergencia y de motivos epidemiológicos que puedan apresurar la disposición de los restos mortales, se deben adoptar medidas que respeten y consideren las costumbres de la población, evitando situaciones como la sepultura en fosas comunes o cremación, generalmente prohibido por las disposiciones legales y violatorio de derechos humanos fundamentales.

El manejo y disposición de cadáveres es un problema con serias implicaciones psicológicas para la familia y los sobrevivientes, además de otras consideraciones socio-culturales y de salud.

La notificación de la muerte se puede producir en el hogar, en un centro de salud, hospital, en la morgue o en otro escenario. Resulta un momento crítico y difícil de enfrentar pues puede producir reacciones emocionales fuertes. Algunas recomendaciones útiles son las siguientes:

- Previo a la notificación, debe recopilarse toda la información posible sobre el fallecido y las características de su caso (evolución de la enfermedad, complicaciones, etc.).
- Obtener información sobre las personas a notificar.
- Asegurarse que el familiar adulto más apropiado reciba la noticia primero.
- La notificación se realizará de manera directa y en persona.
- La notificación debe hacerse, preferiblemente, por dos personas.
- Manejar las reglas comunes de cortesía y respeto.
- No llevar a la entrevista objetos personales del fallecido.
- Invitar a los familiares para que se sienten y hacer lo mismo por parte de quienes van a realizar la notificación.
- Observar cuidadosamente el ambiente para prevenir riesgos y estar preparado para atender niños u otras personas.
- El mensaje debe ser directo y sencillo. Para la mayoría de las personas las características de la escena le harán prever que algo terrible ha pasado, por lo que no debe prolongarse su agonía o ansiedad.
- Estar preparado para responder preguntas.
- Si los familiares lo requieren, debe ayudárseles a informar a otras personas.
- Escuchar y atender las necesidades inmediatas de los familiares, así como recordarles sus derechos.

La notificación del fallecimiento siempre debe ser individual (caso por caso), evitándose dar una información de esta índole de forma masiva o grupal. Si es necesario deberán constituirse varios equipos o parejas que se distribuyan el trabajo.

Las personas (en ocasiones adolescentes), que enfrentan el difícil momento de la notificación y reconocimiento de cadáveres de familiares o allegados, son expuestos a situaciones traumáticas. Entre las manifestaciones que se presentan entre los que van a reconocer y recibir

los cuerpos de sus seres queridos destacan la desesperación, frustración y ocasionalmente manifestaciones de protesta o inconformidad con el tratamiento que recibió el difunto o los procedimientos que se están usando, etc.

Es importante contar con servicios médicos y de atención psicosocial lo más cerca posible de la morgue para brindar asistencia física y contención emocional a los familiares.

Por lo general los familiares reclaman ver el cadáver lo antes posible. Se recomienda lo siguiente:

- La decisión de quienes van a ver el cadáver deben tomarlas los propios dolientes.
- No permitir que los familiares ingresen solos al reconocimiento, es preferible que estén acompañados por personal calificado que le brinde algún soporte emocional.
- Ofrecer privacidad y respeto para que puedan despedirse.
- Respetar en ese momento cualquier tipo de reacción que puedan tener.
- Un apoyo necesario, casi siempre, es transportar a los familiares hacia el lugar donde está el cadáver y asegurar el retorno.
- Proveer mínimas condiciones de comodidad y garantizar una atención humana en la morgue.

Un elemento importante en el manejo de los duelos es favorecer la rápida tramitación de la funeraria y lograr que la misma sea gratuita o accesible para las personas de bajos ingresos. La demora en la entrega de los cadáveres y la incertidumbre sobre los recursos para el pago de los servicios funerarios crea aún mayor angustia y sufrimiento.

VII. ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LOS EQUIPOS DE RESPUESTA QUE HAN TRABAJADO EN LA ATENCIÓN A LA EPIDEMIA

Un grupo especialmente vulnerable son los miembros de los equipos de respuesta que trabajaron en la epidemia y los encargados de la manipulación de los cadáveres. Se incluyen los encargados de realizar las autopsias los cuales se sienten abrumados y sobrepasados en su carga laboral, cuando se presentan situaciones de muertes masivas.

No todos los trabajadores y voluntarios resultan aptos para estas labores, en dependencia de condiciones relacionados con la vulnerabilidad y las circunstancias; deben tenerse en cuenta factores como edad, personalidad, experiencias anteriores, creencias sobre la muerte, etc. Se les debe informar de forma amplia sobre las características de las labores que realizarán y evitar que personas con menos de 21 años participen o realicen labores de gran impacto humano.

Existen factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir trastornos mentales:

- Exposición prolongada a experiencias muy traumáticas.
- Confrontación con aspectos éticos.
- Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes.
- Antecedentes de trastornos físicos o psíquicos.
- Condiciones de vida desfavorables.
- Un proceso de selección del personal profesional no riguroso.

Es probable que el personal de los equipos de respuesta al terminar sus labores en la emergencia experimente algunas dificultades al regresar a su vida cotidiana. Estas no deben ser consideradas necesariamente como expresión de enfermedad y requerirán, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social.

No existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con enfermos y fallecidos en situaciones de epidemias, sea afectada por síntomas de estrés post-traumático u otros trastornos psíquicos. Cuando se evidencie la aparición de manifestaciones psicopatológicas deben canalizarse los casos hacia una ayuda especializada.

Algunas recomendaciones generales para la atención a los miembros de los equipos de respuesta son:

- Tener en consideración las características y patrones de conducta específicos de las personas que trabajan en la emergencia. Ellos, generalmente, se sienten satisfechos por lo realizado y desarrollan un espíritu altruista.
- Mantenerlos en actividad es positivo, libera estrés y refuerza la autoestima.
- Favorecer la rotación de roles, así como organizar adecuadamente los tiempos de trabajo.
- Estimular el auto-cuidado físico y tomar descansos periódicos.
- Los que ofrecen apoyo emocional deben mantener una actitud de escucha responsable, así como garantizar la confidencialidad y manejo ético de las situaciones personales y de la organización.
- Incluir la familia en procesos de ayuda.
- Valoración de estados emocionales subyacentes y los factores generadores de estrés, antes, durante y después de la emergencia.
- Estimular que entre los miembros de los equipos de respuesta se manifieste el apoyo, solidaridad, reconocimiento y aprecio mutuo.
- El personal implicado en la respuesta a la epidemia debe disponer de atención psicosocial, durante y después de la emergencia.

Orientaciones para el personal que trabajó en la emergencia, cuando se reintegra a la vida cotidiana:

- Regresar a su rutina lo antes posible.
- Realizar ejercicios físicos y de relajación.
- Buscar contacto con la naturaleza.
- Descansar y dormir lo suficiente.
- Alimentarse de forma balanceada y regular.
- No tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol o drogas.
- Buscar compañía y hablar con otras personas.
- Participar en actividades familiares y sociales.
- Observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos. Reflexionar sobre la experiencia que ha vivido y lo que significa como parte de su vida.

VIII. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL: COMUNICACIÓN DE RIESGO

El disponer de una información veraz, transparente, adecuada y oportuna es vital para la contención emocional de los familiares y mantener la calma en la población. Las autoridades y

líderes comunitarios deben estar preparados para ofrecer información directa ya sea individual o en grupos, así como para responder preguntas y disponerse a la búsqueda de soluciones.

Los medios de comunicación se caracterizan por una dualidad en su naturaleza, por un lado son empresas comerciales de carácter lucrativo y por otro tienen una enorme responsabilidad social por el servicio público que brindan. Las informaciones sobre catástrofes como las epidemias pueden ser usadas potenciando y manipulando el interés morboso del público. Sin embargo, hay que insistir en que los medios de comunicación deben contribuir responsablemente a la tranquilidad ciudadana ofreciendo noticias veraces y equilibradas que orienten correctamente.

Un problema frecuente es el número de personas que circulan por los hospitales, centros de salud, morgues u otros lugares en busca de familiares o conocidos (enfermos o muertos). Este sistema crea inconvenientes por la congestión y desorganización que se puede originar, sin embargo deben buscarse soluciones que den una respuesta adecuada, humana y respetuosa a estas personas.

El Sector Salud debe coordinar con la fuerza pública y organizaciones de ayuda humanitaria para la contención, atención y control del público, que en la mayoría de los casos no es agresivo, pero por su gran cantidad, es indispensable organizarlo para brindarle una adecuada información. También debe regularse el ingreso a las instalaciones de salud.

Para las tareas de información es importante buscar el apoyo oportuno de vecinos y organizaciones comunitarias quienes tienen, además de talento humano, un gran conocimiento de la población y sus costumbres.

Resulta conveniente que las autoridades e instituciones públicas dispongan de voceros que se encarguen específicamente del manejo de la información y apoyen la contención emocional de la población. Es bueno tener horarios regulares para la información y hacer uso de comunicados oficiales, evitando la ambigüedad.

Comunicación de riesgo

La comunicación de riesgo es esencial para proteger la salud mental de las personas, así como crear un clima de confianza mutua entre la comunidad, autoridades y comunicadores. La información al público sobre las posibilidades de enfrentar una epidemia no es una opción, sino que es una medida que se debe tomar siempre, especialmente cuando existe una amenaza real. Las razones son claras: a) la comunidad puede colaborar con los esfuerzos oficiales del gobierno y demás instituciones; y b) Una vez que comience la epidemia las personas informadas podrán actuar de manera más apropiada y protegerse mejor a sí mismo y a su familia.

El objetivo de la comunicación previa a la epidemia es lograr un punto intermedio en que se logre informar correctamente sobre los peligros y riesgos existentes, creando un nivel apropiado de temor con conocimiento, a la vez que se ofrece ayuda para enfrentar la problemática. El objetivo es alejarse de los extremos, es decir desde avisos ligeros que no rompen la apatía de la población, o por el contrario informes alarmistas que generan miedo exagerado que puede llegar al pánico.

Recomendaciones para comunicar el riesgo:³

1. Pónganse en el lugar del público. No se le puede decir a la población que simplemente está equivocada. Hay que empezar en el punto donde está la gente, buscando una lógica comprensible para ellos.
2. No tenga miedo a asustar prudencialmente a la gente. Tratar de tranquilizar demasiado es una mala forma de comunicar el riesgo. La evidencia ha demostrado la eficacia de comunicar una dosis lógica de temor lo cual induce a pensar y actuar con precaución; aunque la gente no permanece asustada por mucho tiempo. Hay una excepción a esta regla, cuando las personas ya están aterrorizadas o en pánico. Pero si se consideran las opciones, ¿que es peor: ser acusado por asustar sin suficiente razón o por no alertar a la gente?.
3. Reconozca la incertidumbre. En las epidemias hay dudas e incertidumbres que los expertos no pueden despejar completamente; los problemas relacionados con el pronóstico de la situación pueden y deben ser reconocidos y compartidos con la población.
4. Comparta los dilemas. Los gobiernos enfrentan muchos dilemas antes y después de un brote epidémico. Una comunicación de riesgo eficaz requiere compartir los dilemas y permitir que el público ayude a decidir.
5. Permita que la gente participe. Los representantes de las comunidades y grupos organizados deben formar parte del proceso de toma de decisiones. Los mensajes de comunicación deben incluir claramente información sobre lo que el público puede hacer para protegerse.
6. Especular de manera responsable. Plantear los diferentes escenarios y reconocer errores.
7. No se deje atrapar por el juego de las cifras. Son inútiles las batallas de números, lo esencial es reconocer el problema y su gravedad.
8. Haga hincapié en la magnitud y no en la probabilidad. Lo importante siguiendo la idea previa, es alertar sobre la magnitud de la situación.
9. Guíe la reacción de ajuste. Una vez que la gente supera la apatía comienza a considerar seriamente el riesgo y aparece el temor; es lo que se denomina reacción de ajuste. Es el mejor momento de guiar, educar e informar a la población.
10. Informe al público rápidamente e intente ser totalmente franco y transparente. Aunque parezca claro y sencillo este es, a veces, uno de los puntos más difíciles de adoptar por los gobiernos que se dejan arrastrar por valoraciones políticas.

IX. CONSIDERACIONES FINALES

El afrontamiento de una situación de emergencia epidémica, donde se han producido una gran cantidad de enfermos y cadáveres, no es solamente un problema del Sector Salud; en el mismo se involucran otros actores gubernamentales, no gubernamentales, autoridades locales y la propia comunidad.

Un enfoque de salud pública es necesario para abordar las consecuencias psicosociales y de salud mental de un brote epidémico. La mayoría de los problemas son similares a los de otras situaciones de emergencia; sin embargo, el temor y el estigma social son particularmente

³ Sandman, P.M., Lanard, J..La gripe aviar como comunicar el riesgo. En Perspectivas, la revista de la OPS. Vol 10, No.2, 2005.

probables en situaciones de emergencia epidémica. La respuesta, frecuentemente, puede interrumpir normas, costumbres y sistemas de apoyo sociales creando distancia física entre las personas.

Resumiendo, las siguientes 10 consideraciones son importantes:

1. Garantizar una respuesta coordinada y ordenada, por parte del gobierno y otros actores implicados; favoreciendo la cooperación interinstitucional y la participación de la comunidad.
2. Asegurar que los servicios de atención psicosocial y salud mental se integren a los servicios generales de salud que prestan atención a los enfermos
3. Identificar los grupos de riesgo psicosocial, en el contexto de la epidemia, e intervenir apropiadamente y con prioridad.
4. Implementar la primera ayuda psicológica (PAP) a los enfermos y su familia, ofrecida por los equipos de respuesta.
5. Prever el incremento de personas con manifestaciones de duelo alterado o trastornos mentales y facilitar su adecuada atención.
6. Garantizar el manejo cuidadoso y ético de los cadáveres.
7. La capacitación al personal de salud y trabajadores de ayuda humanitaria, así como la educación a la población son líneas de acción esencial.
8. Una estrategia adecuada de comunicación de riesgo es crucial para contribuir a crear un clima de orden y tranquilidad.
9. Los planes de salud mental no pueden limitarse a mejorar los servicios especializados, y hacerlos más accesibles, sino que es necesario ampliar el campo de competencias para atender una gama de problemas y necesidades psicosociales de la población.
10. Deben tenerse en cuenta los efectos tardíos (mediano y largo plazo) que aparecen en situaciones de epidemias con el propósito de diseñar estrategias de intervención. Esta es una buena oportunidad para mejorar, de manera definitiva, los servicios de salud mental, especialmente a nivel de atención primaria y hospitales generales.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

IASC / Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.

Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should

Humanitarian Health Actors Know? Geneva, 2010.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf

IASC / Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.

Mental health and psychosocial support in ebola virus disease outbreaks. A guide for public health programme planner. Geneva, 2015.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_programme_planners/en/

OMS. Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza. Ginebra, 2005.

OMS. Volver a construir mejor Atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general. OMS. Ginebra, 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85619/1/WHO_MSD_MER_13.1_spa.pdf?ua=1

OMS. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS-WarTrauma Foundation-Vision Global Internacional. Ginebra, 2012.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44837/1/9789243548203_spa.pdf

OPS. Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean. OPS, Washington, DC, 2012.

http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1647&Itemid=1

http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1647%3Amental-health-and-psychosocial-support-in-disaster-situations-in-the-caribbean&catid=895%3Abooks&Itemid=924&lang=en

OPS. Manejo de cadáveres en situaciones de desastres y emergencias. Publicado por la OPS. Washington DC, 2002.

http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=110&Itemid=895&lang=es&limitstart=72

OPS/OMS. Comunicado de Prensa / Noticias e Información Pública. Lee Jong-wook (OMS) - "Serán catastróficos los efectos y costos de una pandemia de gripe. *Washington, 28 de septiembre del 2005.*

OPS.PAHO Strategic and Operacional Plan for Responding to Pandemic Influenza. Draft. September 2, 2005.

Peters, C.J. Hacia un desastre microbiano?. En Perspectivas, la revista de la Organización Panamericana de la Salud. Edición Especial del Centenario. Volumen 7, Número 2. Washington, 2002.

Rodriguez, J. y cols. (ed.). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres (Serie Manuales y Guías sobre Desastres). OPS; Washington, DC, 2006.

http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf

The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response; third edition, UK, 2011. <http://www.ifrc.org/PageFiles/95530/The-Sphere-Project-Handbook-20111.pdf>

World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings. Geneva: WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76796/1/9789241548533_eng.pdf

WHO/ UNHCR. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies. WHO, Geneva, 2015. http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/

WHO. Psychological First Aid during Ebola Virus Disease Outbreaks. WHO-CBM-World Vision-UNICEF. Geneva, 2014.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/psychological_first_aid_ebola_manual/en/